



Hakemli Dergi TSHD Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi

6 Aylık Dergi/ Biannually

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

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

Yıl/Year: 2024 Aralık /December

Sayı/Issue: 24

- KUŞAKLARARASI AKTARIM: MÜLTECİ AİLELERİN ÇOCUKLARI TRAVMAYI NASIL MİRAS ALIYORLAR? (Araştırma Makalesi)
- Palyatif Bakım Deneşimi Bulunan Sağlık Çalışanlarının Sosyal Hizmet Uzmanlarına Yönelik Değerlendirmeleri (Araştırma Makalesi)
- 'BİRİ DE KEK YAPIP GETİRSE...!' OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞUNA SAHİP ÇOCUĞU OLAN ANNELERİN BAKIM YÜKÜ ÜZERİNE NİTEL BİR ÇALIŞMA (Araştırma Makalesi)
- TİP 1 DİYABETLİ ÇOCUK VE ERGENLERDE ALGILANAN SOSYAL DESTEĞİN TRAVMA SONRASI BÜYÜME İLE İLİŞKİSİ (Araştırma Makalesi)
- YAŞLILARA YÖNELİK BAKIM HİZMETLERİNDE KALİTENİN TEMEL UNSURLARI: YAŞLILARIN REFAHI İÇİN YÜKSEK STANDARTLAR (Derleme)
- SOSYAL HİZMETTE ÖZ ŞEFKAT (Derleme)
- SOSYAL HİZMET ALANINDA MADDE BAĞIMLILIĞI KONUSUYLA İLGİLİ YAPILAN ÇALIŞMALARIN BİBLİYOMETRİK ANALİZİ (Araştırma Makalesi)
- YAŞLI GÜNDÜZLÜ BAKIM MERKEZLERİNDEN HİZMET ALAN ve HİZMET ALMAYAN YAŞLILARDA YAŞAM KALİTESİ ve UMUT DÜZEYİ (Araştırma Makalesi)
- TIBBİ SOSYAL HİZMET MÜDAHALELERİNİN ÖNEMİ VE SOSYAL HİZMET UZMANLARININ ROL VE İŞLEVLERİ (Derleme)
- "HASTANEYE GİTMELİYİM, HUZURA ERMELİYİM" MUNCHAUSEN BY PROXY SENDROMUNA YÖNELİK SOSYAL HİZMET MÜDAHALESİ: BİR VAKA SUNUMU (Olgu Sunumu)
- ALBİNİZMLİ BİREYLERİN YAŞADIKLARI ZORLUKLAR: SOSYAL HİZMET PERSPEKTİFİNDEN BİR İNCELEME (Araştırma Makalesi)
- HASTANEDE GÖREVLİ SOSYAL ÇALIŞMACILARIN ÇOCUK İSTİSMARIYLA İLGİLİ DENEYİMLERİ: NİTEL BİR ANALİZ (Araştırma Makalesi)
- BİREYLERİN HASTA HAKLARI VE SORUMLULUKLARI HAKKINDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ (Araştırma Makalesi)

Derginin Künyesi

YAYIN SAHİBİ

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Adına
Uzm. Dr. Hasan Basri VELİOĞLU
T. C. Sağlık Bakanlığı
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü
*

YAYIN KURULU BAŞKANI

Uzm. Dr. Yusuf AKDOĞAN
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
*

Ceylan KALYA YILMAZ
Sosyal Hizmet Uzmanı
Hasta Hakları ve Tıbbi Sosyal Hizmetler Dairesi Başkanlığı
*

YAYIN KURULU

Avşar ASLAN
Ceylan KALYA YILMAZ
Murat DERİN
Mine DEMİRİSOY
*

HUKUK DANIŞMANI

Dr. Şeyhmus ERTEKİN



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.

T.C. Sağlık Bakanlığı Üniversiteler Mahallesi Şehit Mehmet Bayraktar Caddesi No:3 Çankaya/Ankara

Tel: +90 (312) 471 76 65

E- Posta: tibbisosyalhizmet@saglik.gov.tr

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

Web: <https://tibbisosyalhizmetdergisi.saglik.gov.tr/>

Bakanlık Yayın No:

963

ISSN: 2149-309X

DANIŐMA KURULU

Prof. Dr. Veli DUYAN

Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakóltesi, Sosyal Hizmet Bölümü

Prof. Dr. Arzu İÇAĞASIOĞLU 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. Ayşe Sezen SERPEN

Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakóltesi, Sosyal Hizmet Bölümü

Prof. Dr. İshak AYDEMİR

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

Prof. Dr. Semra SARUÇ

Anadolu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakóltesi, Sosyal Hizmet Bölümü

Prof. Dr. Oğuzhan ZENGİN

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

Prof. Dr. Yusuf GENÇ

Sakarya Üniversitesi, Sosyal Hizmet Bölümü

Prof. Dr. Taner ARTAN

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

Doç. Dr. Melek ZUBAROĞLU YANARDAĞ

Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi, İ.İ.B.F., Sosyal Hizmet Bölümü

Doç. Dr. Zeki Karataş

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, İ.İ.B.F., Sosyal Hizmet Bölümü

Doç. Dr. Hüsnünur ASLANTÜRK

Anadolu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakóltesi, Sosyal Hizmet Bölümü

Doç. Dr. Ergün HASGÜL

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

Doç. Dr. Buğra YILDIRIM

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

Doç. Dr. Beyza ERKOÇ

Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakóltesi, Sosyal Hizmet Bölümü

Dr. Murat DERİN

Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Hasta Hakları ve Tıbbi Sosyal Hizmetler D.B.

BU SAYININ HAKEMLERİ

Prof. Dr. Veli DUYAN

Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet

Prof. Dr. İshak AYDEMİR

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Edebiyat Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

Prof. Dr. Ömer Miraç YAMAN

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

Prof. Dr. Miraç Burak GÖNÜLTAŞ

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Edebiyat Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

Prof. Dr. Semra SARUÇ

Anadolu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

Prof. Dr. Arzu İÇAĞASIOĞLU ÇOBAN

Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet

Prof. Dr. RIZA GÖKLER

Yıldırım Beyazıt Üniversitesi- Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

Prof. Dr. Mehmet Zafer Danış

Sakarya Üniversitesi, İnsan ve Toplum Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

Prof. Dr. FATMA ARPACI

Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

Prof. Dr. Gülsüm Çamur

Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

Prof. Dr. Recep YILDIZ

Bandırma Onyedli Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

Prof. Dr. Emine ÖZMETE

ANKARA ÜNİVERSİTESİ, SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ, SOSYAL HİZMET BÖLÜMÜ

Prof. Dr. LEYLA ÖZGEN

Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

Prof. Dr. SERAP DAŞBAŞ

Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

Prof. Dr. Rifat BİLGİN

Fırat Üniversitesi, İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

Prof. Dr. Oğuzhan ZENGİN

Karabük Üniversitesi, İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

Prof. Dr. Yusuf GENÇ

Sakarya Üniversitesi, İnsan ve Toplum Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

Doç. Dr. Umut YANARDAĞ

Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi, İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

Doç. Dr. Ayşin ÇETİNKAYA BÜYÜKBODUR

Muş Alparslan Üniversitesi, Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu, Sosyal Hizmet Bölümü

Doç. Dr. Figen PASLI

Kocaeli Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet

Doç. Dr. Melek ZUBAROĞLU YANARDAĞ

Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi, İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

Doç. Dr. Barış DEMİREL

Kırıkkale Üniversitesi, Delice Meslek Yüksekokulu, Sosyal Hizmet ve Danışmanlık Bölümü

Doç. Dr. Mustafa KARATAŞ

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

Doç. Dr. AYŞE KIZILTAŞ

Anadolu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

Doç. Dr. Ayten KAYA KILIÇ

Akdeniz Üniversitesi- Manavgat Sosyal ve Beşerî Bilimler Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

Doç. Dr. AZİME ARISOY

Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi, Çavdır Meslek Yüksekokulu, Sosyal Hizmet ve Danışmanlık Bölümü

Doç. Dr. Hasan Hüseyin TEKİN

Necmettin Erbakan Üniversitesi, Nezahat Keleşoğlu Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

Doç. Dr. Zeki KARATAŞ

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

Doç. Dr. MEHMET BAŞCILLAR

Necmettin Erbakan Üniversitesi, Nezahat Keleşoğlu Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

Doç. Dr. Beyza ERKOÇ

Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi- Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

Doç. Dr. Seda ATTEPE ÖZDEN

Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

Doç. Dr. MUSTAFA KARATAŞ

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

Doç. Dr. SAMİ KALAYCI

Aksaray Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

Doç. Dr. Hüsnünur ASLANTÜRK

Anadolu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

Doç. Dr. Merve Deniz PAK GÜRE

Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

Doç. Dr. Hasan Hüseyin TAYLAN

Sakarya Üniversitesi, İnsan Ve Toplum Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

Doç. Dr. Buğra YILDIRIM

Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet

Dr. Öğr. Üyesi Şükran KOLAY ÇEPNİ

Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

Dr. Öğr. Gör. Tuğba TÜRKKAN

Gümüşhane Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

Dr. Öğr. Gör. Abdulkadir Karabulut

Hitit Üniversitesi, Sungurlu Meslek Yüksekokulu, Sosyal Hizmet ve Danışmanlık Bölümü

Dr. Öğr. Gör. Cihangir KARAKAYA

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

Dr. Öğr. Üyesi Ferhat TOPER

Malatya Turgut Özal Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

Dr. Öğr. Gör. Hüseyin Zahid KARA

Sakarya Üniversitesi, İnsan ve Toplum Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

Dr. Öğr. Gör. Aykut Can DEMİREL

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi- Muğla Meslek Yüksekokulu Sosyal Hizmet ve Danışmanlık Bölümü

Dr. Öğr. Gör. Muhammet Ali KÖROĞLU

Uşak Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

Dr. Öğr. Gör. Semih SÜTÇÜ

Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi, Zübeyde Hanım Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

Dr. Öğr. Gör. Ruşen AYATA KÜÇÜKBÜKÜCÜ

İstanbul Arel Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

Dr. Öğr. Gör. Rauf YANARDAĞ

Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

Dr. Öğr. Gör. Aykut Can DEMİREL

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Muğla Meslek Yüksekokulu, Sosyal Hizmet Ve Danışmanlık Bölümü

Dr. Öğr. Gör. Burak ACAR

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

İÇİNDEKİLER

- KUŞAKLARARASI AKTARIM: MÜLTECİ AİLELERİN ÇOCUKLARI TRAVMAYI NASIL MİRAS ALIYORLAR? (Araştırma Makalesi)

INTERGENERATIONAL TRANSMISSION: HOW DO OFFSPRINGS OF REFUGEE FAMILIES INHERIT TRAUMA?

Hakan SAKARYA

- PALYATİF BAKIM DENEYİMİ BULUNAN SAĞLIK ÇALIŞANLARININ SOSYAL HİZMET UZMANLARINA YÖNELİK DEĞERLENDİRMELERİ (Araştırma Makalesi)

EVALUATIONS OF HEALTH WORKERS WITH PALLIATIVE CARE EXPERIENCE TOWARDS SOCIAL WORKERS

Berra CANSIZ KÖSESOY

Merve Nur OKTAR

- 'BİRİ DE KEK YAPIP GETİRSE...!' OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞUNA SAHİP ÇOCUĞU OLAN ANNELERİN BAKIM YÜKÜ ÜZERİNE NİTEL BİR ÇALIŞMA

A QUALITATIVE STUDY ON THE CARE BURDEN OF MOTHERS WITH CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER: 'IF ONLY SOMEONE COULD MAKE AND BRING A CAKE...!'

Ayşe TİRYAKİ

Melih SEVER

- TİP 1 DİYABETLİ ÇOCUK VE ERGENLERDE ALGILANAN SOSYAL DESTEĞİN TRAVMA SONRASI BÜYÜME İLE İLİŞKİSİ (Araştırma Makalesi)

THE RELATIONSHIP BETWEEN PERCEIVED SOCIAL SUPPORT AND POST-TRAUMATIC GROWTH IN CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH TYPE 1 DIABETES

Gökhan YANAR

Yasemin ÖZKAN

- YAŞLILARA YÖNELİK BAKIM HİZMETLERİNDE KALİTENİN TEMEL UNSURLARI: YAŞLILARIN REFAHI İÇİN YÜKSEK STANDARTLAR (Derleme)

BASIC ELEMENTS OF QUALITY IN CARE SERVICES FOR OLDER ADULTS: HIGH STANDARDS FOR THE WELFARE OF OLDER ADULTS

Hatice Selin IRMAK

- SOSYAL HİZMETTE ÖZ ŞEFKAT (Derleme)

SELF-COMPASSION IN SOCIAL WORK

Doğucan ÇATULAY

Seval BEKİROĞLU

- SOSYAL HİZMET ALANINDA MADDE BAĞIMLILIĞI KONUSUYLA İLGİLİ YAPILAN ÇALIŞMALARIN BİBLİYOMETRİK ANALİZİ (Araştırma Makalesi)

BIOMETRIC ANALYSIS OF STUDIES ON SUBSTANCE USE IN THE FIELD OF SOCIAL WORK

Gökhan BODUROĞLU

- YAŞLI GÜNDÜZLÜ BAKIM MERKEZLERİNDEN HİZMET ALAN ve HİZMET ALMAYAN YAŞLILARDA YAŞAM KALİTESİ ve UMUT DÜZEYİ (Araştırma Makalesi)
QUALITY OF LIFE AND LEVEL OF HOPE IN THE ELDERLY WHO RECEIVE AND DO NOT RECEIVE SERVICES FROM ELDERLY DAY CARE CENTERS

Filiz ÖZKAN
Nimet KORKMAZ
Seda Nur TURAN

- TIBBİ SOSYAL HİZMET MÜDAHALELERİNİN ÖNEMİ VE SOSYAL HİZMET UZMANLARININ ROL VE İŞLEVLERİ (Derleme)
IMPORTANCE OF MEDICAL SOCIAL WORK INTERVENTIONS AND ROLES AND FUNCTIONS OF SOCIAL WORKERS

Murat DERİN

- “HASTANEYE GİTMELİYİM, HUZURA ERMELİYİM” MUNCHAUSEN BY PROXY SENDROMUNA YÖNELİK SOSYAL HİZMET MÜDAHALESİ: BİR VAKA SUNUMU (Olgu Sunumu)
“I MUST GO TO THE HOSPITAL, I SHOULD BE AT PEACE” SOCIAL WORK INTERVENTION FOR MUNCHAUSEN BY PROXY SYNDROME: A CASE REPORT

İpen İlknur ÜNLÜ

- ALBİNİZMLİ BİREYLERİN YAŞADIKLARI ZORLUKLAR: SOSYAL HİZMET PERSPEKTİFİNDEN BİR İNCELEME (Araştırma Makalesi)
CHALLENGES FACED BY INDIVIDUALS WITH ALBINISM: AN EXAMINATION FROM A SOCIAL WORK PERSPECTIVE

İclal Burcu SİVRİKAYA
Gamze ÖZBAYRAK
Ömer Miraç YAMAN

- HASTANEDE GÖREVLİ SOSYAL ÇALIŞMACILARIN ÇOCUK İSTİSMARIYLA İLGİLİ DENEYİMLERİ: NİTEL BİR ANALİZ (Araştırma Makalesi)
EXPERIENCES OF HOSPITAL SOCIAL WORKERS ON CHILD ABUSE: A QUALITATIVE ANALYSIS

Ömer BÜBER
İsmail AKYÜZ

- BİREYLERİN HASTA HAKLARI VE SORUMLULUKLARI HAKKINDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ (Araştırma Makalesi)
AN EXAMINATION OF INDIVIDUALS' LEVELS OF KNOWLEDGE REGARDING PATIENT RIGHTS AND RESPONSIBILITIES

Cemil Bülent ŞEN
Buket Betül EMİNAĞAOĞLU

“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, araştırma makaleleri, bildirimler, yayın değerlendirme, tartışma yazıları ve 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 artırılması, bilimsel araştırma yaparak literatüre katkı vermelerinin desteklenmesi ve tıbbi sosyal hizmet alanında bilimsel bilgi üretiminin gerçekleştirilmesi amaçlanmaktadır.

Dergi "hakemli" bir yayındır. Dergiye gönderilen yazı, yayın kurulu tarafından incelendikten sonra çalışmalar anonim halde ve yazarın kimliğini belli edebilecek herhangi bir bilgi ya da ibareye vermeyecek biçimde uzman hakemlere yönlendirilir ve hakemlerce değerlendirmeye alınır. (Bu nedenle dergiye yayınlanmak üzere gönderilen yazılarda, çalışmanın yayınlanmasına ilişkin olumlu karar yazar (lar)a bildirilene kadar geçen süreçte, metin içinde, yazar (lar)n 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.

- Yayınlanmak üzere dergiye gönderilen çalışmaların daha önce hiçbir yerde yayınlanmamış ya da yayınlanmak üzere başka bir derginin değerlendirme sürecine alınmamış veya başka bir yerde yayınlanmak üzere kabul edilmemiş olması gerekir. Herhangi bir bilimsel toplantıda sunulmuş ve yayınlanmamış 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 yayınlanan yazıların sorumluluğu tümüyle yazar (lar)a aittir. Dergide yayınlanan yazılar Sağlık Bakanlığı'nın görüşünü yansıtmaz.
- Sağlık Bakanlığı Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi, yayınlanmak üzere kabul edilen ve yayınlanan yazıların, başka bir işleme gerek kalmaksızın, bütün yayın haklarına sahip olur.
- Gönderilen yazıların yayınlanma zorunluluğu yoktur.
- Bir yazarın derginin aynı sayısında ilk isim olarak bir, iki ve diğer isim sırasında bir olmak üzere en fazla iki eseri yayınlanabilir.

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 "tibbisosyalhizmet@saglik.gov.tr" adresine mail gönderebilirsiniz.

İletişim Adresleri

T.C. Sağlık Bakanlığı

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Hasta Hakları ve Tıbbi Sosyal Hizmetler Dairesi Başkanlığı

Üniversiteler Mahallesi Şehit Mehmet Bayraktar Caddesi No:3

Çankaya/ANKARA

Tel: 0312 585 10 00

Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi Yazım Kuralları

1. Çalışmanın başlığı büyük harflerle ve sayfanın ortasına gelecek şekilde "Calibri" yazı karakteri ile 10,5 punto ve bir aralıkla koyu olarak yazılmalıdır. Bir alt satıra ana başlık yazısının sağ alt tarafına yazar veya yazarların adları, akademik unvanları ile birlikte yazılmalı ve çalıştığı kurum adları ise (*) işareti ile dipnot şeklinde sayfanın alt kısmında verilmelidir. Yapılan çalışma herhangi bir kurum tarafından destek görmüşse, makalenin ana başlığının son kelimesi üzerine (*) konularak destek veren kurumun adı aynı sayfada dipnot olarak verilmelidir.
2. Gönderilen yazıların Türkçe ve İngilizce başlıkları 150 kelimeyi aşmayacak şekilde yazının tümünü öz biçimde (çalışmanın amacını, yöntemini, bulgu ve sonucunu) yansıtacak nitelikte olmalıdır. Türkçe ve İngilizce özetler ile en az üç en fazla beş adet Türkçe ve İngilizce anahtar kelime yer almalıdır. Özeti başlığının "Öz" ve "Abstract" olarak konulması gerekmektedir. "Keywords" ve "Anahtar Kelimeler" sözcükleri bir tab (1,25 cm) içeriden ve italik yazılmalıdır. Özetlerin başlığı ve metin kısmı, "Calibri" karakterde 9 punto ve bir (1) aralıkla yazılmalıdır.
3. Dergiye gönderilen yazılar, Makalenin özeti, anahtar sözcükleri ve kaynakçayı içerecek şekilde 8000 kelimeye kadar ve Microsoft Word Türkçe sürümlerinde yazılmalıdır. Tablo, şekil, kaynaklar ve eklerle birlikte en çok 25 A4 sayfa boyutunda olmalıdır. Yazılar "Calibri" fontu kullanılarak, 1,5 aralık, 10,5 punto ve 2,5 cm kenar boşlukları ile yazılmalıdır. Metin iki yana yaslı ve satır başı verilmeden yazılmalıdır. Sayfalar numaralandırılmalıdır.
4. Bölüm başlıkları kalın (bold), sola yaslı (girintisiz) ve yalnızca kelimelerin ilk harfleri büyük olacak şekilde yazılmalıdır. Alt başlıklar 1., 1.1, 1.1.1. şeklinde numaralandırılmalı ve yazının

başlık öz/abstract, giriş, yöntem, bulgular, sonuç, tartışma ve kaynakça şeklinde ana bölümlerine yer verilmelidir.

5. Çizelge, grafik, resim vb. derginin sayfa boyutları dışına taşmamalı ve bunların hazırlanmasında "Calibri" karakterde 9 punto ve bir (1) aralıkla yazı kullanılmalıdır. Kaynak ve gerekli durumlarda açıklayıcı dipnotlar ve kısaltmalar, şekil ve çizelgelerin hemen altında 9 punto olarak yazılmalıdır.
6. Metin içi atıflarda ve kaynakçada "APA Stili 6. Sürüm" olarak adlandırılan ve Amerikan Psikologlar Derneği tarafından yayınlanan "The publication manual of the American Psychological Association" isimli kaynakta belirtilen yazım ilkelerine uyulmalıdır. Gerekliğinde 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); Gökçegöz (2009, s. 10).....; Türkmen (2007, s. 15). İki yazarlı kaynaklara yapılan atıf örnekleri: Arslan ve Taşçı (2004).....(s.38) ; Öztürk ve Toprak'a (2009) göre.....(s.105).
- APA atıf formatına uygun olarak, atıfta bulunulan kaynağın yazar sayısı 3 ile 5 arasında ise, kaynağa metin içinde ilk geçtiği yerde yukarıdaki gibi atıfta bulunulur: Özkan, Türkmen ve Arslan (1993, ss. 15-25). Aynı kaynağa daha sonra yapılan atıflarda ilk yazarın soyadı ile birlikte "vd." ifadesi kullanılır: Özkan vd. (1993, ss. 15-25). Cümle sonunda birden fazla esere atıfta bulunuluyorsa bu kaynaklar parantez içinde alfabetik sıra ile verilmelidir. Örneğin: ...(Gökçegöz, 2009; Türker, 2001) ya da (Öztürk ve Toprak, 2009, s. 45; Taşçı, 2007, ss. 182-186).
- Aynı yazara ait iki ya da daha fazla esere gönderme yapılıyorsa yayın yılına alfabetik sırayı izleyen harfler eklenir: örneğin (Derin Murat, 2010a);(Derin Murat, 2010b).
- Eserin yazarı belirtilmemişse alıntı yaparken eserin adının ilk birkaç sözcüğü kullanılır. Bu tür bir yapıta gönderme yapılırken kitabın adı eğik (italik) olarak yazılır ve ardından tarih belirtilir:
- Diğer bir kaynakta (Türkiye Uyuşturucu Raporu, 2014) belirtildiği gibi... Türkiye Uyuşturucu Raporu'nda (2014) belirtildiği gibi...
- Çalışmalarda birincil kaynaklara ulaşmak esastır, ama bazı güçlükler nedeniyle ulaşılamamışsa, göndermede alıntılanan ya da aktarılan kaynak belirtilir;
- (Smith, 2001'den aktaran Öztürk, 2010, s. 320). Alıntılanan ya da aktarılan yapıttaki kaynak bilgilerine yer verilmez.

8. Kaynakça gösterimi:

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

• Kitap

Bulunması gereken bilgiler:

Yazarın adı (soyadı, adının baş harfi)

Yayının yılı (ayraç içinde)

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

Yayın bilgileri (ayraç içinde, 1. basımlar belirtilmez)

Yayın yeri

Yayınevi

Tek yazarlı ya da editörlü kitap:

Arslan, S. (2017). Nadir hastalıklar. Ankara: Sağlık Yayınevi.
Özkan, E. (Ed.).(2015). Tıbbi sosyal hizmet ve uygulamaları. Ankara: Gökay Yayınevi.
İki ya da daha fazla yazarlı kitap:
Öztürk, Y. ve Ulucan, O. (2014). Onkolojik sosyal hizmet. Ankara: Kota Yayınevi.
Kurum yazarlığı olan kitap:
Sağlık Bakanlığı. (2013). Toplam Kalite. Ankara: Sağlık Yayınevi.
Çeviri kitaplar:
Brown, A. (2016). Child protection. (A. Demir, Çev.) İstanbul: Görkem Yayınevi.

- Makaleler

Bulunması gereken bilgiler:

Yazarın adı (soyadı, adının baş harfi)

Yayının yılı (ayraç içinde, varsa ay)

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

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

Cilt numarası (italik şekilde)

Sayısı (ayraç içinde)

Sayfa numara aralığı

Doi:xxxxxx

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

- İnternet Kaynakları

Bulunması gereken bilgiler:

Yazar adı (soyadı, adının baş harfi)

Yayın tarihi (ayraç içinde)

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

Erişim Tarihi: Gün Ay Yıl

Yazının linki

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

- Yayınlanmamış Yüksek Lisans ve Doktora Tezleri

Derin, M. (2017). Madde bağımlısı bireylerin sosyal dışlanma algıları (Yayınlanmamış 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: 2024 Aralık/ December Sayı/Issue:24

KUŞAKLARARASI AKTARIM: MÜLTECİ AİLELERİN ÇOCUKLARI TRAVMAYI NASIL MİRAS ALIYORLAR?

Hakan SAKARYA¹

Makale Bilgileri/ Article info

Makalenin Türü/Article Type: Araştırma
Geliş Tarihi / Date Received: 24.01.2024
Revizyon Tarihi/Date Revised: 16.07.2024
Kabul Tarihi / Date Accepted: 30.07.2024
Yayın Tarihi / Date Published: 03.01.2025
DOI: 10.46218/tshd.1425259

Makale Künyesi/To cite this article:

Sakarya, H. (2024, Aralık). Kuşaklararası Aktarım: Mülteci Ailelerin Çocukları Travmayı Nasıl Miras Alıyorlar?. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 1-16.

Sorumlu Yazar/Corresponding Author:

Hakan SAKARYA, Araştırma Görevlisi,
Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü,
hakansakarya@hacettepe.edu.tr

Öz

Zorunlu göç küresel ölçekte günbegün artarken göç sonrası yerleşilen ülkelerde doğan kuşaklar travmatik yaşantılara doğrudan maruz kalmamış olsalar da kuşaklararası aktarım mekanizmaları ile risk altındadırlar. Göç, çoğu zaman devletler tarafından bir güvenlik riski ya da halledilmesi gereken bir uyum meselesi olarak ele alındığı için göçü yaşayanların psikososyal iyilik hali dahil göz ardı edilir. Bu araştırmanın amacı, zorunlu göç yaşantısına ve dolayısıyla travmatik yaşantılara doğrudan maruz kalmayan sonraki kuşakların ebeveynlerinin bu yaşantılarından nasıl etkilendiklerini belirlemektir. Kuşaklararası aktarım literatüründeki mülteci ailelere yönelik niceliksel, niteliksel ve karma yöntem araştırmalar, PRISMA sistematik derleme kılavuzu takip edilerek analiz edilmiştir. Tarama sonucunda 597 çalışmadan yalnızca dört çalışma (n=4) analize dahil edilme kriterini sağlamıştır. Söz konusu araştırmalar, ebeveyn-çocuk etkileşiminin ve aile içi iletişim tarzlarının önemine vurgu yapmakla birlikte örneklemin niceliksel hacmi küçüktür. Bu sistematik derlemenin, göçün travmatik etkilerinin kuşaklararası aktarımı ve sonraki kuşaklar üzerindeki etkilerine ilişkin bilgi düzeyimizi genişletmesi hedeflenmiştir. Olası olumsuz etkilerin önlenmesine dair sosyal hizmet sisteminin geliştirilmesi için pratik öneriler ve politika önerileri geliştirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Zorunlu göç, Travma, Kuşaklararası aktarım, Sistematik derleme, Sosyal hizmet

INTERGENERATIONAL TRANSMISSION: HOW DO OFFSPRINGS OF REFUGEE FAMILIES INHERIT TRAUMA?

Abstract

While forced migration is increasing on a global scale, second generations who were born in settled countries after migration are at risk through intergenerational transmission mechanisms, even if they have not been directly exposed to traumatic events. Since migration is often treated by states as a security risk or a matter of cohesion that needs to be dealt with, the first-generation refugees' psychosocial well-being is ignored. The aim of this study is to determine how the parents of future generations who were not directly exposed to forced migration and thus affected by their parents' traumatic experiences. Quantitative, qualitative and mixed-method studies on refugee families in the intergenerational transmission literature were analyzed following the PRISMA systematic review guide. Only four studies (n=4) out of 597 studies met the inclusion criteria. These studies emphasized the importance of parent-child interaction and family communication styles, but the sample size was small. This systematic review aims to expand our knowledge on the traumatic effects of migration and its impact on subsequent generations. Practical and policy recommendations for the development of social service system to prevent possible negative effects.

Keywords: Forced migration, Trauma, Intergenerational transmission, Systematic review, Social work

¹ Araştırma Görevlisi, Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü, ORCID: 0000-0002-4945-2716, hakansakarya@hacettepe.edu.tr

GİRİŞ

Savaş, çatışma, kitlesel şiddet veya siyasal istikrarsızlık gibi nedenlerle göç etmek zorunda kalan insanların sayısı yalnızca son yirmi yılda 108 milyon kişi artmıştır (McAuliffe ve Triandafyllidou, 2021). Göç öncesindeki baskı ve şiddet, göç yollarında yaşanması olası travmatik deneyimler ve göç sonrasında ilişkin hâkim belirsizlik duygusu mültecilerin² ruh sağlığı için önemli risk faktörleridir. Nitekim mültecilerin ruh sağlığı durumlarına ilişkin sistematik derleme ve meta analiz çalışmalarında, yaygın depresyon, anksiyete ve travma sonrası stres bozukluğu raporlanmıştır (Blackmore vd., 2020; Peconga ve Thogersen, 2020; Steel vd.,2009). Fazel, Wheeler ve Danesh (2005), mültecilerde travma sonrası stres bozukluğu görülme sıklığının ev sahibi ülke nüfusuna oranla on kat daha fazla olduğunu belirtmektedir. Ruh sağlığına ilişkin bu yaygın olumsuz etkiye rağmen mülteciler, devletler tarafından ruh sağlığı hizmetlerine ihtiyaç duyan özneler olarak değil çağımızda yaşanan göçün büyüklüğünün etkisiyle güvenlik ve uyum kıskacında ele alınmaktadır. Oysa mültecilerin ruh sağlığı ihtiyaçlarının görmezden gelindiği durumlarda, çözülemeyen geçmiş travmatik deneyimlerin sonraki kuşaklar üzerinde de olumsuz etkileri ortaya çıkabilir. Dolayısıyla göç krizine güvenlik ve uyum perspektifleri ile reaksiyon gösteren devletlerin, sorunların çözümünde ve gelecek kuşaklar için koruyucu önleyici hizmetler geliştirmekte atıl kalarak krizi derinleştirdiğini söylemek mümkündür.

Travmadan doğrudan etkilenmeyenlerde travmatik stres belirtilerinin görülmesi ile kuşaklararası aktarım fenomenine muazzam bir akademik ilgi başlamıştır. Büyük ölçüde Holokoust çalışmaları (Fonagy, 1999; Lev-Wiesel, 2007) ile bugünkü ününe kavuşan kuşaklararası aktarım fenomeni (Danieli, 1998; Kellermann, 2001), savaş ve çatışmaya maruz kalanlar (Dekel ve Goldblatt, 2008; Solomon ve Zerach, 2020), çocukluk çağı ihmal ve istismarı mağdurları (Berthelot vd., 2015; Fitzgerald, London-Johnson ve Gallus, 2020), soykırım mağdurları (Bezo ve Maggi, 2015; Dikyurt, 2023) ve mülteciler (Atallah, 2017; Denov vd., 2019; Hocaoğlu Uzunkaya ve Yılmaz, 2021; Kara ve Stuart, 2021) gibi gruplarla birçok araştırmaya konu olmuştur. Ruppert (2014) kuşaklararası aktarım fenomenini Jung'un kolektif bilinçdışı kavramına atıfla kuşaktan kuşağa aktarılan kolektif bilgiyle açıklarken Kellerman (2001) psikodinamik, sosyo-kültürel, aile sistemleri ve biyolojik olmak üzere dört aktarım modelini inceleyerek bu modellerin kuşaklararası aktarımı tek başına açıklamaya yeterli olmadığını, holistik bir değerlendirmeye ihtiyaç olduğunu vurgulamıştır.

Sosyal hizmet disiplini, kuşaklararası aktarım fenomeninin incelendiği birçok grupta müstakilen ilgilenmekle birlikte bazı gruplarla adeta özdeşleşmiş süregelen dezavantajları önleme hedefiyle de kuşaklararası aktarım ile doğrudan ilişkilenebilmektedir. İnsanların iyilik halini sağlamayı amaçlayan mesleki disiplin olarak sosyal hizmet (International Federation of Social Workers, 2014), bu amacın önünde engel teşkil eden geçmiş travmatik deneyimlerin o travmayı doğrudan deneyimlememiş olanlar üzerindeki olumsuz etkilerini azaltmak ve ortadan kaldırmak için de çalışmaktadır. Nitekim sosyal hizmet uzmanları ve akademisyenleri, yoksulluğun kuşaklararası aktarımı gibi sosyal koşulların bireyler üzerindeki süregelen etkilerini (Baker Collins,

² Bu araştırma boyunca ülkelerin kişiler için tanımladıkları farklı yasal statüler yerine hem farklı ülkelerdeki göç örneklerini ele alırken kavram-bağlam karmaşasını engellemek hem de okuyucu için daha berrak anlatım sağlamak için 1951 tarihli Cenevre Sözleşmesi ile belirlenen koşullar dikkate alınarak mülteci kavramı kullanılacaktır.

Smith-Carrier, Gazso ve Smith, 2020; Schiettecat, Roets ve Vandenbroeck, 2015) ve aile içi şiddet mağdurları ya da tanıklarının veya bakım kuruluşlarına dahil olmuş bireylerin deneyimlerinin kendi kurdukları ailede nasıl etkiye sahip olduğu (Mertz ve Andersen, 2017; Meyer, Reeves ve Fitz-Gibbon, 2021; Zhang vd., 2023) gibi alanlar da dahil olmak üzere bahsi geçen tüm gruplarla çalışmaktadır. Türkiye'nin özellikle son on yılda maruz kaldığı göç dalgası ile 2014 yılından beri dünyada en fazla mülteciye ev sahipliği yapan ülke olması (McAuliffe ve Oucho, 2024) sosyal hizmet disiplininin ilgisini müstakilen mülteci çalışmalarına yönlendirmiş olsa da henüz kuşaklararası aktarımı konu edinen araştırma yapılmamıştır. Bu çalışma, kuşaklararası aktarım fenomenini keşfetmeyi amaçlayan bilimsel araştırmaları sistematik derleme metodolojisiyle analiz etmeyi, mültecilerin ruh sağlığı ihtiyaçlarını kuşak aşkın perspektif ile görünür kılarak Türkiye Cumhuriyeti için uzun vadeli ruh sağlığı hizmetlerinin planlanmasına katkı sağlayacak bilimsel bilgi üretmeyi amaçlamaktadır. Bu amaç kapsamında aşağıdaki araştırma sorularına yanıt aranmıştır:

1. Mülteci ailelerde travmanın kuşaklararası aktarımına ilişkin gerçekleştirilen ve dahil edilme kriterlerini karşılayan çalışmaların temel özellikleri nelerdir?
 - a. İncelenen çalışmalar neyi amaçlamıştır?
 - b. İncelenen çalışmalar hangi teorik yaklaşımı benimsemiştir?
 - c. İncelenen çalışmalar hangi araştırma metodolojisini kullanmıştır?
 - d. İncelenen çalışmalar hangi ölçme araçlarını kullanmıştır?
 - e. İncelenen çalışmaların örneklemelerinin özellikleri nelerdir?
2. İncelenen çalışmalar mültecilerin ruh sağlığına ve mülteci ailelerde kuşaklararası aktarıma ilişkin hangi sonuçlara ulaşmıştır?
3. İncelenen çalışmaların sonuç ve önerileri doğrultusunda, Türkiye'de mültecilere yönelik ruh sağlığı hizmetleri kuşaklararası aktarım fenomeni dikkate alınarak nasıl tasarlanmalıdır?

2. YÖNTEM

Bu çalışmada, Sistemik Derlemeler ve Meta-Analizler için Tercih Edilen Raporlama Bileşenleri (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses – PRISMA*) protokolü takip edilerek sistematik derleme metodolojisi kullanılmıştır (Moher vd., 2009). Bilimsel kanıtları güçlendirmeyi amaçlayan bu metod, konuyla ilgili müstakim çalışmaları bir arada ele almayı, kapsamlı bir plan ve araştırma stratejisi doğrultusunda niceliksel ve niteliksel kanıtları birlikte analiz etmeyi ve daha önce üretilen bilimsel kanıtları tarafsız şekilde yeniden değerlendirmeyi olanaklı kılmaktadır (Karaçam, 2013; Uman, 2011).

2.1. Dahil Etme Kriterleri

Bu çalışmada; Ocak 1995 ile Temmuz 2023 tarihleri arasında PubMed, MEDLINE, Web of Science (WoS) ve Scopus veri tabanlarında İngilizce dilinde yayınlanmış olan ve örneklem özellikleri itibarıyla aşağıdaki dört kriteri karşılayan çalışmalar değerlendirmeye alınmıştır:

(i) Yasal statüleri fark etmeksizin ulusötesi alanda zorunlu olarak göç eden mülteciler ve aile üyelerine ilişkin araştırmalar,

(ii) Mülteci ailelerin en az iki kuşak (anne ve çocuk ya da baba ve çocuk) yer aldığı araştırmalar,

(iii) Bahse konu göçü birinci kuşağın doğrudan yaşadığı ancak ikinci kuşağın göç deneyiminin olmadığı araştırmalar,

(iv) Kuşaklararası aktarım mekanizmalarını ve olası çıktılara ilişkin çeşitli göstergeleri inceleyen araştırmalar.

2.2. İzleme Süreci ve Veri Düzenleme

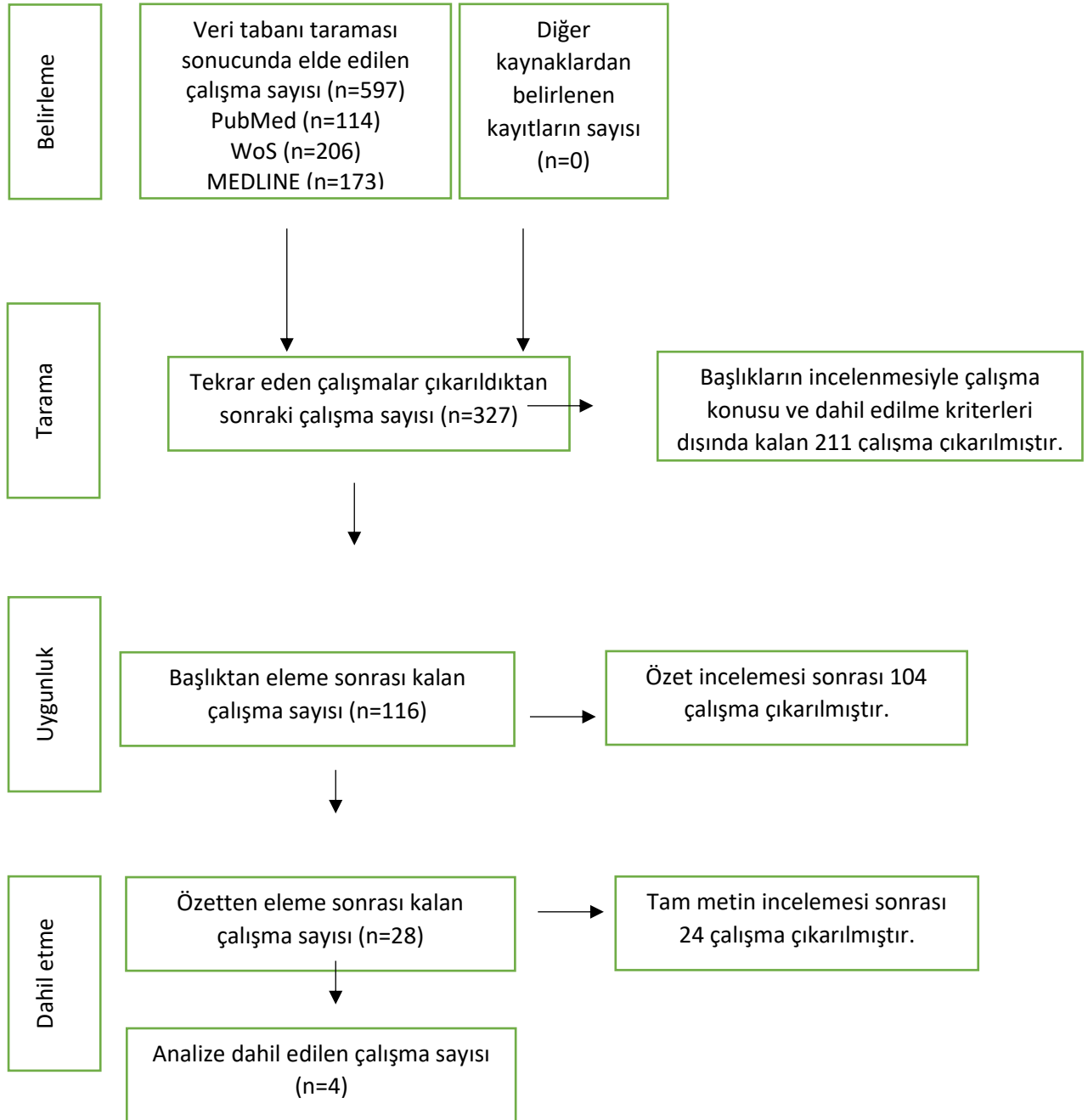
Zorunlu göç yaşayan ailelerin travmatik yaşantılarının, bu göçü deneyimlememiş olan ikinci kuşaklara nasıl aktarıldığını ve onları nasıl etkilediğini ortaya koyabilmek amacıyla yürütülen bu araştırmanın veri toplama süreci 30 Mayıs 2023 ve 11 Temmuz 2023 tarihleri arasında PubMed, MEDLINE, Web of Science (WoS) ve Scopus veri tabanlarının taranması ile gerçekleştirilmiştir. İlgili literatür, Çizelge 1’de gösterilen anahtar kelime gruplarının tümü en az bir kez birlikte kullanılacak şekilde taranmıştır. Bu karmaşık tarama, mülteci kavramının farklı ülkelerdeki yasal tanımlamalarını ve kuşaklararası aktarım kavramının İngilizce dilindeki farklı kullanımlarını içermek amacıyla tasarlanmıştır.

Çizelge 1: Anahtar kelime grupları

Birinci grup anahtar kelimeler	İkinci grup anahtar kelimeler	Üçüncü grup anahtar kelimeler
Intergenerational	Refugee	Trauma
Transgenerational	Migrant	
Crossgenerational	Immigrant	
	Asylum seeker	
	Displaced people	

Tarama sonuçları, EndNote X9 programı ile kaydedilmiş, tekrarlı çalışmaların elenmesi ve kalan çalışmaların başlık ve özetlerinin incelenmesi ile bir eleme aşaması daha gerçekleştirilmiştir. Bu süreçlerin ardından kalan çalışmaların tam metinleri incelenmiş ve seçim kriterlerine uygun olan dört çalışma araştırmaya dahil edilmiştir. Bu araştırmanın sürecini gösteren PRISMA akış diyagramı Şekil 1’de yer almaktadır.

Bu araştırmada incelenen çalışmalar yazar soy ismine göre alfabetik sırayla sıralanmış ve yayımlandıkları yıla, araştırma amaçlarına, araştırma desenine, örneklem hacmine ve özelliklerine, kullanılan ölçme araçlarına, araştırmaların kontrol grubu içerip içermemesine ve kuşaklararası aktarım ve bunların etkilerine ilişkin başlıca sonuçlara göre kod cetveline yerleştirilmiştir.



Şekil 1. PRISMA akış diyagramı

3. BULGULAR

Bu çalışmaya dahil edilen dört araştırmanın üçü karma yöntemle biri niteliksel yöntemle gerçekleştirilmiştir. Dahil edilen karma yöntem araştırmalarının niceliksel boyutları kesitsel araştırma deseninde tasarlanmış olup hiçbir araştırmada kontrol grubu bulunmamaktadır. Söz konusu dört araştırmadan üçü (Dalgaard vd., 2016; Dalgaard vd., 2020; Dalgaard ve Montgomery, 2017) Afganistan, Filistin, Lübnan, Irak, İran ve Suriye gibi çeşitli ülkelerden Danimarka'ya göç etmiş mültecilerle, biri (Mak vd., 2021) ise Kamboçya'dan Amerika Birleşik Devletleri'ne göç etmiş mültecilerle yürütülmüştür. Bu kapsamda analiz edilen araştırmalarda; beşi

önceki kuşak olmak üzere, 108'i ebeveyn ve 88'i çocuk toplam 201 kişiden veri toplanmıştır. Bahse konu araştırmaların amaçlarına, desenlerine, örneklem hacmi ve özelliklerine ve de kullandıkları ölçme araçlarına ilişkin bilgiler Çizelge 2'de yer almaktadır.

Çizelge 2: Dahil edilen çalışmaların amacı, araştırma deseni, örneklem özellikleri ve kullandıkları ölçme araçları

Yazar,Yıl/Ülke	Amaç	Araştırma deseni	Örneklem hacmi ve özellikleri	Ölçme araçları
Dalgaard vd., 2016/ Danimarka	Bu araştırma, travma konusunda aile içi iletişim tarzının çocukların psikososyal uyumu ve bağlanma stilleri üzerindeki etkilerini keşfetmeyi amaçlamaktadır.	Karma yöntem araştırması	N=30 aile 26 aile iki ebeveyn, 4 aile ise tek ebeveyn ile araştırmaya katılmıştır. Yaşları 4 ile 9 arasında değişen ve ortalama yaşları 6.78 ± 1.55 olan 14'ü kız, 16'sı erkek çocuk araştırmaya katılmıştır.	1. Harvard Travma Ölçeği 2. Hopkins Semptom Kontrol Kâğıdı 3. Güçler ve Zorluklar Ölçeği 4. Bağlanma ve Travmatizasyon Hikâye Görevi 5. Ebeveynler ile yarı yapılandırılmış nitel görüşmeler
Dalgaard vd., 2020/ Danimarka	Bu araştırma, travmatik yaşantıya sahip göçmen ailelerde ebeveyn-çocuk işlevselliği ile psikososyal uyum ve semptom düzeyleri arasındaki ilişkiyi keşfetmeyi amaçlamaktadır.	Karma yöntem araştırması	N=21 aile Ortalama yaşları 10.29 ± 4.42 olan 21 çocuk ile ortalama yaşları 40.14 ± 7.26 olan 21 anne araştırmaya katılmıştır.	1. Marschak Etkileşim Modeli Derece Sistemi 2. Harvard Travma Ölçeği 3. Hopkins Semptom Kontrol Kâğıdı 4. Güçler ve Zorluklar Ölçeği 5. KIDSCREEN-10S Ölçeği
Dalgaard ve Montgomery, 2017/ Danimarka	Bu araştırma, travmatik yaşantıya sahip ebeveynler ve travmaya doğrudan maruz kalmamış çocukları arasında kuşaklararası aktarıma aile işlevselliğinin etkisini keşfetmeyi amaçlamaktadır.	Karma yöntem araştırması	N=30 aile Halihazırda terapi alan ve posttravmatik stres tanısı olan bir ebeveyn ile doğrudan travma deneyimine sahip olmayan 4-9 yaş arasındaki çocukları araştırmaya katılmıştır.	1. Güçler ve Zorluklar Ölçeği 2. Ebeveynler ile yarı yapılandırılmış nitel görüşmeler
Mak, Lewis ve Seponski, 2021/ABD	Bu araştırma, travmatik yaşantıya sahip göçmen ailelerin travmatik deneyimleri nasıl paylaştığını ve psikolojik dayanıklılığın üç kuşakta nasıl aktarıldığını keşfetmeyi amaçlamaktadır.	Nitel araştırma	N=6 aile, toplam 20 kişi Kamboçya'da soykırımdan sağ kurtulduktan sonra 1980'lerde Amerika Birleşik Devletleri'ne yerleşen altı ailenin üç kuşak üyeleri araştırmaya katılmıştır.	1.Yarı yapılandırılmış nitel görüşmeler

Bu çalışmada ele alınan dört çalışmada da mültecilerin travmatik deneyimlerinin sonraki kuşaklara nasıl aktarıldığı keşfedilmeye çalışılmıştır. Söz konusu araştırmalarda, bağlanma stilleri ve aile içi iletişim tarzları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunsa da anksiyete, depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu gibi tanı kriterlerinin puanları ile sonraki kuşakların psikososyal işlevsellikleri arasında anlamlı ilişki rapor edilmemiştir. Kuşaklararası aktarıma ilişkin gerçekleştirilen ilk meta analizde (van Ijzendoorn, Bakermans-Kranenburg ve Sagi-Schwartz, 2003) eleştirildiği gibi, bu çalışma da bahse konu araştırmaların kuşaklararası aktarımın varlığını niceliksel olarak kanıtlamadığını göstermektedir. Kuşaklararası aktarım fenomeninin psikanalitik teori çevresinde gelişmesi (Ruppert, 2014; Volkan, 2017), öte yandan sosyal bilimlerde niceliksel kanıtlar oluşturmaktan çok yaşam deneyimlerinin derinlemesine keşfini amaçlayan paradigma değişiminin yaşandığı dönemde (Akbaş, 2014; Karataş, 2017) olmanın etkisi, mevcut durumda niteliksel araştırmaların

daha fazla olmasına neden olmuş olabilir. Son yıllarda mülteci ailelerde kuşaklararası aktarımı ele alan niceliksel araştırmalar (Bachem vd., 2024; Kara ve Stuart, 2021; Vaage vd., 2011) yayınlanmış olsa da bu ihtiyacın sürdürdüğünü ifade etmek mümkündür.

Çizelge 3: Dahil edilen çalışmaların teorik çerçevesi ve kuşaklararası aktarıma ilişkin başlıca bulguları

Yazar,Yıl/Ülke	Teorik çerçeve	Kontrol grubu	Kuşaklararası aktarıma ilişkin başlıca bulgular
Dalgaard vd., 2016/ Danimarka	Bağlanma teorisi	Yok	1.Mülteci ailelerin çocuklarının Danimarkalı akranlarına göre psikososyal açıdan daha az uyuma sahip olduğu belirtilmiştir. Güvensiz bağlanma stiline yaygınlığına da vurgu yapılırken istatistiksel olarak anlamlı ilişki raporlanamasa da ebeveynlerinin travma sonrası stresten muzdarip olmalarının, çocuklarda söz konusu dezavantajların ortaya çıkmasına neden olduğu kanaati paylaşılmıştır. 2.Aile içi iletişim tarzlarının çocukların bağlanma stilleri ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Travmatik yaşantılarını herhangi bir filtrelemeye tabi tutmadan çocukları ile paylaşan ailelerde, çocukların güvensiz bağlanma stiline sahip olduğu görülmüş ve niceliksel bulgular desteklenmiştir.
Dalgaard vd., 2020/ Danimarka	Bağlanma teorisi	Yok	1.Mülteci annelerin; anksiyete, depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu belirtileri ile çocukların psikososyal uyumları arasında negatif yönlü ilişki raporlanmıştır. 2.Travmatik yaşantılara sahip mülteci annelerin, çocuklara bakım verme konusunda yeterli beceriye sahip olmadığı ve bunun da çocukların öznel iyilik haline olumsuz etkisi olduğu raporlanmıştır. Niteliksel bulgular, annelerin, çocuklarının farklı gelişim dönemlerindeki durumlarının ve ihtiyaçlarının farkında olmadığını, sorunlu ve açıkça işlevsel olmayan davranışlar sergilediğini göstermektedir.
Dalgaard ve Montgomery, 2017/ Danimarka	McMaster aile işlevselliği modeli	Yok	1.Aile işlevselliğinin belirleyicileri arasındaki stres faktörlerinin birikimi ile çocukların psikososyal uyumu arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. 2.Ebeveynlerin travmatik yaşantılarının çocukların psikososyal uyumunu etkilediğine dair anlamlı bir ilişki istatistiksel olarak raporlanamasa da ebeveynlerin, travmatik yaşantılarının yükünü çocuklarına yansıtmama çabasının değerli olduğu ve bu durumdaki ebeveynler için psikososyal müdahalelerin hayata geçirilmesi gerektiği vurgulanmıştır. 3.Aile sistemleri yaklaşımı çerçevesinde, travma yaşamış ebeveynlerin, çocuklarının ihtiyaçlarına yanıt verebilecek ebeveynlik becerilerine sahip olmadığı, problem çözme ve baş etme kapasitelerinin düşük olduğuna dair öz değerlendirmeleri vardır. Niteliksel bulgular çerçevesinde, ebeveynlerin sergilediği bu davranış kalıplarının çocukların psikososyal uyumunu olumsuz etkilediği ve çocukların da ebeveynlerinin umutsuzluklarını üstlendikleri belirtilmiştir.
Mak, Lewis ve Seponski, 2021/ABD	Travmatik stres, travma aktarımı ve psikolojik dayanıklılık	Yok	1.Kuşaklararası aktarımı hem travmanın hem de dayanıklılığın aktarımı olarak ele alan bu çalışma, aile içi iletişim tarzları ve ebeveynlik stillerinin aktarımdaki temel mekanizma olduğunu ve bunların niteliklerinin neyin aktarıldığını belirlediğini raporlamıştır. 2.Travmatik yaşantılara her bireyin kendine has tepkiler geliştirdiğini, baş etme becerilerinin geliştirilmesinin ruh sağlığı hizmetleri ile mümkün olacağı ve travmanın kuşaklararası aktarımının engellenebileceğine dair görüşler paylaşılmıştır. 3.Mültecilere yönelik politika, program ve hizmetlerin; stres faktörlerini belirlemek, bireysel ihtiyaçları tanımlamak, ebeveynlik becerilerinin nasıl geliştirilebileceğine dair kültüre duyarlı uygulamaları hayata geçirmek, aile içi iletişim tarzlarının geliştirilmesini sağlamak ve göç sonrası ev sahibi toplumla uyumun geliştirilmesi gibi geniş yelpazede kuşaklararası aktarımın olumsuz etkilerini engellemek için hayata geçirilmesi gerektiği vurgulanmıştır.

Bu çalışmaya dahil edilen araştırmalar, kuşaklararası aktarıma dair niceliksel kanıt oluşturamasa da hepsi niteliksel bulgulara sahiptir ve bunlar sayesinde yazarlar kuşaklararası aktarıma ilişkin önemli çıkarımlarda bulunmuştur. Çizelge 3'te görüldüğü üzere, bütün araştırmalarda aile içi iletişim tarzlarının kuşaklararası aktarımda kilit öneme sahip olduğu vurgulanmıştır. Travmatik yaşantıların ebeveynler tarafından çocuklarla

nasıl paylaşıldığı, çocukların iyilik hali üzerinde belirleyici faktördür. Bununla birlikte, ebeveynlerin travmatik yaşantılarının, sosyal işlevsellik, aile işlevselliği ve bakım verme gibi gündelik yaşam üzerinde olumsuz etkilerinin olduğu, bunların da dolaylı olarak çocukların iyilik hali üzerinde etkili olduğu belirtilmiş ve risk altındaki mültecilere yönelik ruh sağlığı hizmetlerine ihtiyaç duyulduğu vurgulanmıştır.

Son tahlilde, kayıplar manzumesi olarak göç, insanların yalnızca maddi birikimlerini ya da sosyal aidiyetlerini değil, haksız şekilde insan haklarını da yitirdikleri bir sorundur (Arendt, 1985) ve halihazırda baskıya, şiddete veya savaşa maruz kalarak yaşadıkları mekânları terk etmek zorunda kalan bu insanların tekrar beşeriyetin sınırlarına dahil edilmesi, biricik ve değerli ihtiyaçlarının farkına varılması ve giderilmesi için profesyonel müdahalelerin hayata geçirilmesine ihtiyaç vardır. Karşılansız ruh sağlığı ihtiyaçlarının yalnızca travmayı doğrudan yaşayan kişileri değil, sonraki kuşakları da etkilediğine dair kanıtlar çalışma boyunca paylaşılmıştır. Bireylerin ruh sağlığı sorunlarının ve bunların aile sistemindeki etkilerinin çözülerek travmanın kuşaklararası aktarımının engellenebileceğine dair öneriler çerçevesinde, ruh sağlığı alanının etkin bir parçası olan sosyal hizmet uzmanlarının (Oral ve Tuncay, 2012) mülteci ailelerle mikro ve mezo düzeyde mesleki uygulamalar yürütmesi gerektiği aşikardır. Öte yandan, sosyal hizmet mesleğinin ruh sağlığı sorunlarının önlenmesinden risk haritalarının oluşturulmasına, farkındalık oluşturma ve eğitim faaliyetlerinden rehabilitasyona kadar her aşamada koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinin önemli bir bileşeni olduğu vurgulanmaktadır (Attepe Özden, 2015). Bu çerçevede, Türkiye’de mültecilere yönelik ruh sağlığı politika ve hizmetlerine ilişkin somut öneriler bu çalışmanın sonuç bölümünde yer alacaktır.

4. TARTIŞMA

Bu çalışma, mülteci ailelerin travmaya doğrudan maruz kalmamış olan çocuklarının, kuşaklararası aktarım mekanizmaları ile bu travmaları nasıl miras aldığını analiz etmeyi amaçlamıştır. Bu çerçevede, kuşaklararası aktarımın en önemli etkenleri olarak bağlanma stillerini, ebeveyn tutumlarını ve aile içi iletişim tarzlarını vurgulayan Flanagan ve diğerleri (2020) ile Sangalang ve Vang’den (2017) farklı olarak kuşaklararası aktarım fenomeni yalnızca mülteci aile örneğinde incelenmiştir. Ebeveynlerin, yaşadıkları travmalar ve bunların etkisi ile çocuk bakım becerilerinin yeterli olmaması, duygusal erişilebilirliğinin azalması, güvensiz bağlanma stilleri, aile işlevselliğinin azalması ve işlevsel olmayan aile içi iletişim tarzlarının benimsenmesi gibi etkenler ile çocukların söz konusu travmalardan dolaylı olarak etkilendiği vurgulanmaktadır (Chokshi vd., 2023; Greenfeld, Reupert ve Jacobs, 2022; Ngameni vd., 2022; Veronese, Mahamid ve Bdier, 2023). Kuşaklararası aktarımı farklı örneklerle araştıran birçok çalışmada da bu etki kanıtlanmıştır (Alford, 2015; Berthelot vd., 2015; Dekel ve Goldblatt, 2008; Kisly, 2015; Scharpf vd., 2023; Schwerdtfeger vd., 2013; Solomon ve Zerach, 2020; Elisa, Kleber ve Jongmans, 2016). Son yıllarda kuşaklararası aktarımı mülteci aile örneği ile ele alan niceliksel araştırmalar (Bachem vd., 2024; Kara ve Stuart, 2021; Vaage vd., 2011) yayınlansa da psikanalitik teori çevresinde gelişen bu fenomene ilişkin niceliksel kanıtlara ihtiyaç sürmektedir. Mevcut araştırmaların koruyucu faktör olarak vurguladığı ve sosyal hizmet uzmanlarının mikro ve mezo düzeydeki mesleki uygulamaları ile katkı sunabileceği, sağlıklı aile içi iletişim tarzlarının geliştirilmesi, aile işlevselliğinin

geliştirilmesi, gelişmiş sosyal destek ağlarının oluşturulması gibi profesyonel hizmetlerin hayata geçirilmesi faydalı olacaktır.

Mültecilere yönelik ruh sağlığı hizmetlerinin planlanmasında göç öncesindeki travmatik deneyimler kadar göç sonrasındaki stres faktörlerinin de dikkate alınması önemlidir. Yalım ve Chapple (2024), mültecilerin, halihazırda yaşadıkları travmalara rağmen gelecek odaklı yaşadıklarını ve yaşamlarını yeniden inşa ederken güçlenme kaynaklarını umutla kullandıklarını belirtmektedir. Bu çerçevede, mültecilere yönelik ruh sağlığı hizmetlerinin, geçmiş travmatik yaşantıların etkilerini azaltma ve kuşaklararası aktarımı engellemeye dair çabalarının yanı sıra göç yönetiminde de mültecilerin gündelik yaşamlarını işlevsel şekilde yeniden inşa etmelerine engel teşkil edecek yasal ve pratik sınırlamaların en aza indirilmesi etkili bir yöntemdir. Nitekim birçok araştırma yasal statü kararlarının belirlenmesinin uzun sürmesi, belirsizlikler içinde yaşama ve cezalandırıcı yasal prosedürlerle karşılaşma gibi stres faktörlerinin mültecilerin ruh sağlığı üzerindeki olumsuz etkisini göstermektedir (Bogic, Njoku ve Priebe, 2015; Dalgaard ve Montgomery, 2017; Porter ve Haslam, 2005; Shannon vd., 2015). Van Ee, Kleber ve Mooren (2012) de bu güçlüklerin mülteci anneler için önemli bir stres faktörü olduğunu ve annelerin çocukları için duygusal olarak daha az erişilebilir olmalarına neden olduğunu vurgulamıştır.

Bu çalışmada ele alınan dört çalışmada da kuşaklararası aktarımın önemli faktörlerinden birinin ebeveyn ve çocuk arasındaki etkileşimler olduğu vurgulanmıştır (Dalgaard vd., 2020; Dalgaard vd., 2016; Dalgaard ve Montgomery, 2017; Mak, Lewis ve Seponski, 2021). Dalgaard ve diğerleri (2016), aile içi iletişim tarzlarının ve travmatik yaşantıların herhangi bir filtrelemeye tabi tutulmadan paylaşılmasının çocukların bağlanma stilleri ve iyilik halleri arasındaki etkisini göstermektedir. Bununla birlikte, Phillips (2015), sahiplenilmeyen, konuşulmayan ve tanıklık edilmeyen travmatik yaşantıların bireyin ruh sağlığını olumsuz etkileyecek şekilde yoğunlaştığını vurgulamaktadır. Travmayla nasıl baş edeceğini bilmeyen ve ruh sağlığı hizmetlerine erişimi olmayan ebeveynlerin, bu yaşantıları çocukları ile paylaşmamak için üstlendiği sessizlik sözleşmesi ile hem kendilerini hem de tüm bu sakinme çabalarına rağmen çocuklarını olumsuz etkilemeye devam etmektedir (Lijtmaer, 2017; Wiseman, Metzl ve Barber, 2006). Dozio ve diğerleri (2020), yalnızca anneler ve çocukları arasındaki sözel iletişimi değil, görsel ve fiziksel etkileşimleri de inceledikleri araştırmalarında, annelerin travmatik yaşantılarını anlatırken çocuklarına daha az dokunduklarını ve onlara daha az gülümsediklerini raporlamıştır. Bu etkileşimlerin niteliğine ve ne kadar değerli olduğuna ilişkin ampirik birikimi ile bağlanma teorisi literatürde ihtişamını korumaktadır (Cori, 2018; Ruppert, 2014; Volkan, 2017). Mülteci çocukların ruh sağlığının, travma sonrası stres bozukluğu ve depresyon gibi belirtilere sahip ebeveynlerin etkisinde kaldığı da birçok çalışmada vurgulanmaktadır (East, Gahagan ve Al-Delaimy, 2018; Eruyar, Maltby ve Vostanis, 2018). Bu çerçevede, söz konusu risklerin farkında olarak mülteci popülasyonlara yönelik, gebelik süreci ile başlayan ve çocukların iki yaşına kadarki gelişim evresini kapsayan bakım becerilerinin, güvenli bağlanma stilleri geliştirmek için ebeveyn çocuk etkileşim becerilerinin ve aile yaşam becerilerinin desteklenmesi gibi hizmetlerin hayata geçirilmesine ihtiyaç vardır.

Türkiye'deki Suriyelilerle yürütülen öz bildirime dayalı araştırmada, ruh sağlığı sorunlarının hipertansiyondan sonra en sık karşılaşılan sağlık sorunları olduğu raporlanmıştır (Mipatrini vd., 2019). Literatürde mültecilerin ev sahibi topluma oranla daha fazla ruh sağlığı sorunu yaşadığını gösteren birçok araştırma olmasına rağmen (Heeren vd., 2012; Norredam vd., 2009) dünya genelinde mültecilere yönelik ruh sağlığı hizmetleri Dünya Sağlık Örgütü'nün (2013; 2019) belirlediği kriterlerin oldukça gerisindedir. Buna rağmen, Türkiye'de ruh sağlığı hizmetlerinin mültecileri de içerek yürütüldüğü ve uluslararası iş birliği ve finansman destekleri ile bu hizmetlerin gelişmesi için çaba sarf edildiği vurgulanmıştır (Bekiroğlu, 2019). Ana faaliyetleri arasında 'Ruh sağlığı ve psiko-sosyal destek hizmetlerinin sağlanması' başlığı olan Sıhhat Projesi (2024a) kapsamında, projenin ilk aşaması olan Aralık 2016 ve Eylül 2020 tarihleri arasında yaklaşık 42.000 kişiye ruh sağlığı hizmeti verildiği belirtilmektedir (Sıhhat Projesi, 2024b). Birçok araştırmada ise bahse konu ruh sağlığı ve psikososyal destek hizmetlerinin, mültecilerin ruh sağlığı ihtiyaçlarını karşılamak için yeterli olmadığı vurgulanmaktadır (Aydın, 2021; Alpak vd., 2015; Küçük, 2020). Son tahlilde, bu çalışma, halihazırda yeterli olmadığı belirtilen ruh sağlığı hizmetlerinin; kuşaklararası aktarımı gözetken, proaktif, bütüncül ve disiplinler arası iş birliğini teşvik ve tesis edecek şekilde tasarlanması ve uygulanması gerektiğine vurgu yapmaktadır.

5. SONUÇ

Mülteci ailelerin, göçün travmatik etkilerine doğrudan maruz kalmamış çocuklarının, bu etkileri ailelerinden nasıl miras aldığını ve bunlardan nasıl etkilendiğini PRISMA protokolünü takip ederek analiz eden bu çalışma, ebeveyn çocuk etkileşimi ve aile içi iletişim tarzlarının belirleyici rolünü ortaya koymaktadır. Yalnızca dört araştırmadan dahil edilme kriterlerini karşılaması, örneklem hacminin küçüklüğü ve niceliksel bulguların istatistiksel anlamlı ilişki ortaya koymaması bu konuda daha fazla bilimsel araştırma yapılmasına ihtiyaç olduğunu göstermektedir. Buna rağmen, niteliksel bulgular, klinik uygulamalar ile ruh sağlığı politikalarının ve psikososyal destek hizmetlerinin geliştirilmesi için önemli fırsatlar sunmaktadır. Bu çerçevede, 2014 yılı itibarıyla dünyada en fazla sayıda mülteciye ev sahipliği yapan Türkiye'nin göç yönetimi, ruh sağlığı ve sosyal hizmet politikaları ile psikososyal destek hizmetlerine ilişkin somut öneriler ve gelecekte yapılacak bilimsel araştırmalar için bazı öneriler geliştirilmiştir.

Kitlesel zorunlu göçün ortaya çıkardığı akut kriz durumu, ev sahibi ülke ve uluslararası aktörlerin öncelikli olarak insani yardıma odaklanmalarına neden olmaktadır. Kuşkusuz yaşama, barınma, beslenme ve benzeri temel ihtiyaçların karşılanmadığı durumlarda ruh sağlığı ihtiyaçlarının bir önemi kalmayacaktır ancak bu hizmetler sıralı ya da aşamalı olmak mecburiyetinde değildir, koordineli olarak hayata geçirilebilir. Büyük bölümü çatışma ve savaşa maruz kalmış olan bu grubun ruh sağlığı ihtiyaçlarının henüz belirlenmemiş olması, bu çalışmanın odaklandığı kuşaklararası aktarım fenomeni dikkate alındığında gelecek yıllarda farklı sosyal sorunların ortaya çıkmasına neden olabilir. Bu çerçevede, ilk olarak kuşaklararası aktarım fenomeninin farkında olarak Sağlık Bakanlığı bünyesindeki Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri ve Göçmen Sağlığı Merkezleri ile Göç İdaresi Başkanlığı ve diğer ilgili kurumların iş birliği ve koordinasyonu ile Türkiye'deki mültecilerin ruh sağlığı risk haritası ve müdahale planları geliştirilmelidir. Bu değerlendirme, göç öncesindeki travmatik yaşantılar kadar göç sonrasında hak ve hizmetlere etkin erişimin sağlanamaması gibi iyilik haline

etki eden faktörleri de göz önüne alarak yapılmalıdır. Göç yönetimindeki karar ve uygulamaların, mültecilerin ruh sağlığı ve iyilik hali üzerindeki etkilerinin farkında olarak yeni yaşamlarını inşa sürecinde kolaylaştırıcı ve destekleyici olması önemlidir. Makro düzeyde bu program ve politikaların hayata geçirilmesi için ise insan haklarını önceleyen sosyal hizmet uzmanlarının, insandışılaştırılan mültecilerin yararına sosyal hizmet değerlerini politika yapım süreçlerine hakim kılmaya çalışması mesleki sorumluluklarındandır.

Makro düzeyde mülteci haklarının savunuculuğunu yapan ve politika yapım süreçlerinde insani değerlerin entegre edilmesine katkı sunan sosyal hizmet uzmanları, mikro ve mezo düzeylerde de önemli bir işleve sahiptir. Öncelikle travmayı yaşayan bireylerle mikro düzeyde, travmanın sağaltımı ve bireyin yeniden sosyal işlevselliğini kazanabilmesi için gerçekleştirilen müdahaledeki disiplinler arası ekibin içerisinde sosyal hizmet uzmanı da yer almalıdır. Bu işlev, mevcut kamu hizmetlerinin yürütüldüğü Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri ve Göçmen Sağlığı Merkezleri vasıtasıyla hayata geçirilebilir. Öte yandan, mikro düzeydeki bu işlev, mültecilerin iyilik halini desteklemenin yanı sıra bu çalışmanın odaklandığı kuşaklararası aktarım fenomeni çerçevesinde sonraki kuşakları ebeveynlerinin travmalarının olumsuz etkilerinden korumak için de bir katkıdır. Türkiye’de 2011 ile 2021 yılları arasında 683.772 Suriyeli bebeğin dünyaya geldiği (Aydın, 2021) düşünüldüğünde, ebeveynin travma geçmişine sahip olduğu risk altındaki mülteci aile sistemine yönelik koruyucu ve önleyici hizmetlerin hayata geçirilmesi elzemdir. Ebeveyn çocuk etkileşimi ve aile içi iletişim tarzlarının kuşaklararası aktarımdaki etkisini vurgulayan bu çalışma, söz konusu risklerin farkında olarak mülteci ailelere yönelik gebelik süreciyle birlikte başlayan izlem mekanizmasının kurulmasını ve ebeveynlerin bakım becerilerinin geliştirilmesi, güvenli bağlanma stilleri geliştirmek için çocukla etkileşim becerilerinin geliştirilmesi ve aile yaşam becerilerinin geliştirilmesi gibi hizmetlerin gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Son olarak, bu çalışma boyunca sıklıkla vurgulandığı üzere, mülteci ruh sağlığı ve kuşaklararası aktarıma dair bilimsel araştırmaların eksikliği ve özellikle de niceliksel araştırmaların az sayıda olması önemli bir kısıtlılığa neden olmaktadır. Türkiye gibi pratikte önemli ölçüde var olan bir sorun alanı olarak göçe dair bilimsel bilgi üretme, mevcut hizmet ve politikaların etkililiğini değerlendirme ve gelecek on yıllarda ortaya çıkabilecek sorunların önlenmesi için kanıta dayalı uygulamalar geliştirme gibi genel önerilerin yanı sıra kuşaklararası aktarım mekanizmalarını ve etkilerini keşfetmeyi amaçlayan ileri araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Bu çerçevede, mevcut literatürün kısıtlılıklarını göz önüne alarak ileri araştırmaların geçerli niceliksel kanıtlar oluşturmayı hedeflemesi, mültecilerle ev sahibi toplum üyeleri arasında karşılaştırmalı verilerle ruh sağlığı risklerini görünür kılması ve yenilikçi metodolojiler kullanılarak üretilen kanıtların geçerliliğinin artırılması önerilmektedir.

ARAŞTIRMAYA İLİŞKİN ETİK BİLGİLER

Bu çalışma, ilgili konudaki bilimsel literatürün sistematik derleme metodolojisi ile analizini içermektedir ve ikincil veriler üzerinden çalışıldığı için etik kurul izni gerektirmemektedir. Araştırmacı, bu süreçte araştırma ve yayın etiği ilkelerine azami ölçüde özen göstermiştir.

ÇATIŞMA BEYANI

Bu çalışmada herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

TEŐEKKÖR

Önerileri ile bu çalışmanın daha nitelikli hale gelmesine katkı sağlayan değerli hakemlere teőekkör ederim.

KAYNAKÇA

- Akbaş, E. (2014). *Sosyal çalışmada çağdaş eleştirel perspektifler*. Ankara: SABEV.
- Alford, C. F. (2015). Subjectivity and the intergenerational transmission of historical trauma: Holocaust survivors and their children. *Subjectivity*, 8(3), 261-282. <https://doi.org/10.1057/sub.2015.10>
- Alpak, G., Unal, A., Bulbul, F., Sagaltici, E., Bez, Y., Altindag, A., . . . Savas, H. A. (2015). Post-traumatic stress disorder among Syrian refugees in Turkey: A cross-sectional study. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 19(1), 45-50. <https://doi.org/10.3109/13651501.2014.961930>
- Arendt, H. (1985). *The origins of totalitarianism*. San Diego: A Harvest Book.
- Atallah, D. G. (2017). A community-based qualitative study of intergenerational resilience with Palestinian refugee families facing structural violence and historical trauma. *Transcultural Psychiatry*, 54(3), 357-383. <https://doi.org/10.1177/1363461517706287>
- Attepe Özden, S. (2015). Koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinde sosyal hizmetin rolü. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 26(1), 191-204.
- Aydın, Y. (2021). Türkiye'deki Suriyeli göçmenlere verilen sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi, sorun ve öneriler. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 18, 227-248. <https://doi.org/10.46218/tshd.989589>
- Bachem, R., Levin, Y., Yuval, K., Langer, N. K., Solomon, Z. ve Bernstein, A. (2024). Complex posttraumatic stress disorder in intergenerational trauma transmission among Eritrean asylum-seeking mother-child dyads. *European Journal of Psychotraumatology*, 15(1), 2300588. <https://doi.org/10.1080/20008066.2023.2300588>
- Baker Collins, S., Smith-Carrier, T., Gazso, A. ve Smith, C. (2020). Resisting the culture of poverty narrative: Perspectives of social assistance recipients. *Journal of Poverty*, 24(1), 72-93. <https://doi.org/10.1080/10875549.2019.1678551>
- Bekiroğlu, S. (2019). Türkiye'de mülteci ve sığınmacı ağır ruhsal hastalığa sahip birey olmak. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 13, 56-69.
- Berthelot, N., Ensink, K., Bernazzani, O., Normandin, L., Luyten, P. ve Fonagy, P. (2015). Intergenerational transmission of attachment in abused and neglected mothers: The role of trauma-specific reflective functioning. *Infant Mental Health Journal*, 36(2), 200-212. <https://doi.org/10.1002/imhj.21499>
- Bezo, B. ve Maggi, S. (2015). Living in "survival mode": Intergenerational transmission of trauma from the Holodomor genocide of 1932-1933 in Ukraine. *Social Science & Medicine*, 134, 87-94. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.04.009>
- Blackmore, R., Boyle, J. A., Fazel, M., Ranasinha, S., Gray, K. M., Fitzgerald, G., . . . Gibson-Helm, M. (2020). The prevalence of mental illness in refugees and asylum seekers: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*, 17(9), e1003337. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003337>
- Bogic, M., Njoku, A., & Priebe, S. (2015). Long-term mental health of war-refugees: A systematic literature review. *BMC International Health and Human Rights*, 15(29). <https://doi.org/10.1186/s12914-015-0064-9>
- Chokshi, B., Pukatch, C., Ramsey, N., Dzienny, A. ve Smiley, Y. (2023). The generational trauma card: A tool to educate on intergenerational trauma transmission. *Journal of Loss and Trauma*, 28(5), 464-471. <https://doi.org/10.1080/15325024.2022.2091315>
- Cori, J. L. (2018). *Annenin duygusal yokluğu*. (B. S. Haktanır, Çev.) İstanbul: Koridor Yayıncılık.
- Dalgaard, N. T. ve Montgomery, E. (2017). The transgenerational transmission of refugee trauma: Family functioning and children's psychosocial adjustment. *International Journal of Migration, Health and Social Care*, 13(3), 289-301. <https://doi.org/10.1108/IJMHS-06-2016-0024>
- Dalgaard, N. T., Thøgersen, M. H., Væver, M. S. ve Monthomery, E. (2020). Family violence in traumatized refugee families: A mixed methods study of mother/child dyadic functioning, parental symptom levels and children's psychosocial adjustment. *Nordic Psychology*, 72(2), 83-104. <https://doi.org/10.1080/19012276.2019.1653221>
- Dalgaard, N. T., Todd, B. K., Daniel, S. I. ve Montgomery, E. (2016). The transmission of trauma in refugee families: Associations between intra-family trauma communication style, children's attachment security and psychosocial adjustment. *Attachment & Human Development*, 18(1), 69-89. <https://doi.org/10.1080/14616734.2015.1113305>
- Danieli, Y. (1998). *Intergenerational handbook of multigenerational legacies of trauma*. New York: Springer.
- Dekel, R. ve Goldblatt, H. (2008). Is there intergenerational transmission of trauma? The case of combat veterans' children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 78(3), 281-289. <https://doi.org/10.1037/a0013955>

- Denov, M., Fennig, M., Rabiau, M. A. ve Shevell, M. C. (2019). Intergenerational resilience in families affected by war, displacement, and migration: "It runs in the family". *Journal of Family Social Work*, 22(1), 17-45. <https://doi.org/10.1080/10522158.2019.1546810>
- Dikyurt, A. E. (2023). Bosnian Americans: Transmission of trauma between generations. *Journal of Aggression, Conflict and Peace Research*, 15(4), 301-311. <https://doi.org/10.1108/JACPR-08-2022-0736>
- Dozio, E., Feldman, M., Bizouerne, C., Drain, E., Joubert, M. L., Mansouri, M., . . . Ouss, L. (2020). The transgenerational transmission of trauma: The effects of maternal PTSD in mother-infant interaction. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 480690. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.480690>
- East, P. L., Gahagan, S. ve Al-Delaimy, W. K. (2018). The impact of refugee mothers' trauma, posttraumatic stress, and depression on their children's adjustment. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 20, 271-282. <https://doi.org/10.1007/s10903-017-0624-2>
- Eruyar, S., Maltby, J. ve Vostanis, P. (2018). Mental health problems of Syrian refugee children: The role of parental factors. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 27, 401-409. <https://doi.org/10.1007/s00787-017-1101-0>
- Fazel, M., Wheeler, J. ve Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: A systematic review. *Lancet*, 365, 1309-1314.
- Fitzgerald, M., London-Johnson, A. ve Gallus, K. L. (2020). Intergenerational transmission of trauma and family systems theory: An empirical investigation. *Journal of Family Therapy*, 42, 406-424. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.12303>
- Flanagan, N., Travers, A., Vallieres, F., Hansen, M., Halpin, R., Sheaf, G., . . . Johnsen, A. T. (2020). Crossing borders: A systematic review identifying potential mechanisms of intergenerational trauma transmission in asylum-seeking and refugee families. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), 1790283. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1790283>
- Fonagy, P. (1999). The transgenerational transmission of holocaust trauma. *Attachment & Human Development*, 1(1), 92-114. <https://doi.org/10.1080/14616739900134041>
- Greenfeld, D., Reupert, A. ve Jacobs, N. (2022). Living alongside past trauma: Lived experiences of Australian grandchildren of Holocaust survivors. *Family Relations*. <https://doi.org/10.1177/10541373221144673>
- Heeren, M., Mueller, J., Ehlert, U., Schnyder, U., Copier, N. ve Maier, T. (2012). Mental health of asylum seekers: A cross-sectional study of psychiatric disorder. *BMC Psychiatry*, 12(114).
- Hocaoğlu Uzunkaya, A. ve Yılmaz, B. (2021). Göçün kuşaklararası bağlamda psikopatolojik yansımaları. *Psikoloji Çalışmaları*, 41(1), 167-197. <https://doi.org/10.26650/SP2019-0079>
- International Federation of Social Workers. (2014). *Global definition of social work*. Erişim adresi: <https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/>
- Küçük, A. (2020). Türkiye'de göç ve sağlık politikaları analizi: "Sihhat Projesi" örneği. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 20(47), 473-496. <https://doi.org/10.21560/spcd.vi.576588>
- Kara, B. H. ve Stuart, J. (2021). The direct and indirect effects of parental trauma on child adjustment for resettled refugees in Australia. *International Journal of Migration, Health and Social Care*, 17(4), 474-486. <https://doi.org/10.1108/IJMHS-04-2020-0035>
- Karaçam, Z. (2013). Sistematik derleme metodolojisi: Sistematik derleme hazırlamak için bir rehber. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemsirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 6(1), 26-33.
- Karataş, Z. (2017). Sosyal bilim araştırmalarında paradigma değişimi: Nitel yaklaşımın yükselişi. *Türkiye Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi*, 1(1), 68-89.
- Kellermann, N. P. (2001). Transmission of Holocaust trauma: An integrative view. *Psychiatry*, 64(3), 256-267.
- Kisly, M.O. (2015). Post-traumatic generation: Childhood of deported Crimean Tatars in Uzbekistan. *International Crimes and History*, 16.
- Lev-Wiesel, R. (2007). Intergenerational transmission of trauma across three generations: A preliminary study. *Qualitative Social Work*, 6(1), 75-94. <https://doi.org/10.1177/1473325007074167>
- Lijtmaer, R. (2017). Untold stories and the power of silence in the intergenerational transmission of social trauma. *The American Journal of Psychoanalysis*, 77, 274-284.

- Mak, C., Lewis, D. C. ve Seponski, D. M. (2021). Intergenerational transmission of traumatic stress and resilience among Cambodian immigrant families along Coastal Alabama: Family narratives. *Health Equity*, 5(1), 431-438. <https://doi.org/10.1089/heq.2020.0142>
- McAuliffe, M. ve Oucho, L. A. (2024). *World Migration Report 2024*. Geneva: International Organization for Migration (IOM).
- McAuliffe, M. ve Triandafyllidou, A. (2021). *World migration report 2022*. Genova: International Organization for Migration.
- Mertz, M. ve Andersen, S. H. (2017). The hidden cost of foster-care: New evidence on the inter-generational transmission of foster-care experiences. *British Journal of Social Work*, 47, 1377-1393. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcw132>
- Meyer, S., Reeves, E. ve Fitz-Gibbon, K. (2021). The intergenerational transmission of family violence: Mothers' perceptions of children's experiences and use of violence in the home. *Child & Family Social Work*, 26, 476-484. <https://doi.org/10.1111/cfs.12830>
- Mipatrini, D., Balçılar, M., Dembech, M., Ergüder, T. ve Ursu, P. (2019). *Survey on the health status, services utilization and determinants of health of the Syrian refugee population in Turkey*. Ankara: World Health Organization.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G. ve Group, T. P. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *Annals of Internal Medicine*, 151(4), 264-270.
- Ngameni, E. G., Moro, M. R., Kokou-Kpolou, C. K., Radjack, R., Dozio, E. ve Hussein, M. E. (2022). An examination of the impact of psychosocial factors on mother-to-child trauma transmission in post-migration contexts using interpretative phenomenological analysis. *Child Care in Practice*. <https://doi.org/10.1080/13575279.2022.2071220>
- Norredam, M., Garcia-Lopez, A., Keiding, N. ve Krasnik, A. (2009). Risk of mental disorders in refugees and native Danes: A register-based retrospective cohort study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44, 1023-1029. <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0024-6>
- Oral, M. ve Tuncay, T. (2012). Ruh sağlığı alanında sosyal hizmet uzmanlarının rol ve sorumlulukları. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 23(2), 93-114.
- Peconga, E. K. ve Thogersen, M. H. (2020). Post-traumatic stress disorder, depression, and anxiety in adult Syrian refugees: What do we know? *Scandinavian Journal of Public Health*, 48, 677-687. <https://doi.org/10.1177/1403494819882137>
- Phillips, S. B. (2015). The dangerous role of silence in the relationship between trauma and violence: A group response. *International Journal of Group Psychotherapy*, 65(1), 65-87.
- Porter, M. ve Haslam, N. (2005). Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons. *JAMA*, 294(5), 602-612.
- Ruppert, F. (2014). *Travma, bağlanma ve aile konstelasyonları: Ruhun yaralarını anlamak ve iyileştirmek* (2. Baskı b.). (F. Zengin, Çev.) İstanbul: Kaknüs Yayınları.
- Sihhat Projesi. (2024a). *Sihhat-2 proje faaliyetleri*. Erişim adresi: http://www.sihhatproject.org/sihhat2_faaliyetler.html
- Sihhat Projesi. (2024b). *Proje faaliyetleri*. Erişim adresi: <http://www.sihhatproject.org/faaliyetler.html>
- Sangalang, C. C. ve Vang, C. (2017). Intergenerational trauma in refugee families: A systematic review. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 19, 745-754. <https://doi.org/10.1007/s10903-016-0499-7>
- Scharpf, F., Paulus, M., Christner, N., Beerbaum, L., Kammermeier, M. ve Hecker, T. (2023). Intergenerational transmission of mental health risk in refugee families: The role of maternal psychopathology and emotional availability. *Development and Psychopathology*, 1-14. <https://doi.org/10.1017/S0954579423000846>
- Schiettecat, T., Roets, G. ve Vandenbroeck, M. (2015). Do families in poverty need child and family social work? *European Journal of Social Work*, 18(5), 647-660. <https://doi.org/10.1080/13691457.2014.953916>
- Schwerdtfeger, K. L., Larzelere, R. E., Werner, D., Peters, C. ve Oliver, M. (2013). Intergenerational transmission of trauma: The mediating role of parenting styles on toddlers' DSM-related symptoms. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 22(2), 211-229. <https://doi.org/10.1080/10926771.2013.743941>
- Shannon, P. J., Wieling, E., McCleary, J. S. ve Becher, E. (2015). Exploring the mental health effects of political trauma with newly arrived refugees. *Qualitative Health Research*, 25(4), 443-457. <https://doi.org/10.1177/1049732314549475>
- Solomon, Z. ve Zerach, G. (2020). The intergenerational transmission of trauma: When children bear their father's traumatic past. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 68, 65-75. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2020.01.004>

- Steel, Z., Chey, T., Silove, D., Marnane, C., Bryant, R. A. ve Ommeren, M. v. (2009). Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: A systematic review and meta-Analysis. *JAMA*, 302(5), 537-549.
- Uman, L. S. (2011). Systematic reviews and meta-analyses. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 20(1), 57-59.
- Vaage, A. B., Thomsen, P. H., Rousseau, C., Wentzel-Larsen, T., Ta, T. V. ve Hauff, E. (2011). Paternal predictors of the mental health of children of Vietnamese refugees. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 5(2).
- Van Ee, E., Kleber, R. J. ve Jongmans, M. J. (2016). Relational patterns between caregivers with PTSD and their nonexposed children: A review. *Trauma, Violence & Abuse*, 17(2), 186-203. <https://doi.org/10.1177/1524838015584355>
- van Ee, E., Kleber, R. J. ve Mooren, T. T. (2012). War trauma lingers on: Associations between maternal posttraumatic stress disorder, parent-child interaction, and child development. *Infant Mental Health Journal*, 33(5), 459-468. <https://doi.org/10.1002/imhj.21324>
- van Ijzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J. ve Sagi-Schwartz, A. (2003). Are children of Holocaust survivors less well-adapted? A meta-analytic investigation of secondary traumatization. *Journal of Traumatic Stress*, 16(5), 459-469.
- Veronese, G., Mahamid, F. ve Bdier, D. (2023). Transgenerational trauma and collective resilience: A qualitative analysis of the experiences of settler-colonial violence among three generations of Palestinian refugees. *International Journal of Social Psychiatry*. <https://doi.org/10.1177/00207640231175787>
- Volkan, V. D. (2017). *Immigrants and refugees: Trauma, perennial, mourning, prejudice, and border psychology*. London: Karnac.
- Wiseman, H., Metzl, E. ve Barber, J. P. (2006). Anger, guilt, and intergenerational communication of trauma in the interpersonal narratives of second generation Holocaust survivors. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(2), 176-184. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.76.2.176>
- World Health Organization. (2013). *Mental health action plan 2013-2020*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2019). *Comprehensive mental health action plan 2013-2030*. Geneva: World Health Organization.
- Yalim, A. C. ve Chapple, R. (2024). Meanings of resilience and mental health in a refugee context: Voices of Syrian refugees. *Journal of Ethnic & Cultural Diversity in Social Work*, 33(3), 186-201. <https://doi.org/10.1080/15313204.2023.2173694>
- Zhang, L., Mersky, J. P., Gruber, A. M. ve Kim, J.-Y. (2023). Intergenerational transmission of parental adverse childhood experiences and children's outcomes: A scoping review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 24(5), 3251-3264. <https://doi.org/10.1177/15248380221126186>



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: 2024 Aralık/ December Sayı/Issue:24

PALYATİF BAKIM DENEYİMİ BULUNAN SAĞLIK ÇALIŞANLARININ SOSYAL HİZMET UZMANLARINA YÖNELİK DEĞERLENDİRMELERİ

Berra CANSIZ KÖSESÖY¹
Merve Nur OKTAR²

Makale Bilgileri/ Article info

Makalenin Türü/Article Type: Araştırma Makalesi
Geliş Tarihi / Date Received: 23.02.2024
Kabul Tarihi / Date Accepted:26.07.2024
Yayın Tarihi / Date Published: 03.01.2025
DOI: 10.46218/tshd.1441844

Makale Künyesi/To cite this article:

Cansız Kösesoy, B. ve Oktar, M.N. (2024). Palyatif bakım deneyimi bulunan sağlık çalışanlarının sosyal hizmet uzmanlarına yönelik değerlendirmeleri. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 17-36.

Sorumlu Yazar/Corresponding Author:

Dr. Öğr. Üyesi, Fırat Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü, Orcid: 0000-0003-1043-4139, bcansiz@firat.edu.tr

Öz

Bu çalışmanın amacı; palyatif bakım biriminde görevli sağlık çalışanlarının, sosyal hizmet uzmanlarına yönelik değerlendirmelerini ve sosyal hizmet uzmanlarına hangi konularda ihtiyaç duyduklarını keşfetmektir. Palyatif bakımda sosyal hizmet uzmanlarına yönelik mevcut algının ortaya çıkarılması, sosyal hizmet uzmanlarının sahada karşılaştıkları sorunların görünür kılınması açısından önemlidir. Nitel yöntem ile gerçekleştirilen çalışmada, betimsel fenomenoloji deseni kullanılmıştır. Veriler MAXQDA 2020 programı ile çözümlenmiştir. Elazığ Fırat Üniversitesi Hastanesi palyatif bakım merkezinde görev yapan, palyatif bakım çalışma deneyimine sahip, sağlık çalışanları (dokuz hemşire ve üç hekim) araştırmanın çalışma grubunu oluşturmaktadır. Araştırmada sosyal hizmet uzmanlarının ve sosyal hizmet uygulamalarının, palyatif bakım ekip üyeleri, kurum, hastalar ve yakınları açısından ihtiyaç olarak görüldüğü keşfedilmiş ve ana tema "Multidisipliner Ekibin Elzem Üyesi" olarak belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Palyatif bakım, sosyal hizmet, sosyal hizmet uzmanı.

EVALUATIONS OF HEALTH WORKERS WITH PALLIATIVE CARE EXPERIENCE TOWARDS SOCIAL WORKERS

Abstract

The aim of this study is to explore the evaluations of healthcare professionals working in palliative care units towards social workers and the issues in which they need social workers. Exploring the perception of social workers in palliative care can make visible the problems faced by social workers in the field. In this qualitative study, a descriptive phenomenology design was used. The data were analyzed with MAXQDA 2020. Healthcare workers (nine nurses and three physicians) working in the palliative care center of Elazığ Fırat University Hospital, who have palliative care working experience, constitute the study group of the research. In the study, it was discovered that social workers and social work practices were seen as a need for palliative care team members, the institution, patients and their relatives and the main theme was determined as "Essential Member of Multidisciplinary Team".

Keywords: Palliative care, social work, social worker.

1 Dr. Öğr. Üyesi, Fırat Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü, Orcid: 0000-0003-1043-4139, bcansiz@firat.edu.tr

2 Dr. Öğr. Üyesi, Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü, Orcid: 0000-0001-8149-2809, mnoktar@mehmetakif.edu.tr

1. Giriş

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) palyatif bakımı, insan merkezli entegre sağlık hizmetlerinin önemli bir parçası olarak kabul etmektedir. Fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlıkla ilgili ciddi acıları hafifletmek küresel ve etik bir sorumluluktur (DSÖ, 2024). Bakım ihtiyacına neden olan primer hastalığın kontrol altında tutulması, ağrı ve ilgili diğer semptomların takibi, hastanın yaşam sonu tercihlerinin belirlenmesi, fiziksel, psikososyal, ekonomik ve manevi gereksinimlerinin iyileştirilmesi ve yas süreçlerinde ailenin ve tedavi ekibinin psikososyal destek vermekle görevli personeller tarafından desteklenmesi palyatif bakımın temel bileşenleridir (Sağlık Bakanlığı, 2011, s.59). Palyatif bakım, birey ve aile merkezli yürütülmekte ve kişilerin sahip olduğu inanç ve değerler temelinde farklılaşan beklentileriyle uyumlu bir şekilde planlanmaktadır. Bakımın sürekliliğini sağlamak ve bakım hizmetini herkes için ulaşılabilir hale getirmek palyatif bakımın en önemli amaçları arasında yer almaktadır (Lorenz vd., 2008, s.150).

DSÖ (2020), her yıl 25,7 milyonu yaşamının son yılında olan yaklaşık 56,8 milyon insanın palyatif bakıma ihtiyaç duyduğunu ancak bugün dünya üzerinde palyatif bakım ihtiyacı bulunan hastaların yalnızca %14'ünün ilgili hizmetlerden faydalanabildiğini bildirmekte ve palyatif bakım ihtiyacının gün geçtikçe artacağını öngörmektedir. Palyatif bakım ekibi, hastaların ihtiyaç ve sorunlarını bütüncül bir bakış açısıyla değerlendirmektedir. Ağrının ve acının kontrol altında tutulması, psikososyal destek uygulamalarının yürütülmesi ve kişisel bakım rutinlerinin takibi palyatif bakımda sunulan hizmetler arasında yer almaktadır. Bu bakış açısı palyatif bakım ve sosyal hizmetin bakım felsefesinin ortak temalara sahip olduğunu göstermektedir (Small, 2001, s.962).

Palyatif bakım başlangıçta yaşam sonu bakımı olarak kabul edilmiş ve tüm tıbbi müdahale ve tedavi süreçlerine rağmen iyileşme olanağı olmayan hastalar için gündeme getirilmiştir. Bugün ise yaşamı tehdit eden hastalıkların teşhisiyle tedavi süreçlerine eşlik eden bir bakım modeli olarak karşımıza çıkmaktadır (DSÖ, 2020). Kavramsal olarak palyatif bakımdan ayrılan yaşam sonu bakım modeli esasında palyatif bakımın profesyonelleşmesinde önemli bir yere sahiptir. Dünyada yaşam sonu bakım modelini benimseyerek hizmet sunan bu kurumlar hospis olarak adlandırılmaktadır (Small, 2001, s.962). Palyatif bakımın öncüsü olarak kabul edilen Dame Cicelly, ilk modern hospisin (St. Christopher Hospisi, Londra, 1967) de kurucusudur (Saunders, 2001, s.791). Terminal dönemdeki hastalar için rahat bir ölüm olanağına odaklanılan hospislerde, tıbbi açıdan iyileşme şansı bulunmayan hastalara bakım hizmeti sunulmaktadır. Hastane temelli palyatif bakım merkezlerinde ise temel amaç yaşam kalitesini desteklemektir ve bakım sürecine tedavi hizmetleri de eşlik etmektedir (Saruç, 2013, s.195).

Türkiye’de palyatif bakım dünyadan farklı olarak hospis tarzı kurumlar ile başlamamıştır. İlk örnekleri 1990’larda hastanelerin algoloji kliniklerinde hayata geçmiştir (Kabalak, 2017, s.8). 2010 yılında palyatif ve yaşam sonu bakım ihtiyacı olan bireylerin kendi yaşam alanlarında, evde sağlık hizmeti sunularak tıbbi açıdan desteklenmeye başlanması ile palyatif bakım ulusal sağlık politikalarına dahil edilmiştir. Türkiye’de ilk palyatif bakım merkezi 2012 yılında Ankara Ulus Devlet Hastanesinde hizmet vermeye başlamıştır (Kabalak, 2014, s.122). Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Daire Başkanlığı 2023 yılı Haziran ayı verilerine

göre; Türkiye’de 81 ilin 77’sinde palyatif bakım merkezi bulunmaktadır. Bunların toplam sayısı 368’dir ve ülkemizin mevcut palyatif bakım yatak kapasitesi 5878’dir (CİMER, 2023).

2015 yılında palyatif bakım hizmetleri ile ilgili yayınlanan yönerge, merkezlerinin kuruluş ve işleyişine ilişkin bir çerçeve sunması ve yasal zorunluluklar getirmesi açısından önemlidir. Tam zamanlı hizmet veren merkezlerde yönergeye göre; psikologların, sosyal hizmet uzmanlarının, fizyoterapistlerin ve diyetisyenlerin tam zamanlı olarak çalışma zorunluluğu bulunmamaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2015a, s.3). Literatürde palyatif bakım alanında görevlendirilecek sosyal hizmet uzmanları ve diğer sağlık personellerinin lisans eğitimi dışında desteklenmesi gerektiği belirtilmektedir (Jünger vd., 2010, s.84). Türkiye’de lisans eğitimi dışında Sağlık Bakanlığı bünyesinde sertifika eğitimi yalnızca hemşireler almaktadır. Bunun yanında ülkemizde palyatif bakımda görev yapmak için sertifika zorunluluğu da aranmamaktadır.

Palyatif bakım sürecinde hasta ve yakınlarını, biyopsikososyal açıdan destekleyen sosyal hizmet uzmanları, palyatif bakım felsefesi ile uyumlu bir şekilde tıbbi tedavinin etkililiğini, ilgililerin yaşam kalitesini ve işlevselliğini arttırmayı amaçladığından ekibin önemli bir üyesidir. Hasta ve yakınlarının karşılanmayan psikososyal ihtiyaçlarının tanımlanması, sorunların çözümü için kaynaklarla bağlantı kurulması, kayıp ve yas süreçlerinin yönetimi, hasta ve yakınlarının uyum sürecinde desteklenmesi, bilgilendirme ve danışmanlık, hizmet sağlayıcı kurum, ekip üyeleri ve hizmet alıcıları arasında iletişimin kolaylaştırması sosyal hizmet uzmanlarının palyatif bakım birimlerinde üstlendikleri sorumluluklardan birkaçıdır (Saruç, 2013, ss.198-200). Hasta ve yakınlarının karşılaştıkları tüm problemlerde çözümleyici ve yönlendirici olarak çeşitli rol ve sorumluluklar üstlenen sosyal hizmet uzmanları, tüm eylemlerinde hasta ve yakınlarının psikososyal iyilik hallerini sürdürmelerine destek olmayı amaçlamaktadır (Işıkhan, 2016, s.101).

Bu araştırmada, sosyal hizmetin palyatif bakım birimlerindeki konumunu netleştirmek, sahada sosyal hizmet müdahalesine ihtiyaç duyulan hususları belirlemek ve palyatif bakım deneyimi bulunan sağlık çalışanlarının sosyal hizmet uzmanlarına ilişkin görüşlerini keşfetmek amaçlanmaktadır.

2. Yöntem

Bu araştırmada nitel yöntem tercih edilmiştir. Çalışmanın temel amacı bir olguyu keşfetmektir. Bu amaçla neden ve nasıl sorularına yanıt arandığı için nitel araştırma yöntemlerinden betimsel fenomenoloji deseni tercih edilmiştir. Öncüsü E. Husserl olan betimsel fenomenoloji yaklaşımında, araştırmacı fenomeni katılımcıların açıklamaları ve deneyimleriyle ele alır. Araştırmacı kendi şahsi görüşlerini ve önyargısını bir kenara bırakır (Kıral, 2021, s.94). Fenomenoloji araştırmaları birkaç fenomen ve kavram hakkında yaşanmış deneyimlerin ortak anlamını açıklar (Creswell, 2018, s.77). Nitel araştırmada betimsel fenomenoloji yöntemi, araştırmacının verilere yakın olduğu, verilerin açıklanmasında sınırlandırılmış bir çerçevenin ve yorumların kullanıldığı, elde edilen verilerin temalar haline getirildiği analiz yaklaşımıdır (Creswell ve Creswell, 2023, s.79).

Bu çalışmanın amacı, palyatif bakım birimindeki sağlık çalışanlarının sosyal hizmet uzmanlarına yönelik değerlendirmelerini ve sosyal hizmet uzmanlarına hangi konularda ihtiyaç duyduklarını keşfetmektir. Palyatif bakımda görev yapan sosyal hizmet uzmanlarına yönelik değerlendirmelerin tespiti, sosyal hizmet

uzmanlarının mesleklerini yerine getirirken karşılaştıkları engellerin ortadan kaldırılması hususunda önemlidir. Araştırmada palyatif bakım ekibinde yer alan sağlık çalışanlarından hemşire ve hekimlerle yarı yapılandırılmış görüşmeler gerçekleştirilmiştir.

Araştırmada cevap aranan sorular: “Palyatif bakımda görev yapan sağlık çalışanları, sosyal hizmet uzmanının ekip içerisindeki görevlerini nasıl tanımlıyor? Palyatif bakımda görev yapan sağlık çalışanları, sahada sosyal hizmet müdahalesine hangi hususlarda ihtiyaç duyuyor? Palyatif bakımda görev yapan sağlık çalışanları, hasta ve yakınlarının sosyal hizmetler kapsamındaki ihtiyaçlarının karşılanamaması durumunda ne gibi sorunlar yaşıyor ve hangi kaynaklara başvuruyor?” şeklinde belirlenmiştir.

2.1. Çalışma Grubu

Fırat Üniversitesi Hastanesi Palyatif Bakım Merkezinde aktif olarak görev yapan, palyatif bakım çalışma deneyimine sahip, sağlık çalışanları araştırmanın çalışma grubunu oluşturmaktadır. Bu çalışmada nitel araştırmalarda sıkça kullanılan amaçlı örnekleme yöntemlerinden ölçüt örnekleme yöntemi tercih edilmiştir. Fırat Üniversitesi Hastanesi 1985’ten günümüze şehrine ve bölgeye üçüncü basamak sağlık hizmeti sunan, acil ve özelliği hasta yoğunluğu ve yatak sayısı fazla olan bir hastanedir. Tescil öncesinde algoloji kliniği bünyesinde, 2019 yılı itibarıyla palyatif bakım merkezi adı altında Elazığ’da ve çevre illerde ikamet eden palyatif bakım hastalarına hizmet sunan hastane, sahip olduğu donanımlı palyatif bakım imkânları nedeni ile çevre illerden palyatif bakım ihtiyacı bulunan hastaları da kabul etmektedir. Bu sebeplerle ilgili merkezde çalışan sağlık çalışanları alana ilişkin yeterli deneyime sahiptirler. Bu çalışmanın yalnızca Fırat Üniversitesi Hastanesi Palyatif Bakım Merkezinde yapılması çalışmanın sınırlılığını oluşturmaktadır.

Çalışma grubu için Fırat Üniversitesi Hastanesi palyatif bakım biriminin seçilmesinin bir diğer nedeni ise birimin araştırmacı tarafından ulaşılabilir ve gözlemlenebilir olması, güvenilir verilere ulaşılması noktasında kolaylık sağlamasıdır. Palyatif bakım ekibi içerisinde hekim, hemşire, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, fizyoterapist, diyetisyen ve din görevlisi gibi profesyonel meslek elemanları bulunmaktadır. Palyatif bakımda en az bir yıl deneyim sahibi sağlık çalışanları araştırmanın çalışma grubunu oluşturmaktadır.

Araştırma gönüllülük esasları ile yürütülmüş olup; katılım sağlamayı kabul eden hekim ve hemşirelerle görüşmeler yüz yüze gerçekleştirilmiştir. Hastanede görevli olan ve konsültasyon usulüyle palyatif bakımda hizmet veren fizyoterapist, psikolog ve diyetisyenler araştırmaya katılım sağlamamıştır. Görüşmelerden önce her bir katılımcıya araştırma hakkında bilgi verilmiş ve herhangi bir sebep göstermeksizin istedikleri zaman çalışmadan ayrılacakları söylenmiştir.

Araştırmanın etik izin belgesi, 19275 sayı numarası ile Fırat Üniversitesi Sosyal ve Beşerî Bilimler Araştırmaları Etik Kurulundan alınmıştır. Araştırmanın amacı, palyatif bakım alanında deneyimli sağlık çalışanlarının gözünden sosyal hizmet uzmanına yönelik değerlendirmeleri anlamak olduğundan sosyal hizmet uzmanı çalışmaya dâhil edilmemiştir.

2.2. Verilerin Toplanması

Araştırmada ihtiyaç duyulan veriler, nitel araştırmalarda sıkça kullanılan, yarı yapılandırılmış görüşme formuyla elde edilmiştir. Araştırmada, araştırmacılar tarafından hazırlanan toplam beş adet tanımlayıcı soru ve on adet açık uçlu sorudan oluşan yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmış ve görüşmelerin akışına göre ek sorular sorulmuştur. Görüşmelerin gerçekleştirilmesinde ön şart katılımcıların sağlık çalışanı olarak palyatif bakım merkezinde çalışma deneyiminin bulunması ve çalışmaya gönüllü olarak katılmalarıdır. Yüz yüze gerçekleştirilen görüşmeler 5 ila 22 dakika arasında, toplamda 124 dakika sürmüştür. Görüşmelere veri doygunluğuna ulaşıncaya kadar devam edilmiştir. Katılımcıların aynı sorulara benzer yanıtlar vermeye başlamasının ardından iki görüşme daha yapılmış ve benzer yanıtlar gelmeye devam edince görüşmeler tamamlanmıştır.

Katılımcılara görüşme öncesinde araştırma ile ilgili bilgi verilmiş, ses kaydı için izin alınmış ve sağlık çalışanlarının hastalarını ihmal etmemesi için randevu ile görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Görüşmelerdeki ses kayıtları katılımcıların izni ile dijital olarak kaydedilmiş ve her görüşme araştırmacılar tarafından deşifre edilmiştir. Katılımcılardan yalnızca bir kişi ses kaydının alınmasını istememiştir. Bu görüşme araştırmacı tarafından not alınarak yazıya dökülmüştür. Katılımcıların kimliklerinin gizli tutulması amacıyla her bir katılımcıya K1, K2, K3, K4, K5, K6, K7, K8, K9, K10, K11, K12 olmak üzere kodlar verilmiştir.

2.3. Verilerin Çözümlemesi

Analizlerin gerçekleştirilmesinde MAXQDA 2020 programı kullanılmıştır. Betimleyici paradigma ile elde edilen veriler ve sonuçlar değerlendirilmiştir. Çalışmada Strauss ve Corbin'in (1990) tümevarımsal yaklaşım kapsamında kodlama paradigması yol gösterici olmuştur. Veriler üç kez baştan sona okunmuştur. İlk okumada hem verilerden hem de literatürden yararlanılarak kodlar oluşturulmuştur. İkinci okumadan sonra tema ve alt temaların tespiti yapılmıştır. Üçüncü okumadan sonra seçici kodlama ile ana tema belirlenmiştir. Kodlar tamamlandıktan sonra ana tema, temalar, alt temalar ve kodlar son kez düzenlenmiştir. Tematik kodlar daha sonra geçerliliği değerlendirmek üzere üçüncü bir araştırmacı tarafından bağımsız olarak incelenmiştir.

3. Bulgular

Görüşmeler sonucunda keşfedilen ana tema, tema, alt temalar ve kodlar aşağıda ki tabloda verilmiştir.

Tablo 1. Palyatif Bakım Deneyimi Bulunan Sağlık Çalışanlarının Sosyal Hizmet Uzmanlarına Yönelik Değerlendirmelerine İlişkin Ana Tema, Temalar, Alt Temalar ve Kodlar

Ana Tema	Tema	Alt Tema	Kod
	Kurumsal Açidan	Sosyal Hizmet Uzmanı İhtiyacı	
		Palyatif Bakım Ekip Bütünlüğü	
		Ek Maliyetlerin Engellenmesi	

Multidisipliner Ekibin Elzem Üyesi	Palyatif Bakım Ekibi Açısından	Psikososyal Destek	
		İş Yükünün Azaltılması	İş yoğunluğundan hastaya/aileye yeterli vakit ayıramama Görevi dışındaki işleri yapmak Sosyal hizmetler ile ilgili bilgi eksikliği
	Palyatif Bakım Hastası ve Yakınları Açısından	Psikolojik İhtiyaçlar	
		Bilgilendirme ve Bilinçlendirme İhtiyacı	Hastalığın seyri hakkında Hak ve sorumluluklar ile rapor süreçleri hakkında
		Ekonomik İhtiyaçlar	Sürece bağlı yaşanan iş ve gelir kaybı Tıbbi gereksinimler ve sağlık güvencesi
		Bakım Süreci ile İlgili İhtiyaçlar	Evde bakım süreci Bakım ve tedavi sürecinin takibi Hasta yakınlarının bakım yüküne bağlı ihtiyaçları

3.1. Katılımcıların Demografik ve Palyatif Bakım Deneyimi ile İlgili Özellikleri

Palyatif bakımda çalışma deneyimi olan katılımcılarla yapılan görüşmeler sonucunda sosyal hizmet uzmanlarının varlığını ekip içerisinde nasıl gördüklerini gösteren bir dizi kategori ortaya çıkmıştır. Bu çalışmada 9 hemşire ve 3 hekimin ifadeleri sosyal hizmet uzmanı ihtiyacını gösteren bazı öncüllere işaret etmektedir. Görüşmelerden elde edilen bulgular neticesinde ana tema “Multidisipliner Ekibin Elzem Üyesi” olarak isimlendirilmiştir. Palyatif bakım ekibinin sosyal hizmet uzmanlarını ve sosyal hizmet uygulamalarını ihtiyaç olarak gördüğü anlaşılmıştır. Temalar: Kurumsal Açısından (i), Palyatif Bakım Ekibi Açısından (ii), Palyatif Bakım Hastası ve Yakınları Açısından (iii) ihtiyaç olarak belirlenmiştir. Görüşmelerden elde edilen tema ve alt temalar katılımcıların ifadeleri ile aşağıda belirtilmiştir.

Katılımcıların demografik özelliklerine ve palyatif deneyimi ile ilgili özelliklerine Tablo 2’de yer verilmiştir.

Tablo 2. Katılımcıların Demografik ve Palyatif Deneyimi ile İlgili Özellikleri

Katılımcı Kodları	Meslek	Çalışma Süresi (Yıl)	Palyatif Süresi (Yıl)	Deneyim	Yaş
K1	Hemşire	18		5	40
K2	Hemşire	3		1	28
K3	Hemşire	10		1	32
K4	Hemşire	8		2	27
K5	Hemşire	22		4	43
K6	Hemşire	6		2	26
K7	Hemşire	10		2	28
K8	Hemşire	16		4	37
K9	Hemşire	26		8	44
K10	Hekim	4		1	29
K11	Hekim	6		1	31
K12	Hekim	2		1	27

3.2. Kurumsal Açıdan (i)

Çalışma grubunda var olan katılımcıların kurumsal açıdan sosyal hizmet uzmanının varlığını nasıl gördüklerini gösteren “sosyal hizmet uzmanı ihtiyacı”, “palyatif bakım ekip bütünlüğü” ve “ek maliyetlerin engellenmesi” olmak üzere üç alt tema etrafında şekillenmiştir.

Sosyal Hizmet Uzmanı İhtiyacı

Katılımcıların sosyal hizmet uzmanının gerçekleştirdiği görevlere ilişkin görüşlerini anlamaya yönelik olarak sorulan soruya verdiği yanıtlardan alıntılara aşağıda yer verilmiştir. Yapılan çözümlenmeler neticesinde palyatif bakım ekibinin sosyal hizmet uzmanına ihtiyaç duyduğu anlaşılmıştır. Sosyal hizmet uzmanlarının konsültasyon usulü çalışmasından dolayı palyatif bakım biriminde gerekli hizmetleri yeteri kadar sağlayamadıkları ifade edilmiş ve tam zamanlı çalışmalarının gerekliliği belirtilmiştir.

“Bu hasta uzun süre kalan bir hasta olduğu için şimdi sen bu hastaya konsültasyon usulü yaparsan çok anlamlı olmuyor. Gidip birebir değerlendirmek gerekiyor. Her açıdan değerlendirmek gerekiyor. Çünkü uzun bir süreç geri dönüşsüz bir süreç. Orada hastanın yakınının bire bir ihtiyaçları var. Özellikle hasta yakınlarının kendine özgü ihtiyaçları var. Hem maddi hem de psikososyal olarak hastayı çok ciddi anlamda etkiliyor.” (K9)

“Bence tam zamanlı istihdam edilmesi gerekiyor. Çünkü bizim yetersiz olduğumuz konular oluyor. Biz palyatif bakım hastası bakarken 5-6 hastaya bakıyorduk. Bazen daha az bakıyorduk ama genel olarak 4-5 hastamızı mutlaka oluyordu. Hastaların hepsiyle birebir ilgilenmiyoruz. Hastaların hepsiyle bağ kuramıyoruz. Çoğu zaman sadece tedavi, medikal boyutunda oluyoruz. Hasta yakınlarıyla çok fazla ihtiyaçlara yönelik iletişimimiz olmuyor. Kendini daha iyi ifade edebilen hastalar ya da hasta yakınlarıyla bu tarz iletişimimiz oluyordu. Onun dışındaki hasta yakınlarında biz hani yanına gidip de şuna ihtiyacın var mı? Buna ihtiyacın var mı? gibi sorunları soramıyorduk.” (K6)

“Medikal dışındaki açıklamaları ve bilgi desteğini sağlamak için aslında burada bir sosyal hizmet uzmanı olması çok iyi olur.” (K2)

Palyatif Bakım Ekip Bütünlüğü

Katılımcıların sosyal hizmet uzmanının palyatif bakım ekibi içerisindeki konumunu nasıl tanımladıklarını anlamaya yönelik soruya verdikleri yanıtlardan alıntılara aşağıda yer verilmiştir. Katılımcılar palyatif bakım hizmetinin gerçekleştirebilmesi için ekipteki personellerin eksiksiz olarak istihdam edilmesi ve multidisipliner bakış açısıyla palyatif bakım sürecini devam ettirmeleri gerekliliğini ifade etmişlerdir.

“Psikolog, sosyal hizmet uzmanı, din görevlisi, diyetisyen hepsi bir bütün... Servis içerisinde genel olarak her hasta için ne yapılabilir diye bir değerlendirme olması gerekir. Multidisipliner yaklaşıma göre ekipte kimler varsa beraber hekim de oranın sorumlusu dahilinde birleşip bir ön değerlendirme olmalı. Bu hasta için bunlar yapılmış, şu şekilde yapılırsa nasıl olur şeklinde bir değerlendirme olmalı.” (K9)

“Bakımda gerekli tedavi sürecini tamamlayabiliriz ama yönlendirme hep birlikte olmalı bir ekip işi bu. Sonunda onlar alıp değerlendirecek. Bizim işlemlerimizin ardından biz tedavimizi, takibimizi, hasta bakımımızı tamamladıktan sonra onlar devralacak ama yine bizimle başlamaları gerekiyor.” (K8)

Ek Maliyetlerin Engellenmesi

Palyatif bakım sürecinde sosyal hizmet uzmanına hangi hususlarda ihtiyaç duyulduğu sorulmuştur. Katılımcılar kurum açısından sosyal hizmet uzmanının ek maliyetlerin engellenmesinde yardımcı olabileceğini belirtmişlerdir. Özellikle hasta ve yakınlarının ihtiyaçlarının karşılanmasında sosyal hizmet

uzmanının taburculuk süreci, taburculuk sonrası takip ve evde bakım sürecine dahil olması ile sağlanabileceği düşünülmektedir.

"Hastayı eve gönderiyorsun, sonra ne oluyor? Bir hafta sonra geri geliyor... Dekübit (yatak yarası) oluşuyor oradan enfekte oluyor bu sefer hasta tekrar geri geliyor. Bu da maliyetimizi artırıyor... Maalesef kullanılan antibiyotikler ucuz antibiyotikler değil ve dirençli oluyor. Çünkü belli bir süre sonra antibiyotikler hastane için çok masraf oluyor. Mali olarak etkiliyor. Sonuçta bir işletme yürütüyoruz. Maliyetini düşünmek zorundayız... Sosyal hizmet uzmanı da desteklediği zaman hasta zaten kompanse bir şekilde desteklendiği için hem hastane zarar etmez hem de hastalar zarar görmez." (K9)

3.3. Palyatif Bakım Ekibi Açısından (ii)

Palyatif bakım ekibi açısından sosyal hizmet uzmanına duyulan ihtiyaç "psikososyal destek" ve "iş yükünün azaltılması" olmak üzere iki alt tema etrafında şekillenmiştir. "İş yükünün azaltılması" temasının kodları "iş yoğunluğundan hastaya/aileye yeterli vakit ayıramama", "görevi dışındaki işleri yapmak", "sosyal hizmetler ile ilgili bilgi eksikliği" olarak aşağıda açıklanmıştır.

Psikososyal Destek

Bakım sürecinde palyatif bakım ekibinin psikososyal destek konusunda nelere ihtiyaç duyduğuna dair sorulan soruya cevap olarak verilen ifadelerden alıntılara aşağıda yer verilmiştir. Palyatif bakım ekip üyeleri özellikle ölümlerle karşılaştıklarında psikolojik olarak etkilendiklerini, yas konularında aileye destek olmak durumunda kaldıklarını ve zorlandıklarını ifade etmişlerdir. Bu konularda sosyal hizmet uzmanlarına ihtiyaç duyduklarını belirtmişlerdir.

"Kesinlikle psikolog ve sosyal hizmet uzmanının olması gerekir. Aileye de destek olmak için ekibe de destek olmak için. Çünkü bizim tıkanıpımız yerler oluyor." (K5)

"...yeni gelen arkadaşlarımız daha çok içsel çöküntüye giriyor. Aslında bu sosyal hizmet uzmanının ve psikoloğun desteği hem hemşire hem onlar için yapılması gerekiyor. Çünkü personel ve hemşire olarak kısıtlı saydayız... İnsan olmanın getirdiği bir sorumluluk da var. (Personeller) Çok ciddi anlamda etkileniyorlardı. Bir de (sorumlu hemşire olarak) onları toparlamakla uğraşıyoruz." (K9)

"Çok zorlanıyoruz... Keşke o yas süreci biz değil de bir psikolog ya da sosyal hizmet uzmanı gibi sorumlu bir kişi yapsa hakikaten iyi olur. Gerçekten doktoru çok zorluyor bu. Hasta yakını yeterince bilgi alamayınca agresifleşiyor." (K10)

İş Yükünün Azaltılması

Katılımcılara palyatif bakım servisinde sosyal hizmet uzmanına ulaşamadığı durumlarda ihtiyaç duyulan hizmetin gerçekleştirilmesinde hangi kaynakları kullandıkları ve bu durumun servis işleyişini ve iş yükünü nasıl etkilediği sorulmuştur. Bu soruya ilişkin cevaplar çözümlendiğinde palyatif bakım ekibi açısından sosyal hizmet uzmanına duyulan ihtiyaç ekipteki iş yükünün azaltılması alt teması üç kod etrafında şekillenmiştir.

İş yoğunluğundan hastaya/aileye yeterli vakit ayıramama

Katılımcılar, hastaların ve yakınlarının farklı ihtiyaçlarının varlığını ifade etmişlerdir. Hastaların bakım ihtiyaçlarının fazla olmasının iş yoğunluğuna sebep olduğu ve sağlık çalışanlarının hasta ve hasta yakınlarına yeterli zamanı ayıramadıkları vurgulanmıştır.

"Hastanın hem yakınına bir şeyler anlatmak hem hasta bakımına yardımcı olmak zamanımızı çok alıyor". (K2)

“Biz sürekli orda bulunmuyoruz. Mesai saatlerinde orada oluyoruz. Sürekli her hastanın başına gidip gelemiyorsunuz. Ekstra işler de olduğundan her şeyle ilgilemiyoruz.” (K11)

“Tabi tedavi yaparken farklı sorular sorulunca o hastanın odasında kalma süremiz uzuyor. Diğer hastaya geçme süremiz uzadığı için tedavi saatinde bir gecikme oluyor... Odaya girdiğimiz zaman sordukları sorulara cevap vermeden de çıkamıyoruz. O konuda birazcık işleri uzatıyor açıkçası.” (K7)

Görevi dışındaki işleri yapmak

Katılımcıların kendi işlerinin yanında hasta ve yakınlarının farklı ihtiyaçları ile ilgilenmek zorunda kaldıkları görülmüştür. Bunlar bakıcı/refakatçinin bilgilendirilmesi, rapor hakkında bilgilendirme, engelli maaşı, evde bakım, psikososyal destek hakkında bilgi verilmesi gibi ihtiyaçlar olarak ifade edilmiştir. Sosyal hizmet uzmanının vâkıf olduğu konular olması nedeniyle görevleri dışındaki işleri yaptıkları ve bu durumun iş yükünün artmasına sebep olduğu gözlemlenmiştir.

“Sosyal hizmet uzmanı olmadığı zaman tüm yük tamamen hemşirenin üstünde. Hastanın bütün sorunları. Örneğin yardımları nasıl alacak, nasıl temin edeceksin, hastanın bir şeye ihtiyacı var mı? Psikolojik desteğiyle her şeyi tamamen bizde”. (K9)

“Biz dört yıl içerisinde evde bakım raporu, kuruma hastanın nasıl gideceği, engelli maaşı, raporu gibi sorulara muhatap olmuşuz. Ben, hocam ve asistan çözmek durumunda kalmışız. İş yükümüz artmış ama farkında değiliz. Çünkü kendi işim zannediyordum. Aslında ben hastanın tıbbi tedavisinden sorumluyum ama bu sosyal hizmet uzmanının yapması gereken işleri, rapor, bakım ücreti bunlar hakkında da bilgilendiriyoruz.”. (K5)

“Hastaların yakınları hastaya çok fazla bakamayacak güçte olan insanlar oluyor... İşte hasta bakıcısı var mı? Hastaya bakan insanlar var mı ya da evde bakım geliyor mu? ... Kimden destek alabiliriz, hastamıza kim bakabilir? ... Sürekli biz hastayla ve hasta yakınıyla haşır neşir durumdayız”. (K4)

“Hemşire arkadaşların yaptığı bu işler aslında sosyal hizmetlerle ilgili, bu durumda onların iş yükü artıyor zaten palyatif çok zor bir servis, işleyişi çok aksamasa da personel yıpranıyor diye düşünüyorum.” (K12)

Sosyal hizmetler ile ilgili bilgi eksikliği

Palyatif bakım çalışanları, hasta ve yakınları kendilerine sosyal hizmetlerin ilgi alanı olan sorular yönelttiklerini belirtmektedirler. Sorulan sorular hakkında detaylı bilgi sahibi olmamalarına rağmen muhatap olmak zorunda kalmaktadırlar. Bu durum hastaların güvenilir ve yeterli bilgiye ulaşmada zorluk yaşamaları olarak yorumlanabilir. Aynı zamanda tedavi ve bakım sürecinde iş yüklerini arttırdığını ve servisin genel işleyişini aksattığı ifade edilmektedir.

“Sosyal hizmet uzmanı kadar biz bu işin eğitimini almadık, bilmiyoruz. Mesela sağlık bakımevlerine yüzde kaç raporla gidebileceğini ya da sosyal hizmetler hangi şartlarda hastayı kabul ediyor bilmiyorum. Biraz kulaktan dolma bilgiler oluyor. Bizim de iş yükümüz artıyor”. (K1)

“Servis işleyişindeki iş yükü daha da fazla artıyor... Bir raporlama işiyle ilgili hasta yakınına ben bilgi verirken o raporlama işini sosyal hizmet uzmanının gelip bilgi vermesinin daha doğru olacağını söylesek bile yakınları diyor ki, hayır, raporlama nasıl olacak? (Sağlık kurulu raporu) Hani bize bilgi verin yüzde kaç olacak gibi? Diyorum ki, hemşire olarak bizim bilgimiz yok”. (K2)

3.4. Palyatif Bakım Hastası ve Yakınları Açısından (iii)

Palyatif bakım sürecinde hasta ve yakınları hem medikal hem de psikososyal açıdan zorlayıcı birçok durumla karşı karşıya kalmaktadır. Bakım sürecine uyumun kolaylaştırılması, kriz ve kayıp durumlarının en az zararlı atlatılabilmesi, tedavi ve bakım hizmetinden maksimum faydanın sağlanabilmesi ve ilgililerin yaşam

kalitelerinin iyileştirilebilmesi için gereksinimlerinin karşılanması noktasında hastaların ve yakınlarının desteklenmeye ihtiyaçları vardır.

Palyatif bakım sürecinde ihtiyaç duyulan profesyonel desteğin sağlayıcılarından biri, palyatif bakım multidisipliner müdahale ekibinin de üyesi olan sosyal hizmet uzmanlarıdır. Araştırmada palyatif bakım hasta ve yakınlarının sosyal hizmet uzmanına ihtiyaç duyduğu hususlar, ekip üyeleri ile gerçekleştirilen görüşmelerden elde edilen veriler ışığında “psikolojik ihtiyaçlar”, “bilgilendirme ve bilinçlendirme ihtiyacı”, ekonomik ihtiyaçlar” ve “bakım süreci ile ilgili ihtiyaçlar” olmak üzere dört alt temada ele alınmıştır.

Psikolojik İhtiyaçlar

Palyatif bakım hastaları ve yakınlarının psikolojik ihtiyaçlarını anlamak amacıyla yöneltilen sorulara verilen yanıtlar çözümlendiğinde, palyatif bakım hasta ve yakınlarının medikal ihtiyaçlarının yanında psikolojik açıdan da desteklenmeye ihtiyaç duydukları ortaya konmuştur. Palyatif bakım ekip üyesi hekim ve hemşireler, sosyal hizmet uzmanına ulaşamadıkları durumlarda, hasta ve yakınlarının psikolojik ihtiyaçlarını karşılama noktasında zorlandıklarını ifade etmiştir.

“Burada bir yıla yakın yatan hastalarımız var. Onların artık yani psikolojik boyutunu düşünmemiz gerekiyor. Hasta yakınlarının da keza öyle burada görevli birinin (psikososyal destek için) hasta yattığından itibaren taburcu olana kadar belirli aralıklarla gelip görmesi gerekiyor.” (K4)

“Önemli olan artık o son dönemin huzurlu bir şekilde sonlandırılması... Hastaların bir kısmı hiç kabullenmiyor. Hasta 30 yaşında bir insan olunca, beklenmedik trafik kazaları ya da bir yerden düşme intihar gibi şeylerde hasta yakınları da çok zorlanıyor. Birbirlerinden haberdarlar, burada biz bir ex verdiğimiz zaman (hasta öldüğünde) götüreceğimiz zaman bütün hasta yakınları da buna şahit olup kendilerini bekleyen sonu izliyorlar.” (K6)

“Hastalarımız gerçekten psikolojik açıdan da hiç iyi olmadıklarını düşünüyoruz. Zaten çoğu antidepresan alıyor, haklı olarak durumlarından ötürü.” (K7)

“Hastaların psikolojik desteğe ihtiyaçları var. Sosyal hizmet uzmanımız olsun, psikoloğumuz da olsun ki hastalara tam destek verebilelim. Çünkü hastalar uzun süre yoğun bakımdan çıktıktan sonra palyatife geldikleri için ajitasyonları var hem hastaların hem de yakınlarının, onları rahatlatmak gerekiyor.” (K9)

Bilgilendirme ve Bilinçlendirme İhtiyacı

Palyatif bakım sürecinde sosyal hizmet uzmanına ihtiyaç duyulan hususları belirlemek amacıyla yöneltilen sorulara verilen yanıtlar kodlandığında; hasta ve yakınlarının hastalığın seyri, hak ve sorumlulukları ve birçok hizmetten faydalanabilmeleri için ön şart olan rapor işlemleri hakkında yeteri kadar bilgi sahibi olmadıkları görülmüştür. Hasta ve yakınlarının bu kapsamdaki sorularının yanıtlanması ve sorunlarına çözüm bulunabilmesi için sosyal hizmet uzmanına ihtiyaç duydukları yönünde bulgulara ulaşılmıştır. Bilgilendirme ve bilinçlendirme ihtiyacı alt teması, “hastalığın seyri hakkında” ve “hak ve sorumluluklar ile rapor süreçleri hakkında” şeklinde iki başlıkta kodlanmış olup katılımcıların ifadelerinden yapılan alıntılar aşağıda yer almaktadır.

Hastalığın seyri hakkında

Katılımcılar, hastalığın seyri ve olası komplikasyonlar hakkında hasta yakınlarının yineleyen soruları ve olası bir kaybı kabullenmekte zorlanmaları sebebi ile iş yüklerinin arttığını, ancak psikososyal anlamda hasta ve yakınlarının taleplerini karşılayamadıklarını ifade etmiştir.

“Konsültasyon yeterli değil. Sosyal hizmet uzmanının servise gelişinin en az haftada iki gün olması ve saatlerinin kesinlikle belirli olması gerekiyor. O saatler dışında da bir şey olduğu zaman hasta yakınları güvende hisseder gelecek birazdan sorularımı sorarım gibi.” (K2)

“Hasta için beklenen sonu hasta yakınına anlatıyoruz, bizi anlamıyor çoğu zaman ya da kabullenemiyor... Sürekli bir şeyleri anlatma ihtiyacı duyuyoruz. Hasta yakınları sürekli bir şeyler sorma bir şeyler öğrenme ihtiyacı duyuyorlar.” (K6)

“Bazı insanlar kabullenemiyor. Herkesin duygu durumu farklı olabiliyor. Yakınlarının desteğe ihtiyacı var. İlk etapta onları kabullendirmek gerekiyor. Biz anlatıyoruz, doktorlarımız da anlatıp bilgilendiriyor ama onların da (sosyal hizmet uzmanlarının) destek sağlaması iyi olur.” (K8)

Hak ve sorumluluklar ile rapor süreçleri hakkında

Tedavi ve bakım sürecinde hasta ve yakınlarının mağduriyet yaşamamaları adına hak ve sorumluluklarına ilişkin sosyal hizmet uzmanı tarafından kapsamlı bir şekilde bilgilendirilmesi gerektiğini ifade eden katılımcılar, kendilerinin ilgili süreçler hakkında bilgi sahibi olmadıklarını ve vakit kaybedildiğinde yeni mağduriyetlerin oluşabildiğini paylaşmıştır.

“Siz prosedürü daha iyi bilirsiniz. Şimdi ben kimin ne kadar bakım ücreti nasıl alınabileceğini, ne kadar neden faydalanabileceğini bilmiyorum. Benim işim çok daha farklı. Sadece hastaları yönlendirilebiliyordum ama sosyal hizmet uzmanının olması hastaların hiç mağdur olmadan hiç yorulmadan o kendi haklarına sahip olmasını sağlayacak.” (K5)

“Açıkçası biz medikal süreçlerle ilgileniyoruz, hasta yoğunluğumuz fazla, palyatifte geçirdiğimiz süre kısıtlı rotasyon bir ay sürüyor. Hastalar bizden daha çok burada kalıyor bir yıldır yatan hastalar var. Biz onların tıbbi sorunları dışındaki konulara çok eğilemiyoruz (hekim olarak bilgilendirme sürecine dâhil olmadığımızı ifade ediyor).” (K12)

Ekonomik İhtiyaçlar

Katılımcıların, hasta ve yakınlarının ekonomik sorunlarından bahsettikleri ifadeleri “sürece bağlı yaşanan iş ve gelir kaybı” ve “tıbbi gereksinimler ve sağlık güvencesi” şeklinde iki başlık altında kodlanmıştır. Kodlar ile ilişkili ifadeler hasta ve yakınlarının maddi sorunlar yaşadıklarını ve palyatif bakım ekip üyesi olarak görev yapan sosyal hizmet uzmanı tarafından ekonomik açıdan değerlendirilerek desteklenme ihtiyaçlarının var olduğunu doğrulamıştır.

Sürece bağlı yaşanan iş ve gelir kaybı

Katılımcılar bakım ve tedavi sürecinde, hasta ve yakınlarının iş ve gelir kaybı yaşadığını vurgulayan paylaşımlarda bulunmuştur. Tam zamanlı bakım yükü nedeni ile hasta yakınlarının veya doğrudan palyatif bakım hastasının çalışma hayatı dışında kalması ve bakım sürecine bağlı olarak yeni giderlerin ortaya çıkması beraberinde aile üyelerinin ekonomik yoksunluk yaşamalarına neden olmaktadır.

“Refakatçi zorunluluğu insanların sosyal yaşamlarında, iş hayatlarında çok ciddi sıkıntılara neden oluyor. Burada refakatçiye izin vermek (iş yerlerine iletmeleri için sağlık raporu) zorunda kalıyoruz. İnsanlar çalışmak, normal yaşamlarını devam ettirmek zorundalar ama bir taraftan da hastaya bakmakla mükellefler. Bakıcı tutmak istiyorlar ama maddi sıkıntıları çok fazla var.” (K1)

“Yatış süreci içerisinde sosyal hizmet uzmanına ihtiyaç duyuyoruz. Bazı hastaların yakınları işlerinden izin alamadıkları için maddi nedenlerle hastalarını ziyarete dahi gelemiyorlar, bakıcı tutuyorlar. Süreç uzayınca bakıcının masrafı zorlayabiliyor. Sonra bir bakıyorsun ne bakıcı ne refakatçi kalmış.” (K2)

“Refakatçi olmayan ya da süreç içerisinde terk eden palyatif bakım ihtiyacı olan hastalar oluyor, maddi sıkıntılar yaşayanlar da oluyordur muhakkak özellikle gençlerde kaza beklenmedik bir olay ile bu noktaya gelindiğinde iş hayatı sona eriyor, aileler başka sıkıntılar yaşıyorlar...” (K12)

Tıbbi gereksinimler ve sağlık güvencesi

Sosyal güvencesi olmayan hastaların karşılaştığı sorunlardan, bez ve mama raporlarının düzenlenmesinde yaşanabilecek gecikmelerden ve ekonomik durumu iyi olmayan bireylerin bu gecikme sırasında yaşadıkları mağduriyetlerden söz eden katılımcılar, kurumsal ve bürokratik süreçlerin kolaylaştırılması noktasında sosyal hizmet uzmanlarına ihtiyaç duyduklarını ifade etmiştir.

“Hastanın emekli maaşı, sosyal güvencesi olmuyor bazen. Hem burada bakımda hem evindeki süreçte. Hem hastanın hem bakıcının sıkıntılarına şahit oluyoruz... Sosyal hizmet uzmanının görüşü benim için çok önemli. Çünkü mesela bez raporu çıkarıyoruz, kurumumuz bezin belli ücretini veriyor. Taburcu olmalarına rağmen buraya geliyorlar, bize bir tane bez verir misiniz diyorlar. O kadar mağdur olan insanlar var.” (K1)

“Sosyal endikasyonu (tıbbi müdahalenin hastanın sosyal durumuna göre belirlenmesi) olan hastalar için zaman çok önemli. Örneğin; sigortası dolacak hastayı kaybetme riskimiz var, hasta yakınlarının da hiçbir hak sahibi olmadığı durumlar yaşadık... Sosyal hizmet uzmanı bu işleri kolaylaştırabilir.” (K5)

“Mama ve bez ihtiyacının karşılanması için raporların düzenlenmesini beklemek mümkün değil. Ücretler pahalı olduğu için insanlar çok sıkıntı yaşıyor. Bazı durumlarda mağduriyet yaşanmaması için hastayı taburcu olarak gösterip ilgili işlemlerden sonra yatışı yineleyebiliyorduk. Bu da kurum ve personel açısından riskli bir durum.” (K9)

Bakım Süreci ile İlgili İhtiyaçlar

Katılımcıların, hasta ve yakınlarının bakım ihtiyaçlarından söz ettiği ifadeler araştırmacılar tarafından sosyal hizmet uygulamaları kapsamında değerlendirilerek “evde bakım süreci”, “bakım ve tedavi sürecinin takibi” ve “hasta yakınlarının bakım yüküne bağlı ihtiyaçları” şeklinde üç başlık altında kodlanmıştır. Palyatif bakım hastası ve yakınları için bakım süreklilik arz eden zorlayıcı bir süreçtir. Katılımcıların ifadeleri taburculuk sonrası bakımın sona ermediğini, birçok vakada bakım şartlarının taburculuk sonrasında mevcut imkânlar nezdinde zorlaştığını göstermektedir.

Evde bakım süreci

Katılımcılar, evde bakım sürecinde sorumluluk üstlenen kişilerin yeterli donanıma sahip olmadığını bu sebeple hastaların, yineleyen hastane yatışlarının olduğunu ifade etmiştir. Katılımcılar bu noktada taburculuk sonrasında palyatif bakım hastalarını takip eden evde bakım ekipleri içerisinde sosyal hizmet uzmanlarının aktif olması gerektiğini paylaşmıştır.

“Buradan sonra evde de ihtiyaçları var. Evde bakım hizmetleri geldiğini söylüyorlar ama çok yeterli görmüyorlar. Evde de bakacak birine ihtiyaç duyuyorlar ama maddi külfet oluyor ve karşılayamıyorlar.” (K1)

“Geriatri hastası olabilir, ileri evre kanser hastası olabilir... Zaten bu tarz hastalar genelde burada yatıyor. Sonrasında eve gidiliyor ve bu aşamada sosyal hizmet çalışanlarına ihtiyaç duyulabiliyor yani sadece moral motivasyon desteği açısından bile ihtiyaç duyuluyor.” (K3)

“Hastaların yakınları, hastasına bakamayacak güçte olan çok fazla insan oluyor.” (K4)

“Ventili hastalarımız (solunum desteği cihazı kullanan) oluyor... Hasta yakınları çekiniyor haklı olarak daha önce görmemişler. O nedenle buradan da çıkmak istemiyorlar çok fazla.” (K7)

“Hasta çıktığında mama raporu elinde olmazsa, beslenmenin ne kadar önemli olduğunu bilmedikleri için hastaya evde çorba verebiliyorlar... Evde bakım servisleri hastanelerde mutlaka olmalı... Sürekli evde bakım birimin aktif olması gerekiyor, özellikle palyatif biriminden çıktıktan sonraki süreç içerisinde sosyal hizmet uzmanı ile birlikte bunun takibinin de iyi yapılması gerekiyor.” (K9)

“Evde bakım hizmetlerinin yetersizliğinden kaynaklı, evde yapılamadığı için burada yatan hastalar var. Burada yatmasının tek sebebi evde bakılamaması.” (K10)

Bakım ve tedavi sürecinin takibi

Palyatif bakım sürecinde özellikle hastanın ihtiyaçlarının sürekli değişiklik göstermesi özenli bir takibi zorunlu kılmaktadır. Bu noktada katılımcılar alt bakımı, ağız bakımı, beslenme, psikososyal destek ve kronik hastalık takibini içeren farklı örnekler vermiştir. Katılımcılar bu ihtiyacın karşılanabilmesi için ekip içerisinde sosyal hizmet uzmanlarının konsültasyon usulü ile değil tam zamanlı şekilde görev alması gerektiğini ifade etmiştir.

“Yeterli olmuyor sadece konsültasyon usulü gelmesi. Ben nasıl takip, tedaviyi rutinde yapılabiliyorsam böyle birinin serviste olması çok önemli. Psikososyal destek açısından.” (K1)

“Hastalar çok kilo kaybediyorlar yatağa bağlı olduktan sonra. Piyasada ve devletin verdiği bezler büyük beden olarak geçiyor. Bez hastaya büyük geliyor ve sonrasında altına defekasyon (dışkının dışarı atılması) olduğu zaman yatağına çevresine bulaşma riski artıyor. Sosyal hizmet uzmanı tarafından evde bakım sürecinde verilen hizmetlerin değerlendirilmesi ve takibi yapılmasının, hasta sağlığı açısından geri dönüş sağladığı için önemli olduğunu düşünüyorum.” (K2)

“Yoğun bakımdan gelen bir hastanın kafasında toka vardı. Hasta kafasındaki tokayla aylarca yatmış. Düşünün kalp krizi geçiriyor, aylarca yoğun bakımda yatıyor. Bu hastanın hiç mi saç bakımı yapılmadı. Hasta yakınları da bunu fark etmiyor. Biz hastayı anlayan bir ekiptik, mesela hasta yakını diyelim ki hastaya ilacı vermeyecek, bakımını yapamayacak. Bunu böyle düşünüyorsak başında beklerdik.” (K6)

“Hasta yakınları tarafından yeterli bakım ve hizmet sağlanamıyor. Alt bakımı, ağız bakımı olsun ya da daha çok beslenme konusunda diyetisyen gelip anlatsa da biz söylesek de diyet konusunda daha çok bilgi eksiklikleri oluyor...” (K7)

Hasta yakınlarının bakım yüküne bağlı ihtiyaçları

Bakım yükü kavramının çeşitli yönlerine vurgu yapan açıklamalarda bulunan katılımcılar, bakım sorumluluğunu üstlenen kişilerin çalışma hayatının dışında kaldığından, ekonomik ve psikososyal sorunlar yaşadıklarından, bazı durumlarda bakım yükü nedeni ile diğer yaşam rollerini (annelik gibi) yerine getiremediklerinden ve desteğe ihtiyaç duyduklarından söz etmiştir.

“Hastanede yattığı sürece ben de refakatçi izni alabiliyorum ama evde olduğunda alamıyorum işe gitmem gerekiyor, besleyemiyorum, bakamıyorum, getirip götürüyorum diyor. Biz sosyal hizmet uzmanı ile belli bir zaman sonra birlikte çalışmaya başladık. Ondan önce çok büyük bir sıkıntıydı hasta yakını ben evde bakamayacağım, çalışıyorum tek çocuğum diyor. Hasta alzheimer, PEGli hasta, bilinci yok yani bu hastaya ben nasıl bakacağım hemşire hanım diyor.” (K1)

“Çok genç bir erkek hasta vardı. 38 yaşında trafik kazası sonucu COVID döneminde geldi... Eşi yanındaydı. Hasta sekiz yıldır felçti. Belden aşağısı tutmuyordu. Sekiz yaşında bir kızları vardı. Kızlarına kadının annesi bakmıştı. Eşine bakabilmek için. Kızım bana anne demiyor diyordu. Beni anne gibi görmüyor çünkü annem baktı diyordu. Yani bu tip vakalarda yine sosyal hizmet uzmanı serviste olsa destek olunabilir.” (K5)

“Bazı insanlar da hastayla ilgilenmek istemiyorlardı ya da bırakıp gidenler de oluyordu. Hastasını bırakıp gidiyor bir anda refakatçisiz kalıyordu. İşte gidince hastaya biz bakmak zorunda kalıyorduk...” (K6)

“Bir hasta için başvurduk sosyal hizmetlere. Çok istediğimiz gibi olmadı süreç uzadı... En sonunda gelip görüşüp almak zorunda kaldılar. Çünkü bakım vereni yoktu. Hasta çok kötü durumdaydı. Biraz araştırdıktan sonra yakınlarının da hastayı daha çok maddi amaçlı sosyal hizmetlere teslim etmek istemediklerini görünce, kuruma götürmek istediler artık.” (K8)

4. Tartışma ve Sonuç

Sosyal hizmet uzmanları palyatif bakım hizmetlerinin sağlanmasında ekip içerisinde önemli roller üstlenmektedir. Her insan hayatının son dönemini sevdikleriyle iyi bir şekilde geçirme, onuruyla ölme hakkına sahiptir (Arıkan, 2016, s.4). Saygın bir yaşamın ve iyilik halinin korunduğu bir ölüm hakkının sağlanması hak anlayışı çerçevesinde sosyal hizmet uzmanlarının görevlerinden biridir. Bu çalışmada palyatif bakımda sosyal hizmet uzmanlarının fonksiyonları ve görevlerine yönelik mevcut algı açıklanmaya çalışılmıştır. Sağlık çalışanlarının deneyimlerinden yola çıkarak sosyal hizmet uzmanları palyatif bakım hizmetlerinde görevlerini gerçekleştirirken ne gibi sorunlarla karşılaştığı ve bu sorunların çözümünde neler yapılabileceği tartışılmıştır. Palyatif bakım hizmetleri kurumsal açıdan değerlendirildiğinde sosyal hizmet uzmanlarının konsültasyon usulü çalışmasından dolayı sosyal hizmet uzmanına ihtiyaç duyulduğu anda ulaşılabilirliği görülmüştür. Sağlık çalışanları, sosyal hizmet uzmanlarının tam zamanlı çalışmasının hasta ve yakınlarına daha iyi hizmet verilebilmesi için gerekli olduğunu belirtmişlerdir. Kangagil Balta ve Bekiroğlu (2021, s.141) çalışmasında, sosyal hizmet uzmanlarının konsültasyon usulü ile çalışması hastaların ve yakınlarının bilgilerine, ihtiyaçlarına ve problemlerine tam olarak hâkim olamamasına ve sosyal hizmet müdahalesinin eksik kalmasına sebep olmaktadır ifadesine yer vermiştir. Ülkemizde palyatif bakım birimlerinde sürekli sosyal hizmet uzmanının bulunmaması önemli bir eksiklik olarak görülmüştür (Çölgeçen ve Aslan, 2022, s.149). Blacker ve Deveau (2010, s.238) çalışmasında tıbbi sosyal hizmet uzmanı ve uzmanlaşmış palyatif bakım alanındaki sosyal hizmet uzmanı arasında önemli farklar olduğunu belirtmiş, özellikle palyatif bakım hizmetinde yaşamı sınırlayan bir tanının konulmasıyla psikososyal ihtiyaçların karmaşıklaştığına değinmiştir. Hastanede tıbbi sosyal hizmet uzmanı var olsa dahi palyatif bakım hizmeti ayrı uzmanlaşma gerektiren bir alandır. Sağlık Bakanlığı (2015b) tarafından verilen “palyatif bakım hemşireliği” sertifikalı eğitim programı gibi sosyal hizmet uzmanlarının da palyatif bakım sosyal hizmet uzmanı sertifikalı eğitim programı oluşturulması önemlidir.

Palyatif ekibin bütünlüğü önemli bulgulardan biri olmuştur. Palyatif ve yaşam sonu bakım hizmetlerinin kapsamlı bir şekilde sunulabilmesi için sosyal hizmet uzmanlarının disiplinler arası bir çabanın parçası olması önemlidir (NASW, 2003, s.6). Palyatif bakım ekibinin bütünlüğünün sağlanması bu hizmetin multidisipliner bakış açısı ile yapılabileceği anlamına gelmektedir. Disiplinler arası ekibin bir parçası olan sosyal hizmet uzmanının bakım veren meslek elemanları tarafından sunulan önerilere açık olması ve farklı bakış açılarını geliştirmesi sayesinde müracaatçı ve aile ile bağlantının kolaylaştırılmasını sağlayacaktır (Cadell, Johnston, Bosma ve Wainright, 2010, s.213). Sosyal hizmet uzmanı palyatif bakım hizmetinde kolaylaştırıcı rolünü palyatif ekibi içerisinde var olması ile sağlayabilecektir. Palyatif bakım ekibindeki hekimlerin, hemşirelerin, sosyal hizmet uzmanlarının ve hastane yönetiminin disiplinler arası bir ekip çalışması çerçevesinde koordineli çalışmasının gerekliliği ifade edilmiştir (Turgut ve Soylu, 2020, s.463).

Bir diğer bulgu olan ek maliyetlerin engellenmesi palyatif bakım hizmetlerinde genellikle göz ardı edilen bir konu olmaktadır. Kâr amacı olmayan kamu hastanelerinde maliyet hesaplamalarının eksikliği, kaynakların etkin kullanılmamasına ve devletin mali yükünün artmasına sebep olabilmektedir (Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği, 2016, s.52). Bulgularda hastaneden ayrılan hastalar için taburculuk sonrası hizmetlerin gerekliliği ön plana çıkmaktadır. Özellikle evde bakım süreçlerinde yaşanan aksaklıklar nedeniyle yineleyen yatışlar ve tedavi süreçleri hem hasta ve yakınlarını zorlamakta hem de hastane için ek maliyetlere neden olmaktadır. Özellikle hastanın taburculuğundan sonra tekrar yoğun bakıma dönmesi hastanın tedavi sürecini zorlaştırmaktadır. Yoğun bakım hizmeti, palyatif tedavi hizmetlerinden farklı olarak hem agresif ve invaziv, daha ağır medikal ve cerrahi tedavi seçenekleri olan ve fayda sağlamadığı zamanda zararlı olabilen bir tedavi yöntemidir (Türk Dahili ve Cerrahi Bilimler Yoğun Bakım Derneği, 2016, s.43). Palyatif ve yaşam sonu bakım hizmetleri gelişmiş ülkelerde bakım kalitesini iyileştirmek ve yaşam sonu bakım maliyetlerini düşürmek amacıyla ortaya çıkmıştır (Aslan, 2020, s.20). Bu anlayışla palyatif bakım merkezleri maliyetlerin düşürülmesi çerçevesinde hizmet vermeyi amaçlamaktadır. Çalışkan ve Durukan Köse (2020, s.86) yurt dışında yapılan palyatif bakım hizmetlerinin, genel hasta servislerinde tedavi gören hastalara kıyasla maliyeti düşürücü etkisi olduğunu ancak ülkemizde böyle bir etki göstermediğini ifade etmiştir. Palyatif bakım ekibi içerisinde bulunan sosyal hizmet uzmanının, ekip çalışması çerçevesinde ek maliyetlerin engellenmesi konusunda dolaylı etki sağlayacağı düşünülmektedir. Hastanın taburculuk sonrasında tekrar daha ağır bir şekilde yatışının olması hastane için ek maliyetlere sebep olabilmektir. Bu sürecin yaşanmaması için palyatif bakım hizmeti sonrasında taburculuk planlaması ve taburculuk sonrası takibi ön plana çıkmaktadır. Taburculuk sonrasında sosyal hayat, barınma ve devam edilebilecek tedaviler konusunda hasta ve yakınına taburculuğa hazırlamak sosyal hizmet uzmanının görevleri arasındadır (Karaağaç, 2022, s.100). Özellikle devam edebilecek tedaviler için evde bakım hizmetleri konusunda hasta ve ailenin yönlendirilmesi ve bilgilendirilmesi önemlidir.

Araştırma bulguları, palyatif bakım ekibinin psikososyal desteğe ihtiyaç duyduğunu göstermektedir. Palyatif bakım ekibindeki sağlık çalışanları hastaların hem tıbbi hem de psikososyal ihtiyaçlarıyla ilgilenmektedirler. Palyatif bakımda çalışan bütün profesyoneller, anksiyete, depresyon ve diğer ciddi ruh sağlığı problemleri açısından risk altında olan kişileri belirlemek, umutsuzluk durumlarında destek ve rahatlık sağlamak üzere psikososyal kaygıları yönetme becerisine sahip olmalıdır (Blacker ve Deveau, 2010, s.241). Sağlık çalışanları hastaların ve aile üyelerinin kaygılarını ve ihtiyaçlarını yönetme becerilerini gerçekleştirirken palyatif bakım hizmetlerinin getirdiği psikolojik yük personelleri etkilemektedir. Araştırma sonuçları, psikososyal destek rolünün sosyal hizmet uzmanlarıyla paylaşılmasının diğer sağlık çalışanlarını rahatlatacağını göstermektedir. Bulgulardan bir diğeri iş yükünün azaltılması ihtiyacıdır. Sağlık çalışanlarının görevleri dışında işler yapması ve iş yoğunluğundan hastaya ve aile üyelerine yeterli vakit ayıramamaları önemli verilerdir. İş yükünü artırıcı işler bakıcı/refakatçinin bilgilendirilmesi, rapor hakkında bilgilendirme, engelli maaşı, evde bakım, psikososyal destek gibi hizmetler olarak ifade edilmiştir. Bir diğer çalışmada palyatif bakım ekip üyesi olan hemşirelerin ağrı gibi semptomları yönetme ve psikososyal destek sağlama konularında temel eğitimi

sağlamış olmasının önemine değinmiştir (Madenoğlu Kıvanç, 2017, s.133-134). Sağlık çalışanları hastaların psikososyal problemlerini çözüme konusunda temel eğitimi olsa dahi spesifik problemlerin çözümünde ekip çalışmasına ihtiyaç duymaktadırlar. İş yüklerinin fazla olması rol karmaşıklığı sebeplerinden biridir. Bu çalışmada ekip çalışmasının tam anlamıyla gerçekleşmediği görülmektedir. Sosyal hizmet uzmanının rollerinin bilinmesi ile karmaşıklığın engellenebileceği ve sosyal hizmet uzmanından destek alabilecekleri düşünülmektedir. Ekip içerisinde olan sağlık çalışanları hasta ve yakınlarının problemlerini çözmede çakışan roller üstlenebilirler. Fakat başarılı bir ekip, hangi ekip üyesinin, hasta ve aile üyesine en iyi şekilde yardım edebilecek bağlantıya sahip olduğunu belirleyebilir ve bu çakışmayı yönetebilir (Blacker ve Deveau, 2010, s.241).

Araştırma bulguları, palyatif bakım içerisinde sosyal hizmet uzmanı ihtiyacının yalnızca merkezin bağlı olduğu kurum ve ekip üyeleri nezdinde var olmadığını, palyatif bakım hasta ve yakınlarının merkeze kabul, yatış, taburculuk süreçleri ve sonrasında da sosyal hizmet uzmanlarının sunabileceği destekleyici hizmetlere ihtiyaç duyduklarını ortaya koymuştur. Katılımcıların tamamı hastane ortamında ya da taburculuk sonrasında palyatif bakım hasta ve yakınlarının, sosyal hizmet uzmanları tarafından takip edilme ve desteklenme ihtiyaçlarından söz etmiştir.

Literatürde sosyal hizmet uzmanlarının, palyatif bakım kapsamında yürütebileceği hizmetlerin hasta ve yakınları için destekleyici ve yaşam kalitesini artırıcı özellikte olduğu (Tuncay, 2013, s.152), sosyal hizmet uzmanının ekip içerisinde var olmadığı durumlarda sunulması hedeflenen multidisipliner bakım hizmetinin eksik kalacağı ve bu durumun hasta ve yakınlarının bakım ve tedavi hizmetinden tam verim almasını olanaksız hale getireceği (Sağlık Bakanlığı, 2011, s.59) vurgulanmaktadır. Elde edilen veriler ışığında palyatif bakım hasta ve yakınlarının sosyal hizmet uzmanının aktif olarak çalıştığı bir merkezden hizmet almaları gerektiğini doğrulayan başlıca ihtiyaçları; psikolojik ihtiyaçlar, bilgilendirme ve bilinçlendirme ihtiyacı, ekonomik ihtiyaçlar ve bakım süreci ile ilgili ihtiyaçlar olarak bulunmuştur.

Katılımcıların ifadeleri hasta ve yakınlarının psikolojik açıdan desteklenmeleri gerektiği yönündedir. Psikolojik destek ihtiyacının var olmasının başlıca nedenleri katılımcılar tarafından “bakım sürecinin uzun ve zorlayıcı olması, hasta ve yakınları tarafından ölüm ve kaybın kabullenilememesi, hasta ve yakınlarının ajite davranışlar sergilemesi” gibi gerekçelerle açıklanmıştır. Palyatif bakım çalışanları ve palyatif bakım hasta ve yakınları ile yürütülen çalışmalarda da benzer şekilde hasta ve yakınlarının psikolojik destek ve yas desteği ihtiyacının var olduğundan söz edilmektedir (Gwyther vd., 2005, s.89; Turgut ve Soylu, 2020, s.469; Kangalgil Balta ve Bekiroğlu, 2021, s.133). Psikososyal boyutu ihmal edilen bir bakım modelinin palyatif bakım olarak adlandırılması mümkün değildir. Böyle bir durumda palyatif bakım merkezleri, yoğun bakım için iyi; klinik yatış için kötü olarak değerlendirilen hastaların kabul edildiği ara bakım sunan ikincil servisler olmaktan öteye gidemeyecektir.

Katılımcıların tamamı hasta ve yakınlarının sosyal hizmetler kapsamına giren hizmetlere ulaşabilmeleri için bilgilendirme ve bilinçlendirme ihtiyaçlarının var olduğundan söz etmiştir. Hastalığın seyrine ilişkin hekim ve hemşirelerin yaptığı medikal açıklamalara ek olarak bu süreçte hasta ve yakınlarının sosyal açıdan değişecek

olan şartlar, karşılaşılabilecekleri yeni sorunlar ve çözümler için başvurabilecekleri kaynaklar hakkında bilgilendirilmesi gerektiği anlaşılmıştır.

Hasta ve yakınlarının sosyal hizmet uzmanına ulaşamadıkları ya da konsültasyon ile sınırlı bir hizmet aldıkları durumlarda sorularına cevap bulmakta zorlandıkları ve güvende hissetmedikleri katılımcılar tarafından ifade edilmiştir. Literatürde palyatif bakım hasta ve yakınlarının evde bakım ve sağlık hizmetleri, rapor işlemleri, aynı ve nakdi yardım şartları ve başvuru süreçleri gibi konular hakkında bilgi edinebilmeleri için merkezde görevli sosyal hizmet uzmanları tarafından grup çalışmalarının gerçekleştirildiği örnekler mevcuttur (Kangalgil Balta ve Bekiroğlu, 2021, s.137).

Hak ve sorumluluklarının bilincinde olmayan hasta ve yakınları, bazı durumlarda yükümlülüklerini yerine getirmeyerek kurumu ve sağlık personelinin zor durumda bırakabildiği gibi kendi haklarının arayıcısı olmayarak yeni mağduriyetler de yaşayabilmektedirler. Özellikle sağlık raporu gibi bürokratik süreçleri tamamlamak noktasında yetersiz kalan hasta ve yakınları birçok hizmetten mahrum kalabilmektedir. Hasta ve yakınlarının benzer ihtiyaçlarına ve bunların tesis edilmesinde sosyal hizmet uzmanlarının birincil önemine vurgu yapan Özbesler (2022, s.11), sosyal hizmeti bireylerin sağlık ve refahını arttırmak için sosyal değişimi, sorun çözmeyi, bireylerin güçlenmesini ve bağımsızlığını destekleyen bir meslek olarak tanımlamaktadır.

Araştırmanın bir diğer önemli bulgusu palyatif bakım hastalarının doğrudan kendilerinin hastalık durumu nedeniyle veya refakati üstlenen yakınlarının bakım yüküyle ilişkili olarak iş ve gelir kaybına uğramalarıdır. İş ve gelir kaybının uzun vadede sadece hasta ve refakatçiyi değil ailenin diğer üyelerini de etkilediği gözlemlenmiştir. Bunun yanında sağlık güvencesi olmayan, ekonomik yoksunluk çeken hastaların mevcut sosyal endikasyonlarının tıbbi süreçleri olumsuz etkileyebildiği, hastanın gereksinimlerinin ihtiyaç duyulan oranda ve kalitede karşılanamadığı katılımcılar tarafından aktarılmıştır.

Literatürde bakım ve tedavi süreçlerine bağlı olarak hasta ve yakınlarının yaşadıkları ekonomik sorunlara değinen çalışmalar mevcuttur (Turgut ve Soylu, 2020, ss.470-471; Aksakal, 2023, s.202). Bunun yanında sosyal endikasyona bağlı yaşanan mağduriyetlere ilişkin literatürde ayrıntılı verilere ulaşılamamıştır. Araştırmada saha çalışması süresince servis işleyişi ve aksaklıklar gözlemlenmiştir. Hasta ve yakınları sigorta, emeklilik, yaş haddi, refakat izni gibi konularda bürokratik engellere takılmakta bu yüzden bakım ve tedavi sürecinde aksaklıklar yaşamaktadır.

Evde bakım sürecinde bakım ile ilgili yetkin olmayan hasta yakınlarının medikal açıdan zorlandığı ve hasta mağduriyetlerinin oluşabildiği tespit edilmiştir. Hasta yakınlarının özellikle bakım ve tedavi sürecinin takibi noktasında yetersiz kalabildiği ve bakım yüküne bağlı olarak maddi ve manevi açıdan zorlandıkları görülmüştür. Evde bakım sürecinde bakım verenin yetkinliğine ve diğer unsurlara bağlı olarak oluşabilecek risklere (Avcı, 2015, ss.182-185), evde bakım hizmetlerindeki eksiklikleri değerlendiren (Çoban ve Esatoğlu, 2021, s.55) ve bakım yükünün bireyin iyilik halini olumsuz yönde etkilediği yönünde bulgulara (Karakaya ve Işıkhani, 2020, s.1437) yer veren çalışmalar literatürde de mevcuttur.

Henriksen, Joseph ve Zayas Cabán (2009, s.229)'a göre iyi ve güvenli bir evde bakım, hastanın ve bakım verenlerin bilgi ve becerisine, yeterliliğine, isteğine, cihaz ve tıbbi süreçleri yönetebilme becerisine, evin fiziki şartlarına ve tüm bunların etkileşimine bağlıdır. Etkileşim iyi olursa riskler azalır ve kaliteli bir bakım sağlanabilir. Hastaya ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetini, psikososyal destek hizmetleri ile birlikte ev ortamında sunmayı hedefleyen evde sağlık hizmeti uygulamaları mevcut durumda sahada muayene, tetkik, tedavi, takip, tıbbi bakım ve rehabilitasyon ile sınırlı kalmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2012, ss.695-710). Bu araştırmada da katılımcılar benzer şekilde evde sağlık ve evde bakım hizmetlerinin sunumunda sosyal hizmet uzmanlarının etkin bir şekilde sürece katılmalarının mağduriyetler açısından koruyucu bir unsur olacağı yönünde paylaşımlarda bulunmuşlardır. Ayrıca katılımcıların, hasta yakınlarının evde bakım sürecinde zorlandıkları için palyatif bakım yatış sürecini uzatma eğiliminde olduğuna ve merkezde yatan hastaların bir kısmının evde yeterli bir şekilde bakım verilemediğinden taburcu edilemediğine dair açıklamaları olmuştur. Bu durum aslında ikincil bir kurumsal yapılanmanın eksikliğinden kaynaklanmaktadır. Hastane dışında hospis tarzı isteğe göre gündüzlü ve yarı zamanlı bakım hizmeti de sunabilen kurumların var olması halinde hem hasta ve yakınlarının mağduriyetleri giderilebilecek hem de palyatif bakım merkezlerinin yoğunlukları azalacak ve kurumsal maliyet düşecektir. Bu noktada İşler ve Yıldırım (2022, s.276)'ın da ifade ettiği gibi sosyal hizmet mesleği açısından da önemli bir uygulama alanı olan hospis bakımın, Türkiye'de var olabilmesi için ihtiyaç duyulan bilimsel ve yasal çalışmaların bir an önce hayata geçmesi gerekmektedir.

Kaynakça

- Aksakal, H. (2023). Palyatif bakım hastasına yönelik bakım yeri tercihi üzerine bir inceleme. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 10(2), 200-206. <https://doi.org/10.52880/sagakaderg.1196739>
- Arıkan, G. D. (2016). Palyatif bakım tanımı ve felsefesi. *Klinik Tıp Aile Hekimliği*, 8(3), 1-5.
- Aslan, Y. (2020). Türkiye’de ve Dünya’da palyatif bakım modellerine genel bakış. *Anadolu Güncel Tıp Dergisi*, 2(1), 19-27. <https://doi.org/10.38053/agttd.632674>
- Avcı, K. (2015). Evde sağlık hizmetlerinde hasta ve sağlık bakım sunucuların güvenliği. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(4), 181-188.
- Blacker, S., & Deveau, C. (2010). Social work and interprofessional collaboration in palliative care. *Progress in Palliative Care*, 18(4), 237-243. <https://doi.org/10.1179/096992610X12624290277141>
- Cadell, S., Johnston, M., Bosma, H., & Wainright, W. (2010). An overview of contemporary social work practice in palliative care. *Progress in Palliative Care*, 18(4), 205-211. <https://doi.org/10.1179/096992610X12775428636700>
- Cumhurbaşkanlığı İletişim Merkezi [CİMER]. (2023). CİMER Başvuru Sorgulama. <https://www.turkiye.gov.tr/cimer-basvuru-sorgulama?detay=getir&basvuruSayisi=2305660055>
- Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2023). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (6th ed.). London: Sage Publication.
- Creswell, J. W. (2018). *Nitel araştırma yöntemleri* (S. B. Demir, Çev.). Ankara: Siyasal Kitapevi.
- Çalışkan, A. N., & Durukan Köse, S. (2020). Palyatif bakım merkezlerinin maliyet analizi: Denizli Devlet Hastanesi örneği. *Eurasian Journal Of Health Technology Assessment*, 4(2), 68-89.
- Çoban, M., & Esatoğlu, A. E. (2021). Evde bakım hizmetlerinin Almanya ve Türkiye örneğinde karşılaştırılması: Nitel bir araştırma. *Sosyolojik Bağlam Dergisi*, 2(3), 55-71. <https://doi.org/10.52108/2757-5942.2.3.4>
- Çölgeçen, Y., & Güney Aslan, M. (2022). Palyatif ve hospis bakımın Türkiye açısından değerlendirilmesi. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 20(1), 134-155. <https://doi.org/10.46218/Tshd.1134616>
- Dünya Sağlık Örgütü [DSÖ]. (2020). *Palliative care*. Erişim tarihi: 5 Ocak 2024, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- Dünya Sağlık Örgütü [DSÖ]. (2024). *Palliative care*. Erişim tarihi: 23 Temmuz 2024, <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>
- Gwyther, L. P., Altilio, T., Blacker, S., Christ, G., Csikai, E. L., Hooyman, N., ... Howe, J. (2005). Social work competencies in palliative and end-of-life care. *Journal of Social Work in End-Of-Life & Palliative Care*, 1(1), 87-120. https://doi.org/10.1300/j457v01n01_06
- Henriksen, K., Joseph, A., & Zayas Cabán, T. (2009). Human factor of home health care: A conceptual model for examining safety and quality concerns. *J Patient Saf*, 5(4), 229-236. <https://doi.org/10.1097/PTS.0b013e3181bd1c2a>
- Işıkkhan, V. (2016). Palyatif bakım hizmetlerinde sosyal hizmet mesleğinin yeri ve geleceği. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 27(2), 97-113.
- İşler, A. M., & Yıldırım, B. (2022). Hospis bakımın önemi. V. Duyan, M. Karataş, & M. D. P. Güre (Ed.), *Onkolojik sosyal hizmet içinde* (ss. 275-285). Ankara: Yeni İnsan Yayınevi.
- Jünger, S., Payne, S. A., Costantini, A., Kalus, C., & Werth, J. L. (2010). The EAPC task force on education for psychologists in palliative care. *Eur J Palliat Care*, 17(2), 84-87.
- Kabalak, A. A. (2014). Türkiye’de palyatif bakım: Güncel gelişmeler, gereksinimler. *Anestezi Dergisi*, 22(3), 121-123.
- Kabalak, A. A. (2017). Türkiye’de palyatif bakım çalışmaları. *Türkiye Klinikleri Anesthesiology Reanimation Special Topics*, 10(1), 7-12.
- Kangalgil Balta, G., & Bekiroğlu, S. (2021). Palyatif bakım merkezleri kapsamında verilen psikososyal destek hizmetleri: Sosyal hizmet uzmanları ve psikologların gözünden nitel bir değerlendirme. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 17(1), 130-154. <https://doi.org/10.46218/tshd.908861>
- Karaağaç, H. (2022). Onkolojik sosyal hizmet alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının rol ve fonksiyonları. Ankara: Yeni İnsan Yayınevi.

- Karakaya, C., & Işıkkhan, V. (2020). Palyatif bakım hastalarına bakım veren aile üyelerinde yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 31(4), 1437-1458. <https://doi.org/10.33417/tsh.737324>
- Kıral, B. (2021). Nitel araştırmada fenomenoloji deseni: Türleri ve araştırma süreci. *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi*, 10(4), 92-103.
- Lorenz, K. A., Lynn, J., Dy, S. M., Shugarman, L. R., Wilkinson, A., Mularski, R. A., ... Shekelle, P. G. (2008). Evidence for improving palliative care at the end of life: A systematic review. *Ann Intern Med*, 148(2), 147-159. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-148-2-200801150-00010>
- Madenoglu Kıvanç, M. (2017). Türkiye’de palyatif bakım hizmetleri. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 4(2), 132-135. <https://doi.org/10.17681/Hsp-Dergisi.316894>
- National Association of Social Workers [NASW]. (2003). *Standards for social work practice in palliative and end of life care*. Washington, DC: NASW.
- Özbesler, C. (2022). Tıbbi sosyal hizmete giriş ve tıbbi sosyal hizmet uzmanının rolleri. S. A. Özden & E. Özcan (Eds.), *Tıbbi sosyal hizmet içinde* (ss. 3-13). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Saunders, D. C. (2001). Social work and palliative care the early history. *British Journal of Social Work*, 31, 791-799.
- Saruç, S. (2013). Palyatif ve yaşam sonu bakımda sosyal hizmet uzmanının rolleri ve sosyal hizmet mesleği standartları. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 24(2), 193-208.
- Small, N. (2001). Social work and palliative care. *British Journal of Social Work*, 31(6), 961-971.
- Strauss, A., & Corbin, J. M. (1990). *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques*. Sage Publications, Inc.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2011). *Türkiye’de özellikli planlama gerektiren sağlık hizmetleri 2011-2013*. Erişim tarihi: 10 Ocak 2024, <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/4198/0/turkiyede-ozellikli-planlama-gerektiren-saglik-hizmetleri-2011-2023pdf.pdf>
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2012). *Birinci basamak sağlık hizmetleri veri rehberi*. Erişim tarihi: 15 Şubat 2024, <https://www.halksagligiokulu.org/Kitap/DownloadEBook/8d1fe0f9-269e-4414-ab27-cb7c510fc70d>
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2015a). *Palyatif bakım hizmetlerinin uygulama usul ve esasları hakkında yönerge*. Erişim tarihi: 7 Ocak 2024, <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/2817,palyatif-bakim-hizmetleri-yonergesipdf.pdf?0>
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2015b). *Palyatif bakım hemşireliği sağlık alanı sertifikalı eğitim standartları*. Erişim tarihi: 25 Ocak 2024, <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/4074/0/palyatif-bak-hems-sep-standartlaripdf.pdf>
- Tuncay, T. (2013). Yaşam sonu bakımda sosyal hizmet uzmanının rolleri. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 24(2), 145-153.
- Turgut, A. Ş., & Soylu, G. (2020). Palyatif bakım hasta yakınları ile nitel bir çalışma. *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*, 31(2), 460-476. <https://doi.org/10.33417/tsh.662982>
- Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği. (2016). Yaşamın son döneminde sağlık hizmetlerinde anestezi ve reanimasyon, yoğun bakım uzmanlarının rolü. *Türk Tabipleri Birliği Toplum ve Hekim Dergisi*, 31(1), 63-78.
- Türk Dahili ve Cerrahi Bilimler Yoğun Bakım Derneği. (2016). Yoğun bakım ünitelerinde yaşamın sonuna gelmiş hastalarda karşılaşılan sorunlar ve çözüm önerileri: Türk Dahili ve Cerrahi Bilimler Yoğun Bakım Derneği'nin görüşleri. *Türk Dahili ve Türk Tabipleri Birliği Toplum ve Hekim Dergisi*, 31(1), 42-46.



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: 2024 Aralık/ December Sayı/Issue:24

'BİRİ DE KEK YAPIP GETİRSE...!' OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞUNA SAHİP ÇOCUĞU OLAN ANNELERİN BAKIM YÜKÜ ÜZERİNE NİTEL BİR ÇALIŞMA

Ayşe TİRYAKI¹

Melih SEVER²

Makale Bilgileri/Article info

Makalenin Türü/ArticleType: Araştırma Makalesi
Geliş Tarihi / Date Received: 08.04.2024
Revizyon Tarihi/Date Revised: 05.08.2024
Kabul Tarihi / DateAccepted: 06.08.2024
Yayın Tarihi / DatePublished: 03.01.2025
DOI: 10.46218/tshd.1466704

Makale Künyesi/To cite this article

Tiryaki, A. ve Sever, M. (2024) 'Biri de kek yapıp getirse...!' Otizm spektrum bozukluğuna sahip çocuğu olan annelerin bakım yükü üzerine nitel bir çalışma. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi* 37-65.

Sorumlu Yazar/Corresponding Author: Ayşe

Tiryaki, Sosyal Hizmet Uzmanı, Yüksek Lisans Öğrencisi, Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi
ayseetiryaki@hotmail.com

Öz

Bu araştırma Otizm Spektrum bozukluğu tanısı almış çocuğu olan annelerin bakım yüklerini incelemek üzere yapılmıştır. Araştırmada, nitel yöntem ve katılımcı gözlem ile desteklenmiş görüşmelere yer verilmiş ve toplamda 12 anne ile görüşülmüştür. Katılımcı gözlem aşamasında gönüllü bir katılımcının evinde bir gün geçirilerek annenin ve ailenin yaşadıkları fotoğraflar, gözlem notları ve görüşmeler eşliğinde tartışılmıştır. Araştırmanın bulguları, dört temel tema etrafında şekillenmiştir. Bunlar; Otizmle baş etmenin zorlukları, Sosyal çevrenin bilinçsizliği ve anlaşılma, yalnızlık ve çocuğun yaşam alanının ve sosyal becerilerinin geliştirilmesi olarak belirlenmiştir. Bulgular annelerin bakım yükünün kendi hayatları ve aile işlevsellikleri üzerinde oldukça yıkıcı etkileri olduğunu göstermektedir. Toplumsal bilinçlenmenin ve dayanışmanın artırılması, bakım yükünün eşitlikçi bir şekilde bakım verenler tarafından paylaşılması annelerin bakım yükünü azaltabilir.

Anahtar kelimeler: Otizm Spektrum Bozukluğu, Bakım Yükü, Anne, Katılımcı Gözlem

A Qualitative Study on the Care Burden of Mothers with Children with Autism Spectrum Disorder: 'If only someone could make and bring a cake...!'

Abstract

This research aimed to explore the care burden experienced by mothers raising children diagnosed with Autism Spectrum Disorder (ASD). Qualitative unstructured interviews and participant observation were employed to collect data from 12 participating mothers. The participant observation phase involved spending a day at the home of a volunteer participant, utilizing photographs, observation notes, and interviews to discuss the experiences of the mother and family. The study's findings highlighted four main themes: 1) Coping difficulties with autism, 2) Ignorance and lack of understanding from the social environment, 3) Loneliness, and 4) Development of the child's living space and social skills. These themes underscore

¹ Sosyal Hizmet Uzmanı, Yüksek Lisans Öğrencisi, Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi, ORCID: 0009-0000-8590-5279

² Doç. Dr., Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Hizmet Bölümü, ORCID: 0000-0001-5818-5114

the impact of the care burden on mothers' lives and family functioning. The study highlights the detrimental effects of the care burden on mothers and emphasizes the importance of increasing social awareness and fostering solidarity. Equally distributing the burden of care among caregivers inside the family is identified as a potential avenue for alleviating the care burden experienced by mothers in this context.

Keywords: *Autism Spectrum Disorder, Burden of Care, Mother, Participant Observation*

1. Giriş

Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB), iletişim ve sosyal etkileşim zorlukları ile birlikte kısıtlı ve tekrarlayan davranışların karakterize edilen nörogelişimsel bozukluk olarak tanımlanmaktadır (Lai vd., 2015). Bu bozukluğa yönelik spesifik bir tedavi yöntemi henüz bulunmamakla birlikte, doğru yaklaşım ve etkili eğitim ile otizmlili bireylerin sosyal yaşama entegre edilebileceği literatürde vurgulanmaktadır (Turan vd., 2020).

OSB'li olmak yalnızca çocuğu değil aynı zamanda bakım veren ailesini de fazlasıyla etkilemektedir. OSB'li çocuğun ebeveynleri arasında sürekli bakım ve ebeveynlik stresine yol açtığı ifade edilmektedir. Otizmin uzun süreli etkileri, ebeveynlerin çocuklarını yönetme ve onlara destek olma sürecinde karşılaştıkları zorluklarla ilişkilendirilmiş ve bu durumun ebeveynler üzerinde kalıcı bir stres yarattığı vurgulanmıştır (Lai vd., 2015). OSB'li çocuklara bakım veren ebeveynlerin, normal gelişim gösteren çocuklara ve diğer çocukluk çağı bozukluklarına sahip çocuklara bakım verenlere nazaran anksiyete, depresyon, düşük yaşam kalitesi, refah düzeyinde azalma ve daha yüksek stres seviyeleri gibi olumsuz ruh sağlığı etkileri yaşadığı gözlemlenmiştir (Papadopoulos, 2021). Bu sebeple, OSB'li bir çocuğun bakım yükü, aileye büyük sorumluluklar ve zorluklar getirmektedir.

Aileye otizmlili bir çocuğun dâhil olması ailede psikolojik, ekonomik ve sosyal sorunlara sebep olabilmektedir. Otizmlili çocuğun gereksinimleri açısından aileye bağımlı olması aileyi zihinsel ve fiziksel yönden etkilemektedir (Koçer ve Kucur, 2022). OSB, çocukların gelişim süreçlerini olumsuz yönde etkileyen, sosyal etkileşimlerini kısıtlayan, duygularını ifade edememeleri gibi duygusal problemleri beraberinde getirdiği için ailelerin karşılaşılabileceği en zorlu gelişimsel bozukluklardan biridir (Ünlü ve Gökler, 2021).

Bakım yükü, özel gereksinimleri olan bireye verilen bakım sırasında karşılaşılabilecek çeşitli problemleri açıklayabilmek için kullanılan bir kavramdır (Ceco ve Memik, 2017). Özel gereksinimleri olan bireylerin bakımı, toplumumuzda kurumlardan ziyade daha çok evde aileler tarafından verilmektedir (Çayır, 2017). Araştırmalar, özel gereksinimi olan çocuğun bakımını karşılayan kişilerin genelde anneler olduğunu göstermektedir (Turan ve Dalgıç, 2017). Geleneksel kültürle bağlantılı olarak, anneler genellikle özel gereksinimli çocuğun bakım sorumluluğunu babalarla paylaşmak yerine tek başlarına üstlenmektedirler. Toplumsal beklentiler, özellikle özel gereksinimli çocukları olan kadınların evde kalarak çocuk bakımını üstlenme eğiliminde olduklarını göstermektedir. Bu beklentiler doğrultusunda kadınlar, bu bakım rolleriyle özdeşleşerek, aile için kişisel çıkarlarından vazgeçmeye daha istekli hale gelmektedirler (Vilanova vd., 2022). Kadına ev içinde yüklenen sorumlulukların dışında bir de özel gereksinimli çocuğun bakım yükü eklendiğinde

kadın, birçok açıdan (fiziksel, duygusal, psikolojik, sosyal, ekonomik) etkilenmektedir. Bu etkilerin ve bakım yükü sorunlarının anlaşılmasında feminist teori çeşitli argümanlar ortaya koymaktadır.

Feminist teori, toplumsal cinsiyet eşitliği ve kadınların çeşitli alanlarda güçlenmesi ile eşit haklara sahip olmalarını savunur (Hooks, 2000). Feminist teorinin temel prensiplerinden biri, bireyin biyolojik cinsiyetinden bağımsız olarak toplumsal cinsiyeti yeniden inşa etmektir. Bu bağlamda, feminist teori toplumsal cinsiyet rollerinin ve bu rollerin bireyler üzerindeki etkilerinin sorgulanmasını teşvik eder (Nalbant ve Korkmaz, 2019)

Bu araştırma, otizm spektrum bozukluğuna sahip çocukları olan ailelerde annelerin karşılaştığı bakım yükünü feminist teori bağlamında incelemeyi amaçlamaktadır. Bu sayede, bakım yükünün toplumsal cinsiyetle nasıl şekillendiğini ve annelerin bu süreçte yaşadıkları zorlukları daha geniş bir perspektiften değerlendirmek mümkün olacaktır. Çoğu ülke ve toplumda, bakım yükü genellikle kadınların sorumluluğu olarak görülmekte ve bu yükün hangi zorluklarla ve koşullarda üstlenildiği göz ardı edilmektedir (Özateş Gelmez, 2015). Feminist teori ile, otizmliler çocukların annelerinin bakım yükünün ve bu süreçte karşılaştıkları sorunların detaylı bir şekilde ele alınması amaçlanmaktadır. Bu teori, bakım yükünün toplumsal cinsiyetle ilişkisini ve annelerin bu süreçte yaşadıkları zorlukları daha iyi anlamak için önemlidir.

2. Kavramsal Çerçeve

2.1 Anne Bakım Yükü

Yaşlılık, hastalık ve buna benzer durumlar sebebiyle günlük yaşamsal faaliyetlerini ve ihtiyaçlarını yerine getiremeyen bireylere yönelik verilen desteğe bakım denmektedir (Ayhan, 2022). Bakım verenin yükü ya da aynı anlamda kullanabileceğimiz aile yükü kavramı, birincil bakımı üstlenen birey için, bakım sürecinde karşılaşılabilecek fiziksel, psikolojik, ekonomik ve sosyal durumların zorluklarını göz önüne koyabilmek için kullanılan kavramdır (Ceco ve Memik, 2017).

Özel gereksinimli bir çocuğa sahip olan aileler; çocuklarının bakımı, tedavisi ve eğitimi gibi gelişimini etkileyecek konularda birçok güçlükler yaşamaktadırlar (Sivrikaya ve Tekinarslan, 2013). Bakım verme, çok zorlu ve büyük sorumluluklar getiren bir süreçtir. Bu süreçte birincil bakım veren bireyin yaşamı, her açıdan zorlaşmaktadır. Özel gereksinimli çocukların aileleriyle yapılan çalışmada; aile üyelerinin çevrelerinde bulunan kişilerin davranışlarından ve çocuklarının özel ihtiyaçları gibi sebeplerle ortaya çıkan durumlardan dolayı birçok problem yaşadıklarını vurgulanmıştır (Şener, 2021).

Özel gereksinimli bir çocuğa bakım vermek aile içi ilişkilerde ve ailenin temel fonksiyonunda problemler ortaya çıkarmaktadır (Top, 2009). Özel gereksinimli bir çocuğun bakımının getirdiği büyük sorumlulukların, aile ilişkilerinde parçalanmaların yanı sıra ebeveynlerde streste yaratabildiği gözlemlenmiştir (Oh ve Lee, 2009). Ebeveynler, bu süreçte birbirlerine ayrılan zamanın sınırlı olması ve iletişimsel sorunlar yaşanmasıyla karşılaşmaktadır. Bu durum, ebeveynlerin cinsel yaşamlarını olumsuz etkilemekte ve aralarında

huzursuzluğa sebep olmaktadır. Aynı şekilde, aile içinde özel gereksinimli bir kardeşin varlığı, diğer kardeşlerle yaşanan sorunlara neden olabilmektedir. Özel gereksinimli çocuğa yönelik yoğun bakım gereksinimi, diğer çocukların kendilerini ihmal edilmiş hissetmelerine sebep olabilir; bu da ebeveynlerin kıskançlık, stres ve depresyon gibi sorunlarla karşılaşmalarına yol açabilir (Aktürk, 2012).

Özel bakım gereksinimi olan bir çocuk, anne ve babasına özellikle de birincil olarak bakımını üstlenen annesine bağlıdır. Çocuğun engel durumundan dolayı ortaya çıkan tüm zorlukları çözmekte anne, aile içindeki diğer bireylere kıyasla daha fazla çaba göstermektedir ve bu süreçte daha aktif rol almaktadır (Ünlüer, 2009). Aile içindeki güç ilişkilerinin cinsiyet rollerine bağlı olduğu göz önünde bulundurulduğunda, bakım yükünün anne sorumluluğunda olması tahmin edilir bir sonuçtur (Adana ve Arslantaş, 2011).

Türk aile yapısında, özellikle çocuğun özel gereksinimleri olduğu durumlarda, genellikle anne çocuğun birincil bakıcısı olarak öne çıkmaktadır. Bu durum, özellikle annenin çalışıyor olması halinde işten ayrılmak durumunda kalmasına ve çocuğun eğitim ve tedavi sürecindeki bakım sorumluluğunu üstlenmesine yol açmaktadır (Turan ve Dalgıç, 2017). Özel gereksinimli çocuğa sahip anneler, günlük işlere ve bakıma yoğun bir şekilde odaklandıkları için kendilerine zaman ayırması zorlanmakta ve diğer annelere kıyasla daha fazla stres yaşamaktadırlar (Oh & Lee, 2009). Çocuğun özel gereksinim ihtiyacının artmasıyla birlikte annelerin stres ve kaygı düzeyleri de artmaktadır. Özel gereksinimli çocuklarına gelecekte kimin bakım vereceği ve yaşamlarının nasıl şekilleneceği konusundaki endişeler, bu annelerin yaşam kalitelerini önemli ölçüde etkilemektedir (Vadivelan vd., 2020).

2.2 Otizm Spektrum Bozukluğunda Anne Bakım Yükü

OSB'li çocukların bakımı, çeşitli zorluklarla dolu bir süreçtir ve zorluklar arasında, çocuğun alışılmadık davranışlarıyla başa çıkma, etkileşim becerilerini geliştirme, temel yaşam becerilerini öğretme ve çocuğu yetişkinliğe hazırlama gibi konular yer almaktadır. Bu süreç, bakım verenin suçluluk hissi yaşamasına, stresle baş etmek zorunda kalmasına ve anksiyete ile mücadele etmesine neden olmaktadır. Kısaca, OSB'li çocukların bakımı oldukça talepkâr ve duygusal olarak zorlayıcı bir süreçtir, bu da bakım verenler üzerinde çeşitli duygusal ve psikolojik baskılar yaratabilir (Pandey ve Sharma, 2018).

Papadopoulas (2021), OSB'li çocuğu olan annelerin deneyimleriyle ilgili yaptığı araştırmasında, ebeveynler arasında annelerin babalara kıyasla bakım verme sürecinde daha aktif rol aldıklarını ve babaların çocuklarına bakım verme sürecinden ziyade daha çok disiplin rolünü benimsediklerini vurgulamıştır. Benzer şekilde Vilanova ve arkadaşları (2022), OSB'li çocuğu olan annelerin bakım yükü üzerine yaptıkları araştırmalarında, OSB tanısı almış çocukların ailelerinde babaların bakım sürecine katılmadığını ve annelerin bu süreçte OSB'li çocuğun tek bakım vereni olduğunu belirtmişlerdir. Baba figürünün bakım sürecindeki eksikliği, bir yandan annenin destek ihtiyacını artırırken, diğer yandan annenin psikolojik sorunlar yaşama olasılığını da artırabilir (Papadopoulas, 2021). Falk ve arkadaşları (2014), araştırmalarında OSB'li çocuğu olan ebeveynler arasında

annelerin babalara kıyasla daha yüksek düzeyde psikolojik sorunlar yaşadıklarını gözlemlemişlerdir. Aynı zamanda babaların bakım sürecine kısıtlı katılımlarından dolayı anneler terkedilmişlik ve yalnızlık hissetmektedirler (Vilanova vd., 2022).

Aile desteği ve sosyal destek, bakım veren annenin iyi oluşlarını ve yaşamdan zevk almaları ile yakından ilişkilidir (Papadopoulas, 2021). OSB'li çocuğun bakımını üstlenen anne, destek olarak ilk olarak eşine daha sonra çevresine ihtiyaç duymaktadır. Bakım verenin çevresinden alacağı sosyal destek, annenin yaşayabileceği negatif etkileri azaltacak önemli bir faktördür (Ekas vd., 2010).

Otizm kronik bir gelişimsel bozukluktur, yaşam boyu sürer ve önemli düzeyde sosyal ve eğitsel desteğe gereksinim duyar. Bu özel gereksinimler karşılanırken anne kendi yaşamını ve sağlığını ihmal edebilir. OSB'li çocuğa sahip anneler, genellikle olumsuz duygu durumları deneyimler ve çocuklarının durumuyla ilgili depresif hissetme eğilimindedirler. Çocuklarının özel gereksinimlerinden dolayı suçluluk hissi yaşarlar ve ebeveynlik deneyimleri konusunda hayal kırıklığı hissetmektedirler (Gobrial, 2018). Aynı zamanda OSB'li çocukların anneleri, daha fazla utanma ve kalabalık yerlere çocuğu daha az götürme gibi zorluklar yaşadıklarını ifade etmektedirler (Çengelci, 2009). Otizm tanısının konulması hem çocuğum hem de bakım veren annenin damgalanmasına ve sosyal yaşamdan dışlanmasına sebep olmaktadır (Papadopoulas, 2021).

Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB) olan bir çocuğun büyütülmesi, oldukça zorlu ve karmaşık bir süreçtir, bu durum bakım verenin yaşamını çok yönlü bir şekilde olumsuz etkileyebilir (Gobrial, 2018). Bu sebepten dolayı, ebeveynlerin bakım sürecine eşit katılımı annenin yükünü azaltmak ve yaşam kalitesini arttırmakta önemli bir etkidir (Vilanova vd., 2022).

2.3 Feminist Teori

OSB'li bir çocuk yetiştirmek ve bakımını üstlenmek, birincil bakım veren birey için büyük sorumluluklar ve zorluklar getiren bir süreçtir. Bu sorumluluklar ve zorluklar aile içindeki her bireyi etkiliyor olsa da temelde, fiziksel, psikolojik ve ekonomik anlamda en çok etkilenen birincil bakımı üstlenendir. Çoğu toplumlara bakıldığında kadına atfedilen rol ve statüler, birincil bakımı annenin üstlenmesine sebep olmuştur (Özateş Gelmez, 2015).

Feminist teoriye göre, anne bakım yükü kadınların yaşamlarını çeşitli şekillerde etkiler. İşgücüne katılım açısından, kadınlar genellikle çocuk doğurup büyütme sorumluluğu nedeniyle kariyerlerinde sınırlamalara maruz kalır. İşverenler genellikle kadınları hamilelik ve çocuk sahibi olma potansiyeli nedeniyle istihdam etmek konusunda tereddütlü olabilir. Bu, kadınların terfi etme ve yükselme fırsatlarından mahrum bırakılmasına yol açabilir (England, 2005). Feminizm, kadınların günlük yaşamlarına, duygu ve düşüncelerine önem vererek cinsiyetten kaynaklanan eşitsizliği ortadan kaldırmayı hedeflemektedir (Buz, 2009). Başka bir

deyişle de feminizm bütün kadınların yaşadıkları, tecrübe ettikleri tüm durumları yine ve yeni bir bakış açısıyla onların gözlerinden temsil etmektir (Özateş Gelmez, 2015).

Bakım yükünün sadece anneye yüklenmesi, annenin emeğini değersizleştiren ve görünmez kılan bir etki yaratmaktadır. Evdeki bakım sorumluluğunu genellikle annelerin üstlendiği bilinir fakat annenin bu süreçte karşılaştığı zorluklar ve emek genellikle göz ardı edilmektedir. Bu durum, annenin emeğinin ikinci plana atılmasına ve değersizleştirilmesine neden olmaktadır. Kadının ev içerisindeki sorumlulukları sadece bakım vermekle bitmemektedir. Bakım vermenin dışında birçok ev içi faaliyet de kadının sorumluluğunda yer almaktadır (Çayır, 2017).

Bu yük, genellikle kadınların iş hayatında ve kişisel gelişimlerinde sınırlamalara neden olurken, feminist teori bu konuyu ele alır ve bunun kadınların eşitliği üzerindeki etkilerini tartışmaktadır. Feminist teori, kadınların emeğinin sistematik olarak değersizleştirildiğini ve görünmez hale getirildiğini vurgulayarak, toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin yapılarını ve etkilerini ortaya koymaktadır. Bu bağlamda, annelerin bakım emeğinin değersizleştirilmesi feminist teori kapsamında incelendiğinde, toplumsal cinsiyet rollerinin nasıl kadınların emeğini görünmez kıldığı daha net bir şekilde anlaşılabilir (England, 2005; Hooks, 2000).

Kadının emeğinin görünmez kılınması, sadece ev içinde değil, toplumsal düzeyde de derin etkiler yaratır. Kadınların iş hayatına katılımının sınırlandırılması, kariyerlerinde ilerlemelerinin engellenmesi ve ekonomik bağımsızlıklarının zayıflatılması, toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin önemli unsurlarıdır. Bu durum, kadınların toplumsal ve ekonomik hayata tam katılımını engellerken, aynı zamanda toplumsal cinsiyet rollerinin pekişmesine yol açmaktadır (Özateş Gelmez, 2015).

Sonuç olarak, kadının ev içindeki emeğinin değersizleştirilmesi ve bakım yükünün sadece anneye yüklenmesi, toplumsal cinsiyet eşitsizliğini derinleştiren ve kadınların toplumsal konumlarını zayıflatan önemli bir sorundur. Feminist teori, bu dinamikleri ele alarak, kadın emeğinin toplumsal olarak tanınması ve değer verilmesi gerektiğini savunur. Kadınların ev içindeki ve dışındaki emeğinin görünür kılınması, toplumsal cinsiyet eşitliği yolunda atılması gereken önemli adımlardan biridir. Bu araştırma, otizmlili çocuklara sahip annelerle yapılan görüşmeler aracılığıyla, annelerin üstlendiği bakım yükünü ve göz ardı edilen emeği feminist teori bağlamında ele almaktadır. Feminist teori ile birlikte bakım emeğinin toplumsal cinsiyet eşitsizlikleriyle nasıl kesiştiğini ve annelerin emeğinin sıklıkla görünmez kıldığını daha derinlemesine anlamayı amaçlamaktadır.

3. Yöntem

3.1 Araştırmanın Yöntemi

Bu araştırmada nitel yöntem kullanılmıştır. Nitel araştırmada olaylar, olgular verilerle gözlem ve görüşmeler ön plandadır (Baltacı, 2019). Bu araştırmada nitel araştırma yöntemlerinden katılımcı gözlem tekniği kullanılmıştır. Bu gözlemden araştırmacı, bu tekniği kullanarak incelenen olguya katılım sağlar ve

sosyalleşmeyi kullanarak veri toplamayı sağlar (Başçı, 2019). Araştırmada kullanılan bir diğer veri toplama tekniği de yapılandırılmamış görüşme tekniğidir. Yapılandırılmamış görüşme tekniği, katılımcılara açık uçlu sorular sorarak derinlemesine veri toplamayı amaçlar. Bu araştırma nitel araştırma yöntemlerinden katılımcı gözleme dayanan ve görüşmelerle desteklenen nitel bir araştırmadır. Çalışma için Süleyman Demirel Üniversitesinden E-87432956-050.99-413435 sayı ve 20.12. 2022 tarihli etik kurul izni alınmıştır.

3.2 Çalışma Grubu

Katılımcılar amaçlı örnekleme yöntemlerinden kartopu örnekleme yöntemi kullanarak belirlenmiştir. OSB'li çocukların bakımını genellikle anneler üstlenmektedir. Bu sebeple çalışma grubunu Akdeniz bölgesinde bulunan Özel Eğitim Uygulama Merkezinde eğitim gören 12 Otizm Spektrum Bozukluğu olan çocukların anneleri oluşturmaktadır. Bu çalışmada annelerin bakım yüküne ve yaşadıkları zorluklara ışık tutulması amaçlanmıştır. Katılımcılar (K1, K2, K3, K4, ...) şeklinde isimlendirilmiştir. Araştırmada ilk önce katılımcı annelerden bir gönüllü annenin evinde bir gün geçirilmiş, gözlem ve tutulan notlar ile birlikte evde yaşayan aile üyeleri ile görüşmeler yapılmıştır. Gözlem, notlar ve çekilen fotoğrafların analizi yapılmıştır. Ardından aynı okulda eğitim gören çocukların gönüllü anneleri ile veli evinde yapılan görüşmelerin dökümleri analiz edilmiştir. Araştırmada toplamda 12 gönüllü katılımcı yer almıştır. Araştırmaya katılan gönüllülerin demografik bilgileri altta verilmiştir.

3.3 Katılımcı Tablosu

Tablo 1.

	Katılımcı Yaşı	Medeni D.	Eğitim D.	Çocuk Sayısı	Otizmli Çocuğun Yaşı	Otizmli Çocuğun Cinsiyeti
K1	31	Evli	Lise	1	6	E
K2	43	Evli	İlkokul	2	7	E
K3	45	Evli	Lise	3	13	E
K4	28	Evli	Lise	2	7	K
K5	41	Evli	İlkokul	2	14	E
K6	48	Boşanmış	İlkokul	3	7	E
K7	34	Evli	İlkokul	1	9	K
K8	41	Evli	Lise	1	19	E
K9	53	Evli	Lise	2	19	K
K10	37	Evli	İlkokul	2	13	E
K11	49	Boşanmış	İlkokul	5	19	K
K12	41	Evli	Lise	2	10	E

4. Bulgular

4.1 Katılımcı Gözlemden Geriye Kalanlar

Araştırma doğrultusunda, otizmlili bir çocuğu olan annenin sahip olduğu yükü ve sorumlulukları daha net ve açık bir şekilde inceleyebilmek için sorumlu araştırmacı görüşme yapılan katılımcılardan biriyle anlaşarak bir günü aile evinde geçirmiştir. Katılımcının sosyal hayatını ve ev hayatını yakından gözlemek amaçlanmıştır. Katılımcı 1, 31 yaşında ve lise mezunu. 8 yıllık evli ve 6 yaşında otizmlili bir çocuğa sahip. Evde eşi, kız kardeşi ve oğluyla birlikte yaşıyor.

22 Mart 2023 öğleden önce

Özel Eğitim Uygulama Merkezinin karşısında bulunan veli evine gittim. Katılımcı 1 ile selamlaştıktan sonra diğer velilerle de selamlaştım. Daha sonra katılımcı 1 ders arasında oğlunun sınıfına gidip tuvalet ihtiyacını giderdi. Oğlu dersteiken boş vakti olduğu için çarşıda halletmesi gereken işlerini halletmeye gitti. İşlerini halledip tekrardan veli evine döndüğünde banka kartını aceleden ATM de unuttuğunu belirtti (ders arasına yetişmesi gerekiyordu ve bu yüzden acele etmişti). Katılımcı 1, diğer anneler ve ben, halk eğitim merkezinden gelen öğretmen ile örgü örüp bir yandan da çay içerek sohbet ettik.

Öğleden sonra 12.40

Ders arası olduğu için K1 oğlunun yemeğini yedirmek üzere kuruma geçti. Bende yanında eşlik ettim. Önce oğluna yemeğini yedirdi ve daha sonra tuvalet ihtiyacını gidermesine yardım etti. Ellerini de yıkadıktan sonra sınıfına bıraktı.

14.24 çıkış saati

K1 oğlunu sınıftan aldı ve servise bindik. Eve doğru ilerliyoruz. B. (K1'in oğlu) serviste çok huysuzlandı. K1 sürekli oğlunu sakinleştirmeye çalıştı.

14.45

Eve geldik. Baba vardiyalı çalıştığı için evdeydi. K1 hemen oğlunun üzerini değiştirdi. Bende eşyalarımı yerleştirdim ve baba ile tanıştım. B.'nin otizm tanısının yanı sıra aynı zamanda DEHB tanısı da bulunuyor. Çok hareketli ve eve geldiğimizden bu yana etrafı dağıtıyor. Özellikle salondaki kırılıntıları evin her yerinde top gibi sürükleyerek oynuyor. K1 bir yandan oğlunu kontrol etmeye çalışırken bir yandan da etrafı toparlamaya çalışıyor.



Şekil 1.



Şekil 2.

15.20

B. dış kapıyı açıp evden kaçtı. K1 hemen peşinden gitti. Eve geri girdiklerinde K1, kapıyı kilitlemezler ise oğullarının kapıyı açıp evden kaçtığını, bu nedenle hep kapıyı kilitli tuttuklarından bahsetti.

B. sürekli annesiyle oyun oynamak istiyor. K1'i salona çekiştiriyor. Ağlayarak dikkatini çekmeye çalışıyor. K1 işlerini bırakıp oğluyla oynamaya başladı.

15.30

K1 bir yandan oğluyla oynamaya çalışırken aynı zamanda bana ve eşine kahve hazırladı. Bende kahve içerken babayla görüşme gerçekleştirdim.

Baba bu süreçte çok üzüldüğünden ve çok ağladığından bahsetti. Eşinin sürekli oğluyla ilgilendiğinden, tanının ilk yıllarında ve şu anda elinden geldiğince eşine yardımcı olmaya çalıştığını belirtti. Baba işte olduğu için çok fazla sorumluluk alamadığını, genellikle araştırmaları ve halledilmesi gereken durumları annenin hallettiğini söyledi. Evde olduğu zamanlarda olabildiğince oğluyla ilgilenmeye çalıştığını, hatta hava güzelse oğluyla dışarıda vakit geçirdiğini, böylelikle eşinin evde biraz yalnız kalıp dinlenmesine yardımcı olmak istediğinden bahsetti. Baba bu süreçte en çok zorlandığı şeyin sürekli açıklama yapmak zorunda kaldıkları olduğunu belirtti. Eşinin yükünün çok fazla olduğunun farkında olduğundan ve bu süreçte olabildiğince eşinin yükünü hafifletmeye çalıştığından bahsetti. Duygusal anlamda da eşine fazlasıyla destek olmaya çalıştığını belirtti.

-Görüşme esnasında B. çok fazla ses yaptı. Babanın dikkatini çekmek için sürekli mutfakta koşuşturdu. K1 o esnada mutfakta ev işleriyle ilgileniyordu.-

15.45

Baba oğluyla havuza gitti. K1 oğlunun dağıttığı oyuncakları topladı ve yemek hazırlamaya başladı. K1 yemek hazırlarken benimle de bir yandan sohbet etti. Otizm tanısı süreci boyunca yaşadıkları problemlerden bahsetti. Camların, kapıların ve deterjan dolaplarının sürekli kilitli olması gerektiğini, evdeki ilaçların oğlunun ulaşamayacağı noktalarda saklandığını belirtti. Aynı zamanda evdeki bitkileri yüksek yerlerde tuttuklarını çünkü B.'nin bitkilerin suyunu içmeye çalıştığını da ekledi.



Şekil 3. (ilaç mutfak dolabında saklanıyor)



Şekil 4. (Deterjanlar kapısı sürekli kilitli olan ebeveyn tuvaletinde saklanıyor.)



Şekil 5. (Evdeki bitki buzdolabının üzerinde muhafaza ediliyor.)

16.52

K1 hala yemek yapıyor. Bir yandan sohbet etmeye devam ediyoruz. K1, *'kendi başıma vakit geçirmeyi çok seviyorum. Bana uyumaktan çok daha iyi geliyor.'* diyerek kendine vakit ayırmanın ve tek başına zaman geçirmenin onun için çok büyük bir dinlenme fırsatı olduğunu belirtti.



Şekil 6. (K1 yemek yaparken)

K1 aynı zamanda ona iyi gelen bir diğer aktivitenin, yemek yaparken müzik dinlemek olduğunu belirtti.

17.44

K1 hala yemek yapıyor. Kız kardeşi işten geldi.

18.00

Baba ve B. Havuzdan geldiler. K1 yemekleri hazırladı ve eve geldiğimizden bu yana ilk defa oturdu. Beş dakika sonra yemek sofrasını hazırlamaya başladık. Yemek esnasında anne ilk olarak oğluna yedirmek istedi fakat B. Çok fazla huysuzlandı ve yemek yemedi. Aynı şekilde annenin onunla ilgilenmesini istediği için anneye de pek yemek yedirmeydi.



Şekil 7. (K1 oğluna yemek yedirmeye çalışıyor)

18.44

Yemek faslı bitti. Sofra toplandı ve salona geçildi. K1 biraz koltuğa uzandı. B. etrafta koşturup oyun oynuyor. Baba işe gitmek için hazırlanıyor. B. birden üzerime zıpladı ve boynumu tırmaladı. K1 hemen oğlunu sakinleştirmeye çalıştı. Daha önceleri böyle bir huyunun olmadığını fakat son zamanlarda biraz saldırganlık gösterdiğini belirtti.

19.47

B. hala evde koşturuyor ve K1'i de peşinden koşturuyor. Sürekli annesiyle oyun oynamak istiyor. Baba işe gitti.

21.00

B. uykusu geldiği için huysuzlandı ve K1 uyutmak için odaya geçti.

21.30

B. uyudu. K1 mutfağı ve etrafı topladı. Beraber mutfakta oturup görüşme gerçekleştirdik. Görüşmelerimiz sohbet şeklinde ilerledi ve ses kaydı alındı. Yaklaşık 40 dk sürdü.

Yaptığım görüşmelerde elde ettiğim verileri genel başlıklar altında sıralayacak olursak;

- Komşularla yaşanan problemler: K1 daha önce bir komşusuyla oğlu çok fazla gürültü yaptığı için tartıştiklerinden bahsetti. Oğlunun gerçekten çok fazla ses yaptığının farkında olduğunu fakat insanların bu kadar sert bir şekilde yaklaşmalarının da yanlış olduğunu ekledi.
- Sosyal hayatta yaşanan problemler: Dışarıda ya da bir mağazada oğluyla birlikteyken insanların oğlunun otizmli olduğunu anlamadan hareketlerini yargılamasından ve oğluna karşı sert olmalarından şikâyetçi olduğunu belirtti. İnsanların durumu anlamadan önyargılı davranmamaları gerektiğini, sürekli bir şeyleri açıklamak zorunda olduklarını ve açıklama yaptıklarında da insanlardan acıma hissi aldıklarını ifade etti.
- Yaşanan zorluklar ve insanların söylemleri: K1, otizm sürecinde insanların '*çok iyi maaş alıyorsunuz işte*' gibi söylemlerinin olduğunu ve bunun çok üzücü olduğunu belirtti. K1 '*Bugün bana aylık bir milyon teklif etseler ben yine kabul etmem. Çocuğumun bir anne deyişini bir baba deyişini deyişmem. Keşke maaş almasam da benim çocuğumda normal gelişim gösteren çocuklar gibi olsa*' dedi ve bunu derken üzüntüsünü çok net bir şekilde hissettirdi. Gözleri doldu ve sesi titremeye başladı.

22.56

Ben yatağı geçtim. K1 mutfakta tek başına biraz zaman geçirdi. Bir saat kadar sonra odasına geçti.

23 Mart 2023 sabah 07.30

Sabah okul için uyandık. B.'yi uyandırmak K1 için zor oldu. Bu günlerde okula gitmek istemediğinden bahsetti. K1 oğluna kahvaltı hazırlarken bende eşyalarımı topladım. Bu esnada B. Uyumak istediği için beni çekiştirmeye başladı fakat yine biraz saldırgandı. Bu sebepten K1 müdahale etmek durumunda kaldı.

08.30

Servise bindik ve okula doğru yol aldık. 25dk kadar sonra okula vardık. K1 oğlunu sınıfına bıraktı ve veli evine geçtik. Bugün veli evinde K1 nöbetçi olduğu için ilk iş sobaları yaktı ve etrafı süpürdü. Daha sonra diğere annelerde gelmeye başladı.

4.2 Otizmlı Çocuğa Sahip 12 Anneyle Yapılan Görüşmelerin Güncesi

Otizmlı çocuğa sahip 12 annenin seçildiği Özel Eğitim Uygulama Merkezinin hemen karşısında bulunan veli evinde belirli aralıklarla toplamda 5 gün süren görüşmeler gerçekleştirildi. Görüşmeler veli evinde bulunan bir odada gerçekleşti ve her bir görüşme yaklaşık 25 dakika sürdü. Görüşmeler esnasında katılımcıların bilgisi dâhilinde ses ve video kayıtları alındı. Görüşme öncesinde her bir katılımcıya araştırmanın ana temasını ve amacını açıklayıp görüşme sürecinden bahsedildi. Veli evinde bulunan annelerin çoğunluğu görüşme yapmaya sıcak bakmadı. Bazıları zamanlarının olmadığını, bazıları ise geçmişte yaşadıkları zorlukları ve problemleri tekrar konuşmanın, onları psikolojik anlamda kötü etkilediğini söyleyerek görüşme yapmayı reddetti.



Şekil 8. (Özel Eğitim Merkezinin karşısında bulunan veli evi)



Şekil 9. (Görüşmelerin yapıldığı oda)

Görüşmeler esnasında öğrendiğim ve beni mutlu eden şeylerden biri, veli evine halk eğitim merkezinden gelen öğretmendi. Velilerin bekledikleri süre boyunca zamanlarını verimli geçirebilmeleri için eliş öğretmeninden eğitim aldıklarını öğrendim.



Şekil 11. (Halk eğitim merkezinden gelen öğretmenle birlikte katılımcılar.)



Şekil 12. (Havluya yaptıkları dokumalar)

Yapılan tüm görüşmeler sonucunda, otizmlili bir çocuğa sahip annenin yaşadığı zorlukları ve sahip olduğu bakım yükünü incelediğimde öne çıkan en büyük sorun, annelerin çevre tarafından çocuğu 'ihmal' etme ile suçlanmalarıdır. Yaptığım görüşmelerde bahsedildiği üzere katılımcılar, tanı konulmadan önce ve tanının konulduğu ilk yıllarda çevreleri – özellikle kendi ve eşin ailesi- tarafından çocuklarına iyi bakmadıkları, ihmal ettikleri, hamilelik esnasında iyi beslenmedikleri öne sürülerek suçlanmışlardır. Bu da annelerde bir travma haline gelmiştir. İlk yıllarda maruz kaldıkları bu suçlamalar şu an devam etmemektedir fakat katılımcıları hala derinden yaralamaya devam etmektedir. Yaptığım görüşmelerin çoğunda katılımcılar, ihmal ile suçlandıkları zamanları anlatırken ağlama eğilimi göstermişlerdir. Görüşme yaptığımız katılımcılardan biri eşinin, çocuğunun otizm olmasındaki sebep olarak katılımcının psikolojik rahatsızlığını (katılımcı bipolar olduğunu belirtti) sebep olarak gösterip suçladığından bahsetti. Katılımcının bu konuya değinmesi beni bir diğer konu olan durumu kabullenememe kısmına yöneltti. Katılımcılarla yaptığım görüşmelerde gözlemlediğim kadarıyla eşler (baba), çocuklarının otizmlili olmasını kabullenemediklerinde ve bunu kendi yetersizlikleri olarak gördükleri noktada partnerlerini (anneyi) suçlama eğilimine girmektedirler. Bu suçlama yalnızca eş tarafından değil aynı zamanda eşin ailesi tarafından da görülmektedir. Görüşme yaptığım bir diğer katılımcı, çocuğun otizmlili olmasındaki sebep olarak eşin ailesi tarafından suçlandığını ve ailenin eşini doldurduğu için eşinden şiddet gördüğünden bahsetti. Aynı zamanda eşin otizm sürecini ve çocuğu uzun süre kabullenememesi eşler arasında soğukluğa ve uzaklaşmaya da sebep olmaktadır. Yine aynı katılımcı otizm tanısı konduktan sonra eşyle arasına soğukluk girdiğini, cinsel hayatlarının bittiğini ve bunun sebebinin de babanın çocuğu kabullenememesi olduğunu belirtti. Katılımcı 'çocuk tek senin oluyor artık' diyerek tanının ilk zamanlarında eşinin, çocuğun sesinden ve davranışlarından rahatsızlık duyduğundan bahsetti.

Katılımcılarla yaptığım görüşmelerde ulaştığım bir diğer sonuç ise, çoğu akrabanın (dede, hala gibi) ve hatta bazı babaların otizmlili çocuklarına karşı soğuk bir tavır almalarıdır. Görüşme yaptığım katılımcılardan biri, eşinin ve eşinin ailesinin otizmlili çocuğuna karşı fazla soğuk olduğunu ve onunla ilgilenmek istemediklerini belirtmiştir. Bir diğer katılımcı ise ilk tanı yıllarında bu sorunla karşılaşmış olsa da şu an otizmlili çocuğunu kabul ettiklerini ve onunla ilgilendiklerini belirtmiştir. Bu örneğin dışında görüşme yapılan çoğu katılımcılar hem kendilerinin hem de eşlerinin tanının ilk yıllarında kabullenme konusunda çok fazla problem yaşadıklarından bahsetmişlerdir.

Aynı zamanda çevre ile yaşadıkları sorunlardan bir diğeri de dış çevredeki, sosyal hayattaki tanıdık-tanımadık insanların sürekli akıl vermeye çalışması olmaktadır. Katılımcılar bu durumdan çok fazla şikâyetçi olduklarını ve insanların onlara 'konuşursa düzelir.', 'doktora götürdün mü?', 'çocuğu neden ağlatıyorsun? Ver telefonu oynasin.' gibi akıl vermeye çalışmaları ve bilmeden konuşuyor olmalarından çok rahatsız olduklarını belirttiler. Otizm tanısının konulduğu ilk günden bu yana sürekli bu tarz söylemlerle karşılaştıklarını ve bu söylemlerin katılımcılara kendilerini yetersiz hissettirdiğini de eklediler. Katılımcıların belirttiklerine göre çevrelerindeki akrabaları, 'bu çocuk duymuyor', 'bu çocuk görmüyor', 'konuşsa bir şeyi kalmaz' diyerek sürekli müdahalelerde bulunmuşlardır. Katılımcılar, çevrelerinden (komşular, akrabalar) gördükleri önyargılardan bahsetmişlerdir ve onların tepkilerini değil desteklerini beklediklerini belirtmişlerdir.

Katılımcıların bir diğer ortak problemi kendilerine zaman ayıramamaları, bakım yüklerinin çok ağır olması ve çocuklarının geleceği ile ilgili duydukları kaygıdır. Kendilerine bir şey olursa çocuklarına ne olacağına dair gelecek kaygısı anneleri fazlasıyla yıpratmaktadır. Kendilerine ayırabildikleri tek vaktin okul zamanı çocuklarını beklerken ve yine ev işlerini yaparken, yemek yaparken ki zaman dilimi olduğundan bahsettiler. Kendilerine vakit ayıramadıkları gibi eşlerine de vakit ayıramamaktadırlar ve bu da bir noktada ilişkilerini zedelemektedir. Eşleriyle gözle görülür büyüklükte sorun yaşamadıklarını belirtse de bu iletişimsizlik ve birbirine zaman ayıramama, aralarında tartışmalara yol açmaktadır.

Görüşmeler esnasında katılımcılar yetersiz hissettiklerinden de bahsetmişlerdir. Katılımcılar bir yandan otizmlili çocuklarıyla ilgilenmeye çalışırken bir yandan da diğer çocuklarına da ilgili olmaya çalıştıklarını fakat çoğu zaman onlara yetemediklerini ve bu durumun onlara kötü hissettirdiğini söylediler. Bunun yanı sıra, otizmlili çocuğun kendini ifade edememesi ve bu yüzden anne ile yaşadıkları iletişim sorunlarının yine onlara yetersizlik-yetememe duygularını hissettirdiğinden bahsettiler. Bu yetersizlik duygusundan bahsederken birçok katılımcı ağlama eğilimi gösterdi. Özellikle bir katılımcı, 'diğer çocuklarımlın haklarına girdim. Yetemedim.' diyerek görüşme esnasında çok fazla ağladı ve görüşmeye ara vermek durumunda kaldım.



Şekil 13. (Görüşmeler esnasında çekilen video ve fotoğraflar katılımcıların yüzleri görünmeyecek şekilde bilgileri dâhilinde arkalarından çekilmiştir.)

Son olarak; görüşme yapmak istememe sebebi olarak sundukları ‘anlatırken yaşanan üzücü durumları tekrardan yaşama’ durumunu, görüşmelerimi yaparken fazlasıyla hissettim. İlk yaptığım görüşmeden son görüşmeye kadar katılımcılar yaşadıkları problemleri, stresi ve otizm tanısının konulduğu ilk yıllarda duydukları üzüntüleri anlatırken sesleri titredi, gözleri doldu ve konuşurken kelimeler boğazlarında düğümlendi.

5. Kodlar ve Görüşmeler

Tablo 2.

1.TEMA: Otizmle Baş Etmenin Zorlukları	2.TEMA: Sosyal Çevrenin Bilinçsizliği ve Anlaşılmama	3.TEMA: Yalnızlık	4.TEMA: Çocuğun Yaşam Alanının ve Sosyal Becerilerinin Geliştirilmesi
<ul style="list-style-type: none"> • Kabullenememe • İhmalle Suçlanma ve Kendini Suçlama • Zaman Yönetimi • Gelecek Kaygısı ve Stres • Yetersizlik • Umut Dünyası 	<ul style="list-style-type: none"> • Bilgisizlik ve Sosyal Çevrenin Bilinçlenmesi • Akıl verme ve Beklenti 	<ul style="list-style-type: none"> • Sosyal İzolasyon • Damgalanma/Dışlanma ve Ayrımcılık • Sosyal Destek 	<ul style="list-style-type: none"> • Sosyal Yaşama Alıştırma • Yaşam Alanlarının Çocuğa Göre Ayarlanması

5.1 Tema: Otizmle Baş Etmenin Zorlukları ‘Eşinle yolları ayırıyorsun ilk önce... Çünkü onun sesini dinlemek istemiyor. O çocuk tek senin oluyor artık.’

5.1.1 Kabullememe: Katılımcılar, çocuklarına otizm tanısı konulmasıyla ilgili olarak, kendilerinin, eşlerinin ve yakın çevrelerinin bu durumu kabullenmekte zorlandıklarını ifade etmişlerdir. Özellikle, eşlerin çocuklarına konulan otizm tanısının hayal kırıklığına neden olduğu ve kabullenme sürecinde daha fazla zorluk yaşadıkları belirlenmiştir. Anneler, genellikle bu süreci daha soğukkanlı bir şekilde geçirdiklerini ifade etmişlerdir, bu durumun arkasında ise çocuklarına bakmak zorunda oldukları gerçeğinin etkili olduğu vurgulanmıştır.

K3: *'...kabullenmedi çocuğum da bir şey yok bir şey yok diye... Bazen ağlar zaman zaman çocuğum neden böyle oldu çocuğum rahatsız benim diye. Ben de derim ağlamakla olmaz çocuğu ağlayınca geçiyor mu? Hadi bir gezdir bakalım diyorum bir gün okula götür diyorum mesela ben 65 km'lik yoldan geliyorum her gün. Emekli olunca götüreceğim diyor bakalım kaç gün götürür bilmiyorum yani. Mesela anneler daha sabırlı geliyor babalara göre.'*

K6: *'Babası kabul etmedi, ilgilenmedi. Odaya çekti kendini. Kendi hayatını yaşadı... Babası hiçbir şeye karışmadı. Bez parası dahi babasının üstüne yatıyor biz alamıyoruz yani... O böyle olunca bütün sorumluluk hepten benim üstüme kaldı. Bir de kayıinvalideme de ben baktım. Bütün hafta sonu akrabaları geliyordu. ... bir yararı olmadı zararı oldu babasının.'*

5.1.2 İhmalle Suçlanma ve Kendini suçlama: Katılımcılar, çocuklarına otizm tanısı konulduğu dönemde, çevreleri ve eşleri tarafından ihmal veya suçlamalarla karşılaştıklarını ifade etmişlerdir. Bu olumsuz etkileşimler sonucunda, katılımcılar kendilerini sorgulama ve suçlu hissetme eğiliminde olmuşlardır. Özellikle, hamilelik dönemlerinde yaşanan problemler veya sigara içme alışkanlıkları gibi faktörlerden dolayı suçlanan bireyler olduğu gözlemlenmiştir. Ayrıca, çocukların otizimli olmasının, aşırı tablet ve telefon kullanımına izin verilmesinden kaynaklı suçlamalara maruz kalan katılımcılar da bulunmaktadır.

K5: *'Başlarda kendimi suçladım düşündüm acaba ben ihmal mi ettim gibisinden. Etrafım böyle demesinden, baskıdan insan düşünüyor acaba kendimizi sorguladık. Hani acaba biz düşünüyoruz ilk çocuğum da değil, ikinci çocuğum bakamadım mı acaba? Bir de biz aşağı yukarı kayıinvalidem ile oturduk baya bir kendimi sorguladım.'*

K9: *'...eşimin suçlaması oldu yani... Ben psikiyatri hastasıyım ya, bu çocuklar sen psikiyatri hastasın da ondan böyle oldular.'*

5.1.3 Kendine ve eşine zaman ayıramama (zaman yönetimi): Otizimli çocuklarının birincil bakımını üstlenen katılımcılar, bakım yükünün ağırlığından dolayı kendilerine hiç vakit ayıramadıklarını, sürekli otizimli çocuklarıyla ilgilenmek zorunda olduklarını ve bu durumun eşleriyle aralarında mesafe olmasına sebep olduğundan bahsetmişlerdir.

K7: *'...vallahi çok kızım ile ilgileniyorum yani yanlış anlamayın ben çok kızım ile ilgilendiğim için onunla aramızda bir ilişki yok... Hani mecbur çocuğunuz o olduğundan beri eşinizle aranızda mesafe var.'*

K11: *'Eşinle yolları ayırıyorsun ilk önce. Şimdi yatak oda denen bir şey kalmıyor. Çünkü onun sesini dinlemek istemiyor. O çocuk tek senin oluyor artık.'*

5.1.4 Gelecek Kaygısı/Stres: Araştırma katılımcıları, otizmlili çocuklarının bakımına yönelik zorluklarla başa çıkma sürecinde, aynı zamanda çocuklarının geleceğiyle ilgili endişe ve stres yaşamaktadırlar. Bu bağlamda, katılımcılar, kendi sağlık durumlarıyla ilgili olası sorunlar durumunda otizmlili çocuklarının bakımını üstlenecek birini bulma konusunda gelecek kaygısı taşıdıklarını ifade etmişlerdir.

K1: *'...mesela düşünüyoruz bizden sonra bu çocuklara ne olacak? Kim bakar mesela? Teyze bir yere kadar, dayı bir yere kadar. Kim bakacak bu çocuklara, nasıl olacak? ... Bizim işte tek endişemiz, korkumuz bizden sonra ne olacak? Hem bu çocuklar küçükken az çok böyle zapt edebiliyoruz. Kendimiz yönetebiliyoruz ama bunlar büyüyecek yani. Bunlar büyüyecek, topluma karışacak mesela. Bir ergenlik dönemleri var bunların. O zaman işler daha çok zorlaşacak.'*

5.1.5 Yetersizlik: Otizmlili çocuklarının bakımını üstlenen katılımcılar hem otizmlili çocuklarına karşı hem de diğer çocuklarına karşı yetersiz kaldıklarını düşündüklerini ve bu yüzden kendilerini suçlu hissettiklerini belirtmişlerdir.

K1: *'... Ha bazen yetersiz kalıyor muyuz? Kalıyoruz. Çünkü hepimiz insanız. Yorulduğumuz noktalar oluyor, kendimize eksik olduğumuz noktalar oluyor ya da biz öyle hissediyoruz ama aslında öyle bir şey yok. Gerçekten annelik hele de özel çocuk annesi olmak çok kutsal bir şey. Sadece sabır, sevgi, gerçekten sevgi, sabır.'*

K11: *'(Diğer çocuklarına yetemediği için kendini suçluyor) O haklarına çok girdim aslında ama yetemedim. Yetemedim.'*

5.1.6 Umut Dünyası: Görüşme yapılan katılımcılar, çocuklarının içinde bulunduğu durumun bir tedavisi olmadığını bildiklerini fakat en ufak bir ihtimalde bile tedavi edebilme umuduyla her yola başvurmaya hazır olduklarını belirtmişlerdir. K1, bu umut doğrultusunda kendisinin ve kendi gibi otizmlili bir çocuğa sahip tüm ailelerin bütün varını yoğunu harcayabileceğini dile getirmiştir.

K1: *'...olacağını bilsen mesela gerçekten bununla halledeceğini bilsen varını yoğunu satarsın üstündeki elbiseye kadar satarsın. Bunu yaparsın çocuğun için ama yok. Yok yani. Yani gerçekten insanlar bu uğurda o kadar servet harcıyor ki. Yani kredileri başvuruyorlar, arabalarını satıyorlar, evlerini satıyorlar bir umut olsun bir şey olsun diye ama yok.'*

K5: ‘...ben doktora dediğim şeyi hatırlıyorum bunun hiçbir çaresi yok mu, bir ameliyat gibi bir çaresi yok mu dediğimi biliyorum. Ah ablacım keşke olsa dedi bana. Otizmi bilmediğimiz için evet hani ne çaresi olarak.’

5.2 Tema: Sosyal Çevrenin Bilinçsizliği ve Anlaşılmama ‘...bence herkes bilinçlenmeli. Toplum yani devlet kurumlarındaki personel olsun, halk olsun. Yani bizlere yönelik bence etkinlikler yapılmalı yani engellilerle halkı kaynaştıracak etkinlikler yapılmalı...’

5.2.1 Bilgisizlik ve Sosyal Çevrenin Bilinçlenmesi: Katılımcılar, çocuklarına otizm tanısı konulmadan önce otizmle ilgili yetersiz bilgi sahibi olduklarını ve yakın çevrelerinin de benzer bir bilgisizlik içinde olduğunu ifade etmişlerdir. Bu bağlamda, normal gelişim gösteren çocukların ailelerine yönelik düzenlenecek seminerler ve eğitimlerin daha etkili olacağını öne sürmüşlerdir. Otizmlı çocukların davranışları ve birincil bakım veren annelerin deneyimleri konusunda toplumun bilinçlendirilmesinin, bu annelerin karşılaştığı zorlukları bir miktar hafifletebileceğini vurgulamışlardır.

K1: ‘Hani keşke herkes bilinçlenebilse... Mesela bazen biz otizmlı ailelerini alıp seminerlere götürüyorlar Otizmle ilgili bilgiler veriyorlar. Aslında bize değil de normal gelişim gösteren çocuk annelerin, çocuk ailelerini götürmelerini ben talep ediyorum. Onların bilinçlendirilmesini istiyorum aslında. Bizden ziyade toplumun... B. beni dışarıya kadar insanların yordduğu kadar yormuyor insanlara dert anlatmak, bir ortama girdiğinde insanların bakışları, soruları, bunlar gerçekten yıpratıyor, yoruyor.’

K12: ‘Yani bence herkes bilinçlenmeli. Toplum yani devlet kurumlarındaki personel olsun, halk olsun. Yani bizlere yönelik bence etkinlikler yapılmalı yani engellilerle halkı kaynaştıracak etkinlikler yapılmalı... Bazı ilkokullarda. İstiyorum ki oralarda densin ki ya bunlar da bu okulun parçası arkadaşlarınıza bazen bakın, ilgilenin. Ya çocuklarımıza kaynaşma olsun yani çocuklarımız bize zarar vermiyorlar ki topluma nasıl versinler? Otistiklerden korku korkulmasın.’

5.2.2 Akıl verme/Beklenti ve Anlaşılmama: Katılımcılar yakın çevrelerinin ve sosyal yaşamları içerisinde karşılaştıkları kişilerin sürekli ve ısrarla otizmlı çocuklarıyla ilgili akıl vermelerinden çok sıkıldıklarını dile getirmektedirler.

K1: ‘...Konuşur. Merak etme. Hiçbir şeyi yok falan filan. ...Hala bile çocuk konuşursa tamam. Düzeler geçer... Bu düşüncedeler hani sen ne kadar anlatmaya çalışırsan anlat insanlar gerçekten kendi bildiği gibi görüyor.’

5.3 Tema: Yalnızlık ‘Birisi de kek yapıp getirse...’

5.3.1 Sosyal İzolasyon: Katılımcılar, otizmlı çocuklarının davranış biçimlerinden dolayı toplumun onlara karşı önyargılı olacaklarını ya da rahatsız olacaklarını düşündükleri için kendilerini sosyal hayattan izole ettiklerini belirtmişlerdir.

K3: *'Babama gidiyorduk babam hemen camları elledi A. diyordu. Çocuk kustu diyordu anam hemen sus diyordu ben gidince temizlerim diyordu bu yüzden gitmek istemiyordum yatılı kalmak istemiyorum.'*

K6: *'Sadece çok samimi olduğum kişilere gidebiliyorum. Orada da hemen bir şeyleri karıştırıyor. Ev sahipleri bir şey olmaz dese de ben rahatsızlık veriyorum diye düşünüyorum. Gidesim gelmiyor.'*

5.3.2 Damgalanma, Dışlanma ve Ayrımcılık: Katılımcılar, otizmlı çocuklarıyla birlikte sosyal yaşantılarında sıklıkla toplum tarafından dışlanma ve damgalanma deneyimlediklerini ifade etmektedirler. Basit sosyal etkinliklerde dahi dışlanmış ve ötekileştirilmişlerdir. Bu durumdan etkilenen katılımcılar, içe kapanma eğilimindeyken, bazıları ise damgalama ve dışlanmaya karşı mücadele etmişlerdir.

K4: *'Mesela bir parka gidiyoruz diyelim. Anne babalar bakıyor ya. Hani işte kızım sen onun yanına gitme falan. Bu durum çoğu kişiyi üzüyordur. Farklılaştırma. Otobüste de oluyor mesela...'*

K8: *'...eşim hadi kalk gidelim dedi Paket yaptırılım evde yiyelim hayır dedim ben bugün buradan gidersem bir daha gelemem... Hani o gün ben şey yapıp gitseydim bir daha güvenim gelmezdi... Bir hareket yapınca böyle tuhaf tuhaf bakıyorlar. Mesela bir teyze bakıyor bende ona bakıyorum diyor hasta mı bu çocuk diyorum evet hasta teyze. Yani niye bakıyorlar. Öyle işte kalkmadım gitmedim o gün.'*

5.3.3 Sosyal Destek: Yapılan görüşmelerde katılımcılar, en çok eksikliğini hissettikleri konulardan biri olarak sosyal desteği öne sürmektedirler. Yaşadıkları bu zorlu süreçte çevrelerinden destek göremediklerinden bahsetmektedirler. Çevrelerinden görecekları en ufak bir dayanışmanın, desteğin onlar için ne kadar önemli olduğunu da belirtmektedirler.

K3: *'Ondan sonra bir gün mesela komşular kek yapıp getirseler. Mesela biz pasta börek işine bakamıyoruz yemek yapacağız diye ha paranla da alırsın hani dayanışma önemli...'*

K5: *'...hiç kimsenin olmuyor (sosyal destek) öyle bir şeyi sadece ailemiz yani evimizin içi diyelim birbirimiz.'*

K6: *'...birisi şey etmedi desteğim yoktu. Bir kızımın oğlum işte biraz destek verdiler.'*

5.4 Tema: Otizmlı Çocuğun Yaşam Alanının ve Sosyal Becerilerinin Geliştirilmesi '...sürekli evde dursa bu sefer dışarıda agresif olacak... daha çok sosyal olmamız gerekiyor.'

5.4.1 Sosyal Yaşama Alıştırma: Katılımcılar otizmliler çocuklarını sosyal yaşama alıştırmalarının hem kendileri hem de çocukları için çok önemli olduğunu dile getirmektedirler. Böylece çocuklarının sosyal becerilerinin daha çok gelişeceğini ve kalabalık ortamlarda daha rahat olacaklarını belirtmişlerdir.

K1: *'Mesela oğlum iki yaşından beri ben onu sürekli kalabalığa sokmaya çalıştım. Evet. Sürekli soktum. Şu anda çok şükür dışarıda çok şeyimiz yok yani...'*

K8: *'...her hafta götürdük mesela. Alıştı şu an gidiyor. Oturuyor, yemeğini bekliyor. Yiyor, içiyor ama sonra işi bitiyor tabii hemen kalkmak istiyor ama olsun.'*

K10: *'...ben daha çok böyle çarşıya, pazara, AVM'lere, parka daha çok böyle dışarıya götürmek istiyorum.'*

5.4.2 Yaşam Alanlarının Çocuğa Göre Ayarlanması: Katılımcılar, ev ortamlarını tamamen otizmliler çocuğa göre ayarladıklarından bahsetmişlerdir. Otizmliler çocuklarının evden kaçma, prizlerle oynayabilme tehlikesine karşı önlem aldıklarını ve böylece çocuklarına gelebilecek herhangi bir zararı engelleyebilmeyi amaçladıklarını da eklemişlerdir.

K3: *'Evet mesela biz ev ortamı. Mesela ev ortamını bir kere cama çıktı. Benim camlar şöyle (pencereyi gösteriyor) bölmeli şekilde bu camdan bu cama atladı mesela şu saksı konan yerleri var ya dirsek deniyor sonra eşime dedim düşündüm düşündüm bu dedim şeyleri duvarı sıfır yaptırılım mesela evin ortamını biraz çocuğa göre ayarladık... Sürekli ışık açıp örtme takıntıları vardı mesela sürekli duyuları gevşetiyordu. Annemde yardımcı oluyordu mesela bunu dedi kapıdan girişe dışa verdik mesela prizleri... Ondan sonra çocuk prizleri oynar diye odasındaki prizleri yukardan yaptık mesela onun odası öyle mesela... Genelde kapılar kilitli mesela ondan sonra tuvalet banyo kilitli mesela kayar diye sabunları alır diye mesela mutfakta bardakları alır kırar diye.'*

K9: *'Şeyi açmış evin cümle kapısını, dış kapısını dışarı gitmiş. Bir kere parka gitmiş sonra o, şey kapıya biz şey yaptık. Ne diyorlar geçirmeli böyle ondan sonra onlardan yapıldı. Ondan sonra H. gitmez oldu... Yani kendi başına gitmiş. Komşular haber verdi senin çocuk diye. Öyle olunca kilit falan yaptırıldı. Öyle hakkından geldik H.'nin.'*

6. Tartışma

Bu araştırmanın amacı; OSB'li çocuğu olan annelerin, otizm tanısının ilk yıllarında ve devam eden süreçte çevrelerinden aldıkları tepkileri, eşleriyle aralarındaki ilişkiyi, otizmin sosyal yaşamlarına getirdiği kısıtlamaları ve sahip oldukları bakım yükü ile ilgili görüş ve deneyimlerini feminist teori ile incelemek ve sunmaktır. Kadınlar toplumsal cinsiyet rollerinin kendilerine yükledikleri sorumluluklar doğrultusunda özel gereksinimli çocuklarının bakımlarını tek başlarına üstlenmektedirler. Erdost (2016) kadın emeği ile ilgili yaptığı bir araştırmasında kadınların istihdama katılmayıp ev içerisinde kalmalarının sebeplerinden biri

olarak çocuk, hasta ve yaşlı bakımının birincil görev olarak kadınlara yüklenmesinden kaynaklı olduğunu belirtmiştir. Görüşme yapılan, otizmlili çocuğu olan annelerden bazıları da çocuklarının otizm tanısından önce çalıştıklarını fakat daha sonra bakımı üstlendikleri için işlerinden ayrılmak durumunda kaldıklarını dile getirmişlerdir. Benzer olarak Kaylı (2016), kadının ev içi işlere, çocuk ve yaşlı bakımı gibi hizmet ağırlıklı işlere uygun görülüp erkeklerin ise kamusal alanla birleştirilerek ev içi hizmet ağırlıklı işlerden muaf tutulduğunu ve bu durumun kadınları dezavantajlı konuma getirerek kamusal alanlarda eşitsizliklerle karşılaşmalarına sebep olduğunu belirtmiştir.

Araştırma süresince yapılan görüşmelerden elde edilen verilere göre, otizmlili çocuğun tüm bakım yükünü üstlenmek, annenin sosyal yaşantısını fazlasıyla kısıtlamaktadır. Akram ve arkadaşları. (2019) araştırmalarında, literatüre bakıldığında otizmlili çocukların bakımını baba ve diğer aile üyelerine nazaran yaklaşık %75 oranla annelerin üstlendiği bilgisine ulaşmışlardır. Anne bu süreçte kendine zaman ayıramadığı gibi aynı zamanda eşine ve varsa diğer çocuklarına da yeterli zaman ayıramamaktadır. Bu araştırma bulgularıyla benzer olarak Özkubat ve arkadaşları (2014), yaptıkları araştırma da otizmlili bir çocuğunun olmasının günlük ve sosyal yaşantıya gözle görülür düzeyde etkisi olduğunu belirtmektedir. Yine aynı çalışmada bakım verenin otizmlili çocukla çok fazla ilgilenmesinden kaynaklı olarak eşleriyle, yakın çevresiyle ve komşularıyla ilişkilerinin bozulmasından bahsedilmektedir. Ek olarak Kal (2020) araştırmasında, annelerin otizmlili çocuklarını hiç yalnız bırakmadıkları için işlerini geciktirdiklerinden bahsetmiştir. Aynı zamanda bu durumun bir süre sonra hem bakım veren anneyi hem de babayı bunalıma soktuğunu belirtmiştir. Turan ve Dalgiç (2017) ise araştırmasında, bakımı üstlenen annelerin sosyal hayatlarındaki aktiviteleri çocuklarına göre ayarladıklarını ve bu sebepten ötürü dinlenme fırsatları olmadığını, eşlerine ve varsa diğer çocuklarına vakit ayıramadıklarını belirtmektedir.

Araştırma süreci boyunca elde edilen verilerden bir diğeri de bakımı üstlenen annelerin çevrelerinden ve eşlerinden 'ihmal' suçlaması almış olmalarıdır. Görüşme yapılan anneler, eşlerinin veya çoğunlukla eşin ailesin, çocuğun otizmlili olma sebebi olarak hamilelik sürecinde yeterli beslenmediğini, çocuğu düşürdüğünü, sigara içtiğini ve buna benzer daha birçok bahaneyi öne sürerek kendisini suçladıklarından bahsetmektedir. Hsu (2017) araştırmasında, bir anne olarak otizmlili çocuğunun olmasının yalnızca bakım yükünü üstlenmek olmadığını, aynı zamanda eş ve eşin ailesi tarafından ailenin adını sürdürebilecek sağlıklı bir çocuk dünyaya getiremediği için suçlanmayı da içerdiğini belirtmiştir. Uz ve Kaya (2018) yaptıkları araştırmada, otizmlili çocuğu olan annelerin, babalara göre daha dezavantajlı konumda olduklarını, çünkü ailenin yakın çevresinin çocuğun otizmlili olmasının sebebi olarak annenin çocukla ilgilenmemesinden ya da doğru yetiştirememesinden kaynaklı olduğunu düşündüklerini belirtmiştir. Anne bir nevi otizmin sorumlusu olarak görülmekte ve suçlanmaktadır. Yüksel ve Tanrıverdi (2019), ebeveynlerin çevre tarafından suçlandıklarında ve buna ek olarak kaygı, anksiyete gibi duygular hissettiklerinde problem çözme becerilerinin azaldığından ve bunun da toplumdan kaçmalarına sebep olduğundan bahsetmişlerdir. Yine aynı şekilde Nicholas ve arkadaşları (2016) yaptıkları araştırmada bakım veren annelerin aile içinde

suçlanmalarından dolayı stresle baş etmek zorunda kaldıklarından bahsetmiştir. Ek olarak bu suçlanmayı yalnızca aile içinden değil, aynı zamanda çocuklarının davranışından dolayı toplumdan da aldıklarını belirtmiştir. Benzer bir çalışmada Acharya ve Sharma (2021), annenin aile üyeleri ve toplum tarafından sıklıkla azarlandığını, çocuğunu ihmal ettiği veya şımarttığı için suçlamalara maruz kaldığı bulgusuna ulaşmışlardır. Bu durumun annenin sosyal yaşamını etkilediğini ve annelerin kendilerini izole etmek zorunda hissettiklerini eklemiştir. Bu suçluluk baskısıyla da bir süre sonra kendilerini suçlamaya başlamaktadırlar. Vu (2014) bir araştırmasında Amerika ve Avrupa'daki ülkelerde, anneler çocuklarının otizmlili olmasına hamilelik boyunca stres olmalarını ve sağlıksız uygulamalarda bulunmalarını sebep göstererek kendilerini suçladıklarını belirtmiştir.

Otizmlili çocuğa sahip anneleri etkileyen en büyük sorunlardan biri de kaygı ve strestir. Yapılan görüşmelerde anneler çocuklarının geleceğiyle ilgili duydukları kaygıyı belirtmişlerdir. Özkubat ve arkadaşları (2014), ebeveynlerin otizmlili çocuklarına ve kendi geleceklerine dair birçok kaygıya sahip olduklarını, en büyük kaygılarının ise kendilerinden sonra otizmlili çocuğun bakımını kimin üstleneceğinin belirsiz olmasından kaynaklı olduğunu belirtmiştir. Aynı şekilde Yüksel ve Tanrıverdi (2019) araştırmalarında ailenin en büyük kaygılarından birinin bu olduğundan bahsetmiş ve özellikle ebeveynlerin ve otizmlili çocuğun yaşı büyüdükçe bu kaygının da arttığını belirtmiştir. Top (2019) araştırmasında annelerin, otizmlili çocuklarının kendi başlarının çaresine nasıl bakacağını yanı sıra aynı zamanda sosyal hayatta dışlanıp dışlanmayacaklarına dair duydukları kaygı bulgusuna ulaşmıştır.

Birincil bakım sağlayan anneler çevreleri ve toplum tarafından damgalanmaktadır. Yapılan görüşmelerde katılımcılar, sosyal yaşamlarında çocuklarının davranışlarından dolayı birçok dışlanmaya ve damgalanmaya maruz kaldıklarını belirtmişlerdir. Vu (2014) araştırmasında, ebeveynlerin otizmlili çocukları sinirlendiğinde ya da toplum içerisinde uygunsuz davrandığında diğer insanların yargılayıcı bakışlarına maruz kaldıklarına ve çocuklarını disiplin edemeyen kötü ebeveynler olarak algılandıklarına, bunun sebebinin de çocuklarının dışarıdan normal gelişim gösteren çocuklar gibi görünmesinden kaynaklı olduğu bulgusuna ulaşmıştır. Yapılan görüşmelerde, anneler ortada damgalanma yokken bile damgalanma ve dışlanma hissettiklerini vurgulamışlardır. Scamper ve Hopkins'un (1986) araştırması, bu endişeleri "hissedilen damgalanma" ve "uygulanan damgalanma" olmak üzere iki ayrı başlık altında incelemiştir. Farrugia (2009), hissedilen damgalanmayı bireyin kendi değersizlik ve aşağılık duyguları olarak, uygulanan damgalanmayı ise açık bir şekilde toplumsal dışlanma olarak tanımlamıştır. Gray (2002) ise yaptığı araştırmada, ebeveynlerin çoğunluğunun çocuklarının otizmlili olmasından kaynaklı hissedilen damgalanma yaşadığı sonucuna ulaşmıştır.

Yapılan görüşmeler sonucu ulaşılan bir diğer önemli bulgu ise birincil bakımı üstlenen annelerin sosyal kabul ve destek görememe durumudur Aynı zamanda yakın çevre ve toplum tarafından anlaşılmadıklarını düşünmektedirler. Bu sebepten anneler kendilerini sosyal çevreden izole olmuş ve dışlanmış

hissetmektedirler. Yüksel ve Tanrıverdi (2019) araştırmalarında benzer bulguya ulaşmışlardır. Ebeveynler, toplumun ve çevrelerinin otizmlili çocuklarına karşı anlayış göstermediklerini ve destek olmadıklarını öne sürmüşlerdir. Boyd (2002) araştırmasında otizmlili bir çocuğa ebeveynlik yapmanın en stresli faktörleri olarak durumun kalıcılığı ile ilgili kaygı ve çevre tarafından otistik davranışların yetersiz kabul edilmesini gösterirken bunlara ek olarak aynı zamanda bakım verene sunulan düşük düzeyde sosyal desteği de en stresli faktör olarak göstermektedir. Aynı zamanda Şener (2021) OSB tanılı çocuklara bakım veren kişilerle yaptığı araştırmasında, bakım veren kişiye verilen sosyal desteğin düzeyiyle tükenmişlik düzeyleri arasında bir ilişki olduğu bulgusuna ulaşmıştır. Ek olarak özellikle birincil bakımı veren ebeveynlerin sosyal destek düzeylerinin düşük olduğu, özel gereksinimli çocuğun ihtiyaçlarından dolayı stres düzeylerinin yüksek olduğunu da belirtmiştir. Akram ve arkadaşları (2019), sahip olunan yük ve sosyal destek eksikliğinin annelerde oluşan depresyon ve stresin ana faktörlerinden olabileceğini ve daha ileriye giderek intihar düşüncelerine sebep olabileceğini belirtmişlerdir.

Sonuç olarak bu araştırma OSB tanısına sahip çocukların annelerinin babalarından daha fazla bakım yüküne maruz bırakıldığını, sosyal hayattan çekilmek durumunda kaldıklarını, kendi aileleri ve eşlerinin aileleri tarafından suçlamalara maruz kaldıklarını, toplumsal önyargıdan olumsuz etkilendiklerini, kendilerine zaman ayıramadıklarını, cinsel yaşamlarının etkilendiğini ve toplumsal dayanışmanın eksik olduğunu hissettikleri bulunmuştur. Kadın üzerine yüklenen bakım yükünün toplumsal cinsiyet rolleri bağlamında tartışılması ve eşler arasında daha eşitlikçi yaklaşımların kabul edilebilir hale gelmesi için toplumsal müdahaleler, bilgilendirme ve eğitim çalışmaları önerilmektedir. OSB ile ilgili önyargı ve kalıp düşüncelerin değiştirilmesi toplumsal tutumları destekleyici hale getirebilir.

Son olarak, araştırma nitel yöntem ve gözlem ile desteklenmiş kapsamlı bir araştırma olmasına rağmen genelleme özelliği taşımamakta ve sadece katılan gönüllülerin paylaşımlarını içermektedir. Boylamsal araştırmalarla daha geniş bakım veren kadın-anne grubunu içerecek yaklaşımlar bu bulguları destekleyebilir.

ARAŞTIRMAYA İLİŞKİN ETİK BİLGİLER

Çalışma için Süleyman Demirel Üniversitesi'nin Etik Komisyonu'ndan E-87432956-050.99-413435 sayılı ve 20.12. 2022 tarihli etik kurul izni alınmıştır.

ARAŞTIRMACILARIN KATKI ORANI

Yazarlar çalışmaya eşit oranda katkı sağlamıştır.

ÇATIŞMA BEYANI

Bu çalışmada herhangi bir potansiyel çıkar çatışması bulunmamaktadır.

TEŞEKKÜR

Araştırmamızın veri toplama sürecindeki katkılarından dolayı Gizem DURNA ve Zeynep KOCAHAN'a içten teşekkürlerimizi sunarız.

Kaynakça

- Acharya, S., & Sharma, K. (2021). Lived experiences of mothers raising children with autism in Chitwan District, Nepal. *Autism Research and Treatment*, 2021. <https://doi.org/10.1155/2021/6614490>
- Akram, B., Batoool, M., & Bibi, A. (2019). Burden of care and suicidal ideation among mothers of children with Autism spectrum disorder: Perceived social support as a moderator. *JPMA*, 69(504).
- Aktürk, Ü. (2012). *Engelli çocuğu olan anne-babaların kaygı düzeyi ve başa çıkma stratejilerinin değerlendirilmesi* (Master's thesis, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Arslantaş, H., ve Adana, F. (2011). Şizofreninin bakım verenlere yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(2), 251-277.
- Ayhan, E. E. (2022). Bakım etiği penceresinden kadın yoksulluğu. *Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi* (No. 82). <https://doi.org/10.26650/jspc.2022.82.1007390>
- Baltacı, A. (2019). Nitel araştırma süreci: Nitel bir araştırma nasıl yapılır? *Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 5(2), 368-388 <https://doi.org/10.31592/aeusbed.598299>
- Başçı, E. (2019). Köylüleşen gönüllü sadeler üzerine etnografik bir araştırma. *Sosyoloji Notları*, 3(2), 2-20.
- 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 develop mental disabilities*, 17(4), 208-215. <https://doi.org/10.1177/10883576020170040301>
- Buz, S. (2009). Feminist sosyal hizmet uygulaması. *Journal of Society & Social Work*, 20(1).
- Ceco, U., ve Memik, N. Ç. (2017). Bakım verenin yükü penceresinden otizmle bakış. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(2), 19-21. <https://doi.org/10.30934/kusbed.312586>
- Çayır, Y. S. (2017). *Evde bakım hizmeti veren kadınların yaşam deneyimleri: Eskişehir örneği*. (Master's Thesis, Hacettepe Üniversitesi)
- Çengelci, B. (2009). Otizm ve down sendromlu çocuğa sahip annelerin kaygı umutsuzluk ve tükenmişlik duygularının karşılaştırılması. *Ege Eğitim Dergisi*, 10(2), 1-23.
- Ekas, N. V., Lickenbrock, D. M., & Whitman, T. L. (2010). Optimism, social support, and well-being in mothers of children with autism spectrum disorder. *Journal of autism and develop mental disorders*, 40, 1274-1284. <https://doi.org/10.1007/s10803-010-0986-y>
- England, P. (2005). Gender inequality in labor markets: The role of motherhood and segregation. *Social Politics: International Studies in Gender, State & Society*, 12(2), 264-288. <https://doi.org/10.1093/sp/jxi014>
- Erdost, G. (2016). *Toplumsal cinsiyet bakışıyla kadın emeği: Alan çalışmalarından deneyim aktarımı*. Sosyal Politikanın Cinsiyet Halleri Toplumsal Cinsiyet ve Sosyal Hizmet, Ankara: Nika Yayınevi
- Falk, N. H., Norris, K., & Quinn, M. G. (2014). The factors predicting stress, anxiety and depression in the parents of children with autism. *Journal of autism and develop mental disorders*, 44, 3185-3203. <https://doi.org/10.1007/s10803-014-2189-4>
- Farrugia, D. (2009). Exploring stigma: Medical knowledge and the stigmatisation of parents of children diagnosed with autism spectrum disorder. *Sociology of Health & Illness*, 31(7), 1011-1027. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2009.01174.x>
- Gobrial, E. (2018). The lived experiences of mothers of children with the autism spectrum disorders in Egypt. *Social sciences*, 7(8), 133. <https://doi.org/10.3390/socsci7080133>
- Gray, D. E. (2002). 'Everybody just freezes. Everybody is just embarrassed': Felt and enacted stigma among parents of children with high functioning autism. *Sociology of Health & Illness*, 24(6), 734-749. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.00316>
- Hooks, B. (2000). *Feminist theory: From magrin to center*. Pluto Press.

Hsu, Y. C., Tsai, S. L., Hsieh, M. H., Jenks, M. S., Tsai, C. H., & Hsu, M. T. (2017). On my own: A qualitative phenomenological study of mothers of young children with autism spectrum disorder in Taiwan. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 30(1), 147-156. <https://doi.org/10.1111/jar.12229>

Kal, B. (2020). *Otizm Spektrum Bozukluğu tanısı olan çocukların annelerindeki anksiyete ve depresyon düzeylerinin incelenmesi* (Master's thesis, İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü).

Kaylı, D. Ş. (2016). *Feminist politika çerçevesinden sosyal politika ve sosyal hizmete bir bakış*. Sosyal Politikanın Cinsiyet Halleri, Ankara: Nika Yayınevi

Koçer, A., ve Kucur, F. (2022). Otizmlı çocuğu olan ailelerin zorunlu eğitim sonrası süreçte karşılaştıkları sorunların sosyal hizmet perspektifinden değerlendirilmesi ve çözüm önerileri. In *Journal of Social Policy Conferences* (No. 82). <https://doi.org/10.26650/jspc.2022.82.1001994>

Lai, W. W., Goh, T. J., Oei, T. P., & Sung, M. (2015). Coping and well-being in parents of children with autism spectrum disorders (ASD). *Journal of autism and develop mental disorders*, 45, 2582-2593. <https://doi.org/10.1007/s10803-015-2430-9>

Nalbant, F., ve Korkmaz, T. (2019). Feminist teori temelinde toplumsal cinsiyet eşitliğinin Türkiye bağlamında değerlendirilmesi. *Artvin Çoruh Üniversitesi Uluslararası Sosyal Bilimler Dergisi*, 5(2), 165-186. <https://doi.org/10.22466/acusbd.633806>

Nicholas, D. B., Zwaigenbaum, L., Ing, S., MacCulloch, R., Roberts, W., McKeever, P., & McMorris, C. A. (2016). "Live it to understand it" the experiences of mothers of children with autism spectrum disorder. *Qualitative Health Research*, 26(7), 921-934. <https://doi.org/10.1177/1049732315616622>

Oh, H., & Lee, E. K. O. (2009). Caregiver burden and social support among mothers raising children with develop mental disabilities in South Korea. *International Journal of Disability, Development and Education*, 56(2), 149-167. <https://doi.org/10.1080/10349120902868624>

Özateş Gelmez, Ö. S. (2015). *Kadının bakım emeğinin evde bakım uygulaması üzerinden değerlendirilmesi bir karma yöntem araştırması: Ankara Mamak örneği*. (Doctoral Dissertation, Hacettepe Üniversitesi)

Özkubat, U., Özdemir, S., Selimoğlu, Ö. G., ve Töret, G. (2014). Otizme yolculuk: Otizmlı çocuğa sahip ebeveynlerin sosyal destek algılarına ilişkin görüşleri. *Ondokuz Mayıs University Journal of Education Faculty*, 33(1), 323-348. <https://doi.org/10.7822/egt210>

Pandey, S., & Sharma, C. (2018). Perceived burden in caregivers of children with autism spectrum disorder. <https://doi.org/10.33314/jnhrc.v16i2.896>

Papadopoulos, D. (2021). Mothers' experiences and challenges raising a child with autism spectrum disorder: A qualitative study. *Brain sciences*, 11(3), 309. <https://doi.org/10.3390/brainsci11030309>

Scambler, G., & Hopkins, A. (1986). Being epileptic: coming to terms with stigma. *Sociology of Health and Illness*, 8, 1, 26-43. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep11346455>

Sivrikaya, T., ve Tekinarslan, İ. Ç. (2013). Zihinsel yetersizliği olan çocuğa sahip annelerde stres, sosyal destek ve aile yükü. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi*, 14(02), 17-31. https://doi.org/10.1501/Ozlegt_0000000182

Şener, G. R. (2021). *Otizm spektrum bozukluğuna sahip çocuklara bakım veren kişilerin algıladıkları sosyal destek ile tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişkide adil dünya inanç düzeyinin aracı etkisi* (Master's thesis, Işık Üniversitesi).

Top, F. Ü. (2009). Otistik çocuğa sahip ailelerin yaşadıkları sorunlar ile ruhsal durumlarının değerlendirilmesi: Niteliksel araştırma. *Çocuk dergisi*, 9(1), 34-42.

Turan Gürhopur, F. D., ve İşler Dalgıç, A. (2017). Zihinsel yetersiz çocuğu olan ebeveynlerde aile yükü. *Journal of Psychiatric Nursing / Psikiyatri Hemşireleri Derneği*, 8(1).

Turan, B., Esin, İ. S., Abanoz, E., ve Dursun, O. B. (2020). Şüpheden tedaviye otizm spektrum bozukluğunda ailelerin gözünden yaşanan sorunlar. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, (15), 35-49. <https://doi.org/10.46218/tshd.718067>

Uz, S., ve Kaya, K. (2018). Otizmlı çocuklara ve ailelerine yönelik damgalama. *Journal of History Culture and Art Research*, 7(1), 663-683. <https://doi.org/10.7596/taksad.v7i1.1411>

Ünlü, İ. İ., ve Gökler, R. (2021). Otizmlı çocuğa sahip ailelerde sosyal destek sisteminin önemi. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, (18), 194-215. <https://doi.org/10.46218/tshd.994683>

Ünlüer, E. (2009). *2-6 yaş arası otistik çocuğa sahip annelerin algıladıkları sosyal destek ve umutsuzluk düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi* (Doctoral dissertation, Marmara Üniversitesi).

Vadivelan, K., Sekar, P., Sruthi, S. S., & Gopichandran, V. (2020). Burden of caregivers of children with cerebral palsy: an intersectional analysis of gender, poverty, stigma, and public policy. *BMC public health*, 20(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08808-0>

Vilanova, J. R. S., Carneiro, C. T., Rocha, K. N. D. S., Brito, M. D. A., Rocha, R. C., Costa, A. D. C., & Bezerra, M. A. R. (2022). Burden of mothers of children diagnosed with autism spectrum disorder: mixed method study. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 43. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20210077.en>

Vu, H. S. (2014). *Understanding autism spectrum disorder in Hanoi, Vietnam* (Master's thesis, The University of Queensland)

Yüksel, H., ve Tanrıverdi, A. (2019). Özel gereksinimli çocuğa sahip olan ailelerin yaşadıkları sosyal sorunlar ve baş etme yolları. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi*, 20(3), 535-559. <https://doi.org/10.21565/ozelegitimdergisi.493089>



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: 2024 Aralık/ December Sayı/Issue:24

TİP 1 DİYABETLİ ÇOCUK VE ERGENLERDE ALGILANAN SOSYAL DESTEĞİN TRAVMA SONRASI BÜYÜME İLE İLİŞKİSİ

Gökhan YANAR¹
Yasemin ÖZKAN²

Makale Bilgileri/Article info

Makalenin Türü/Article Type: Araştırma Makalesi
Geliş Tarihi / Date Received: 15.05.2024
Revizyon Tarihi/Date Revised:10.10.2024
Kabul Tarihi / Date Accepted: 14.10.2024
Yayın Tarihi / Date Published:03.01.2025
DOI: 10.46218/tshd.1483601

Makale Künyesi/To cite this article: Yanar,G. Özkan Y. (2024, Aralık). Tip 1 Diyabetli Çocuk ve Ergenlerde Algılanan Sosyal Desteğin Travma Sonrası Büyüme İle İlişkisi. Tıbbi Sosyal Hizme Dergisi, (24) 66-85.

Sorumlu Yazar/Corresponding Author:

Sosyal Hizmet Uzmanı, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmet ABD Doktora Öğrencisi, ORCID: 0000-0002-8299-8630, gkhnynr@gmail.com

Öz

Bu araştırma, tip 1 diyabet tanısı almış ergenlerde algılanan sosyal desteğin ve sosyo-demografik özelliklerin travma sonrası büyüme etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Araştırma Samsun Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Çocuk Endokrinoloji Polikliniğinde, 2022 yılının Haziran ve Eylül aylarında rastgele örnekleme yöntemi kullanılarak 200 çocukla yürütülmüştür. Araştırmada; Sosyo-demografik ve tip 1 diyabete ilişkin bilgi formu, Travma Sonrası Büyüme Ölçeği (TSB-Ö) ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) kullanılmıştır.

Araştırma sonucunda, sosyodemografik değişkenlerden yaşın travma sonrası büyümede etkisi olduğu, 15 yaş ve altı çocukların TSB puanlarının daha büyük çocuklardan anlamlı olarak daha yüksek olduğu, ÇBASDÖ ile TSB arasında anlamlı pozitif yönlü güçlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. ($r=0,456$; $p<0,001$) Araştırma kapsamında; yordayıcı değişkenlerin TSB üzerindeki önemi; aileden, özel kişiden ve arkadaş çevresinden algılanan sosyal destek, şeklinde sıralanabilir. Ayrıca sosyal desteğin çocukların başkaları ile iletişim kurma, yaşamı takdir etme alt boyutlarında güçlü bir ilişkisi olduğu da saptanmıştır. Elde edilen bulgular ilgili literatür çerçevesinde tartışılmıştır

Anahtar Kelimeler: Tip 1 Diyabet, Travma Sonrası Büyüme, Sosyal Destek.

THE RELATIONSHIP BETWEEN PERCEIVED SOCIAL SUPPORT AND POST-TRAUMATIC GROWTH IN CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH TYPE 1 DIABETES

Abstract

This study aimed to investigate the impact of perceived social support and socio-demographic characteristics on post-traumatic growth in adolescents diagnosed with type 1 diabetes. The study, which took place at Samsun Women's and Children's Health and Diseases Hospital's Pediatric Endocrinology Clinic from June to September 2022, included 200 children chosen at random." The study utilized a Socio-Demographic Information Form, the Post-Traumatic Growth Scale (PTGS), and the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS).

As a result of the research, it was determined that age, as a socio-demographic variable, had an impact on post-traumatic growth. Children aged 15 and below had significantly higher PTGS scores compared to older children. Additionally, a significant, strong, positive correlation was found between MSPSS and PTGS ($r=0.456$; $p<0.001$). Within the scope of the

¹Sosyal Hizmet Uzmanı, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmet ABD Doktora Öğrencisi, ORCID: 0000-0002-8299-8630, gkhnynr@gmail.com

²Prof. Dr., Hacettepe Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü, ORCID: 0000-0002-2968-363X, ymozkan@gmail.com

study, the importance of predictor variables on post-traumatic growth can be ranked as perceived social support from family, perceived social support from someone special and perceived social support from friends. Furthermore, a strong relationship was also observed between social support and the sub-dimensions of communication with others and appreciation of life in children. The findings were discussed in the context of the relevant literature framework.

Keywords: Type 1 Diabetes, Post-Traumatic Growth, Social Support

Giriş

21.yy bilim ve teknolojinin son derece ileri boyutlara ulaştığı bir yüzyıldır ancak bu yüzyıl birçok sağlık sorununu da beraberinde getirmektedir. Bu yüzyılın önemli sağlık sorunlarının başını da kronik hastalıklar çekmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2011 yılında kronik hastalıkları; 6 ay ve daha uzun süre devam eden, kişide kalıcı ve ağır hasarlara neden olabilen, genellikle yavaş seyreden, ortaya çıkmasında birçok risk faktörünün rol oynadığı, uzun dönem takip ve tedavi gerektiren sağlık sorunları olarak tanımlamıştır (WHO, 2011). Kardiyovasküler hastalıklar, kanserler, kronik solunum yolu hastalıkları ve diyabet Dünya Sağlık Örgütü tarafından kronik hastalık kategorisi içerisinde yer almaktadır (WHO, 2011). Dünya genelinde meydana gelen ölümlerin yarısından fazlası kronik hastalık kaynaklıdır. Kronik hastalık kaynaklı ölümlerin ise %48'inin kardiyovasküler hastalıklar, %21'inin kanserler, %12'sinin solunum hastalıkları, %3,6'sının diyabet kaynaklıdır. Bu oranların ilerleyen süreçte artarak devam edeceği de ön görülmektedir (Vos ve ark., 2015, Çiftçi, 2021, WHO, 2018). Yapılan araştırmalar ve yayınlanan uluslararası çalışmalarda kronik hastalığa sahip bireylerin %13'ünü çocukların oluşturduğu bilinmekle beraber çocukluk döneminde kanser, diyabet ve obezitenin başı çektiği de görülmektedir (Törüner ve Büyükgönenc, 2015, WHO, 2018).

Çocukluk döneminde ortaya çıkan en yaygın kronik hastalıklardan biri de Tip 1 diyabetir (Uluslararası Diyabet Federasyonu, 2017). Tip 1 diyabet hem fizyolojik hem de psikososyal boyutları olan bir kronik hastalıktır. Tip 1 diyabet tanısı alan çocuklar, sadece hastalığın fizyolojik belirtileri ile mücadele etmekle kalmayıp aynı zamanda gelişimsel, sosyal, psikolojik ve çevresel birçok faktörle mücadele etmek durumunda kalmaktadır (Er, 2006). Bu nedenle hastalığın beraberinde getirdiği zorluklar, tip 1 diyabetli çocukları psikolojik rahatsızlıklara yatkın kılmaktadır. Bu alanda yapılan çalışmalardan elde edilen bulgular tip 1 diyabetli çocuklarda psikiyatrik bir tanıya rastlama oranının sağlıklı yaşlıtlarına göre yaklaşık 3 kat daha fazla olduğu yönündedir (Blanz ve ark, 1993, Payot ve Barrington, 2011). Tip 1 diyabetin yol açtığı psikolojik sorunlar, kan şekeri düzeylerinde dengesizlik oluşturduğu için hastalığın seyrini de olumsuz olarak etkileyebilmektedir (Eckshtain ve ark. 2009). Tip 1 diyabet tanısı sonrası akla gelen ilk psikopatolojik tepkiler ise başta travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), depresyon, kaygı bozukluğu gibi olumsuz tepkilerdir. Ancak çocuk ve gençlerin bu tanının ardından dünyaya ve sosyal ilişkilerine yönelik olumlu tepkiler geliştirebilecekleri de literatürde tartışılmaktadır (Altundağ, 2017, Chiba ve ark. 2014, Durak ve Durak. 2019, Guha ve Carson 2014, Wee ve ark. 2005). Son yıllarda diyabetli hastalarda teşhis sonrası yaşamın takdir edilmesi, sosyal ilişkilerde artış ve yeni yaşam olanaklarının gözlenmesi gibi Travma Sonrası Büyüme(TSB) kavramı ile ilişkilendirilebilecek çalışmalar da yapılmaktadır (Şenol-Durak 2014, Dirik ve Göcek-Yorulmaz 2018). Ancak literatürde bu çalışmaların oldukça sınırlı sayıda olduğu söylenebilir.

1.1. Tip 1 Diyabet

Diyabet, insülinin salgılanmasında ya da etkisinde yetersizlik sonucu gelişen bir karbonhidrat, yağ ve protein metabolizması bozukluğudur. Gestasyonel diyabet hariç tüm diyabet türleri çocukluk döneminde de görülebilmektedir. Ancak çocukluk döneminde en yaygın görülen türü insülin yetersizliği ile karakterize olmuş olan Tip 1 diyabetir (Amerikan Diyabet Birliği 2018). Tip 1 diyabetin yoğun olarak 5-7 yaşları ve puberte döneminde ortaya çıktığı ve yapılan son araştırmalarda Tip 1 diyabetin başlangıç yaşının 5 yaş altında yaygınlaşmaya başladığı saptanmıştır (Saka,2003, Zhao,1999). Tip 1 diyabet dünya genelinde yarım milyondan fazla çocuğu etkilemekle beraber her yıl bir önceki yıla göre %3 artış da göstermektedir (Uluslararası Diyabet Federasyonu (IDF),2015). Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre 1980’de 108 milyon olan diyabet hastası sayısı 2014 yılında 422 milyona çıkmıştır. **ABD’de 18 yaş altı her 300 kişiden 1 kişinin tip-1 diyabet tanısı aldığı ve dünya genelinde genel prevalansın %2-5 civarında arttığı bilinmektedir** (Maahs ve ark. 2011). IDF, 2021 yılında yaptığı açıklamaya göre dünya genelinde Tip 1 diyabetli çocuk ve ergenlerin sayısı 1.2 milyon olup her yıl ortalama 184 bin çocuğa yeni teşhis koyulmaktadır. Ülkemizde ise Sağlık Bakanlığının 2015 yılında yayınlamış olduğu verilere göre toplam nüfusun %1,3 nün Tip 1 diyabet tanısı aldığı görülmektedir. Çocuk Endokrinoloji ve Diyabet Derneği tarafından 2010 yılında yapılan bir çalışma da ise 18 yaş altında 15 bin diyabetli çocuk olduğu ve bu sayının her yıl ortalama 1500 çocuğun yeni tanı almasıyla hızla artış gösterdiği tespit edilmiştir (Çocuk Endokrinoloji ve Diyabet Derneği, 2010).

1.2. Tip 1 Diyabet Sonrasında Travma Sonrası Büyüme

Tip 1 diyabet, çocuk ve ergenlerin sadece fizyolojik iyilik halini etkilememekte aynı zamanda tıbbi uygulamalar (kan ölçümü, enjeksiyon) ile yaşam biçiminde değişiklikler oluşturarak psikososyal iyilik halini de etkilemektedir. Psikososyal iyilik hali özellikle çocuğun ve ergenin kabullenme ve uyum gösterme aşaması, içerisinde bulunduğu psikososyal ve ekonomik şartlara göre değişiklik gösterebilmektedir (Spencer ve ark., 2010).

Tip 1 diyabet hastalığı seyri itibarıyla yaşamın sonlanması veya insan bedeninin işlevsel olarak kullanılmasını engelleyecek bir hastalık olması nedeniyle bireyde travma yaratabilmektedir. DSM-5’te travma; bir bireyin hazır olmadığı bir zaman diliminde ölüm, ağır yaralanma ya da cinsel saldırıya maruz kalması, bu durumlardan herhangi birine tanıklık etmesi ya da öğrenmesi durumunda ortaya çıkan ve mevcut baş etme yöntemlerini işlevsiz hale getiren bireyin ruh sağlığına ciddi zararlar veren bir olgu olarak tanımlamıştır (APA, 2013).

Bir çocuğa, bireye tip 1 diyabet tanısı konulmasının hemen ardından başlayan, yaşam tarzının değişmeye başlaması, rutinin dışına çıkılması, ihtiyaçların ve önceliklerin değişmesi ve tüm bunların ani ve plansız olması çocuğun veya ergenin baş etme kapasitesinin üzerinde ruhsal bir etki bırakabilir. Özellikle teşhis sonrasında olası hastane yatışları, sık doktor kontrolleri, vücutlarına sürekli müdahale edilmesi, çocuk ve ergenlerde kaygı düzeyinin artmasına ve bu durum ne kadar sürecek, sonunda bana ne olacak, iyileşebilecek miyim vb. sorular üzerinden varoluşsal çatışmalar yaşamasına neden olabilir (Yehuda ve LeDoux, 2007,

Vermetten ve ark., 2020). Yapılan bir çalışmada Tip 1 diyabetli çocuklarda tanı konmasının hemen ardından %36'sında psikiyatrik sorunlar ortaya çıktığını ancak teşhisten 9 ay sonra bu çocukların normal işlevselliklerine geri döndükleri de tespit edilmiştir (Kovacs ve ark., 1985).

Tip 1 diyabet tanısı sonrası çocuklarda ortaya çıkabilecek tepkiler çocuğun içinde bulunduğu sosyal çevre ile de ilişkilidir (Vermetten ve ark., 2020). Çocuklarda tanının hemen sonrasında korku, kaygı, yanlış yorumlama geri çekilme gibi psikolojik tepkiler ortaya çıkabilir (Kovacs ve ark.,1985). Ancak bu durum diyabete uyum sürecinin başlaması için bir fırsat da sağlayabilir. Travmatik olayın ardından bireyler yaşadıkları olayı anlamlandırmak için ve bilişsel yapılarını yeniden oluşturmak için belirli bir zamana ihtiyaç duyabilirler ancak bireyin gündelik yaşamını etkileyen ve yaşam kalitesinin korunmasını gerektiren ölümcül boyutları olabilecek Tip 1 diyabet gibi kronik hastalıklarda bireylerin kişilik yapısının daha kolay ve hızlı değişebileceği söylenebilir (Dürü, 2014).

Literatüre bakıldığında 30 yıldır travmatik eylemler sonrasında bireylerde olumlu değişimlerin de olabileceği üzerinde durulan önemli bir husustur (Tedeschi ve ark., 2007). Özellikle pozitif psikolojinin de etkisiyle travmatik eylemler sonrasında bireylerin zorluklarla daha etkin baş edebilecekleri ve yaşadıkları acıyı olumlu anlamda işleyebilecekleri ve kendi gerçekliklerini bulabilecekleri yönündeki çalışmalar travma sonrası büyüme (TSB) olarak kavramsallaştırılmıştır (Karancı ve Erkam, 2007, Tedeschi ve Calhoun 2004). TSB, travmatik olayın ardından, mağdurun travma sonrası belirtileri yeniden işleyerek işlevselliğini artırması ve kendini gerçekleştirme ve güçlenme çabalarının artması olarak tanımlanmaktadır (Joseph ve Linley, 2005, Tedeschi ve Calhoun, 2004). TSB, travmaya neden olan eylem veya durumun birey üzerinde hiç stres yaşatmaması değil, aksine travmatik durum veya eylem sonrasında bireyin sarsılan inancının yeniden sorgulanmasıdır.

1.3. Travma Sonrası Büyüme ve Sosyal Destek

Sosyal destek hem fizyolojik hem de ruh sağlığını etkileyen önemli bir faktördür. Bireylerin stresli ve travmatik etkiye sahip yaşam olaylarında önemli bir yere sahiptir. Sosyal destek stresli ve travmatik bir yaşam olayı altındaki kişinin kendisi için önemli, sevdiği, ilgilendiği ve ihtiyaç duyduğu kişi veya gruplardan aldığı etkili, duygusal içerikli, kişide desteklenmişlik hissi yaratan, bağlılık hissi meydana getiren sosyal ilişkilerdir (APA Dictionary of Psychology, 2021).

Travma sonrası büyümede (TSB) önemli bir faktör olan sosyal destek, bireyin işlevselliğini artırmaya yönelik, olumsuz yaşam olaylarına karşı tampon görevi sağlayan, yaşanan olumsuz durumlar sonrasında değişim için gerekli yaşam enerjisini sağlayan anne, baba, öğretmen, arkadaş, okul gibi sosyal ağların bireyin davranışlarını destekleme düzeyine ilişkin algı olarak tanımlanmaktadır (Kapıkıran ve Özgüngör, 2009, Malecki ve Demaray 2006).

Literatüre bakıldığında sosyal desteğin algılanan ve sağlanan sosyal destek şeklinde ikiye ayrıldığı görülmektedir. Sağlanan sosyal destek kişinin sosyal ağları aracılığıyla aldığı ekonomik, psikolojik ve sosyal

yardımların objektif ölçümüdür. Algılanan sosyal destek ise sağlanan ekonomik ve psikososyal desteğin kişi tarafından yorumlanması ve kendi biliş düzeyinde anlamlandırmasına dayanan subjektif bir değerlendirme olarak tanımlanmaktadır (Tang, 2008). Bireyin travmatik bir olay veya durum karşısında hissettiği ihtiyaçları tamamen kendi biliş ve psikolojik süreçleri ile ilgili olduğu için psikolojik sağlık üzerinde algılanan sosyal desteğin daha etkin olduğu bilinmektedir (Çeçen, 2008).

Tip 1 diyabet tanısı almak ergen bireylerin tanı öncesindeki önemli kişisel özelliklerini değişime zorlamaktadır. Ergenlik çağındaki bireyin tanı öncesindeki dünyaya ait varsayımları ve davranış biçimleri zorlandığında veya yıkıldığında ruminasyon adı verilen travmatik olayla ilişkili tekrarlayıcı, problem çözme, anımsama ve beklentiyi içeren düşünme biçimi ortaya çıkar. Ruminasyon başlangıçta istemsiz olarak ortaya çıksa da daha sonrasında istemli bir hal alarak kişinin inanç sistemini güçlendirecek TSB'nin ortaya çıkmasına yardımcı olur. İstemli ruminasyon oluşturmada sosyal destek önemli bir köprü oluşturmaktadır. Psikososyal sorunların azalmasıyla birlikte, ergenlik çağındaki bireyler yeni amaçlar, inançlar ve davranış biçimleri oluşturmada, uyum süreci daha da gelişmektedir (Dürü, 2006).

Tip 1 diyabetle yaşamak her yaşta zordur ancak bu hastalar için ergenlik dönemi daha karmaşık ve riskli bir dönem olarak kabul edilebilir. Bu dönemde hastalığa ve bireyin kişisel güçlerine, sosyal çevresine göre olumsuz deneyimlerin aksine olumlu yaşam deneyimleri de gerçekleşebilmektedir. Tran ve arkadaşlarının 2011 yılında gerçekleştirmiş oldukları bir çalışmada, ergen diyabetlilerde olumsuz psikolojik sonuçların yanı sıra travma sonrası büyümenin de belirlendiği, bunun tedavi rejimine daha iyi uyum, depresif belirtilerin daha düşük oranda olması stres yönetiminin daha iyi olması ve sosyal destek ile ilişkili olduğu bulunmuştur.

Türkiye'de Tip 1 diyabet hastası ve yakınları ile birçok araştırma yapılmaktadır. Ancak yapılan çalışmaların çoğunluğu medikal tedaviye veya tanı sonrasındaki ruhsal sorunlara yönelik olduğu görülmektedir. Tip 1 diyabet sonrasında hastalarda TSB ile ilgili literatüre bakıldığında çalışmaların oldukça kısıtlı olduğu görülmüştür. Ulusal literatür tarandığında Tip 1 diyabetli çocuklarda travma sonrası büyüme ve sosyal destek ile ilgili çalışmaya da rastlanılmamıştır. Bu çalışma Tip 1 diyabet tanısı almış 11-18 yaş aralığındaki çocuk ve gençlerin mevcut sosyal destek ağları vasıtasıyla algıladıkları sosyal desteğin ve sosyodemografik değişkenlerinin (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, aile bilgileri vb. gibi) TSB'lerine katkı sağlayıp sağlamadığını, sosyal destek ile TSB arasında anlamlı bir ilişkinin olup olmadığını ortaya koymak amaçlanmıştır.

2. Yöntem

2.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışmada ilişkisel tarama modeli kullanılmıştır. İlişkisel tarama modeli, iki ya da daha fazla değişken arasında ilişki olup olmadığını ve ilişkinin derecesini ve yönünü belirlemeyi amaçlayan bir araştırma modelidir (Karasar, 2014).

2.2. Evren ve Örneklem

Araştırma Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Çocuk Endokrin Polikliniğinde uygulanmıştır. Araştırma verileri, 01.06.2022-30.09.2022 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırmanın evrenini hastanede takip edilen 13-18 yaş arası 250 çocuk oluşturmuştur. Bu çocukların tamamının listesine ulaşılmıştır. Araştırmanın örneklemini ise basit rastgele örnekleme tekniği ile çalışmanın yapıldığı tarihlerde Pediatrik Endokrinoloji Polikliniğine muayene ve kontrol için başvuran en az 12 aydır tip 1 diyabet tanısı ile izlenen ve çalışmaya katılmayı kabul eden 13-18 yaş arasında, ailelerinin onamı alınan 200 çocuk oluşturmuştur. Çalışmada her katılımcıya eşit şans sunulmuş olup çocuklar hastane verilerinden tespit edilerek oluşturulan listeden rastgele seçilmiştir.

2.3. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri, "Sosyodemografik ve tip 1 diyabete ilişkin bilgi formu", "TSB Ölçeği" ve "Çok Boyutlu Algılan Sosyal Destek Ölçeği" ile gönüllük ilkesine göre katılımcılar ile yüz yüze görüşülerek toplanmıştır

2.3.1. Sosyodemografik ve Tip 1 Diyabete İlişkin Bilgi Formu

Bu form araştırmacılar tarafından araştırmanın amacına yönelik olarak geliştirilmiştir. Form üzerinde katılımcılar için araştırmanın amacını ve konusunu belirten bir metin yer almakta olup ayrıca çalışmanın tamamen gönüllülük esasına dayalı olduğunu belirten bir onam metni de yer almaktadır. Daha sonrasında katılımcı çocuğun yaş, cinsiyet, okula devam durumu, çocuğun yaşadığı yer, aile ile yaşama durumu, kardeş sayısı, gibi demografik bilgiler yer almaktadır. Tip 1 diyabete ilişkin bilgi formunda da, tanı öncesinde başka bir kronik rahatsızlığının olma durumu, tip 1 diyabet tanısının ne zaman konduğu, sonrasında psikolojik destek alıp almama durumu, daha önce travmatik bir yaşam deneyiminin olup olmadığı vb. gibi sorular yer almaktadır.

2.3.2. Travma Sonrası Büyüme Ölçeği (TSB-Ö)

Bu ölçek 1996 yılında Tedeschi ve Calhoun tarafından geliştirilmiş olup travmatik deneyimlerin ardından bireylerde meydana gelen olumlu değişimleri ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçeğin ilk versiyonu 34 maddeden oluşurken daha sonra yapılan analizler sonucunda 21 madde ve 5 alt ölçek içerecek şekilde revize edilmiştir. Bu alt ölçekler yeni fırsatlar, diğerleriyle ilişkiler, kişisel güçlendirme, manevi değişim ve yaşamı değerlendirme olarak adlandırılmıştır. Ölçek 6'lı Likert tipindedir ve yüksek bir puan, bireyin travma sonrasında önemli bir büyüme deneyimi yaşadığını gösterir. Ölçeğin iç tutarlılığı (α) .90 düzeyindedir ve alt ölçeklerin iç tutarlılığı $\alpha = .67$ ile $\alpha = .85$ arasında değişmektedir (Tedeschi ve Calhoun, 1996). Ölçeğin Türkçe 'ye uyarlamasını Işık ve Dürü tarafından 2006 yılında yapılmıştır. Ölçeğin güvenilirliği ve iç tutarlılık katsayısı $\alpha = .93$ olarak bulunmuştur. Ölçeğin faktör analizi sonucunda beş faktörlü bir çözümün uygun olduğu belirlenmiştir. Bu alt boyutlar; I. Diğerleriyle İlişkiler, II. Yeni Fırsatlar, III. Kişisel Güç, IV. Manevi Değişim, ve V. Yaşamı Değerlendirme olarak belirlenmiştir. Beş faktörlü çözüm sonucunda varyans %67,84 oranında açıklanmıştır.

2.3.3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)

Ölçek Zimet ve arkadaşları tarafından oluşturulmuş olup Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını Eker ve Arkar(1995) yapmıştır. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.78 ile 0.92 arasında değişmektedir ve iç tutarlılığı ile güvenilirliği son derece yüksektir. Ölçekte 12 madde bulunmakta olup kesinlikle hayır ile kesinlikle evet arasında bulunan 7 basamaklı bir likert ölçeği olarak düzenlenmiştir. Aile desteğini yansıtan (3, 4, 8 ve 11. Maddeler), arkadaş desteğini yansıtan (6, 7, 9 ve 12. Maddeler) ve özel insan desteğini yansıtan (1, 2, 5 ve 10. Maddeler) üç alt boyutu bulunmaktadır Ölçekten alınabilecek en düşük değer 12, en yüksek değer ise 84'tür. Ölçekten alınan yüksek puanlar algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade etmektedir (Eker ve Arkar, 1995)

2.4. Veri Toplama Süreci

Veri toplama sürecinde çocuklar ve aileleri ile yüz yüze görüşme sağlanmış olup hem çocukların hem de ailelerinin çalışmaya katılım onamları alınmıştır. Çalışmaya gönüllü katılmaya onay veren çocuklarla çocuk endokrinoloji polikliniğinde uygun ortam sağlanarak ölçek seti uygulanmıştır.

2.5. Verilerin İşlenmesi ve Değerlendirilmesi

Araştırma kapsamında elde edilen verilerin işlenmesinde SPSS 23.00 İstatistiksel Paket Programı kullanılmıştır. Araştırma kapsamında elde edilen verilerin normal dağılıp dağılmadığı Kolmogorov-Smirnov testleri ile incelenmiştir. Araştırma verilerinin normal dağılım göstermediği bu test aracılığı ile belirlenmiştir. Normal dağılım göstermeyen verilerin değerlendirmesinde ise Mann-Whitney U testi, Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Normal dağılmayan veriler arasındaki ilişkiler Spearman's rho korelasyon katsayısı ile incelenmiştir. Analiz sonuçları için ortalama±s. sapma ve ortalama (minimum – maksimum) şeklinde sunulmuş olup önem düzeyi $p<0,050$ olarak alınmıştır.

2.6. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma kapsamında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulundan onay alınmıştır (25 Şubat 2022 tarih 2022/152 sayılı). Araştırmaya başlamadan önce Samsun İl Sağlık Müdürlüğünden yazılı kurum izni alınmıştır.

3. Bulgular

Araştırma kapsamında elde edilen veriler üç başlık altında incelenmiştir. İlk olarak Tip I Diyabet tanısı almış ergen bireylerin demografik özelliklerinin dağılımı verilmiştir. İkinci aşamada sosyo-demografik özelliklerine göre ölçek ve alt ölçek boyut puanlarının farklılaşma durumları incelenmiştir. Üçüncü aşamada ise TSB Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği arasındaki ilişkilere Spearman's rho korelasyon analizi ile bakılmıştır.

Tablo 1. Tip I Diyabetli Çocuklara İlişkin Sosyo-Demografik Bulgular

	Frekans (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kız	119	59,5
Erkek	81	40,5
Yaş		
11	2	1
12	6	3
13	29	14,5
14	30	15
15	43	21,5
16	39	19,5
17	44	22
18	7	3,5
Okula Devam Durumu		
Devam Eden	195	97,5
Devam Etmeyen	5	2,5
Sınıf Düzeyi		
8	19	9,7
9	36	18,5
10	60	30,8
11	30	15,4
12	50	25,6
Evde Birlikte Yaşanılan Kişiler		
Tek Ebeveyn(Anne ya da baba)	31	15,5
Anne, baba, kardeşler(Çekirdek aile)	154	77
Anne, baba, kardeşler büyük ebeveynler(Geniş aile)	15	7,5
Kardeş sayısı(kendisi dahil)		
Tek Çocuk	22	11
2	104	52
3	55	27,5
4	9	4,5
5 ve fazlası	10	5
Tanı Öncesinde Herhangi Bir Kronik Rahatsızlık Olup Olmama Durumu		
Rahatsızlığı Olan	3	1,5
Rahatsızlığı Olmayan	197	98,5
Tip 1 Diyabet Tanısının Konma Zamanı		
1 yıl önce	8	4
2-5 yıl arası	59	29,5
6-10 yıl arası	106	53
10 yıldan fazla süredir	27	13,5
Tanı Sonrasında Psikolojik Destek Alma Durumu		
Destek Alan	1	0,5
Destek Almayan	199	99,5
Daha Önce Travmatik Bir Yaşam Deneyimi Durumu		
Deneyimi Olan	18	9
Deneyimi Olmayan	182	91

Tablo 1' incelendiğinde araştırma kapsamında ulaşılan Tip I diyabet tanılı çocukların %59,5'i kız ve %40,5'i erkek çocuğu olduğu, çocukların, yaş dağılımına bakıldığında %1'inin 11 yaşında, %3'ünün 12 yaşında, %14,5'inin 13 yaşında, %15'inin 14 yaşında, %21,5'inin 15 yaşında, %19,5'inin 16 yaşında, %22'sinin 17 yaşında ve %3,5'inin 18 yaşında olduğu saptanmıştır. Tip I Diyabet tanılı çocukların %97,5'i okula giderken, %2,5'i ise gitmemektedir. Okula devam eden çocukların sınıf düzeyine göre dağılımlarına bakıldığında ise %9,7'si 8. sınıfta, %18,5'i 9. sınıfta, %30,8'i 10. sınıfta, %15,4'ü 11. sınıfta ve %25,6'sı 12. sınıfta öğrenim görmekte olduğu tespit edilmiştir. Araştırma kapsamında ulaşılan çocukların çoğunluğu (%77) anne, baba ve kardeşlerle birlikte yaşamaktadır. Araştırma kapsamında ulaşılan çocukların %11'inin tek çocuk olduğu, %52'sinin iki kardeşi, %27,5'inin üç kardeşi, %4,5'inin dört kardeşi ve %5'inin ise beş veya daha fazla kardeşi olduğunu saptanmıştır. Araştırma kapsamında ulaşılan çocukların %1,5'inin Tip I Diyabet tanısı öncesinde de kronik bir rahatsızlığı olduğu tespit edilmiştir. Araştırma kapsamında ulaşılan çocukların %4'üne 1 yıl önce, %29,5'ine 2-5 yıl arası, %53'üne 6-10 yıl arası ve %13,5'ine 10 yıldan fazla süre önce Tip I Diyabet tanısı konduğu saptanmıştır. Tanı sonrasında psikolojik destek alanların oranı %0,5 iken, almayanların oranı %99,5 olarak belirlenmiştir. Katılımcıların %9'u(Doğal afet, yakın kaybı, fiziksel saldırı vb. gibi) daha önce travmatik bir yaşantı yaşamış iken %91'i ise böyle bir deneyim yaşamamıştır.

Tablo 2.1. Cinsiyete göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

	Cinsiyet				Test istatistiği	p
	Kız		Erkek			
	Ortalama±s. Sapma	Ortalama (min. - maks.)	Ortalama±s. Sapma	Ortalama (min. - maks.)		
Algılanan sosyal destek	58,91±18,65	61,00 (12,00 - 84,00)	60,54±16,91	65,00 (14,00 - 84,00)	4625,500	0,6 29
Aile	20,30±7,53	23,00 (4,00 - 28,00)	21,19±6,47	24,00 (6,00 - 28,00)	4645,000	0,6 62
Arkadaş	19,92±7,24	22,00 (4,00 - 28,00)	19,75±7,34	21,00 (4,00 - 28,00)	4739,000	0,8 41
Özel İnsan	18,68±8,73	22,00 (4,00 - 28,00)	19,60±7,53	22,00 (4,00 - 28,00)	4694,000	0,7 53
TSB	55,71±17,17	58,00 (16,00 - 95,00)	56,85±20,65	60,00 (7,00 - 97,00)	4531,000	0,4 73
Başkaları ile iletişim	14,52±6,21	16,00 (3,00 - 29,00)	14,43±6,98	15,00 (0,00 - 29,00)	4811,000	0,9 83
Yeni Fırsat	8,45±5,24	9,00 (0,00 - 20,00)	8,27±5,40	7,00 (0,00 - 18,00)	4721,000	0,8 06
Kişisel Güçlülük	11,07±4,28	11,00 (0,00 - 19,00)	11,35±5,26	13,00 (0,00 - 20,00)	4472,500	0,3 87
Manevi Değişim	12,60±4,48	13,00 (0,00 - 20,00)	13,36±5,22	15,00 (0,00 - 20,00)	4113,500	0,0 78
Yaşamı Takdir	9,08±2,87	9,00 (3,00 - 15,00)	9,44±3,46	10,00 (0,00 - 15,00)	4401,000	0,2 95

U: Mann-Whitney U testi

Tablo 2.1.'de Cinsiyet değişkeni ile ÇBASDÖ ve TSBÖ puanlarının farklılaşp farklılaşmadığı incelenmiştir. Tabloya bakıldığında cinsiyete göre ÇBASDÖ toplam puanı ve alt boyut puanları farklılık göstermemektedir ($p>0,050$). Yine Cinsiyete göre TSBÖ toplam puanı ve alt boyut puanları farklılık göstermemektedir ($p>0,050$)

Tablo 2.2. Yaşa göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

	Yaş					Test istatistiği	P
	13 ve aşağısı	14	15	16	17 ve 18		
Algılanan sosyal destek toplam	58,81±16,44 60,00 (16,00 - 84,00)	59,70±19,07 61,50 (14,00 - 84,00)	58,44±21,28 61,00 (12,00 - 84,00)	63,49±16,84 67,00 (27,00 - 84,00)	58,00±16,22 62,00 (18,00 - 82,00)	3,380	0,496
Aile	23,54±6,49 26,00 (5,00 - 28,00)a	19,50±8,01 19,50 (4,00 - 28,00)ab	20,70±7,04 22,00 (4,00 - 28,00)ab	20,49±7,60 24,00 (6,00 - 28,00)ab	19,35±6,31 19,00 (7,00 - 28,00)b	11,557	0,021
Arkadaş	19,49±6,64 21,00 (7,00 - 28,00)	20,07±8,34 23,50 (4,00 - 28,00)	18,53±8,64 21,00 (4,00 - 28,00)	21,31±5,40 22,00 (10,00 - 28,00)	20,00±7,06 22,00 (4,00 - 28,00)	1,564	0,815
Özel İnsan	15,78±8,55 16,00 (4,00 - 28,00)a	20,13±8,63 24,50 (4,00 - 28,00)ab	19,21±8,82 22,00 (4,00 - 28,00)ab	21,69±7,58 26,00 (4,00 - 28,00)b	18,65±7,24 21,00 (4,00 - 28,00)ab	12,880	0,012
TSB toplam	64,19±19,80 68,00 (24,00 - 97,00)a	54,47±19,02 58,00 (17,00 - 92,00)ab	51,70±19,01 51,00 (14,00 - 84,00)b	55,26±16,02 58,00 (12,00 - 80,00)ab	55,84±17,92 59,00 (7,00 - 92,00)ab	9,669	0,046
Başkaları ile İletişim	16,76±6,34 16,00 (4,00 - 29,00)	14,63±6,61 17,00 (3,00 - 26,00)	14,02±6,35 14,00 (3,00 - 25,00)	13,59±6,98 14,00 (0,00 - 27,00)	13,82±6,23 16,00 (2,00 - 24,00)	4,664	0,324
Yeni Fırsat	12,19±5,63 14,00 (0,00 - 20,00)a	8,43±5,94 7,50 (0,00 - 17,00)ab	7,70±4,99 9,00 (0,00 - 16,00)b	6,23±3,65 6,00 (0,00 - 14,00)b	7,78±4,69 8,00 (0,00 - 17,00)b	24,204	<0,001
Kişisel Güçlülük	12,30±4,31 13,00 (2,00 - 18,00)b	9,33±4,94 10,00 (0,00 - 18,00)ab	9,37±4,68 9,00 (2,00 - 19,00)a	12,26±4,18 13,00 (2,00 - 19,00)ab	12,16±4,57 13,00 (0,00 - 20,00)b	16,771	0,002
Manevi Değişim	13,46±4,93 15,00 (2,00 - 19,00)	13,93±4,44 15,00 (3,00 - 20,00)	11,42±5,04 12,00 (0,00 - 20,00)	13,31±4,47 14,00 (1,00 - 20,00)	12,84±4,81 14,00 (0,00 - 20,00)	8,522	0,074
Yaşamı Takdir	9,49±3,14 10,00 (4,00 - 15,00)	8,13±4,15 8,00 (0,00 - 15,00)	9,19±2,42 9,00 (3,00 - 13,00)	9,87±2,70 10,00 (4,00 - 14,00)	9,24±3,17 10,00 (3,00 - 15,00)	4,414	0,353

*Kruskal Wallis testi, a-b: Aynı harfe sahip gruplar arasında bir fark yoktur, ortalama±s. sapma, ortalama (minimum – maksimum)

Tablo 2.2.'de yaş değişkenine göre Tip I Diyabet tanılı çocukların ÇBASDÖ ve TSBÖ'den aldıkları puanlar incelenmiştir. Tablo 2.2. incelendiğinde yaşa göre ÇBASDÖ ve TSBÖ toplam puan ortalamaları farklılık göstermemektedir ($p=0,496$). Ancak Tip I Diyabet tanılı çocukların yaşa göre ÇBASDÖ'nün aile alt boyut puan

ortalamaları farklılık göstermektedir ($p=0,021$). 13 ve aşağısı olan ergen bireylerin ortalamaları 26,00, 14 yaşın ortalaması 19,50, 15 yaşın ortalaması 22,00, 16 yaşın ortalaması 24,00, 17 ve 18 yaşın ortalaması 19,00 olarak tespit edilmiştir. 13 ve aşağısı olan ergen bireylerin ile 17 ve 18 yaş arasında yer alan ergen bireylerden anlamlı olarak farklılık gösterdikleri tespit edilmiştir. Yaşa göre ÇBASDÖ'nün arkadaş alt boyutu puan ortalamaları farklılık göstermemektedir ($p=0,815$). Yaşa göre ÇBASDÖ'nün özel insan puan ortalamaları farklılık göstermektedir ($p=0,012$). 13 ve aşağısı ergen bireylerin ortalaması 16,00, 14 yaşın ortalaması 24,50, 15 yaşın ortalaması 22,00, 16 yaşın ortalaması 26,00, 17 ve 18 yaşındakilerin ortalaması 21,00 olarak tespit edilmiştir. 13 yaş ve aşağısı olan ergen bireylerle ile 16 yaşında olanlar arasında bir anlamlı bir fark elde edilmiştir.

Yaşlara göre TSBÖ'nün toplam puan ortalamaları farklılık göstermektedir ($p=0,046$). 13 ve aşağısı yaştakilerin ortalaması 68,00, 14 yaştakilerin ortalaması 58,00, 15 yaştakilerin ortalaması 51,00, 16 yaştakilerin ortalaması 58,00, 17 ve 18 yaştakilerin ortalaması 59,00 olarak elde edilmiştir. 13 ve aşağısı yaş grubu ile 15 yaş grubu arasında anlamlı bir fark elde edilmiştir. Ölçeğin alt boyutlarına bakıldığında; yaşa göre başkaları ile iletişim puan ortalamaları farklılık göstermemektedir ($p=0,324$). Yaşa göre yeni fırsat puan ortalamaları farklılık göstermektedir ($p<0,001$). 13 ve aşağısı yaşındakilerin ortalaması 14,00, 14 yaşındakilerin ortalaması 7,50, 15 yaşındakilerin ortalaması 9,00, 16 yaşındakilerin ortalaması 6,00, 17 ve 18 yaşındakilerin ortalaması 8,00 olarak elde edilmiştir. 13 yaş ve aşağısı yaştakilerin ile 15, 16, 17 ve 18 yaştakiler ile arasında anlamlı bir fark ortaya çıkmıştır. Yaşa göre kişisel güçlülük puan ortalamaları farklılık göstermektedir ($p=0,002$). 13 yaş ve aşağısı yaştakilerin ortalaması 13,00, 14 yaşındakilerin ortalaması 10,00, 15 yaşındakilerin 9,00, 16 yaşındakilerin ortalaması 13,00, 17 ve 18 yaşındakilerin ortalaması 13,00 olarak elde edilmiştir. 15 yaş ile 13 yaş ve aşağısı yaştakilerin ve 17 ve 18 yaş grupları arasında anlamlı bir fark vardır. Yaşa göre manevi değişim puan ortalamaları farklılık göstermemektedir ($p=0,074$). Yaşa göre yaşamı takdir puan ortalamaları farklılık göstermemektedir ($p=0,353$).

Tablo 2.2. Kardeş Sayısına Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	Kardeş sayısı					Test istatistiği	P
	1	2	3	4	5 VE FAZLASI		
	63,82±16,2	59,97±18,9	57,73±17,9	56,44±17,1	59,00±11,9		
Algılanan sosyal destek toplam	1 62,00 (37,00 - 84,00)	0 62,50 (12,00 - 84,00)	5 65,00 (16,00 - 84,00)	8 61,00 (29,00 - 81,00)	1 61,00 (41,00 - 73,00)	2,592	0,628
	62,68±16,1	54,13±19,0	57,89±19,0	58,11±17,9	52,00±16,0		
TSB toplam	1 64,00 (28,00 - 95,00)	3 56,00 (12,00 - 92,00)	4 61,00 (7,00 - 95,00)	9 58,00 (35,00 - 97,00)	0 58,00 (24,00 - 73,00)	4,593	0,332
	10,00 (5,00 - 14,00)	9,00 (0,00 - 15,00)	10,00 (3,00 - 15,00)	10,00 (6,00 - 15,00)	10,00 (4,00 - 14,00)		

*Kruskal Wallis testi, ortalama±s. sapma, ortalama (minimum – maksimum)

Kardeş sayısına göre algılanan sosyal destek toplam ve alt boyut puanları farklılık göstermemektedir ($p>0,050$). Kardeş sayısına göre TSB toplam ve alt boyut puan ortalamaları farklılık göstermemektedir ($p>0,050$).

Tablo 2.3. Tip 1 diyabet tanısının ne zaman konulduğuna göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

	Tip 1 diyabet tanısının ne zaman konulduğu				Test istatistiği	p
	1 yıl önce	2-5 yıl arası	6-10 yıl arası	10 yıldan fazla süredir		
Algılanan sosyal destek toplam	51,63±23,96	59,27±18,89	60,34±17,50	59,56±15,91	0,893	0,827
	57,00 (18,00 - 77,00)	61,00 (16,00 - 84,00)	63,00 (12,00 - 84,00)	62,00 (29,00 - 84,00)		
	15,50 (4,00 - 28,00)	22,00 (4,00 - 28,00)	22,00 (4,00 - 28,00)	20,00 (4,00 - 28,00)		
	60,75±25,00	57,36±21,23	54,58±16,99	58,48±16,94		
TSB toplam	64,50 (24,00 - 95,00)	58,00 (14,00 - 97,00)	58,00 (7,00 - 87,00)	59,00 (23,00 - 92,00)	1,840	0,606
	10,00 (4,00 - 14,00)	10,00 (2,00 - 15,00)	9,00 (0,00 - 15,00)	11,00 (5,00 - 15,00)		

*Kruskal Wallis testi, ortalama±s. sapma, ortalama (minimum – maksimum)

Tip 1 diyabet tanısının ne zaman konulduğuna göre algılanan sosyal destek toplam ve alt boyut puanları anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,050$). Tip 1 diyabet tanısının ne zaman konulduğuna göre TSB toplam ve alt boyut puan ortalamaları anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,050$).

Tablo 3. Tip I Diyabetli Çocuklarda ait TSB ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek arasındaki ilişki

	Algılanan sosyal destek toplam		Aile		Arkadaş		Özel İnsan	
	R	P	R	P	R	P	R	P
TSB Toplam	0,456	<0,001	0,554	<0,001	0,314	<0,001	0,234	0,001
Başkaları ile İletişim	0,411	<0,001	0,473	<0,001	0,272	<0,001	0,231	0,001
Yeni Fırsat	0,383	<0,001	0,487	<0,001	0,300	<0,001	0,126	0,076
Kişisel Güçlülük	0,304	<0,001	0,373	<0,001	0,208	0,003	0,154	0,030
Manevi Değişim	0,345	<0,001	0,321	<0,001	0,260	<0,001	0,274	<0,001
Yaşamı Takdir	0,237	0,001	0,250	<0,001	0,131	0,064	0,187	0,008

r: Spearman's rho korelasyon katsayısı

Tablo 3 incelendiğinde ÇBASDÖ toplam ile TSBÖ toplam arasında anlamlı pozitif yönlü ilişki olduğu tespit edilmiştir ($r=0,456$; $p<0,001$). ÇBASDÖ toplam puanı ile TSBÖ'nün başkaları ile iletişim alt boyutu arasında anlamlı pozitif yönlü güçlü bir ilişki vardır ($r=0,411$; $p<0,001$). ÇBASDÖ toplam puanı ile TSBÖ'nün yeni fırsat alt boyutu arasında anlamlı pozitif yönlü orta düzeyde ilişki vardır ($r=0,383$; $p<0,001$). ÇBASDÖ toplam puanı

ile TSBÖ'nün kişisel güçlülük alt boyutu arasında anlamlı pozitif yönlü orta düzeyde bir ilişki vardır ($r=0,304$; $p<0,001$). ÇBASDÖ toplam puanı TSBÖ'nün manevi değişim alt boyutu arasında anlamlı pozitif yönlü orta düzeyde ilişki vardır ($r=0,345$; $p<0,001$). ÇBASDÖ toplam puanı ile TSBÖ'nün yaşamı takdir alt boyutu arasında anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardır ($r=0,237$; $p=0,001$).

Tablo 3' bakıldığında ÇBASDÖ'nün Aile alt boyutu ile TSBÖ toplam puanı arasında anlamlı pozitif yönlü güçlü ilişki vardır ($r=0,554$; $p<0,001$). ÇBASDÖ'nün Aile alt boyutu ile TSBÖ başkaları ile iletişim alt boyutu arasında anlamlı pozitif yönlü güçlü bir ilişki vardır ($r=0,473$; $p<0,001$). ÇBASDÖ'nün Aile alt boyutu ile TSBÖ'nün yeni fırsat alt boyutu arasında anlamlı pozitif yönlü güçlü bir ilişki vardır ($r=0,487$; $p<0,001$). ÇBASDÖ'nün Aile alt boyutu ile TSBÖ'nün kişisel güçlülük alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü orta şiddette ilişki vardır ($r=0,373$; $p<0,001$). ÇBASDÖ'nün Aile alt boyutu ile TSBÖ'nün manevi değişim alt boyutu arasında anlamlı pozitif yönlü orta düzey ilişki vardır ($r=0,321$; $p<0,001$). Aile ile yaşamı takdir arasında anlamlı pozitif yönlü zayıf ilişki vardır ($r=0,25$; $p<0,001$).

ÇBASDÖ'nün Arkadaş alt boyutu ile TSBÖ toplam arasında anlamlı pozitif yönlü orta düzey ilişki vardır ($r=0,314$; $p<0,001$). ÇBASDÖ'nün Arkadaş alt boyutu ile TSBÖ'nün başkaları ile iletişim alt boyutu arasında anlamlı pozitif yönlü zayıf düzeyde ilişki vardır ($r=0,272$; $p<0,001$). ÇBASDÖ'nün Arkadaş alt boyutu ile TSBÖ'nün yeni fırsat alt boyutu arasında anlamlı pozitif yönlü orta şiddette bir ilişki vardır ($r=0,3$; $p<0,001$). ÇBASDÖ'nün Arkadaş alt boyutu ile TSBÖ'nün kişisel güçlülük alt boyutu arasında anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardır ($r=0,208$; $p=0,003$). ÇBASDÖ'nün Arkadaş alt boyutu ile TSBÖ'nün manevi değişim alt boyutu arasında anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardır ($r=0,26$; $p<0,001$). ÇBASDÖ'nün Arkadaş alt boyutu ile TSBÖ'nün yaşamı takdir alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($r=0,131$; $p=0,064$).

ÇBASDÖ'nün Özel İnsan alt boyutu ile TSBÖ toplam arasında anlamlı pozitif yönlü zayıf düzey bir ilişki vardır ($r=0,234$; $p=0,001$). ÇBASDÖ'nün Özel İnsan alt boyutu ile TSBÖ'nün başkaları ile iletişim alt boyutu arasında anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardır ($r=0,231$; $p=0,001$). ÇBASDÖ'nün Özel İnsan alt boyutu ile TSBÖ'nün yeni fırsat alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($r=0,126$; $p=0,076$). ÇBASDÖ'nün Özel İnsan alt boyutu ile TSBÖ'nün kişisel güçlülük alt boyutu arasında anlamlı pozitif yönlü çok zayıf bir ilişki vardır ($r=0,154$; $p=0,03$). ÇBASDÖ'nün Özel İnsan alt boyutu ile TSBÖ'nün manevi değişim alt boyutu arasında anlamlı pozitif yönlü bir ilişki vardır ($r=0,274$; $p<0,001$). ÇBASDÖ'nün Özel İnsan alt boyutu ile TSBÖ'nün yaşamı takdir alt boyutu arasında anlamlı pozitif yönlü çok zayıf bir ilişki vardır ($r=0,187$; $p=0,008$).

4. TARTIŞMA

Tip I Diyabet, gençlerde yaşamı derinden etkileyen kronik bir sağlık durumu olarak önemini korumaktadır. Hem fiziksel hem de psikososyal açıdan gençlerin yaşamlarını yönlendiren bu durum, sadece tıbbi müdahalelerle değil, aynı zamanda yaşam kalitesini etkileyen çeşitli faktörlerle de ilişkilidir. Bu faktörlerden biri de TSB ve algılanan sosyal destektir. Ancak, ergenlerde diyabetle ilişkili TSB ve sosyal destek arasındaki

dinamik ilişki çok fazla araştırılmamıştır. Bu çalışma, bu önemli ilişkiyi anlamak için bir adım olarak tasarlanmıştır. Bu çalışma TSB ile sosyodemografik değişkenlerin ve algılanan sosyal destek arasındaki ilişkinin var olup olmadığını incelemiştir.

Literatürde erişkinlerde TSB'yi etkileyen birçok faktör olduğu vurgulanmaktadır. Ancak çocuklarda TSB'yi etkileyen faktörler daha karmaşıktır. Çocukluk dönemi, farklı gelişim dönemlerini içerdiğinden her gelişim döneminde çocukların travmatik olaylara verecekleri tepkiler, olaya dair değerlendirmeleri ve baş etme becerileri değişiklik gösterebilmektedir (Cryder ve ark., 2006). Tip I Diyabet tanılı çocuklarla yapılan az sayıdaki çalışmada TSB'yi etkileyen yaş, cinsiyet, aile durumu, eğitim, kardeş sayısı gibi bazı sosyodemografik değişkenlerin varlığını göstermiştir (Arpawong ve ark., 2013, Duran, 2013, Turner ve ark., 2012).

Bu çalışmada, Tip 1 diyabet tanısı almış ergenlerin cinsiyeti ile TSB ve algılanan sosyal destek arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir. Cinsiyet değişkeninin algılanan sosyal destek üzerindeki etkisini inceleyen literatürdeki çalışmaların sonuçları çeşitlilik göstermektedir. Yapılan bir çalışmada erkek katılımcıların sosyal destek algısının daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Gallicchio ve ark., 2007). Ancak Yamaç'ın (2009) çalışmasında; yetişkin kadın katılımcıların algıladıkları sosyal desteğin yetişkin erkek katılımcılara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Güven tarafından 2010 yılında gerçekleştirilen başka bir çalışmada ise, algılanan sosyal destek cinsiyet değişkeni arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Bu farklı sonuçlar, cinsiyetin algılanan sosyal destek üzerindeki etkisinin karmaşıklığını ve bağlamdan bağlama değişebileceğini vurgulamaktadır. TSB ve cinsiyet arasında bir ilişki olup olmadığı yönünde literatüre bakıldığında cinsiyet değişkeninin TSB'yi doğrudan etkileyen bir değişken olmadığı belirlenmiştir (Yi ve Kim, 2014, Sikorová ve Strakošová, 2022).

Çalışma kapsamında yaş değişkeni ile TSB ve alt boyutları arasında anlamlı bir farklılık görülmüştür. TSB'nin 13 yaş altı çocuklarda daha yüksek oranlarda gerçekleştiği ancak 13 yaş üzerinde daha az gerçekleştiği saptanmıştır. Yine 13 yaş altı çocuklarda algılanan aile ve özel insan desteği fazlayken 13 yaş üstü çocuklarda tam tersine daha az olduğu saptanmıştır. Barakat ve arkadaşları tarafından (2006) yapılan bir çalışmada tanı anında yaş arttıkça TSB'nin arttığı, tanıdan sonra geçen süre uzadıkça TSB'nin azaldığı belirlenmiştir. Bir başka çalışmada ise hastalık belirtileri gösteren çocukların daha düşük TSB gösterdikleri ancak akran ve aile desteğinin TSB yüksek düzeyde gerçekleşmesinde olumlu etkisinin olduğu belirtilmiş ve çocukluk döneminde aile desteği ve akran desteği alan hasta çocukların semptomlar devam etse dahi yüksek TSB gerçekleştirebilecekleri yönünde bir saptamada bulunmuştur (Devine ve ark., 2010). Çalışma kapsamında ulaşılan çocukların yarısından fazlasının 5 yıl ve üzeri süredir Tip 1 tanısı almış olmaları göz önüne alındığında, tanıdan sonra geçen sürenin artması nedeniyle 13 yaş üzeri çocuklarda TSB puanlarının 15 yaş altına göre düşük çıkmasına sebep olarak gösterilebilir. Ayrıca 13 yaş altı çocukların gelişim dönemleri göz önüne alındığında, ergenlik döneminin başında olmaları ve aile ile ilişkilerinin 13 yaş üstü çocuklara göre daha fazla olması nedeniyle algıladıkları sosyal desteğin de fazla olmasının TSB düzeylerinin yüksek olmasına neden olabileceği düşündürmüştür.

Çalışmada kardeş sayısına göre algılanan sosyal destek toplam ve alt boyut puanları ile TSB toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir ($p>0,050$). Trojanowska ve diğerleri (2021) tarafından yapılan araştırmada; çocukların hastalıklara karşı tutumlarını etkileyen faktörleri incelenmiş olup çocukların hastalığa karşı tutumları ile kardeş sayısı arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığını ancak yaşanan yer ve aile yapısının, çocukların hastalığa karşı tutumlarında belirgin farklılıklara neden olduğu tespit edilmiştir. Yapılan başka bir çalışmada kardeş sayısının sosyal destek düzeyi üzerinde etkili olmadığı bildirilmiştir (Kozaklı, 2006). Ayrıca bu çalışmada Tip 1 diyabet tanısının ne zaman konulduğuna göre algılanan sosyal destek toplam ve alt boyut puanları ile TSB toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ($p>0,050$). Yi ve Kim (2014), kanser tedavisi bitmiş ergenlerde TSB'Yİ etkileyen faktörleri inceledikleri çalışmalarında, daha büyük yaşta olan ve tanıdan sonra daha kısa süre geçen ergenlerin daha yüksek TSB gösterdiğini saptamışlardır. Ancak TSB'nin gelişimini etkileyen birçok faktör vardır. Tip I Diyabet gibi süregelen hastalıklarda hastalık tehdidinin devam ediyor oluşu tanı alan çocukların aile yapıları, ailelerin kültürel farklılıkları gibi değişkenlerin varlığı ve örneklemin küçük olması nedenlerinden dolayı çalışmada tanı konma zamanı ile TSB ve algılanan sosyal destek arasında anlamlı bir sonuç bulunamadığı söylenebilir.

Çalışmamızda da Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve alt boyutları ile TSB Ölçeği ve alt boyutları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Literatürde TSB ile algılanan sosyal destek arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmalara bakıldığında da çalışmamızla benzer sonuçlar elde edildiği görülmüştür (Ayaltı ve Bayraktar, 2015, Cordova ve ark., 2001, Karancı, 2005, Kinsinger ve ark., Prati ve Pietrantonio, 2009, Şakiroğlu, 2019, Yılmaz ve Zara, 2016).

Sikorová ve Strakošová tarafından 2022 yılında diyabetli çocuklar üzerinde gerçekleştirilen bir çalışmada, sosyal desteğin diyabetli çocuklarda TSB ile en güçlü ilişkilendirilen faktör olduğu ortaya konmuştur. Aynı çalışmada, ergen bireylerin güçlü sosyal destek sistemlerine sahip olmalarının, yeni olasılıkları değerlendirmelerini, yaşamlarını anlamlandırmalarını ve başa çıkma stratejilerini artırdığı ve manevi değişimlerini pekiştirebileceği vurgulanmıştır. Çalışmamızda da algılanan sosyal desteğin diğer insanlarla ilişkileri artırma ve yaşamı takdir etme boyutları ile travma sonrası büyümeye önemli oranda etki ettiği tespit edilmiştir. Ayrıca çalışmada algılanan sosyal desteğin aile ve arkadaş çevresi tarafından verilmesinin TSB açısından özel bir insan tarafından verilmesine oranla daha etkili olduğu da saptanmıştır. Travmatik bir durum sonrasında bireyin ailesi ve yakın çevresi tarafından duygusal olarak desteklenmesi, birey üzerindeki stresi azaltmakta ve daha yüksek bir TSB yaşamasına imkan sağlayabilmektedir (LotfiKashani ve ark., 2014, Swickert ve Hittner, 2009). Aileden ve özel bir kişiden algılanan sosyal desteğin TSB üzerinde yordayıcı bir değişken olduğu literatür ile uyumlu olarak saptanmıştır (Aydın ve Kaya 2022, , Cheng ve Lui, 2022, Fariz ve ark., 2021, Hu ve ark., 2022, Northfield ve Johnston, 2022). Tip 1 diyabet tanısı sonrası aileden ve yakın çevreden gelen geri bildirimler sayesinde çocuklarda stres düzeyi azalmakta ve daha yüksek TSB yaşanabilmektedir (LotfiKashani ve ark, 2014). Aladağ tarafından da 2000 yılında yapılan bir çalışmada

kronik hastalığa sahip bireylerin sosyal destek kaynaklarının ilk önce aileleri tarafından sağlandığı ardından arkadaş grubu olduğu tespit edilmiştir.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak Tip 1 diyabet tanılı çocuklarda yaş değişkeni dışında diğer değişkenler ile TSB ve algılanan sosyal destek arasında bir ilişki saptanamamıştır. Bu durumun örneklemin küçük olması ve tek bir merkezi kapsamı nedeninden kaynaklanmış olabileceği düşünülmüştür. Araştırmanın daha geniş örneklemelerde yenilenmesi yararlı olabilir.

Tip 1 diyabet tanısı alan çocuklarda TSB'nin ortaya çıkmasında algılanan sosyal desteğin önemli bir etken olduğu bulunmuştur. Literatür incelendiğinde de sosyal desteğin travma sonrası büyümenin ortaya çıkmasında kolaylaştırıcı bir etkisi olacağı belirtilmiştir.

Bu çalışma, Tip 1 diyabetli çocukların tanı sonrasında yaşadığı psikososyal sorunlar ve travmatik süreçlerde sosyal desteğin artırılmasının gerekliliğini ortaya kaymaktadır. Tip 1 diyabet, çocukların ve ailelerin psikososyal ve ekonomik işlevselliğini önemli ölçüde etkilemektedir. Tanı sonrasında çocuklar ve aileleri tıbbi, psikososyal ve ekonomik birçok güçlükle karşı karşıya kalmaktadır.

Bu kapsamda çocuklara, ailelerine ve yakın çevrelerine yönelik güçlendirici çalışmaların yapılması önem arz etmektedir. Çocuklara ve ailelerine yönelik bütüncül bir bakış açısı oluşturularak tanı sonrasında medikal tedavinin yanı sıra psikososyal destek hizmetlerin verilmesi de gerekmektedir. Bu bağlamda güçlüklerin belirlenerek ihtiyaçların karşılanmasında multidisipliner ekip çalışmasına ihtiyaç duyulmaktadır. Bu mesleklerden biri de sosyal hizmet mesleğidir. Sosyal hizmet, güçlendirme odaklı bir perspektifle hareket edebilen, bireyi çevresi içinde bir bütün olarak ele alabilen meslektir. Bu bağlamda çocukların ve ailelerinin diyabetle başa çıkma becerilerini geliştirmelerine, kaygılarını azaltmalarına ve yaşam kalitelerini artırmalarına yardımcı olabilir.

Hastalık sürecinde sosyal desteğin artırılması sadece hastane temelli düşünülmemelidir. Bu kapsamda bütüncül bir yaklaşım çerçevesinde tıbbi tedaviye destek amaçlı müdahaleler ile birlikte çocuğun ve ailenin gündelik yaşamlarına yönelik müdahalelerinde planlanması gerekmektedir. Bu kapsamda mevcut koşullar göz önünde bulundurularak hastane temelli ve sosyal yaşam temelli sosyal hizmet müdahalelerinin hayata geçirilmesi gerekmektedir. Öncelikli olarak çocukların ve ailelerin tıbbi tedavilerinin devam ettiği Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Kliniklerinde psikososyal destek birimleri oluşturulmalıdır. Bu birimlerde psikolog, sosyal hizmet uzmanı, diyetisyen, çocuk gelişim uzmanı ve hekimler yer almalıdır. Bu birimlerde sosyal hizmet uzmanları çocuklara ve ailelerine duygusal destek, bilgi sağlama, psikoeğitim, danışmanlık hizmeti ile sosyal destek sistemlerinin artmasına yardımcı olmalı aynı zamanda bireylerin toplum kaynaklarını kullanmaları içinde yönlendirici olmalıdır.

Ayrıca bu çocukların okul içinde takiplerinin sağlanması, okul uyum sorunlarının tıbbi ekiplerle bağlantılı bir şekilde takip edilmesi amacıyla okul sosyal hizmeti uygulamasının başlatılması, çocukların aile üyeleri ve yakın arkadaşları ile sağlam bir sosyal destek ağı oluşturabilmeleri için stratejiler belirlenmesi, çocukların

kendilerine zaman ayırmaları, hastalık süreci, sosyal haklar hakkında eğitimler alması amacıyla sosyal hizmet merkezlerinin başta tip 1 diyabet olmak üzere çocukluk dönemi kronik hastalıklarının takibi için yeni hizmet modellerinin belirlenmesi hem ailelerin hem de çocukların sosyal destek algısını artıracak öte yandan hastalık sürecinde de TSB gerçekleştirme olasılıkları daha da artabilecektir.

Kaynakça

- American Diabetes Association. (2018). Classification and diagnosis of diabetes: Standards of medical care in diabetes 2018. *Diabetes Care*, 41(Supplement_1), S13-S27. <https://doi.org/10.2337/dc18-S013>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Altundağ, S. (2018). Tip 1 diyabetli çocukların hastalığa uyumunda eğitimin ve sosyal desteğinetkisi. *Pamukkale Medical Journal*, 11(2), 137-144.
- Arpawong, T. E., Richeimer, S. H., Weinstein, F., Elghamrawy, A., & Milam, J. E. (2013). Posttraumatic growth, quality of life, and treatment symptoms among cancer chemotherapy outpatients. *Health Psychology*, 32(4), 397.
- Ayalıtı, E. E., & Bayraktar, S. (2015). Examination of factors related with posttraumatic growth in infertile individuals. *International Journal of Social Sciences and Education Research*, 3(4), 1216-1232.
- Aydın, A., & Kaya, Y. (2022). Post-traumatic growth experiences of individuals having completed treatment for Coronavirus: A qualitative study. *Cyprus Turkish Journal of Psychiatry & Psychology*, 4(1), 23-33.
- Barakat, L. P., Alderfer, M. A., & Kazak, A. E. (2006). Posttraumatic growth in adolescent survivors of cancer and their mothers and fathers. *Journal of pediatric psychology*, 31(4), 413-419.
- Blanz, B. J., Rensch-Riemann, B. S., Fritz-Sigmund, D. I., & Schmidt, M. H. (1993). IDDM is a risk factor for adolescent psychiatric disorders. *Diabetes Care*, 16(12), 1579-1587.
- Cheng, L., & Liu, L. (2022). Exploring posttraumatic growth after the COVID-19 pandemic. *Tourism Management*, 90, 104474. <https://doi.org/10.1016/j.tourman.2021.104474>
- Chiba, R., Miyamoto, Y., & Funakoshi, A. (2014). The concept of "benefit finding" for people at different stages of recovery from mental illness; a Japanese study. *Journal of mental health*, 23(1), 20-24.
- Cordova, M. J., Cunningham, L. L., Carlson, C. R., & Andrykowski, M. A. (2001). Posttraumatic growth following breast cancer: A controlled comparison study. *Health psychology*, 20(3), 176.
- Çeçen, A. R. (2008). Öğrencilerinin cinsiyetlerine ve ana baba tutum algılarına göre yalnızlık ve sosyal destek düzeylerinin incelenmesi. *Türk Eğitim Bilimleri Dergisi*, 6(3), 415-431.
- Dirik, G., & Göcek-Yorulmaz, E. (2018). Positive sides of the disease: Posttraumatic growth in adults with type 2 diabetes. *Behavioral Medicine*, 44(1), 1-10.
- International Diabetes Federation. (2021). *Diabetes Atlas*. Erişim tarihi: 15 Mart 2024
- International Diabetes Federation. (2022). <https://diabetesatlas.org/atlas>. Erişim tarihi: 15 Mart 2024
- Durak, M., & Durak, E. Ş. (2019). Tip-II diyabetli hastalarda travmatik sonrası büyüme üzerinde başa çıkma stilleri ve kaçınma arasındaki ilişki. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 11, 165-175.
- Duran, B. (2013). Posttraumatic growth as experienced by childhood cancer survivors and their families: A narrative synthesis of qualitative and quantitative research. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 30(4), 179-197.
- Dünya Sağlık Örgütü. (2021). *Diyabet*. https://www.who.int/health-topics/diabetes#tab=tab_3 Erişim Tarihi: 15 Mart 2024
- Dürü, Ç. (2014). TSB. *Ufuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (sayı), 117-143.
- Eckshtain, D., Ellis, D. A., Kolmodin, K., & Naar-King, S. (2010). The effects of parental depression and parenting practices on depressive symptoms and metabolic control in urban youth with insulin dependent diabetes. *Journal of Pediatric Psychology*, 35(4), 426-435.
- Endokrinoloji, Ç., & Diyabetli Çocuklar ve Ergenler Grubu (D.D.D.Ç.E.). (2020). *Okullarda diyabet eğitimi programı 2010*.
- Er, M. (2006). Çocuk, hastalık, anne-babalar ve kardeşler. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 49(2), 155-168.
- Fariz, S., Kadakal, A., & Fariz, G. (2021). Pandemi sürecinde sağlık çalışanlarında travma sonrası büyümenin stresle başa çıkma ve algılanan sosyal destek açısından yordanması. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(3), 292-301.
- Galliechio, L., Hoffman, S. C., & Helzlsouer, K. J. (2007). Toplumsal cinsiyet, sosyal destek ve Washington County, Maryland'de bir toplum tabanlı çalışmada sağlık ile ilgili yaşam kalitesi arasındaki ilişki. *Quality of Life Research*, 16, 777-786.

- Guha, M., & Carson, J. (2014). Pozitif psikoloji, faydacılık ve mutluluğun peşinde koşma. *Journal of Mental Health*, 23(4), 159-161.
- Güven, K. (2010). Marmara depremini yaşayan yetişkinlerin algıladıkları sosyal destek düzeyleri ile travma sonrası gelişim ve depresyon arasındaki ilişkinin incelenmesi (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü).
- Hu, J., Huang, Y., Liu, J., & Zheng, Z. (2022). COVID-19 ile ilişkili stres ve zihinsel sağlık sonuçları, Çin'de salgın zirvesinden 1 yıl sonra: Dayanıklılık ve sosyal desteğin arabuluculuk etkisi. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 828379.
- Kapikiran, Ş., & Özgüngör, S. (2009). Ergenlerin sosyal destek düzeylerinin akademik başarı ve güdülenme düzeyi ile ilişkileri. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 16(1), 21-30.
- Karancı, N. (2005). Travma sonrası gelişim ve yordayıcı faktörler. *Uluslararası Ruhsal Travma Toplantıları IV, Özet Kitabı*.
- Karancı, A. N., & Erkam, A. (2007). Türk meme kanseri hastalarında stresle ilişkili büyüme ile ilişkili değişkenler. *Stress and health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 23(5), 315-322.
- Kes, D., & Can Cicek, S. (2021). Farkındalıkli yeme, obezite ve üniversite öğrencilerinde tip 2 diyabet riski: Bir kesitsel çalışma. *Nursing Forum*, 56(3), 483-489.
- Kinsinger, D. P., Penedo, F. J., Antoni, M. H., Dahn, J. R., Lechner, S., & Schneiderman, N. (2006). Lokalize prostat kanseri tedavisi gören erkeklerde fayda bulmanın psiko-sosyal ve sosyo-demografik korelatları. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 15(11), 954-961.
- Kozaklı, H. (2006). Üniversite öğrencilerinde yalnızlık ve sosyal destek düzeyleri arasındaki ilişkilerin karşılaştırılması (Yüksek lisans tezi, Mersin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Mersin).
- Kovacs, M., Finkelstein, R., Feinberg, T. L., Crouse-Novak, M., Paulauskas, S., & Pollock, M. (1985). Çocuklarında insülin-bağımlı diabetes mellitus teşhisine ebeveynlerin ilk psikolojik tepkileri. *Diabetes Care*, 8(6), 568-575.
- Linley, P. A., & Joseph, S. (2004). Travma ve zorluktan sonra olumlu değişim: Bir inceleme. *Journal of traumatic stress: official publication of the international society for traumatic stress studies*, 17(1), 11-21.
- Lotfi-Kashani, F., Vaziri, S., Akbari, M. E., Kazemi-Zanjani, N., & Shamkoeyan, L. (2014). Predicting post traumatic growth based upon self-efficacy and perceived social support in cancer patients. *Iranian journal of cancer prevention*, 7(3), 115.
- Maahs, D. M., West, N. A., Lawrence, J. M., & Mayer-Davis, E. J. (2010). Epidemiology of type 1 diabetes. *Endocrinology and Metabolism Clinics*, 39(3), 481-497.
- Malecki, C. K., & Demaray, M. K. (2006). Social support as a buffer in the relationship between socioeconomic status and academic performance. *School Psychology Quarterly*, 21(4), 375.
- Northfield, E. L., & Johnston, K. L. (2022). "I get by with a little help from my friends": Posttraumatic growth in the COVID-19 pandemic. *Traumatology*, 28(1), 195.
- Payot, A., & Barrington, K. J. (2011). The quality of life of young children and infants with chronic medical problems: review of the literature. *Current problems in pediatric and adolescent health care*, 41(4), 91-101.
- Prati, G., & Pietrantonio, L. (2009). Optimism, social support, and coping strategies as factors contributing to posttraumatic growth: A meta-analysis. *Journal of loss and trauma*, 14(5), 364-388.
- Saka HN. (2003). Diabetes Mellitus. *İçinden: Pediatrik Endokrinoloji* (415-455). (Ed.) Günöz H, Öcal G, Yordam N, Kurtuluş S. Kalkan Matbaacılık
- Sikorová, L., & Strakošová, T. Posttraumatic growth in children and adolescents with type 1 diabetes. *Pielęgniarstwo XXI wieku/Nursing in the 21st Century*, 21(3), 158-162.
- Senol-Durak, E. (2014). Stress related growth among diabetic outpatients: role of social support, self-esteem, and cognitive processing. *Social indicators research*, 118, 729-739.
- Spencer, J., Cooper, H., & Milton, B. (2010). Qualitative studies of type 1 diabetes in adolescence: a systematic literature review. *Pediatric diabetes*, 11(5), 364.
- Tang, T. S., Brown, M. B., Funnell, M. M., & Anderson, R. M. (2008). Social support, quality of life, and self-care behaviors among African Americans with type 2 diabetes. *The diabetes educator*, 34(2), 266-276.
- Tanyeri, F. (1996). Diabetes mellitusun sınıflandırılması ve prevalansı. *Aktüel tıp dergisi*, 7, 500-503.

- Trojanowska, A., Emeryk, A., & Zarzycka, D. (2021). Asthmatic children's attitudes towards their illness. *Advances in Dermatology and Allergology/Postępy Dermatologii i Alergologii*, 38(6), 1065-1070.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). " Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence". *Psychological inquiry*, 15(1), 1-18.
- Törüner, E. K. (2015). Büyükgönenç L. Çocuk sağlığı ve temel hemşirelik yaklaşımları. Ankara: Göktuğ Yayıncılık.
- Tran, V., Wiebe, D. J., Fortenberry, K. T., Butler, J. M., & Berg, C. A. (2011). Benefit finding, affective reactions to diabetes stress, and diabetes management among early adolescents. *Health Psychology*, 30(2), 212.
- Turner-Sack, A. M., Menna, R., & Setchell, S. R. (2012). Posttraumatic growth, coping strategies, and psychological distress in adolescent survivors of cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 29(2), 70-79.
- Türk Diyabet Cemiyeti. (2024). Diyabet Yıllığı 2020, <https://diyabetcemiyeti.org/uploads/yillik/2020-diyabet-yilligi.pdf> Erişim: 29.02.2024 tarihinde edinilmiştir.
- Vermetten, E., Frankova, I., & Carmi, L. (Eds.). (2020). *Risk Management of terrorism induced stress: guidelines for the golden hours (Who, What and When)* (Vol. 148). IOS Press.
- Vos, T., Barber, R. M., Bell, B., Bertozzi-Villa, A., Biryukov, S., Bolliger, I., ... & Brugha, T. S. (2015). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The lancet*, 386(9995), 743-800.
- Uluslararası Diyabet Federasyonu. (2022) Çevrimiçi <https://diabetesatlas.org/atlas> Erişim 15 Mart 2024
- Uluslararası Diyabet Federasyonu. (2017). Diabetes Atlas, 8. <https://diabetesatlas.org/atlas> Erişim 15 Mart 2024
- Yamaç, Ö. (2009). *Üniversite öğrencilerinin algıladıkları sosyal destek ile stresle başa çıkma stilleri arasındaki ilişki* (Master's thesis, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü).
- Yılmaz, M., & Zara, A. (2016). Traumatic loss and posttraumatic growth: the effect of traumatic loss related factors on posttraumatic growth. *Anatolian Journal Of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 17(1).
- Yehuda, R., & LeDoux, J. (2007). Response variation following trauma: a translational neuroscience approach to understanding PTSD. *Neuron*, 56(1), 19-32.
- Yi, J., & Kim, M. A. (2014). Postcancer experiences of childhood cancer survivors: how is posttraumatic stress related to posttraumatic growth?. *Journal of traumatic stress*, 27(4), 461-467.
- Zhao, H. X., Stenhouse, E., Soper, C., Hughes, P., Sanderson, E., Baumer, J. H., ... & Millward, B. A. (1999). Incidence of childhood-onset Type 1 diabetes mellitus in Devon and Cornwall, England, 1975–1996. *Diabetic medicine*, 16(12), 1030-1035.
- Zebrack, B. J., Gurney, J. G., Oeffinger, K., Whitton, J., Packer, R. J., Mertens, A., ... & Zeltzer, L. K. (2004). Psychological outcomes in long-term survivors of childhood brain cancer: a report from the childhood cancer survivor study. *Journal of Clinical Oncology*, 22(6), 999-1006.
- Wee, H. L., Lee, W. W. R., Ravens-Sieberer, U., Erhart, M., & Li, S. C. (2005). Validation of the English version of the KINDL® generic children's health-related quality of life instrument for an Asian population—results from a pilot test. *Quality of life research*, 14, 1193-1200.



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: 2024 Aralık/ December Sayı/Issue:24

YAŞILARA YÖNELİK BAKIM HİZMETLERİNDE KALİTENİN TEMEL UNSURLARI: YAŞILARIN REFAHI İÇİN YÜKSEK STANDARTLAR

Hatice Selin IRMAK¹

Makale Bilgileri/ Article info

Makalenin Türü/Article Type: Araştırma Makalesi
Geliş Tarihi / Date Received:09.07.2024
Revizyon Tarihi/Date Revised:14.10.2024
Kabul Tarihi / Date Accepted: 22.10.2024
Yayın Tarihi / Date Published: 03.01.2025
DOI: 10.46218/tshd.1513321

Makale Künyesi/To cite this article:

İrmak,H.S.(2024, Aralık). Yaşlılara Yönelik Bakım Hizmetlerinde Kalitenin Temel Unsurları: Yaşlıların Refahı İçin Yüksek Standartlar. Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi, 86-97.

Sorumlu Yazar/Corresponding Author:
Hatice Selin IRMAK, Dr. Öğr. Üyesi, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Gerontoloji Bölümü, haticeselin.irmak@iuc.edu.tr

Öz

Günümüzde, dünya genelinde nüfusun yaşlanmasıyla birlikte, yaşlı yetişkinlerin bakımı giderek daha önemli hale gelmektedir. Yaşlı insanların yaşam kalitesini artırmak ve refahlarını sağlamak için yüksek standartlarda bakım hizmetleri gerekmektedir. Kaliteli bakım hizmetleri, yaşlıların bağımsızlıklarını sürdürmelerine, saygınlıklarını korumalarına ve kendilerini değerli hissetmelerine yardımcı olabilmelidir. Bu bakımdan, yaşlı bakımında kalitenin önemi sadece yaşlıların fiziksel ihtiyaçlarının karşılanmasıyla sınırlı değildir; aynı zamanda duygusal, sosyal ve manevi refahlarını da içerir. Bu bağlamda, yaşlı bakımında kalite kavramı, hizmetlerin etkili, güvenli ve bireyselleştirilmiş bir şekilde sunulması ile ilgilidir ve yaşlı bakımında kalite kavramı, hizmetlerin etkinliği, güvenilirliği, erişilebilirliği ve kişiselleştirilmesi gibi çeşitli unsurları içermektedir.

Anahtar Kelimeler: Formal yaşlı bakım hizmetleri, Bakım hizmetlerinde kalite, Hizmet kalitesi unsurları, Yaşlı refahı, Gerontolojik sosyal hizmet.

BASIC ELEMENTS OF QUALITY IN CARE SERVICES FOR OLDER ADULTS: HIGH STANDARDS FOR THE WELFARE OF OLDER ADULTS

Abstract

Today, with the aging of the population worldwide, the care of older adults is becoming increasingly important. High standards of care are needed to improve the quality of life and well-being of older people. Quality care services should be able to help older people maintain their independence, maintain their dignity and feel valued. In this respect, the importance of quality in elderly care is not only limited to meeting the physical needs of the elderly; it also includes their emotional, social and spiritual well-being. In this context, the concept of quality in elderly care is related to the provision of services in an effective, safe and individualized manner, and the concept of quality in elderly care includes various elements such as effectiveness, reliability, accessibility and personalization of services.

Keywords: Formal older adults care services, Quality in care services, Elements of service quality, Older people's welfare, Gerontological social work.

¹ Dr. Öğr. Üyesi, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Gerontoloji Bölümü, ORCID: 0000-0001-5032-1767

Giriş

Yaşlı nüfusun dünya genelinde hızla artması, yaşlı bakım hizmetlerinin kalitesini artırma gerekliliğini gündeme getirmiştir. Kaliteli bakım hizmetleri, yaşlı bireylerin fiziksel, duygusal ve sosyal ihtiyaçlarını karşılamayı hedefler. Bu bağlamda, yaşlı bakımında kalite kavramı, sadece temel ihtiyaçların karşılanmasıyla sınırlı kalmayıp, yaşlıların yaşam kalitesini artırmayı ve onlara saygın bir yaşam sunmayı amaçlar (Öztürk & Lund, 2018). Kalite, yaşlı bakım hizmetlerinin etkinliği, verimliliği ve yaşlıların memnuniyeti ile doğrudan ilişkilidir. Bu bağlamda, personel eğitimi, bakım ortamının güvenliği ve bireyselleştirilmiş bakım planları gibi unsurlar kritik rol oynamaktadır (Üçok, 2023). Bakım ortamının güvenliği ise yaşlıların fiziksel sağlığını korumak için hayati öneme sahiptir. Ayrıca, bireyselleştirilmiş bakım planları, her yaşlının benzersiz ihtiyaçlarına ve tercihlerine göre düzenlenir, bu da yaşlıların bağımsızlıklarını korumalarına ve yaşam kalitelerini artırmalarına yardımcı olur.

Hizmet kalitesi "genel olarak tüketici beklentilerine uygunluk" (Tavmergen, 2002: 31), "sunulan hizmetin müşteri beklentisini karşılama düzeyi" (Altman & Marilyn, 1995:45), "müşteri beklentilerini karşılayabilme ve ihtiyaç ve gereksinimleri belirleyebilme derecesi" (Edvardsson, 1998: 142), "müşteri beklentilerinin sunulan hizmet ile karşılaştırılması, müşteri davranışlarına odaklanması" (Kandampully, 1998:431-433), "performans ve ideal standartlar arasındaki kıyaslama" (Teas, 1993:27), "beklenen hizmet ve algılanan hizmet performansının karşılaştırılması ve hizmetin üstünlüğüne dair davranışla, fikirle, benzer olarak toplam bir değerlendirme, küresel karar ve tutumlar" (Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1985: 42) şeklinde tanımlanmaktadır. Hizmetlerin çeşitliliği ve kendilerine özgü yapıları, ölçümlerini zor ve karmaşık hale getirirse de hizmet sektöründeki kuruluşlar, kalitenin rekabet edebilmenin temel bir unsuru olduğunun farkındadır. Bu nedenle, sundukları hizmetlerin kalitesini artırmak için sürekli arayış içindedirler. "Ölçemediğini daha iyi bir hale getiremezsin" düşüncesinden etkilenen hizmet sektöründeki şirketler, kendi hizmetlerinin kalitesini ölçmeye çalışmaktadırlar (Kuzu, 2010: 34). Hizmet kalitesinin ölçülmesi noktasında önemli olan kalite göstergeleri (Q'ler), "kalitedeki değişiklikleri ölçmek, izlemek ve iyileştirme alanlarını belirlemek için sağlık bakım ortamlarında sıklıkla kullanılan standartlaştırılmış, kanıta dayalı ölçümler" şeklinde tanımlanmaktadır. Kalite göstergeleri, bakım hizmetleri sunumunda da kalite standartlarının ayrılmaz parçaları olarak görülmektedir (Özgöbek, 2019: 22).

Bakımda kalite standartları olması gerekeni, yani optimal bakım hizmetinin temel esaslarını; bakım hizmetleri kalitesi bakım hizmetlerinin mevcut seviyesini ve yapısını, bir başka ifadeyle bakım hizmetlerinin nasıl gerçekleştiğini yansıtmayı hedeflemektedir. Bakım hizmetlerinde kalite çalışmaları, kendi alanına özgü gelişimi yerine sağlık hizmetlerinde yer alan kalite kavramları üzerinden gelişmiştir. Sağlıkta kalite konusunda katkıları olan araştırmacılardan Donabedian (1988) sağlık hizmetleri kalitesini yapı, süreç ve sonuç olmak üzere üç bileşenli bir çerçeveden oluştuğunu ifade etmiştir. Bakım hizmetleri kalitesini belirleme çalışmalarında da bu çerçeveden yola çıkılmaktadır (ANCIEN, 2012).

Bakım hizmetlerinin yapısı, insan kaynakları veya organizasyonel yapı gibi bakımın sağlandığı ortamın özelliklerini; bakım hizmetleri süreci, bakım sağlamak için gerçekleştirilen faaliyetleri ve bakım hizmetlerinin sonuçları, sağlanan bakımın etkilerini (hem iyi hem de kötü) ifade etmektedir (Kaya, 2013: 71). Bu farklı standart türleri her ne kadar üç ayrı boyutta ele alınıyorsa da bakım hizmetlerinin kalitesini etkileme ve beklentilere cevap verme bakımından üçü de önemli derecede rol aldığından, çoğu kez bir bütün halinde değerlendirilmektedir (Foong, Siette & Jorgensen, 2022). Bu alanlardaki kalite göstergelerinin aynı zamanda hükümetler ve hizmet sağlayıcılar tarafından yeterince izlenmesi, karşılaştırılması ve iyileştirme sağlanması için geçerli, güvenilir, uygulanabilir, kabul edilebilir ve hassas olması gerekir. En önemlisi, potansiyel bakım kullanıcılarının, bakım hizmeti sağlayıcıları arasında bilinçli seçimler yapması isteniyorsa, kalite göstergesi bilgilerinin kamuya açık olması gerekmektedir (Chou, Boldy & Lee, 2001).

1. Yaşlı Bakımında Kalitenin Önemi

Yaşlı bireylerin bakımında kalitenin sağlanması; onların yaşam kalitesini artırmak ve insanca yaşamalarını sağlamak açısından oldukça önemlidir (Cleland vd., 2021). Kaliteli bakım hizmetleri; yaşlı bireylerin bağımsızlığını korumalarına, onurlarını korumalarına ve kendilerini değerli hissetmelerine yardımcı olabilir nitelikte olmalıdır. Bu yönüyle yaşlı bakımında kalitenin önemi, sadece yaşlı bireylerin fiziksel ihtiyaçlarını karşılamakla sınırlı değildir; aynı zamanda onların duygusal, sosyal ve ruhsal refahlarını da kapsamaktadır. Bu bağlamda Mot ve Willeme'e (2012) göre de uzun süreli bakım hizmetlerine dair kalite yaklaşımında, akut bakımdan farklı olarak bireyin sağlık ve sosyal alanlarına ait amaçlar bulunmakta; bakım ve sağlık hizmetleri arasında koordinasyonun sağlanması gerekliliği vurgulanmaktadır. Kaliteli yaşlı bakımı, yaşlıların insanca yaşamalarını sağlamak ve yaşam kalitelerini artırmak için bütünsel bir yaklaşımı gerektirmektedir (OECD, 2013). Bu kapsamda yaşlı bakım hizmetleri sunumunda kalite;

Yaşlıların Sağlık ve Refahını İyileştirir: Yaşlı bireylerin duygusal ve ruhsal refahlarının korunması, düzenli tıbbi kontrol, doğru ilaç yönetimi, beslenme desteği ve psikososyal destek sunulması yaşlıların sağlık durumunu optimize etmekte ve yaşam kalitelerini belirleyen unsurlar arasında yer almaktadır.

Yaşlıların Duygusal ve Sosyal İhtiyaçlarını Karşılar: Kaliteli bakım hizmetleri, yaşlıların duygusal ihtiyaçlarını anlamak, desteklemek ve onlarla empati kurmak üzerine odaklanmaktadır. Yaşlı bireylerin sosyal etkileşim içinde olmaları ve topluma katılımı, yaşam kalitelerini artıran bir faktördür. Sosyal etkinlikler, grup terapisi, psikolojik destek ve sosyal etkileşim fırsatları, yaşlıların yalnızlık ve izolasyon gibi sorunlarla başa çıkmalarına yardımcı olmakta ve onların yaşamdan zevk almalarını sağlamaktadır. Kaliteli yaşlı bakımı aynı zamanda sosyal etkileşimi teşvik eden ortamların oluşturulmasını içermektedir. Grup etkinlikleri, sosyal kulüpler, hobiler ve toplum içinde aktif rol alma fırsatları, yaşlıların sosyal izolasyondan kaçınmalarına yardımcı olabilmektedir. Duygusal olarak desteklenen yaşlılar, kendilerini daha mutlu ve tatmin olmuş hissederek yaşamlarının her alanında daha olumlu bir tutum sergileyebilirler.

Yaşlıların Onurlarını Korur: Yaşlıların tercihlerine saygı gösterilmesi, kişisel mahremiyetlerinin korunması ve onların kendi kararlarını vermelerine olanak tanınması anlamına gelmektedir. Kişisel mahremiyetin ve

saygının önemsendiği bir ortam sağlanarak, yaşlıların değerli hissetmesinin sağlanması kaliteli bakım hizmetlerinin temel bileşenlerinden biridir (Abbott vd., 2018; Jeon & Forsyth, 2016). Bu, onların özgüvenlerini artırmakta ve yaşamın her aşamasında saygı görmelerini sağlamaktadır (Cleland vd., 2021).

Yaşamın Anlam ve Amacını keşfetmesine yardımcı olur: Yaşlıların geçmiş deneyimlerini paylaşmalarını, hobilerine zaman ayırmalarını ve kendilerini sürekli olarak geliştirmelerini teşvik etmektedir. Yaşlı bireylerin yaşamdan keyif alması ve her günü değerli ve anlamlı hale getirmesi, kaliteli bakım hizmetlerinin sonuçlarından biridir.

Aileler ve Bakım Verenler İçin Destek Sağlar: Danışmanlık, eğitim ve duygusal destek hizmetleri, ailelerin bakım sürecini daha etkili bir şekilde yönetmelerine yardımcı olarak onların stres düzeyinin azaltılmasını sağlamaktadır.

Toplumsal Bağları Güçlendirir: Yaşlı bireylerin toplumun bir parçası olarak kabul edilmesi ve yaşamın her aşamasında aktif bir rol almaları teşvik edilir. Bu, yaşlıların toplumda değerli olduklarını hissetmelerini sağlamaktadır.

İnsan Haklarını Korur: Kişisel tercihlerine ve ihtiyaçlarına saygı gösterilerek, yaşlıların özgürlüklerinin korunması ve kendilerini ifade etmelerine olanak tanınmasını sağlamaktadır.

2. Yaşlı Bakımında Kalitenin Unsurları

Son zamanlarda, bakım hizmeti alan bireylerin kendi deneyimlerini doğrudan değerlendirebilecekleri öznel boyutların önemi vurgulanmaktadır. Bu yaklaşım, kullanıcıların bakım hizmetlerinin kalitesini kendilerinin değerlendirmesine dayanmaktadır ve bu yöntemin daha güvenilir sonuçlar sağlayabileceği düşünülmektedir. Medikal odaklı ölçüm yöntemlerinin, bakım hizmetlerinin karmaşıklığına tam olarak uygun düşmediği ve hizmet kalitesinin önemli yönlerinin eksik kalabileceği belirtilmektedir. Bu bağlamda, en umut verici yaklaşımın, klinik verilerin yanı sıra kullanıcı deneyimlerini de içeren eklettik bir ölçüm yaklaşımı olduğu öne sürülmektedir (OECD, 2013). Bakımda kalitenin ölçülmesinde objektif boyut olarak, bireyin yaşamındaki durumunun uygun “nesnel” göstergeleriyle (sosyoekonomik durum, ev ve çevresi, sosyal ilişkiler, sosyal destek ve aynı zamanda kamusal yaşama katılım derecesi) ölçülmesi düşünülmüştür. Öznel boyutunda odak noktasının ise bireysel olarak algılanmış yaşam kalitesinin, sadece ilgili yaşam alanlarını değil, aynı zamanda, “özgürlük”, “adalet” ya da bireyin deneyimlediği “özerklik” derecesi gibi soyut ortak değerleri de içerdiği belirlenmiştir. Ayrıca “onur”, “mahremiyet” veya “emniyet” gibi diğer maddi olmayan bileşenlerin önemi vurgulanmıştır (Hoffmann & Leichsenring, 2011). Bu genel kavramsallaştırma ile öznel ve nesnel unsurlar arasındaki ayrım konusunda az da olsa evrensel bir anlaşmaya varılmıştır.

2.1. Bireyselleştirilmiş Hizmetler

Bireyselleştirilmiş hizmetler, yaşlı bireylerin benzersiz ihtiyaçlarına odaklanarak kaliteli bir yaşlı bakımı sağlamak için rol oynamaktadır. Her yaşlı bireyin sağlık durumu, sosyal bağları, tercihleri ve değerleri

farklıdır. Bu nedenle, yaşlı bakımında kalite, bireyselleştirilmiş bir yaklaşımı gerektirmektedir. Hizmet sağlayıcılar, yaşlı bireylerle birebir iletişim kurarak ihtiyaçlarını anlamalı ve bu ihtiyaçlara uygun çözümler sunmalıdır (Nies vd., 2010).

Uzun süreli bakım hizmetlerinde kişi odaklı-bireye özel hizmetin verilmesi için vaka yönetimi yaklaşımına ihtiyaç duyulmuştur. Vaka yönetimi; bireylerin sağlık ve bakım gereksinimlerinin tanımlandığı, gereken aktivitelerin planlandığı, uygulandığı ve izlendiği multidisipliner bir sistem olarak tanımlanmaktadır. Burada temel amaç yüksek kaliteli ve maliyet etkili sonuçların elde edilmesi için eldeki kaynakların etkin kullanılmasıdır (Altındağ, 2020; Dill, 2001; Weil & Karls, 1985). Vaka yönetiminde belirtilen kaliteli ve sürekli bakıma ulaşabilmek için multidisipliner ekip üyeleri tarafından klinik rehberler, klinik yollar ve bakım protokolleri gibi araçlar kullanılır. Bakım protokolü, vaka yönetiminin önemli bir bileşeni olarak nitelendirilmiştir. Vaka yönetiminin etkinliğinin bakım protokolü kullanılarak yükseltilebildiği görülmüştür. Bakım protokolü; önceden belirlenen bakım sonuçlarına ulaşmak için ilgili disiplinler tarafından yapılması gereken aktiviteleri belli bir zaman çizelgesi üzerinde göstererek yapılanmış, multidisipliner bir klinik yönetim aracı olarak tanımlanmıştır (Özçelik vd., 2014). Kaliteli yaşlı bakım hizmetleri sunumunda bireyselleştirilmiş hizmetlerin bileşenleri Tablo 1’de yer almaktadır.

Tablo 1. Kaliteli Yaşlı Bakım Hizmetleri Sunumunda Bireyselleştirilmiş Hizmetlerin Bileşenleri

Bireysel İhtiyaçların Belirlenmesi	Bireyselleştirilmiş hizmetlerde ilk adım, yaşlı bireylerin özgün ihtiyaçlarını anlamaktır. Bu, bireyin sağlık durumu, yaşam tarzı, kültürel ve dini değerleri, kişisel tercihleri ve günlük aktiviteleri içermektedir. Bu bilgiler, yaşlı bireyin en iyi şekilde desteklenmesi için temel oluşturmaktadır.
Birey Odaklı Bakım Planları	Bireyselleştirilmiş hizmetlerde, yaşlı bireyler için özel olarak hazırlanan bakım planları kullanılmaktadır. Bu planlar, sağlık durumlarına, ilaç kullanımlarına, diyet gereksinimlerine ve kişisel hedeflere uygun olarak tasarlanmaktadır. Birey odaklı bakım planları, yaşlıların yaşamlarını daha iyi yönetmelerine ve bağımsızlıklarını sürdürmelerine yardımcı olmaktadır.
İletişim ve Katılım	Bireyselleştirilmiş hizmetlerde, yaşlı bireylerle sürekli iletişim kurmak önemlidir. Onların düşüncelerini, isteklerini ve endişelerini anlamak, sağlanan hizmetleri daha etkili bir şekilde uyarlamaya olanak tanımaktadır. Yaşlı bireylerin bakım süreçlerine katılımları teşvik edilmeli ve karar alma süreçlerine dahil edilmelidir.
Esneklik ve Ayarlanabilirlik	Bireyselleştirilmiş hizmetler, yaşlı bireylerin değişen ihtiyaçlarına hızlı ve esnek bir şekilde uyum sağlamalıdır. Bu, sağlık durumlarında değişiklikler, önceliklerde kaymalar veya kişisel tercihlerdeki değişiklikler gibi durumları içermektedir. Hizmet sağlayıcılar, bireylere özel çözümler sunarak bu esnekliği sağlamalıdır.
Gizlilik ve Saygı Gizlilik ve Saygı	Bireyselleştirilmiş hizmetlerde, yaşlı bireylerin gizliliği ve saygınlığına büyük önem verilmelidir. Kişisel bilgilerin korunması, mahremiyetin saygıyla ele alınması ve yaşlı bireylerin tercihlerine saygı gösterilmesi, güvenli ve destekleyici bir ortamın oluşturulmasına katkıda bulunmaktadır. Ayrıca, yaşlı bireyler "kalitenin" kendilerini saygıyla destekleyen bakım verenleri içermesi ve bakım verenlerin gizlilik ve saygının önemini anlamalarına yardımcı olacak şekilde eğitilmesi gerektiğini vurgulamaktadır.
Aile ve Toplum ile İş Birliği	Bireyselleştirilmiş hizmetlerde, yaşlı bireylerin aileleri ve toplum ile iş birliği önemlidir. Bu, daha kapsamlı bir destek ağı oluşturarak yaşlı bireyin sosyal bağlarını güçlendirebilir ve yaşam kalitesini artırabilir.

Not: Tablo ilgili literatür dahilinde yazar tarafından oluşturulmuştur. (Kaynakça: ANCIEN, 2012; , Abbott vd., 2018; COTA Australia, 2018; Hall, Dodd & Higginson, 2014; Jeon & Forsyth, 2016; Kuzu, 2010; Lothian & Philp, 2001; Woolhead vd., 2004).

2.2. Eğitimli ve Empatik Personel

Kaliteli yaşlı bakımı, nitelikli ve empatik personelin varlığına dayanmaktadır (COTA Australia, 2018; Jeon & Forsyth, 2016; Wells vd., 2018). Bakım personeli, yaşlı bireylerle iletişimde güçlü, sabırlı ve anlayışlı olmalıdır. Ayrıca, güncel sağlık bilgisi ve bakım teknikleri konusunda eğitim almış olmaları önemlidir. Bu, yaşlı bireylerin sağlık durumlarını daha iyi anlamalarını ve gerektiğinde uygun müdahalede bulunmalarını sağlamaktadır (Hasson & Arnetz, 2011). Bu personel, sadece profesyonel bilgiye değil, aynı zamanda insan odaklı bir yaklaşıma sahip olmalıdır (McCallum, Rees & Maccora, 2018). Kaliteli yaşlı bakım hizmetleri sunumunda eğitimli ve empatik personel varlığının bileşenleri Tablo 2’de yer almaktadır.

Tablo 2: Kaliteli Yaşlı Bakım Hizmetleri Sunumunda Eğitimli ve Empatik Personel Varlığının Bileşenleri

Profesyonel Eğitim ve Sertifikasyon	Eğitimli personel, yaşlı bakımında kaliteyi artırmak için gerekli bilgi ve becerilere sahip olmalıdır. Sağlık, psikososyal destek, iletişim becerileri ve acil durum müdahaleleri konularında uzmanlaşmış profesyonel eğitimler almalıdırlar. Ayrıca, ilgili bakım alanındaki güncel gelişmeleri takip etmeleri önemlidir.
Yaşlı Bakımı İçin Özel Eğitim	Yaşlı bakımı, genç ve sağlıklı bireylerin bakımından farklıdır. Eğitimli personel, yaşlı bireylerin özel ihtiyaçlarını ve sağlık durumlarını anlamak için yaşlı bakıma odaklanmış eğitim almış olmalıdır. Bu eğitim, yaşlı bireylerle etkili iletişim kurma, mobilite yardımı, yataktan kaldırma teknikleri gibi pratik becerileri de içermelidir.
Empati ve İnsan Odaklı Yaklaşım	Empati, yaşlı bireylerle güçlü bir bağ kurma ve onların duygusal ihtiyaçlarını anlama yeteneğidir. Personel, sadece fiziksel bakım değil, aynı zamanda duygusal destek sağlayarak yaşlı bireylerle güvenilir bir ilişki kurmalıdır. Empatik bir yaklaşım, yaşlıların kendilerini anlaşılabilir ve değerli hissetmelerini sağlamaktadır.
Sabır ve Anlayış	Yaşlı bakımında çalışan personel, sabır ve anlayışa sahip olmalıdır. Yaşlı bireylerin bazen daha fazla zaman, dikkat ve hassasiyet gerektirebilecek özel ihtiyaçları olabilir. Personel, bu durumları karşılamak için sabırlı bir tutum sergileyerek yaşlı bireylerle güvenilir bir ilişki kurabilmelidir.
Etkili İletişim Becerileri	İyi iletişim, yaşlı bakımında kalite standartlarını yükseltmektedir. Personel, yaşlı bireylerle ve aileleriyle açık, anlaşılır ve saygılı bir iletişim kurmalıdır. Ayrıca, yaşlı bireylerin ifade etmekte zorlandığı duyguları anlamak ve doğru şekilde tepki göstermek de önemlidir.
Sürekli Eğitim ve Gelişim	Bakım alanındaki sürekli değişim ve gelişmeler göz önüne alındığında, personelin sürekli eğitim alması önemlidir. Bu, güncel bakım teknikleri, etkili iletişim stratejileri ve yaşlı bireylerin özel ihtiyaçları konusunda düzenli eğitimleri kapsamaktadır. Personelin güncel bilgilere ve becerilere sahip olması, kaliteli bakımın sürdürülmesinde kritik bir faktördür.

Not: Tablo ilgili literatür dahilinde yazar tarafından oluşturulmuştur. (Kaynakça: ANCIEN, 2012; COTA Australia, 2018; Drageset, Haugan & Tranvåg, 2017; Jeon & Forsyth, 2016; Kuzu, 2010; Roberts vd., 2018; Wells vd., 2018)

2.3. Güvenli ve Konforlu Ortamlar

Yaşlı bakımında kalite, güvenli ve konforlu yaşam alanlarının sağlanmasını içermektedir (Cleland vd., 2021). Güvenli ve konforlu bir ortam, yaşlı bireylerin günlük yaşamlarını rahatça sürdürebilmelerini sağlamak, psikososyal sağlıklarını desteklemek ve genel yaşam kalitelerini artırmak için önemlidir (Jeon & Forsyth, 2016; Wells vd., 2018). Huzurevleri, bakımevleri gibi kurumsal bakım hizmeti sağlayıcıları, sağlık merkezleri ve evde bakım hizmetleri, yaşlı bireylerin günlük aktivitelerini rahatça gerçekleştirebilecekleri, düzenli ve temiz ortamlar olmalıdır. Ayrıca, bu ortamların fiziksel olarak erişilebilir olması da önemlidir (Legido-Quigley, 2008; Özgöbek, 2019: 22). Kaliteli yaşlı bakım hizmetleri sunumunda güvenli ve konforlu ortamlar oluşturulmasının bileşenleri Tablo 3’te yer almaktadır.

Tablo 3. Kaliteli Yaşlı Bakım Hizmetleri Sunumunda Güvenli ve Konforlu Ortamlar Oluşturulmasının Bileşenleri

Fiziksel Güvenlik	Güvenli bir yaşlı bakım hizmeti sunumu ortamı, bireyin fiziksel güvenliği için gerekli önlemleri içermelidir. Bu, düşmeleri önlemek, tehlikeli alanları düzenlemek, el tutamakları ve güvenlik korkulukları gibi destekleyici cihazları içermektedir. Fiziksel güvenlik, yaşlı bireylerin bağımsızlık düzeylerini korumak için kritik bir unsurdur.
Temizlik ve Hijyen Standartları	Konforlu bir ortamın yanı sıra, hijyen standartlarına uygun bir temizlik de yaşlı bakımda kaliteyi belirlemektedir. Bakımda temizlik ve hijyenik bir ortam, enfeksiyon riskini azaltmakta ve genel sağlık koşullarını iyileştirmektedir.
Erişilebilirlik	Güvenli bir ortam, yaşlı bireylerin ihtiyaçlarına uygun olarak tasarlanmalıdır. Bu güvenli ortam uygun rampalar, geniş kapılar, düşük eşige sahip duşlar gibi erişilebilirlik özelliklerini içermektedir. Bu düzenlemeler, bireylerin yaşamlarını daha kolay ve güvenli bir şekilde sürdürmelerine yardımcı olmaktadır.
Konfor ve Rahatlık	Konforlu bir ortam, yaşlı bireylerin duygusal ve fiziksel ihtiyaçlarını karşılamalıdır. Rahat mobilyalar, uygun aydınlatma, sessiz ortamlar ve kişisel eşyaların yerleştirilmesi, bireylerin kendilerini rahat hissetmelerine katkıda bulunmaktadır. Aynı zamanda, konforlu bir atmosfer, yaşlı bireylerin ruhsal sağlığını da olumlu yönde etkilemektedir.
Sosyal Alanlar ve Aktiviteler	Güvenli ve konforlu bir yaşlı bakım ortamı, sosyal etkileşimi ve aktiviteleri teşvik etmektedir. Ortak oturma alanları, bahçe düzenlemeleri, oyun alanları ve toplu etkinlikler, yaşlı bireylerin birbirleriyle ve bakım personeliyle etkileşimde bulunmalarını sağlayarak; bireylerin sosyal bağlarını güçlendirmekte ve yaşam kalitesini artırmaktadır.
Güvenli Tıbbi Ekipman ve İlaç Yönetimi	Yaşlı bakımda güvenli bir ortam, tıbbi ekipmanların doğru kullanımını ve ilaç yönetimini içermektedir. Bu, reçete edilen ilaçların düzenli olarak alınmasını sağlamak, tıbbi cihazların doğru kullanımını temin etmek ve acil durum müdahaleleri için hazırlıklı olmak anlamına gelmektedir.
Aile İletişimi ve Geri Bildirim	Güvenli bir yaşlı bakım ortamında, ailelerle düzenli iletişim kurulmalı ve geri bildirim alınmalıdır. Bu, bireylerin ve ailelerin ortamla ilgili endişelerini ifade etmelerine ve gerektiğinde düzeltmeler yapılmasına olanak tanımaktadır.

Not: Tablo ilgili literatür dahilinde yazar tarafından oluşturulmuştur. (Kaynakça: ANCIEN, 2012; Cleland vd., 2021; COTA Australia, 2018; Jeon & Forsyth, 2016; Kelly vd., 2019; Kuzu, 2010; Wells vd., 2018)

2.4. Sosyal Bağlantılar ve Aktiviteler

Yaşlı bireylerin yaşam kalitesini artırmak, sadece temel ihtiyaçlarını karşılamakla değil, aynı zamanda sosyal bağlantıları ve aktiviteleri teşvik etmekle mümkün olmaktadır (Cleland vd., 2021). Sosyal bağlantılar ve aktiviteler, yaşlı bireylerin sosyal izolasyonunu önlemelerine, yaşam kalitelerini artırmalarına ve toplulukları içinde aktif bir rol oynamalarına yardımcı olur (Abbott vd., 2018; Cooney vd., 2014). Kaliteli yaşlı bakımı, yaşlı bireylerin toplumlarıyla etkileşimde bulunmalarını, hobilerini sürdürmelerini ve sosyal etkinliklere katılmalarını desteklemektedir. Buradan hareketle kaliteli yaşlı bakım programları, bu sosyal boyutu güçlendirmeye odaklanarak bireylerin yaşamın her yönünden tatmin olmalarına katkıda bulunmaktadır (Andrew & Meeks, 2018; Hasson & Arnetz, 2011; Roberts, 2018). Kaliteli yaşlı bakım hizmetleri sunumunda sosyal bağlantılar ve aktivitelerin bileşenleri Tablo 4'te yer almaktadır.

Tablo 4. Kaliteli Yaşlı Bakım Hizmetleri Sunumunda Sosyal Bağlantılar ve Aktivitelerin Bileşenleri

Sosyal Etkileşim ve İnsan Bağlantısı	Sosyal bağlantılar, yaşlı bireylerin diğerleriyle iletişim ve bağlantıları kurmalarını içermektedir. Bu, bakım personeli, aile üyeleri, diğer yaşlı bireyler ile yapılan günlük sohbetler, etkileşimler ve paylaşımları kapsamaktadır. Sosyal etkileşim, bireylerin kendilerini değerli hissetmelerini ve ruhsal sağlıklarını güçlendirmelerini sağlamaktadır.
---	--

Topluluk Aktiviteleri ve Etkinlikleri	Kaliteli yaşlı bakımı, yaşlı bireylerin topluluk etkinliklerine katılımını desteklemektedir. Grup içinde gerçekleştirilen etkinlikler, yaşlı bireylerin sosyal bağlarını güçlendirebilmekte ve birlikte geçirilen zamanın keyfini çıkarmalarına olanak tanımaktadır. Sanat atölyeleri, müzik dinletileri, spor etkinlikleri ve geziler gibi çeşitli etkinlikler bu bağlamda önemlidir.
Bireysel İlgi ve Hobiler	Kaliteli bir yaşlı bakım programı, bireysel ilgi ve hobileri desteklemelidir. Bireylerin geçmişte ilgi duydukları aktiviteleri sürdürürebilmeleri veya yeni hobiler edinmeleri teşvik edilmelidir. Bu, yaşlı bireylerin kendilerini ifade etmelerini, motivasyonlarını artırmalarını ve yaşamdan zevk almalarını sağlamaktadır.
Aile ve Ziyaretçi İlişkileri	Aile üyeleri ve diğer ziyaretçilerle olan ilişkiler, yaşlı bireylerin sosyal bağlarını güçlendirmenin önemli bir yoludur. Kaliteli yaşlı bakımında, aile üyelerinin düzenli olarak ziyaret etmesine fırsat sunulmalı, yaşlı bireylerin sevdikleriyle bağlantılarını sürdürmelerine destek olunmalıdır.
Eğitim ve Öğrenme Fırsatları	Yaşlı bireylerin yaşam boyu öğrenme fırsatlarına erişimleri desteklenmelidir. Bu kapsamda seminerler, konferanslar, kitap kulüpleri veya kurslar gibi eğitim etkinlikleri, bireylerin bilgi ve yeteneklerini artırmalarına olanak tanımaktadır.
Dini ve Kültürel Etkinlikler	Yaşlı bireylerin dinî ve kültürel bağlantılarını sürdürürebilmeleri için uygun ortamlar sağlanmalıdır. Bu, ibadet etkinlikleri, dini toplantılar, kültürel etkinliklere katılım veya anma törenleri gibi çeşitli aktiviteleri içermektedir.

Not: Tablo ilgili literatür dahilinde yazar tarafından oluşturulmuştur. (Kaynakça: Abbott vd., 2018; ANCIEN, 2012; Andrew & Meeks, 2018; Cooney, Murphy & O'Shea, 2009; COTA Australia, 2018; Drageset, Haugan & Tranvåg, 2017; Hasson & Arnetz, 2011; Kuzu, 2010; Milte vd., 2016; Roberts, 2018).

2.5. Sürekli İyileştirme, Koordinasyon ve Geribildirim

Yaşlı bakımında kaliteyi sürdürmek, sürekli geri bildirim almayı ve iyileştirmeyi içermektedir. Hem yaşlı bireylerin ve ailelerinin hem de bakım sağlayıcılarının geri bildirimleri önemsenmeli ve değerlendirilmelidir. Hizmet sağlayıcılar, geri bildirimleri değerlendirmek ve sürekli olarak hizmet kalitesini artırmak için çaba sarf etmektedirler. Bu geri bildirimler, bakım hizmetlerinin iyileştirilmesi ve yaşlıların ihtiyaçlarına daha iyi yanıt verilmesi için kullanılmalıdır. İyileştirme süreci, yaşlı bakımında kalitenin sürekli olarak artırılmasını sağlamaktadır (Cleland vd., 2021; Jeon & Forsyth, 2016). Kaliteli yaşlı bakım hizmetleri sunumunda sürekli iyileştirme, koordinasyon ve geribildirim kapsamı Tablo 5'te yer almaktadır.

Tablo 5. Kaliteli Yaşlı Bakım Hizmetleri Sunumunda Sürekli İyileştirme, Koordinasyon ve Geribildirim Kapsamı

Kalite Kontrol ve İyileştirme Süreçleri	Kaliteli bir yaşlı bakım programı, sürekli iyileştirme süreçlerine dayanmalıdır. Bu süreçler, bakımın her aşamasını değerlendirmeyi, izlemeyi ve iyileştirmeyi içermektedir. Kalite kontrol mekanizmaları, standartları belirlemek, uygulamak ve ardından bu standartlara ne kadar uyulduğunu değerlendirmek için kullanılmaktadır.
İzleme ve Değerlendirme Mekanizmaları	Kaliteli bir yaşlı bakım programı, düzenli izleme ve değerlendirme mekanizmalarını içermektedir. Bu, yaşlı bireylerin sağlık durumları, yaşam kaliteleri ve hizmetlere erişimleri gibi kritik göstergelerin düzenli olarak değerlendirilmesini kapsamakta ve bu değerlendirmeler, mevcut uygulamalarda iyileştirmeler yapılması için temel sağlamaktadır.
Geri Bildirim Toplama ve Analiz	Yaşlı bireylerden, aile üyelerinden ve bakım personelinden düzenli geri bildirim alınmalıdır. Bu geri bildirimler, hizmetlerin kalitesini değerlendirmek, eksiklikleri belirlemek ve iyileştirmeler yapmak için kullanılmalıdır. Geri bildirim toplama süreçleri, anketler, görüşmeler, odak gruplarını içerebilir.
Acil Durum Hazırlığı ve Değerlendirme	Kalite kavramı, acil durum hazırlığı ve değerlendirmeyi içermektedir. Yaşlı bakım hizmet sağlayıcıları, acil durum planlarını düzenli olarak gözden geçirmekte ve uygulamaktadır. Bu, yangın, doğal afetler veya sağlık salgınları gibi acil durumlara karşı hazır olmayı kapsamaktadır.
İyileştirme Odaklı Kültür	Kaliteli yaşlı bakım, bir iyileştirme odaklı kültürü teşvik etmektedir. Bu, personelin sürekli olarak iyileştirmeye yönelik fikirleri paylaşmaya ve

	uygulamaları geliştirmeye teşvik edilmesini içermektedir. İyileştirme odaklı bir kültür, kuruluş içindeki tüm paydaşların katılımını gerektirmektedir.
Teknolojik İyileştirmeler ve İnovasyon	Sürekli iyileştirme, teknolojik yeniliklere ve gelişmelere açık olmayı içermektedir. Bakımda teknoloji, yenilikçi organizasyon modellerini sağlamak, kişinin iyilik hâlini sürdürmek ve holistik yaklaşımla sağlığını daha iyiye götürmek amaçlı kullanılmaktadır. Yaşlı bakımında yeni teknolojilerin ve yenilikçi çözümlerin uygulanması, bakımın etkinliğini artırabilmekte ve yaşlı bireylerin yaşam kalitelerini iyileştirebilmektedir.
Hizmet Alanın Güvenliği ve Hataların Analizi	Kalite kavramı, hizmet alan güvenliği standartlarını içermektedir. Bu, hataların analizi, önlenmesi ve benzer hataların tekrarının önlenmesi amacıyla sürekli bir çaba gerektirmektedir. Hizmet alanın güvenliği için gereken protokollerin oluşturulması ve düzenli olarak gözden geçirilmesi bu sürecin bir parçasıdır.

Not: Tablo ilgili literatür dahilinde yazar tarafından oluşturulmuştur. (Kaynakça: ANCIEN, 2012; COTA Australia, 2018; Cleland vd., 2021; Ersözlü, 2023; Jeon & Forsyth, 2016; Kuzu, 2010; Metin, 2023.)

Sonuç

Yaşlı bakımında kalite kavramı, yaşlı bireylerin yaşam kalitesini arttırmayı ve refahlarını sağlamayı içermektedir. Etkin, güvenilir, erişilebilir ve kişiye özel bir bakım yaklaşımı benimsenmesi, yaşlı bireylerin ihtiyaçlarının karşılanması noktasında önemlidir. Kaliteli yaşlı bakımı sağlanması, yaşlı bireylerin insanca yaşamalarını ve topluma katkıda bulunmalarına, yaşlıların aileleri üzerindeki bakım yükünü azaltmaya, bağımsızlık ve özgürlüklerini korumalarına ve böylece onların yaşamdan daha fazla zevk almalarına destek sağlayacaktır; toplumda yaşlılara olan saygı ve değerin artmasını teşvik edecektir.

Yaşlı bakımında kalite kavramı, yaşlı bireylerin sadece fiziksel ihtiyaçlarını karşılamakla kalmamakta, aynı zamanda onların duygusal, sosyal ve ruhsal refahlarını da gözetmektedir. Kaliteli yaşlı bakımı, yaşlıların insanca yaşamalarını sağlamak, yaşam kalitelerini artırmak ve yaşlılık dönemini anlamlı ve tatmin edici bir şekilde geçirmelerine yardımcı olmak için bütünsel bir yaklaşımı gerektirmektedir. Bu çalışma kapsamında yaşlı bakımında kalite, bireyselleştirilmiş hizmetler, eğitimli personel, güvenli ortamlar, sosyal bağlantılar ve sürekli iyileştirmeyi içeren bir bütün olarak ele alınmıştır. Bu yaklaşım, yaşlı bireylerin sağlıklı, mutlu ve anlamlı bir yaşam sürmelerini destekleyerek toplum tarafından yaşlı bireylere yönelik daha iyi bir gelecek sunulmasına katkı sağlayabilir.

Yaşlı bireylere yönelik sosyal politikalar ve kurumlar, yaşlı bakım hizmetlerinde kalitenin sağlanmasında önemli bir rol oynamaktadır. Özellikle, Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı gibi devlet kurumları, yaşlı bakım hizmetlerinin standartlarını belirleyerek ve denetleyerek kaliteyi artırmayı hedeflemektedir. Ayrıca, yerel yönetimler ve sivil toplum kuruluşları da yaşlı bakım hizmetlerinin iyileştirilmesi için çeşitli projeler ve programlar yürütmektedir. Bu kurumların iş birliği, yaşlıların ihtiyaçlarına daha iyi cevap verebilecek kapsamlı ve entegre bakım hizmetlerinin sunulmasını sağlayacaktır. Sonuç olarak, yaşlı bakım hizmetlerinde kaliteyi artırmak için kurumlar ve sosyal politikalar gibi temel unsurların benimsenmesi gerekmektedir. Bu unsurların yaşlıların genel refahına olan katkıları, toplumun her kesimi için daha iyi bir yaşam kalitesi sunacaktır. Yaşlıların refahını sağlamak için yüksek standartların benimsenmesi, sadece yaşlı bireyler için değil, tüm toplum için daha sağlıklı ve mutlu bir gelecek inşa edecektir.

Kaynakça

- Abbott K. M., Heid A. R., Kleban, M., Rovine, M. J., Van Haitsma, K. (2018). The change in nursing home residents' preferences over time. *J Am Med Dir Assoc*, 19: 1092–1098.
- Altındağ, Ö. (2020). Vaka yönetimi ve sosyal hizmette kullanımı. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 31(2), 618-646.
- Altman, R. F., & Helms, M. M. (1995). Quantifying service quality: Case study of a rental car agency. *Production and Inventory Management Journal*, 36(2), 45.
- ANCIEN. (2012). Assessing Needs of Care in European Nations. European Commission European Research Area, Erişim: 5 Nisan 2024 tarihinde, <http://www.ANCIEN-longtermcare.eu/> adresinden alındı
- Andrew, N., & Meeks, S. (2018). Fulfilled preferences, perceived control, life satisfaction, and loneliness in elderly long-term care residents. *Aging & mental health*, 22(2), 183-189.
- Chou, S. C., Boldy, D. P., & Lee, A. H. (2001). Measuring resident satisfaction in residential aged care. *The Gerontologist*, 41(5), 623-631.
- Cleland, J., Hutchinson, C., Khadka, J., Milte, R., & Ratcliffe, J. (2021). What defines quality of care for older people in aged care? A comprehensive literature review. *Geriatrics & Gerontology International*, 21(9), 765–778. doi:10.1111/ggi.14231.
- Cooney, A., Dowling, M., Gannon, M. E., Dempsey, L., & Murphy, K. (2014). Exploration of the meaning of connectedness for older people in long-term care in context of their quality of life: A review and commentary. *International journal of older people nursing*, 9(3), 192-199.
- Cooney, A., Murphy, K., & O'Shea, E. (2009). Resident perspectives of the determinants of quality of life in residential care in Ireland. *Journal of advanced nursing*, 65(5), 1029-1038.
- COTA Australia (2018). Project Report: Measuring Quality and Consumer Choice in Aged Care. ACT: Barton.
- Cronin Jr, J. J., & Taylor, S. A. (1992). Measuring service quality: a reexamination and extension. *Journal of marketing*, 56(3), 55-68.
- Dill, A.E. (2001). *Managing to Care: Case Management and Service System Reform*. New York: Walter de Gruyter.
- Donabedian A. (1988). The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*, 260: 1743–1748.
- Drageset, J., Haugan, G., & Tranvåg, O. (2017). Crucial aspects promoting meaning and purpose in life: perceptions of nursing home residents. *BMC geriatrics*, 17, 1-9.
- Edvardsson, B. (1998). Service quality improvement. *Managing service quality: an International Journal*, 8(2), 142-149.
- Ersözlü, M. (2023). Yapay Zekâ ve Teknolojinin Yaşlı Bakımında Rolü: Robot & Frank Filmi Bağlamında Bir İnceleme. *İnönü Üniversitesi Uluslararası Sosyal Bilimler Dergisi*, 12(2), 352-368.
- Foong, H. Y., Siette, J., & Jorgensen, M. (2022). Quality indicators for home-and community-based aged care: A critical literature review to inform policy directions. *Australasian Journal on Ageing*, 41(3), 383-395.
- Hall, S., Dodd, R. H., & Higginson, I. J. (2014). Maintaining dignity for residents of care homes: a qualitative study of the views of care home staff, community nurses, residents and their families. *Geriatric Nursing*, 35(1), 55-60.
- Hasson, H., & Arnetz, J. E. (2011). Care recipients' and family members' perceptions of quality of older people care: a comparison of home-based care and nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*, 20(9-10), 1423-1435.
- Hoffmann, F. ve Leichsenring, K. (2011). "Quality Management by Result-oriented Indicators – Towards Benchmarking in Residential Care for Older People" is co-financed by the European Commission in the framework. PROGRESS Avustralya: EU Programme for Employment and Social Solidarity. Erişim: 10 Mart 2024 tarihinde, [file:///C:/Users/userrr/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/PB_0611_FHKL%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/userrr/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/PB_0611_FHKL%20(1).pdf) adresinden alındı.
- Jeon, Y. H., & Forsyth, R. (2016). Final Report: A Rapid Review for the development of Consumer Experience Report (CER). Sydney: Sydney Nursing School, The University of Sydney.
- Kandampully, J. (1998). Service quality to service loyalty: A relationship which goes beyond customer services. *Total quality management*, 9(6), 431-443.

- Kaya, S. (2013). Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Ölçülmesi. S. Kaya (Ed.) Sağlık Kurumlarında Kalite Yönetimi içinde 60-89. T.C. Anadolu Üniversitesi Yayını No: 2864, Eskişehir.
- Kelley, S. W., & Turley, L. W. (2001). Consumer perceptions of service quality attributes at sporting events. *Journal of business research*, 54(2), 161-166.
- Kelly, F., Reidy, M., Denieffe, S., & Madden, C. (2019). Older adults' views on their person-centred care needs in a long-term care setting in Ireland. *British Journal of Nursing*, 28(9), 552-557.
- Kuzu, A. (2010). Yaşlı Bakım Kurumlarında Hizmet Kalitesi Kavramı ve Kavramsal Hizmet Kalitesi Modeli: Servqual Uygulaması (Doctoral dissertation, Sakarya Üniversitesi, Sakarya).
- Legido-Quigley, H. (2008). Assuring The Quality of Health Care in European Union. United Kingdom: MPG Books.
- Lothian, K., & Philp, I. (2001). Care of older people: Maintaining the dignity and autonomy of older people in the healthcare setting. *Bmj*, 322(7287), 668-670.
- McCallum, J., Rees, K., & Maccora, J. (2018). Accentuating the positive: Consumer experiences of aged care at home.
- Metin, B. (2023). Demografik Yaşlanma ve Teknoloji İlişkisi: Gümüş Ekonomide Yenilik Odaklı Geronteknoloji Uygulamalarının Yaşlı Refahı Açısından Değerlendirilmesi. *Third Sector Social Economic Review*, 58(3), 2231-2248.
- Milte, R., Shulver, W., Killington, M., Bradley, C., Ratcliffe, J., & Crotty, M. (2016). Quality in residential care from the perspective of people living with dementia: The importance of personhood. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 63, 9-17.
- Mot, E. & Willeme, P. (2012) Assessing Needs of Care in European Nation,. European of Economic Policy Research Institutes. Sayfa 12-19. Erişim: 20 Nisan 2024 tarihinde, http://www.ANCIENlongtermcare.eu/sites/default/files/ENEPR1%20PB14%20_ANCIEN_%20Assesing%20Needs%20of%20Care.pdf adresinden alındı
- Nies ve diğerleri, (2010). Healty Systems and LTC for Older People in Europe Modelling the Interfaces and Links (INTERLINKS). Vienna: Funded By The European Commission Under The Seventy Framework Programe Grant Agreement No: 223037.
- OECD. (2013). A good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long Term Care. European Commission, OECD. Sayfa 105. Erişim: 15 Ocak 2024 tarihinde, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264194564-en> adresinden alındı.
- Özçelik, H., Fadıloğlu, Ç., Karabulut, B., Uyar, M., Elbi, H., Eyigör, S., & Kuzeyli Yıldırım, Y. (2014). Kanser hastasının palyatif bakımında vaka yönetimine dayalı multidisipliner bakım protokolü. *Ağrı Dergisi*, 26(2), 47-56.
- Özgöbek, H. R. (2019). Uzun süreli bakım hizmetleri sunumunda kalite algısı: Alzheimer hastalığı özelinde nitel bir çalışma. (Doctoral dissertation, Hacettepe Üniversitesi, Ankara).
- Öztürk, A., & Lund, J. (2018). Quality of Elderly Care Services: A Comparative Study of Turkey and Norway. *International Journal of Gerontology*, 12(2), 136-141.
- Roberts, T. J. (2018). Nursing home resident relationship types: What supports close relationships with peers & staff?. *Journal of Clinical Nursing*, 27(23-24), 4361-4372.
- Roberts, T. J., Gilmore-Bykovskiy, A., Lor, M., Liezeit, D., Crnich, C. J., & Saliba, D. (2018). Important care and activity preferences in a nationally representative sample of nursing home residents. *Journal of the American Medical Directors Association*, 19(1), 25-32.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1985). A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of marketing*, 49(4), 41-50.
- Tavmergen, İ. P. (2002). Turizm Sektöründe Kalite Tanımı ve İşletme Verimliliğine Etkileri. *Standart Dergisi*, Yıl, 41.
- Teas, R. K. (1994). Expectations as a comparison standard in measuring service quality: an assessment of a reassessment. *Journal of marketing*, 58(1), 132-139.
- Üçok, A. (2023). Türkiye ve Norveç'te Yaşlı Bakım Hizmetlerinin Karşılaştırılması. *Academic Social Resources Journal*, 8(55), 4303-4308.
- Weil, M. & Karls, J.M. (1985). Case Management in Human Service Practice. San Fransisco: Jossey-Bass.
- Wells, Y., Hillel, S., Hunter, N., Clune, S., Johnstone, E., & Quintanilla, B. (2018). Literature review on choice and quality in home-based and community-based aged care. Report for the Australian Aged Care Quality Agency.

Woolhead, G., Calnan, M., Dieppe, P., & Tadd, W. (2004). Dignity in older age: what do older people in the United Kingdom think?. *Age and ageing*, 33(2), 165-170.

Yumuşak, N. U. (2006). Hizmet kalitesinin ölçümü ve hizmet kalitesini etkileyen faktörler: Uşak ticaret ve sanayi odası uygulaması (Doctoral dissertation, DEÜ Sosyal Bilimleri Enstitüsü)



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: 2024 Aralık/ December Sayı/Issue:24

SOSYAL HİZMETTE ÖZ ŞEFKAT

Doğucan ÇATULAY¹

Seval BEKİROĞLU²

Makale Bilgileri/ Article info

Makalenin Türü/Article Type: Derleme
Geliş Tarihi / Date Received: 30.07.2024
Revizyon Tarihi/Date Revised:19.09.2024
Kabul Tarihi / Date Accepted: 30.09.2024
Yayın Tarihi / Date Published:03.01.2024
DOI: 10.46218/tshd.1524766

Makale Künyesi/To cite this article: ÇAtulay D., Bekiroğlu S. (2024, Aralık). Sosyal Hizmette Öz Şefkat. Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi, 98-108.

Sorumlu Yazar/Corresponding Author:

Doğucan ÇATULAY, Sosyal Hizmet Uzmanı,
Başkent Üniversitesi, Sosyal Bilimler
Enstitüsü, Sosyal Hizmet Bölümü Yüksek
Lisans Öğrencisi.
catulaydogu23gmail.com

Öz

Öz şefkat kişinin başarısız olduğunda, hatalar ve yanlışlar yaptığında, zorlandığında eleştirel bir tutum takınmak yerine; kendisine karşı şefkatli, anlayışlı ve hoşgörülü olmasını içermektedir. Araştırma bulguları öz şefkatin bireyin iyilik haline doğrudan katkısı olduğunu göstermiştir. Sosyal hizmet mesleğinin amaçlarından birisi de müracaatçısının iyilik halini korumaktır. Ayrıca, sosyal hizmet uzmanları müracaatçı gruplarına etkili müdahalelerde bulunabilmeleri için etik olarak kendi esenliklerini korumakla yükümlüdür. Bu yükümlülüğe rağmen sosyal hizmet uzmanları tükenmişlik, ikincil travma gibi kişinin mesleki performansını ve esenliğini düşüren çeşitli psikolojik rahatsızlıklarla mücadele etmektedir. Bu durum kendi esenliklerini korumak ile yükümlü olan sosyal hizmet uzmanları açısından etik bir sorun teşkil etmektedir. Çalışmalar öz şefkatin meslek elemanlarını bu rahatsızlıklara karşı koruduğunu göstermektedir. Ancak, öz-şefkat kavramı sosyal hizmet uzmanları tarafından müdahalelerde ve uygulamalarda yaygın olarak kullanılmamaktadır. Bunun temel sebebi sosyal hizmet eğitiminde öz şefkat kavramına yeterince yer verilmemesidir. Bu çalışmanın amacı, öz-şefkatin sosyal hizmet eğitimine dahil edilmesinin gerekliliğini vurgulamak ve öz-şefkatin müdahalelerde nasıl kullanılabileceğini tartışmaktır.

Anahtar Kelimeler: Öz Şefkat, Şefkat, Sosyal Hizmet.

SELF-COMPASSION IN SOCIAL WORK

Abstract

Self-compassion involves being kind, understanding, and tolerant towards oneself when one fails, makes mistakes, or faces difficulties, instead of adopting a critical attitude. Research findings have shown that self-compassion directly contributes to an individual's well-being. One of the aims of the social work profession is to maintain the well-being of its clients. Additionally, social workers are ethically obligated to protect their own well-being in order to effectively intervene with client groups. Despite this obligation, social workers struggle with various psychological issues that reduce their professional performance and well-being, such as burnout and secondary trauma. This situation presents an ethical dilemma for social workers who are responsible for protecting their own well-being. Studies have shown that self-compassion protects professionals against these issues. However, the concept of self-compassion is not widely used in interventions and practices by social workers. The main reason for this is that the concept of self-compassion is not adequately covered in social work education. The purpose of this study is to emphasize the necessity of including self-compassion in social work education and to discuss how self-compassion can be used in interventions.

Keywords: Self Compassion, Compassion, Social Work.

¹ Sosyal Hizmet Uzmanı, Başkent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyal Hizmet Bölümü Yüksek Lisans Öğrencisi, ORCID: 0009-0007-5837-3781

² Doç.Dr. Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü, ORCID: 0000-0003-0712-6653

Giriş

Sosyal hizmet; travmaya, ihmale, istismara, şiddete, baskıya ve ayrımcılığa maruz kalan bireylere kurumsal destek sağlamayı amaçlayan bir disiplindir (Virgia, Baciu ve Lazar, 2020, s.1). Mesleğin uygulayıcıları olan sosyal hizmet uzmanları; çocuk, kadın, yaşlı, engelli, yoksul, mülteci gibi çeşitli dezavantajlı bireylere yönelik müdahaleler gerçekleştirirler (Tuncay ve Tekin, 2021, s. 247). Son yıllarda gerçekleşen araştırmalar travmatik bireylerle çalışan sosyal hizmet uzmanlarının iyilik halleri ve öz bakımları için ikincil travmanın ve tükenmişliğin ciddi bir risk oluşturduğunu göstermektedir (Williams, 2015, s. 89). Bu bağlamda, bireyin hem öz bakımına hem de iyilik haline katkı sağlayan öz şefkat kavramı, sosyal hizmet uzmanları için oldukça önemlidir (Richards vd., 2010).

Öz şefkat, bireyin kendi kendine şefkat geliştirmesine işaret eden, hata veya başarısızlıkla karşılaşıldığında kişinin kendisini yargılamasından daha çok hoş görü geliştirmesi içeren, bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır (Neff, 2003a, s. 86-87). Öz şefkatin bireyin iyilik haline katkı sağlayan bir boyutu bulunmaktadır (Neff, 2011, s. 4-6). Bu bağlamda öz şefkat kavramının, kariyer yolculukları boyunca tükenmişlikle, ikincil travmayla, yoğun stres ve kaygıyla karşı karşıya kalan sosyal hizmet uzmanlarının iyilik hali için koruyucu ve önleyici bir boyuta sahip olabileceğini söyleyebiliriz. Bununla birlikte, hizmet verilen müracaatçı gruplarının da iyilik hallerinin düşük olduğu göz önünde bulundurulduğunda, sosyal hizmet uzmanlarının hem kendi iyilik hallerinin hem de hizmet verdiği müracaatçı gruplarının iyilik halini korumak, hatta artırmak amacıyla gerçekleştirecekleri müdahalelerinde öz şefkati kullanmaları önemlidir.

Dolayısıyla mesleki bilgi ve becerilerin kazanıldığı lisans öğrenim sürecinde öz şefkat eğitiminin verilmesi oldukça önemlidir. Ancak halihazırda sosyal hizmetin lisans eğitimi sürecinde geleceğin sosyal hizmet uzmanı adaylarının öz şefkatlerini geliştirmeye yönelik bir eğitim verilmediği bilinmektedir (Lacono, 2017, s. 461). Sosyal hizmet eğitiminde öz şefkate yer verilmemesi sosyal hizmet uzmanlarının müdahalelerinde öz şefkat kavramını çok fazla kullanmamalarına sebep olmaktadır (Rickers, 2012). Dolayısıyla ulusal literatür incelendiğinde de öz şefkatin sosyal hizmet eğitimindeki önemini ortaya koyan herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Buradan hareketle bu çalışmada, ilgili literatürden yararlanarak öz şefkat kavramının sosyal hizmet eğitiminde ve uygulamalarındaki önemine değinilerek sosyal hizmet uzmanlarının öz şefkati mesleki hayatlarında nasıl kullanabileceğine dair bir çerçeve oluşturulması amaçlanmıştır.

1. Öz Şefkat Nedir

Merhamet kavramı, genellikle bir başkasının yaşantısından etkilenecek onun acısını hafifletmeye yönelik duyulan isteği ifade etmektedir. Buna karşın, kişi kendine karşı da merhamet geliştirebilir. Bu durumda, karşımıza kökeni doğu felsefesine ve Budizm inancına dayanan öz şefkat (self compassion) kavramı çıkmaktadır (Neff, 2003a, s. 87). Öz şefkat kelimesindeki öz "benliğe" şefkat ise "merhamete" ve "acımaya" atıf yapmaktadır (TDK [Türk Dil Kurumu], 2024).

Öz şefkat nispeten yeni bir kavramdır (Werner, vd., 2011, s. 544). Amerikalı psikolog Kristin Neff (2003), öz şefkati kavramsal açıdan ortaya koyan ilk makalesini 2003 yılında yayınlamıştır. Bu makalenin yayınlanmasıyla birlikte öz şefkatle ilgili çalışmalar hız kazanmıştır (Lacono, 2017, s. 456). Neff 2011 yılında

yayınladığı kitabında öz şefkati; *“kişinin kendi ıstırabına karşı açık ve duyarlı olması, kendisine karşı ilgili ve nazik olması, yetersizliklerine ya da başarısızlıklarına karşı anlayışlı ve yargılamayan bir tutum benimsemesi ve kendi deneyiminin ortak insan deneyiminin bir parçası olduğunu anlaması ve kabul etmesi”* olarak tanımlamıştır (akt: Beverly, 2023, s. 81). Bu yönüyle öz şefkat; bireyin acı çeken, üzgün hisseden veya kendini suçlayan sevdiği bir kişiye karşı göstereceği merhameti kendine de göstermesi gerektiğine vurgu yapan bir kavramdır (Allen ve Leary, 2010, s. 107).

Öz Şefkat; öz nezaket, ortak insanlık ve bilinçli farkındalık olmak üzere üç ayrı bileşenden oluşmaktadır (Neff, 2003a, s. 89). Öz nezaket birey bir hata veya yanlış yaptığında kendisine karşı acımasız veya eleştirel olmak yerine kendisine karşı anlayışlı ve şefkatli olmasıyla ilişkilidir (Neff, 2003a, s. 89). Öz nezaketi yüksek birey, herhangi bir olumsuzlukta benliğine karşı acımasız eleştiriler yönlendirmek yerine kendine karşı daha yumuşak ve hoşgörülü davranır (Neff ve Beretvas, 2013, s.79). Öz nezaket bir yönüyle kişinin kendisine ihtiyaçlarının ve beklentilerinin farkında olan sevecen bir arkadaş gibi davranmasını da içermektedir (Neff, 2016, s. 265). Ortak insanlık ise tüm insanların kusurları olduğuna, herkesin hata yapabileceğine ve zaman zaman başarısız olabileceğine vurgu yapmaktadır (Neff ve Pommier, 2013, s. 161). Birey yanlış yaptığında veya başarısız olduğunda; sadece kendisinin başarısız veya hatalı olduğuna dair çarpık bir düşünce geliştirir. Ortak insanlık kavramı, herkesin hata yapabileceğine vurgu yaparak bu çarpık düşünceye karşı gelmektedir. Bu yönüyle, ortak insanlığın bireyin izole olmasını ve kendini yalnız hissetmesini de engelleyen bir boyutu olduğu söylenebilir (Germer ve Neff, 2020, s. 25).

Öz şefkatin son bileşeni ise bilinçli farkındalıktır. Bilinçli farkındalık, kişinin hayatındaki acıları, kaygıları ve üzüntüleri bastırıp görmezden gelmek yerine, onları farkında olmasıyla ilişkilidir. Bireyin kendisine şefkatle yaklaşabilmesi için önce mevcut durumunun farkında olması gerekmektedir (Neff, 2003a, s. 89). Çünkü birey mevcut durumunun ve hissettiği acının farkında olarak kendine yönelik şefkat geliştirebilir. Bu yönüyle bilinçli farkındalık geliştirmenin kişinin kendine yönelik öz şefkat geliştirebilmesi için ilk adım olduğu söylenebilir (Germer ve Neff, 2020, s. 27).

Öz şefkat, kavramsal olarak tanımı açık gibi görünse de yanlış yorumlanma riski yüksek bir kavram olduğu söylenebilir. Nitekim literatürde, öz şefkatte vurgulanan bireyin kendisine karşı merhamet duyması bireyin kendisine acıması olarak yorumlanabilmektedir (Neff, 2015, s. 31). Ancak, kendine acıma ile öz şefkat birbirinden tamamen farklıdır. Kendine acıyan birey yaşadığı sorunun sadece kendisine özel olduğuna inanır ve diğer insanların benzer sorunlarla mücadele ettiğini düşünemez. Buna karşın öz şefkat kavramı ise sorunların evrenselliğine vurgu yapmaktadır (Neff, 2003a, s. 87). Öz şefkat kavramıyla ilgili yapılan diğer yanlış bir yorumda öz şefkati bencillikle ilişkilendirmektir. Bencillik bireyin hatalarını görmezden gelmesini, sadece kendi ihtiyaçlarına odaklanmasını içermektedir (Kader, 2021, s. 14). Öz şefkatte ise birey hatalarının bilinçli bir şekilde farkında olur ve hem kendine karşı hem de diğer insanlara karşı hoşgörülü davranır (Germer, 2009, s. 54). Yine çok fazla öz şefkatin bireyde pasifliğe yol açarak bireyin kendini geliştirmesine engel olacağı düşünülmektedir (Mantzios, Koneva, ve Egan, 2020; Şahin Altun vd., 2020). Ancak, öz şefkat

tam tersine harekete geçmek için bireyin kendini güdülemesini ve motivasyonunu yüksek tutmasını sağlamasıyla ön plana çıkmaktadır (Neff, 2003a, s. 89).

Neff tarafından 2003 yılında öz şefkat ölçeğinin geliştirilmesi ile birlikte öz şefkatle ilgili birçok çalışma yapılmaya başlanmış ve öz şefkatin birey üzerindeki birçok olumlu katkısını ortaya koymuştur. Çalışmalarda öz şefkatin; depresyon, anksiyete ve ruminasyonla arasında negatif ilişki olduğu; yaşam doyumu, kendini kabul, benlik saygısı arasında ise pozitif yönde ilişkinin olduğu belirtilmiştir. Öz şefkatin yüksek olmasının psikolojik iyi oluşu artırdığı çalışmalarda gösterilmiştir (Neff, 2003b). İlerleyen yıllarda, farklı çalışmalar, öz-şefkatin başarı hedefleriyle, duygusal odaklı baş etme stratejileriyle (Neff vd.,2005, s. 270-272), mutlulukla, uyumlulukla, kişisel insiyatiflikle, dışadönüklükle, iyimserlikle, merak ve keşfetmeyle, anlamlı pozitif ilişkisi olduğu; buna karşın kaçınma yönelimli stratejilerle, olumsuz duyguyla, nörotizmle (Neff vd., 2007, s. 912-914), yeme bozukluğuyla (Ferreira vd.,2013, s. 208), kendi kendini yargılamayla, anksiyeteyle, depresyonla (Liss ve Erchull, 2015, s. 8) ikincil travmayla ve merhamet yorgunluğuyla (Dos Santos vd.,2024; Nayeri vd.,2021) negatif ilişki de olduğu tespit edilmiştir. Ülkemizde öz şefkatle ilgili yapılan çalışmalarda ise öz şefkatin umutla (Dönmez ve Sarı, 2021, s. 68), mutlulukla (Tunca, 2022, s. 539), yaşam doyumuyla (Hoşoğlu, 2019, s. 42), psikolojik sağlamlıkla (Kaygısız, 2019, s. 69) ve olumlu duygulanımla (Alaloğlu, 2020, s. 51) pozitif ilişkide olduğu ortaya konulmuştur.

Araştırma sonuçlarından da görüldüğü üzere öz şefkatin birey üzerinde olumlu birçok katkısı bulunmaktadır. Dolayısıyla sosyal hizmet uzmanlarının öz şefkati kullanarak hem kendileri hem de hizmet sundukları müracaatçı grupları için bu olumlu katkılardan yararlanmaları önemlidir.

2. Sosyal Hizmet ve Öz Şefkat

Ulusal alan yazında her ne kadar sosyal hizmet ve öz şefkati birlikte ele alan bir araştırmaya rastlanmasa da uluslararası literatürde sosyal hizmet ve öz şefkatin birlikte yer aldığı, sosyal hizmet uzmanları ve öğrencileri ile gerçekleştirilen birçok çalışma bulunmaktadır (Lacona, 2017). Sağlık alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının öz şefkat düzeylerini ele alan çalışmalarda, sosyal hizmet uzmanlarının orta düzeyde öz şefkate sahip olduğu, öz şefkatleri ile meslekte çalışma süresi, sağlık durumu ve mali kaynakları arasında anlamlı pozitif bir ilişkinin bulunduğu gösterilmiştir (Lianekhammy vd., 2018, s. 570).

Jay Miller ve diğerleri (2019) tarafından 831 klinik sosyal hizmet uzmanı ile gerçekleştirilen çalışmada, sosyal hizmet uzmanlarının öz şefkat ve öz bakım düzeylerinin de orta düzeyde olduğu, öz şefkatin hem kişisel hem de profesyonel öz bakımın yordayıcısı olduğu tespit edilmiştir. Jay Miller'in ABD'nin güneydoğusundaki bir eyalette bulunan 1011 sosyal hizmet uzmanının öz şefkat düzeylerini incelediği başka çalışmada (2019), diğer çalışmasından farklı olarak sosyal hizmet uzmanlarının öz şefkat düzeylerinin yüksek olmakla birlikte sağlık, eğitim ve ilişki durumlarına göre değiştiği belirtilmiştir (Miller ve Lee, 2019, s. 456). Susan Rickers (2012) tarafından 10 sosyal hizmet uzmanına öz şefkat programının uygulandığı çalışma sonrasında ise sosyal hizmet müfredatında öz şefkate yer verilmesi gerektiği vurgulanmıştır.

Sosyal hizmet öğrencileri ile yapılan çalışmalar ele alındığında ise stresle başa çıkma ile öz şefkat arasında pozitif ilişkinin olduğunu gösteren çalışmalara rastlanmaktadır (Ying ve Han, 2009, s. 277). Sosyal hizmet

öğrencilerinin yer aldığı bir diğer çalışma da Amerika Birleşik Devletleri'nin kuzeydoğusundaki özel bir sosyal hizmet okuluna kayıtlı olan 257 öğrencinin öz şefkatleri ile kültürel duyarlılıkları arasında pozitif ilişki olduğu ortaya konulmuştur (Gottlieb ve Shibusawa, 2020 s. 35). Yasuhiro Kotera ve diğerleri (2021) tarafından toplam 129 İrlandalı sosyal hizmet öğrencisinin yer aldığı çalışma sonunda; öz şefkatin cinsiyet, yaş, dayanıklılık, bağlılık ve içsel motivasyon ile ilişkili olduğu belirlenmiştir. Buna karşın öz şefkatin dışsal motivasyon ve motivasyonsuzluk ile ilişkisi bulunmamıştır (Kotera vd., 2021). Öte yandan, literatürde her ne kadar sosyal hizmet uzmanları ve öğrencilerinin öz şefkat düzeylerini ele alan çalışmalara rastlansa da öz şefkati uygulamaya aktarma durumuna ilişkin herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Dolayısıyla sosyal hizmet uygulamalarında öz şefkatin çok fazla kullanılmadığı söylenebilir. Buna karşın sosyal hizmet uzmanları tarafından öz şefkat, kendilerinin ve müracaatçıların iyilik hallerine katkı sunmak amacıyla iki ayrı biçimde kullanılabilir.

2.1 Sosyal Hizmet Uzmanları İçin Öz Şefkat

Sosyal hizmet uzmanlarının hizmet sundukları kadın, yaşlı, çocuk, engelli, yoksul gibi müracaatçı grupları ciddi derece travmatize olmuş bireylerden oluşmaktadır. Bu bireylerle çalışmak zaman zaman sosyal hizmet uzmanlarının kendi iyilik halleri için risk oluşturabilmektedir. Nitekim yapılan araştırmalar travmatize olmuş müracaatçı gruplarıyla çalışan sosyal hizmet uzmanlarının ikincil travmaya, yoğun strese ve tükenmişlikle karşı karşıya kaldıklarını göstermektedir (Bride, 2007; Lloyd vd., 2002). Tükenmişliğin, stresin ve ikincil travmanın bireyler üzerinde kaygı, stres, uyuyamama, isteksizlik, dikkati toplamakta zorluk çekme, sinirlilik, yorgunluk ve geri çekilme gibi olumsuz ortak belirtileri olduğu bilinmektedir (Figley 1995; Schaufeli ve Enzmann, 1998). Bu belirtileri yaşayan sosyal hizmet uzmanlarının öz bakımlarında ve kendi iyilik hallerinde azalmalar meydana gelmektedir. Sosyal hizmet uzmanları zaman zaman müracaatçıların ihtiyaçlarına o kadar çok odaklanırlar ki kendi öz bakımlarını ve iyilik hallerini göz ardı edebilmektedirler (Sabo, 2011). Hatta belirtilerin ilerlemesi durumunda meslekte uzaklaşma, mesleği bırakma veya personel değişimine gitme gibi istenmeyen durumlarda söz konusu olabilmektedir (Adams, vd., 2006 s. 106).

Sosyal hizmet uzmanlarının öz bakımının ve iyilik halinin düşük olması, müracaatçılara sunduğu hizmetin kalitesini de düşürebilme ihtimalini ortaya çıkarmaktadır (Hosseinzadeh vd., 2021 s. 650-651). Sunulan hizmetin kalitesinin düşük olması ise sosyal hizmet etiği açısından da tartışılması gereken bir konu haline gelmektedir. Nitekim Ulusal Sosyal Hizmet Uzmanları Birliği (National Association of Social Workers [NASW]) sosyal hizmet uzmanlarının öz bakımlarına dikkat etmelerini etik bir konu olarak ele almaktadır. NASW'a göre (2017), sosyal hizmet uzmanlarının kendi kişisel sorunları mesleki performanslarını veya müracaatçısının yüksek yararını asla etkilememelidir.

Sosyal hizmet uzmanları için ciddi risk oluşturan stresle baş etme ile öz şefkat arasında da pozitif ilişkinin olduğunu gösteren araştırma bulguları (Ying ve Han, 2009 s. 277) göz önünde bulundurulduğunda; sosyal hizmet uzmanlarının kendi öz bakımlarını ve iyilik hallerini öz şefkatin temel bileşenleri çerçevesinde koruyabilmeleri önemlidir. Bu bağlamda, sosyal hizmet uzmanları öz nezaket geliştirerek, başarısızlıklarını veya yetersizliklerine hoşgörülü yaklaşarak, kendilerine karşı acımasız ve eleştirel bir tutum sergilemelerinin

önüne geçebilir. Aynı zamanda sosyal hizmet uzmanları öz şefkatin diğer bir bileşeni olan ortak insanlık kapsamında; iş stresi, mesleki tükenmişlik, yorgunluk, depresyon gibi mesleki sorunların sadece kendisinin yaşamadığının bilincinde olabilir. Öz şefkatin son bileşeni olan bilinçli farkındalık kapsamında, sosyal hizmet uzmanları yaşadıkları sorunları görmezden gelmek yerine daha rahat kabullenmelerini ve sorunlara çözüm odaklı yaklaşımlarını sağlayabilir.

2.2 Sosyal Hizmet Uygulamasında Öz Şefkat

Sosyal hizmet, iyilik halini artırmak amacıyla gerçekleştirdiği uygulamalarla bireylerin güçlenmelerine, problemlerini çözmelerine, özgürleşmelerine ve sosyal değişimin gerçekleşmesine katkı sunan bir meslektir. Sosyal hizmet mesleğinin tanımında da yer alan iyilik hali kavramı mesleki uygulamaların odak noktasıdır (Attepe Özden vd., 2017, s. 96). Dolayısıyla sosyal hizmet uzmanlarının gerçekleştirmiş oldukları müdahalelerdeki nihai amaç müracaatçının iyilik halini arttırmaktır. Öz şefkat bireyin iyilik halini arttıran önemli bir kavram olduğu (Neff, 2011) ve her yaşta geliştirebileceği (Smeets vd., 2014) göz önünde bulundurulduğunda, sosyal hizmet uzmanlarının müracaatçıların öz şefkat düzeylerini yükseltmeye yönelik çeşitli müdahalelerde bulunması gerektiği söylenebilir. Çünkü müracaatçının öz şefkat düzeyinin yükseltilmesi aynı zamanda iyilik halinin de artırılması anlamına gelmektedir.

Nitekim alan yazında sosyal hizmet uzmanlarının hizmet verdiği müracaatçı gruplarını ele alan öz şefkat çalışmalarına bakıldığında, öz şefkatin yaşlı, mülteci, kadın, engelli gibi dezavantajlı bireylere yönelik katkıları vurgulanmıştır. Yaşlı bireylerle yapılan çalışma sonuçları, öz şefkatin bilişsel yetenekle (Rahmati, vd., 2020 s. 107), iyi oluşla (Homan, 2016, s. 117; Mohamed Abd-Elsalam Elhgry vd., 2020 s. 1116), yaşam doyumuyla, psikolojik sağlamlıkla (Asadi Bijaeyeh., 2021) pozitif ilişkide olduğunu ortaya konulmuştur. Mültecilere yönelik çalışmalara bakıldığında; Hollanda'daki İranlı mültecilerin orta düzeyde öz şefkat geliştirdikleri, ayrıca öz şefkatin depresyon ve anksiyete ile anlamlı negatif korelasyon gösterdiği görülmüştür (Ghasemy, 2020, s. 23). Norveç'te yaşayan Kürt mültecilerle yapılan başka bir çalışmada ise öz şefkat ile depresyon belirtileri arasında ilişki olduğu sonucuna varılmıştır (Rashidian, 2023, s. 8). Kadınlara yönelik öz şefkat çalışmalarına bakıldığında, özellikle beden algısı üzerine çok fazla durulduğu görülmektedir. Öz şefkat ile kadınların beden algısı arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışma sonucuna göre, yüksek öz şefkatin beden kaygısını azalttığı sonucuna varılmıştır (Wasylikiw, 2012, s. 239). Yine öz şefkat ile kadınların beden algısını ele alan başka bir çalışmada öz şefkati yüksek olan kadınların beden gözetimi, beden utancı, depresyon ve olumsuz yeme tutumlarının daha düşük olduğu belirlenmiştir (Liss ve Erchull, 2015, s. 243). Engelli bireylere yönelik yapılan çalışmalarda, öz şefkatin algılanan damgalanma ile negatif ilişkide olduğu ve bireyde öz şefkat çalışılarak engelli bireyin kendini damgalamasını azaltabileceği vurgulanmıştır (Ma ve Mak, 2022, s. 4; Pyszkowska ve Stojek, 2022 s. 6). Hareket bozukluğu ve engelli olan bireylerle yapılan başka bir çalışmada, öz şefkatin algılanan beden imajı, depresyon, kaygı ve stres üzerinde doğrudan veya dolaylı etkiye sahip olduğu bulunmuştur (Wongwan ve Varma, 2022, s. 470).

Yukarıda bahsedilen çeşitli araştırma sonuçlarında görüldüğü üzere farklı müracaatçı gruplarının iyilik haline son derece katkı sunan öz şefkat sosyal hizmet uygulamalarında şu şekilde kullanılabilir:

Öz şefkatin gelişmesinde farkındalığın (mindfulness) çok etkili olduğu bilinmektedir (Neff ve Germer, 2013). Bu kapsamda, sosyal hizmet uzmanlarının öz şefkati geliştirmek üzere müracaatçılarıyla mindfulness çalışmaları yapmalarının oldukça faydalı olacağı vurgulanmaktadır. Yine çeşitli nefes egzersizleri, yoga ve meditasyon da öz şefkatin geliştirilmesinde kullanılmaktadır. Dolayısıyla, sosyal hizmet uzmanları mikro ve mezzo düzeyde gerçekleştirecekleri müdahalelerinde mindfulness uygulamalarını, nefes egzersizlerini ve yogayı kullanarak müracaatçıların öz şefkat düzeylerini artırabilirler. Sosyal hizmet uzmanı mindfulness kapsamında öncelikle müracaatçısından gözlerini kapatmasını, nefesine ve bedenine odaklanmasını, daha sonra ise gözlerini açmasını ve çevresindeki nesnelere rengine, şekline, dokusuna dikkatini vermesini isteyebilir (Beverly, 2023, s. 149). Bu müdahale müracaatçının anda kalmasını sağlayacaktır.

Müracaatçılar olumsuz bir duyguda takılı kalıp kendilerine karşı şefkat geliştiremeyebilirler. Böyle bir durumda müracaatçının duygularını iyi veya kötü diye yargılamadan duygularını yaşaması ve daha sonrada bu duygudan uzaklaşması sağlanabilir (Beverly, 2023, ss. 145- 146). Yine tıpkı duygular gibi olumsuz düşüncelerde bastırılmamalıdır. Dolayısıyla öncelikle müracaatçıların olumsuz düşünceleri ortaya çıkarılmalı ve birkaç dakika bu düşüncelere odaklandıktan sonra düşüncelerden uzaklaşmaları sağlanmalıdır (Germer, 2009, s. 195).

Müracaatçılar, zaman zaman suçluluk duygusuyla karşı karşıya gelebilirler. Suçluluk duygusunun panzehri literatürde öz şefkat olarak ele alınmaktadır. Böyle bir durumda, müracaatçılardan yetersiz, başarısız hissettiği veya zorlandığı bir konu hakkında kendine şefkat içeren bir mektup yazması istenebilir. Bu mektup şefkatli hayali bir arkadaş tarafından yazılıyormuş gibi kaleme alınabilir (Germer ve Neff, 2020, s. 28). Sosyal hizmet uzmanı müracaatçısından her gece yatmadan önce “kendime karşı nazik olabilirim”, “kendime karşı anlayışlıyım” gibi kendilerine yönelik şefkat içeren cümleleri içinden tekrar etmesini isteyebilir (Smeet vd., 2014, s. 799).

Sonuç

Amerikalı psikolog Kristin Neff tarafından 2003 yılında öz şefkatin ortaya atılması ile birlikte kavram başta psikoloji olmak üzere birçok farklı disiplinlerdeki araştırmalarda yer almaya başlamıştır. Farklı disiplinlerde gerçekleştirilen araştırmalar, öz şefkatin bireylerin ruh sağlığına ciddi olumlu katkısı olduğunu göstermektedir. Sosyal hizmet alanındaki akademik çalışmalarda da öz şefkat kavramına sıkça yer verilmiştir. Sosyal hizmet disiplinindeki çalışmalarda da tıpkı farklı disiplinlerdeki çalışmalarda olduğu gibi öz şefkat kavramının olumlu etkileri gözler önüne serilmiştir. Özellikle araştırmalar öz şefkatin sosyal hizmet uzmanlarının iyilik hallerine ciddi katkı sunduğunu göstermektedir. Uluslararası sosyal hizmet literatüründe öz şefkat kavramının iyilik haline sunduğu katkılara rağmen sosyal hizmet uzmanları tarafından öz şefkatin uygulamalarda yeterince kullanılmadığı görülmektedir. Dolayısıyla literatürde özellikle sosyal hizmet eğitiminde ve uygulamasında öz şefkatin incelenmesi gerektiği vurgulanmaktadır.

Bu çalışmada, sosyal hizmet uzmanları tarafından öz şefkatin iki farklı biçimde kullanılabilceği ve sosyal hizmet eğitiminde öz şefkate yer verilmesi gerektiği vurgulanmaktadır. Sosyal hizmet uzmanları hizmet verdikleri müracaatçı gruplarının ciddi derece travmatize olmalarından dolayı tükenmişlik, yoğun stres ve ikincil travma gibi çeşitli risklerle karşı karşıya kalabilmektedir. Bu risklerle karşı karşıya kalan sosyal hizmet uzmanlarının öz bakımlarında ve iyilik hallerinde azalmalar olabilir. Öz şefkat kavramının da bireyin iyilik haline ve öz bakımına ciddi derece katkı sunduğu bilinmektedir. Bu bağlamda ilk olarak sosyal hizmet uzmanları tarafından öz şefkat kavramı kendi iyilik hallerini ve öz bakımlarını korumak amacıyla kullanılabilir.

Sosyal hizmet mesleğinin temel amaçlarından birisinin müracaatçıların iyilik halini artırmak olduğu bilinmektedir. Bilimsel çalışmalarda da öz şefkat kavramının bireyin iyilik hali üzerinde doğrudan pozitif bir etkisi olduğu ortaya konulmuştur. Buradan hareketle ikinci olarak sosyal hizmet uzmanları tarafından öz şefkat müracaatçıların güçlenmesi ve iyilik haline katkı sunmak amacıyla kullanılabilir.

Sonuç olarak sosyal hizmet disiplinde öz şefkatin kullanılabilceği çeşitli uygulamalarla hem müracaatçıların hem de sosyal hizmet uzmanlarının iyilik halini artırabileceği görülmektedir. Ancak Türkiye’de halihazırda sosyal hizmet öğrencilerine öz şefkati içeren bir eğitim verilmemektedir. Buradan hareketle, sosyal hizmet lisans eğitiminin gözden geçirilmesi ve eğitime öz şefkatin entegre edilmesi önerilmektedir. Özellikle sosyal hizmet lisans eğitiminde kuram derslerinde öz şefkat kavramına yer verilebilir. Sosyal hizmet uzmanlarının görev aldıkları çeşitli kurumlarda da öz şefkate ilişkin bilinçlendirme çalışmaları yapılabilir. Gerçekleştirilen bilinçlendirme çalışmalarından sonra sosyal hizmet uzmanları müracaatçılarına süpervizyon desteği ile birlikte öz şefkat temelli çeşitli müdahalelerde bulunabilir. Aynı zamanda öz şefkat konusunda uzmanlaşmak isteyen sosyal hizmet uzmanlarının katılabilecekleri çeşitli eğitim programları oluşturulabilir. Bu eğitim programlarının oluşturulmasında Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği (SHUDER) aktif rol üstlenebilir.

Kaynakça

- Adams, R. E., Boscarino, J. A., ve Figley, C. R. (2006). Compassion fatigue and psychological distress among social workers: a validation study. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(1), s. 103-108. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.76.1.103>
- Alaloğlu, G. (2020). *Mükemmeliyetçilik, kendini sabotaj, öz-şefkat ve psikolojik iyi oluş arasındaki ilişkilerin incelenmesi* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Maltepe Üniversitesi, İstanbul.
- Allen, A. B., ve Leary, M. R. (2010). Self-Compassion, stress, and coping. *Social and personality psychology compass*, 4(2), s. 107-118. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2009.00246.x>
- Attepe Özden, S., Pak Güre, M. D., ve İçağasıoğlu Çoban, A. (2017). Sosyal hizmette iyilik hali kavramı. *Türkiye Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi*, 1(2), s. 87-104.
- Asadi Bijaeyeh, J. S., Amiri Majd, M., Ghamari, M., & Fathi Aghdam, G. (2021). The effectiveness of the self-compassion training on life satisfaction and resilience of the elderly women. *Aging Psychology*, 7(1), s. 55-67. DOI: 10.22126/jap.2021.6210.1509
- Beverly, E. (2023). *Senin Suçun Değildi*. (K. Uysal, Dü., ve Ş. Özak, Çev.) Okyanus.
- Bride, B. E. (2007). Prevalence of secondary traumatic stress among social workers. *Social Work*, 52(1), s. 63-70. <https://doi.org/10.1093/sw/52.1.63>
- Dönmez, K., & Sarı, T. (2021). Okul psikolojik danışmanlarında öz şefkat ile tükenmişlik. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 59, s. 60-84.
- Ferreira, C., Gouveia, J. P., & Duarte, C. (2013). Self-compassion in the face of shame and body image dissatisfaction: Implications for eating disorders. *Eating Behaviors*, 14(2), s. 207-210. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2013.01.005>
- Figley, C. R. (1995). Systemic traumatization: Secondary traumatic stress disorder in family therapists. In R. H. Mikesell, D.-D. Lusteran, & S. H. McDaniel (Eds.), *Integrating family therapy: Handbook of family psychology and systems theory* ss. 571-581. American Psychological Association. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/10172-033>
- Germer, C. K. (2009a). *Öz Şefkatli Farkındalık Tahrip Edici Duyularla Başa Çıkmak*. (H. Ünlü Haktanır, Çev.) Diyojen Yayıncılık.
- Germer, C. K., ve Neff, K. (2020). *Öz Şefkatli Farkındalık Uygulama Rehberi* (1 b.). (F. Tarımtay Altun, Çev.) İstanbul: Diyojen Yayıncılık.
- Ghasemy, F. (2020). *Self-compassion as a predictor of mental health in Iranian refugees in the Netherlands* (Master's thesis, University of Twente).
- Gottlieb, M., ve Shibusawa, T. (2020). The impact of self-compassion on cultural competence: results from a quantitative study of msw students. *Journal of Social Work Education*, 56(1), s. 30-40. <https://doi.org/10.1080/10437797.2019.1633976>
- Dos Santos, L., Andrade Alvarenga, W., Leite, A., Neris, R. R., de Lima, R., de Montigny, F., . . . Nascimento, L. C. (2024). Compassion fatigue: A comprehensive discussion on its development and repercussions among oncology nurses. *In Seminars in Oncology Nursing*. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2024.151655>
- Homan, K. J. (2016). Self-compassion and psychological well-being in older adults. *Journal of Adult Development*, 23, s. 111-119. DOI 10.1007/s10804-016-9227-8
- Hosseinzadeh Asl, N. R., Dölek, K., ve İl, S. (2021). Sosyal Hizmet ve Bilinçli Farkındalık Uygulamaları. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 32(2), s. 643-659. <https://doi.org/10.33417/tsh.807494>
- Hoşoğlu, R. (2019). Öz-anlayış düzeyi ile yaşam doyumunu arasındaki ilişki: Otomatik. *Yaşam Becerileri Psikoloji Dergisi*, 4(7), s. 37-49. <https://doi.org/10.31461/ybpd.674756>
- Imtiaz, S., & Kamal, A. (2016). Rumination, optimism, and psychological well-being among the elderly: Self-compassion as a predicto. *Journal of Behavioural Sciences*, 26(1), s. 32-40.
- Kader, N. (2021). Depresyonda Öz Şefkatin Önemi: Literatüre Kısa Bir Bakış (Yüksek Lisans Bitirme Projesi). İstanbul: Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi.
- Kaygısız, F. (2019). *Ergenlerin psikolojik sağlamlıklarının boyun eğici davranışlar ve öz anlayış açısından incelenmesi* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Necmettin Erbakan Üniversitesi, Konya.

- Kotera, Y., Tsuda-McCaie, F., Edwards, A. M., Bhandari, D., ve Maughan, G. (2021). Self-compassion in Irish social work students: relationships between resilience, engagement and motivation. *International journal of environmental research and public health*, 18(15), s. 8187. <https://doi.org/10.3390/ijerph18158187>
- Lacono, G. (2017). A call for self-compassion in social work. *Journal of Teaching in Social Work*, 37(5), s. 454-476. <https://doi.org/10.1080/08841233.2017.1377145>
- Lianekhammy, J., Miller, J., Lee, J., Pope, N., Barnhart, S., ve Grise-Owens, E. (2018). Exploring the self-compassion of health-care social workers: How do they fare? *Social work in health care*, 57(7), s. 563-580. <https://doi.org/10.1080/00981389.2018.1471017>
- Liss, M., & Erchull, M. J. (2015). Not hating what you see: Self-compassion may protect against negative mental health variables connected to self-objectification in college women. *Body Image*, 14, s. 5-12. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.02.006>
- Lloyd, C., King, R., ve Chenoweth, L. (2002). Social work, stress and burnout: A review. *Journal of Mental Health*, 11(3), s. 255-265. <https://doi.org/10.1080/09638230020023642>
- Mantzios, M., Koneva, A., ve Egan, H. (2020). When 'negativity' becomes obstructive: a novel exploration of the two-factor model of the self-compassion scale and a comparison of self-compassion and self-criticism interventions. *Current issues in Personality Psychology*, 8(4), s. 289-300. *ume 8(4)*, doi: <https://doi.org/10.5114/cipp.2020.100791>
- Ma, G. Y., & Mak, W. W. (2022). Associations of perceived stigma, perceived environmental inaccessibility, and self-compassion among people with physical disability in Hong Kong. *Disability and Health Journal*, 15(3), 101274. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2022.101274>
- Miller, J. J., Lee, J., Niu, C., Grise Owens, E., ve Bode, M. (2019). Self-compassion as a predictor of self-care: A study of social work clinicians. *Clinical Social Work Journal*, 47, s. 321-331. <https://doi.org/10.1007/s10615-019-00710-6>
- Miller, J., ve Lee, J. (2019). Self-compassion among social workers. *Journal of Social Work*, 20(4), s. 448-462. <https://doi.org/10.1177/1468017319829404>
- Mohamed Abd-Elsalam Elhgry, G., Diab Abd elwahab Diab, S., & Elsayed Ibrahim, E. (2020). Effect of self-compassion based intervention on self-compassion, life satisfaction and psychological well-being among older adults. *Egyptian Journal of Health Care*, 11(1), s. 1111-1127. DOI: 10.21608/ejhc.2020.237900
- National Association of Social Workers. (2017). NASW code of ethics. Erişim adresi: Code of Ethics: English (socialworkers.org)
- Nayeri, N. D., Nimota, R. N., & Kiwanuka, F. (2021). Strategies for Stress Management among Paediatric Nurses in Oncology/Haematology Settings: A Systematic Review. *Asian Journal of Research in Nursing and Health*, 4(3). <https://www.sdiarticle4.com/review-history/71848>
- Neff, K. (2003a). Self-Compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and identity*, 2(2), s. 85-101. <https://doi.org/10.1080/15298860309032>
- Neff, K. (2003b). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and identity*, 2(3), s. 223-250. <https://doi.org/10.1080/15298860309027>
- Neff, K. D. (2011). Self-compassion, self-esteem, and well-being. *Social and personality psychology compass*, 5(1), s. 1-12. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2010.00330.x>
- Neff, K. D. (2015). The five myths of self-compassion. *Psychotherapy Networker*, 39(5), s. 30-35.
- Neff, K. D. (2016). The self-compassion scale is a valid and theoretically coherent measure of self-compassion. *Mindfulness*, 7, s. 264-274. DOI 10.1007/s12671-015-0479-3
- Neff, K. D., ve Beretvas, N. S. (2013). The role of self-compassion in romantic relationships. *Self and identity*, 12(1), s. 78-98. <https://doi.org/10.1080/15298868.2011.639548>
- Neff, K. D., ve Germer, C. K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of Clinical Psychology*, 69(1), s. 28-44. <https://doi.org/10.1002/jclp.21923>
- Neff, K. D., ve Pommier, E. (2013). The relationship between self-compassion and other-focused concern among college undergraduates, community adults, and practicing meditators. *Self and identity*, 12(2), s. 160-176. <https://doi.org/10.1080/15298868.2011.649546>
- Neff, K. D., Hsieh, Y. P., ve Dejitterat, K. (2005). Self-compassion, achievement goals, and coping with academic failure. *Self and identity*, 4(3), s. 263- 287. <https://doi.org/10.1080/13576500444000317>

- Neff, K. D., Rude, S. S., ve Kirkpatrick, K. (2007). An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *Journal of Research in Personality*, 41, s. 908-916. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2006.08.002>
- Pyszkowska, A., & Stojek, M. M. (2022). Early maladaptive schemas and self-stigma in people with physical disabilities: The role of self-compassion and psychological flexibility. *International journal of environmental research and public health*, 19(17). <https://doi.org/10.3390/ijerph191710854>
- Rahmati, A., Mohammad Hossein Mousavi Nasab, S., & Moradi, F. (2020). Cognitive ability in the elderly: The role of self-transcendence, self-compassion and positive affect. *Aging Psychology*, 6(2), s. 107-117.
- Rickers, S. (2012). *The lived experience of self-compassion in social workers*. University of Minnesota.
- Richards, K., Campenni, C., ve Muse-Burke, J. (2010). Self-care and well-being in mental health professionals: The mediating effects of self-awareness and mindfulness. *Journal of Mental Health Counseling*, 32(3), s. 247-264. <https://doi.org/10.17744/mehc.32.3.0n31v88304423806>
- Rashidian, E., Kildal, F., Markova, V., & Dundas, I. (2023). Is self-compassion relevant for refugees? A cross-sectional study of the relationship between self-compassion and depression among Kurdish refugees in Norway. *Nordic Psychology*, s. 1-14. <https://doi.org/10.1080/19012276.2023.2295219>
- Sabo, B. (2011). Reflecting on the concept of compassion fatigue. *Online journal of issues in nursing*, 16(1).
- Schaufeli, W., ve Enzmann, D. (1998). *The burnout companion to study ve practice: A critical analysis*. Philadelphia PA: : Taylor and Francis.
- Smeets, E., Neff, K., Alberts, H., ve Peters, M. (2014). Meeting suffering with kindness: effects of a brief self-compassion. *Journal of Clinical Psychology*, 70, s. 794-807. <https://doi.org/10.1002/jclp.22076>
- Şahin Altun, Ö., Kabakçı, K., ve Olçun, Z. (2020). Hemşirelikte öz şefkat. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 29(3), s. 218-225. Doi:10.17827/aktd.593594
- Tunca, A. (2022). Kadınların mutluluğunun yordayıcıları olarak öz-şefkat ve olumlu çocukluk yaşantıları. *Abant Sosyal Bilimler Dergisi*, 22(2), s. 535-545. <https://doi.org/10.11616/asbi.1091282>
- Tuncay, T., ve Tekin, H. H. (2021). *Sosyal Hizmet Mesleğinin ABC'si* (1 b.). Ankara: Nika Yayınevi.
- Virgia, D., Baci, E. L., ve Lazar, T. A. (2020). Psychological capital protects social workers from burnout and secondary traumatic stress. *Sustainability*, 12(6), s. 1-16. <https://doi.org/10.3390/su12062246>
- Wasylikiw, L., MacKinnon, A. L., & MacLellan, A. M. (2012). Exploring the link between self-compassion and body image in university women. *Body Image*, 9(2), s. 236-245. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2012.01.007>
- Werner, K. H., Jazaieri, H., Goldin, P. R., Ziv, M., Richard, G. H., ve Gross, J. J. (2011). Self compassion and social anxiety disorder. *Anxiety, Stress, Coping*, 25(5), s. 543-558. <https://doi.org/10.1080/10615806.2011.608842>
- Williams, N. (2015). Fighting fire: Emotional risk management at social service agencies. *Social Work*, 60(1), s. 89-91. <https://doi.org/10.1093/sw/swu053>
- Wongwan, S., & Varma, P. (2022). The effect of self-compassion on depression, anxiety, and stress mediated by perceived body image in people with mobility impairment and disability in phrae province. *Scholar: Human Sciences*, 14(2), 463-463.
- Ying, Y. W., ve Han, M. (2009). Stress and coping with a professional challenge in entering masters of social work students: The role of self-compassion. *Journal of Religion ve Spirituality in Social Work: Social Thought*, 28(3), s. 263-283. <https://doi.org/10.1080/1542643090307021>



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: 2024 Aralık/ December
Sayı/Issue:24

SOSYAL HİZMET ALANINDA MADDE BAĞIMLILIĞI KONUSUYLA İLGİLİ YAPILAN ÇALIŞMALARIN BİBLİYOMETRİK ANALİZİ

Gökhan BODUROĞLU¹

Makale Bilgileri/ Article info

Makalenin Türü/Article Type: Araştırma
Geliş Tarihi / Date Received: 31.08.2024
Revizyon Tarihi/Date Revised: 25.09.2024
Kabul Tarihi / Date Accepted:11.10.2024
Yayın Tarihi / Date Published: 03.01.2025
DOI10.46218/tshd.1541387

Makale Künyesi/To cite this article:
Boduroğlu, G. (2024, Aralık). Sosyal Hizmet Alanında Madde Bağımlılığı Konusuyla İlgili Yapılan Çalışmaların Bibliyometrik Analizi. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 109-123.

Sorumlu Yazar/Corresponding Author:
Gökhan BODUROĞLU, Öğr. Gör. Dr., Hitit Üniversitesi, Sungurlu Meslek Yüksekokulu, gokhanboduroglu@hitit.edu.tr

Öz

Biyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan olumsuz olarak etkileyen, toplumsal yapı için önemli bir sağlık sorunu olan madde bağımlılığı; sosyal hizmet alanının en önemli konularından biridir. Bu çalışma, Web of Science (WOS) veri tabanında sosyal hizmet alanında madde bağımlılığı konusunda yapılan akademik çalışmaların bibliyometrik bir analizini sunmayı amaçlamıştır. Bu amaç doğrultusunda Web of Science (WOS) veri tabanında 2014 ile 2023 yılları arasında "substance abuse" filtrelemesiyle toplamda 23.920 araştırma olsa da bu çalışmaların yalnızca %4,89'u (1.171 çalışma) "social work (sosyal hizmet)" kategorisinde yer almaktadır. Araştırma kapsamında yapılan inceleme de dağılımlar, yayın ağları, anahtar kelimeler vb. veriler grafik ve görseller halinde incelenmiştir. Konuyla ilgili çalışmaların önemli bir kısmının çocuk ve gençlik refahı alanına yönelik olduğunu göstermektedir. Bu çalışma, madde bağımlılığıyla mücadelede daha etkili sosyal hizmet politikaları ve müdahale stratejilerinin geliştirilmesi için hem Türkiye'de hem de diğer ülkelerdeki araştırmacıların daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyduğunu vurgulamakta ve gelecekteki araştırmaların odaklanabileceği öncelikli alanları belirlemeye rehberlik etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Madde Bağımlılığı, Sosyal Hizmet, Bibliyometrik Analiz

BIOMETRIC ANALYSIS OF STUDIES ON SUBSTANCE USE IN THE FIELD OF SOCIAL WORK

Abstract

Substance addiction, which negatively affects individuals biologically, psychologically, and socially and is a significant health problem for societal structures, is one of the most important issues in the field of social work. This study aims to present a bibliometric analysis of academic studies on substance addiction in social work within the Web of Science (WOS) database. For this purpose, although there were a total of 23,920 studies with the "substance abuse" filter in the Web of Science (WOS) database between 2014 and 2023, only 4.89% (1,171 studies) of these studies fall under the "social work" category. The study examines distributions, publication networks, keywords, and other data in graphical and visual forms. A significant portion of the studies on this topic are related to child and youth welfare. This study emphasises the need for more research by researchers in Türkiye and other countries to develop more effective social work policies and intervention strategies in the fight against substance addiction. It provides guidance on the priority areas that future research can focus on.

Keywords: Substance Abuse, Social Work, Bibliometric Analysis

¹ Öğr. Gör. Dr., Hitit Üniversitesi, Sungurlu Meslek Yüksekokulu, Sosyal Hizmet ve Danışmanlık Bölümü, Sosyal Hizmetler Programı, ORCID: 0000-0002-6424-6478.

1. Giriş

Bağımlılık, bir bireyin bir maddeye veya davranışa karşı aşırı bağımlılık geliştirmesi, bu bağımlılık nedeniyle iradesini kaybetmesi ve bağımlı olduğu maddeyi veya davranışı kendi iradesi dışında sürdürmek zorunda hissetmesi olarak tanımlanabilir. Bağımlılık, bireyin kendisini, ailesini, çevresini ve hatta yaşadığı toplumu etkileyen bir hastalık olarak da tanımlanmaktadır (Kürtüncü ve Tunca, 2022: 56-57; Aktürk ve diğerleri, 2019:7). Ögel (2020:66) ise bağımlılığın bir davranış biçimi içeren bir hastalık olduğuna, bağımlılığa ilişkin beyinde birçok nörokimyasal, nörofizyolojik değişimler saptandığına işaret etmektedir. Bağımlılık, bireyin yaşantısında olumsuz sonuçlar ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Birey, bağımlı olduğu madde veya davranış nedeniyle günlük hayatındaki işlevlerini yerine getirmekte güçlük çeker ve sosyal, akademik ve aile yaşamında aksaklıklar yaşar. Tarhan ve Nurmedov (2020:19)'e göre, bireyler ruhsal durumlarını desteklemek, özgür hissetmek, duygularını bastırmak veya kaçmak, özledikleri ruh haline ulaşmak, eşlerinin saldırganlığından kaçmak için alkol ve/veya madde kullanımına başvurmaktadır. Şüphesiz ki bu bakış açısı, medyada yansıtılan bakış açısı ile paraleldir. Zira bu bakış açısı bireyin kaçındığı bu durumların çok daha ötesinde bir sorun ile; "bağımlılık" ile karşı karşıya kalmalarına neden olmaktadır.

Bağımlılık; madde bağımlılığı ve davranışsal bağımlılıklar olmak üzere iki başlık altında sınıflandırılmaktadır. Madde bağımlılığı, bir veya birden fazla vücut işlevini olumsuz etkileyen maddelerin kullanılması ve bu maddelerin zararlarına rağmen kullanımının bırakılmaması durumu olarak tanımlanmaktadır (Yıldız, 2016:74). Tanımdan da anlaşılacağı üzere kişi kullanmış olduğu madde nedeniyle zarar görmesine rağmen iradeyi kaybettiği için bağımlı olduğu maddeyi kullanmaya devam etmektedir. Davranışsal bağımlılık ise bireyin belirli bir davranışa bağımlı hale gelmesi durumunu ifade etmektedir (Dinç, 2020:177; Karabulut ve Gökler, 2023:56). Davranışsal bağımlılıklar alışveriş, kumar, internet, akıllı telefon kullanımı vb. şekilde sıralanabilir. Goodman (1990:1403), davranışsal bağımlılığı, bir bireyin bir davranışı kontrol etmekte tekrarlayan başarısızlık yaşamasına rağmen ve önemli olumsuz sonuçlara karşın bu davranışı sürdürmesi durumu olarak tanımlamaktadır. Söz konusu davranışsal bağımlılıklarda da birey iradesini kaybetmektedir. Karabulut (2023:2), bireyin bağımlı olduğu davranışı gerçekleştirmediği zaman kaygılı ve huzursuz hissedeceğine dikkat çekerek, davranışın takıntı haline gelebileceğini vurgulamaktadır.

Madde kullanımı, bireyin biyolojik, psikolojik ve sosyal sağlığını olumsuz şekilde etkilemektedir. Bireysel sağlığı etkilemekle kalmayıp aile yaşamı, toplum güvenliği ve ekonomi üzerinde de önemli ölçüde olumsuz etkiler bırakmakta, bununla birlikte oldukça maliyetli ve yıkıcı bir hal almaktadır (Orum ve diğerleri, 2018:371). Madde bağımlılığı psikolojik, hukuki, tıbbi, sosyal ve kültürel konuların karmaşık iç içe geçmiş katmanlarının birleşimini yansıttığı konusunda farkındalık giderek artmaktadır (Choi ve Ryan, 2007:1396). Bireyin kullanılmış olduğu madde, beynin has hislerini düzenleyen bölgelerini dopamin yükleyerek beynin ödül sistemini hedeflemektedir (Tarhan ve Nurmedov, 2020:26). Birey uzun süreli madde kullanımı sonrasında bu hazzı kaybedecek ancak dopamin işlevini normale döndürmek için madde kullanmak zorunda kalacaktır (Kalaycı, 2022:7). Bu bağlamda Twerski (2020:16) bağımlı bireyin her zaman istekli olmayabileceğine, kendi düşünceleri ile kendilerini kandırarak, çevrelerine de yalan söyleyerek bağımlılık

döngüsünde bulunabileceklerine işaret etmektedir. Kuşkusuz, birey her ne kadar maddeyi almak istemese de bağımlı olduktan sonra hem fiziksel hem de psikolojik olarak maddeyi kullanmak için istek duyduğu görülmektedir. Bağımlı birey maddeye ulaşamadığında terleme, titreme, bulantı, kusma gibi belirtiler görülür ve bunlar fiziksel belirtiler olarak öne çıkar, bununla birlikte kişi madde kullandığı zaman doyum sağlama ve rahatlama gibi geçici etkiler yaşar ve bu durum da bağımlılığın psikolojik etkilerindedir (Yeşilay, 2019:21). Tüm bunlar sonucunda madde kullanan bireyler toplumsal yaşamlarında ayrımcılık ve damgalanma sorunu ile de karşı karşıya kalmaktadır. Böylelikle benlik saygıları azalmakta, toplumdan izole olmaktadır (Kocataş ve Tektaş Soy, 2020: 74). Bu izole oluş, bireyin sosyal ortamlardan geri çekilmesine ve yalnızlaşmasına, daha da ötesi bu yalnızlık sonrasında bağılı olduğu nesneye daha fazla bağımlı olmasına neden olmaktadır. Köktaş ve Yiğitoğlu (2023: 188) bu kısır döngünün devam etmesinin, bireylerin hem psikolojik hem de sosyal açıdan olumsuz durumlar yaşamalarına neden olduğuna ve bu durumun bireylerin ruh sağlığında uzun vadeli etkileri oluşacağına işaret etmektedirler. Bu etkileri en aza indirmek amacıyla bağımlı bireyin çevresi ile iletişimi güçlendirmeye, sosyalleşme pratiklerini geliştirmeye ihtiyaç duyulmaktadır. Böylelikle bağımlılık döngüsünden çıkartılması mümkün olabilecektir. Nitekim bağımlılık döngüsünde çevre oldukça önemli bir konumdadır. Bireylerin bağımlılığa başlama nedenlerinin çevresel faktörlere bağlı olduğu araştırmalarla da desteklenmektedir (Kılıç, 2023:36). Bu kapsamda tedavide sağlıklı bir çevreye odaklanılmaması, bireyin bağımlılığa sürükleyen çevre ile yeniden etkileşime girmesine yol açabilmektedir. Tedavide son dönemlerde kendine yardım gruplarının da etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Adsız alkoliklerde de etkili olan kendine yardım gruplarının madde bağımlısı bireylerde de fayda sağladığı görülmektedir. Bayraktar ve diğerleri (2024:75) madde kullanıcılarının kendi kendine tedavi yöntemlerini ilaç kullanımı, çevrenin değiştirilmesi, arkadaş çevresinin değiştirilmesi, bireyin kendi içindeki süreçleri yönetmesi, sorumluluk alması ve boş zamanları değerlendirmesi olarak tanımlamışlardır. Ancak her ne kadar kendine yardım gruplarının faydalı olduğu sonucuna ulaşılsa da tedavi sağlayıcıların varlığı bağımlılık tedavisinde önemli bir yerdedir. Tedavi sağlayıcıların da multidisipliner bir yapıda oluşu bağımlılığı bütüncül bir şekilde ele alma noktasında gerekliliktir. Biyopsikososyal boyutlarıyla teori ve pratik temelinde, sosyal hizmet de bu disiplinlerden biridir (Mutlu, 2015:23). Sosyal hizmet çalışmalarıyla, bağımlı bireylerin rehabilitasyonu, topluma yeniden entegrasyonu ve bağımlılığın nedenleriyle başa çıkmaları için destek sağlayarak madde bağımlılığıyla mücadelede aileleri de desteklemekte ve toplumsal bilincin artırılması için önemli bir araç olarak hizmet vermektedir.

2. Yöntem

Bağımlılık, sağlık, psikoloji, sosyoloji ve diğer alanlarda olduğu gibi sosyal hizmet alanı için de önemli bir konudur. Bu çalışma, sosyal hizmet alanındaki araştırmacılar için bilgi sağlayarak, alandaki araştırmalara yön verme ve geliştirme potansiyeli sunmayı amaçlamaktadır. Formun Üstü

Araştırma kapsamında gerçekleştirilen Formun Altı madde bağımlılığı konusundaki bibliyometrik analiz çalışmasının temel amacı, bu alandaki bilimsel literatürün kapsamlı bir değerlendirmesini yaparak, mevcut araştırma eğilimlerini ve gelişmelerini belirlemektir. Ayrıca, bu çalışma, madde bağımlılığıyla ilgili olarak

sosyal hizmet alanında yapılan araştırmalarda hangi konuların daha fazla vurgulandığını, hangi alanlarda daha fazla araştırma yapılması gerektiğini ve mevcut literatürdeki boşlukları belirleyerek, gelecekteki araştırmalar için rehberlik etmek amaçlanmıştır.

Çalışma yöntemi olarak kullanılan bibliyometrik analiz, geniş veri setlerini keşfetmek ve analiz etmek için kullanılmaktadır. Bibliyometrik çalışmalar, bir alanda yeni ve anlamlı ilerlemeler için sağlam temeller sağlamaktadır. Ayrıca, araştırmacılara tek bir kaynaktan genel bir bakış sağlama, alandaki boşlukları belirleme, yeni fikirler üretme ve alanla ilgili katkıları konumlandırma konusunda önemli bir fırsat sunmaktadır (Donthu vd., 2021:295). Araştırma kapsamında bibliyometrik analiz ile literatürdeki önemli dağılımlar ve anahtar konuları belirleyerek madde bağımlılığı alanındaki araştırmaların gelişimine ve ilerlemesine katkıda bulunabilir. Bu analiz, madde bağımlılığıyla ilgili araştırmalarda hangi alanların daha fazla vurgulanması gerektiğini belirlemede ve bu alandaki gelecek çalışmalar için potansiyel fırsatları tanımlamada araştırmacılara yol gösterici niteliktedir. Araştırmada kapsamında “madde bağımlılığı” konusuyla ilgili Web of Science veri tabanında yer alan sosyal hizmet kategorisinde yer alan araştırmalar bibliyometrik analiz yöntemi kullanılarak incelenmiştir. Bu çalışmada, analizlerin gerçekleştirilmesi ve haritaların oluşturulması için dünya çapında en kapsamlı veri tabanlarından biri olan, yüksek etki faktörüne sahip bilimsel çalışmaları içeren ve çok disiplinli atıf indeksi bulunan Web of Science (WoS) veri tabanı kullanılmıştır (Demir vd., 2023: 559; Çankaya, 2024: 81). Araştırmada, Web of Science (WoS) veri tabanından elde edilen verilere 12.02.2024 tarihinde erişilmiştir. Araştırma kapsamında Web of Science veri tabanında sosyal hizmet alanında 2014 ile 2023 yılları arasında (son on yıl) “substance abuse (madde bağımlılığı)” kavramıyla ilgili toplamda 1171 çalışma olduğu saptanmış ve çalışmaların tamamı araştırmaya dahil edilmiştir.

Araştırmada kapsamında “madde bağımlılığı” konusuyla ilgili sosyal hizmet kategorisinde Web of Science veri tabanında yer alan araştırmalarda aşağıdaki araştırma sorularına cevap aranmıştır:

2014-2023 yılları arasında Web of Science veri tabanında “madde bağımlılığı” konusuna ilişkin yayınların kategorilere göre dağılımı nasıldır?

2014-2023 yılları arasında Web of Science veri tabanında “madde bağımlılığı” konusuna ilişkin sosyal hizmet kategorisinde yayınların yıllara göre dağılımı nasıldır?

2014-2023 yılları arasında Web of Science veri tabanında “madde bağımlılığı” konusuna ilişkin sosyal hizmet kategorisinde yayınların atıf sayılarının yıllara göre dağılımı nasıldır?

2014-2023 yılları arasında Web of Science veri tabanında “madde bağımlılığı” konusuna ilişkin sosyal hizmet kategorisinde yayınların yazarlara ve yayın türlerine göre dağılımları nasıldır?

2014-2023 yılları arasında Web of Science veri tabanında “madde bağımlılığı” konusuna ilişkin sosyal hizmet kategorisinde yayınların ülkelere ve kurumlara göre dağılımı nasıldır?

2014-2023 yılları arasında Web of Science veri tabanında “madde bağımlılığı” konusunda sosyal hizmet kategorisinde yapılan yayınlarda kullanılan anahtar kelimelerin ağ haritası ve yoğunluk haritası nasıldır?

3. Bulgular

Web of Science veri tabanında sosyal hizmet kategorisinde 2014 ile 2023 yılları arasında “substance abuse (madde bağımlılığı)” anahtar kelimesi ile ilgili toplamda 1.171 çalışma verisi çekilerek yıllara göre yayın sayıları, yayın türlerine göre yayın sayısı, yazarlara göre yayın sayıları, yayınların yıllara göre atıf sayısı, yayınların dizinlere göre dağılımı, yayınların kurumlara göre dağılımı, yayınların ülkelere göre dağılımları, en fazla kullanılan ilk on anahtar kelimenin kullanım sayıları grafik ve tablolar şeklinde hazırlanmış, yazar yayın ağı, yazar atıf ağı, kurumlara göre yayın ağı, ülkelere göre yayın ağı ve anahtar kelime ağı ve yoğunluk haritası ise VOSviewer yazılım programı aracılığıyla görselleştirilmiştir.

Araştırma kapsamında her ne kadar 2014-2023 yılları arasında sosyal hizmet kategorisinde madde bağımlılığı konusuna ilişkin bibliyometrik analizi bağlamında sınırlandırılmış olsa da sosyal hizmet alanındaki çalışmaların bütüne olan payının gözükmemesi adına diğer alanlardaki çalışmaların durumuna da bakmak amaçlanmıştır. Web of Science veri tabanında 2014 ile 2023 yılları arasında “substance abuse” filtrelemesiyle toplamda 23.920 araştırmaya ulaşılmıştır. Tablo 1’de bu araştırmaların kategorileri incelendiğinde %30,19 Madde Bağımlılığı (7,222), %20,07 Psikiyatri (4,801), %13,47 Klinik Psikoloji (3,224), %11,45 Kamu, Çevre ve İş Sağlığı (2,741), % 5,11 Tıp (1,224) ve %4,89 Sosyal Hizmet (1,171) kategorisinde bulunmakta olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 1. Yayınların Kategorilere Göre Dağılımı

Kategorileri	Yüzde	Sayı
Madde Bağımlılığı	%30,19	7,222
Psikiyatri	%20,07	4,801
Klinik Psikoloji	%13,47	3,224
Kamu, Çevre ve İş Sağlığı	%11,45	2,741
Tıp	% 5,11	1,224
Sosyal Hizmet	%4,89	1,171

Tablo 2’de “madde bağımlılığı” konusuyla ilgili 2014-2023 yılları arasında sosyal hizmet kategorisinde yapılan çalışmaların yıllara bağlı olarak yayınlanma dağılımı ele alınmıştır. 2014-2023 yılları arasında yapılan 1.171 çalışma incelendiğinde konuyla ilgili çalışmaların azalma eğilimine girdiği görülmektedir. 2023 yılında en az yayın yapıldığı, 2019 yılında ise en yüksek sayıya ulaştığı, 2014 yılında 130 , 2015 yılında 147, 2016 yılında 109, 2017 yılında 124, 2018 yılında 112, 2019 yılında 148, 2020 yılında 121, 2021 yılında 115, 2022 yılında 85, 2023 yılında ise 80 yayının yapıldığı tespit edilmiştir. Tablo 2’de görüldüğü sosyal hizmet kategorisinde “madde bağımlılığı” konusuyla ilgili 2014-2023 yılları içerisinde yayın sayısında dalgalanmalar olsa da yayın sayısının giderek azaldığı görülmektedir.

Tablo 2. Yayınların Yıllara Göre Dağılımı

Yıl	Yayın Sayısı
2023 yılında	80 Yayın
2022 yılında	85 Yayın
2021 yılında	115 Yayın
2020 yılında	121 Yayın

2019 yılında	148 Yayın
2018 yılında	112 Yayın
2017 yılında	124 Yayın
2016 yılında	109 Yayın
2015 yılında	147 Yayın
2014 yılında	130 Yayın

Tablo 3’de “madde bağımlılığı” ile ilgili olarak yapılan yayınların türlerine göre dağılım verileri incelendiğinde sosyal hizmet kategorisinde yapılan 1.171 çalışmanın büyük bir kısmını makalelerin (1.088) oluşturduğu görülmektedir. Makale dışında yayın türleri Kitap (2), Kitap Bölümleri (23), Kitap İncelemesi (2) ve diğer (56) olarak sıralanmaktadır.

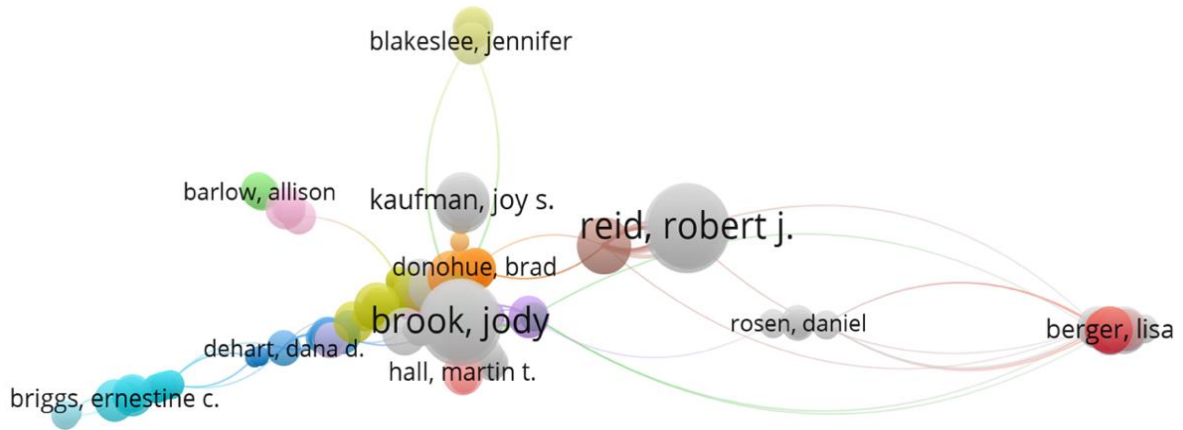
Tablo 3. Yayınların Türlerine Göre Dağılımı

Yayınların Türü	Sayı
Makale	1.088
Kitap Bölümleri	23
Kitap	2
Kitap İncelemesi	2
Diğer	56

Tablo 4 ve Şekil 1’de “madde bağımlılığı” ile ilgili sosyal hizmet kategorisinde en fazla katkı sağlayan 10 yazar verilmiştir. Katkısı olan bu yazarlar; Brook, Jody (17), Reid, RJ (17), Sieger, Margaret H. Lloyd (16), Garcia-Reid, Pauline (16), Akın, Becci A (13), Opara, Ljeoma (10), Lardier, David (10), Lardier, David T. (7), Kaufman, Joy S. (7), Peterson, N. Andrew (7) olarak sıralanmaktadır.

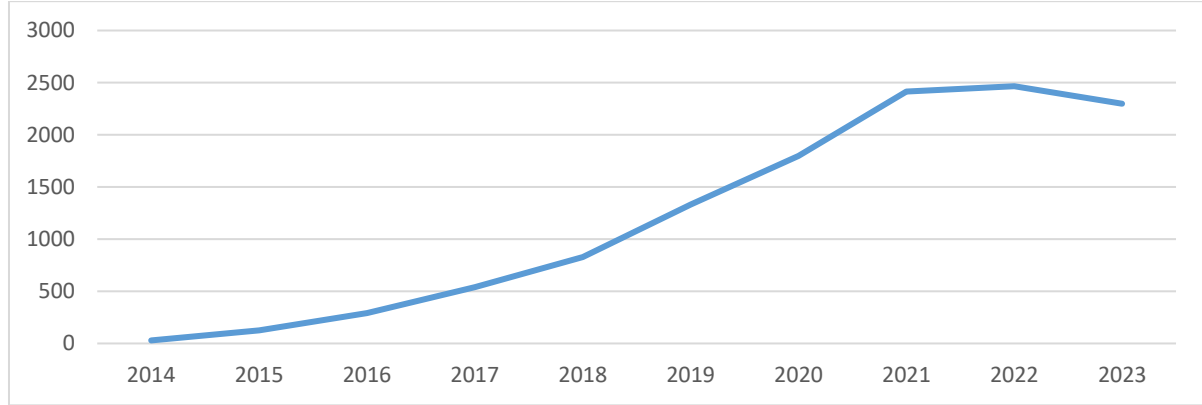
Tablo 4. Yayınların Yazarlara Göre Dağılımı

Yazar	Yayın Sayısı
Brook, Jody	17
Reid, RJ	17
Sieger, Margaret H.Loyd	16
Garcia-Reid, Pauline	16
Akın, Becci A	13
Opara,Ljeoma	10
Lardier, David	10
Lardier, David T.	7
Kaufman, Joy S.	7
Peterson, N.Andrew	7



Şekil 1. Yazarlar Yayın Ağı

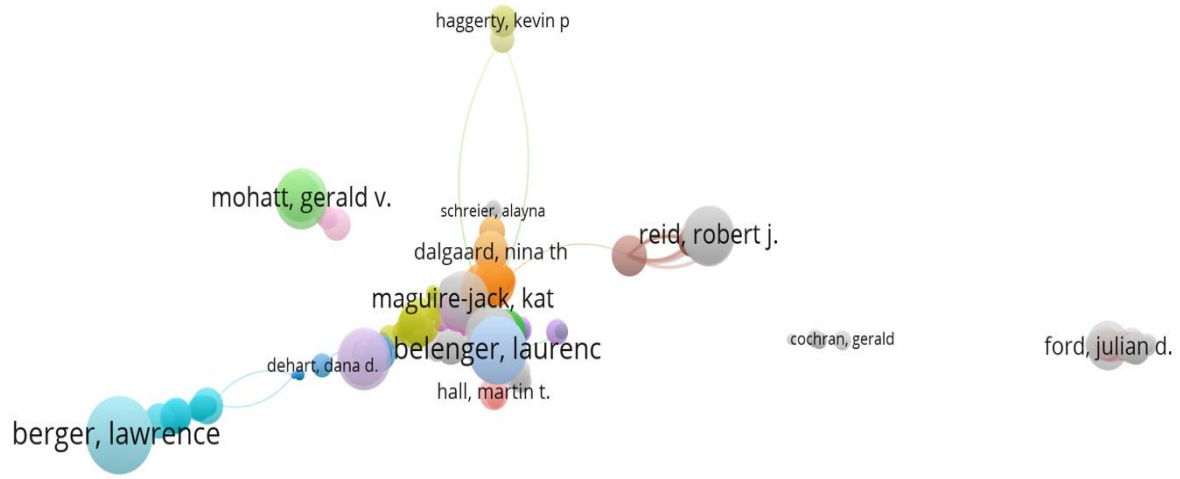
Grafik 1’de “madde bağımlılığı” konusuna ilişkin sosyal hizmet kategorisinde yayınların alıntılama dağılımına yer verilmiştir. 2014-2023 yılları arasındaki “madde bağımlılığı” konusunda sosyal hizmet kategorisinde yayınların toplam alıntılanma sayısı 12.298’dir. Yayınların alıntılanma sayılarına bakıldığında 2014 yılından 2022 yılına kadar düzenli olarak atıf sayısının artış gösterdiği görülmektedir. 2014 yılında 29, 2015 yılında 127, 2016 yılında 290, 2017 yılında 539, 2018 yılında 828, 2019 yılında 1331, 2020 yılında 1790, 2021 yılında 2414, 2022 yılında 2466, 2023 yılında 2297 alıntı yapılmıştır.



Grafik 1. Atıf Sayılarının Yıllara Göre Dağılımı

Şekil 2’ de, “madde bağımlılığı” konusunda sosyal hizmet kategorisinde en fazla atıf yapılan yazarlar bulunmaktadır. Grafik çalışmasında niteliği öne çıkarmak amacıyla, çalışma kapsamında incelenen çalışmalarda en az bir yayını bulunan ve en az bir atıf alan 3031 çalışma arasında ilişki bulunan 854 çalışma haritalandırılmıştır. Bu çalışmalar içerisinde Web of Science veri tabanına göre sadece konu ile ilgili bir yayına sahip olan ayrı ayrı 289’ar atıfa sahip olan Berger, Hunt ve Slack’ın birlikte yayınladıkları “*Adverse Childhood Experiences And Behavioral Problems In Middle Childhood*” adlı yayınlarıyla en fazla atıfa sahip yazarlar olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu yazarları “*Outcomes Of Children Who Grew Up In Foster Care: Systematic-Review*” adlı ortak çalışmaları ile 222’şer atıf alan Belenger, De Maeyer, Gypen, Van Holen,

Vaderfaillie takip etmektedir. Web of Science veri tabanında madde bağımlılığı konusunda sosyal hizmet kategorisinde en fazla yayına sahip olan (17) Reid'in 168 atfı, Brook (16)'un 151 atfı, Garcia-reid (15)'in 162 atfı ve Lloyd (14)'un ise 180 atfı bulunmaktadır.



Şekil 2. Yazar Atıf Ağı

Tablo 5'de Web of Science içerisinde yayınların dizinlere göre dağılımlarına bakıldığında büyük çoğunluğunun SSCI dizininde yer aldığı görülmektedir. Sosyal Bilimler Atıf Dizini (SSCI) 774 (%66.09) dışında yayınların dizinleri; Gelişen Kaynaklar Atıf Dizini (ESCI) 372 (%31.76), Sosyal ve Beşerî Bilimler Kitap Atıf Dizini (BKCI-SSH), Genişletilmiş Bilim Atıf Dizini (SCI-EXPANDED) 8 (%0.68) ve Kitap Atıf Dizini-Bilim (BKCI-S) 1 (%0.08) olarak sıralanmaktadır.

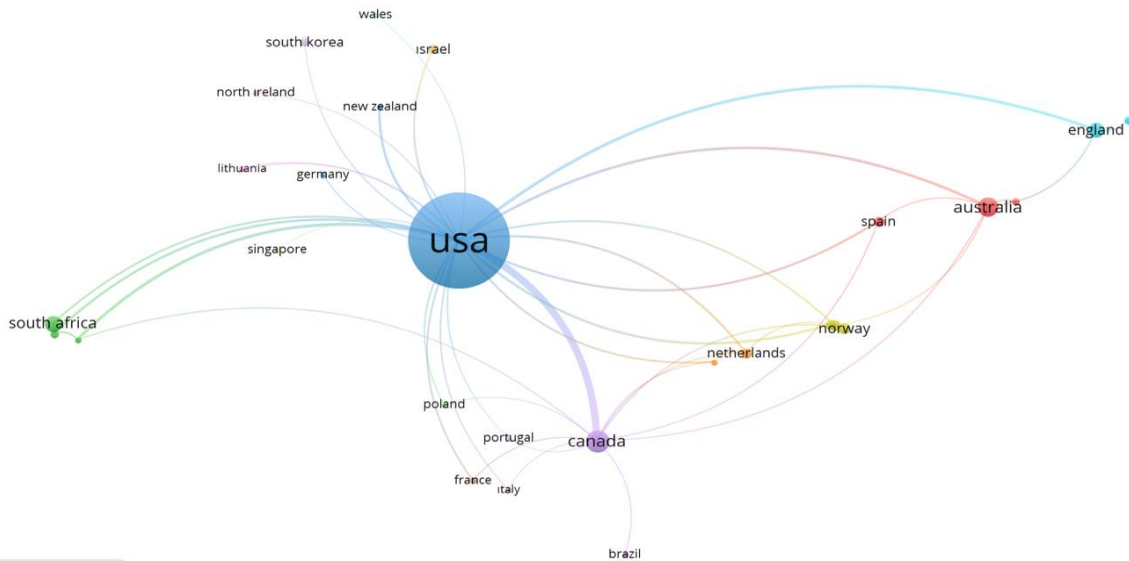
Tablo 5. Dizinlere Göre Yayın Dağılımları

Yayınların Dizinleri	Sayı	Yüzde
SSCI	774	%66.09
ESCI	372	%31.76
BKCI-SSH	25	%2,13
SCI-EXPANDED	8	%0.68
BKCI-S	1	%0.08

Tablo 6 ve Şekil 3'de "madde bağımlılığı" konusunda sosyal hizmet kategorisinde yayınların kurumlara göre dağılımı ve yayın ağları gösterilmektedir. University Of Kansas School Of Social Welfare 26 (%2.22) ilk sırada yer almaktadır. Diğer üniversiteler ise şu şekilde University Of Denver Graduate School Of Social Work 21 (%1.79), Yale School Of Medicine 18 (%1.53), The University Of Tennessee Knoxville College Of Social Work 16 (%1.36), University Of Connecticut School Of Social Work 16 (%1.36), Rutgers New Brunswick School Of Social Work 15 (%1.28), University Of Southern California Suzanne Dworak Peck School Of Social Work 15

Tablo 7. Ülkelere Göre Yayın Dağılımı

Ülke	Sayı	Yüzde
ABD	905 yayın	%77,28
Kanada	57 yayın	%4,86
Avustralya	44 yayın	%3,75
Güney Afrika	30 yayın	%2,56
İngiltere	26 yayın	%2,22
Norveç	16 yayın	%1,36
İsveç	15 yayın	%1,28
İspanya	14 yayın	%1,19
Hollanda	12 yayın	%1,02
Çin	12 yayın	%1,02



Şekil 4. Ülkelere Göre Yayın Ağı

Tablo 8’de “madde bağımlılığı” konusunda sosyal hizmet kategorisinde yer alan çalışmalarda kullanılan anahtar kelimelerin tekrar sayıları yer almaktadır. Web of Science veri tabanından çekilen 1.071 çalışmanın veri dosyasında VOSviewer programı ile analiz için bir anahtar kelimenin en az 5 kez kullanılması şartıyla toplam 2554 anahtar kelime belirlenmiş, ancak bunlardan sadece 172 tanesi eşik değerini geçmiş ve analiz için kullanılmıştır. Şekil 5’de verilen anahtar kelime ağına göre anahtar kelimeler arasındaki kısa mesafe, güçlü bir ilişkiyi; uzaklık ise zayıf bir ilişkiyi göstermektedir. Anahtar kelime ağına göre ilgili çalışmalarda en fazla substance abuse (madde bağımlılığı), child welfare (çocuk refahı), Mental health (ruh sağlığı), child maltreatment (çocuğa kötü muamelesi), substance use (madde kullanımı), Trauma (travma),

Foster Care (koruyucu Bakım), Homelessness (evsizlik), Adolescents (ergenler), Prevention (Önleme) kelimeleri kullanılmıştır.

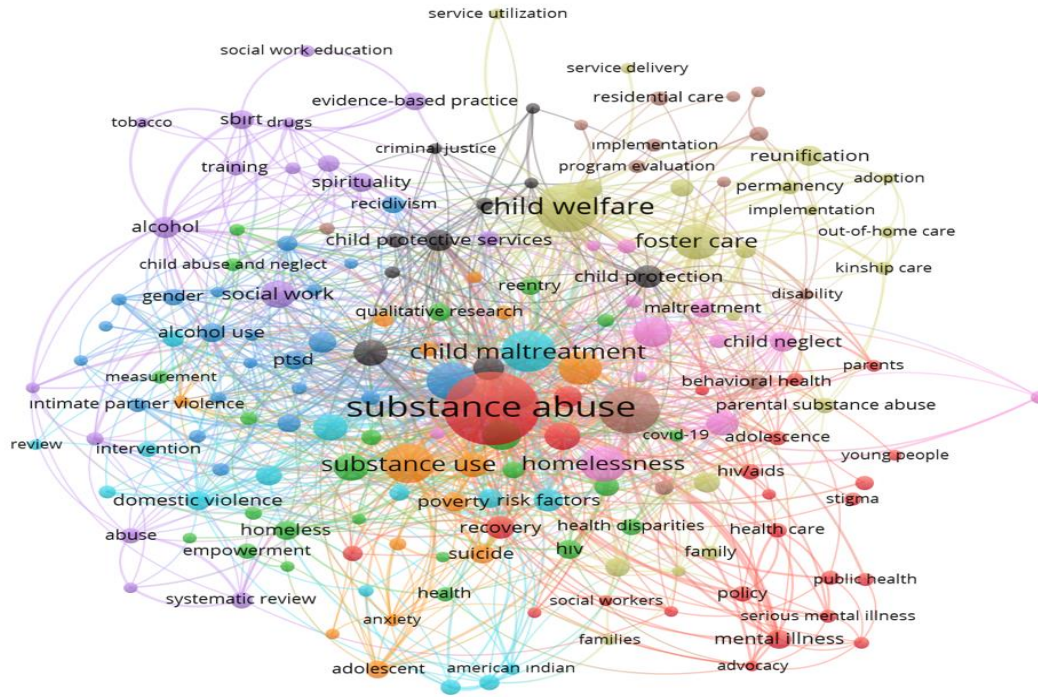
Tablo 8. Anahtar Kelime Tekrar Sayıları

	Kelime	Tekrar Sayısı
1	Substance Abuse (Madde Bağımlılığı)	205
2	Child Welfare (Çocuk Refahı)	89
3	Mental Health (Ruh Sağlığı)	82
4	Child Maltreatment (Çocuğa Kötü Muamale)	67
5	Substance Use (Madde Kullanımı)	59
6	Trauma (Travma)	57
7	Foster Care (Koruyucu Bakım)	48
8	Homelessness (Evsizlik)	48
9	Adolescents (Ergenler)	43
10	Prevention (Önleme)	35

Şekil 5 ve şekil 6'da "madde bağımlılığı" konusunda sosyal hizmet kategorisinde yer alan çalışmalarda kullanılan anahtar kelimelerinin ağı ve yoğunluk haritası incelendiğinde anahtar kelimelerin 11 farklı grup içerisinde yer aldığı görülmektedir. Anahtar kelime gruplarında yer alan en fazla kullanıma sahip ilk 3 anahtar kelime aşağıdaki biçimde ele alınmaktadır:

- **Birinci Küme (Kırmızı):** Substance Abuse (Madde Bağımlılığı-205 Tekrar), Addiction (Bağımlılık- 29 Tekrar), Recovery (İyileşmek-21 Tekrar)
- **İkinci Küme (Yeşil):** Prevention (Önleme-35 Tekrar), Women (Kadın- 28 Tekrar), Homeless (Evsizlik-15 Tekrar)
- **Üçüncü Küme (Turuncu):** Trauma (Travma-57 Tekrar), Substance Abuse Treatment (Madde Bağımlılığı Tedavisi -18 Tekrar), PTSD (Travma Sonrası Stres Bozukluğu-15 Tekrar)
- **Dördüncü Küme (Sarı):** Child Welfare (Çocuk Refahı-89 Tekrar), Foster Care (Koruyucu Bakım-48 Tekrar), Children (Çocuklar-17 Tekrar)
- **Beşinci Küme (Mor):** Social Work (Sosyal Hizmet-29 Tekrar), Alcohol (Alkol-19 Tekrar), Spirituality (Maneviyat-14 Tekrar)
- **Altıncı Küme (Mavi):** Child Maltreatment (Çocuğa Kötü Muamele-67 Tekrar), Parenting (Ebeveynlik-26 Tekrar), Risk Factors (Risk Faktörleri-21 Tekrar)
- **Yedinci Küme (Turucu):** Substance Use (Madde Kullanımı-59 Tekrar), Adolescents (Ergenler-43 Tekrar), Depression (Depresyon-22 Tekrar)
- **Sekizinci Küme (Kahverengi):** Mental Health (Ruh Sağlığı-82 Tekrar), Youth (Genç-25 Tekrar), Behavioral Health (Davranışsal Sağlık-10 Tekrar)

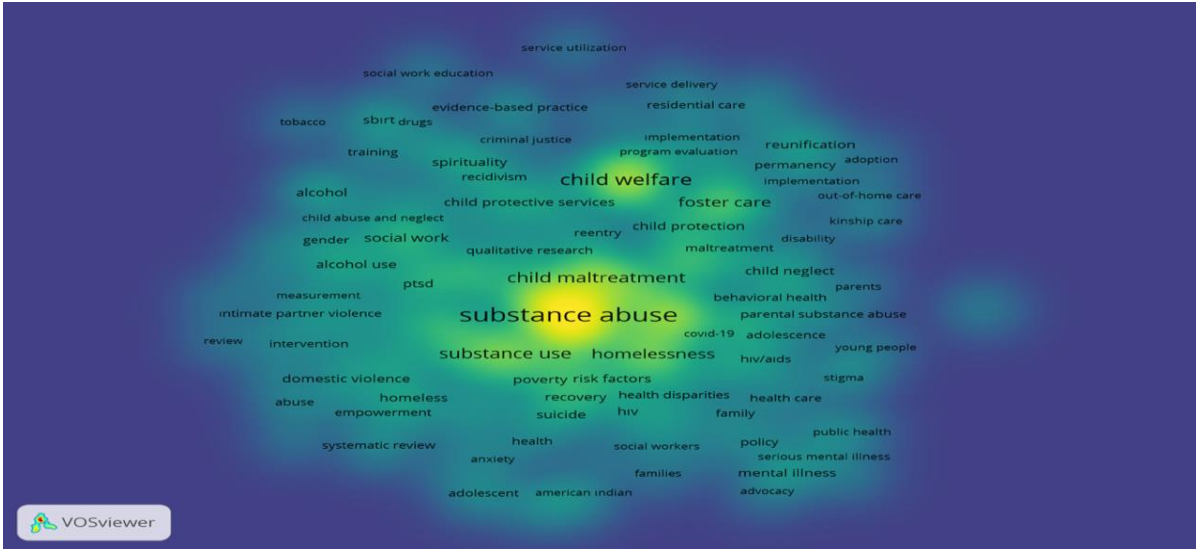
- **Dokuzuncu Küme (Pembe):** Homelessness (evsizlik-48 tekrar), Child Abuse (çocuk istismarı-34 tekrar), Adverse Childhood Experiences (Olumsuz Çocukluk Deneyimleri-24 Tekrar)
- **Onuncu Küme (Siyah):** Treatment (Tedavi-26 Tekrar), Substance Use Disorder (Madde Kullanım Bozukluğu-22 Tekrar), Child Protection (Çocuk Koruma-21 Tekrar) şeklinde sıralanmaktadır.



Şekil 5. Anahtar Kelime Kullanım Ağı

Anahtar kelime ağı analizi sonucunda yazarların kullandığı anahtar kelimelerin farklı kümelere ayrılmıştır. İlk kümeye bakıldığında, madde bağımlılığı, bağımlılık ve iyileştirme çalışmalarının odaklandığı görülmektedir. İkinci kümede bağımlılığı önleme, kadınlar ve evsizlikle ilgili çalışmalar öne çıkmaktadır. Üçüncü kümede ise özellikle travma odaklı çalışmaların yoğunlaştığı, özellikle travma, travma sonrası stres bozukluğu ve madde bağımlılığı tedavisi üzerine çalışmalar bu kümeye dahil edilmektedir. Dördüncü kümede çocuklar, koruyucu bakım ve çocuk refahı alanındaki çalışmalar yer almaktadır. Beşinci kümede ise sosyal hizmet, alkol ve maneviyatla ilgili çalışmalar yer almaktadır. Altıncı kümede çocuğa yönelik kötü muamele, ebeveynlik ve risk faktörleri üzerine yapılan çalışmalar gruplanmaktadır. Yedinci kümede madde kullanımı, ergenlik ve depresyon arasındaki ilişki ele alınmaktadır. Sekizinci kümede ruh sağlığı, gençlik ve davranışsal sağlık konuları öne çıkmaktadır. Dokuzuncu kümede evsizlik, olumsuz çocukluk deneyimleri ve çocuk istismarı konuları, son olarak onuncu kümede ise tedavi, madde kullanım bozukluğu ve çocuk koruma konularına odaklanan çalışmalar yer almaktadır.

Şekil 6'da gösterilen bir anahtar kelime yoğunluk haritasında, en sık kullanılan anahtar kelimeler (substance abuse, child maltreatment, child welfare ve foster care) daha belirgin bir şekilde sarı renkte görünürken, renkler açıldıkça kelime kullanım yoğunluğunun azaldığı gözlemlenmiştir.



Şekil 6. Anahtar Kelime Yoğunluk Haritası

4. Sonuç

Bireylerin belirli bir maddeye fiziksel veya psikolojik olarak bağımlı hale gelme durumunu ifade eden madde bağımlılığı, bireyin sadece biyolojik sağlığını değil, aynı zamanda çevresel, sosyal ve ekonomik düzenlerini de çeşitli düzeylerde etkilemektedir. Bireyin yaşamını çok boyutlu olarak etkileyen bağımlılık aynı zamanda toplumsal refahı da önemli derece etkilemektedir. Bireyi ve toplumu etkileyen bağımlılıkla mücadele konusunda sosyal hizmet alanında gerçekleştirilen çalışmalar oldukça önemlidir. Sosyal hizmet, bağımlılıkla mücadelede çok yönlü bir yaklaşım benimseyerek, bireylerin bağımlılıkla mücadelede güçlendirilmesi, tedaviye erişimin sağlanması, topluluk kaynaklarının etkin kullanımı ve sosyal destek ağlarının güçlendirilmesi gibi alanlarda önemli çalışmalar gerçekleştirmektedir. Bu çok yönlü yaklaşım, bağımlılıkla mücadelede etkili bir strateji oluştururken, aynı zamanda bireylerin ve toplumun daha sağlıklı bir yaşam tarzına geçişini teşvik etmektedir.

Araştırma kapsamında “madde bağımlılığı” konusuyla ilgili sosyal hizmet kategorisinde yapılan çalışmalar Web of Science veri tabanında bibliyometrik ve görsel analizler kullanılarak incelenmiştir. Bu çalışmaya 2014 ile 2023 yılları arasında Web Of Science veri tabanında sosyal hizmet kategorisinde “substance abuse (madde bağımlılığı)” taraması sonucunda elde edilen toplamda 1.171 çalışma verisi dahil edilmiştir. Araştırmada elde edilen bibliyometrik sonuçlarına göre, 2014-2023 yılları arasında madde bağımlılığı konusunda sosyal hizmet kategorisinde son yıllarda çalışmaların azalma eğilimine girdiği görülmektedir. Yayınların yıllara göre dağılımları incelendiğinde en az yayının 2023 yılında (80 yayın) yapıldığı, en yüksek yayının ise 2019 yılında (148 yayın) yapıldığı görülmektedir. Konuyla ilgili en fazla yayın ABD’de yapılmıştır. Madde bağımlılığı konusuyla ilgili sosyal hizmet kategorisinde ortak yazarlı olarak tek bir yayına sahip olan Berger, Hunt ve Slack (289 atıf) en fazla atıfa sahip yazarlar olarak karşımıza çıkmaktadır. Ancak konuyla ilgili en fazla yayına sahip olan (17 yayın) Reid’in 168 atfı, Brook (16 yayın)’un ise 151 atfı bulunmaktadır. Vosviewer programı aracılığı ile yapılan görselleştirme sonuçlarına bakıldığında, substance abuse (madde bağımlılığı-205 tekrar),

child welfare (çocuk refahı-89 tekrar) ve mental health (ruh sağlığı-82 tekrar) kelimeleri en sık kullanılan anahtar kelimeler olarak karşımıza çıkmaktadır.

Araştırmada elde edilen bulgular sosyal hizmet alanında madde bağımlılığı konusunda ilgili yapılan çalışmaların önemli bir kısmının çocuk ve gençlik refahı alanına yönelik olarak önleme ve travma merkezli çalışmaların yapıldığını göstermektedir. Web of Science verileri dikkate 2014 ile 2023 yılları arasında “substance abuse” filtrelemesiyle toplamda 23.920 araştırma olsa da bu çalışmaların yalnızca %4,89 sosyal hizmet kategorisinde yer almaktadır. Bu nedenle sosyal hizmet boyutuyla madde bağımlılığıyla ilgili politika ve müdahale stratejilerinin daha etkili ve kapsamlı bir şekilde geliştirilmesine katkıda bulunulması için hem Türkiye’deki araştırmacıların hem de dünyadaki diğer ülkelerdeki araştırmacıların daha fazla nitelikli çalışma ortaya koymasına gerekmektedir. Bu çalışmanın bulguları, sosyal hizmet alanında madde bağımlılığı konusunda ilgili literatürdeki mevcut durumu ve öncelikli araştırma alanlarını anlamalarına yardımcı olarak gelecekteki araştırmaların odaklanabileceği alanları belirlemede rehberlik edecek ve madde bağımlılığıyla mücadelede daha etkili stratejilerin geliştirilmesine katkıda bulunacaktır.

Kaynakça

- Aktürk İ., Bozdoğan Ö.F., Çuhacı G., Ögel K., Şimşek G.M. & Tokluoğlu N. (2019). Bağımlılıkta Sosyal Hizmet Uygulamaları. İstanbul: Yeşilay Yayınları.
- Bayraktar, A.H., Aktürk, İ. & Yaman, Ö.M. (2024). Madde Kullanan Kişilerde Kendi Kendini Tedavi Yönteminde Öne Çıkan Unsurlar, *Bağımlılık Dergisi*, 25 (1):69-80.
- Choi S., Ryan J.P. (2007). Co-Occurring Problems For Substance Abusing Mothers In Child Welfare: Matching Services To Improve Family Reunification, *Children and Youth Services Review* (29) 1395–1410.
- Çankaya, M. (2024). WoS Veri Tabanında Yer Alan Dönüştürücü Liderlik Konulu Akademik Çalışmaların Bibliyometrik Analizi. *Erzurum Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* (19), 79-91. <https://doi.org/10.29157/etusbed.1432616>
- Demir, Y., Çiftçi, G. E. & Tüfekçi, İ. (2023). Kadına Yönelik Ekonomik İstismara İlişkin Bibliyometrik Bir Analiz. *Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi SBE Dergisi*, 13 (1), 552-572.
- Dinç, M. (2020). "İnternet Bağımlılığı Özelinde Yeni Davranışsal Bağımlılıklar". Y.Sinan Zavalı. (Ed), Sosyal Hizmet ve Bütün Yönleriyle Bağımlılık. Ankara: Grafiker Yayınları, 175-194.
- Donthu, N., Kumar, S., Mukherjee, D., Pandey, N. & Lim, W. M. (2021). How To Conduct A Bibliometric Analysis: An Overview And Guidelines, *Journal Of Business Research, Elsevier*, vol. 133 (C): 285-296.
- Goodman A. (1990). Addiction: Definition And İmplications. *British Journal of Addiction*, 85, 1403-1408.
- Kalaycı, S. (2022). "Sigara Bağımlılığı". Beyza Erkoç. (Ed.), Bağımlılıklar ve Sosyal Hizmet Müdahaleleri. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık, 3-24.
- Karabulut, A. (2023). Bağımlılık Eğitiminin Üniversite Öğrencilerinin Dijital Bağımlılık Düzeylerine Etkisi. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 21, 1-25.
- Karabulut, A., & Gökler, R. (2023). Teknoloji Bağımlısı Çocuklarla İletişim. *YOBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 4(1), 54-61.
- Kılıç, K. (2023). Alkol-Madde Bağımlılığı Olan ve Olmayan Bireylerin Dürtüsellik, Saldırganlık ve Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi. (Doktora Tezi). Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Elâzığ.
- Köktaş N.Ç. & Yiğitoğlu G.T. (2024). Üniversite öğrencilerinin madde bağımlılığına ilişkin farkındalıkları ve internete yönelik tutumları: Bir oturumluk eğitim programının etkisi var mı?. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 7(1), 187-195.
- Kürtüncü, M. & Tunca, M. (2022). "Uyuşturucu Madde Bağımlılığı". Beyza Erkoç. (Ed.), Bağımlılıklar ve Sosyal Hizmet Müdahaleleri. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık, 55-70.
- Mutlu, E. (2015). Madde Bağımlılığının Tedavisinde Sosyal Hizmet Uzmanlarının Rol ve İşlevleri: Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi ve Eğitim Merkezi Örneği. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi* (5), 16-23.
- Orum, M.H., Kustepe, A., Kara, M.Z., Dumlupınar, E., Egilmez, O.B., Ozen, M.E. & Kalenderoglu, A. (2018). Addiction profiles of patients with substance dependency living in Adiyaman province. *Medicine Science*, 7(2), 369-372.
- Ögel K. (2020). Bağımlılık ve Tedavisi Temel Kitabı (3.Baskı). İstanbul: IQ Kültür Sanat Yayıncılık.
- Tarhan N. & Nurmedov S. (2020). Sanal veya Gerçek Bağımlılıkla Başa Çıkma (8. Baskı). İstanbul: Timaş Yayınları.
- Tektaş Soy, İ. & Kocataş, S. (2020). Madde Bağımlılığı Tanısı Almış Bireylerde Benlik Saygısı ve Sosyal Dışlanma Algıları Arasındaki İlişki. *EGEHFD*, 36 (2): 73-86.
- Twerski, A.J. (2020). Bağımlılık Psikolojisi (1.Baskı). İstanbul: Say Yayınları.
- Yeşilay. (2019). 101 Soruda Bağımlılık (3.baskı). İstanbul: Gülmat Matbaacılık.
- Yıldız E. (2016). Bağımlılık Terimleri Sözlüğü (1.Baskı). İstanbul: Truva Yayınları.



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: 2024 Aralık/ December
Sayı/Issue:24

YAŞLI GÜNDÜZLÜ BAKIM MERKEZLERİNDEN HİZMET ALAN ve HİZMET ALMAYAN YAŞLILARDA YAŞAM KALİTESİ ve UMUT DÜZEYİ *

Filiz ÖZKAN¹
Nimet KORKMAZ²
Seda Nur TURAN³

Makale Bilgileri/ Article info

Makalenin Türü/Article Type: Bilimsel Makale
Geliş Tarihi / Date Received: 05.09.2024
Revizyon Tarihi/Date Revised: 30.09.2024
Kabul Tarihi / Date Accepted: 14.10.2024
Yayın Tarihi / Date Published: 03.01.2025
DOI: 10.46218/tshd.1543996

Makale Künyesi/To cite this article: Özkan, F. Korkmaz, N. ve Turan, S.N. (2024).

Yaşlı gündüzlü bakım merkezlerinden hizmet alan ve hizmet almayan yaşlılarda yaşam kalitesi ve umut düzeyi.

Sorumlu Yazar/Corresponding Author: Filiz Özkan, Doç. Dr., Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği A.D. , Kayseri.
filizozkan@erciyes.edu.tr

Öz

Çalışma, Türkiye’de gündüzlü bakım merkezlerinden hizmet alan ve almayanların yaşam kalitesi, umut düzeylerinin belirlenmesi, karşılaştırılması amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Örneklemini, İç Anadolu bölgesinde tek olan Yaşlı Yaşam Merkezi’nden hizmet alan ve ilin İlçe Sağlık Müdürlüklerine kayıtlı 65 yaş üstü, toplamda 112 yaşlı oluşturmaktadır. Veri toplama aracı olarak; sosyodemografik bilgi formu, Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Sürekli Umud Ölçeği kullanılmıştır. Çalışmada merkeze giden yaşlıların toplam yaşam kalitesi puanı 79,3±8,2; gitmeyenlerin yaşam kalitesi puanı 68,8±7,2 ve gruplar arasında istatistiksel olarak farkın önemli olduğu bulunmuştur (t=6,910;p= 0,000). Çalışmada merkeze giden yaşlıların toplam sürekli umut ölçeği puanı 51,1±6,5; gitmeyenlerin sürekli umut ölçeği 41,0 ± 8,6 ve aralarında istatistiksel olarak farkın önemli olduğu bulunmuştur (t= 7,161; p= 0,000). Sonuçta merkeze giden yaşlıların yaşam kalitesi ve sürekli umut puanlarının gitmeyen gruptan yüksek, aralarındaki farkın önemli olduğu bulunmuştur. Bu nedenle gündüz bakım merkezi sayılarının artırılması, merkezlerde yaşam kalitesi ve umut düzeyini etkileyecek faaliyetlerin düzenlenmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Gündüzlü bakım merkezi, Umud, Yaşam kalitesi, Yaşlı.

QUALITY OF LIFE AND LEVEL OF HOPE IN THE ELDERLY WHO RECEIVE AND DO NOT RECEIVE SERVICES FROM ELDERLY DAY CARE CENTERS

Abstract

This study was conducted as a descriptive study in order to determine and compare the quality of life and hope levels of the elderly who receive and do not receive services from day care centers in Turkey. The sample of the study consisted of 112 elderly people over the age of 65 (56 individuals) who received services from the Elderly Life Center (56 individuals), which is the only one in a province in the Central Anatolia region, and registered in the Data Registration System in the District Health Directorates affiliated with the province. As a data collection tool; sociodemographic information form, World Health Organization Quality of Life Scale and Sustained Hope Scale were used. In the study, the total quality of life score of the elderly who went to the living center was 79.3±8.2; The quality of life score of those who did not go was 68.8±7.2 and the statistically significant difference between the groups was found to be significant (t=6.910; p= 0.000). In the study, the total continuous hope scale score of the elderly who went to the living center was 51.1±6.5; The trait hope scale of those who did not go was 41.0 ± 8.6 and the difference between them was found to be statistically significant (t= 7.161; p= 0.000). As a result of the

*2209-A Üniversite Öğrencileri Araştırma Projeleri Destekleme Programı 2023 yılı 1. Dönem kapsamında 1919B012301986 numaralı başvuru ile destek sağlanmıştır.

¹Filiz Özkan, Doç. Dr., Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği A.D., Kayseri.

² Nimet Korkmaz, Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Lisans öğrenci, Kayseri.

³ Seda Nur Turan: Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Lisans öğrenci, Kayseri.

study, it was found that the quality of life and continuous hope scores of the elderly who went to the center were higher than the group that did not go and the difference between them was significant. For this reason, it is recommended to increase the number of daycare centers and to organize activities that will affect the quality of life and hope in these centers.

Keywords: Day care center, Elderly, Hope, Quality of life

1. Giriş

Yaşlılık, fizyolojik, biyolojik, ekonomik veya sosyolojik olarak farklı tanımlanmasıyla birlikte fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden bazı işlevlerin kaybolduğu yaşamın doğal süreci içerisinde yer alan bir dönemdir. Dünyada ve Türkiye’de yaşlı nüfus giderek artmaktadır (Erefe, 2021). Ülkemizde 2023 yılı 65 yaş üzeri nüfusun toplam nüfusa oranı %10,2 olduğu ve 2040 yılında %16,3’e ulaşacağı düşünülmektedir (TUİK, 2024).

Yaşlılık dönemindeki dezavantajlar ve yaşlı nüfusun artışı nedeni ile dünya ve ülke bazlı çözüm önerileri sunulmaktadır. BM tarafından Madrid’de gerçekleştirilen 2. Dünya Yaşlılık Asamblesi’nde yaşlıların sorunları ve çözüm yolları görüşülmüş oluşturulan ‘Uluslararası Eylem Planı’ çerçevesinde yaşlı popülasyonun sağlıklı yaşamını koruması ve sağlıklı yaşamaya devam ettirilmesi, yaşam kalitesini arttırması, topluma entegrasyonu, aktif ve başarılı bir yaşlanma sağlamak için politikalar oluşturmak ve çalışmalar yapmak hedeflenmiştir (Yaşlanma Üzerine İkinci Dünya Asamblesi, 2002). Böylece yaşlılara sunulan hizmetler, bu bireylerin mümkün olduğunca bağımsız hareket etmelerini, bilişsel ve entelektüel düzeylerinin yüksek olmasını, aktif yaşamlarını sürdürmelerini ve yaşamlarından memnun olmalarını (iyi bir yaşam kalitesi) amaçlamıştır. Türkiye’de de bu hedefler doğrultusunda eylem ve kalkınma planları oluşturulmuş ve eyleme geçirilmiştir (T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, 2023). Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı’ nın Türkiye’de Yaşlı Bakım Hizmetleri Rapor sonucuna göre: Yaşlıların; evde yaşamasına destek olacak, gündüzlü hizmetler ve evde yaşlı bakımı hizmetlerinin diğer kamu kurumlarıyla iş birliği içerisinde sunulmasının ve kurum bakımının son aşamada düşünülmesini sağlayacak bakım modellerinin geliştirilmesi önerilmektedir (T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ve T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, 2017).

Türkiye’de yaşlı bakımına yönelik evde bakım ve kurumsal bakım modelleri kullanılmakla birlikte yerinde yaşlanma modeli bu hedefler doğrultusunda tartışılmaya başlanmıştır (Altındış ve Üner, 2023). Yerinde yaşlanma; kurum bakımı yerine, yaşlı bireyin mümkün olduğu kadar uzun süre kendi evinde ve toplum içinde bağımsız aktif ve sosyal olarak yaşamını sürdürmesi şeklinde tanımlanmaktadır (Kalınkara ve Kapıkıran, 2017; Savaş, 2010). Gündüz bakım merkezleri yerinde yaşlanma modeli içerisinde yer alan, sosyal veya tıbbi modele dayanan hizmetleri içeren merkezlerdir (Altındış ve Üner, 2023). Yatılı olmayan bir bakım modeli olan gündüz bakım merkezleri, gündüz saatleri içinde tek başına ya da ailesiyle yaşayan ve gündüz saatlerinde bakacak kimsesi olmayan yaşlılara; sosyal etkileşim, sosyal aktivite, egzersiz ve beslenme gibi etkinliklerle yaşlının yaşamına kalite sağlayarak ve yaşam kalitesini yükselterek, yaşlı bireylerin daha önce kullanmadığı potansiyelinin açığa çıkarılması, yaşa bağlı gelişen kayıpların ve yaşlılıkla ilgili kısıtlılıklarının olabildiğince geciktirilebilmesi ile ruhsal sağlığın tedavi ve desteklenmesine ilişkin tüm çabaları içine almaktadır (Abramson, 2009; Fields, Anderson, Dabelko-Schoeny & 2014; vanBilsen, Hamers, Groot & Spreeuwenberg, 2008). Ayrıca gündüzlü bakım hizmetleri, yaşlı bireyler için toplumun da katılımını sağlayan planlı etkinlikleri kapsayarak yaşlıların sağlıklı bir yaşam sürmelerini amaçlayan ve yaşlının sosyal yönden

kendini iyi hissetmesine katkı sunan, başkasına bağımlı kalmadan yaşamasını hedefleyen süreli bakım hizmetlerini içermektedir (Weir ve Fouche, 2015).

Gündüzlü bakım hizmetleri bu bağlamda hem uluslararası hem de ulusal eylem planlarına ulaşmada oldukça öneme sahiptir. Yıl bazında artış göstermesinin yanı sıra 2023 yılı itibarıyla Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'na bağlı 38 adet merkezde 553 yaşlıya gündüz bakım hizmeti sunulmaktadır (EYHGM Engelli ve Yaşlı İstatistik Bülteni, 2023). Türkiye'de bu hizmet henüz diğer yaşlı bakım modelleri kadar yaygın olmamasına rağmen yönetmelikte yer almaktadır. Gündüzlü bakım hizmeti birimi yönetmelikte: 'Yaşamını evde ailesi, akrabalarıyla veya yalnız sürdüren sağlıklı yaşlılar ile demans, alzheimer gibi hastalığı olan yaşlıların yaşam ortamlarını iyileştirmek, boş zamanlarını değerlendirmek, sosyal, psikolojik ve sağlık ihtiyaçlarının karşılanmasında yardımcı olmak, rehberlik ve mesleki danışmanlık yapmak, kendi imkanlarıyla karşılamakta güçlük çektikleri konular ile günlük yaşam faaliyetlerinde destek hizmetleri vermek, ilgilerine göre faaliyet grupları kurarak sosyal faaliyetler düzenlemek suretiyle sosyal ilişkilerini zenginleştirmek, aktivitelerini artırmak ve gerekli olduğu zamanlarda aileleri ile dayanışma ve paylaşma sağlanarak yaşlıların yaşam kalitesinin artırılması amacıyla sunulan hizmetleri yürüten birimler' olarak tanımlanmaktadır (Yaşlı hizmet merkezlerinde sunulacak gündüzlü bakım ile evde bakım hizmetleri hakkında yönetmelik, 2024). Dünya da yapılan çalışmaların aksine Türkiye de yaşlılar için gündüz bakım merkezi sayısı ve yapılan çalışma sayıları oldukça sınırlıdır. Ancak gündüz bakım merkezlerinin etkinliği ve temel amaçları üzerine yapılmış çok sayıda uluslararası çalışmada, gündüz yaşam merkezlerinin genel olarak; yalnızlık duygusunu azalttığı, bakıcı yükünü hafiflettiği, yaşam kalitesini yükselttiği, güvenli bir çevre oluşturduğu, danışmanlık hizmeti sunmada yardımcı olduğu, düşük maliyetli bakım hizmet modeli olduğu, yaşlıların günlük yaşamları üzerinde olumlu etki yarattığı ve sosyal etkileşimlerini arttırdığı bulunmuştur (Femia, Zarit, Stephens, & Greene, 2007 ; Zank ve Schacke, 2002; Oğlak 2023; Strandenaes, Lund & Rokstad, 2018). Türkiye'de yaşlıların yaşam kalitesini sistematik olarak incelediklerinde, kronik bir hastalığın varlığı ve bağımsızlık düzeyindeki azalma ile yaşam kalitesinin düştüğü; sağlığı algılama durumu ile de yaşam kalitesi arasında doğru orantılı bir ilişki olduğunu bulunmuştur (Taşkiran ve Demirel 2017). Görüldüğü üzere yaşam kalitesi somut bir kavram olmasının yanı sıra yaşlıların algıları ile de ilgili bir süreç olarak karşımıza çıkmaktadır. Yaşam kalitesi ve umudun birbiriyle sıkı bir etkileşim içinde olduğu söylenilebilir. Yaşam kalitesi ve umut düzeyi arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için yapılan çalışmalar, umut düzeyleri ve yaşam olayları ile başa çıkma arasında güçlü bir bağlantı olduğunu göstermektedir (Abraham, 2023). Ayrıca huzurevinde yaşlılarla yapılan bir çalışmada yaşam doyumu ile umutsuzluk arasında negatif yönde ve orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu, yaşam doyumu yüksek olan yaşlı bireylerin geleceğe yönelik daha umutlu, yaşam doyumu düşük olan bireylerin ise geleceğe yönelik umutsuzluğu olduğu gözlenmiştir (Şahin ve Özçetin 2020).

Yukarıda da bahsedildiği üzere gündüzlü bakım merkezlerinin yaşlıların, yaşam kalitesi ve umut düzeyleri üzerinde etkili olacağı düşünülmektedir. Farklı hasta grupları ve yaşlılarla yapılan çalışmalarda yaşam kalitesi ve umut düzeylerinin birlikte ele alındığı, ancak gündüz bakım merkezlerinden hizmet alan yaşlılarla yapılan çalışmalarda yaşam kalitesi ve umut düzeyinin birlikte ele alan çalışmalara rastlanmamıştır (Hawro vd.,

2014; Femia, Zarit, Stephens, & Greene, 2007 ; Sigstad, Stray-Pedersen & Frøland, 2005; Strandenæs, Lund & Rokstad, 2018; Zank ve Schacke, 2002). Bu nedenle bu çalışmanın Türkiye’de gündüzlü bakım merkezlerinden hizmet alan ve hizmet almayan yaşlıların yaşam kalitesi ve umut düzeylerinin belirlenmesi ve karşılaştırılması amacı ile yapılması planlanmıştır.

Araştırma soruları:

1. Gündüzlü bakım merkezlerinden hizmet alan ve hizmet almayan yaşlıların yaşam kalitesi arasında fark var mıdır?
2. Gündüzlü bakım merkezlerinden hizmet alan ve hizmet almayan yaşlıların umut düzeyleri arasında fark var mıdır?
3. Gündüzlü bakım merkezlerinden hizmet alan ve hizmet almayan yaşlıların yaşam kalitesi ve umut düzeyleri arasında ilişki var mıdır?

2. Yöntem

2.1. Araştırmanın Türü

Araştırma, (karşılaştırmalı) tanımlayıcı tipte tasarlanmıştır.

2.2. Evren ve Örneklem

Çalışmanın evrenini İç Anadolu bölgesinde yer alan bir ilde yer alan ve tek olan Yaşlı Yaşam Merkezi (Yaşlı Gündüz Bakım Merkezi) ve il merkezinde yer alan ve İlçe Sağlık Müdürlüğüne kayıtlı yaşlı bireyler oluşturmaktadır. İlde 1 yaşlı yaşam merkezi ve merkezde 5 İlçe Sağlık Müdürlüğü bulunmaktadır. İlçe Sağlık Müdürlükleri arasından rastgele örnekleme yöntemi kullanılarak bir İlçe Sağlık Müdürlüğü seçilmiştir. Yaşlı Yaşam Merkezi’nden hizmet alan 60 yaşlı araştırmanın evreninin birinci grubunu, seçilen İlçe Sağlık Müdürlüğü’ne kayıtlı 65 yaş ve üstü 3500 yaşlı birey ikinci grubu oluşturmaktadır.

Araştırmanın örnekleme Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-OLD) üzerinden G-POWER 3.1.97 programında yapılan güç analizinde $\alpha=0.05$, %95 güven aralığı ve 0.44 etki büyüklüğü ile her gruba 56 kişi olmak üzere toplamda 112 kişi olarak hesaplanmıştır (Arpacı, Tokyürek & Bilgili, 2015). Çalışma sonunda G-POWER 3.1.97 programında yapılan posthoc güç analizinde de 1.36 etki büyüklüğü, %95 güven aralığı ve 112 örneklem büyüklüğü ile çalışmanın etki büyüklüğü %99.0 olarak bulunmuştur.

Karşılaştırmalı tanımlayıcı çalışmalarda istatistiksel hataya neden olmamak için (varyans, sd,...) iki grup birbirine benzer sayılarda ve benzer özelliklerde (yaş, cinsiyet,...) örneklem alınmalıdır (Özdamar, 2015; Sümbüloğlu ve Sümbüloğlu 2016). Bu nedenle Yaşlı Yaşam Merkezi’nden hizmet alan evrenin tamamı (60 yaşlı) araştırmada örneklem seçilmeden alınmış, İlçe Sağlık Müdürlüğü’nden örneklem seçimi Yaşlı Yaşam Merkezi örnekleme göre belirlenmiştir.

Araştırmada birinci grupta örneklem seçimine gidilmeyerek (60 kişiden veri kaybı olacağı öngörülerek), Yaşlı Yaşam Merkezinden hizmet alan çalışmaya katılmayı kabul eden ve kriterlere uyan tüm yaşlılar (56 kişi) araştırma kapsamına alınmıştır. İkinci grup için İlçe Sağlık Müdürlüğü Veri Kayıt Sistemi’ne kayıtlı 65 yaş ve üstü yaşlı bireylerden, basit rastgele örnekleme yöntemi ile 56 yaşlı birey örneklem için seçilmiştir.

Araştırmanın örneklemini; Yaşlı Yaşam Merkezinden hizmet alan 56 birey ve İlçe Sağlık Müdürlüğü Veri Kayıt Sistemi'ne kayıtlı 65 yaş ve üstü 56 birey olmak üzere 112 yaşlı birey oluşturmaktadır.

Yaşlı Yaşam Merkezi

Dahil edilme kriterleri

- 65 yaş ve üstünde olması
- Psikiyatrik bir tanısının bulunmaması
- Konuşulan ve okunulan şeyleri algılamasıyla ilgili bir probleminin bulunmaması
- Son bir aydır haftanın en az iki günü merkezden düzenli hizmet alması

Çıkarılma kriterleri:

- Anketi yarıda bırakması
- Merkeze düzenli devam etmeyi bırakması

İlçe Sağlık Müdürlüğü

Dahil edilme kriterleri

- 65 yaş ve üstünde olması
- Psikiyatrik bir tanısının bulunmaması
- Konuşulan ve okunulan şeyleri algılamasıyla ilgili bir probleminin bulunmaması
- Son bir aydır merkezde yer alan hizmetlerden birine karşılık gelen bir hizmet almıyor olması

Çıkarılma kriterleri:

- Anketi yarıda bırakması

2.3. Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı olarak; araştırmacılar tarafından literatür bilgisi dahilinde oluşturulan Sosyodemografik bilgi formu, Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-OLD), ve Sürekli Umut Ölçeği kullanılmıştır.

2.3.1. Sosyodemografik Bilgi Formu:

Katılımcıların yaş, cinsiyet gibi sosyodemografik özellikleri ile yaşam biçimleri hakkında bilgileri içeren 18 sorudan oluşan ve araştırmacılar tarafından oluşturulan formdur.

2.3.2. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-OLD)

Çalışmada kullanılan yaşam kalitesi ölçeği 1998 yılında, WHOQOL grubu tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2010 yılında Eser ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. WHOQOL-OLD ölçeği 24 madde ve 6 alt boyuttan oluşmaktadır. Bu altı boyut şunlardır: "duyusal işlevler" (1, 2, 10 ve 20 numaralı sorular), "Özerklik" (3, 4, 5 ve 11 numaralı sorular), "Geçmiş, Bugün, Gelecek Faaliyetleri" (12, 13, 15 ve 19 numaralı sorular), "Sosyal katılım" (14, 16, 17 ve 18 numaralı sorular), "Ölüm ve ölmek" (6, 7, 8 ve 9 numaralı sorular) ve "Yakınlık" (21, 22, 23 ve 24 numaralı sorular). Ölçekte 5' li likert derecelendirmesi kullanılmıştır. Olası boyut puanları, 4–20 aralığındadır. Ayrıca, her bir tekil puan değerlerinin toplanmasıyla "toplam puan" da hesaplanabilir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 24 iken; en yüksek puan 120'dir.

Puan arttıkça yaşam kalitesi de iyileşmektedir. Ölçek cronbo-alfa değeri 0.85 olarak bulunmuştur (Eser, Saatlı, Eser, Baydur & Fidaner, 2010). Çalışmada cronbo-alfa değeri 0,727 olarak bulunmuştur.

2.3.3.Sürekli Umut Ölçeği:

Snyder ve diğerleri (1991) tarafından geliştirilmiş olan Sürekli Umut Ölçeği, Tarhan ve Bacanlı (2015) tarafından Türkçe uyarlaması yapılmıştır. Ölçek 12 maddeden oluşmakta ve 8’li Likert tipinde olup, derecelendirilmesi; “1) Kesinlikle yanlış ile 8) Kesinlikle doğru” arasındadır. Sürekli Umut Ölçeği (SUÖ) Alternatif yollar (1, 4, 6, 8) ve eyleyici düşünce (2, 9, 10, 12) olmak üzere iki alt boyuttan oluşmakta ve bu alt boyutların her bir tanesi dörder madde ile ölçülmektedir. Ölçekte yer alan diğer dört madde (3, 5, 7, 11) dolgu maddeleridir. Ölçekte puanlama yapılırken, ölçekte yer alan dolgu maddelere puan verilmeyip, alternatif yollar düşüncesi ve eyleyici düşünce alt boyutlarından elde edilmekte olan puanlar toplanarak, Sürekli Umut Ölçeği’ nin toplam puanı elde edilmektedir. Ölçekten en az 8 en fazla 96 puan alınabilmektedir. Ölçeğin cronbo-alfa değeri 0.83 olarak bulunmuştur (Tarhan ve Bacanlı, 2015). Çalışmada cronbo-alfa değeri 0,68 olarak bulunmuştur.

2.4.Verilerin Toplanması ve Analizi

Bilgilendirilmiş gönüllü onam alındıktan sonra çalışmaya katılmayı kabul ve dahil edilme kriterlerine uyan yaşlılarla, veriler veri toplama araçları aracılığıyla yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak toplanmıştır. Anket formlarının tamamlanması yaklaşık 30 dakika sürmüştür.

Elde edilen veriler, SPSS 25.0 yazılım programı kullanılarak yapılmıştır. İlk olarak normallik testi yapılmıştır. Verilerin parametrik testlerin ön şartlarını sağlayıp sağlamadığına Skewness (çarpıklık) ve Kurtosis (basıklık) (verilerin normal dağılım durumu) değerleri ve Levene (varyansların eşitliği) testi sonuçları incelenerek karar verilmiştir. Sayısal veriler ortalama, standart sapma ile ölçekler ise bağımsız iki örnek t testi, ki-kare ve basit korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir.

2.5.Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın bir ilde yapılmış olması nedeni ile Türkiye için genelleme yapılamaması araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır.

2.6.Araştırmanın Etiği

Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi akademik kurul izni, Erciyes Üniversitesi Sosyal Etik Kurulu izni (tarih: 04.07.2023, no: 233) ve kurum izinleri alınmıştır. Araştırmaya katılan tüm yaşlılara araştırmanın amacı, anket ve ölçeklerin nasıl doldurulacağı hakkında açıklama yapılmış ve yaşlılardan yazılı onam alınmıştır.

3. Bulgular

Tablo.1. Yaşam Merkezine Giden ve Gitmeyen Yaşlıların Sosyodemografik Özellikleri

Sosyodemografik özellikler	Toplam n(%)	Yaşam merkezine giden n(%)	Yaşam merkezine gitmeyen n(%)	X ² , p
Cinsiyet				

Kadın	55(49.1)	23(41,1)	32(57,1)	$X^2=2,894$
Erkek	57(50.9)	33(58,9)	24(42,9)	$p=0,130$
Yaş				
65-74 yaş	75(67.0)	35(62,5)	40(71,4)	$X^2=4,282$
75- 84 yaş	32(28.6)	20(35,7)	12(21,4)	$p=0,138$
85 yaş ve üstü	5(4.5)	1(1,8)	4(7,1)	
Medeni durum				
Evli	70(62.5)	33(58,9)	37(66,1)	$X^2=1,586$
Boşanmış	7(6.3)	5(8,9)	2(3,6)	$p=0,506$
Dul	35(31.3)	18(32,1)	17(30,4)	
Eğitim düzeyi				
Okur yazar değil	14(12.5)	4(7,1)	10(17,9)	
Okur yazar	14(12.5)	4(7,1)	10(17,9)	$X^2=10,532$
İlköğretim	63(56.3)	34(60,79)	29(51,8)	$p=0,026$
Lise	16(14.3)	9(16,1)	7(12,5)	
Lisans ve üstü	5(4.5)	5(8,9)	0	
Sosyoekonomik durum				
Gelir giderden az	32(28.6)	9(16,1)	23(41,1)	
Gelir gidere eşit	61(54.5)	38(67,9)	23(41,1)	$X^2=1,530$
Gelir giderden fazla	19(17.0)	9(16,1)	10(17,9)	$p=0,489$

Araştırmada yaşam merkezine giden ve gitmeyen yaşlıların grupları arasında cinsiyet, yaş, medeni durum ve sosyoekonomik düzeylerinin benzer olduğu (sırası ile $p=0,130$; $p=0,138$; $p=0,506$; $p=0,489$) belirlenmiştir.

Tablo.2 Yaşam Merkezine Giden ve Gitmeyen Yaşlıların Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Sürekli Umud Ölçeği Puan Değerleri

Ölçek	Yaşam Merkezi'ne Giden	Yaşam Merkezi'ne Gitmeyen	t ; p
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	
SUÖ	51,1 \pm 6,5	41,0 \pm 8,6	t=6,910; p= 0,000
AYA	25,5 \pm 3,4	20,8 \pm 4,3	t=6,293; p=0,000
EDA	25,6 \pm 3,6	20,2 \pm 5,1	t=6,311; p= 0,000
YKÖ	79,3 \pm 8,2	68,8 \pm 7,2	t= 7,161; p= 0,000
DİA	8,7 \pm 2,4	8,7 \pm 2,2	t= 0,000; p= 1,000
ÖA	14,7 \pm 2,8	13,1 \pm 2,3	t= 3,302; p= 0,001
GBGA	15,2 \pm 2,3	12,3 \pm 2,7	t= 6,124; p= 0,000
SKA	15,3 \pm 2,5	10,9 \pm 2,9	t= 8,457; p= 0,000
ÖÖA	9,6 \pm 3,9	9,0 \pm 4,3	t= 0,753; p= 0,453
YA	15,5 \pm 2,4	14,6 \pm 2,4	t= 2,027; p= 0,045

YKÖ: Yaşam Kalitesi Ölçeği; DİA: Duyusal İşlevler Alt Boyutu; ÖA: Özerklik Alt Boyutu; GBGA; Geçmiş, Bugün, Gelecek Faaliyetleri Alt Boyutu; SKA: Sosyal Katılım Alt Boyutu; ÖÖA: Ölüm ve Ölmek Alt Boyutu; YA: Yakınlık Alt Boyutu; SUÖ: Sürekli Umut Ölçeği; AYA: Alternatif Yollar Alt Boyutu; EDA: Eyleyici Düşünce Alt Boyutu

Tablo 2’de yaşam merkezine giden yaşlıların Yaşam Kalitesi Ölçeği puanı $79,3\pm 8,2$; yaşam merkezine gitmeyenlerin puanı $68,8\pm 7,2$ olduğu, yaşam merkezine giden yaşlıların Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Duyusal İşlevler ve Ölüm ve Ölmek Alt Boyutları haricinde kalan tüm alt boyutlardaki ölçek puanlarının yaşam merkezine gitmeyenlere göre daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur ($p \leq 0.05$). Yaşam kalitesi ölçeğinin toplam puan orta noktası 72 olması sebebi ile yaşam merkezine giden yaşlıların yaşam kalitesinin ortanın biraz üstünde bir yaşam kalitesi, yaşam merkezine gitmeyenlerin ise ortanın biraz altında bir yaşam kalitesi olduğu söylenebilir.

Yaşam merkezine giden yaşlıların Sürekli Umut Ölçeği puanı $51,1\pm 6,5$; yaşam merkezine gitmeyenlerin puanı $41,0\pm 8,6$ olduğu, yaşam merkezine giden yaşlıların Sürekli Umut Ölçeği, Alternatif Yollar ve Eyleyici Düşünce alt boyutlardaki ölçek puanlarının yaşam merkezine gitmeyenlere göre daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur ($p \leq 0.05$). Sürekli Umut ölçeğinin toplam puan orta noktası 52 olması sebebi ile yaşam merkezine giden yaşlıların umut düzeyinin orta, yaşam merkezine gitmeyenlerin ise ortanın biraz altında umut düzeyi olduğu söylenebilir.

Tablo.3 Yaşam Kalitesi Ölçeği ile Sürekli Umut Ölçeği Arasındaki İlişki

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.YKÖ	r=	1.00									
	p=	-									
2.DİA	r=	.084	1.00								
	p=	.378	-								
3.ÖA	r=	.580	-.070	1.00							
	p=	.000	.466	-							
4.GBGA	r=	.747	-.145	.520	1.00						
	p=	.000	.128	.000	-						
5.SKA	r=	.833	-.151	.478	.729	1.00					
	p=	.000	.111	.000	.000	-					
6.ÖÖA	r=	.275	-.000	-.268	-.168	.047	1.00				
	p=	.003	.999	.002	.076	.626	-				
7.YA	r=	.534	-.153	.334	.448	.399	-.180	1.00			
	p=	.000	.108	.000	.000	.000	.058	-			
8.SUÖ	r=	.541	-.052	.441	.619	.533	-.238	.514	1.00		
	p=	.000	.583	.000	.000	.000	.011	.000	-		
9.AYA	r=	.435	.038	.334	.475	.404	-.185	.411	.927	1.00	
	p=	.000	.689	.000	.000	.000	.051	.000	.000	-	
10.EDA	r=	.569	-.126	.482	.671	.582	-.257	.543	.944	.752	1.00
	p=	.000	.187	.000	.000	.000	.006	.000	.000	.000	-

YKÖ: Yaşam Kalitesi Ölçeği; DİA: Duyusal İşlevler Alt Boyutu; ÖA: Özerklik Alt Boyutu; GBGA; Geçmiş, Bugün, Gelecek Faaliyetleri Alt Boyutu; SKA: Sosyal Katılım Alt Boyutu; ÖÖA: Ölüm ve Ölmek Alt Boyutu; YA: Yakınlık Alt Boyutu; SUÖ: Sürekli Umut Ölçeği; AYA: Alternatif Yollar Alt Boyutu; EDA: Eyleyici Düşünce Alt Boyutu

Tablo 3’de Yaşam Kalitesi Ölçeği ile Sürekli Umut Ölçeği Arasında pozitif ve orta düzeyde bir ilişki olduğu bulunmuştur ($r = 0.541$, $p = 0.000$). Yaşam Kalitesi Ölçeği ile Duyusal İşlevler Alt Boyutu hariç diğer alt boyutlarla arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur.

4.Tartışma

Gündüz bakımının amacı, güvenli bir ortamda anlamlı bir gün yaratarak, sosyal etkileşime ve bireysel ya da grup halinde düzenlenen çeşitli etkinliklere bireylerin odaklanılmasını sağlayarak yaşam kalitesini arttırmak, bakıcılara dinlenme olanağı sağlamak ve huzurevine yerleştirme ihtiyacını ertelemektir (Abramson, 2009; Måvall ve Malmberg, 2007; Weir ve Fouche, 2015). Bu nedenle yaşlı yaşam merkezleri, yaşlıların birey olmalarını ve bağımsız iş görebilmelerini desteklemektedir ve bu durum yaşam kalitelerini etkilemektedir. Çalışmada yaşam merkezine giden yaşlıların yaşam kalitesi ölçek puanları ortanın biraz üzerinde, gitmeyenlere göre daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur. Literatürde iki grubun karşılaştırıldığı çalışma bulunmamaktadır. Ancak gündüz bakım evlerini kullanan Demanslı yaşlılarla yapılan bir çalışmada; yaşlıların kendilerine sosyal uyurım, yemek ve aktiviteler sağlandığı için gündüz bakımının yaşlıların fiziksel işlevlerine, bilişlerine, refahlarına ve evdeki durumlarına olumlu etki sağladığı belirlenmiştir (Strandenæs, Lund & Rokstad, 2018). Gündüz bakım evinde yapılan başka bir nitel çalışmada yaşlılar yaptırılan fiziksel ve sosyal aktiviteleri takdir ederek keyif aldıklarını, faydalı bulduklarını mutlu olduklarını bildirmişlerdir (Söderhamn, Aasgaard & Landmark, 2014). Çalışmada yaşam merkezine giden yaşlıların yaşam kalitesi ölçek puanlarının gitmeyenlere göre daha yüksek olmasının buradaki fiziksel ve sosyal aktiviteler ile ilgili olduğu düşünülmektedir. Yaşlılarla yapılan bir çalışmada yürüyüş aktivite yapanların ve düzenli etkinliklere katılanların yapmayan yaşlılara göre yaşam kalitesinin daha yüksek olduğunun bulunması düşüncemizi destekler niteliktedir (Değer ve Ordu, 2022). Ancak çalışmada yaşam kalitesi alt boyutu olan duyuşsal işlevler ve ölüm ölmek alt boyutlarında iki grup arasında fark olmaması yaşam merkezlerinde duyuşsal işlevlerle ilgili ve psikolojik olarak ölüm kavramı ile ilgili desteğin yeterli olmadığını ve geliştirilmesi gerektiğini de düşündürmektedir.

Umut, insanlara yeni olasılıklar yaratır. Böylece umutlu insanlar hayatlarına yenilenmiş enerjiyle devam etmelerini sağlayacak güç, cesaret ve mutluluğa ulaşmış olurlar(Safri, 2016). Çalışmada yaşam merkezine giden yaşlıların umut düzeyinin orta, yaşam merkezine gitmeyenlerin ise ortanın biraz altında umut düzeyine sahip olduğu ve yaşam merkezine giden yaşlıların Sürekli Umut Ölçeği puanının, yaşam merkezine gitmeyenlerin puanına göre yüksek olduğu bulunmuştur. Benzer şekilde bağımlıların kaldığı yaşam evinde yapılan bir çalışmada hem umudun hem de topluluk duygusunun, iyileşme gidişatları üzerinde olası etkiler olarak bağlamsal ve bireysel özellikleri destekleyen belirleyiciler olduğu bulunmuştur (Stevens, Guerrero, Green & Jason, 2018). Buradan sonuçla yaşam merkezlerinde yapılan etkinlikler ve sosyalleşmenin umut üzerinde önemli bir belirleyici olduğu düşünülebilir.

Çalışmada Yaşam Kalitesi Ölçeği ile Sürekli Umut Ölçeği arasında pozitif ve orta düzeyde bir ilişki olduğu bulunmuştur. Benzer olarak, Beşikçi (2023) yaşlılarla yaptığı çalışmada yaşam kalitesi ve umut düzeyleri arasında pozitif yönde yüksek düzeyde anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur. Buradan sonuçla, yaşam kalitesi ve sürekli umut düzeyi arasında güçlü bir bağlantının olduğu, umudun yaşam kalitesini olumlu şekilde etkileyebileceği ve yaşlı bireylerin umut düzeyinin yaşam kaliteleri üzerinde önemli bir rol oynayabileceği düşünülmektedir. Literatürde yer alan çalışmalarda kaliteli yaşamın umut düzeyini etkilediği bulunmuştur

(Hawro vd., 2014; Sigstad, Stray-Pedersen & Frøland, 2005). Çalışmada Sürekli Umut Ölçeği ile Ölüm ve Ölmek Alt Boyutu arasında negatif ve düşük düzeyde bir ilişki olduğunun bulunması da düşüncemizi destekler niteliktedir. Gündüz bakım merkezlerinde umut düzeyini artırıcı uygulamaların yaşam kalitesi üzerinde olumlu sonuçlar oluşturacağı düşünülmektedir.

5.Sonuç ve Öneriler

Çalışmada yaşam merkezine giden yaşlıların yaşam kalitesi ve sürekli umut ölçek puanlarının gitmeyenlere göre daha yüksek olduğu ve Yaşam Kalitesi Ölçeği ile Sürekli Umut Ölçeği arasında pozitif ve orta düzeyde bir ilişki olduğu bulunmuştur. Bu bulgular gündüz yaşam merkezlerinin yaşam kalitesini ve sürekli umut düzeyini arttırdığını bize göstermektedir. Bu nedenle yaşam merkezi hizmetlerinin yaşlılar için yaygınlaştırılması ve bu konu ile ilgili daha fazla çalışmanın yapılması önerilmektedir. Çalışmada dikkat çeken bulgulardan biride, yaşam kalitesi alt boyutu olan duyuşal işlevler ve ölüm ölmek alt boyutlarında iki grup arasında fark olmamasıdır. Bu nedenle yaşam merkezlerinde duyuşal işlevlerle ilgili ve psikolojik olarak ölüm kavramı ile ilgili desteğin sağlandığı çalışmaların yapılması önerilebilir. Ayrıca yaşam merkezlerinde umut düzeyini arttıracak uygulamalarının dâhil edilmesi ve yaşam kalitesinin uygulamalı çalışmalarla desteklenmesi önerilebilir.

Finansal destek:

2209-A Üniversite Öğrencileri Araştırma Projeleri Destekleme Programı 2023 yılı 1. Dönem kapsamında 1919B012301986 numaralı başvuru ile destek sağlanmıştır.

Teşekkür:

Kayseri Belediyesi Sosyal Hizmetler Daire Başkanlığı ve Ulu Çınarlar Yaşlı Yaşam ve Dayanışma Merkezi çalışanlarına çalışmamıza verdikleri destek için teşekkür ederiz.

Kaynakça

- Abraham, S. (2023). Effects of hope intervention on hope and quality of life in senior people who live alone. Doctoral Dissertation. Andrews University, Department of Nursing, USA.
- Abramson, C.M. (2009). Who are the clients? Goal displacement in an adult day care center for elders with dementia. *International Journal of Aging and Human Development*, 68(1), 65–92. doi:10.2190/AG.68.1.d.
- Altındış, E., Üner, E. (2023). Yaşlı Bakım Modellerinin Karşılaştırılması. *Geriatrik Bilimler Dergisi*, 6(1). Doi: 10.47141/geriatrik.1099573
- Arpacı, F., Tokyürek, Ş., & Bilgili, N. (2015). Huzurevinde Yaşayan Yaşlı Bireylerde Yaşam Kalitesi. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 8(1).
- Beşikçi, T. (2023). 65 yaş ve üstü bireylerin yaşam kalitesini etkileyen değişkenlerin çoklu regresyon analizi ile belirlenmesi. *Avrasya Spor Bilimleri ve Eğitim Dergisi*, 5(2), 341-362.
- Değer, T.B., Ordu, Y. (2022). Yaşlılarda yaşam kalitesini etkileyen faktörler: Bir taşra örneği, *GÜSBĐ* 11(2), 574-585.
- EYHGM Engelli ve Yaşlı İstatistik Bülteni. (2023, Nisan). T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü. İstatistik Bülteni. Ankara.
- Erefe İ, Erkin Ö, Kalkım A, Göl İ. (2021). Halk Sağlığı Hemşireliği, Çukurova Nobel Tıp Kitapevi, Ankara, 550-551.
- Eser, S., Saatlı, G., Eser, E., Baydur, H., Fidaner, C. (2010). Yaşlılar İçin Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Modülü WHOQOL-OLD: Türkiye Alan Çalışması Türkçe Sürüm Geçerlilik ve Güvenilirlik Sonuçları. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21(1), 37-48.
- Femia, E.E., Zarit, S.H., Stephens, M.A., & Greene, R. (2007). Impact of adultday services on behavioral and psychological symptoms of dementia. *Gerontologist*, 47(6), 775–788.
- Fields N L., Anderson KA. & Dabelko-Schoeny, H. (2014). The Effectiveness of Adult Day Services for Older Adults: A Review of the Literature from 2000 to 2011. *Journal of Applied Gerontology*, 33(2), 130-163.
- Hawro, T., Maurer, M., Hawro, M., Kaszuba, A., Cierpiałkowska, L., Królikowska, M., & Zalewska, A. (2014). In psoriasis, levels of hope and quality of life are linked. *Archives of Dermatological Research*, 306, 661–666 <https://doi.org/10.1007/s00403-014-1455-9>.
- Kalinkara, V., Kapıkıran, Ş. (2017). Yerinde Yaşlanma Ölçeğinin Geliştirilmesi ve Psikometrik Özellikleri. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 10, 54-66.
- Måvall, L., & Malmberg, B. (2007). Day care for persons with dementia: An alternative for whom ? *Dementia*, 6(1), 27–43. doi:10.1177/1471301207075627.
- Oğlak, S. (2023). Gerontolojik Sosyal Hizmet, Bilimsel Kitap, Bölüm(ler), Yaşlılar İçin Gündüz Bakım Merkezleri. Nobel akademik yayıncılık, Emre Birinci - 978-625-439-484-3, 203-219.
- Özdamar K. (2015). SPSS ile Biyoistatistik. Nisan Kitabevi Yayınları, Ankara.
- Safri, T. (2016). Hope: A Psychological perspective. *Indian Journal of Positive Psychology*, 7(1), 138-140. <https://doi.org/10.15614/ijpp%2F2016%2Fv7i1%2F123721>.
- Savaş, S. (2010). Avrupa ve Dünyada Gündüz Bakım Evleri. *Akademik Geriatri*, 132-136.
- Sigstad, H. M. H., Stray-Pedersen, A., & Frøland, S. S. (2005). Coping, quality of life, and hope in adults with primary antibody deficiencies. *Health Qual Life Outcomes* 3(31), 1-13. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-3-31>.
- Söderhamn, U., Aasgaard, L., & Landmark, B. (2014). Attending an activity center: positive experiences of a group of home-dwelling persons with early-stage dementia. *Clinical interventions in aging*, 9, 1923–1931. <https://doi.org/10.2147/CIA.S73615>.
- Stevens, E., Guerrero, M., Green, A., & Jason, L. A. (2018). Relationship of hope, sense of community, and quality of life. *Journal of community psychology*, 46(5), 567–574. <https://doi.org/10.1002/jcop.21959>

- Strandenæs, M.G., Lund, A. & Rokstad, AMM. (2018). Experiences of attending day care services designed for people with dementia-a qualitative study with individual interviews. *Aging & Mental Health*, 22 (6), 764-772.
- Sümbüloğlu, K., Sümbüloğlu, V. (2016). *Biyostatistik*. Hatiboğlu Yayınevi, Ankara.
- Şahin N.E. & Özçetin Y.S.Ü. (2020). Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin yaşam doyumu ve umutsuzluk düzeyi. *Mersin Üniv Sağlık Bilim Derg*, 13(2), 167-176, doi:10.26559/mersinsbd.674370.
- Tarhan, S. & Bacanlı, H. (2015). Sürekli Umut Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *The Journal of Happiness & Well-Being*, 3(1), 1-14.
- Taşkıran, N. & Demirel, F. (2017). Türkiye'de yaşlıların yaşam kalitesi: Sistematik inceleme. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2(1), 21-28.
- T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, (2017). Türkiye Cumhuriyeti Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Türkiye'de Yaşlı Bakım Hizmetleri Raporu Avrupa'dan En İyi Uygulama Örnekleri ve Türkiye İçin Bir Model Tasarımı, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Sosyal İçerme Politikaları Alanında Kurumsal Kapasitenin Artırılması Projesi.
- T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı 2023, Yaşlı Hakları Ulusal Eylem Planı 2023-2025.
- TUİK, 2024, <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yasli-lar-2023-53710>, Yayın Tarihi: 27 Mart 2024, Sayı: 53710
- van Bilsen, P.M.A., Hamers, J.P.H., Groot, W. & Spreeuwenberg, C. (2008). The use of community-based social services by elderly people at risk of institutionalization: An evaluation. *Health Policy*, 87(3), 285-295.
- Weir, A., & Fouche, C. (2015). Community-based dementia day programmes: Common elements and outcome measures. *Dementia*. Advance online publication. doi:10.1177/1471301215590504.
- Yaşlanma Üzerine İkinci Dünya Asamblesi 2002, Yaşlanma İçin Birleşmiş Milletler [İnternet]. [a.yer 25 Ocak 2023]. Erişim adresi: <https://www.un.org/development/desa/ageing/madrid-plan-of-action-and-its-implementation/secondworld-assembly-on-ageing-2002.html>.
- Yaşlı Hizmet Merkezlerinde Sunulacak Gündüzlü Bakım İle Evde Bakım Hizmetleri Hakkında Yönetmelik, <https://www.mevzuat.gov.tr/File/GeneratePdf?mevzuatNo=12318&mevzuatTur=KurumVeKurulusYonetmeli&mevzuatTertip=5>. Ulaşım tarihi: 01.08.2024.
- Zank, S., & Schacke, C. (2002). Evaluation of geriatric day care units: Effectson patients and caregivers. *Journal of Gerontology*, 57b(4), P348-P357.



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: 2024 Aralık/ December
Sayı/Issue:24

TIBBİ SOSYAL HİZMET MÜDAHALELERİNİN ÖNEMİ VE SOSYAL HİZMET UZMANLARININ ROL VE İŞLEVLERİ

Murat DERİN¹

Makale Bilgileri/ Article info

Makalenin Türü/Article Type: Derleme
Geliş Tarihi / Date Received: 03.10.2024
Revizyon Tarihi/Date Revised: 09.10.2024
Kabul Tarihi / Date Accepted: 16.10.2024
Yayın Tarihi / Date Published: 03.01.2025
DOI: 10.46218/tshd.1560780

Makale Künyesi/To cite this article: Derin, M. (2024, Aralık). Tıbbi sosyal hizmet müdahalelerinin önemi ve sosyal hizmet uzmanlarının rol ve işlevleri. Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi, 136-149.

Sorumlu Yazar/Corresponding Author: Murat Derin, Dr. Sosyal Hizmet Uzmanı, Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Hasta Hakları ve Tıbbi Sosyal Hizmetler Daire Başkanlığı, muratderinofficial@gmail.com

Öz

Sağlığın sosyal boyutlarına ilişkin artan farkındalıkla birlikte sağlık alanında sosyal hizmet uzmanlarına olan ihtiyaç daha fazla görünür hale gelmiştir. Sosyal hizmet uzmanları sağlık sistemi içinde önemli roller üstlenmektedir. Bu çalışmada öncelikle sağlık, sağlığa bütüncül bakış ile tıbbi sosyal hizmet tanımlarına yer verilmiş, daha sonra tıbbi sosyal hizmet uygulamalarının önemi, amacı ve tarihsel gelişimi üzerinde durulmuştur. Çalışma ile sağlık alanında tıbbi sosyal hizmetin öneminin vurgulanması ve sosyal hizmet uzmanlarının rol ve işlevlerinin somut olarak ortaya konulması amaçlanmıştır. Tıbbi sosyal hizmet alanında yapılan çalışmalardan literatür taranarak oluşturulmuş bu derleme çalışma ile tıbbi sosyal hizmet alanına ilgi duyan okurlara konuya ilişkin temel bilgiler sunulmaktadır. Uygulayıcılara yol gösterebilecek bazı hususlar vurgulanmaktadır ve alana ilişkin öneriler ortaya konmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Tıbbi sosyal hizmet, Sosyal hizmet uzmanı, Tıbbi sosyal hizmet uygulaması

IMPORTANCE OF MEDICAL SOCIAL WORK INTERVENTIONS AND ROLES AND FUNCTIONS OF SOCIAL WORKERS

Abstract

With the increasing awareness of the social dimensions of health, the need for social workers in the field of health has become more visible. Social workers play important roles in the health system. In this study, firstly, the definitions of health, a holistic view of health and medical social work are given, then the importance, purpose and historical development of medical social work practices are emphasized. The aim of the study is to emphasize the importance of medical social work in the field of health and to concretely reveal the roles and functions of social workers. This review article, which is created by reviewing the literature from studies in the field of medical social work, provides basic information on the subject to readers interested in the field of medical social work. Some issues that can guide practitioners are emphasized and suggestions regarding the field are presented.

Keywords: Medical social work, Social worker, Medical social work practice

¹ Dr. Sosyal Hizmet Uzmanı, Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Hasta Hakları ve Tıbbi Sosyal Hizmetler Daire Başkanlığı, ORCID: 0000-0001-6771-5156

Giriş

Günümüzde sağlığa ilişkin bütüncül bakış açısı giderek daha fazla güçlenmektedir. Sağlığın yalnızca biyolojik nedenlere dayalı hastalığın yokluğu durumu ile açıklanamayacağı genel olarak kabul görmektedir. Bu kabul sağlığın fiziksel, ruhsal ve sosyal yönlerine de odaklanmayı gerektirmektedir. Böylelikle sağlığa etki eden sosyal nedenlerin anlaşılması ve buna yönelik müdahalelerin gerçekleştirilmesi söz konusu olabilmektedir. Böylelikle sağlıklı olma hali korunabilmektedir veya tekrar sağlıklı ve işlevsel hale kavuşmak olanaklı hale gelmektedir.

Bu bakış açısı sağlığa etki eden sosyal belirleyicilere de odaklanılmasına zemin hazırlamıştır. Bu çerçevede sağlık alanındaki sosyal hizmet uzmanlarına önemli görevler düşmektedir. Tıbbi sosyal hizmet alanında çalışan sosyal hizmet uzmanları çok çeşitli alanlarda sağlığı olumsuz etkileyen faktörlere odaklanmaktadır. Sosyal hizmet müdahaleleri gerçekleştirilerek sosyal işlevselliğin sürdürülmesine yönelik çalışmalar gerçekleştirilmektedir.

Sosyal hizmet uzmanları hastaların sağlık hizmetlerinden en iyi şekilde yararlanması ve sosyal işlevselliğini sürdürmesi amacıyla tıbbi sosyal hizmet müdahalelerini gerçekleştirmektedir. Bu amaçları gerçekleştirmek için hastalara yönelik sağlık eğitimleri sunma, krize müdahale, savunuculuk, araştırma, politika geliştirme, kaynak geliştirme ve kaynaklarla bağlantılandırma ve danışmanlık hizmetleri gibi çok çeşitli roller ve hizmetler sunmaktadır (Browne, 2012; Duyan, 1992; Duyan, 1996, NASW, 2012).

Çalışmanın sonraki bölümlerinde öncelikle kavramsal tanımlara yer verilerek, tıbbi sosyal hizmetin sağlık alanındaki yeri, işlevi ve önemi ortaya konulmaktadır. Daha sonra sosyal hizmet uygulamalarına yönelik temel olarak alanı tanıtıcı nitelikte bilgiler sunulmaktadır. Son olarak tıbbi sosyal hizmet alanına yönelik birtakım önerilere yer verilmektedir.

1. Sağlığa Bütüncül Bakış ve Tıbbi Sosyal Hizmet

1948 yılında kurulan Dünya Sağlık Örgütü sağlığı yalnızca hastalığın veya engelliliğin olmaması değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak iyilik hali olarak tanımlamaktadır. Bu tanım sağlığın hem teşviki ve geliştirilmesi hem de insanların bireysel, sosyal ve ekonomik olarak üretken bir yaşam sürmelerine izin veren bir kaynak olarak ele alınması bakımından önemlidir (Nutbeam ve Kickbusch, 1998). Bu tanım sağlığı çok boyutlu bir kavram olarak ele almaktadır ve biyopsikososyal bir bakış açısının önemini vurgulamaktadır. Biyopsikososyal yaklaşım giderek artan bir şekilde, günümüzde sağlık hizmeti sunumu için önerilen bir yaklaşımdır.

Nason ve Delbanco (1976) sağlık hizmetlerinde hizmet sunarken hastaların psikososyal sorunlarıyla da ilgilenilmesini önermiştir. Bu amaçla sağlık ekiplerine sosyal hizmet uzmanlarının dahil edilmesini savunmuştur. Bu öneri Engel'in 1977'de önerdiği biyopsikososyal modelden daha önceki bir zamana karşılık gelmektedir. Engel tarafından 1977'de önerilen biyopsikososyal model, hastalığın biyolojik, sosyal, çevresel, psikolojik ve davranışsal yönlerini ele almaktadır. Bu, esas olarak hastalığın biyolojik nedenlerine odaklanan geleneksel tıbbi sağlık hizmeti modelini genişletmektedir. Biyopsikososyal model, hastalığın tıbbi olmayan belirleyicilerini tamamen biyolojik bileşenlerle birlikte ele almaktadır (Browne, 2019). Lindau vd. (2003)

Engel'in modelini etkileşimli biyopsikososyal model olarak genişletmiştir. Bu modelde yalnızca hastalıktan ziyade genel sağlık durumunu ve sağlıkta sosyal ağların ve kültürel bağlamların önemli rolü dikkate alınmaktadır.

Tanımlarda da vurgulandığı üzere insan fiziksel, ruhsal, sosyal, ekonomik ve kültürel olarak tam bir bütündür ve dengededir. Bu bütünlük insanı oluşturur ve birinin eksikliği diğerine etki ederek dengenin bozulmasına neden olur. Bu sebeple insanlar bütüncül bir bakış açısıyla ele alınmalıdır. Bu nedenle sosyal hizmet, tedavi sürecine biyopsikososyal yaklaşımıyla dahil olmaktadır (Zengin, 2011).

Biyopsikososyal bakış açısı, sağlık alanında disiplinler arası profesyonel bir ekibin kullanılmasını gerektirmektedir. Ekipte doktorlar, hemşireler, diyetisyenler, psikologlar, hasta bakım teknisyenleri, evde sağlık görevlileri, fizyoterapistler, iş ve konuşma terapistleri, yöneticiler, din görevlileri ve eczacılar yer alabilmektedir. Hastaların kendisi ve sosyal destek ağlarının üyeleri de giderek artan bir şekilde disiplinler arası ekiplerin kritik öneme sahip üyeleri olarak kabul edilmektedir. Ekipteki disiplinler arasında en önemli mesleklerden biri de sosyal hizmettir (McWilliam, 2009). Sosyal hizmet uzmanları bu ekipte önemli roller üstlenmektedir. Çalışmanın konusu ve kapsamı doğrultusunda sonraki bölümlerde sosyal hizmet mesleği ve sosyal hizmet uzmanlarının rol ve görevleri üzerinde durulmaktadır. Ancak bu bölümlere geçmeden önce tıbbi sosyal hizmetin tanımlanması önemli görülmektedir.

Friedlander (1963) tıbbi sosyal hizmeti, hastalık ve tedavi sürecinde hastaları etkileyen duygusal ve sosyal sorunlarını çözüme kavuşturmak amacıyla bireyle ve grupla çalışma yöntemleri kullanan sosyal hizmetin bir alanı olarak tanımlamaktadır. Başka bir tanımda tıbbi sosyal hizmet, hastanelerde ve diğer sağlık bakım ortamlarında hastaların ve ailelerinin hastalıkla ilgili sosyal ve psikolojik problemlerini çözmeyi amaçlayan sosyal hizmet uygulaması (Barker, 1999); bir diğer tanımda hastanın hastalığına neden olan ve hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan psiko-sosyal ve ekonomik sorunların çözümlenmesinde sosyal hizmet disiplininin yaklaşım, yöntem ve tekniklerinin kullanılması (Özbesler, 2013) olarak ifade edilmiştir. Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi (Sağlık Bakanlığı, 2011)'ne göre ise tıbbi sosyal hizmet ayakta ya da yatarak tedavi gören hastaların tıbbi tedaviden etkili bir şekilde yararlanması, sosyal sağlığının korunması ve geliştirilmesi, tedavi sürecinde hastanın ailesi ve çevresiyle ilişkilerinin düzenlenmesi, tedavi sürecini etkileyen psiko-sosyal ve sosyo-ekonomik sorunların zamanında çözümlenerek sosyal işlevselliğini yeniden kazanması amacıyla yürütülen sosyal hizmet uygulamasıdır. 1973 tarihli kararnamede "Hastaneye yatan her hastanın, uygulanan tedaviden en etkili şekilde yararlanması amacı ile sosyal hizmet personeline görülecek, ekonomik, sosyal, eğitici ve destekleyici hizmetler yanında, hastanın ailesi ve çevresi ile ilişkilerinin düzenlenmesi, hastaneden çıktıktan sonra kişisel ve aile sorunlarının çözümlenmesi gibi hususların tümü «tıbbi sosyal hizmet» olarak adlandırılır" denilerek başka bir tanımlama kullanılmıştır (Resmî Gazete, 1973). Sağlık alanındaki sosyal hizmet halk sağlığı, davranışsal sağlık, onkoloji, nefroloji ve palyatif bakım sosyal hizmeti gibi çok sayıda alt disiplini içermektedir (Browne, 2012).

Tanımlardan anlaşıldığı üzere basit anlamda ifade edilecek olursa tıbbi sosyal hizmet sosyal hizmetin sağlık alanında uygulanmasıdır. Sosyal hizmet disiplininin bu uygulama alanı tıbbi sosyal hizmet alanında çalışan sosyal hizmet uzmanları tarafından çeşitli düzeydeki sağlık hizmetlerinde icra edilmektedir.

2. Dünyada ve Türkiye’de Tıbbi Sosyal Hizmetin Tarihi

Sosyal hizmet disiplininin en eski uygulamalarından birini tıbbi sosyal hizmet alanı oluşturmaktadır. Bu alan sürekli değişmekte ve gelişmektedir (Duyan, 1996).

Tıbbi sosyal hizmetin dünyada ortaya çıkmasını hazırlayan faktörler ve gelişmeler olmuştur. Bunlar 4 grup altında ele alınabilmektedir. Bunların ilki;

- a) Akıl hastanelerinden taburcu olan kişilerin hastalığının tekrarlanmasına engel olmak amacıyla evlerinde takip edilmesi gerektiği görüşünün kabul görmesiydi. 1880’de İngiltere’de akıl ve ruh sağlığı hastanesinden taburcu olmuş hastalara ev ziyaretleri gerçekleştiriliyordu. Bu ziyaretçiler aileye, hastanın nasıl bakılması gerektiğini anlatıyorlardı. Bunların en önemli faaliyetleri evsiz kişilerin koruma ya da bakım evlerine yerleştirilmesini sağlamak ve taburcu olan hastaların daha iyi bir biçimde eski ortamlarına dönmelerine rehberlik sağlamaktı.
- b) Tıbbi sosyal hizmetin ortaya çıkışına etki eden ikinci faktör ise, ihtiyaç sahibi ailelere yardım etmek üzere Lady Almoner adı verilen ve yoksulların evine giden gönüllü kadınların sağlık tesislerinde görev almasıdır. Bu sistem 1890’da Londra’da başlatılmıştır.
- c) Üçüncü etken Amerika Birleşik Devletleri’nde (1893) hastaneler ve toplum merkezlerince ekonomik zorluk yaşayan kişilerin ikametgahlarına takip için hemşire gönderilmeye başlanması uygulamasıdır.
- d) Son etken ise tıp öğrencilerinin sosyal yardım kurumlarındaki çalışmalarıdır. Hopkins Üniversitesi tıp eğitiminde hastalığa yol açan psikolojik ve sosyal sorunların üzerinde durulması gerektiğini değerlendirmiştir ve öğrencilerini söz konusu kurumlarda hastanın sosyal, ekonomik ve mesken sorunlarını incelemekle görevlendirmiştir (Turan 1979’dan akt. Duyan, 2003).

Bazı kaynaklar tıbbi sosyal hizmetin kökenini 1900’lü yılların başlarına götürmektedir. Buna göre bu dönemde sosyal hizmet kliniklere, evde bakım kuruluşlarına ve diğer hastanelere yayılmıştır (Alexander ve Weber, 1977). Tam olarak 1905 yılında tıbbi sosyal hizmette öncü olan Amerikalı bir sosyal hizmet uzmanı Ida Cannon (1914’ten 1945’e kadar Massachusetts General Hospital’da sosyal hizmet şefi) ve Hekim Richard Cabot, Massachusetts Genel Hastanesi’nde sağlık alanına ilişkin sosyal hizmet uygulamalarını tanıtmıştır. Ancak başlangıçta sağlık tesisleri ve doktorlar sosyal hizmetlere duyulan ihtiyaç konusunda ikna olmamıştır. Bu çabalara karşılık doktorlardan ve hemşirelerden önemli bir dirençle karşılaşmıştır. Ancak, hastalara hastalığın sonuçlarıyla başa çıkmada yardımcı olmanın olumlu etkisi netleştikten sonra, tıbbi sosyal hizmet hızla gelişmiştir. Tüberküloz ve frengi gibi yaygın hastalıkların çok azı tedavi edilebilir olduğundan, sosyal hizmet değerli ve pragmatik psikososyal yardım sağlamıştır (Gehlert, 2019).

Daha sonraki yıllarda hastalığa yol açan ve hastalığın neden olduğu psiko-sosyal ve ekonomik etkenlerin önemli olduğu kabul görmüştür. Tıbbi tedavinin tek başına yeterli olmadığı, psiko-sosyal etmenlerin değerlendirilmesi ve önleyici, takip edici yaklaşımlara da odaklanması gerektiği anlaşılmıştır. Ancak buna tıp elemanlarının zaman ayıramayacağına, bu sebeple sosyal koşulları incelemekle ilgilenen kişilerin istihdamının gerekliliğine inanılmıştır. 1905 yılında ABD’de tıbbi sosyal hizmet Boston ve New York gibi büyük şehirlerde resmen uygulanmaya başlanmıştır (Friedlander, 1963).

Aşağıdaki tabloda tıbbi sosyal hizmetlerin gelişimi için önemli olabilecek bazı gelişmeler özetle sunulmuştur (Alexander ve Weber 1977’den akt. Duyan, 1996).

Tablo 1.1: Dünyada Tıbbi Sosyal Hizmetlerin Yaygınlaşmasında Bazı Önemli Gelişmeler

1905-Sosyal hizmet uzmanı Ida Cannon ve Hekim Richard Cabot'un Massachusetts Genel Hastanesinde Sosyal Hizmet Uygulamaları
1918- Amerikan Hastane Sosyal Hizmet Uzmanları Derneğinin kurulması
1955-Ulusal Sosyal Hizmet Uzmanları Derneğinin kurulması
1965- Sosyal Güvenlik Yasası kapsamında bakım masraflarını karşılayamayanlar için Medicare-Medicaid yardım kurumlarının kurulması
1970-Hastaneler Birleşik Komisyonu tarafından hastalar ve ailelerine sosyal hizmetin mutlaka sağlanması gerektiğinin ortaya konması

1910'da Amerika'da bir hastanenin tıbbi sosyal hizmet bölümünün kurucuları, hastalığın nadiren izole bir olgu olduğunu, hastalıkların insanların yaşadığı koşullarla ilgili olduğunu, bu nedenle bölümün amacının sorunların sosyal nedenlerini bulmak, vakayı düzeltmek için hastaneyle iş birliği yapmak, tekrarlanmasını önlemek ve bunu yaparak toplumu korumak ve bireylere yardım etmek olduğunu açıklamıştır. Ek olarak sosyal hizmet vasıtasıyla sosyal yardım sağlamanın sağlık tesisinin masraflarını ortadan kaldıracığını ve toplumun bundan fayda sağlayacağını belirtmiştir (Social Work Archives, 1909).

1918'de Amerika'da tıbbi sosyal hizmet alanında çalışan sosyal hizmet uzmanları Amerikan Hastane Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği'ni kurmuştur (Alexander ve Weber 1977’den akt. Duyan, 1996).

Başlangıçta sağlık alanındaki sosyal hizmet uygulamalarında birey temelli vaka çalışmalarına odaklanılmıştır (Cowles, 2012). Bu eğilim devam etmiştir. 1934'te Amerikan Tıbbi Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği, tıbbi sosyal hizmeti hastanın hastalığı ile toplumsal uyumsuzluk arasındaki ilişkiyi ele almayı amaçlayan vaka

çalışması olarak tanımlamıştır (Bartlett, 1934). Yüzyılın ortalarına gelindiğinde, tıbbi sosyal hizmet çevresi içinde birey yaklaşımını ifade etmeye devam etmesine rağmen, rolü konusunda kaygılanmıştır. Tıbbi modele uyum sağlayarak ve yardımcı rolünü benimseyerek, hizmet verdikleri sağlık tesisleri içinde hastaların iyileşmesini desteklemeye odaklanarak kabul görebilmiştir (Caputi, 1978).

Tıbbi sosyal hizmet uygulamaları dünyada bir asırdan daha eski zamana uzanmaktadır. Çok geniş bir uygulama alanı bulunmaktadır. Ancak Türkiye’de ilk olarak 1960’lı yıllarda sağlık hizmetleri içinde başlamıştır (Şengül ve Bulut, 2023).

Türkiye’de sosyal hizmetlerin resmi olarak ilk örgütlenmesi Sağlık Bakanlığı’nda (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı) olmuştur. 22 Haziran 1959 tarihli Resmî Gazetede Sosyal Hizmetler Enstitüsünün Kurulmasına Dair Kanun ile tıbbi sosyal hizmet yasal dayanağa kavuşturulmuştur ve Tıbbi Sosyal Hizmetler Şubesi kurulmuştur. 1961 yılında Sosyal Hizmetler Akademisi ve 1963 yılında ise Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğü faaliyete geçirilmiştir (Duyan, 1996). Böylelikle Türkiye’de Batılı anlamda sosyal hizmetler 1960’lı yıllarda gelişmeye başlamıştır (Taşğın ve Özel, 2011).

1964’de Sosyal Hizmetler Akademisi öğrencilerinin stajları ile tıbbi sosyal hizmet uygulamaları başlamıştır. 1967’de ise Ankara Üniversitesi Hastanesine bir sosyal hizmet uzmanı atanmıştır (Akıcı vd.,1986). İlk uygulamanın 1964 yılında Hacettepe Hastanesi’nde başlatıldığına ilişkin bilgiler de bulunmaktadır (Çakmaklı, 1976).

1983’de Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği’nin 125. ve 126. maddelerinde sosyal hizmet uzmanının görev ve yetkileri belirtilmiştir. Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi ile Sağlık Bakanlığına bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında tıbbi sosyal hizmet birimlerinin kurulması ile merkez teşkilatında idari yapılanmalar belirlenmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2011).

Günümüzde sosyal hizmet uzmanları Sağlık Bakanlığının merkez ve taşra teşkilatında çok çeşitli hizmet birimlerinde görev yapmaktadır. Tıbbi sosyal hizmet uygulamalarına ilişkin rol ve sorumluluklar ile bağlı olunan mevzuat hizmet birimlerinin özelliklerine göre oluşturulmaktadır.

Bir sonraki bölümde sağlık sistemi içerisindeki sosyal hizmet uygulamalarının başka bir deyişle tıbbi sosyal hizmet uygulamalarının amacı ve önemi üzerinde durulmuştur.

3. Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulamalarının Amacı ve Önemi

Bireysel düzeyde insanlar, gelişimsel engeller, düşük okuryazarlık seviyeleri veya dil, işitme veya görme engelleri nedeniyle hastalığı ve önerilen tedaviyi anlamakta zorlanabilmektedir. Birçok tıbbi durum ve tedavi çok karmaşıktır ve sosyal hizmet uzmanlarının bu sorunları hastalara ve ailelerine açıklaması gerekebilmektedir. Bunlarla birlikte sosyoekonomik dezavantajlar bir hastanın tıbbi bakım alma yeteneğini büyük ölçüde etkileyebilmektedir (Browne, 2019). Tüm bunlarla birlikte sağlık eşitsizlikleri, kronik hastalıklardaki artış, hızla yaşanan nüfus, kentleşme ve sağlık reformu gibi önemli konular, sosyal hizmet mesleğini sağlık alanında da daha etkin ve etkili olmaya zorlamaktadır. Tıbbi sosyal hizmet alanında çalışan

birçok sosyal hizmet uzmanı klinik hizmetlere odaklanırken (Anastas ve Videka, 2012) sistem düzeyinde çalışan, rehber, politika analisti, araştırmacı ve halk sağlığı sosyal hizmet uzmanlarından oluşan önemli bir grup da bulunmaktadır (Beddoe, 2013; Browne, 2012; Ruth vd. 2016). Bu alanların genişletilmesi, mesleğin karmaşık sağlık sorunlarını ele almadaki rolünü güçlendirmek için hayati önem taşımaktadır (Moniz, 2010).

Sosyal hizmet yüzyıldan daha uzun bir süredir hem genel sağlık hem de ruh sağlığı alanında yer almaktadır (Oral ve Tuncay, 2012). İster genel sağlık hizmetlerinde ve ruh sağlığı hizmetlerinde ister başka sosyal hizmet ortamlarında çalışsın sosyal hizmet uzmanları sosyal hizmet uygulamaları sırasında kaçınılmaz olarak hem genel fiziksel hastalıkları olan hem de ruh sağlığı sorunları olan kişilerle çalışabilmektedir (Kessler vd., 2009). Böylelikle sosyal hizmet uzmanları sağlık alanında da özellikle dejavantajlı gruplar için önemli görevler üstlenmektedir. Sağlık alanı ele alındığında bu alanda çalışan sosyal hizmet uzmanları çok çeşitli ve önemli ihtiyaçları bulunan hastalarla karşılaşmaktadır. Sağlık sigortası, tıbbi randevulara ulaşım, ilaç, besin takviyeleri ve özel diyet ürünleri satın alma imkânı hastaların sağlığını doğrudan etkileyebilmektedir. Hastalar, yemek dağıtımı, temizlik hizmetleri veya fizik tedavi gibi çeşitli kurumlardan sayısız hizmete ihtiyaç duyabilmektedir. Bu hizmetlere ulaşım ve takip etme özellikle ek sosyal, psikolojik veya tıbbi yükleri olan hastalar için kafa karıştırıcı olabilmektedir. Çevresel faktörler ayrıca bireylerin sosyal işlevlerini ve sağlık durumlarını doğrudan etkileyebilmektedir. Duygusal sorunlar sağlık sorunlarından kaynaklanabilmektedir ve bu sorunların bir sonucu olabilmektedir. Örneğin Depresyonda olan bir kişi tıbbi randevuları takip etme konusunda daha az motive olabilmektedir. Tersine, hastalık var olan psiko-sosyal sorunları daha da kötüleştirebilmektedir (Browne, 2019). Tüm bu sorunlarla baş edebilmede her bir hasta farklı uyum süreçlerinden geçmektedir. Uyum sürecinin desteklenmesi ve hastanın tedavisine uyumunu kolaylaştırmayı amaçlayan sosyal hizmet müdahalesi, direkt ya da dolaylı olarak bireyin yaşam kalitesini de olumlu yönde etkileyebilmektedir (Özbesler, 2013).

Çeşitli psiko-sosyal faktörler hastalığa yol açabildiği gibi hastalık sonucunda da psiko-sosyal sorunlar çıkabilmektedir (Duyan, 1996). Bu çerçeveden bakıldığında sosyal hizmetin sağlık alanındaki yeri daha iyi anlaşılabilir. Tıbbi sosyal hizmet müdahaleleri hastalığa yol açan psiko-sosyal faktörlerin tespit edilmesi ve hastalık sonucu ortaya çıkan sorunların çözümlenmesinde önemli bir yere sahiptir (Küçükkaraca, 1987). Tıbbi bakım arayan birçok bireyde çocuk veya yaşlı istismarı, şiddet, madde kullanımı gibi "sosyal hastalıklar ve sorunlar" olarak adlandırılan durumlar da vardır. Bu hastalıklar ve sorunlar biyolojik olmaktan çok psiko-sosyal niteliktedir. Bunların hepsi biyopsikososyal statüyü ve dolayısıyla sağlık statüsünü iyileştirmek için sosyal hizmet müdahalesini gerektiren faktörlerdir. Bu nedenle sosyal hastalıklar ve sorunlar ile yüklenen hastalara müdahale etmek için sosyal hizmet uzmanlarına ve sosyal hizmet müdahalelerine ihtiyaç bulunmaktadır (Browne, 2019).

Sağlık tesislerindeki tıbbi sosyal hizmet uygulamalarının amacı hasta ve ailelerinin tıbbi bakıma katılımını teşvik etmek, tıbbi bakımdan maksimum düzeyde yararlanmasını sağlamak, sağlık sorunları nedeniyle yaşanan stresin azaltılmasını ve hastalıkla ortaya çıkan sorunlarını çözmektir (Duyan, 1992).

Sosyal hizmet uzmanlarının sadece sağlık hizmetleri sunulan sağlık tesislerinde değil hastaların kendi yaşam alanlarında sunulan hizmetlerde bazı önemli rolleri olabilmektedir. Bu hizmetler arasında evde sağlık hizmetleri önemli bir yere sahiptir. Bu nedenle evde sağlık hizmetlerinde sosyal hizmet uzmanlarına oldukça fazla ihtiyaç bulunmaktadır. Bu hizmet alanlarının güçlendirilmesi morbiditeyi ve hastaneye yatış ihtiyacını azaltmak anlamına gelmektedir. Diğer yandan konunun tıbbi sorunları önleyici düzeyde ele alınması oldukça önemlidir (Bateman ve Whitaker, 2002). Diğer yandan günümüzde bir diğer önemli konu maliyet kısıtlamalarıdır. Tıbbi maliyet kısıtlamaları nedeniyle toplum sağlığı programlarında artış görülmektedir. Doğum öncesi bakım ve kanser taraması gibi bu tarz programlar, düzenlemelerinde ve günlük işleyişlerinde sosyal hizmet uzmanlarını istihdam etmektedir (Browne, 2019).

Sağlığa bütüncül bir yaklaşım çok boyutlu bir değerlendirmeyi gerektirmektedir. Sosyal hizmet uzmanları da birbirini etkileyen bu boyutların dengeli bir şekilde geliştirilmesini sağlamakla görevlidir. Bu nedenle sosyal hizmet uzmanları sağlık hizmetleri sunan çok disiplinli ekiplerin önemli bir üyesidir (Duyan, 1992). Sosyal hizmet uzmanları hem hastalar ve aileleriyle doğrudan klinik temas yoluyla, hem de makro düzeyde farklı rollerle sağlık alanına katkı sunmaktadır. Doğrudan hastalara yönelik sağlık hizmetleri sunulan ekipler içerisinde görev yaptığı gibi sosyal hizmet uzmanları program, planlama ve uygulamayı denetleyen yöneticiler olarak da görev yapabilmektedir. Tıbbi sosyal hizmet alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının görevleri, sosyal hizmet mesleğinin hedefleriyle uyumludur. Bu çerçevede tıbbi sosyal hizmet alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının görevleri müracaatçıların sorunlarını çözmelerine ve yaşam stresörleriyle başa çıkmalarına yardımcı olmayı; bireyleri kaynaklar, hizmetler ve fırsatlarla ilişkilendirmeyi; etkili ve insani hizmet sistemlerini teşvik etmeyi ve sosyal politika geliştirmeyi ve iyileştirmeyi içermektedir (Gambrell, 1997).

Doğrudan hasta bakım ortamlarında ise tıbbi sosyal hizmet alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının çok çeşitli görevleri mevcuttur. Bunlara hastalar ve sosyal destek ağlarının üyeleriyle yapılan müdahaleler, disiplinler arası ekiplerin üyeleriyle iş birlikleri, toplum ve hak sahibi kuruluşlar içindeki hizmetlerin koordinasyonu, hasta ihtiyaçları için hükümet organlarıyla savunuculuk ve sağlık tesislerinde denetim veya yönetim dahildir. Tıbbi sosyal hizmet alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının doğrudan hasta bakım ortamlarındaki faaliyetleri, müracaatçıların/hastaların durumlarının dikkatli bir şekilde değerlendirilmesini ve müdahalelerin tasarlanmasını ve uygulanmasını içermektedir (Browne, 2019).

Sosyal hizmet uzmanları tıbbi bakım sisteminin daha etkili ve insancıl olarak sunulmasına yardımcı olmaktadır. Sosyal hizmet uzmanları müdahalelerinde müracaatçıların sorun çözme kapasitelerini arttırmaya çalışmaktadır. Tıbbi sosyal hizmet alanında çalışan sosyal hizmet uzmanları müracaatçıların ihtiyaç duyduğu refakat hizmetleri için destek sağlama, protez, ortez vb. medikal malzemeleri temin, misafirhane hizmetleri ve sosyal ve ekonomik destek hizmetleri gibi çok çeşitli ihtiyaçların çözümlenmesinde müracaatçıları kaynaklarla bağlantılandırmaya çalışmaktadır (Duyan, 1992). Bunları gerçekleştirirken sosyal hizmet uzmanları mikrodan makroya farklı düzeylerde çeşitli roller üstlenmektedir. Aşağıdaki çeşitli

yazarların çalışmaları (Browne, 2012; Duyan 1992, 1996; NASW, 2012) temel alınarak oluşturulan tablo 2.1’de bu rollerin neler olduğu bir arada verilmeye çalışılmıştır.

Tablo 3.1: Tıbbi Sosyal Hizmet Alanında Çalışan Sosyal Hizmet Uzmanlarının Çeşitli Roller



Sağlık alanında hizmet sunarken sosyal hizmet uzmanlarının tıbbi sosyal hizmet becerileri oldukça önemli olmaktadır. Bu beceriler bireylerin sağlığını etkileyen veya hastalığından etkilenen yaşam biçimine müdahalede hayati bir önem taşımaktadır (Duyan, 1992). Sağlık alanında görev yapan sosyal hizmet uzmanlarının başlıca araçları duyarlı yaklaşımları, algılama ve kavrama becerileri, toplumdaki kaynaklar hakkındaki bilgisi ve iletişim becerileridir (Turan 1979’dan akt. Duyan, 1992).

Tıbbi sosyal hizmet alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının becerileri hastaların ve ailelerinin hastalık süreciyle başa çıkmalarına yardımcı olmak için oldukça gereklidir. Çünkü birçok tanının kabul edilmesi hastalarca oldukça zordur. Tanı ile birlikte psikolojik zorlanmalar yaşanabilmektedir. Tıbbi sosyal hizmet alanında çalışan sosyal hizmet uzmanları bu süreçte destekleyici danışmanlık sağlayabilmektedir (Browne, 2019).

4. Tıbbi Sosyal Hizmet Alanında Çalışan Sosyal Hizmet Uzmanlarının Görevleri

Sağlık hem klinik hem de makro düzeyde tüm sosyal hizmet uzmanları için kritik bir uygulama alanıdır ve sosyal hizmet uzmanları bu bakım ortamlarının her birinde önemli bir rol oynamaktadır (Browne, 2019). Sosyal hizmet, 20. yüzyılın başlarından beri sağlık alanında önemli bir uygulama alanı bulmuştur. Sosyal hizmet uzmanları, ilk olarak bulaşıcı hastalıkların kontrolü, hastaneler, anne ve çocuk sağlığı gibi alanlarda halk sağlığı görevlileri, hemşireler ve doktorlarla birlikte çalışmışlardır (Popple ve Leighninger, 2011). Tıbbi sosyal hizmet alanında çalışan sosyal hizmet uzmanları amacı tedavi ve sağlığı iyileştirmek olan çok disiplinli bir ekibin önemli bir üyesidir. Sağlığın fiziksel, psikolojik, duygusal ve sosyal boyutları göz önüne alındığında hastalıklarının tedavisinin çok boyutlu bir yaklaşımla ele alınması gerekliliği anlaşılabilir. Sosyal hizmet uzmanları bu boyutların dengeli bir şekilde gelişmesini sağlamakla görevlidir (Duyan, 1996). Sosyal hizmet uzmanları, güçleri ve bakıma yönelik olası engelleri belirlemek için bireylerin, ailelerinin ve

yakınlarının güçlü yönlerini ve ihtiyaçlarını değerlendirmektedir. Bu çerçevede yardım sağlamaktadır ve ihtiyaçları karşılamak için müdahaleler uygulamaktadır (Browne, 2019).

Günümüzde sağlık alanındaki sosyal hizmet, tıbbi sosyal hizmet uygulamaları, halk sağlığı hizmetleri ve belirli hastalıklara odaklanan uzmanlık alanlarını kapsamaktadır. Sosyal hizmet iş gücünün yaklaşık yarısı, sağlık alanında çalışmaktadır (Ruth vd. 2016). Öte yandan bir hastane acil servisinde sosyal hizmetin rolünün incelediği bir araştırmada hastaların %38'inin ruh sağlığı müdahaleleri, bakım koordinasyonu ve sevkler dahil olmak üzere sosyal hizmet aldığını bulunmuştur (Moore vd., 2016). Araştırma günümüzdeki sağlık alanındaki sosyal hizmet ihtiyacını ortaya koymasından son derece çarpıcı sonuçlar sunmaktadır. Bu bilgilerle uyumlu bir şekilde, önümüzdeki on yıl içinde sosyal hizmet uzmanlarının %75'inin sağlık sektöründe çalışacağı tahmin edilmektedir (Ruth vd., 2016). Günümüzde tüm sosyal hizmet uzmanlarının %44'ü sağlık veya davranışsal sağlık ortamlarında çalışmaktadır. Gelecek on yılda Amerika Birleşik Devletleri'ndeki tıbbi sosyal hizmet alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının sayısının %20 artacağı tahmin edilmektedir (U.S. Department of Labor, 2018). Bunlarla birlikte doğrudan sağlık sektöründe çalışmayan sosyal hizmet uzmanları bile, çocuk refahı, okullar ve ceza adalet sistemi gibi çeşitli alanlarda çalışarak sağlıkla ilgili sosyal belirleyicilere hitap etmektedir (Ruth vd. 2017).

Tıbbi sosyal hizmet alanında çalışan sosyal hizmet uzmanları müracaatçıların sorunlarını çözmelerine ve yaşam stresörleriyle başa çıkmalarına yardımcı olma, bireyleri kaynaklar, hizmetler ve fırsatlarla bağlantılandırma, etkili ve insani hizmet sistemlerini teşvik etme, sosyal politika geliştirme ve bunları iyileştirme görevleri bulunmaktadır (Gambrill, 1997).

Daha yakından bakılacak olursa tıbbi sosyal hizmet alanında çalışan sosyal hizmet uzmanları, hastaya ve ailesine hastalıkla ilgili bilgileri basit ve anlaşılır bir dilde sunarak eğitmeye yardımcı olmaktadır. Tedavi seçenekleri, tedavinin yan etkileri, ilaç kullanımı, doktorun önerdiği tetkikler, düzenli takip ziyaretlerinin önemi gibi konularda net bilgi vererek süreci açıklamaya çalışmaktadır. Bu doğrultudan bakıldığında sağlık alanındaki görevi, hastaya zor görünen konuları kolay anlaşılır hale getirmektir. Tıbbi sosyal hizmet alanında çalışan sosyal hizmet uzmanları ayrıca, sosyal ve psikolojik destek sağlamaktadır. Kaynaklar ve hizmetler hakkında bilgilendirerek, müracaatçıları onlarla bağlantılandırmaktadır. Sağlık çalışanları ve hastalar arasında bir köprü görevi görmektedir. Bazı hastalar doktorları ile rahat iletişim kuramamaktadır. Sosyal hizmet uzmanları ile daha rahat iletişim kurabilmektedir. Bu sayede hastaların daha iyi bir tedavi planına ulaşmasına yardımcı olunabilmektedir. Bunlarla birlikte sosyal hizmet uzmanları genel tıbbi altyapıyı geliştirmek ve hasta bakım hizmetlerini iyileştirmek için farklı politika ve planlar oluşturmasına katkı sağlayabilmektedir (Sidiq Pandit vd., 2018).

Tıbbi tedavi sonrası sağlığı düzelen müracaatçıların taburculuk sonrası eski çevresindeki koşullar sağlığını tekrar bozabilmektedir. Bu durumun tedavi ekibince farkında olunması önem arz etmektedir. Sosyal hizmet uzmanlarının bireylerin sağlığını olumsuz etkileyen yaşam tarzı ve koşullara müdahalesi oldukça değerli olmaktadır (Duyan, 1996). Sağlık alanında görev yapan sosyal hizmet uzmanları bireyle sosyal hizmet

uygulama ilke ve tekniklerini kullanarak hastaların en üst kapasiteleriyle tıbbi tedaviden yararlanmasına ve yaşamdan zevk alacak bir yaşamı oluşturmaya yardımcı olmaktadır (Rubinow, 1943).

Sosyal hizmet uzmanları bireylerin ve sosyal destek ağlarının sosyal, davranışsal ve duygusal endişelerini doğrudan ele almaktadır. Onların psiko-sosyal ihtiyaçlarına uyumlu politikalar ve programlar geliştirmektedir. Süreci yönetmektedir ve araştırmalar yürütmektedir. Sosyal hizmet uzmanlarının çalışmalarının çoğu çocuk istismarı ve ihmali değerlendirme üzerine odaklanabilmektedir. Ailelere destek ve eğitim sağlayabilmektedir. Bunlar kriz müdahalesi, eğitim, duygusal destek ve yas danışmanlığı olabilmektedir (Browne, 2019).

Sosyal hizmet uzmanları hastalıklardan kaynaklanan damgalanmayı önleyici faaliyetler göstererek ve hastaların sağlık davranışlarını etkileyerek onların iyileşme motivasyonlarına katkıda bulunabilmektedir (Şengül ve Bulut, 2023). Bunlarla birlikte tıbbi sosyal hizmet alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının toplumun sağlığını korumak için de birçok rolü bulunmaktadır. Bunlar arasında geleneksel rolleri ile, bakım koordinatörü, vaka yöneticisi ve danışmanlık gibi toplum sağlığı üzerinde etkin olan rolleri bulunmaktadır (National Association of Social Workers, 2012).

Tıbbi sosyal hizmet alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının buldukları sağlık tesislerinde dikkat etmesi gereken en önemli hususlardan biri de müracaatçılar için uygun ortamlar oluşturmaktır. Çünkü müracaatçılar acılarını ve ilişkili psiko-sosyal sorunlarını elverişli bir ortamda özgürce ifade edebilmektedir. Bununla birlikte müracaatçı ve ailesine hayati öneme sahip durumları haber vermek sosyal hizmet uzmanlarının önemli görevlerindedir. Bu süreç oldukça zorlayıcıdır. Tıbbi sosyal hizmet alanında çalışan sosyal hizmet uzmanları bu süreçte sorulara yanıt vermeye, acılarını dindirmeye çalışmaktadır. Bu psiko-sosyal destek sağlama işi ustaca bir ilgiyi gerektirmektedir. Bu çerçevede hasta gruplarıyla yapılan grup danışmanlığı önemli bir uygulama olabilmektedir (Sidiq Pandit vd., 2018).

Danışmanlık süreci hastalıkla ilgili damgalayıcı tutumlarla mücadele için çocuğun akranlarını hastalıkla ilgili eğitmek için sınıf sunumu yapmak, aile danışmanlığı, konferans, destek grupları oluşturma, psiko-sosyal ihtiyaçları tespit etme ve bunlarla ilgili çalışma biçiminde olabilmektedir (Browne, 2019).

Sosyal hizmet uzmanları organ nakli kapsamındaki hastalarla çalışabilmektedir. Bu çerçevede nakle ihtiyacı olan her hastayı etkileyen psiko-sosyal sorunları değerlendirmektedir ve bunlara çözümler geliştirmektedir. Bu tür hizmetler, toplum kaynakları için sevkler, mali danışmanlık ve aile ve bakıcıların nakil sonrası bakım rolleri için hazırlanması ve eğitimini içerebilmektedir (Browne, 2019).

Miller ve Rehr (1983), sağlık hizmetlerindeki sosyal hizmet uzmanlarını sağlık sistemi ile tüketiciler arasındaki arabulucular olarak adlandırmaktadır. Bu ayrıca hizmetlerdeki iyileştirmeler için sistem düzeyinde savunuculuk yapmayı da içermektedir.

Sosyal hizmet uzmanlarının doğrudan hastaya hizmet kapsamında olmayan görevleri de bulunmaktadır. Bu görevler arasında halk sağlığı sosyal hizmeti, politika geliştirme, program planlama, toplum eğitimi ve

taraması veya araştırma yer alabilmektedir. Bu makro düzeydeki ortamlarda, sosyal hizmet uzmanları diğer profesyonellerle ve politika yapıcılarla, seçilmiş yetkililerle, üniversite öğretim üyeleriyle, yöneticilerle ve toplum üyeleriyle iş birliği yapmaktadır. Sosyal hizmet uzmanları ayrıca bireylere, gruplara ve topluluklara farklı sağlık sorunları hakkında eğitim verebilir. Tıbbi sosyal hizmet uzmanları sağlık taraması ve aşılama gibi önleyici hizmetlerde yer alabilmektedir. Toplum ve halk sağlığını doğrudan ve dolaylı olarak etkileyen ve klinik uygulamayı yönlendiren araştırmalarda yer alabilmektedir. Sağladıkları hizmetlerde rutin olarak kalite güvencesi ve sonuç ölçümü gerçekleştirmektedir. Tıbbi sosyal hizmet uzmanları, klinik denetim sağlayarak uygulama ortamlarında süpervizör olarak da görev alabilmektedir. Yönetim ve çalışanlar arasında bağlantı kurabilmektedir (Browne, 2019).

Sonuç

Görüldüğü üzere sağlık alanı, hastalık ve sağlığa çok boyutlu bir bakışın yoğunlukla hâkim olmaya başladığı bir alandır. Sağlık çok boyutlu ele alınması gereken bir konudur. Sağlık alanı çok disiplinli bir çalışmaya ihtiyaç duyulan bir alan olduğundan bu alanda sağlığın sosyal belirleyicileri konusunda müdahaleler gerçekleştirebilecek farklı disiplinlerin katkılarına ihtiyaç duymaktadır. Bu disiplinlerin en önemlilerinden birisi sosyal hizmet disiplindir.

Sosyal hizmet disiplini sağlık alanına özgün değerlendirme yöntemleri ve bakış açısı ile önemli katkılar sunmaktadır. Tıbbi sosyal hizmet alanında çalışan sosyal hizmet uzmanları sağlığın koruyucu önleyici boyutlarında olduğu gibi tedavi edici boyutlarında da görev almaktadır. Tıbbi sosyal hizmet alanında yapılan çalışmalar tıbbi sosyal hizmete ve bu alanda çalışan sosyal hizmet uzmanlarına olan ihtiyacın arttığını ve sosyal hizmet uzmanlarının katkılarına ilişkin farkındalığın geliştiğini ortaya koymaktadır.

Türkiye’de sosyal hizmet ilk olarak sağlık alanında örgütlenmeye başlamıştır. Ancak Batı ülkelerinden ve Amerika’dan daha geç bir zaman diliminde alt yapıya kavuşmaya başlamıştır. Buna rağmen Türkiye’de sağlık alanında istihdam edilen sosyal hizmet uzmanlarının sayısı giderek artmaktadır. Sağlık hizmetlerinin çok çeşitli hizmet birimlerinde sosyal hizmet uzmanları görev yapmaktadır. Önümüzdeki yıllarda da sağlık alanında sosyal hizmet uzmanlarına olan ihtiyacın artacağı ve sosyal hizmet uzmanlarının sağlık alanına katkılarına yönelik daha fazla farkındalık sağlanacağı tahmin edilmektedir. Bu nedenle tıbbi sosyal hizmet alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının bilgi ve becerilerini tıbbi sosyal hizmet alanı üzerinde daha fazla arttırmaları önem teşkil etmektedir. Bu çerçevede sosyal hizmet eğitiminde tıbbi sosyal hizmete yönelik müfredat içeriklerinin artırılmasının önemli olduğu düşünülmektedir. Tüm bunlarla birlikte sağlık alanında tıbbi sosyal hizmet uygulamalarının daha spesifik alanlarda (örneğin organ nakli, psikiyatri, halk sağlığı, madde bağımlılığı) geliştirilmesinin bütüncül sağlık hizmetlerinin sunumunda önemli bir payının olacağı düşünülmektedir.

Kaynakça

- Akıcı, N., & diğerleri. (1986). *Ankara hastanelerinde yatan kanserli hastalara sunulan tıbbi sosyal hizmetler üzerine bir araştırma* (Yayımlanmamış bitirme tezi). Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu, Ankara.
- Alexander, C. A., & Weber, D. N. (1977). Social welfare: Historical dates. *Encyclopedia of Social Work*. Washington: NASW.
- Anastas, J., & Videka, L. (2012). Does social work need a “practice doctorate”? *Clinical Social Work Journal*, 42(2), 268–276.
- Barker, R. (1999). *Social Work Dictionary*. Nasw Press.
- Bartlett, H. M. (1934). Medical social work: A study of current aims and methods in medical social case work. [No title].
- Bateman, N., & Whitaker, T. (2002). The employment outlook for social workers. *National Association of Social Workers Intersections in Practice*, 1, 7–9.
- Beddoe, L. (2013). Social work education and health: Knowledge for practice. In B. Crisp & L. Beddoe (Eds.), *Promoting health and well-being in social work education* (pp. 6–23). Routledge.
- Browne, T. (2012). Social work roles and health-care settings. In S. Gehlert & T. Browne (Eds.), *Handbook of health social work* (2nd ed., pp. 20–40). Wiley.
- Browne, T. (2019). Social work roles and healthcare settings. In S. Gehlert & T. Browne (Eds.), *Handbook of health social work* (pp. 21-37). Wiley.
- Caputi, M. A. (1978). Social work in health care: Past and future. *Health & Social Work*, 3(1), 8-29.
- Cowles, L. A. (2012). *Social work in the health field: A care perspective*. Routledge.
- Çakmaklı, K. (1976). Türkiye’de sağlık hizmetlerinin bütünlenmesinde tıbbi sosyal hizmetin önemi. İstanbul: Sermet Matbaası.
- Duyan, V. (1992). *Ankara hastanelerinde tıbbi sosyal hizmet uygulamaları*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmetler Ana Bilim Dalı, Ankara.
- Duyan, V. (1996). *Sağlıkta psiko-sosyal boyut (Tıbbi sosyal hizmet)*. 72TDFO Ltd. Şti.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.3109/13561828909043606>
- Friedlander, W. (1963). *Introduction to social welfare*. Prentice Hall.
- Gambrill, E. D. (1997). *Social work practice: A critical thinker’s guide*. Oxford University Press.
- Gehlert, S. (2019). The Conceptual Underpinnings of Social Work in Health Care. *Handbook of Health Social Work*, 1-19. <https://doi.org/10.1002/9781119420743.ch1>
- Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Chatterji, S., Lee, S., Ormel, J., Üstün, T. B., & Wang, P. S. (2009). The global burden of mental disorders: An update from the WHO World Mental Health (WMH) Surveys. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 18(1), 23-33. <https://doi.org/10.1017/s1121189x00001421>
- Küçükcaraca, N. (1987). *Tıbbi sosyal hizmet*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmetler Ana Bilim Dalı, Ankara.
- Lindau, S. T., Laumann, E. O., Levinson, W., & Waite, L. J. (2003). Synthesis of scientific disciplines in pursuit of health: The interactive biopsychosocial model. *Perspectives in Biology and Medicine*, 46(3 Suppl.), S74–S86. <https://doi.org/10.1353/pbm.2003.0069>
- McWilliam, W. (2009). Patients, persons or partners? Involving those with chronic disease in their care. *Chronic Illness*, 5(4), 277–292. <https://doi.org/10.1177/1742395309349315>
- Miller, M. S., & Rehr, H. (1983). *Social work issues in health care*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Moore, M., Whiteside, L. K., Dotolo, D., Wang, J., Ho, L., Conley, B., Forrester, M., Fouts, S. O., Vavilala, M. S., & Zatzick, D. F. (2016). The role of social work in providing mental health services and care coordination in an urban trauma center emergency department. *Psychiatric Services*, 67(12), 1348-1354. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201500469>
- Moniz, C. (2010). Social Work and the social determinants of health perspective: A good fit. *Health & Social Work*, 35(4), 310-313. <https://doi.org/10.1093/hsw/35.4.310>
- National Association of Social Workers. (2012). Social work in health and behavioral health care: Visioning the future. Retrieved from <https://www.socialworkers.org/LinkClick.aspx?fileticket=B10VgTJGe1o%3D&portalid=0>.

- Nason, F., & Delbanco, T. L. (1976). Soft services: a major, cost-effective component of primary medical care. *Social Work in Health Care*, 1(3), 297-308. https://doi.org/10.1300/j010v01n03_05
- Nutbeam, D., & Kickbusch, I. (1998). Health promotion glossary. *Health Promotion International*, 13(4), 349-364.
- Oral, M., & Tuncay, T. (2012). Ruh sağlığı alanında sosyal hizmet uzmanlarının rol ve sorumlulukları. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 23(2), 93-114.
- Özbesler, C. (2013). Hasta yaşam kalitesinde tıbbi sosyal hizmet uygulamalarının önemi. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*(2), 6-12.
- Poppo, P. R., & Leighninger, L. (2011). *Social work, social welfare and American society* (8th ed.). Allyn & Bacon.
- T.C. Resmî Gazete. (1973, 26 Kasım). *Resmî gazete* (Sayı 14724). <https://resmigazete.gov.tr/arsiv/14724.pdf>
- Rubinow, E. (1943). Medical social work in hospital. *Journal of the American Hospitals Association*, 19, 61.
- Ruth, B. J., Sisco, S., & Marshall, J. M. (2016). Public health social work. In C. Franklin (Ed.), *Encyclopedia of social work*. Retrieved from <http://socialwork.oxfordre.com/view/10.1093/acrefore/9780199975839.001.0001/acrefore-9780199975839-e-324?rskey=m34Pya&result=1>.
- Ruth, B. J., Wachman, M. K., Marshall, J. W., Backman, A. R., Harrington, C. B., Schultz, N. S., & Ouimet, K. J. (2017). Health in all social work programs: Findings from a US national analysis. *American Journal of Public Health*, 107(S3), S267-S273. <https://doi.org/10.2105/ajph.2017.304034>
- Pandit, S. S., Nazeer, N., & Ahmad, D. N. (2018). An overview of medical social work. *International Journal of Advanced Research*, 6(9), 211-214. <https://www.journalijar.com>
- Social Work Archives. (1909). *Cambridge Hospital/Mt. Auburn Hospital, Cambridge, MA*.
- Şengül, H., & Bulut, A. (2023). Tıbbi sosyal hizmet. *Disiplinlerarası sosyal hizmet: Holistik perspektif* içinde.
- Taşğın, N. Ş., & Özel, H. (2011). Türkiye’de sosyal hizmetlerin dönüşümü. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 22(2), 175-190.
- T.C Sağlık Bakanlığı. (2011). *Tıbbi sosyal hizmet uygulama yönergesi*. https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/1349/0/img071372pdf.pdf?_tag1=D94710E002A9181618BF4A1608BC3862687AD553
- T.C Sağlık Bakanlığı. (1983). *Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nin*. <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=85319&MevzuatTur=3&MevzuatTertip=5>
- U.S. Department of Labor. (2018). Occupational outlook handbook: Social workers. Retrieved from <https://www.bls.gov/ooh/community-and-social-service/social-workers.htm>.
- Zengin, O. (2011). Sosyal hizmetin sağlık hizmetlerinin sunumundaki rolü. *Konuralp Medical Journal*, 3(3), 29-34.



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: 2024 Aralık/ December Sayı/Issue:24

“HASTANEYE GİTMELİYİM, HUZURA ERMELİYİM” MUNCHAUSEN BY PROXY SENDROMUNA YÖNELİK SOSYAL HİZMET MÜDAHALESİ: BİR VAKA SUNUMU

İpen İknur ÜNLÜ¹

Makale Bilgileri/ Article info

Makalenin Türü/Article Type: Vaka Sunumu
Geliş Tarihi / Date Received: 16.07.2024
Revizyon Tarihi/Date Revised: 22.10.2024
Kabul Tarihi / Date Accepted: 06.11.2024
Yayın Tarihi / Date Published: 03.01.2025
DOI: 10.46218/tshd.1516779

Makale Künyesi/To cite this article: Ünlü, İ.İ.(2024,Aralık). “Hastaneye gitmeliyim, huzura ermeliyim” Munchausen By Proxy Sendromuna Yönelik Sosyal Hizmet Müdahalesi: Bir Vaka Sunumu. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*,250-167

Sorumlu Yazar/Corresponding Author: İpen İknur ÜNLÜ, Dr. SHU, Ankara Etik Şehir Hastanesi, Çocuk Hastanesi, Tıbbi Sosyal Hizmet Birimi, ipenunlu06@gmail.com, ORCID: 0000-0001-7772-9762

Öz

Munchausen by proxy sendromu (MBPS) aile içerisinde ortaya çıkan, alanda çalışan uzmanlar için çocuk istismarının en kafa karıştırıcı, anlaşılması güç ve potansiyel olarak en zararlı biçimlerinden birisidir. Sosyal hizmet mesleği açısından çocuğun yüksek yararının gözetilmesi gerekliliği, MBPS'nin sıkça karşılaşılan bir konu olmasını sağlamaktadır. Bu bağlamda, sosyal hizmet uzmanlarının MBPS ile ilgili bilgi, beceri ve donanımlarını artırmaları büyük önem taşımaktadır. Bu çalışma, Munchausen by Proxy Sendromu (MBPS) vakasına yönelik sosyal hizmet müdahalesinin kapsamlı bir değerlendirmesini sunmaktadır. Çalışmada, vaka kapsamında planlı değişim sürecine göre müdahale aşamaları ile ilgili bilgilere yer verilmiştir. Multidisipliner bir ekip tarafından yürütülen müdahalede, annenin ruhsal durumunun değerlendirilmesi, ağızdan kan gelme şikayetiyle hastaneye yatırılan 4 aylık bebek K.A.'nın güvenliğinin sağlanması ve yasal süreçlerin başlatılması gibi adımlar detaylandırılmıştır. Çalışma, MBPS vakalarında erken tanı, disiplinler arası iş birliği ve sosyal hizmet uzmanlarının rolünün önemini vurgulamaktadır. Ayrıca, sosyal hizmet uzmanlarının bu konuda eğitim alması ve daha fazla akademik çalışmanın literatüre kazandırılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Munchausen By Proxy Sendromu, Çocuk İstismarı, Sosyal Hizmet, Vaka Sunumu

“I MUST GO TO THE HOSPITAL, I SHOULD BE AT PEACE” SOCIAL WORK INTERVENTION FOR MUNCHAUSEN BY PROXY SYNDROME: A CASE REPORT

Abstract

Munchausen by proxy syndrome (MBPS) is one of the most confusing, complex, and potentially harmful forms of child abuse that occurs within families, posing significant challenges for professionals in the field. The necessity of safeguarding the best interests of the child makes MBPS a frequently encountered issue in social work. In this context, it is crucial for social service professionals to enhance their knowledge, skills, and competencies related to MBPS. This study provides a comprehensive evaluation of social service interventions for Munchausen by Proxy Syndrome (MBPS) cases. The work includes information about the intervention stages according to a planned change process within the case framework. In the intervention carried out by a multidisciplinary team, steps such as assessing the mother's mental health, ensuring the safety of 4-month-old baby K.A., who was hospitalized with complaints of bleeding from the mouth, and initiating legal proceedings are detailed. The study emphasizes the importance of early diagnosis, interdisciplinary collaboration, and the role of social service professionals in MBPS cases. Additionally, it recommends that social service professionals receive training on this subject and that more academic studies be contributed to the literature.

Keywords: Munchausen By Proxy Syndrome, Child Abuse, Social Work, Case Report

¹ Dr. SHU, Ankara Etik Şehir Hastanesi, Çocuk Hastanesi, Tıbbi Sosyal Hizmet Birimi, e-mail: ipenunlu06@gmail.com, ORCID: 0000-0001-7772-9762

1. Giriş

Dünya Sağlık Örgütü; 18 yaşın altındaki çocukların sağlığını, hayatta kalmasını, gelişimini veya ilişkilerdeki güven duygusunu olumsuz yönde etkileyen fiziksel/duygusal/cinsel istismar, ihmal ve diğer sömürü türleriyle sonuçlanan kötü davranışları çocuk ihmal ve istismarı olarak tanımlamaktadır (WHO, 1999). Çocuk istismarı tüm toplumlarda yaygın görülen bir olaydır. Dünya Sağlık Örgütü, dünya çapında 2-17 yaş arası 1 milyara yakın çocuğun fiziksel, cinsel veya duygusal şiddete veya ihmale maruz kaldığını bildirmiştir (WHO, 2022).

Munchausen by proxy sendromu (MBPS) aile içerisinde ortaya çıkan, alanda çalışan uzmanlar için çocuk istismarının en kafa karıştırıcı, anlaşılması güç ve potansiyel olarak en zararlı biçimlerinden birisidir. Literatürde istismarcıların neredeyse tamamına yakınının biyolojik anneler olduğu ve annelerin çoğunda da ruhsal sorunlar tespit edildiği bildirilmektedir (Sugandhan et al, 2010; Abeln & Love,2018; Hoffman & Koocher, 2019). Ciddi bir istismar türü olan MBPS’da, bakım verenlerin birbirinden farklı sağlık kuruluşlarına başvurarak çocukları ile ilgili doğru olmayan hastalık öyküleri beyan ettikleri veya oluşturdukları görülmektedir. Bu nedenle çocuklar gereksiz ve çok sayıda medikal veya cerrahi müdahalelere maruz kalmaktadırlar (Schreler & Libow, 1994; Schreier, 2004). Çocuk istismarı vakalarının yaklaşık % 0,04’ü MBPS vakaları olup bu sendromun çocuk mağdurları ciddi yaralanma veya ölüm riski altındadır (Abeln & Love, 2018). MBPS şüphesi olan vakalarda tanı koymak için tıbbi tetkik ve müdahaleler yapılmaktadır. Bu süreçte çocuk, maruz kaldığı medikal müdahalelerden dolayı ruhsal, duygusal ve sosyal yönden olumsuz etkilenmektedir. MBPS vakalarında istismarın fark edilmesi, açığa çıkarılması, tanı konulması ve tedavi yaklaşımı geliştirmesini içeren süreçlerin her aşamasında oldukça güçlükler yaşanması nedeniyle, MBPS vakalarının çok yönlü ve bütüncül değerlendirilmesi gerekmektedir.

Çocuğun yüksek yararının gözetildiği sosyal hizmet mesleği açısından, vakalarda daha sık görülmeye başlanan (Feldman & Brown, 2002; İnce ve Yurdakök, 2014; Akpınar, 2021) MBPS ile ilgili klinik sosyal hizmet odaklı uygulama örnekleri büyük önem taşımaktadır. Bu doğrultuda, yapılan bu vaka analizindeki temel amaç, alanda uygulamalar gerçekleştiren sosyal hizmet uzmanlarının MBPS ile ilgili bilgi, beceri ve donanımlarını arttırmaları ve vaka yönetimi ile ilgili bilgi sahibi olmalarıdır. Literatürde MBPS ile ilgili olarak ayrıntılı müdahale planı olan vaka örneklerinin bulunmaması çalışmanın özelliğini arttırmaktadır.

Bu çalışmada, MBPS şüphesi olan çocuğa yönelik bir sosyal hizmet müdahalesi örneği paylaşılmıştır. Çalışmada öncelikle MBPS’na ilişkin kavramsal çerçeveye, MBPS’nda istismarcı profiline ve MBPS vakalarıyla çalışan sosyal hizmet uzmanlarının rol ve işlevlerine yer verilmiştir. Ardından vaka sunumu üzerinden yedi aşamalı planlı değişim sürecini içeren sosyal hizmet müdahalesi detaylı olarak ortaya konulmuştur.

2. Munchausen by Proxy Sendromunun Kavramsal Çerçevesi

Özel ve ciddi bir çocuk istismar türü olan MBPS terimi, ilk kez İngiliz çocuk doktoru olan Roy Samuel Meadow tarafından 1977 yılında tanımlanmıştır. Ancak MBPS tanımlanmadan önce Asher, 1951 yılında Munchausen Sendromu ismiyle bir bozukluk tanımlamıştır. Asher, Munchausen Sendromu terimini; bir yetişkinin bilerek hasta rolünü üstlendiği, çeşitli sağlık kuruluşlarını dolaşarak kendisinde kasıtlı olarak fiziksel veya hastalık

belirtileri oluşturan, bu hastalıkları ile ilgili hikayeler uyduran, kendilerine yönelik gerekli olmayan cerrahi işlemlerin uygulanmasına izin veren bir hasta grubunu belirtmek amacıyla kullanılmıştır. Çocuk doktoru Roy Samuel Meadow ise “Munchausen Sendromuna” “By Proxy” kısmını ekleyerek kişilerin kendilerinde değil, bakımlarından sorumlu oldukları çocuklarda fiziksel veya psikolojik semptomların olduğunu uydurması ve bu hastalık belirtilerini üretmesi ile çocuğun hasta olarak tanınıp, tedavi görmelerine neden oldukları bir istismar türü olarak tanımlamıştır (Awadallah et al., 2005; Burton, Warren, Maria et al., 2015; Abeln & Love,2018). Bu istismar türünde bakım verenlerin psikolojik ihtiyaçları nedeniyle çocuklarda kasıtlı olarak hastalık meydana getirdikleri görülmektedir. Bu nedenle, MBPS, bakım verenin yapay bozukluğa (hastaların fiziksel ya da psikolojik semptomları taklit ettiği ya da abarttığı durumlara sebep olan bir sendromdur) sahip olması ya da vekâleten hastalık oluşturma olarak da bilinir. Vekaleten denmesinin sebebi kişilerin kendileri yerine bir başkası üzerinde hastalık oluşturmalarıdır (Tümer ve diğ., 2015:582; Burton, Warren, Maria et al., 2015).

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı’nda (DSM-4) MBPS, bakım verenin yapay bozukluğu olarak tanımlanmıştır. DSM IV’e göre; “a) fizik ya da psikolojik belirti ya da bulguların amaçlı olarak ortaya çıkartılması ya da bu tür belirti ya da bulgular varmış gibi davranılması, b) bu davranışın altında yatan motivasyon, hasta rolünü benimsemesi ve c) hastanın böyle davranmasını gerektiren herhangi bir dış etken olmaması” olarak tanımlanmaktadır. DSM V’de ise “Bir Başkasına Yüklenen Yapay Bozukluk” olarak tanımlanmıştır. Burada başına hastalık gelen yani mağdur olan kişi değil, hastalık bulgu ve belirtilerini, başkasına yükleyen kişinin bu tanıyı aldığı vurgulanmıştır (APB, 2005; APB, 2013). Bakım Veren Yapay Bozukluğu; bakım veren erişkinin çocukta hastalığa yönelik belirtiler ve bulguları oluşturmasıyla karmaşık ve ölümcül olabilecek bir form olarak belirtilmektedir.

3.Munchausen by Proxy Sendromunda İstismarcı Profili

Bakım Veren Yapay Bozukluğu ile ilgili literatürdeki vakalar incelendiğinde istismarcıların neredeyse tamamının kadın (% 97,6) ve çoğunlukla da çocukların annesi (% 95,6) olduğu görülmektedir. MBPS faillerinin demografik ve klinik özellikleri ile ilgili yapılan 796 vakanın sistematik analizinde; istismarcıların ortalama yaşının 27,6 olduğu, sıklıkla sağlıkla ilgili mesleklerde çalıştığı (% 45,6) ve çocuklukta istismar öyküsünün (%30) olduğu saptanmıştır. Bununla birlikte, MBPS faillerinin %30,9’un da kendine yüklenen yapay bozukluk, %18,6’ın da kişilik bozukluğu ve % 14,2’sin de depresyon tanısının olduğu bulunmuştur (Yates & Bass, 2017). Özdemir ve arkadaşlarının (2015) Türkiye’de yaptığı çalışmada; MBPS faillerinin hepsinin düşük sosyoekonomik düzeyden geldiği, ataerkil ve geleneksel bir aile yapısının olduğu, çoğunda evlilik çatışması ve düşük evlilik doyumu olduğu, sosyal desteklerinin az ve anne figüründen beklenen sorumluluklarının yüksek olduğu tespit edilmiştir. Babaların ise MBPS sürecinde pasif kaldığı, hastalık ile ilgili hiçbir bilgilerinin olmadığı hem duygusal hem de fiziksel olarak neredeyse tedavi sürecine dâhil olmadıkları anlaşılmıştır. Bununla birlikte yine aynı çalışmada MBPS mağduru çocukların bilişsel, davranışsal, duygusal ve sosyal gelişimlerinde önemli gecikmelerin olduğu, çevrelerine karşı tepkisiz oldukları, anne-çocuk bağının zayıf ve mutsuz çocuk olarak görüldükleri bulunmuştur. Annelerin ise duygusal olarak empatinden yoksun,

yüzeysel duygulanım sergiledikleri ve çocuğa karşı yapılan eylemlere genellikle mesafeli ve ilgisiz oldukları görülmüştür.

MBPS faili olan anneler; iletişime açık, sorunlarla baş etmede istekli, işbirlikçi, genellikle zeki, sevimli, tedavi ekibinin takdirini kazanacak derecede çocuğun bakımı ile ilgilenen, sağlık bilgisi olan, sunulan iyi tıbbi bakıma karşı minnet duyan kişiler olarak tanımlanmaktadır (Özbesler ve İçağasioğlu Çoban, 2010; Abeln & Love, 2018; Sanders & Bursch, 2020). Fail annelerin aksine babalar ise; çoğunlukla işleriyle meşgul olup nadiren hastaneye giden, sağlık personeliyle yakın ilişki kurmayan, hatta sağlık personeline karşı saldırgan olabilen kişiler olarak tanımlanmaktadır (Abeln & Love, 2018).

MBPS vakaların çoğunda, annenin ilgi odağı olma ihtiyacı, birincil motivasyon kaynağı olarak düşünülmektedir. Bununla birlikte annenin geçmişinde var olan aile faktörlerinin (ihmal, istismar, reddedilme öyküsü, geçmiş psikiyatrik öyküsü, uyumsuz başa çıkma stratejileri, stresli yaşam olayları, eşinden ayrılma vb.) etkili olduğu anlaşılmıştır (Deborah ve Robert, 2010; Glaser, 2020). Ayrıca fail annenin; geleneksel aile yapısı içerisinde yaşadığı baskı ve evlilik problemlerinden uzaklaşma isteği, ilgi ve takdir edilme duygusunu çocukları üzerinden toplamaya çalışması, kendi önemini göstermek için çocuğunun hasta olduğunun gerekliliğine inanması ve hastalık sürecini hastane ortamına taşıyarak kendisine sıkıntı veren çatışmalı ortamdan uzaklaşma fırsatı yakalaması bu sendromun başlıca nedenleri arasında gösterilebilir (Deborah ve Robert, 2010; Özdemir ve ark. 2015).

4. Munchausen by Proxy Sendromu Vakalarıyla Çalışan Sosyal Hizmet Uzmanlarının Rol ve İşlevleri

MBPS şüphesi olan tüm vakalarda istismarın fark edilmesi ve mümkün olduğunca ayrıntılı bir klinik öykü alınması önceliklidir. MBPS, çocuk istismarının ağır bir formu olması nedeniyle, erken tanı ve profesyonel müdahale, çocukların korunması açısından çok önemlidir (Özbesler ve İçağasioğlu Çoban, 2010; Karadağ, 2018). Sağlık alanında çalışan doktor, hemşire, sosyal hizmet uzmanı gibi profesyoneller, MBPS vakalarıyla karşılaştıklarında erken dönemde tanı koyamadıklarında ve çeşitli nedenlerden dolayı vaka sürecini iyi yönetemediklerinde çocukta yaralanma görülebilmekte, hatta ölümle sonuçlanan durumlar olabilmektedir (Tümer ve ark., 2015: 582). MBPS vakaları, bütüncül bir yaklaşımla ele alınarak farklı disiplinlerin bakış açısı ve katkısı ile multidisipliner ekip çalışması ile yürütülmelidir. Diğer çocuk istismarı vakalarında olduğu gibi MBPS vakaları değerlendirilirken hastanelerin çekirdek ekibinde sosyal hizmet uzmanlarının olması gerektiği vurgulanmaktadır (Mercer & Perdue, 1993; Beyazova ve Şahin, 2007). MBPS şüphesi olan vaka çalışmalarında, sosyal hizmet uzmanının, ilk değerlendirmeden başlayarak bütün süreçte önemli rol ve görevleri bulunmaktadır (Parrish & Perman, 2004; Arslan Şahbaz, 2024). Vakaların değerlendirilmesinde, tıbbi ve psikiyatrik alanda çalışan sosyal hizmet uzmanlarına vaka yönetim sürecinde önemli görevler düşmektedir. Tıbbi ve psikiyatrik alanda çalışan sosyal hizmet uzmanları; tedavi sürecinde hastayı, ailesini, çevreyi ve toplumu kapsayacak şekilde bütüncül bir biçimde değerlendirmelidir. Hastalıkla ve hastalığın tıbbi tedavisi ile bağlantılı, bireyin ve ailenin yaşamını etkileyen sosyal ve duygusal sorunların çözümüne odaklanan sosyal hizmet uzmanlarının, bireylerin güçlendirilmesi, cesaretlendirilmesi, ailelerini bilgilendirilmesi ve hastalıklara bağlı sosyal kayıpların azaltılmasına yardımcı olması gerekmektedir (Saruç

ve Duyan, 2009; Özbesler 2017; Attepe Özden, 2017). Özellikle psikiyatri alanında çalışan sosyal hizmet uzmanları bireylerin, çiftlerin, ailelerin ve grupların ruhsal, zihinsel, duygusal ve davranışsal refahına odaklanırlar. Tedavi ekibinin bir parçası olarak klinik sosyal hizmet uzmanları, sosyal işlevselliği arttırma, gelişim ve değişimleri destekleme, kişilerin ruh sağlığı sorunları ile baş etmelerine yardımcı olma ve ihtiyaç duydukları kaynaklara erişim sağlama ile ilgili çalışmalar yaparlar (NASW, 2005; Tuncay ve Oral, 2012). Klinik sosyal hizmet uygulama müdahaleleri; birey, çevresi ve daha geniş sosyal çevresi arasındaki ilişkilerindeki zorlukları karşılama gücünü değerlendirme, kapasitelerini değerlendirme, güçlü ve zayıf yönlerini, olası risk ve hassasiyetlerin değerlendirilmesine dayanan vaka formülasyonunu içermektedir (CSWE, 2009). Bu kapsamda sosyal hizmet uzmanları MBPS vakalarıyla çalışırken, klinik düzeyde vaka yöneticisi rolü ile çocuğun ve ailenin içinde bulunduğu durumu çok boyutlu ve ayrıntılı değerlendirmesi gerekir.

MBPS vakalarında, bakım verenlerin çocuğa ilişkin iddia ettikleri klinik belirtilerin çocukta var olup olmadığı tetkik ve tedavilerle kontrol edilmelidir. Burada önemli olarak değerlendirilen durum ebeveynlerin verdikleri öykü ile belirtilerin zamansal farklılıkları ya da uyumudur. Sıklıkla ebeveynler çocukla birlikte olduğu zamanlarda klinik belirtilerin varlığından bahsetmekte olup çocuğun vücuduna zarar verme, zehirlenme, ilaç verme, boğma vb. davranışlarda bulunabilmektedirler. Genellikle hastalığın klinik bulguları ile seyri arasında ilişki kurulamamaktadır ve hastalar genellikle tedaviye cevap vermemektedir. Başlangıçta tedaviye cevap verseler de daha sonra semptomlar artarak devam etmektedir (İnce ve Yurdakök, 2014: 167). Bu noktada MBPS vakalarının açığa çıkmasında, sosyal hizmet uzmanlarının ilk ve en önemli görevi aileyi kapsamlı olarak değerlendirmektir. Değerlendirme sürecinde, aile dinamikleri, ailenin iletişim ve ilişki kalıpları, bağlanma stilleri, eşler arası ilişkiler, ailenin sosyo-ekonomik yaşam şartları, varsa ailedeki diğer çocukların fiziksel, psikolojik ve sosyal gelişimlerinin nasıl olduğu ve çocukların risk altında olup olmadıkları, ailenin yakın çevresinin aile ile olan ilişki ve iletişim biçimleri gibi faktörlerin titizlikle ele alınması gerekir (Perdue & Mercer, 1993; Özbesler ve İçağasioğlu Çoban, 2010: 47). Bunlarla birlikte çocuğun önceki tıbbi dosyaları, her türlü rapor ve kayıtları, psiko-sosyal değerlendirme sürecinde önem arz etmektedir. Sosyal hizmet uzmanı, çocuk ve ailesi ile mesleki temas kurarak terapötik iletişimin sürekliliğini sağlamalıdır. Ailenin ayrıntılı biyopsikososyal değerlendirmesi yapılmalı, aile üyelerinin geçmiş yaşamlarına ilişkin tüm ayrıntılar incelenmeli, psikiyatrik ve sosyal öyküleri alınmalıdır. MBPS şüphesinin tanınmasında psikiyatrik ve sosyal öykülere ilişkin verilen cevaplar arasındaki uyum ve tutarsızlıkların fark edilmesi vaka seyri açısından oldukça önemlidir. Sosyal hizmet uzmanı tüm aile sistemine eleştirel bir bakış açısı ile bakmalı ve sorgulayıcı olmalıdır. Çünkü MBPS vakalarında belirtilerinin fark edilmesi oldukça zor olabilmektedir. Biyopsikososyal model ve “çevresi içinde birey” yaklaşımı temelinde sosyal hizmet uzmanlarının gerekirse ev, iş yeri ve okul ziyareti yapmaları ve farklı kaynaklardan bilgi almaları gerekebilmektedir (Perdue & Mercer, 1993; Parrish & Perman, 2004).

MBPS tanınması ve tedavisi zor ve yüksek ölüm riski olan bir istismar türü olup aile dinamikleri, ailenin iletişim kalıpları, bağlanma stilleri, anne-çocuk ilişkisinin değerlendirilmesi, çocuğun korunması ve hayatta kalması açısından oldukça önemlidir. Tedavi sürecinde MBPS tanısının netleşmemesi halinde çocuğun

hastanede yatış süresi sosyal endikasyon sebebi ile uzatılarak çocuğa güvenli bir alan oluşturulmalıdır. Tedavi süreci biten çocuğun taburculuğunun planlanmasında ve çocuğun eve dönmesi kararında çok temkinli bir yaklaşım içinde olunmalıdır. MBPS şüphesi yüksek vakalarda fail anne ile çocuk arasında temas kurulmamasına özen gösterilmeli, anne ile çocuk birlikteliğinin çocuk için hayati risk oluşturup oluşturmadığına dikkat edilmelidir. Çocuk hakkında yapılan değerlendirmede; çocuğun hayati risk taşıması veya tanının kesinleşmesi halinde çocuğun yüksek yararı için alınacak tedbir kararları belirlenmelidir. Sosyal hizmet uzmanı sosyal ve psikiyatrik olarak derinlemesine değerlendirdiği vaka ile ilgili sosyal inceleme raporu hazırlamalı ve ailenin ikamet ettiği ilin Aile ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü'ne bildirimini yapmalıdır. Sosyal hizmet uzmanı, aynı zamanda istismarcı ebeveyn ile ilgili savcılık makamına suç duyurusunda bulunarak adli işlemleri başlatmalıdır. Aile ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü bildirim yapılan çocuk hakkında ayrıntılı sosyal inceleme ve değerlendirme yaparak söz konusu çocuk için 5395 Sayılı Çocuk Koruma Kanunu Kanununa Göre Verilen Koruyucu ve Destekleyici Tedbir Kararlarının Uygulanması Hakkında Yönetmelik doğrultusunda tüm tedbir kararları açısından çocuğun durumunu değerlendirmektedir. MBPS tanısının konu dışında tutulmadığı ancak çocukla ilgili hayati risk oluşmayan vakalarda ise 5395 Çocuk Koruma Kanununun 5 Madde 1 fıkrasının (a) bendine göre Danışmanlık ve (d) bendine göre ise Sağlık tedbirinin çıkarılarak çocuğun aileye teslimi yapılarak çocuğun ve ailenin izlem ve takiplerinin yapılması gerekmektedir. Tedavi uyumsuzluğu veya tekrarlayan hastalık oluşturma öyküsü durumunda ise bakım tedbiri kararının alınması söz konusu olmaktadır.

Sosyal hizmet uzmanı MBPS vaka yönetim süreci boyunca; tüm mesleki rol ve fonksiyonlarını yerine getirirken klinik düzeyde müdahalede bulunurken krize müdahale yaklaşımı, çözüm odaklı yaklaşım, güçlendirme yaklaşımı, feminist yaklaşım, ekolojik sistem kuramı gibi sosyal hizmet kuram ve yaklaşımlarından faydalanarak; vaka yöneticiliği, sosyal inceleme, birey ve aile ile çalışma, danışman/klinisyen, savunucu, bağlantı kurucu ve eğitici rollerini yerine getirerek çocukların korunmasını ve hayatta kalmasını sağlamalıdır.

5. VAKA SUNUMU

Bu bölümde örnek bir MBPS vakasının sunumu paylaşılacaktır. Bu kapsamda vaka ile ilgili öykü, planlı değişim sürecine göre müdahale aşamaları ile ilgili bilgilere yer verilecektir.

5.1. Vakanın Öyküsü

Anne M.A., 17 yaşındadır. İlkokul mezunu olan M.A. 15 yaşındayken amcasının arkadaşının yeğeni ile görücüsü usulü olarak evlendirilmiştir. Resmi nikâhsız birlikteliklerinden iki çocuğu olan M.A.'nın, geleneksel ve ataerkil düşüncenin hâkim olduğu bir aileye gelin olduğu öğrenilmiştir. Anne M.A. geniş ve geleneksel bir ailede gelin olarak bulunmakta, evde kayınpederi, kayınvalidesi, eşinin 3 bekâr kardeşi, eşi ve çocukları ile hep birlikte yaşamaktadır. Yaşadıkları ev üç oda bir salondan oluşmaktadır. M.A.'nın eşi ve çocuklarının kaldığı odanın soğuk olması nedeniyle kış aylarında kayınvalide, kayınpeder ve diğer aile üyeleriyle aynı odada kalmaktadırlar.

Bebek K.A.'nın babası İ.A. 27 yaşındadır. İlkokul mezunudur. Güneydoğu Anadolu Bölgesinde bir ilde firma işçisi olarak çalışmaktadır. Annenin reşit olmamasından dolayı resmi nikâh yapamamıştır. Konu ile ilgili durumun adli birimlere bildirilmesi sonucunda mahkeme süreci halen devam etmektedir. Eşi ve ailesiyle birlikte babasına ait evde ikamet etmektedirler. İ.A., 9 kardeş olup tüm kardeşleriyle aynı köyde ikamet etmektedir. İ.A.'nın annesi ev hanımıdır ve herhangi bir geliri yoktur. İ.A.'nın babası yaşadıkları köyün muhtarıdır. Aile muhtar maaşı ile geçinmektedir.

Anne ve babanın yapmış olduğu resmi nikahsız birlikteliklerinden 1 yaşında A.A. ve 4 aylık K.A. isimli iki çocukları dünyaya gelmiştir. Bebek K.A. doğumundan itibaren ağzından kan gelme şikayetiyle çeşitli hastanelerde muayene olmuştur. Ancak yapılan inceleme ve tetkiklerde herhangi bir tanı veya teşhis konulamamıştır.

5.2. Vakaya İlişkin Planlı Değişim Süreci

MBPS vakasına yönelik yürütülen sosyal hizmet planlı değişim sürecinin aşamaları (Tablo 1) aşağıda başlıklar halinde verilmiştir.

Tablo 1: MBPS Vakasına Yönelik Planlı Değişim Süreci Aşamaları

	Bebek K.A	Anne M.A	Baba İ.A
Tanışma /Bağlantı Kurma	MBPS şüphesi ile söz konusu bebeğin durumunun değerlendirilmesi ve ailesi hakkında psikososyal değerlendirme için tıbbi sosyal hizmet birimine vakanın yönlendirilmesi.		
Ön Değerlendirme	<ul style="list-style-type: none"> • 4 aylık erkek bebek •Nedeni anlaşılamayan ağzından kan gelme şikâyeti ile başvuru. • Farklı hastanelere sıklıkla tedavi görmesine rağmen tanı ve teşhis konulamama. • Bebeğin ağzından kan gelme şikâyeti ile hastaneye başvuru. • Bebek K.A.'nın yaşamsal riskine ilişkin değerlendirme 	<ul style="list-style-type: none"> • 17 yaşında • İlkokul mezunu • Ev hanımı • Maddi geliri yok • 15 yaşında görücü usulü ile evlendirilmiş • Resmi nikâhsız birlikteliği var • İki çocuğu var • Geniş ailede yaşıyor • Heyecanlı ve endişeli • Sorulan sorulara çelişkili ve net olmayan cevaplar verme • İletişime açık • İşbirlikçi görünme • Sorunlarla baş etmede istekli 	<ul style="list-style-type: none"> • 27 yaşında • İlkokul mezunu • Güneydoğu Anadolu Bölgesinde bir ilde firma işçisi • 9 kardeş • Kök ailesiyle birlikte aynı evde yaşıyor • İletişime açık • Sorulan sorulara net cevaplar verme
Planlama	<ul style="list-style-type: none"> • MBPS şüphesi sonlanana kadar taburculuğa izin verilmeme • 5395 Sayılı Çocuk Koruma Kanunu kapsamında değerlendirme 	<ul style="list-style-type: none"> • Psikososyal süreç görüşmeleri • Psikiyatrik değerlendirme • Psikolojik danışmanlık • 5395 Sayılı Çocuk Koruma Kanunu kapsamında değerlendirme 	<ul style="list-style-type: none"> • Psikososyal Süreç görüşmeleri • Psikiyatrik değerlendirme • Psikolojik danışmanlık

Uygulama	<ul style="list-style-type: none"> • Servis ekibi tarafından bebeğin sürekli izlenmesi • Hastanenin Çocuk Hakları Komitesi bebek K.A vakasını değerlendirmek üzere toplanmıştır. 	<ul style="list-style-type: none"> • Birden fazla psikososyal süreç görüşmeleri yapılmıştır. •Psikiyatrik değerlendirme yapılmış, medikal tedavi başlanmıştır. •Psikolojik danışmanlık sağlanmaktadır. •Kök aile ve akrabalarla telefon ile görüşmeler yapılmıştır. •Servis hemşiresi annenin çantasında şırınga, jilet, damar yolu kelebek vb. tıbbi malzemeleri görmüştür. Bu durumla ilgili bilgilendirmeler ilgili yerlere yapılmıştır. 	<ul style="list-style-type: none"> • Birden fazla psikososyal süreç görüşmeleri yapılmıştır. •Psikiyatrik değerlendirme yapılmış, herhangi bir psikopatolojik durum saptanmamıştır. •Kök aile ve akrabalarla telefon ile görüşmeler yapılmıştır. •Psikolojik destek sunulmaktadır.
Son Değerlendirme	<ul style="list-style-type: none"> • Bebek K.A'nın tedavi sürecinde yapılan tüm tetkiklere rağmen ağzından kan gelme şikâyetini açıklayacak tıbbi bir neden bulunamamıştır. • Hastanenin Çocuk Hakları yararı doğrultusunda aileyle doğrudan sorularla yüzleştirme görüşmesi yapılması kararı alınmıştır. 	<ul style="list-style-type: none"> • Kişilik bozukluğu tanısı • Mutsuz çocukluk öyküsü •Problem çözme becerisi kısıtlı ve baş etme güçlüğü •Geleceğe dair amaçsız ve mutsuz •Geniş ailede ataerkil aile yapısının kadına yüklediği rollere sahip olma • Düşük evlilik doyumu 	<ul style="list-style-type: none"> • İletişime açık • İşbirlikçi • Sorunlarla baş etmede istekli •Psikolojik destek ile gelişim sağlanmıştır.
Sonlandırma	<ul style="list-style-type: none"> •5395 sayılı Çocuk Koruma Kanununun 5/1 –c maddesi gereğince “bakım tedbiri” ve 5/1 –d maddesi gereğince “sağlık tedbiri” çıkarılmasına yönelik yasal işlemler başlatılmıştır. 	<ul style="list-style-type: none"> • Anne bebeği K.A'nın ağzının kenarlarına bilinçli olarak kendi vücudunun herhangi bir yerini keserek ya da regl döneminde ki kanı kullanarak bu eylemi uzun bir süre devam ettirdiğini itiraf etmiştir. • Tıbbi ve yasal süreç başlatılarak vaka sonlandırılmıştır. 	<ul style="list-style-type: none"> • Baba ile ilgili olarak gerekli vaka ve süreç bilgilendirmeleri yapılmıştır.
İzleme	<ul style="list-style-type: none"> •Haklarında tedbir kararı çıkarılan 18 yaş altında olan anne ve bebeği K.A., Aile ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü tarafından korunma ve bakım altına alınarak devlet hastane kurumuna yerleştirilmişlerdir. • Annenin sağlık tedbiri kararının takip edildiği yerin bildirim yapılan hastane olması izleme sürecini kolaylaştırmıştır. İzleme aşamasında SHU, vaka yöneticisi olarak bebek K.A'nın annesi ile aylık görüşmelerini devam ettirmiştir. 		

5.2.1. Tanışma/ Bağlantı Kurma

Vaka, 2023 yılında Türkiye’de bir kent merkezinde eğitim ve araştırma hastanesinde gerçekleşmiştir. 4 aylık bebek, doğumundan sonra sağlıklı olarak taburcu edilmiş ancak 5 günlük iken başlayan ve nedeni anlaşılamayan ağzından kan gelme şikâyetiyle birçok kez farklı hastanelere götürülmüştür. İl dışı şehirden sevk ile hastaneye getirilen bebek K.A., hastanenin Genel Pediatri Servisine 30.01.2023 tarihinde ağzından kan gelme şikayeti ile yatırılmıştır. Bebek K.A. ile ilgili yapılan inceleme ve tetkiklerde, klinik bulgulara rastlanılmamıştır. Hastane bilgi sisteminde yapılan kayıt incelemelerinde bebek K.A.’nın bakım vereni tarafından “ağzından kan gelme” şikâyetiyle farklı hastanelere başvuru yapıldığı öğrenilmiştir. Vakanın genel değerlendirmesini yapan ilgili çocuk hekimi tarafından MBPS şüphesi ile söz konusu bebeğin durumunun

değerlendirilmesi ve ailesi hakkında psikososyal değerlendirme için tıbbi sosyal hizmet birimine yönlendirmesi yapılmıştır. Tıbbi sosyal hizmet birimine yönlendirilen bebek K.A. ve ailesi ile ilk görüşme sağlanmıştır.

Vaka yöneticisi olarak SHU'nun sorumlulukları öncelikli olarak çocuğun sağlığını ve iyi olma halini korumaktır. SHU, ihmal ve istismar olgularında tedavi ekibinin anahtar rol oynayan önemli bir üyesidir. Burada sosyal hizmet uzmanının birincil ve en önemli görevi, önemli noktaları dikkate alarak aileyi kapsamlı olarak değerlendirmesidir. Tanışma ve bağlantı kurma aşamasında SHU, her türlü rapor ve kayıtlardan yararlanarak, çocuğun ve istismarcının, tıbbi, psikiyatrik, sosyal ve çevresel yönlerden öykülerini içerecek biçimde sosyal inceleme sürecini yapılandırmalıdır.

Vaka K.A. konsültasyon aracılığı ile hastanenin tıbbi sosyal hizmet birimine MBPS şüphesi ile bildirilmiştir. Tanışma aşaması olarak bu kısımda, hastanede görevli SHU, servise gelmeden önce hastane bilgi sisteminden çocuk ve ailesi hakkında bilgileri kontrol etmiştir. Ardından bebek hakkında ayrıntılı bilgi almak için servis sorumlu hekimi ve hemşiresi ile telefon ile görüşme gerçekleştirerek vakanın durumu hakkında ön bilgi almıştır.

SHU, bebeğin durumunu değerlendirmek için hasta odasının uygunluk durumunu öğrendikten sonra pediatri servisine gitmiştir. Ebeveynlerle ön görüşmeyi hasta odasında gerçekleştiren SHU, ebeveynlerin öyküsünü almıştır. Vaka ile kapsamlı bir değerlendirmenin uygun olacağına kanaat getiren SHU, ebeveynlerle düzenli olarak görüşme yapılacağını kendilerine iletmiştir. Bebeğin bakım yükünü değerlendiren SHU, görüşmelerin mekânsal olarak farklı yerlerde olabileceğini (hasta odası, doktor odası ya da tıbbi sosyal hizmet görüşme odası) değerlendirmiştir. Görüşmelerin tıbbi sosyal hizmet biriminde gerçekleşme olasılığına binaen uygun bir görüşme ortamı hazırlanmıştır.

Tanışma aşaması olarak bu aşamada; SHU, K.A'nın annesi ile empatik bir ilişki biçimi kurarak aktif iletişim kurmaya özen göstermiş, yargılayıcı olmayan tutumlar benimsemiştir. K.A'nın annesi ile yapılan görüşmede SHU, tanışma sırasında kim olduğunu, mesleki kimliğini, neden orada olduğunu anlatmıştır. Bu süre zarfında görüşmenin özel yapılmasına ve müracaatçı gizliliğinin korunmasına özen gösterilmiştir. Vakada "Munchausen by Proxy" şüphesinin olması, birincil şüphelinin bebeğe bakım veren kişi annesinin olması nedeniyle görüşmenin ilk aşamasında anneyi şüphelendirecek ve tedirgin edecek sorular sorulmamış olup öncelikle güven ortamının oluşmasını sağlamak amaçlanmıştır. SHU'nun psikiyatri bölümünde klinik deneyimlerinin olması ve bu alanda akademik çalışmalarının bulunması da vaka yönetimi bakımından önemli bir faktör olarak değerlendirilmiştir.

5.2.2. Ön Değerlendirme

Çocuk refahı alanında değerlendirmenin önemli bir boyutunu risk değerlendirmesi oluşturmaktadır (Polat ve Akgül Gök, 2020). Bu bağlamda ön değerlendirme aşamanın önemli boyutunu da risk değerlendirmesi oluşturmaktadır. MBPS vakalarında; çocuğun fiziksel, psikolojik ve sosyal gelişiminin nasıl olduğu, hayati risk altında olup olmadığı, bakım verenin psikiyatrik ve sosyal öyküsü, ebeveynlik becerisi, aile içi ilişki dinamikleri, sosyal destek sistemleri, ebeveynlerin geçmiş yaşamları hakkında bilgilerin risk

değerlendirilmesi kapsamında detaylıca ele alınması gerekir. SHU, ön değerlendirme sürecinde öncelikle bebek K.A'nın hayati tehlikesinin bulunup bulunmadığını ya da herhangi bir risk altında olup olmadığını değerlendirmesi gerekir.

Sosyal hizmet uzmanı vakayı değerlendirirken, risk değerlendirmesi sürecinde ekolojik sistem kuramından faydalanmıştır. Ekolojik sistem kuramının; “çevresi içinde insan” odak noktası olup bireyler arasındaki ilişkileri ve bireyi içinde yer aldığı sosyal ve fiziksel çevresiyle birlikte değerlendirmektedir (Baykara Acar & Acar, 2002, s. 30). Bu noktada, söz konusu bebek K.A'in içinde bulunduğu aile sisteminin yapısının anlaşılması ve bütünlüğünün görülmesi amaçlanmıştır. Aile içindeki hiyerarşik organizasyonun ve alt sistemlerin bağımsız işlevlerinin MBPS vakasına etkisi ile ilgili değerlendirme yapmak isteyen SHU, ekolojik yaklaşım çerçevesinde bebek K.A'nın ve ailesinin etkileşimde bulunduğu sistemleri ve bu sistemlerin birbirleriyle etkileşimlerine odaklanarak bu sistemlerin kesişme noktalarını değerlendirmiştir.

İlk olarak aile sistemine ilişkin değerlendirmelerde anne ve baba ile görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Anne ile yapılan görüşmelerde, annenin görüşme esnasında zaman zaman “evde sürekli hizmet halindeyim, hizmetçi gibiyim”, “kalabalıkta çok yalnızım” gibi ifadelerde bulunduğu gözlemlenmiştir. Anne bebeğinin doğduğu andan itibaren belli sıklıklarla ağzından kan geldiğini, bu yüzden çok korktuğunu ve endişelendiğini, bebeğinin bir an önce iyi olmasını istediğini belirtmiştir. Bu aşamada sosyal hizmet uzmanı, annenin giyimini, davranışlarını (sessiz, gürültülü, isteksiz, girişken, sıkılgan, sevecen vb), jest ve mimiklerini, duygu durumunu (mutlu, üzgün, endişeli, kızgın, heyecanlı, panik vb), konuşma ve iletişim becerisini detaylı bilgi toplamak amacıyla gözlemlemiştir.

Görüşmede baba İ.A., eşinin çok kıskanç olduğunu ve sürekli kendisiyle ilgilenmesini istediğini belirtmiştir. Görüşme sürecinde sosyal hizmet uzmanının sorduğu sorulara anne M.A.'nın çelişkili ve net olmayan cevaplar vermesi nedeniyle, sosyal hizmet uzmanı anne ile yapılacak mesleki görüşmelerin devam etmesinin uygun olacağını düşünmüştür.

Söz konusu bebek K.A'in annesinin 18 yaş altı birliktelik yaşaması ve çocuk yaşta iki çocuğunun olması sebebi ile cinsel istismar suçuna yönelik adli bildirim yapıp yapılmadığı adli birimler aracılığı ile öğrenilmiştir. Yapılan incelemelerde; annenin ilk doğumunu yaptığı hastanede cinsel istismara ilişkin bildirimlerin yapıldığı ve adli işlemlerinin başlatıldığı öğrenilmiştir. İnceleme sürecinde, mahkemede dava sürecinin devam ettiği öğrenilmiş olup bu ilişkide çocuğun 15 yaşından büyük olması ve çocuğun kendi rızası olması sonucunda “cinsel istismar suçu” (TCK 103) değil, “reşit olmayanla cinsel ilişki” (TCK 104) kapsamında adli değerlendirmenin yapıldığı bilgisi edinilmiştir.

Sağlık sistemine ilişkin yapılan değerlendirmede; söz konusu bebek K.A.'nın annesi ve babasının daha önce hiç psikiyatrik değerlendirme sürecine girmedikleri ve ruhsal yakınma öykülerinin olmadığı öğrenilmiştir. Bebek K.A.'nın ise doğumundan itibaren ağzından kan gelme şikâyetiyle çeşitli hastanelerde muayene olduğu ancak yapılan tıbbi inceleme ve tetkiklerde bahsedilen belirtilere ilişkin bulgu olmadığı, tekrarlayan ve açıklanamayan belirtilerle sık hastane başvurusunda bulunma öykülerinin olduğu öğrenilmiştir.

MBPS şüphesi olan bu vakada erken tanının konulmasına ilişkin değerlendirme yapabilmek için bebek K.A'nın fiziksel, psikolojik ve sosyal gelişiminin nasıl olduğu, anne ve babanın bebeğin bakım ve sorumluluğunu yerine getirip getirmediği, herhangi bir ihmal durumunun olup olmadığı, bebeğin yaşamsal risk altında olup olmadığı, ebeveynlerin bireysel özellikleri, psikiyatrik ve sosyal öyküleri, ebeveynlik becerileri, aile içi ilişki dinamikleri, bu dinamiklerin çocuklara etkileri, ailede yaşanan krizler ve buna yönelik aile üyelerinin farkındalık düzeyleri, ailenin sosyal destek sistemleri anlaşılmalı çalışılmıştır.

Ön değerlendirme aşamasında yapılan değerlendirme sonucunda; annenin 18 yaş altında olduğu, henüz ruhsal ve fiziksel gelişimini tamamlayamadığı, annenin zorlu bir çocukluk dönemi geçirdiği ve evlilik sürecinde aile üleriyle sorunlar yaşadığı anlaşılmıştır. Ayrıca aile içerisinde çıkan tartışmaların ve yaşanan sorunların temel dinamikleri arasında ataerkil aile yapısının etkili olduğu düşünülmektedir. Anne ile yapılan görüşmelerde, annenin iletişime açık, iş birliğine açık bir tavır sergilemesine rağmen sorulan sorulara verdiği cevaplara ilişkin çelişkili ve net olmayan ifadelerde bulunduğu gözlenmiştir. Bu nedenle sosyal hizmet uzmanı, her iki ebeveyne ilişkin yapılacak mesleki görüşmelerin devam etmesinin, annenin ve babanın bir süre izlenmesinin ve bebek K.A' nın hastaneden hemen taburcu edilmemesinin uygun olacağına karar vermiştir.

5.2.3. Planlama

Bebek K.A' nın annesi ve babası ile gerçekleştirilen görüşmeler, yapılan değerlendirmeler, edilen bilgiler ve incelemeler sonucunda sosyal hizmet müdahalesi planlanmıştır. Bu noktada yapılan planlamada;

- MBPS şüphesi olan bu vakada doğru tanı ve erken müdahale için ebeveynlerle birden fazla psikososyal görüşmelerin yapılması (ayrı ayrı ve birlikte),
- 18 yaş altında olan annenin yapılan ön görüşmelerde bebek K.A'nın bakımı ve tedavisine yönelik sorulan sorulara çelişkili ve net olmayan ifadelerde bulunması, görüşme sürecinde annenin zaman zaman tutarsız duygu durum ve davranışlarının (endişe, kaygı, korku, güvensizlik, değersizlik, yetersizlik, üzüntü, panik ve heyecan) olduğunun gözlemlenmesi, psikopatolojik herhangi bir durum olup olmadığının tespitinin sağlanması için çocuk ve ergen psikiyatrisine yönlendirilmesi ve takibinin sağlanması,
- Benzer şekilde babanın ruhsal durum değerlendirmesinin yapılarak psikopatolojik herhangi bir durum olup olmadığının tespitinin sağlanması için yetişkin psikiyatriye yönlendirilmesi ve takibinin sağlanması,
- MBPS şüphesi sonlanana ve söz konusu bebek K.A'nın evde bakımı konusundaki endişelerin tamamen ortadan kalkmasına kadar bebeğin kısa sürede taburculuğuna izin verilmemesi,
- Şüpheli aşamasında olan tanının kesinleşmesinin ardından multidisipliner ekip tarafından ebeveynlerle yüzleştirme yapılması ve gerekli adli işlemlerin başlatılması,
- Söz konusu bebek K.A ve kardeşi hakkında sosyal inceleme raporu hazırlanarak, Aile ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü'ne 5395 Sayılı Çocuk Koruma Kanunu kapsamında sağlık, danışmanlık ve

bakım tedbir kararları açısından değerlendirmelerin yapılması için kurum ve kuruluşlarla koordinasyon kurulması,

- Sağlık tedbiri kapsamında karar çıkması haline bebek K.A. ve annesi M.A.’nın tedavi süreçleri ile ilgili ayrı bir değerlendirme yapılması gerektiği planlanmıştır.

5.2.4. Uygulama

SHU, vakaya müdahale sürecinde genel pediatri servisinde anne ve baba ile birçok kez görüşme yapmıştır. SHU’nun görüşmeleri bu yerde yapmasının asıl amacı annenin çocuğundan ayrı kalmak istememesi ve SHU’nun bebek ve anne arasındaki ilişkiyi gözlemlemek istemesidir. Psikososyal değerlendirme, teşhis aşamasında, SHU, bebek K.A’nın klinik durumunu takip eden sorumlu hekim ve hemşireyle belirli aralıklarla görüşmeler yaparak bebeğin durumunu takip etmiş ve sağlık durumu hakkında bilgi edinmiştir.

Anne ve baba ile birlikte ve ayrı ayrı olmak üzere psikososyal mesleki görüşmeler yapmıştır. Yapılan bu görüşmelerde, sosyal hizmet uzmanı anne, baba ve bebek arasındaki bağlanma ilişkisi ve sevgi bağına, anne ve babalık davranışlarına, anne ve babanın güçlü ve zayıf yönlerine ilişkin gözlemler yapmıştır.

- 18 yaş altında olan ve herhangi bir psikopatolojik durum olup olmadığının tespitinin sağlanması amacıyla çocuk ve ergen psikiyatrisine yönlendirilmesi planlanan anne M.A.’nın psikiyatri hekimi ile görüşmesi sağlanmıştır. Psikiyatrist annede DSM-V ‘e göre “Yaygın Eksen 2” kapsamında kişilik bozukluğu olabileceğini düşünmüş ve tedavi sürecini başlatmıştır.
- Psikopatolojik durum olup olmadığının tespitinin sağlanması amacıyla yetişkin psikiyatrisine yönlendirilmesi planlanan babanın psikiyatri hekimi ile görüşmesi sağlanmıştır. Psikiyatrist babada herhangi bir psikopatolojik durum saptamamıştır.
- Anne M.A. ile yapılan görüşmelerde: Anne, kendi babasının kanser hastalığından yaklaşık 4-5 ay önce vefat ettiğini, annesinin ev hanımı olduğunu ve çalışmadığını, annesinin abisi Mehmet ve kardeşi Ali ile birlikte yaşadığını, abisinin psikolojik sorunları olduğunu, madde kullandığını, poliste adli kaydının olduğunu belirtmiştir. Anne M.A., kendi babasının annesini defalarca aldattığını, bu nedenle annesi ile babasının sürekli kavga ettiğini, babasının zaman zaman annesine şiddet uyguladığını ancak kendisine ve kardeşlerine hiç şiddet uygulamadığını söylemiştir. Anne, mutsuz bir çocukluk geçirdiğini, küçük yaşlardan beri doktor ya da hemşire olmak istediğini, hatta her okul çıkışı köylerinde bulunan aile sağlığı merkezine giderek oradaki doktorun yanında kalarak onu izlediğini, şu an çocukları hastalanınca ne tür ilaçlar kullanacağını az çok bildiğini belirtmiştir. Örneğin, kızının ateşi çıkınca doktora gitmeden ağrı kesici veya ateş düşürücü kullandığını ya da sesi çatallanarak öksürdüğünde ise “Ventolin” isimli şurubu verdiğini belirtmiştir. Anne M.A, serum takmayı da öğrendiğini ve gerekirse çocuğuna serum takabileceğini belirtmiştir. Görüşme sürecinde annenin küçüklüğünden itibaren sağlık personeli olma hayalinin olduğu, çocuklarının hastalık durumunun olması halinde ise kolaylıkla tıbbi müdahalede bulunduğu ve annenin bunu rahatlıkla ifade ettiği gözlenmiştir.

- Baba İ.A. ile yapılan görüşmelerde; Baba İ.A., bebeği K.A'nın doğumundan itibaren hasta olduğunu, hastalığının nedenini doktorların bulamadığını belirtmiştir. SHU, İ.A.'ya bebeğin ağzından kan gelme olayına şahit olup olmadığını sorması üzerine İ.A.; eşinin kendisini pek çok kez bebeğin ağzından kan gelmesi sebebiyle yanına çağırdığını, bebeğin yanına gittiğinde ağzında ve ağzının kenarlarında kan izlerinin olduğunu gördüğünü ancak bebeğin kendi yanındayken ağzından kan gelmesine hiç şahit olmadığını ifade etmiştir.
- Şüphe aşamasında SHU, bebeğin anneanesi, babaanesi, dedesi, amcaları ve teyzesi ile hem telefonda hem de yüz yüze görüşmeler yapmıştır. Böylece ebeveynlerin kişisel, sosyal ve kültürel öykülerine odaklanarak, ebeveynlerin anlattıkları öykü ve olaylar arasındaki benzerlikleri ve farklılıkları değerlendirmiştir. Diğer aile üyeleriyle yapılan görüşmelerde; söz konusu bebek K.A'nın sık sık rahatsızlanmasını aile üyeleri tarafından normal bir durum olarak karşılandığı görülmüştür.
- Tedavi sürecinde yapılan gözlemlerde; bebek K.A'nın hastanedeki tedavi sürecinde, annesinin iki kez bebeğin ağzında kanama var diye hastane personelini acil olarak çağırdığı, o sırada bebekte yapılan fiziki muayenenin ilkinde ağız içerisinde herhangi bir kan izi ya da yara olmadığı, dudak üstünden başlayıp yanağa doğru sıvama tarzı kuru kan izi olduğu gözlemlendiği rapor edilmiştir. İkinci fiziki muayenede de ağız içinde herhangi bir kan bulaşığı olmadığı, kıyafetinde bir iki damla kan olduğunun sağlık personeli tarafından gözlemlendiği bilgisi edinilmiştir. Ayrıca görüşmeler sürecinde, servis sorumlu hemşiresi tesadüfen annenin çantasında şırınga, jilet, damar yolu kelebek vb. tıbbi malzemeleri gördüğünü ilgili hekime ve SHU'na bildirmiştir. Bu süreçte yapılan ilk adım, söz konusu çocuğun yüksek yararı için bebeğin anne ile iletişimine kısıtlama getirilmiştir.
- Bu doğrultuda SHU vaka ile ilgili olarak objektif süpervizyona ihtiyaç duymuştur. Bu nedenle bebek K.A'nın durumunu detaylı görüşmek üzere hastanenin Çocuk Hakları Komitesini (ÇHK) vakayı tartışmak üzere toplanmasını sağlamıştır. Psikiyatri, pediatri, diğer branş çocuk doktorları ve sosyal hizmet uzmanları gibi 13 kişilik multidisipliner ekipten oluşan ÇHK'de, bebek K.A vakası gündeme alınmıştır. Multidisipliner ekip üyeleriyle yapılan vaka değerlendirme toplantısında; vakada mevcut durumda yapılan tüm tetkiklere rağmen tıbbi tanı konulamamış olması, MBPS belirtilerinin çoğunun bebek K.A 'da ki varlığı, annenin aile öyküsünde zorlu bir çocukluk dönemi geçirmesi, küçüklüğünden itibaren sağlık personeli olma hayalinin olması, çocuklarının hastalık durumunun olması halinde ise kolaylıkla tıbbi müdahalede bulunma isteği ve cesaretinin olması, görüşmeler sürecindeki şüpheli tutum ve davranışları, annenin çantasında tıbbi malzemelerin olması tedavi ekibini yoğun bir şekilde MBPS tanısına yaklaştırmıştır.

5.2.5. Son Değerlendirme

SHU, vaka sürecinde bebek K.A'nın ebeveynleri ile kapsamlı aile değerlendirmesi yapmıştır. Bu süreçte ebeveynlerin ailevi, sosyal ve psikiyatrik öykülerini dinlemiş, detaylara odaklanarak aile sisteminin ilişki dinamiklerini, yapısını ve bütünlüğünü görmek istemiştir.

Son değerlendirme aşamasında; annenin 18 yaş altında olup henüz ruhsal ve fiziksel gelişimini tamamlayamadığı, annenin zorlu bir çocukluk dönemi geçirmesi nedeniyle ruhsal sıkıntılarının olduğu anlaşılmıştır. Ayrıca evlilik yaşantısının da anne üzerinde oluşturduğu psikolojik, fiziksel ve sosyal yükleri nedeniyle annenin problem çözme becerisinin kısıtlı olduğu ve problem çözme yeteneğini geliştiremediği belirlenmiştir. Eşinin işi nedeniyle meşgul olduğu ve anneyle çok az zaman paylaştığı, annenin yoğun bir şekilde yalnızlık duygusu yaşadığı, aile içerisinde çıkan tartışmaların ve yaşanan sorunların temel dinamikleri arasında da ataerkil aile yapısının etkili olduğu düşünülmüştür.

SHU, vaka süreci boyunca ebeveynler ve aile ile yaptığı klinik görüşmeler, psikososyal değerlendirmeler, ailenin çevresiyle iletişim kurarak edindiği bilgileri çocuk hakları komitesi toplantısında diğer sağlık ekibi üyeleri ile paylaşmıştır. Benzer şekilde vakayı takip eden multidisipliner ekibin diğer üyeleri de süreç ile görüşlerini toplantıda paylaşmıştır. Çocuk hakları komitesinin vaka değerlendirme toplantısında, bebek K.A hakkında MBPS tanısından şüphelenildiğini ancak vakaya netlik kazandırılmaması sebebiyle bebeğin yüksek yararı için aileyle doğrudan sorularla yüzleştirme görüşmesi yapılması kararı alınmıştır.

5.2.6. Sonlandırma

Vaka değerlendirme toplantısı sonucunda; kesin tanılama yapma ve yüzleştirme aşamasına geçmeden önce, vakanın seyri ve çocuğun güvenliği açısından vaka ile ilgili gizlilik kararı alınmıştır.

İlgili hekim ve SHU'nın anne ve baba ile yaptığı görüşmede; anne ve babaya tedavi sürecinde varılan sonuçlar kesin bir ifade ile anlatılmıştır. Yapılan görüşmede anne görüşme esnasında ağlamaya başlayarak yoğun bir şekilde yetersizlik, sevilme, kendisini değersiz hissetme ve özerkliğine müdahale edilme gibi his ve düşüncelerinin olduğunu beyan etmiştir. Eşini sevdiğini fakat eşinin ailesiyle birlikte yaşamaktan çok mutsuz olduğunu belirten anne M.A., evde kendisini özgür hissetmediğini, geçmişte zaten mutsuz bir çocukluk geçirdiğini ve kendisini yalnız hissettiğini ifade etmiştir. Görüşmenin ilerleyen sürecinde anne ilk çocuğunun sık sık bronşit olduğunu bu nedenle sürekli hastaneye gitmek zorunda kaldıklarını, hastane ortamını sevdiğini ve her hastaneye gittiğinde kendisini mutlu hissettiğini, çünkü eşinin kendisiyle daha çok ilgilendiğini ve eşyle ancak bu şekilde yalnız kalabildiklerini ifade etmiştir. Ayrıca anne bebeği K.A.'nın doğumundan sonra evde boğulacak gibi hissettiğini, duvarların üstüne üstüne geldiğini, kendisini çaresiz ve mutsuz hissettiğini, "hastaneye gitmeliyim huzura ermeliyim" düşüncesi ile birlikte bebeği K.A'nın ağzının kenarlarına bilinçli olarak kendi vücudunun herhangi bir yerini keserek ya da regl döneminde ki kanı kullanarak bu eylemi uzun bir süre devam ettirdiğini itiraf etmiştir.

Annenin bebeğinde kasıtlı olarak hastalık meydana getirdiğini itiraf etmesi üzerine anne için tıbbi ve yasal süreç başlatılmıştır. Bu doğrultuda MBPS şüphesi tanısının kesinleşmesiyle 18 yaş altında olan anne hakkında Cumhuriyet Başsavcılığına durum bildirilmiştir. Söz konusu bebek K.A'nın korunması amacıyla bebek hakkında 5395 sayılı Çocuk Koruma Kanununun 5/1 –c maddesi gereğince "bakım tedbiri" ve 5/1 –d maddesi gereğince ise "sağlık tedbiri" verilmesi gerektiği kanaatine varılmıştır. Konuyla ilgili yasal işlemler başlatılmıştır.

MBPS'nda istismara uğrayan bebek K.A kadar, istismarı yaratan annesinin de tedavi görmesinin hayati bir önem taşıdığı değerlendirilmiştir. Bu nedenle 18 yaş altı istismarcı çocuk annenin tedavi hizmetlerinden yararlanmasının sağlanması amacıyla anne hakkında 5395 sayılı Çocuk Koruma Kanununun 5/1 –d maddesi gereğince ise “sağlık tedbiri” verilmesi gerektiği kanaatine varılmıştır. Bununla birlikte anne M.A'nın hem 18 yaş altında olması hem de korunma gereksinimi olması nedeniyle anne hakkında 5395 sayılı Çocuk Koruma Kanununun 5/1 –c maddesi gereğince “bakım tedbiri” verilmesi gerektiği de değerlendirilmiştir.

Haklarında tedbir kararı çıkarılan 18 yaş altında olan anne ve bebeği K.A., Aile ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü tarafından korunma ve bakım altına alınarak devlet kurumuna yerleştirilmişlerdir. Hem anne hem de bebek K.A hakkında sağlık tedbiri çıkarılmıştır. Sağlık tedbiri takibi için söz konusu hastanenin tıbbi sosyal hizmet birimi görevlendirilmiştir. Hali hazırda vakayı değerlendirmiş olan SHU'ya vakanın sağlık tedbiri takibi görevi verilmiştir.

5.2.7. İzleme /Takip

Bebek K.A ve annesinin sağlık tedbiri kararının takip edildiği yerin hastane olması izleme sürecini kolaylaştırmıştır. İzleme aşamasında SHU, vaka yöneticisi olarak bebek K.A'nın annesi ile aylık görüşmelerini devam ettirmiştir. Anne M.A.'nın devlet korumasında olması nedeniyle bebek K.A babaannenin talebi ile Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı tarafından kendilerine verilmiştir. Anne M.A., 18 yaşını doldurana kadar kurum bakımında kalmış, annenin psikiyatri takibi ve tedavi süreci devam etmiştir. Anne 18 yaşını doldurduktan sonra eşinin ailesi anneyi kurumdan almış, annenin psikiyatrik tedavi sürecini desteklediklerine yönelik bilgi elde edilmiştir. Eşlerin birbirleriyle olan ilişkilerindeki sorunun çözülmesi için duygularını, düşüncelerini ve beklentilerini birbirlerine rahat ifade edebilmeleri önemli görülmüş olup bu kapsamda aile danışmanlığı gereksiniminin olduğu yetkililere bildirilmiştir.

6. Sonuç ve Öneriler

Bu çalışmada istismarın önemli bir çeşidi olan MBPS ile ilgili önemli bir vakanın çözülmesi planlı değişim süreci kapsamında yapılmıştır. MBPS ile ilgili genel bilgilerin verilmesinin yanında bu sendrom ile ilgili olarak belirtilerin neler olduğuna, vakanın gelişim süreçlerine göre nasıl şekillendiğine ve müdahale boyutunda yapılması gereken iş ve işlemlerle ilgili ayrıntılı bilgiler verilmiştir.

MBPS ile ilgili olarak vaka sunumunda aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır:

- MBPS kapsamında çocuğun korunması ve hayatta kalması açısından en önemli durumun erken tanı ve teşhis olduğu,
- MBPS şüphesi olan bebek veya çocuk vakalarının titizlikle incelenmesi gerektiği,
- Sosyal hizmet mesleğinin bütüncül bakış açısı düşünülerek ailenin yapısı, aile ilişkileri ve dinamiklerinin çok boyutlu değerlendirmesinin önemli olduğu,
- Çocuğun ya da bebeğin korunması, aile üyelerinin psikiyatrik öyküsünün ve psiko-sosyal özellikleri belirlenmesi ve ailenin özelliklerine göre risk faktörlerinin saptanmasında sosyal hizmet müdahalesinin oldukça önemli olduğu,

- MPBS vakalarında uygulamalarda yeknesaklığın sağlanması için sosyal hizmet uzmanlarının bilgi, beceri ve uygulama düzeylerine ilişkin eğitimlerin verilmesi,
- MBPS vakalarında meslekler arası çalışmanın önemli olduğu ve iş birliğinin yapılmasının gerekliliği,
- MBPS vakaları ile ilgili süpervizyon ihtiyacına binaen gerekli mekanizmaların harekete geçirilerek ilgili bilim dallarından görüş alınması gerektiği,
- Akademisyenlerin MBPS ile ilgili araştırmalar yaparak alan yazınına katkıda bulunmaları ve bu alandaki bilgi, beceri ve değerlere bağlı olarak oluşabilecek etik ikilemlere ışık tutmaları önerilmektedir.

Kaynakça

- Abeln, B; Love, R., (2018). An Overview of Munchausen Syndrome and Munchausen Syndrome by Proxy. *Nursing Clinics of North America*, 53(3), 375–384. doi:10.1016/j.cnur.2018.04.005
- Awadallah, N., Vaughan, A., Franco, K., Munir, F., Sharaby, N. A., & Goldfarb, J. (2005). Munchausen by proxy: a case, chart series, and literature review of older victims. *Child Abuse & Neglect*, 29(8), 931-941.
- Arslan Şahbaz, E. E. (2024). Bakım Veren Yapay Bozukluğu (Munchausen By Proxy Sendromu) ve Sosyal Hizmet Müdahalesi. *Toplum Ve Sosyal Hizmet*, 35(1), 153-172. <https://doi.org/10.33417/tsh.1337039>
- Attepe Özden, S. (2017). *Psikiyatri Kliniğinde Sosyal Hizmet Uygulamaları*. Attepe Özden, S. ve Özcan, E. (Ed.), *Tıbbi Sosyal Hizmet içinde* (125-135). Ankara: Nobel.
- Akpınar, A. (2021). Munchausen by proxy syndrome. *Health Sciences Quarterly*, 5(Supplement Issue), 199-209.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (2005). *Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması Elkitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş İkinci Baskı (DSM-IV-TR)*. Çev. Ed.: Köroğlu, E., Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (2013). *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı*, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı. Çev.Ed.: Köroğlu, E., Hekimler Yayın Birliği, Ankara
- Awadallah N, Vaughan A, Franco K, Munir F, Sharaby N, Goldfarb J. (2005). Munchausen by proxy: a case, chart series, and literature review of older victims. *Child Abuse Negl.* 29(8):931-41. doi: 10.1016/j.chiabu.2004.11.007. PMID: 16125235.
- Baykara Acar, Y; Acar, H. (2002). Sistem kuramı-ekolojik sistem kuramı ve sosyal hizmet: temel kavramlar ve farklılıklar. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 13 (1), 29-35
- Beyazova, U; Şahin, F. (2007). Çocuk istismarı ve ihmaline yaklaşımda hastane çocuk koruma birimleri Derleme. *Türk Pediatri Arşivi*, 42(11), 16-18.
- Burton, M. Caroline; Warren, Mark B.; Lapid, Maria I.; Bostwick, J. Michael (2015). Munchausen syndrome by adult proxy: A review of the literature. *Journal of Hospital Medicine*, 10(1), 32–35. doi:10.1002/jhm.2268
- Council on Social Work Education. (2009). *Advanced social work practice in clinical social work practice*. Washington, DC: Council on Social Work Education.
- Day, Deborah O.; Moseley, Robert L. (2010). Munchausen by Proxy Syndrome. *Journal of Forensic Psychology Practice*, 10(1), 13–36. doi:10.1080/15228930903172981
- Feldman, M.D. ; Brown, R.M. (2002). Munchausen by Proxy in an international context. *Child Abuse Negl.* 26(5):509-24. doi: 10.1016/s0145-2134(02)00327-7. PMID: 12079087.
- Glaser, D. (2020). Fabricated or induced illness: From Munchausen by proxy to child and family-oriented action. *Child Abuse & Neglect*, 108(), 104649–. doi:10.1016/j.chiabu.2020.104649
- Hoffman, Jeanne S.; Koocher, Gerald P. (2019). Medical Child Abuse Hidden in Pediatric Settings: Detection and Intervention. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, (), –. doi:10.1007/s10880-019-09666-8
- İnce T, Yurdakök K. Munchausen Syndrome by Proxy; A Serious Child Abuse Form. *Türkiye Çocuk Hast Derg.* 2014;8(3):165-70.
- Karadağ, F. (2018). Çocuk Ruh Sağlığında İstismarın Farklı Bir Boyutu: Munchausen By Proxy Sendromu. İçağasioğlu Çoban, A. ve Attepe Özden, S. (Ed.), *Psikiyatrik Sosyal Hizmet içinde* (157-166). Ankara: Nobel.
- Meadow, R. (2002). Different interpretations of Munchausen Syndrome by Proxy. *Child Abuse Negl.* , 26(5), 501–508. doi:10.1016/s0145-2134(02)00326-5
- Mercer, S.O.; Perdue, J.D. (1993). Munchausen Syndrome by Proxy: Social Work's Role. *Social Work*, 38(1), (74-81), doi:10.1093/sw/38.1.74 January. doi:10.1093/sw/38.1.74
- NASW (National Association of Social Worker) (2005). *NASW Standards for clinical social work in social work practice*. Washington, DC, NASW Press. pp.7.
- Özbesler, C. (2017). Tıbbi Sosyal Hizmette Giriş ve Tıbbi Sosyal Hizmetin Rollerini. Attepe Özden, S. ve Özcan, E. (Ed.), *Tıbbi Sosyal Hizmet içinde* (3-13). Ankara: Nobel.
- Özbesler, C.; İçağasioğlu Çoban, A. (2010). Ebeveyn Yoluyla Munchausen Sendromu Olgularında Sosyal Hizmetin Rolü. *Aile ve Toplum Dergisi*, 11(6), 40-49.
- Özdemir, D.F., Yalçın, S.S., Akgül, S. et al. Munchausen by Proxy Syndrome: A Case Series Study from Turkey. *J Fam Viol* 30, 661–671 (2015). <https://doi.org/10.1007/s10896-015-9700-3>.

- Parrish, M. ; Perman, J. (2004). Munchausen Syndrome by Proxy: Some Practice Implications for Social Workers”, *Child and Adolescent Social Work Journal*. Vol. 2 21, No. 2 April. 137-154. , doi:10.1023/b:casw.0000022728.04135.1f
- Sanders, M. J., Bursch B. (2020). Psychological Treatment of Factitious Disorder Imposed on Another/Munchausen by Proxy Abuse. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 139-149.
- Saruç, S., & Duyan, V. (2009). Psikiyatride ekip çalışması ve sosyal hizmet bakış açısı. *Kriz Dergisi*, 17(1), 37-44. https://doi.org/10.1501/Kriz_0000000291
- Schreier H. Munchausen by Proxy. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care* 2004;34:126-43.
- Schreler, H. A., & Libow, J. A. (1994). Munchausen by proxy syndrome: a modern pediatric challenge. *The Journal of pediatrics*, 125(6), S110-S115.
- Selvendran Sugandhan; Somesh Gupta; Sujay Khandpur; Neena Khanna; Manju Mehta; Prashanth Inna (2010). ‘Munchausen syndrome by proxy’ presenting as battered child syndrome: a report of two cases. , 49(6), 679–683. doi:10.1111/j.1365-4632.2009.04188.x
- Sugandhan, S., Gupta, S., Khandpur, S., Khanna, N., Mehta, M., & Inna, P. (2010). ‘Munchausen syndrome by proxy’ presenting as battered child syndrome: a report of two cases. *International journal of dermatology*, 49(6), 679-683. doi: 10.1111/j.1365-4632.2009.04188.x. PMID: 20618475.
- Tuncay, T., Oral M. (2012). Ruh sağlığı Alanında Sosyal Hizmet Uzmanlarının Rol ve Sorumlulukları. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 23(2), 93-114.
- Tümer, A.R., Odabaşı, A.B., Özdemir, D.F., Mutlu, E.İ., Kaynak, A.D. (2016). Çocuk İstismarı’nın Ağır Bir Türü: Bakım Verenin Yapay Bozukluğu’na (Munchausen By Proxy Sendromu), *Hukuki Ve Tıbbi Bakış. Uyuşmazlık Mahkemesi Dergisi*(6), 581-608.
- Yates, G; Bass, C. (2017). The perpetrators of medical child abuse (Munchausen Syndrome by Proxy)—A systematic review of 796 cases. *Child abuse & neglect*, 72, 45-53.
- WHO, 2022. [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-children#:~:text=Globally%2C%20it%20is%20estimated%20that,the%20past%20year%20\(1\).](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-children#:~:text=Globally%2C%20it%20is%20estimated%20that,the%20past%20year%20(1).)
- WHO, 1999. Report of the Consultation on Child Abuse Prevention, 29-31 March 1999, WHO, Geneva. World Health Organization Social change and mental health violence and injury prevention.



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: 2024 Aralık/ December Sayı/Issue:24

İclal Burcu SİVRİKAYA¹
Gamze ÖZBAYRAK²
Ömer Miraç YAMAN³

ALBİNİZMLİ BİREYLERİN YAŞADIKLARI ZORLUKLAR: SOSYAL HİZMET PERSPEKTİFİNDEN BİR İNCELEME

Makale Bilgileri/ Article info

Makalenin Türü/Article Type: Araştırma Makalesi
Geliş Tarihi / Date Received: 10.07.2024
Revizyon Tarihi/Date Revised:08.11.2024
Kabul Tarihi / Date Accepted: 17.11.2024
Yayın Tarihi / Date Published: 03.01.2025
DOI: 10.46218/tshd.1512744

Makale Künyesi/To cite this article: Sivrikaya İ. B., Özbayrak G., Yaman Ö. M. (2024, Kasım). Albinizmlili bireylerin yaşadıkları zorluklar: Sosyal hizmet perspektifinden bir inceleme. Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi 168-194.

Sorumlu Yazar/Corresponding Author: İclal Burcu Sivrikaya, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Sosyal Hizmet Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi, Sosyal Hizmet Uzmanı
ORCID: 0009-0006-6464-1255
iclalsvrky@gmail.com

Öz

Albinizm melanin pigmenti eksikliğinden kaynaklanan; deri, saç ve göz üzerinde etkisi bulunan genetik ve nadir bir hastalıktır. Albinizm, nadir görülen bir durum olduğundan bu farklılığa sahip bireylerin sorunları hakkında yeterli bilgiye erişilememekte ve yeterli çözümler geliştirilememektedir. Bu çalışmanın amacı, albinizme sahip bireylerin karşılaştıkları problemleri bireysel deneyimlerine dayanarak incelemek ve bu problemlere sosyal hizmet perspektifiyle nasıl müdahale edilebileceğini tespit etmektir. Araştırmada nitel yöntem kullanılmış ve derinlemesine görüşme tekniği ile veriler toplanmıştır. Kartopu örneklem yöntemi uygulanarak Türkiye'nin farklı illerinde yaşayan 14 albinizmlili birey ile çevrim içi mülakat yapılmıştır. Görüşmelerde demografik bilgi formu ve yarı yapılandırılmış görüşme formu aracılığıyla verilere ulaşılmıştır. Araştırma sonucunda albinizmlili bireylerin aile, iş, arkadaşlık ilişkilerinde damgalanma başta olmak üzere çeşitli problemlerle karşılaştığı tespit edilmiş; bu problemlerin çözümünde multidisipliner çalışmalar gerçekleştirilerek toplum temelli farkındalık çalışmalarının yapılması, bireye ve ailesine psikososyal destek sağlanması, albinizmlili bireylerin yaşamlarının iyileştirilmesi için ihtiyaç duydukları teknik malzemelere ulaşımında ekonomik destek sağlanması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Albinizm, Nadir hastalık, Sosyal Hizmet

CHALLENGES FACED BY INDIVIDUALS WITH ALBINISM: AN EXAMINATION FROM A SOCIAL WORK PERSPECTIVE

Abstract

Albinism is a genetic and rare condition caused by the lack of melanin pigment, affecting the skin, hair, and eyes. Since albinism is a rare condition, there is insufficient information available about the problems faced by individuals with this difference, and adequate solutions have not been developed. The aim of this study is to examine the problems faced by individuals with albinism based on their personal experiences and to determine how these problems can be addressed from a social work perspective. A qualitative method was used in the research, and data were collected through in-depth interviews. Using the snowball sampling method, online interviews were conducted with 14 individuals with albinism living in different provinces of Turkey. Data were obtained through a demographic information form and a semi-structured interview form during the interviews. The research found that individuals with albinism encounter various problems, primarily

¹ Yüksek Lisans Öğrencisi, İstanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, iclalsvrky@gmail.com, ORCID: 0009-0006-6464-1255

² Doktora öğrencisi, İstanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, ozbayrakgamze.tr@gmail.com, ORCID: 0000-0003-0636-0683.

³ Prof. Dr., İstanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü, omermirac@gmail.com, ORCID: 0000-0001-9989-8575.

stigmatization in their family, work, and friendship relationships; it is recommended to carry out multidisciplinary efforts and community-based awareness activities to solve these problems, provide psychosocial support to the individual and their family, and offer economic support for access to the technical equipment needed to improve the lives of individuals with albinism.

Keywords: *Albinism, Rare Disease, Social Work*

Giriş

Genetik hastalıklar, bireyleri ve aileyi psikososyal, ekonomik ve fiziki yönden etkileyen ve önemli sorunlara sebep olan, kısıtlı tedavi seçeneklerine sahip bozukluklardır (Demir vd., 2022:68; Kurt ve Tarus, 2022:91). Nadir hastalık ise toplam nüfusa kıyasladığında çok daha az insanı etkileyen hastalıklar olarak tanımlanır (Aslantürk vd. 2019: 81). Türkiye verileri incelendiğinde nadir hastalığa sahip 5-7 milyon birey olduğu görülmektedir (Dündar ve Karabulut, 2010:198).

Nadir hastalığa sahip birçok birey ve aileleri, tanıda gecikme ve/veya yanlış tanı, bilgi edinememe ya da yanlış bilgi edinme, hastalık sürecini yönetememe gibi sorunlarla karşılaşmaktadır (Aslantürk vd. 2019:85). Albinizm dünya genelinde 17.000 kişiden 1'inde görülmektedir. Bu oranı Türkiye nüfusuyla kıyasladığımızda yaklaşık olarak 3000-4000 kişinin albinizimli olabileceği varsayılmaktadır ancak Türkiye’de albinizm verileri kısıtlıdır dolayısıyla kesin bir sayıya ulaşamamaktadır (Petriçli, 2019:1; Samur vd, 2022:39). Nadir hastalıklar hakkında bilgi edinmek ve veri toplamak bu hastalıklara sahip bireylerin yaşam standartlarının iyileştirilmesinde önemli rol oynamaktadır.

Albinizm, vücudun pigmentasyon üretme kabiliyetini etkileyen; saç, deri ve gözde etkisi gözlemlenebilen ve görme bozukluğuna neden olan genetik bir durumdur (Miller, 2017:19). Albinizm genel nüfusa oranla daha az kişide görüldüğü için nadir hastalık olarak tanımlanmaktadır (Aslantürk vd., 2019:8). Albinizmin birçok farklı türü bulunmasına rağmen görme bozukluğu ve cilt hassasiyeti bu hastalıkta karakterize olmuş iki temel özelliktir.

Görme bozukluğuna dair sıkça karşılaşılan problemlerden biri nistagmustur. Nistagmus, kişinin gözlerinin istem dışı ve hızlı şekilde hareket etmesidir. Görme problemlerinden diğeri fotofobidir. Fotofobisi olan bireyler ışığa karşı çok hassastır (Kolk ve Bright, 1983:49). Bu görme problemlerine sahip kişiler sadece görme problemiyle değil aynı zamanda damgalanma sorunuyla da karşılaşırlar. Çocukluk döneminde aktivitelerden dışlanmayla başlayan damgalanma süreci, yetişkinlik döneminde eğitim ve iş hayatında devam edebilmektedir (Samur vd., 2022: 43; Wan, 2003: 286; Özkan, 2013: 65). Albinizimli bireylerin en temelde yaşadıkları problemlerden biri olan cilt hassasiyeti de yaşamlarını zorlaştıran bir faktördür. Güneş yanığına ve cilt kanserine yatkın olmaları sebebiyle güneş kremi kullanmaları ve güneşten kaçınmaları gerekmektedir (Ojedokun, 2018: 34; Doğramacı, 2011:123).

Albinizimli bireylerin karşılaştıkları zorluklar görme bozukluğu ve cilt hassasiyeti ile sınırlı kalmamaktadır. Eğitim hayatında da çeşitli problemler yaşamaktadırlar. Görme bozuklukları nedeniyle tahtayı görmekte, sınav kağıtlarını ve ders materyallerini okumakta zorlanmaktadırlar (Yaşar, 2022:117). Dış görünüşlerinin dikkat çekmesi, istemsiz göz hareketleri, nesnelere yaklaşmaya ihtiyaç duymaları sebebiyle okul döneminde akranları tarafından uygulanan zorbalıkla mücadele etmek zorunda kalabilmektedirler (Ünal ve

Coşkun, 2021: 486). Bunların yaşanmaması için albinizimli birey okula başlayacağı zaman aile-öğretmen ve okul yönetimi arasında iletişimin kuvvetli olması önemlidir.

Albinizimli bireyler aile hayatında da zorluklarla karşılaşabilmektedir. Çocukların sahip olduğu beklenmeyen hastalık durumları, çocuğun ailesinde ve çevresinde negatif duyguların ve psikolojik yansımaların yoğunluğunun artmasına neden olabilmektedir. Ebeveynlik rolünün sorumlulukları bireyleri psikososyal ve ekonomik yönden etkilemektedir. Nadir hastalığa sahip bir çocuğun ebeveynleri; ebeveynlik rolünün yanında bakım veren rolünü de üstlendiklerinden bu etkileri daha derinden yaşayabilmektedirler (Aslantürk vd., 2019: 82-83).

Albinizimli bireylerin karşılaşabilecekleri sorunlarla baş edebilmek için ihtiyaç duyacakları becerileri geliştirmeleri yüksek oranda aileye ve sosyalleşme süreçlerine bağlıdır. Dolayısıyla dışlanma ve reddedilme davranışlarının ilk olarak ailede görülmesi albinizimli bireylerin, toplumun negatif tutum ve davranışları ile baş etme olasılığını azaltmaktadır (Gaigher vd., 2002: 10). Bu sebeple ailenin tutum ve davranışları negatifse bunları pozitif hale getirmek ve olumlu bir alan inşa etmek için çabalamak gerekmektedir (Ezeilo, 1989: 1131).

Albinizimli bireylerde özgüven düşüklüğü, depresyon, insanlarla ilişki kurmada ve sosyal öğrenmede yetersizlik gibi problemler de görülmektedir (Hajiana ve Nasirian, 2014: 142). Çocukluk döneminden yetişkinlik dönemine kadar damgalanma ve zorbalığa uğramaları da bu problemlerin sebepleri arasında yer almaktadır (Ikuomola, 2015:195). Bu damgalanma ve zorbalık bireylerin yetişkinlik dönemlerinde iş hayatında kendini gösterebilmektedir. Meslek seçimlerini etkileyen albinizm (Wan, 2003: 285; Butler-Jones, 2013: 9) çalışmak istedikleri alanlarda da sosyal ayrımcılık ve damgalanma sebebiyle çeşitli engeller çıkarabilmektedir. Bu da ekonomik olarak problem yaşamalarına sebep olmaktadır (Hong vd., 2006:9). Albinizimli bireylerin yaşadıkları psikososyal zorluklar arasında ise depresyon, anksiyete ve sosyal fobi gibi sorunlar yer almaktadır. Bu sebeple yaşam boyu psikolojik destek almaları hatta bu desteğin albinizimli bebeğin doğumuyla başlaması önemli görülmektedir (Samur vd., 2022: 44; Ezeilo, 1989: 1131).

Araştırmanın Amacı

Literatür araştırması sonucunda albinizimli bireylerin çocukluk dönemlerinden itibaren; aile, arkadaş, eğitim, iş gibi hayatlarının pek çok alanında ve döneminde çeşitli zorluklar yaşadıkları belirlenmiştir (Ezelio, 1989: 1131; Ojedokun,2018:34; Wan, 2003: 284). Ayrıca fiziksel ve psikolojik sağlık sorunlarını deneyimlemeye diğer insanlara göre daha yatkın olabildikleri anlaşılmıştır. Sosyal hizmet mesleği, toplumdaki dezavantajlı kesimlerle çalışmalar yürüttüğünden albinizimli bireyler de sosyal hizmetin ilgi alanları içerisinde yer almaktadır dolayısıyla albinizimli bireylerin yaşamlarındaki zorluklar yalnızca bireysel birer sorun olarak değil bir sosyal sorun olarak da ele alınmalıdır. Bu noktada sosyal hizmet disiplini, toplumdaki dezavantajlı grupların maruz kaldığı yapısal eşitsizlikleri ortadan kaldırmayı amaçlayan bir meslek olarak, albinizimli bireylerin haklarının savunulmasında ve yaşamlarının kolaylaştırılmasında kritik rol oynar. Türkçe literatürde albinizimli bireylerin karşılaştıkları problemler eğitim yaşamı ve engellilik üzerinden ele alınmış (Ünal ve

Coşkun, 2019; Samur vd. 2022), yabancı literatürde ise çoğunlukla siyahi ırk içinde albinizmlı birey olmanın getirdiği dezavantaj incelenmiş ve damgalanma sorununa vurgu yapılmıştır (Lund vd.2018; Butler-Jones, 2013; Gaigher vd. 2002). Bu çalışmada, 'Albinizmlı bireylerin yaşadıkları sorunlar nelerdir ve nasıl sosyal hizmet müdahaleleri geliştirilebilir?' sorusundan hareketle, albinizmlı bireylerin yaşamlarını biyopsikososyal bir bakış açısıyla değerlendirmek ve bu kapsamda daha derinlemesine bir irdeleme yapmak amaçlanmıştır. Albinizmlı bireylerin gerek bireysel gerek toplumsal eksende yaşadıkları sorunların, sosyal hizmet uygulama ve müdahale planları ile minimize edilebileceği düşünülmektedir. Bu noktalardan hareketle araştırmada albinizmlı bireylerin yaşadıkları sorunların neler olduğunun mikro-mezzo-makro boyutta anlaşılması ve öğrenilmesi; yaşanan sorunlara sosyal hizmet mesleğinin nasıl müdahalelerde bulunabileceğini tespit etmek amaçlanmıştır.

2. Gereç ve Yöntem

2.1. Araştırmanın Modeli ve Deseni

Çalışmada nitel araştırma yöntemi kullanılmıştır. Gözlem ve derinlemesine mülakat gibi nitel veri toplama yöntemlerinin kullanıldığı nitel araştırma yönteminde, bireylerin duygu ve düşünceleri direkt ve gerçekçi olarak, doğal bir ortamda aktarılır. Bu özellikleri dolayısıyla nitel araştırma, insana dair algı ve olayları derinlemesine incelemeyi sağlayan ve disiplinler arası kapsayıcı bakış açısına sahip bir yaklaşımdır (Hatch, 2002; Merriam ve Grenier, 2019). Nitel araştırmanın ana amacı var olan sorunun, katılımcı bakış açısıyla ele alınması ve değerlendirilmesidir. Bu özellikler çalışmanın amacına uygun görüldüğünden nitel araştırma yöntemi tercih edilmiştir.

Çalışmanın amacı, albinizme sahip bireylerin yaşamlarında karşılaştıkları problemleri bireysel deneyimlerine dayanarak incelemek ve bu problemlere sosyal hizmet perspektifiyle nasıl müdahale edilebileceğini tespit etmek olduğundan, çalışmada fenomenolojik desen kullanılmıştır. Bir olay veya olgu ile ilgili deneyimlerin katılımcılar tarafından aktarıldığı araştırma desenine fenomenolojik araştırma denir (Giorgi, 2009: 236). Fenomenolojik desen bireylerin deneyimlerinin ve duygularının direkt olarak aktarılmasını ve az sayıda katılımcının paylaşımı ile araştırılan konunun özüne ulaşılmasını sağlamaktadır (Creswell, 2017: 72).

2.2. Araştırma Grubu

Araştırmanın çalışma grubunu albinizmlı bireyler oluşturmaktadır. Çalışma grubuna ilk erişimde amaçlı örnekleme yöntemi kullanılmış ve Albinizm Derneği ile iletişime geçilmiştir. Amaçlı örnekleme yöntemi, araştırılan konu hakkında bilgi veya deneyim sahibi olan kişilerle çalışmayı içerir, bu sayede daha çok veri toplamak amaçlanır (Yağar ve Dökme, 2018: 4; Başkale, 2016: 25). Daha sonra kartopu örnekleme yöntemi ile diğer kişilere ulaşmak hedeflenmiştir. Ayrıca sosyal medya hesaplarında paylaşılan gönüllü katılımcı anketi ile katılımcı arayışına girilmiş, bu sayede araştırma grubu oluşturulmuştur. 8'i erkek 6'sı kadın olmak üzere, 14 katılımcı ile görüşme yapılmıştır. Çalışmanın içerme kriterleri arasında 18 yaşından büyük olmak,

albinizm tanısına sahip olmak ve araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul etmek yer almaktadır. Çalışmanın dışlama kriterleri arasında 65 yaş üstünde olmak ve albinizm tanısına sahip olmamak yer almaktadır. Katılımcıların demografik bilgileri Tablo.1'de belirtilmiştir.

Tablo.1: Katılımcıların Sosyodemografik Bilgileri

Katılımcı	Yaş	Cinsiyet	Öğrenim Durumu	Mesleği	Medeni Durum	Albinizm Türü
K1	24	Kadın	Lisans	-	Bekar	Bilmiyor
K2	50	Erkek	İlkokul	Emekli	-	Bilmiyor
K3	19	Kadın	Lisans	Öğrenci	Bekar	Bilmiyor
K4	25	Kadın	Lisans	Öğretmen	Evli	Bilmiyor
K5	26	Erkek	Lisans	Öğrenci	Bekar	Bilmiyor
K6	25	Erkek	Lise	Otomatif Sektörü	-	Oküler Albinizm
K7	35	Erkek	Lise	Öğretmen	Evli	Bilmiyor
K8	33	Erkek	Ön lisans	-	Bekar	Okülokutanöz Albinizm
K9	32	Erkek	Lisans	Muhasebeci	Bekar	Okülokutanöz Albinizm
K10	21	Kadın	Ön lisans	Tıbbi Sekreter	Bekar	Bilmiyor
K11	21	Erkek	Ön lisans	Memur	Bekar	Oküler Albinizm
K12	26	Erkek	Ön lisans	Memur	Bekar	Bilmiyor
K13	29	Kadın	-	Öğretmen	-	Bilmiyor
K14	23	Kadın	Ön lisans	Öğrenci	Bekar	Bilmiyor

2.3. Araştırmanın Veri Toplama Süreci

Çalışmada veri toplama tekniği olarak gözlem ve derinlemesine mülakat yöntemi tercih edilmiştir. Mülakat öncesinde katılımcılar bilgilendirilmiş, onam alınmıştır. Yapılan mülakatlarda yarı yapılandırılmış görüşme tekniği kullanılmıştır. Yarı yapılandırılmış görüşmelerde, soru formuna tamamen bağlı kalınmaz ancak sorular önceden belirlenmiştir. Bu görüşme tarzı, yapılandırılmış ve yapılandırılmamış görüşmelerin dengeli bir kombinasyonudur (Altunay vd., 2014:64). Çalışmada kullanılan yarı yapılandırılmış görüşme formunda, katılımcıların albinizm farklılığıyla ilgili sahip oldukları duygu ve düşüncelerinin kişisel yaşamlarındaki etkisi; aile, arkadaşlık, iş yaşamındaki deneyimleri ve sosyal hizmet çalışmalarından beklentileriyle alakalı toplam

22 soru bulunmaktadır. Görüşmelerde katılımcıların demografik bilgilerini öğrenmek amacıyla sosyodemografik soru formu kullanılmıştır. Toplamda 14 katılımcı ile gerçekleştirilen mülakatlar ortalama 35 dakika sürmüştür.

Gerçekleştirilen mülakatlarda katılımcıların jest ve mimikleri, ses tonları, tutum ve davranışları gözlemlenmiştir. Mülakatlar katılımcıların gönüllülüğü esas alınarak görüntülü görüşme uygulaması (Zoom) aracılığıyla gerçekleştirilmiş, katılımcıların onayıyla kayıt altına alınmıştır.

2.4. Veri Analizi

Analiz yöntemi olarak betimsel analiz tercih edilmiştir. Betimsel analiz yöntemi araştırılan konuda daha önce yapılan çeşitli çalışmaların ayrıntılı şekilde incelenmesini ve düzenlenmesini içermektedir (Ültay vd., 2021: 189). Mülakatlar sonucunda elde edilen sesli veriler, bilgisayarda yazıya aktarılmıştır. Toplam 155 sayfa yazılı deşifreye ulaşılmıştır. Bu deşifreler, MAXQDA programı kullanılarak kodlanmıştır. Son aşamada ortak kodlar birleştirilmiş, araştırmanın amacı dışında kalanlar dahil edilmemiş, elde edilen kodlar kategorileştirilmiş ve toplam 7 tema oluşturularak analize son hali verilmiştir.

2.5. Geçerlilik ve Güvenirlik

Araştırmanın geçerlik ve güvenilirliğini sağlamak amacıyla örneklem grubuna ulaşmada amaçlı örneklem yöntemi kullanılmış bu sayede ele alınan konuya dair deneyim sahibi olan katılımcılara ulaşılmıştır. Amaçlı örneklem yöntemi, araştırmayla doğrudan ilişkili birey veya grupların, araştırma konusu ve alanıyla ilgili unsurların kapsama dahil edilmesi, böylece zengin ve doğru bir veri setine ulaşılmasını sağlayan bir tekniktir (Arslan, 2022: 400). Araştırmanın geçerlik ve güvenilirliği sağlamak için kullanılan yöntemlerden bir diğeri negatif durum analizidir. Bu yöntemde, temalarda görülen negatif veya uyuşmaz bilgiler de araştırmaya dahil edilir ve okuyucunun bilgisine sunulur. Bu sayede açıklama daha gerçekçi ve geçerli olmaktadır (Creswell, 2013: 202). Ek olarak araştırmada elde edilen bulguların kodlamaları yapılırken kodlayıcılar arası tutarlılık gözetilmiş, araştırmacılar birbirleriyle iletişim halinde kalarak analizlerini paylaşmışlardır.

2.6. Etik Uygunluk

Araştırmanın etik ilke ve değerlere uygun yürütülmesi için İstanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu'ndan 07.11.2023 tarihinde etik kurul onayı alınmıştır.

3. Bulgular

Araştırmanın bulguları; "Albinizmin Fark Edilme Süreci"; "Albinizimli Birey Olmaya Dair Fiziksel Deneyimler"; "Albinizimli Birey Olmaya Dair Psikolojik Deneyimler"; "Albinizimli Bireylerin Eğitim Yaşamı Deneyimleri"; "Albinizimli Bireylerin Maddi Zorlukları ve İş Yaşamı Deneyimleri"; "Albinizimli Bireylerin Sosyal İlişkileri ve Zorluklarla Baş Etme Yöntemleri"; "Albinizimli Bireylerin Sosyal Hizmete Dair İhtiyaç ve Beklentileri" olmak üzere 7 temel başlıkta açıklanmıştır.

Tablo.2: Çalışmanın Temaları

Temalar
3.1. Albinizmin Fark Edilme Süreci
3.2. Albinizimli Birey Olmaya Dair Fiziksel Deneyimler
3.3. Albinizimli Birey Olmaya Dair Psikolojik Deneyimler
3.4. Albinizimli Bireylerin Eğitim Yaşamı Deneyimleri
3.5. Albinizimli Bireylerin Maddi Zorlukları ve İş Yaşamı Deneyimleri
3.6. Albinizimli Bireylerin Sosyal İlişkileri ve Zorluklarla Baş Etme Yöntemleri
3.7. Albinizimli Bireylerin Sosyal Hizmete Dair İhtiyaç ve Beklentileri

3.1. Albinizmin Fark Edilme Süreci

Albinizm doğuştan gelen genetik bir farklılık olsa da bireylerin albinizimli olduklarını öğrenme süreçleri, albinizimli olma durumuna verdikleri tepkiler ve hissettikleri duygular farklılık göstermektedir. Bu başlık altında bireylerin albinizimli olduklarını öğrenme süreçleri ve verdikleri tepkiler ele alınmaktadır.

Bireylerin albinizimli olduklarını çoğunlukla ebeveynlerinden veya doktorlardan öğrendiği görülmektedir. Aile ve doktor aracılığı ile öğrenmeyen bireylerin çoğunlukla içinde buldukları ikincil sistemler aracılığıyla öğrendikleri görülmüştür.

"Benim babam zaten hastanede çalışıyordu. Bir sürü doktorla zaten haşır neşirdik. Onun dışında yani kreşe gittim. Kreşte zaten herkes, bütün çocuklar ilgi duyuyorlardı. Ben hep sorguladım niye herkes bana ayrı bir ilgi gösteriyor, niye herkes bana sen beyazsın diyor diye sorguluyordum, isyan ediyordum. Ne yani beyazım ne olacak ki falan. Sonra ailem dedi ki sen albinosun, diğer insanlardan daha farklı görünüşe sahipsin diye."(K8,33)

"Albinizm olduğumu 2005 yılında doktor kontrolünde, yanlış hatırlamıyorsam, Cerrahpaşa Tıp Fakültesinde o zaman ilk defa muayene olmuşum. Sonra doktor bana şey dedi 'tipik albinizm vakası' diye, öğrencileri gelmişti onlara aslında bu konuyu aktarınca albinizmi duydum. 'Hocam albinizm dediniz, o nedir?' dedim, 'Senin içinde bulunduğun durum albinizmle alakalı bir durum.' dedi. Ondan sonra ben bununla alakalı araştırmaları yaptım..."(K9, 32)

Katılımcılar albinizimli olduklarını fark ettikleri ilk anlarda çoğunlukla kabullenememe, reddetme ve şok gibi duygular yaşamışlardır. Yaşanan bu olumsuz duyguların temelinde damgalanma endişesi ve özgüven problemlerinin olduğu görülmüştür.

"Ben beynimden vurulmuşa döndüm zaten, hiç unutamayacağım bir andı hayatımdaki. Öğrendikten sonra baya bir şey olmuşum, nasıl ya ben albinizimli değilim...İlk başta bir

kızdım... Öğrendikten sonra şöyle bir süreç var artık hani belli bir engelin olduğunu da öğreniyorsun. Bir şekilde geri kalıyorsun insanlardan bunun da farkına varıyorsun. O biraz şey yapmıştı. Hani mesela toplumun beni koyacağı yer olsun. İşte psikolojik olarak bir dışlanma korkusu olsun. Onlar böyle gözümün önünden geçti yani. Kötü hissettim kendimi baya. Daha sonra tabii bir depresyon süreci yaşadım. İşte böyle hayat mı yaşanır? Böyle bir hayata küstüğüm bir dönem olmuştu. İşte ben niye böyle doğdum? Şanssız bir insanım falan. İşte her şey kötü gidecek falan. Böyle bir iki üç ay bir depresyon süreci yaşadım."(K6,25)

"Başta çok kötü hissettiriyordu çünkü diğer bireylerden farklıydım. Daha içine kapanıktım. Yani özgüven seviyesi birazcık daha düşüktü. Çünkü yaştlarım benden normal, ben anormal duruyordum yanlarında. Ve dışlanıyordum."(K13,29)

Olumsuz duyguların ve endişelerin yanında albinizmi olmaktan ve albinizmin getirdiği farklılığa sahip olmaktan mutluluk duyan katılımcılar da bulunmaktadır.

"İyi hissediyorum ama hani görmek konusundaki eksiklik bana biraz buruk hissettiriyor. Yoksa ben çok memnunum halimden. Mesela diğer insanların uğraştığı gibi fondöten kullanmak gibi bir şeyim olmuyor. Ne bileyim renkli göz takıntım yok."(K4,25)

Bireylerin duygularının yanında aileye yeni katılan bir üyenin albinizmi olması aile üyeleri tarafından farklı tepkiler verilmesine neden olmuştur. Nadir görülen ve doğumdan önce tespit edilemeyen bu farklılığın bebek doğduğunda, bazı ailelerde olumlu duygular oluştururken bazı ailelerde olumsuz duygulara neden olduğu görülmüştür.

"Annem, ben sizi albino veya normal diye hiçbir zaman nitelendirmedim diyor. Hatta içime doğardı benim bu çocuğum albino olacak diye diyor. Ama ona rağmen hiç kimseye bunu müdahale ettirmek istemezdim diyor..."(K14, 23)

Verilen tepkilerin çekirdek aile içerisinde olumlu olduğu ancak geniş aile üyelerinin daha olumsuz ve sert tepkiler verdiği görülmüştür. Bu olumsuz tepki ve davranışların temelinde batıl inançların ve bilgi eksikliğinin bulunduğu görülmüştür.

"Halalarımın sıkıntı olmuş. Ablamdan sonra, ikinci ablam dünyaya geldiğinde o normal olarak dünyaya gelmiş. Yani albinizmi bir birey değil. Aralarında bir tartışma olduğunda annem bunu dahi duymuş, annem yanına almak istediğinde sen bunu al git (kendisi için), diğeri bizim yanımızda kalsın kelimeleri."(K14, 23)

"İlk başta bir kabullenememişler. Dedem, annemin babası da çok kabullenmemiş. Hatta lanetli, kötü, yere düşürüp ölmemi falan istemişler...İnsanlar eve geldiğinde korkmuş, ne oluyor falan."(K1, 24)

Bazı geniş aile üyelerinin ise olumlu duygu ve düşüncelere sahip olduğu tespit edilmiştir. Bireylerin dahil olduğu ilk sistem olan aile sisteminin bireyin varlığına ve doğuştan taşıdığı özelliklere olan tutumları bireylerin gelecek yaşantısı üzerinde önem arz etmektedir. Katılımcılar da ailelerinden gördükleri desteği önemsediklerini ve yaşamlarında olumlu etkilerini gördüklerini belirtmişlerdir.

"...Ailem hiçbir zaman dışlamadı aksine her zaman bana güvenip destek oldular. Belki de ben o yüzden şanslıyım. Ailem veya çevrem tarafından dışlanmadım hiçbir zaman."(K10,21)

"Bilmiyorum, çok seviliyorum. Benim ilk torun olmam. Hem anne hem babadan ilk torun olmam. Belki beni biraz daha böyle el üstünde tutulur vaziyete getirdi. Ama hiçbir zaman bir dışlanma, bir itirme, hiçbir şey görmedim. Gayet herkes kıymetimi biliyor. Hepsinden de Allah razı olsun. El üstünde tutuluyorum diyebilirim. Hepsini de seviyorum, tüm akrabalarımı."(K4,25)

Elde edilen bulgular, albinizmliler bireylerin yaşamlarının erken dönemlerinde karşılaştıkları zorlukların ve bu durumu kabullenme süreçlerinin oldukça karmaşık ve duygusal açıdan yoğun olduğunu göstermektedir. Katılımcıların albinizmi öğrenme süreçlerinde yaşadıkları olumsuz duyguların temelinde, toplumsal damgalanma ve neden olduğu özgüven eksikliği olduğu görülmektedir. Ayrıca aile ve sosyal çevrenin verdiği tepkiler, bireylerin albinizmlilerle başa çıkma süreçlerinde kritik bir rol oynamaktadır. Özellikle aile desteği, bireylerin yaşamları boyunca albinizmlilerle sağlıklı bir şekilde başa çıkabilmelerine katkıda bulunurken geniş ailenin ve ikincil sistemlerin olumsuz tutumları ise bireylerin bu süreci zorlayıcı ve travmatik bir deneyim olarak yaşamalarına neden olabilmektedir.

3.2. Albinizmliler Birey Olmaya Dair Fiziksel Deneyimler

Albinizmliler bireylerin fiziksel deneyimleri görme problemi ve cilt hassasiyeti konularında ortaklık göstermektedir. Ancak bireylerin deneyimledikleri durumlara karşı verdikleri tepkiler ve hissettikleri çeşitlilik göstermektedir.

Albinizmliler bireyler açık alanda geçirecekleri vakitlerde dikkatli olmadıklarında cilt yanıklarıyla karşılaşabilmektedirler. Gözlerinin ışığa karşı hassasiyeti sebebiyle güneş gözlüğü kullanımı da önemlidir.

"Mesela normal bir insan güneşli bir günde çıkıp dışarıda rahat rahat gezerken çok korkarak gidiyorum. Yaz günü uzun kollu gömlekler, tişörtler giydiğimi bilirim. Çoğu insan hatta her insan, yazın deniz keyfini zirvesine kadar yaşayıp da benim o denize dahi gidememem. Benim

mesela babam da karşıdır bizi denize götürmeye. Çünkü bir kere gittik çok bilinçsiz şekilde gittik ve vücudumun her yerinin şiştiğini, su topladığını gördüm."(K2,50)

"11-5 arası kesinlikle bize yasak. Özellikle yazın. Çünkü güneş ışınları o saatlerde daha dik ve kuvvetli geldiği için o saatler bizim için ölümcül saatlerdir. Yani cildiye doktorları ölüm tehlikemizin olduğunu açık açık belirtirler. Ama zaten saat aralığını göz önünde bulundurarak dışarıya çıkmasam bile kullanmış olduğum yüksek faktörlü güneş kremleri sayesinde çok ciddi hasarlar almıyor cildim."(K13,29)

Albinizmliler bireyler görme zorluğu nedeniyle günlük yaşamlarında çeşitli problemler yaşamaktadırlar. Derinlik algısı olmaması sebebiyle düşme, çarpma vb. tehlikelerle karşı karşıya kalmaktadırlar.

"Derinlik algımız pek yoktur. Mesela bu taralı olan merdivenlerde sıkıntı yaşıyoruz. Düz renk gibi gözüküyor ama aslında basamak var. Ben genelde loş ışık kullanmayı severim. Onun dışında, genelde zaten bizim fotofobimiz biraz fazladır. Yani ışık hassasiyetimiz fazla olduğu için..."(K8,33)

Görme yetileri ince işler için yeterli olmadığından meslek seçimleri de etkilenmektedir. Yeterli görme düzeyine sahip olmadıkları için ehliyet alamamaları ve bireysel araç kullanımlarının olamaması bireylerin yaşamını zorlaştıran bir diğer unsurdur.

"Üniversitede ben mimarlık fakültesini kazandım. Ama okulu hazırlık sınıfını bitirdikten sonra bırakmak zorunda kaldım görme probleminden dolayı. Projeleri falan hazırlayamayacağımı düşündüm. Gittim, derslerine falan katıldım. Benim yapabileceğim bir iş değil dedim. Ben bu okulu bitirsem bile bu iş üzerinden para kazanıp ekmeğimi yiyemem dedim. O yüzden okulu bıraktım."(K12,26)

"Mesela benim hayalim araba kullanmak. Araba kullanmak bizim için imkansız denecek kadar zor bir ihtimal. Çünkü görüş alanımız oldukça düşük olduğundan ehliyet alabilmemiz zor, toplumdaki diğer insanların trafik konusunda herhangi bir zarara uğramaması için kendi isteklerimizi bir köşeye bırakmak zorunda kaldık."(K9,32)

Albinizmin insanlar tarafından fark edilebilir olması farklı deneyimlere neden olmaktadır. Katılımcılar görünümünün farklılığı sebebiyle kimi zaman ilgi görürken kimi zaman zorbalığa uğramakta alay konusu olmaktadır.

"Şöyle, nasıl söylesem, zaten herhangi bir yerde olduğum zaman insanlar tarafından sürekli bakma veya yanıma gelip konuşma isteği oluyor. Onun dışında sürekli çok güzelsiniz, saçınızın

rengi çok güzel falan olayları da bunlar mutlu ediyor ve ben o an sizin söylediğiniz gibi onu gerçekten diyorum kendime, ben farklıyım diye."(K3,19)

"Yani dışarıdan ben yine bunları çok duymamaya çalıştım ama belli bir yere kadar. Mesela ben arkamdan benimle Beyaz, Beyaz diye dalga geçenleri umursamaktan ziyade böyle küçük bir çocuk geldiğinde abla senin gözlerin neden kırmızı? Dediğinde, o dışarıdaki çocuğun benimle dalga geçmesi hiçbir zaman zoruma gitmezdi. Ama yani o çocuğun gelip de dikkatini çekip de böyle sorması böyle benim birazcık etkilerdi."(K14,23)

Elde edilen bulgular, albinizmliler bireylerin hem fiziksel hem de sosyal açıdan birçok zorlukla karşılaştığını göstermektedir. Cilt hassasiyeti ve görme problemleri, bireylerin günlük yaşamlarında sürekli dikkatli olmalarını gerektiren unsurlar arasında yer alırken bu durumun sosyal yaşantılarına ve meslek seçimlerine de doğrudan etkisi olduğu gözlemlenmiştir. Albinizmliler bireylerin fiziksel özellikleri hem pozitif hem de negatif anlamda dikkat çekmelerine neden olurken bu durum bazen toplumsal kabullerini zorlaştırmaktadır. Ayrıca, bireylerin görme problemleri nedeniyle yaşadıkları sınırlamalar, meslek hayatlarını ve sosyal mobilitelerini ciddi şekilde kısıtlamaktadır. Kısaca, albinizmliler bireylerin fiziksel durumları, sosyal ilişkileri ve yaşam kaliteleri üzerinde derin etkilere neden olmaktadır. Bu problem toplumun daha bilinçli ve destekleyici yaklaşımlar geliştirmesi için sosyal hizmet müdahalelerinin gerekliliğini ortaya koymaktadır.

3.3. Albinizmliler Birey Olmaya Dair Psikolojik Deneyimler

Albinizme sahip olmak bireylerin hayatlarında zorlayıcı etkilere neden olabilmektedir. Dolayısıyla katılımcıların geçmiş ve bugün odaklı olarak albinizmliler olmaya dair duyguları ve psikolojik iyi oluş halleri irdelenmiş; bireyin deneyimlerine ve yaşam dönemlerine göre farklı durumlar yaşandığı tespit edilmiştir.

Katılımcılardan bazıları albinizmliler olmaya dair olumlu duygular yaşarken diğerleri zaman zaman olumsuz duygu durumları yaşadığını belirtmiştir. Olumlu duygularda farklı olmanın etkisi mevcutken, olumsuz duygularda dışlanma ve özgüven eksikliği gibi olaylar etki etmektedir.

"Ya aslında güzel hissettiriyor. İşte hani söylediğim gibi insanlardan farklı olmam. İşte hani onların isteseler bile hani bu görünüşe sahip olamamaları. İşte bu beni mutlu hissediyor. Farklılık güzeldir sonuçta. Bu şekilde. Ama tabii ki kötü yanları da oluyor. Tabii ki üzücü yanları. Hani neden diye de insan bir soruyor. Hani kötü bir durum da oluyor açıkçası."(K3,19)

"Başta çok kötü hissettiriyordu çünkü diğer bireylerden farklıydım. Daha içine kapanıktım. Yani özgüven seviyesi daha düşüktü. Çünkü yaştlarım benden normal, ben bir anormal duruyordum yanlarında ve dışlanıyordum."(K13,29)

Katılımcılar çoğunlukla ortaokul ve lise dönemlerinde psikolojik desteğe ihtiyaç duyduklarını belirtmişlerdir. Psikolojik destek almak isteyen katılımcılar bu desteğe kolayca ulaştıklarını ifade etmiştir. Profesyonel

destek alma ihtiyacı duymayan katılımcılar ise gerekli desteği sosyal çevrelerinden karşıladıklarını belirtmiştir.

"Psikososyal destek, ilkokulda bir döneminde olmuştu. İllkokulda arkadaşların yaklaşımlarından dolayı agresifliğimle kaynaklı bir psikoloğa gitmiştim. Destek almıştım, o da devletten zaten yapmıştık, o da çocukluğun verdiği biraz da albinizmin verdiği sıkıntılardan dolayı. Ergenlik döneminde de ister istemez hani o dönemde daha agresif oluyorsunuz, vurdu kırdı daha çok oluyor o zamanlar, agresiflik daha fazla olduğu için o zaman bir destek istemişim, onu da bir şekilde anlatıyorsunuz yani devletin verdiği psikologlarla bir şekilde yardım almıştım yani."(K8,33)

"Yok, hayır. Duymadım hiç. Zaten ailem bilinçli olduğu için sürekli konuşuyoruz, babam konuşmayı çok sever bizimle. Nasıl desem, baba kızdan çok arkadaş ilişkisi var aramızda. Herhangi bir sıkıntı olduğunda babamla konuşmam benim için yeterli oluyordu. O şeyi babamdan alabiliyordum."(K3,19)

Bu bulgular, albinizimli bireylerin psikolojik iyi oluş hallerinin, albinizmle ilgili deneyimledikleri duygusal tepkilerin, sosyal çevreleri ve yaşadıkları dönemlerle yakından ilişkili olduğunu göstermektedir. Özellikle ergenlik döneminde dışlanma ve bunun getirdiği özgüven eksikliği gibi olumsuz duyguların daha yoğun yaşandığı görülmektedir. Buna karşılık sosyal destek ve psikolojik yardımın bu bireylerin yaşam kalitelerini artırdığı ve iyi oluş hallerini pozitif yönde etkilediği gözlemlenmiştir. Albinizimli olmanın getirdiği farklılık, bazı katılımcılar için olumlu bir kimlik unsuru olarak öne çıkarken, diğerleri için zorlayıcı bir engel olarak ele alınmaktadır. Bu durum, bireylerin albinizmle başa çıkma stratejilerini pozitif yönde geliştirmelerinin ve buna destek sağlayabilecek psikososyal destek sistemlerinin önemini vurgulamaktadır.

3.4. Albinizimli Bireylerin Eğitim Yaşamı Deneyimleri

Albinizimli bireyler eğitim hayatlarının çeşitli dönemlerinde görme problemine bağlı olarak farklı sorunlarla karşılaşmaktadır. Sınav kağıtlarının küçük puntoda hazırlanması, sınıfta tahtayı görememe, sınav süresinin yetmemesi gibi problemler bireylerin eğitim hayatını zorlaştırmaktadır. Yaşanan sorunların çözümleri ise çoğunlukla birey ve okul arasında kalmıştır. Görme probleminden kaynaklanan sorunlara çözüm olabilecek materyallerin (teleskopik gözlük, büyüteç vb.) maddi olarak ulaşılması zor bir konumda olması da bireylerin çözüm yöntemlerini azaltmaktadır.

"Ben ilkokulda çok iyi görmüyordum. İleri zamanlarda birazcık düzeldi falan ama ilkokuldaki mesela 1-2-3. sınıflar, hatırlıyorum hiç iyi değildi. Ben önde oturmama rağmen tahtayı görmezdim. Okuma yazmayı okulda değil evde öğrendim, annem sağ olsun öğretti. Biraz geç başladım diğer arkadaşlarıma göre belki daha geç anlıyordum çünkü göremediğim için anlayamıyordum. " (K4,25)

"Yani şöyle eğitim durumu, eğitim konusunda teleskopik gözlüğüm var benim, ona eğitim okulda kullanıyordum, üniversitede, lisede falan onu kullanıyordum. Teleskopik gözlüğün o zamanki fiyatı bile çok fazlaydı. Şu anda tabii ekonomi, dolar, euro'nun yükselmesiyle çok daha fazla şu anda. Hani o zamanlar onu almıştık. Bu az görenler için büyüteçler oluyor, elektronik büyüteçler vs. Onlardan temin etmiştik fakat onların da fiyatları çok yüksekti. Onun dışında ben üniversite zamanı hazırlanırken bazı test kitaplarını falan A3'e bastırıyordum. Bu da çok maddi olarak sıkıntıya sokuyordu."(K11,21)

Katılımcılar sahip oldukları farklılıktan dolayı çeşitli eğitim aşamalarında akran zorbalığına maruz kaldıklarını da ifade etmişlerdir. Katılımcıların deneyimlediği durumların çoğunlukla dışlanma, lakap takma, alay edilme vb. sözel ve davranışsal zorbalıkları içerdiği görülmektedir.

"Küçükken akran zorbalığı dediğimiz bir olay var zaten biliyorsunuz. Hani bunu fazlaca yaşıyoruz. Çünkü hani insanlar farklı olduğunuz için ilginç geliyor durum onlara. Uğraşmaya çalışıyorlar. Sizde tek kişisiniz çoğunluk üzerinize oynayınca can sıkıcı olabiliyor bu durum. Yani lise hayatında özellikle ben meslek lisesinden mezun oldum. Böyle sürekli bir olayı aşma durumunuzun olması gerekiyor."(K12,26)

"İlkokuldayken beni "Güneş'in kızı" olarak etrafta bu şekilde yayıldı. Yani Güneş'in kızı Güneş. Ben de artık şey yaptım, madem öyle kabul ediyorsunuz beni, evet annem Güneş, babam Ay derdim ben hep. Ben gündüz gökyüzünden aşağı inip gece geri gökyüzüne çıkıyorum diye arkadaşlarla artık ben de makaraya vurduğum dönemler olmuştu. Çok net hatırlıyorum bunu. İlk başta güzel gelmişti, değişik bir şeydi ama sonrasında rahatsız etmeye başladı. Sonrasında dışlandığımı hissettim."(K13,29)

Bu bulgular, albinizmliler bireylerin eğitim hayatlarında karşılaştıkları zorlukların hem görme problemleri hem de akran zorbalığı gibi sosyal faktörlerle birleştiğinde ciddi engeller oluşturduğunu göstermektedir. Görme problemi, akademik başarılarını ve eğitime erişimlerini doğrudan etkilerken, akran zorbalığı ise psikososyal gelişimlerini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu durumlar, bireylerin hem akademik hem de sosyal yaşamlarında destek ihtiyacını artırmakta ve eğitim kurumları ile ailelerin iş birliği içerisinde olmasının gerekliliğini ve çözüm odaklı yaklaşımın önemini vurgulamaktadır.

3.5. Albinizmliler Bireylerin Maddi Zorlukları ve İş Yaşamı Deneyimleri

Albinizmliler bireylerin iş yaşamlarında fiziksel görünüşleri ve görme problemleri sebebiyle; iş görüşmeleri başta olmak üzere pek çok alanda problemlerle karşılaştıkları görülmüştür. Buna ek olarak albinizmin getirdiği problemlerin çözümünde yardımcı olabilecek temel materyallere erişimin yüksek maliyetli olması da bireyleri finansal açıdan zorlamaktadır.

Albinizimli bireyler için güneş kremi kullanımı zaruri bir ihtiyaç olması sebebiyle tüm albinizimli bireylerin yaşamları boyunca kullanmaları gerekmektedir. Buna rağmen bu ihtiyaçlara erişim bazı durumlarda bireyleri maddi olarak zorlamaktadır.

"Güneş kremleri bir güneş kremi olmuş benim şu anda 600-700 lira belki 1000 lira. Bunun dışında normal bireyler nasılsa ben de o şekilde olduğum için benim ekstradan maliyet içeren tek şey benim için güneş kremimi o da yüklü bir maliyet içeriyor."(K3,29)

"Memuriyetten önce özel sektörde çalışıyordum ben. Hani işim falan yokken bu güneş kremi alamadığım zamanlar olmuştu. Her zaman ailenizden para isteyemiyorsunuz. Hani bir erkek çocuğunun gidip babasından harçlık istemesi bana zor geliyordu şahsen. İsteyemiyordum. O zamanlar evet alamıyordum."(K12,26)

Albinizimli bireylerin görme problemini büyük oranda olumlu şekilde etkileyecek teleskopik gözlük ve büyüteçlerin fiyatlarının da ulaşılması zor bir noktada olmasının, bazı bireylerin bu imkanlara erişmelerini engellediği görülmüştür.

"Tek bir noktası bizim büyüteç gözlüklerimiz var. Çok yüksek bir maliyeti var. Onu alan insanlar maddi açıdan illaki bunun zorluğunu çekiyordur. Ben aileme hiçbir zaman dönüp demedim ki bana büyüteç gözlüğü alın."(K14,23)

"Tabi ne oluyor kullanmış olduğumuz gözlükleri iki üç yılda bir gün güncellememiz, değiştirmemiz gerekiyor ve ne yazık ki az gören mesela albinizmliler olarak kullanmış olduğumuz gözlükler çok maliyetli gözlükler. Bu ciddi bir masraf. Bahsetmiş olduğumuz rakamlar 1-2 bin lira değil, 8-10 bin lira gibi bir rakamlara mal oluyor."(K9,32)

Katılımcılardan bazılarının albinizimli olmaları sebebiyle, aranan pozisyona uygun olsalar dahi, işe alınmadıkları tespit edilmiştir. İş görüşmelerinde yetkinliklerinin değil fiziksel görünüşlerinin ve görme problemlerinin ön planda tutulduğu görülmüştür. Bunun yanında katılımcıların yeni başladıkları işlerde kendilerini kanıtlama ve kabullendirme zorunluluğu hissettikleri anlaşılmıştır.

"Gidiyorum müdürüyle görüşüyorum şey diyor sen görme engellisin bizim işimize yaramazsın falan. O kişilere kendinizi bir kanıtlamanız gerekiyor. Yani çünkü hani normal bir insan gibi göremiyorsunuz bilgisayar ekranını veya herhangi bir evrakla uğraşırsanız hata yapabilme ihtimaliniz çok yüksek. Bunu kanıtlamanız gerekiyor. Bu süreç birazcık zor olabiliyor. Her gittiğiniz yeni bir yerde kanıtlama ihtiyacı duyuyorsun çünkü insanlara."(K12,26)

"Yani gerçekten oturup adam akıllı çalışıp memur olarak atanacaksın, işini yapacaksın. Yani özel sektörde kimse iş vermiyor. Yani böyle çalıştırmak istemiyorlar. Görebiliyorum, uzağı göremiyorum şeklinde söylediğimde ha biz öyle öyle insanlar çalıştırmak istemiyoruz deyip reddediliyor."(K14,23)

Albinizimli bireylerin iş yaşamı deneyimlerinde bazı durumlarda kaygı ve endişe duydukları görülmüştür. Bireylerin, içinde buldukları sosyal çevrenin ve/veya iletişimde bulunacakları grupların vereceği tepkilerden dolayı endişe duydukları ve buna karşı bireysel önlemler aldıkları tespit edilmiştir.

"Yani muhakkak makyaj yaparak gitmek zorunda kalıyordum görüşmelere çünkü o albinoluk olayını ortadan kaldırmak istiyordum. Hani acaba bu faktörden dolayı olumsuz mu olur, şöyle mi, böyle mi diye. Kendimi hep makyajlı bir şekilde görüşmeye gitmek zorundaymışım gibi hissediyordum ve hayatım boyunca, iş hayatım boyunca da devamlı makyaj yaparak çalıştım."(K13,29)

Albinizimli bireylerden bazıları çalışma hayatında iş arkadaşları tarafından olumsuz durumlar yaşamıştır. Görme problemlerinden dolayı istediği alanda çalışmaktan vazgeçmek durumunda kalan katılımcılar da bulunmaktadır.

"Şöyle söyleyeyim ben bundan önce bir şirkette çalışıyordum. Orada satış danışmanı olarak çalışıyordum. Orada mesela, bizim bölüm sorumlusu bu konuda çok anlayışsızdı. Anlamak istemiyordu veya yardımcı olmak istemiyordu, bilmiyorum. Zaten oradan da ayrıldım. Bu tarz insanlar çıkabiliyor genel olarak."(K11,21)

"Yani iş hayatında dediğim gibi kendi alanım dışında bir yerde çalışmak zorunda kaldım."(K10,21)

Elde edilen bulgular, albinizimli bireylerin iş yaşamlarında karşılaştıkları zorlukların, fiziksel görünüşleri ve görme problemleri nedeniyle daha karmaşık hale geldiğini göstermektedir. Görme engeline bağlı olarak kullanılan teleskopik gözlükler ve büyüteçler gibi destek araçlarının maliyetlerinin yüksek olması, bireyleri maddi olarak zorlamaktadır. Aynı zamanda, iş görüşmelerinde ve çalışma ortamlarında fiziksel görünüşlerinin ve görme problemlerinin ön planda tutulması, albinizimli bireylerin işe alım süreçlerinde ayrımcılıkla karşılaşmalarına ve yetkinliklerinin göz ardı edilmesine yol açmaktadır. Bu durum, bireylerin iş yaşamında kendilerini kanıtlama ve kabul görme ihtiyacını doğurmakta bu süreç ise kaygı ve endişe düzeylerini artırmaktadır. Dolayısıyla albinizimli bireylerin iş yaşamında psikososyal açıdan desteklenmesi ve işveren konumunda olan bireylerin albinizm hakkında bilinçlendirilmesi gerektiği açıkça ortaya çıkmaktadır.

3.6. Albinizimli Bireylerin Sosyal İlişkileri ve Zorluklarla Baş Etme Yöntemleri

Albinizimli bireylerin sistemler ile ilişkilerinde albinizimli birey olmaktan kaynaklı değişen ilişkiler göze çarpmıştır. Bireylerin farklı sistemlerde deneyimledikleri duygu ve davranışlar çeşitlilik göstermektedir. İncelenen sistemler arasında aile ve eş/partner sistemleri ile ilişkileri bulunmaktadır.

Albinizimli bireylerin aile sistemleri ile olan ilişkileri incelendiğinde genellikle pozitif tutumlar ön plandadır. Aile içerisinde ayrımcı bir tavır sergilenmediği aksine destekleyici davranışların yer aldığı görülmüştür.

"Herhangi bir şekilde olumsuz etkilemedi. Yani zaten dediğim gibi albinizliyim ama onların gözünde bir öcü değilim. Hatta daha da pozitif oldu, benim bir şeylere erişmemin en azından küçük yaşlarda daha güç olduğunu bildikleri için daha fazla üzerime düştüler, daha fazla bu konuda bana yapıcı oldular."(K9,32)

Olumlu tutum ve davranışlar çoğunlukta olmasına rağmen aile sistemiyle olan ilişkilerinde güven problemleri olan ve olumsuz duyguların ön planda olduğu katılımcılar da bulunmaktadır.

"Aile ilişkilerimi şu şekilde başta mesela özellikle babam hani bir şeyleri yapabilmem konusunda bana pek fazla bir güven duymazdı. Daha sonrasında işte memuriyete atandım. Daha sonrasında kendi evime yerleştim falan böyle bir güven duymaya başladı. Başta hani o güvensizlik etkisi oluyor. O da büyük ihtimalle kaygılandığından dolayı yani."(K12,26)

Albinizimli bireylerin kardeşleri ile olan ilişkileri incelendiğinde ilk aşamada şaşırma ve reddetme gibi davranışlar görülse de sonrasında kabullenme sürecinin yaşandığı görülmektedir. Albinizimli bireyin genellikle kardeşler arasında ilgi odağı olduğu tespit edilmiştir.

"İlk başta gördüklerinde bir şaşırılmışlar. Bir farklı gelmiş hatta şöyle bir olay anlatmışlardı bana. Ablamla 16 abimle 14 yaş var aramızda ve beni istememişler. Çünkü onların lise dönemlerine denk geldim ben. Beni gördükten sonra artık o düşünceler tamamen siliniyor ama çok farklı bir varlıkla karşılaşıyorlar ve bütün ilgi alaka vs. her şey bu yönde benim üzerime. Olumsuz her şey siliniyor ilgi alaka bende."(K13,29)

Katılımcıların partner seçimlerinde albinizimli olup olmama durumunun etkili olduğu görülmüştür. Katılımcılardan bazıları albinizimli bireylerle beraber olma konusunda tereddüt ederken bazıları sorun olmayacağını belirtmiştir.

"Eşimle tanıştığımda, zaten gördüğümde albinizimli olduğumu biliyordu. Sonuçta karşı karşıya geldiğimizde kendi durumumu izah ettim. Durumum bu şekildeyken, tenimin bu şekilde olması, gözümün bu tarz olmasını söyledim. Orada eşim de normal karşıladı hayat arkadaşlığımıza devam ettik."(K7,35)

"Benim Albino olan bir kız arkadaşım olmuştu... Mesela ilişkimiz ilerlediğinde işte albinizimli bir çocuk dünyaya nasıl gelecek veya tüp bebek yöntemi yapmamız gerekiyor. Mesela böyle şeyler bizim ilişkimizi çıkmaza soktu. O yüzden albinizimli insanlarla ilişki kurarken biraz kendimi çekiyorum daha önce yaşadığım şeylerden dolayı."(K6,25)

Kadın katılımcılardan bazıları görünülerinin karşı cins tarafından dikkat çekici bulunduğunu belirtmişlerdir. Katılımcılardan bazıları bu durumdan rahatsız olmasa da bazı katılımcılar taciz boyutuna ulaşan durumları deneyimlediklerini paylaşmışlardır.

"Özellikle sosyal medyada sürekli bir, hani sadece bunu ben yaşamıyorum ama genel anlamda böyle bir ekleme, konuşma çabası veya hani tacize çok fazla maruz kaldığım dönemler de oldu bu arada gerçekten. Çünkü yani cezbediyor, değişik bir bakış açısı da buna maruz kalmak. Öyle bir olumsuz durumu var bence taciz boyutunda..."(K1,24)

"Yani albinizmi olmam karşı cinsin daha çok dikkatini çekiyordu. Farklılığın, insanların yanında görünüş olarak farklı bir insanın gezmesi. Genelde dış görünüşümden kaynaklı bana yaklaşıyor zaten insanlar."(K10,21)

Katılımcıların albinizmin genetik bir farklılık olduğunun ve albinizmi bir bireyle beraber olunmasa dahi çekinik genler dolayısıyla albinizmi bir çocuğa sahip olabileceklerinin farkında oldukları görülmüştür. Katılımcıların çoğunluğunun bu ihtimali bir sorun olarak görmediği tespit edilmiştir.

"Ama albinizmin bir genetik rahatsızlık olduğunu biliyorum. Benim de babamın tarafından gelen, genlerden gelen bir problem. Benim çocuğumda olur mu? Yüzde elli ihtimal. Yüzde elli onda olmasa da onun çocuğunda olabilir. Taşıyıcı olabilirim bilmiyorum. Onu doğunca göreceğiz. Ha bunu önceden öğrenme ihtimalim var mıydı? Vardı. Gen testiyle öğrenebilirdim. Ama bu benim gebeliği sonlandırmamı gerektirecek bir durum olmadığı için yaptırma ihtiyacı duymadım."(K13,29)

"Normal bir kişiyle evlendin. Rabbim sana albino çocuk verirse üstesinden gelebilirsin de otizmi veya herhangi bir problemi olan bir çocuk veya şu zamanda SMA hastası çocuklar... Rabbim her zaman insana kaldırabileceği yük versin. Yük, böyle de bir şey var zaten, kaldıramayacağı yükü hiç kimseye vermez. Benim kaldırabileceğim yük albinizmiyse, evet ben bu yükü kaldırmaya razıyım."(K14,23)

Albinizmi bireylerin karşılaştıkları zorluklara karşı ürettikleri baş etme mekanizmaları farklılık göstermektedir. Bu bölüme kadar bahsedilen zorluklarla karşılaşan katılımcılar zaman zaman yapıcı olmayan baş etme stratejileri geliştirirken bazı durumlarda iyimser ve kendine güvenli bir yaklaşım benimseyerek problemlerle baş etmişlerdir. Bireylerin yaşadıkları olumsuz durumlara karşı içe kapanma, bireyselleşme, sosyal izolasyon, zararlı ilişkileri sonlandırma, yaşanan durumu yok sayma vb. yöntemler izledikleri tespit edilmiştir.

"Ağlamaktan yoruluyordum ve sonrasında o olay o konuda unutuluyordu ve normal bir şekilde devam ediyordum ta ki başka bir zorbalık dönemi başka bir zorbalık anı gelene kadar."(K13,29)

"Böyle esprisini yapıp olayı yumuşatıyorum hani, insan çünkü yapamadıklarına, elde edemediklerine çok odaklanıp kendini mutsuz ediyor. Birazcık yapabildiklerim üzerinden odaklanmaya çalışıyorum."(K1,24)

"O zaman rahatsızlık duyduğum için de lakap takmaya çalışan arkadaşlarımı uyarırım. Buna devam ediyorlarsa o insanlarla arkadaşlığımı bitirmek zorunda kalırım. Çünkü benim gerçekten hoşlanmadığım bir durum. O şekilde."(K14,23)

Bu bulgular, albinizimli bireylerin sosyal ilişkilerinde karşılaştıkları zorlukların ve bu zorluklara verdikleri tepkilerin karmaşık ve çok boyutlu olduğunu göstermektedir. Aile sistemlerinde genellikle pozitif tutumlar gözlemlenirken, bazı bireylerin güven problemleri ve duygusal zorluklar yaşadığı görülmüştür. Partner seçimlerinde albinizimli olma durumunun etkili olduğu ve bu durumun bazı katılımcılarda ilişkilere dair endişeler yarattığı, diğerlerinde ise kabul gördüğü gözlemlenmiştir. Albinizimli bireylerin karşılaştıkları zorluklara karşı geliştirdikleri baş etme stratejilerinin ise bireysel farklılıklar gösterdiği; bazı durumlarda yapıcı olmayan, diğer durumlarda ise iyimser ve kendine güvenli yaklaşımlar benimsedikleri anlaşılmaktadır. Bu çeşitlilik, albinizimli bireylerin farklı sosyal çevrelerdeki deneyimlerine bağlı olarak çeşitli baş etme mekanizmaları geliştirdiklerini ortaya koymaktadır.

3.7. Albinizimli Bireylerin Sosyal hizmete Dair İhtiyaç ve Beklentileri

Albinizimli bireylerin sosyal hizmet çalışmalarından beklentilerini öğrenmek, gerekli olan müdahalelerin ve eksik olan çalışmaların tespiti için önem arz etmektedir. Bu başlık altında albinizimli bireylerin talep ve beklentileri ele alınmaktadır. Katılımcılar genellikle psikolojik ve ekonomik destek ile danışmanlık gibi beklentiler içerisinde. Albinizme uyum sağlama sürecinin kolaylaşması amacıyla doğumdan itibaren takip ve bilgilendirme yapılması katılımcılar tarafından gerekli görülmektedir. Ayrıca sağlık ve tıbbi takip desteği de talepler arasında yer almaktadır.

"Mesela albinizimli bir aile için, albinizimli çocuğu olan bir aile için ona ortam sağlayabilecek, bilgi sağlayabilecek, bilgiye hemen ulaşabileceği... Çünkü albinizimli bir çocuğa sahip olan bir aile, yani yeni bir albinizimli çocuğa sahip olan bir aile ister istemez bir bilgi açlığına düşüyor. Bu açlıkta hani sosyal hizmetlerin biraz daha hemen müdahale etmesine, bir yanda o insanı rahatlatmasına beklerim mesela."(K8,33)

"Ben evlenmeye karar verdim. Karşı cins işte partnerimle birlikte düşünüyoruz. O albinizimli değil, ben albinizlimiyim. Genetik test verilmesi gerekiyor. Ben evet baskın genim ama karşı tarafta da albizminli olmasa bile bu geni taşıyor mu, barındırıyor mu çekinik mi, yatkınlığı ne

derecede karşı tarafta herhangi bir genetik bozukluk var mı? Bunun takibinin yapılması lazım yani."(K1,24)

Katılımcıların sosyal hizmet çalışmalarından beklentileri arasında görme probleminin oluşturduğu sorunların çözümüne yönelik beklentiler bulunmaktadır. Toplu taşımalardaki anons sistemlerinin aktif olarak kullanılması, otobüs duraklarına da sesli bilgilendirme sisteminin uygulanması, daha büyük puntolu yazıların kullanılması gibi talepler görme probleminin ulaşımda oluşturduğu sorunların çözümüne yönelik talepler arasında bulunmaktadır.

"Mesela ben durakta bekliyorum en arkadaki otobüs yönelmediğiniz zaman gidiyor bu çok büyük bir problem bizim için hele ki böyle yarım saatte bir saatte çalışan bir otobüsse bu, çok daha büyük bir problem. Hava kış, yağmurlu veya karlı, düşünsene. Hala anons sistemleri düzenli çalışmıyor. Sadece otobüsün içerisinde anons olması bence yeterli değil. Bazı gören bireyler için de o söz konusu toplu taşıma aracı durağa geldiğinde dışarıya doğru bir anons yapması lazım."(K9,32)

"Ya şöyle sosyal hizmetlerden mesela biz toplu taşımayı mecbur tabi kullanıyoruz. Toplu taşımada işte hani daha büyük puntolu yazılar olursa otobüslerde veya bunun sesli olarak oluşturulması. Mesela hangi aracın geldiği sesli olarak bildirilmesi olursa... Hani merdivenlerde daha çok önlem olursa bizim düşmemizi engelleyecek. Bu tarz konularda bizim için çok daha iyi olur."(K11,21)

Bu bulgular, albinizimli bireylerin sosyal hizmetlerden beklentilerinin oldukça çeşitli ve kapsamlı olduğunu göstermektedir. Katılımcıların ifade ettiği psikolojik ve ekonomik destek talepleri, sosyal hizmetlerin bireylerin yaşam kalitesini artırmada oynadığı kritik rolü vurgulamaktadır. Ayrıca, doğumdan itibaren sürekli takip ve bilgilendirme gibi talepler, albinizimli bireylerin yaşamlarını daha rahat sürdürebilmeleri için gereklilik arz eden hizmetlerin eksikliğine işaret etmektedir. Görme problemleri nedeniyle ulaşımda yaşanan zorlukların çözümü için sunulan öneriler, albinizimli bireylerin günlük hayatta karşılaştıkları somut sorunların çözümüne yönelik beklentilerini ve yerel yönetimlerin sosyal hizmet müdahalelerinin gerekliliğini yansıtmaktadır. Bu talepler, sosyal hizmetlerin daha duyarlı ve kişiselleştirilmiş müdahalelerle geliştirilmesi gerektiğine dair önemli ipuçları sunmaktadır.

4. Tartışma

Araştırmada albinizme sahip bireylerin yaşamlarında karşılaştıkları problemleri bireysel deneyimlerine dayanarak incelemek ve bu problemlere sosyal hizmet perspektifiyle nasıl müdahale edilebileceğini tespit etmek amaçlanmıştır. Bu doğrultuda albinizmin fark edildiği andan yaşamın eğitim, iş gibi pek çok alanına dair deneyimleri ortaya çıkarılmıştır.

Katılımcıların albinizmi ve albinizmi olduklarını öğrenme süreçlerinin temelde aile sistemi, sağlık sistemi ve eğitim sistemi olmak üzere üç sistemde yaşandığı görülmektedir. Bu kategorileştirme albinizmi bireylerin sahip oldukları farklılığa karşı tutum ve davranışlarını anlamak için önemlidir. Çalışmada elde edilen bulgulara göre albinizm farklılığına sahip olduğunu aile sistemi içerisinde öğrenen ve çocukluktan itibaren bilgilendirilerek büyüyen katılımcılar farklılığı hakkında daha kabullenici ve olumlu bir tutuma sahipken ikincil sistemler tarafından öğrenen bireylerin ilk tutum olarak şok, üzüntü, depresyon, sosyal izolasyon gibi duygular yaşadığı ve farklılığına karşı daha olumsuz duygular beslediği tespit edilmiştir. Buna paralel olarak albinizmi bireylerle yapılan başka bir çalışmada, bireylerin albinizme karşı verdiği tepkiler öfke, kaçınma ve izolasyon olarak ele alınmıştır (Kolk ve Bright; 1983: 50). Albinizmi bireylerin yaşadığı olumsuz duyguların temelinde özgüven düşüklüğü, damgalanma ve sosyal dışlanma korkusunun bulunduğu tespit edilmiştir. Bireyler farklı olarak nitelendirilme ve reddedilme endişesi yaşamakta dolayısıyla sahip oldukları farklılığa karşı olumsuz duygular hissetmektedirler. Amerika'da yapılan bir deneyde dışlanmaya maruz bırakılan katılımcıların özsaygı oranlarında düşüş yaşandığı, öfke ve üzüntü duygularının ise arttığı tespit edilmiştir (Hawkley ve Williams, 2011;238). Bu bulgular albinizmi bireylerin endişe ve korkularını daha anlaşılır kılmaktadır. Albinizmin fark edilme sürecinin sadece bireyleri değil ailelerini de etkilediği tespit edilmiştir. Buna paralel olarak albinizmin kültürel ve psikososyal etkilerini inceleyen bir araştırmada albinizmi bir çocuğa sahip olmanın sadece ebeveynler üzerinde değil kardeşler ve geniş aile üyeleri üzerinde de etkisi bulunduğu görülmüştür (Kromberg; 2018:198). Albinizmi bireylerin çekirdek ve geniş ailesinde bireyin albinizmi olma durumuna dair çeşitli tepkiler görülmektedir. Bireyin sahip olduğu farklılık çekirdek aile içinde daha kabullenici ve olumlu tutumlarla karşılanırken geniş aile üyelerinde olumlu tutumların yanında batıl inançlar ve bilgi eksikliğinden kaynaklı olarak reddedici ve olumsuz tutumlarla karşılaşabilmektedir. Albinizm hakkında inanılan mitlerin ve batıl inançların toplumda olumsuz tutum oluşturduğu ve bu tutumların albinizmi bireylerin özgüven problemi yaşamasına, yalnızlaşmasına ve sosyal izolasyonuna neden olduğu Ojedokun'un (2018:34) çalışmasında da desteklenmiştir.

Albinizmi bireylerin cilt hassasiyeti sebebiyle yaşadıkları çeşitli problemler bulunmaktadır. Güneşten korunmamak ve uzun saatler güneşe maruz kalmak bireylerde cilt yanıklarına sebep olabilmektedir. Aynı zamanda cilt hassasiyeti sebebiyle cilt kanserine yatkınlıkları bulunmaktadır (Franklin vd, 2018:3). Tüm bu sorunlardan korunmak için güneş kremi kullanımına ve güneşten koruyucu giysiler giymeye dikkat etmeleri gerekmektedir. Bunun yanında albinizmi bireyler cilt hassasiyetleri sebebiyle kapalı alanlarda çalışmak durumunda kalmaktadır. Aynı zamanda düzenli doktor kontrolü cilt kanseri olasılığında erken teşhis için önemlidir. Kirkwood'da (2009;15) çalışmasında aynı bulgulara ulaşmış ve cilt kanserinin erken tespiti için düzenli doktor kontrollerinin teşvik edilmesi gerektiğini vurgulamıştır. Albinizmin neden olduğu görme problemleri bireylerin yaşamlarını olumsuz olarak etkilemektedir. Görme oranının düşüklüğü bireylerin günlük yaşamlarında ulaşımda, eğitimde, iş ve sosyal yaşamlarında çeşitli sorunlarla karşılaşmalarına neden olmaktadır. Tüm bu sorunlar bireylerin mesleki tercihlerini ve bağımsız yaşamını etkilemektedir. Göz sağlığı

albinizmliler için önemli bir konu olmakla beraber bazı durumlarda kişiler için endişe kaynağı olabilmektedir. Düzenli doktor kontrolleri bu endişelerin azaltılmasına ve tespit edilen problemlere erken müdahale edilmesine yardımcı olmaktadır (Akçay, 2019). Albinizmliler cilt ve göz problemlerinin yanında sahip oldukları albinizm türüne göre farklı hastalıklara da sahip olabilmektedirler. Düzenli sağlık kontrollerinin cilt ve göz dışında potansiyel sağlık sorunlarının tespiti üzerinde de olumlu etkisi bulunmaktadır. Bu sebeple sağlık hizmetlerinin albinizmliler için ihtiyaçlarına göre düzenlenmesi ve erişilebilir hale getirilmesi önemlidir (Çetin, 2018). Ayrıca albinizmliler sahip oldukları farklılığın dışarıdan gözlenebilir olması sebebiyle maruz kaldıkları olumsuz davranışların, bireylerde özgüven problemi, sosyal izolasyon, depresyon, anksiyete gibi farklı sorunlara yol açtığı görülmüştür. Buna paralel olarak Gaigher vd. (2002:10) yaptıkları çalışmada albinizmin sosyal ilişkileri, iş ve eğitim yaşamını etkilemenin yanında bireyin özsaygısını ve bedeni hakkındaki algılarını etkilediğini belirtmişlerdir. Aynı şekilde Meterelliyoz ve Yazar da (2020:9) albinizmliler için yaşadığı sosyal izolasyon ve dışlanma gibi zorlukların özgüvenlerini olumsuz etkilediği öne sürmüşlerdir. Olumsuz deneyim ve duyguların yanında albinizmliler olmanın kendilerini diğer insanlardan ayırdığını, kendilerine olan ilginin arttığını ve bu durumdan memnuniyet duyduklarını belirten katılımcılar da bulunmaktadır. Albinizmliler için yaşadığı karmaşık duyguların bazı katılımcılarda psikolojik destek ihtiyacı oluşturduğu görülmüştür. Psikolojik desteğe ihtiyaç duyan bireylerin bazıları aile ve sosyal çevreleri tarafından desteklenip psikolojik desteğe kolaylıkla erişim sağlarken bazı katılımcıların uygun imkanlar bulunmadığından ihtiyaç duydukları hizmete erişemedikleri görülmüştür. Bu durum bireylerin psikososyal destek hizmetlerinde karşılaştıkları erişim problemlerini göstermektedir.

Albinizmliler için görme problemleri başta olmak üzere zorbalık, dışlanma, yetersiz farkındalık, görme düzeylerini yükselten gereçlere erişimin maddi açıdan zor olması gibi çeşitli sebeplerden dolayı eğitim yaşamlarında zorluklarla karşılaştıkları tespit edilmiştir. Eğitim yaşamında karşılaşılan zorluklara üretilen çözümlerin ise genel çerçevede bireysel müdahalelerle sınırlı kaldığı ve kısa vadeli olduğu görülmüştür. Yetersiz çözümler ve destekler albinizmliler için eğitim yaşamlarındaki başarıyı olumsuz etkilemektedir. Ünal ve Coşkun da (2021:504) çalışmalarında, ihtiyaç duyulan materyaller sağlanmadığında albinizmliler öğrencilerin başarı olasılığının azaldığı sonucuna ulaşmışlardır. Çalışmada tespit edilen bulgulara paralel olarak Samur vd. (2022:43) tahtanın ışık sebebiyle yaptığı yansıma, yazıların küçük puntolu olması, sınav süresinin yetersizliği gibi durumların albinizmliler için eğitim yaşamlarını dolayısıyla tüm yaşamlarını direkt ve olumsuz şekilde etkilediğini belirtmektedirler. Diğer yandan katılımcılar, yaşamlarının çeşitli dönemlerinde zorbalığa maruz kalmaktadırlar. Fiziksel görünüşleri sebebiyle alay konusu olma, lakap takma vb. zorbalıklarla karşılaşan bireyler, bu deneyim sonucunda psikolojik olarak olumsuz etkilenmekte ve anksiyete, depresyon, sosyal izolasyon gibi durumlara açık hale gelmektedirler. Hajinia ve Nasirian (2014:142) albinizmliler için yapılan negatif değerlendirmelere karşı kaygı duyduklarını ve kaçınma davranışı gösterdiklerini ifade etmişlerdir. Albinizmliler için fark edilmemek amacıyla sosyal ortamlardan

kaçınma eğiliminde olması da bunu destekler niteliktedir (Ezelio; 1989:1330). Bu durum albinizimli bireylerin sosyal yaşamına ve sosyal yaşamın içinde bulunmalarına karşı negatif bir etki oluşturmaktadır.

Albinizimli bireylerin eğitim yaşamlarıyla ilgili sahip oldukları kolaylaştırıcı haklar bulunmaktadır. E-KPSS hakkı, sınavlarda ek süre tanınması, sınav kağıtlarının büyük puntuyla hazırlanması, ÖSYM sınavlarında okutman desteği gibi haklardan engelli raporu aldıkları takdirde sorunsuz bir şekilde yararlanabilmektedirler (Engelli Kamu Personel Seçme Sınavı, 2014; Engelli Bireylere Yönelik Sınav Uygulamaları, 2022). Buna rağmen katılımcıların birçoğunun bu haklardan habersiz olduğu ve yaşadıkları problemleri bireysel müdahalelerle çözdükleri görülmüştür. Okullarda rehberlik birimleri bulunmasına rağmen bu konuda öğrencilerin eğitim dönemlerinde yeterli düzeyde bilgilendirilmediği görülmüştür. Bu bilgi eksikliğinin giderilmesi için eğitimcilere ve albinizimli bireylerle temas kurabilecek tüm meslek gruplarına farkındalık eğitimlerinin verilmesi önem taşımaktadır. Bu noktada okul sosyal hizmetinin ve multidisipliner çalışmanın önemi ortaya çıkmaktadır. Aykara'nın (2011:82-83) çalışması da okul sosyal hizmetinin gerekliliğini destekler niteliktedir. Ek olarak albinizimli bireylerin ailelerinin okul yönetimi ve eğitimcilerle düzenli olarak görüşmeler yapması, öğretmenlerle süreç planlaması ve takibini yürütmeleri albinizimli bireylerin eğitim yaşamlarında, dolaylı olarak da tüm yaşamlarında olumlu bir etkiye sahiptir. Buna paralel olarak Yaşar (2022: 117) kurulması gereken bu iletişimin, ihtiyaçlara yönelik uygun ortamın hazırlanması için önemli olduğunu ifade etmektedir. Sosyal hizmet uygulamaları bu iletişimin devamlılığı için önemli görülmektedir. Bilgi eksikliğinin yanında haklarından haberdar olan ancak engelli raporu almak istemediği için bu haklardan yararlanmayan katılımcılar olduğu da görülmüştür. Bu davranışın temelinde damgalanma endişesinin bulunduğu tespit edilmiştir.

Albinizimli bireylerin, temel ihtiyaçları arasında bulunan yüksek korumalı güneş kremlerine ve yaşamlarında kolaylaştırıcı etkisi bulunan teleskopik gözlük ve büyüteç gibi ekipmanlara ulaşmakta maddi açıdan zorluk yaşadıkları tespit edilmiştir. Güneş kremi albinizimli bireyler için dermatolojik olarak zorunlu bir ihtiyaçtır (Ünal ve Arslan, 2021:15). Bu sebeple başta güneş kremi olmak üzere albinizimli bireylerin yaşamını kolaylaştıracak ekipmanlara ulaşmalarında devlet desteğinin önemli olduğu görülmüştür. Sunulan hizmetler arasında güneş kremi ödeme desteği bulunmasına rağmen aylık 226,80 TL'yi geçmeme koşulu, güneş koruyucu kremlerin ücretleri göz önünde bulundurulduğunda, bu hizmeti yetersiz kılmaktadır (Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği, 2013). Albinizimli bireylerin iş ve çalışma deneyimlerinde fiziksel görünüşleri ve görme problemleriyle ilgili sorunlarla karşılaştıkları tespit edilmiştir. Bireylerin özel sektörde yaptıkları iş başvurularında görme problemleri dolayısıyla yetkinlikleri göz ardı edilerek reddedildiği görülmüş ancak kamu kurumlarında engelli personel kontenjanından yararlanarak daha rahat iş bulabildikleri tespit edilmiştir (Yurtiçinde İşe Yerleştirme, 2009). Çalışma hayatlarında ise damgalanma endişesi sebebiyle makyaj yapma, saç boyama vb. yöntemlerle albinizimli olduklarını gizleme yöneliminde oldukları görülmüştür. Fiziksel görünüm dışında, çalışma ortamında kimi zaman iş arkadaşlarından destek göremedikleri ve uyum sürecinde zorluk yaşadıkları tespit edilmiştir. Albinizimli bireylerin meslek seçiminde

albinizmin etkisinin olduğu, bireylerin iş seçiminde görme problemlerini ve cilt hassasiyetlerini düşünerek karar verdikleri görülmüştür. Ünal ve Coşkun'un (2021:508) çalışmasında da buna paralel olarak albinizimli bireylerin meslek tercihlerinin özellikle görme probleminden etkilendiği tespit edilmiştir.

Albinizimli bireylerin karşılaştıkları problemlere karşı geliştirdikleri baş etme stratejileri çeşitlilik göstermiştir. Sosyal izolasyon, bireyselleşme, tepkisizlik vb. yapıcı olmayan baş etme yöntemleri çoğunlukta olmakla birlikte daha yapıcı baş etme stratejilerine sahip olan bireylerin olduğu da görülmüştür. Albinizimli bireylerin aile sistemiyle olan ilişkileri çekirdek aile içerisinde olumlu seyrederken geniş aile içerisinde olumsuz tutumlar görülebilmektedir. Ailelerin albinizm hakkında sahip oldukları batıl inançların ve eksik veya yanlış bilgilerin bu olumsuz tutumun sebebi olduğu tespit edilmiştir. Albinizimli bireylerin romantik ilişkileri incelendiğinde albinizimli olan ya da olmayan partner ilişkilerinde temel endişenin genetik geçişler olduğu tespit edilmiştir. Albinizimli bireylerin sosyal sistemlerle olan ilişkileri ele alındığında bireylerin diğer albinizimli bireylerle bir arada olmaktan mutluluk duydukları, davranışlarında daha rahat oldukları tespit edilmiştir bu sebeple albinizimli bireylerin bir araya gelebilecekleri platformları ve organizasyonları arttırmak sosyal etkileşimi arttırmak açısından önem arz etmektedir.

Albinizimli bireylerin sosyal hizmet kurumlarıyla etkileşiminin oldukça az olduğu görülmüştür. Bireylerin uyum sağlama süreçlerinde, aile ve romantik ilişkilerinde karşılaştıkları problemlerde, ekonomik destek ihtiyaçlarında sosyal hizmet müdahalelerine ihtiyaç duydukları gözlemlenmiştir. Bunun için 2012 yılında başlayan ve pilot uygulama süreci devam eden aile danışmanlığı hizmetinin sadece boşanma kararına yaklaşan çiftler için değil, aile içi iletişim sorunları olan tüm aileleri kapsayacak şekilde düzenlenmesinin önemli olduğu düşünülmektedir. Buna ek olarak Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığının ebeveyn okulu uygulaması kapsamında çocuk yetiştirmede temel becerilerin geliştirilmesi için hazırlanan eğitim programının da kapsamının genişletilmesi, nadir hastalıkla mücadele eden ailelerin de doğum sürecinden itibaren bu sürece dahil edilmesinin faydalı olacağı düşünülmektedir. Bireylerin sosyal yaşamlarında karşılaştıkları ulaşım probleminin kamu müdahalesini gerektiren önemli bir sorun olduğu görülmüştür. Toplu taşımalardaki sesli uyarı sistemleri, hat kodlama sistemleri gibi özelliklerin daha erişilebilir hale getirilmesine ve tüm bireylerin kullanımını kolaylaştıracak düzenlemelere ihtiyaç duyulduğu tespit edilmiştir. Toplu taşıma sistemlerinin erişilebilirliğinin artırılmasının bireylerin yaşamlarını kolaylaştırmada ve sosyal yaşama katılımlarını arttırmada önemli rol oynayacağı ön görülmektedir. Bu noktada yerel yönetimlerle iş birliği içinde olmak, sesli uyarı sistemleri gibi projelerin yaygınlaştırılması ve erişilebilirliği arttırmak için önem arz etmektedir.

5.Sonuç ve Öneriler

Sonuç olarak albinizimli bireyler çeşitli alanlarda farklı sorunlarla karşılaşmakta ve bu sorunların çözümünde toplumsal bir birlik bulunmadığından, karşılaştıkları zorluklarla bireysel olarak mücadele etmek durumunda kalmaktadırlar. Bu bireysel mücadele halinin bireylerin yaşam kalitesini olumsuz etkilediği; sosyal

izolasyona, kaygı ve endişeye, bireyselliğe yol açtığı görülmektedir. Yaşadıkları problemlerin temelinde bilgi ve farkındalık eksikliğinden kaynaklanan damgalanma ve zorbalık bulunmaktadır. Buna yönelik olarak makro düzeyde sosyal hizmet müdahalelerinin planlanması, toplum bilinçlendirme çalışmalarının yapılması ve farkındalığın artırılması gerekli görülmüştür. Bu hedef özelinde albinizm hakkında toplum genelinde farkındalık artırıcı kampanyalar düzenlenmesi, özellikle albinizme yönelik mitlerin ve yanlış inanışların ortadan kaldırılması amaçlanmalı; sosyal medya ve basın yayın organlarının bireyleri etkileme gücü kullanılarak farkındalık seviyesinin artırılması sağlanmalıdır. Bu sayede, sosyal damgalanmanın ve dışlanmanın önüne geçilebilir.

Bireylerin sahip oldukları nadir hastalık sebebiyle aile, arkadaşlık ve iş ilişkileri gibi farklı sistemler içerisindeyken destek ve yönlendirmeye ihtiyaç duydukları görülmüştür. Bu ihtiyacın karşılanması için mezo düzeyde uygulanabilecek sosyal hizmet müdahaleleri gerekli görülmektedir. Bunun için aile danışmanlığı ile bireylere ve ailelerine yönelik psikososyal destek hizmeti sağlayarak aile içi iletişim süreçleri desteklenebilir. Eğitimcilerle yönelik farkındalık artırıcı seminerler düzenlenmesi ve meslek içi eğitimler kapsamında albinizm farkındalığının sağlanması, albinizimli öğrencilerin özel ihtiyaçları konusunda eğitimcileri destekleyecek önemli bir uygulama olabilir. Bunun için okul sosyal hizmetinin uygulamaya konulmasının da pozitif yönde etkisinin olacağı düşünülmektedir. Ek olarak albinizimli bireylerin mesleki yaşamlarında karşılaştıkları sorunların çözümüne yönelik istihdam desteği ve kişisel mesleki rehberlik sağlanması, bireylerin iş bulma sürecinde karşılaştıkları ayrımcılığın önüne geçmek ve eşitliği sağlamak adına önemli bir adım olacağı düşünülmektedir. Bu müdahalelerin, albinizimli bireylerin yakın çevresinde yaşadıkları problemlerin azalmasına olanak sağlayacağı ön görülmektedir.

Bireylerin, bireysel baş etme becerilerini artırma ve karşılaştıkları sorunlarla işlevsel yöntemlerle baş etmelerini sağlamak amacıyla mikro düzeyde planlanacak sosyal hizmet müdahalelerine başvurulması da önem arz etmektedir. Bunun için doğumdan itibaren tıbbi ve psikolojik takibin yapılması, gerektiğinde ücretsiz psikolojik desteğe erişimlerinin sağlanması ve albinizimli bireylerin bir araya gelip deneyimlerini paylaşabilecekleri destek gruplarının oluşturulması önemli görülmektedir. Tüm bunların yanında albinizimli bireylerin yaşadıkları problemler oldukça geniş bir alana sahiptir dolayısıyla yapılacak olan müdahalelerde bireylerin yararı öncelenecek multidisipliner ve interdisipliner bir yaklaşım benimsenmesi önem arz etmektedir.

Kaynakça

- Akçay, M., (2019). Albinizm ve Göz Sağlığı: Türkiye'de Bir Çalışma. Türkiye Göz Sağlığı Dergisi, 7(3), 112-125.
- Altunay, E., Gülşin, O., & Yalçinkaya, M. (2014). Eğitim Kurumlarında Mobbing Uygulamalarına İlişkin Nitel Bir Araştırma. Sakarya University Journal of Education, 4(1), 62-80.
- Arslan, E. (2022). Nitel Araştırmalarda Geçerlilik ve Güvenilirlik. Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, (51), 395-407.
- Aslantürk, H., Derin, M., & Arslan, S. (2019). Nadir Hastalıkların Aileler Üzerindeki, Psikososyal, Fiziksel ve Ekonomik Etkileri. Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi, (14), 80-94.
- Aydın, N. (2018). Nitel Araştırma Yöntemleri: Etnoloji. Uluslararası Beşeri Ve Sosyal Bilimler İnceleme Dergisi, 2(2), 60-71.
- Başkale, H. (2016). Nitel Araştırmalarda Geçerlik, Güvenilirlik ve Örneklem Büyüklüğünün Belirlenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 9(1), 23-28.
- Butler-Jones, C. (2013). The Impact of Resilience on Help-Seeking Behavior Among People with Albinism in Tanzania. Thesis (PhD), The Chicago School of Professional Psychology).
- Creswell, J. W. (2013). Araştırma Deseni: Nicel, nitel ve karma yöntem yaklaşımları (SB Demir, Çev. Edt.). Ankara: Eğiten Kitap.(Orijinal çalışma basım tarihi 2012).
- Creswell, J. W. (2020). Nitel Araştırma Yöntemleri: Beş Yaklaşımına Göre Nitel Araştırma ve Araştırma Deseni, (M. Bütün & S.B. Demir, Çev.) Ankara: Siyasal Kitabevi
- Çetin, H. S. (2018). Implementation of the Digital Assessment Tool Kahoot in Elementary School. International Technology and Education Journal, 2(1), 9-20.
- Demir, R., Çoban, A., & Taşpınar, A. (2022). Ebelik Bölümü Öğrencilerinin Genetik Hastalıklara ve Genetik Danışmanlığa ilişkin bilgi ve görüşleri. Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 8(1), 67-76.
- Doğramacı, A. Ç. (2011). Vitiligo Dışı Hipopigmentasyon Bozuklukları. Archives of the Turkish Dermatology & Venerology/Turkderm, 45.
- Dündar, M., Karabulut, S. (2010). Türkiye'de Nadir Hastalıklar ve Yetim İlaçlar; Medikal ve Sosyal Problemler. Erciyes Tıp Dergisi, 32(3), 195-200.
- Engelli Bireylere Yönelik Sınav Uygulamalarında ve Engelli Kontenjanında Aranacak Sağlık Şartlarına Dair Yönetmelik, T.C. Resmi Gazete, sayı: 31772, 8 Mart 2022.
- Engelli Kamu Personel Seçme Sınavı ve Engellilerin Devlet Memurluğuna Alınmaları Hakkında Yönetmelik, T.C. Resmi Gazete, sayı: 28906, 7 Şubat 2014.
- Ezeilo, B. N. (1989). Psychological Aspects of Albinism: An Exploratory Study with Nigerian (Igbo) Albino Subjects. Social Science & Medicine, 29 (9), 1129-1131.
- Franklin, A., Lund, P., Bradbury-Jones, C., & Taylor, J. (2018). Children with Albinism in African Regions: Their Rights to 'Being' and 'Doing'. BMC international health and human rights, 18(1), 1-8.
- Gaigher, R. J., Lund, P. M., & Makuya, E. (2002). A Sociological Study of Children with Albinism at a Special School in the Limpopo Province. Curationis, 25(4), 4-11.
- Giorgi, A. (1997). The Theory, Practice, and Evaluation of the Phenomenological Method as a Qualitative Research Procedure. Journal of phenomenological psychology, 28(2), 235-260.
- Hajinia, A., & Nasirian, M. (2014). Effect of Self-Awareness Teaching on Social Anxiety in Albino Subjects. Asian Journal of Medical and Pharmaceutical Researches, 4(3), 139-44.
- Hatch, J. A. (2002). Doing Qualitative Research in Education Settings. State University of New York Press.

- Hawkey, L. C., Williams, K. D., & Cacioppo, J. T. (2011). Responses to Ostracism Across Adulthood. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 6(2), 234-243.
- Hong, E. S., Zeeb, H., & Repacholi, M. H. (2006). Albinism in Africa as a Public Health Issue. *BMC Public Health*, 6(1), 1-7.
- Ikuomola, A. D. (2015). Socio-Cultural Conception of Albinism and Sexuality Challenges Among Persons with Albinism (PWA) in South-West, Nigeria. *AFRREV IJAH: An International Journal of Arts and Humanities*, 4(2), 189-208
- Kirkwood, B. (2009). Albinism and its Implications with Vision. *Insight*, 34(2), 13-16.
- Kolk, C. J. V., & Bright, B. C. (1983). Albinism: A Survey of Attitudes and Behavior. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 77(2), 49-51
- Köken, A. H., Hayırlıdağ, M., & Büken, N. Ö. (2018). Sağlık Hakkı Bağlamında Nadir Hastalıklar ve Yetim İlaçlar. *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği- Hukuku ve Özel Konular*, 4(1), 91-98.
- Kromberg, J. G. (2018). Psychosocial and Cultural Aspects of Albinism. In *Albinism in Africa* (pp. 171-201). Academic Press.
- Kurt, G., & Arslan Tarus, H. (2022). Genetik Hastalıklar ve Anomaliler. In *Histopatoloji* (pp. 91–122). Akademisyen Kitabevi
- Merriam, S. B. (Ed.), & Grenier, R. S. (Ed.). (2019). *Qualitative Research in Practice: Examples for Discussion and Analysis*. Jossey-Bass.
- Meterelliyo, K. Ş., & Yazar, M. S. (2020). Albinizmlili Bireylerde Depresyon, Anksiyete Düzeyleri, Özsaygı ve Yaşam Kalitesi: Bir Olgu-Kontrol Çalışması. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 12, 118-130.
- Miller, N. P. (2017). *Un-othering the Albino: How Popular Communication Constructs Albinism Identity* (Doctoral dissertation, The University of Southern Mississippi).
- Nunn, R. (2017). "It's Not All in My Head!" - The Complex Relationship Between Rare Diseases and Mental Health Problems. *Orphanet J Rare Dis* 12, 29.
- Oetting, W. S., & King, R. A. (1999). Molecular Basis of Albinism: Mutations and Polymorphisms of Pigmentation Genes Associated with Albinism. *Human mutation*, 13(2), 99-115.
- Ojedokun, I. M. (2018). Effects of Stigmatisation on Psychosocial and Health Wellbeing of People Living with Albinism in South-West Nigeria. *African Journal of Social Work*, 8(1), 31-38.
- Özkan, E. (2013). *Kör ve Az Gören Erişkin Bireylerde Öz Yeterlilik, Sosyal Kaygı, Baş Etme Becerileri ve Çevrenin Toplumsal Katılıma Etkisinin İncelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Petriçli, İ.S. (2019). *Albinizmlili Olgularda Filtre Kullanımının Görme Keskinliği, Kontrast Duyarlılık ve Okuma Performansı Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi*. Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi.
- Samur, B. M., Polat, A., & Canpolat, M. (2022). Albinizm Temelinde Engelli/Kısıtlı Çocukların Sosyal ve Hukuki Problemleri Üzerine Değerlendirme. *Çocuk ve Medeniyet*, 7(13), 29-65.
- Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği, T.C. Resmi Gazete, sayı: 28597, 24 Mart 2013.
- Ültay, E., Akyurt, H., & Ültay, N. (2021). Sosyal Bilimlerde betimsel İçerik Analizi. *IBAD Sosyal Bilimler Dergisi*, (10), 188-201.
- Ünal, B. Ö., & Coşkun, İ. (2021). Türkiye'de Albinizmlili Bireylerin Eğitim ve Sosyal Hayata Katılımda Karşılaştıkları Sorunlar ve Baş Etme Yöntemleri. *Trakya Eğitim Dergisi*, 11(1), 482-513.
- Wan, N. (2003). 'Elma Dünyasında Portakal': Albinizmin Sesleri. *Engellilik ve Toplum*, 18 (3), 277-296.
- Yağar, F., & Dökme, S. (2018). Niteliksel Araştırmaların Planlanması: Araştırma Soruları, örneklem seçimi, Geçerlik ve Güvenirlik. *Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(3), 1-9.
- Yaşar, Ö. (2022). White Children's Black Problems: Experienced by Children With Albinism in Their Educational Life. *Lex Humana* (ISSN 2175-0947), 14(1), 111-120.

Yüksel, A.N. (2020). "Nitel Bir Araştırma Tekniği Olarak Görüşme", International Social Sciences Studies Journal, (e-ISSN:2587-1587) Vol:6, Issue: 56; pp:547-552.



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: 2024 Aralık/ December Sayı/Issue:24

HASTANEDE GÖREVLİ SOSYAL ÇALIŞMACILARIN ÇOCUK İSTİSMARIYLA İLGİLİ DENEYİMLERİ: NİTEL BİR ANALİZ

Ömer BÜBER

1

İsmail AKYÜZ²

Makale Bilgileri/ Article info

Makalenin Türü/Article Type: Araştırma makalesi
Geliş Tarihi / Date Received: 14.02.2024
Revizyon Tarihi/Date Revised: 11.11.2024
Kabul Tarihi / Date Accepted: 22.11.2024
Yayın Tarihi / Date Published: 03.01.2025
DOI: 10.46218/tshd.1437350

Makale Künyesi/To cite this article: Büber Ö. ve Akyüz İ. (2024,24.). Hastanede görevli sosyal çalışmacıların çocuk istismarıyla ilgili deneyimleri: Nitel bir analiz. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*. 195-220.

Sorumlu Yazar/Corresponding Author: Doktora öğrencisi, Sakarya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyal Hizmet Bölümü, ORCID: 0000-0001-9295-3789, obuber11@gmail.com

Öz

Amaç: Bu çalışma, hastanede görev yapan sosyal çalışmacıların çocuk ihmal ve istismarı şüphesi olan çocuğa yönelik mesleki uygulama süreçlerini, bu süreçte karşılaştıkları güçlükleri ve olası çözüm önerilerini ortaya koymayı amaçladı. **Yöntem:** Çalışmada nitel araştırma desenlerinden fenomenolojik yaklaşım kullanıldı. Dokuz katılımcı ile yüz yüze ve derinlemesine görüşme yapıldı. **Bulgular:** İhmal ve istismar şüphesi olan çocukların genellikle acil servislerde ve çocuk polikliniklerinde hekimler tarafından fark edildiği tespit edildi. Ardından tıbbi sosyal hizmet birimiyle iletişim kurulduğu belirlendi. Bu aşamada sosyal çalışmacıların çocuk, aile ve diğer kişilerden aldıkları bilgiler doğrultusunda sosyal inceleme raporu hazırladıkları saptandı. Adli bildirimlerde çoğunlukla çocuk şube müdürlüğü ile irtibat sağlandığı görüldü. Aile ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğüne de sosyal inceleme raporlarının gönderildiği tespit edildi. Çalışma çocuk ihmal ve istismarı konusunda sosyal hizmet lisans eğitim sonrasında da eğitim alınması gerekliliğinin altını çizmektedir. **Sonuç:** Çalışma sağlık personellerinin konu hakkında temel düzeyde eğitim alması gerekliliğini ortaya koydu.

Anahtar Kelimeler: Sosyal çalışmacı, Sosyal hizmet, Çocuk, İhmal, İstismar

EXPERIENCES OF HOSPITAL SOCIAL WORKERS ON CHILD ABUSE: A QUALITATIVE ANALYSIS

Abstract

Objective: This study aimed to reveal the professional practice processes of social workers working in the hospital for children with suspicion of child abuse and neglect, the difficulties they encounter in this process and possible solution suggestions. **Method:** Phenomenological approach, one of the qualitative research designs, was used in the study. Face-to-face and in-depth interviews were conducted with nine participants. **Findings:** It was determined that children with suspicion of neglect and abuse were generally noticed by physicians in emergency services and paediatric outpatient clinics. Afterwards, it was determined that the medical social service unit was contacted. At this stage, it was determined that social workers prepared a social investigation report in line with the information they received from the child, family and other persons. In judicial reports, it was observed that the children's branch directorate was mostly contacted. It was determined that social investigation reports were also sent to the Provincial Directorate of Family and Social Services. The study underlines the necessity of receiving training on child neglect and abuse after social work undergraduate education. **Conclusion:** The study revealed that health professionals should receive basic training on the subject.

Keywords: Social worker, Social work, Child, Neglect, Abuse

¹ Doktora öğrencisi, Sakarya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyal Hizmet Bölümü, ORCID: 0000-0001-9295-3789, obuber11@gmail.com

² Doç. Dr., Sakarya Üniversitesi, İnsan ve Toplum Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü, ORCID: 0000-0002-6075-5080, iakyuz@sakarya.edu.tr

1. GİRİŞ

Çocuğun fiziksel, duygusal, zihinsel ve sosyal gelişimini olumsuz etkileyen her türlü kötü muamele çocuk ihmal ve istismarı olarak tanımlanmaktadır (World Health Organization, 2006). Literatürde çocuk ihmal ve istismarı genellikle fiziksel, duygusal, cinsel istismar ve ihmal olarak 4 başlık altında değerlendirilmektedir (Yıldırım Sarı vd., 2016). Fiziksel istismar, bir yetişkin tarafından çocuğa kasten zarar verilmesi olarak tanımlanmaktadır (Pelendecioğlu & Bulut, 2009). Fiziksel istismar aletsiz (tekme, tokat) veya aletli (hortum, sigara) yollarla yapılabilmektedir (Paslı, 2020). Duygusal istismar ise çocuğun sevgi, ilgi gibi temel ihtiyaçlarının ihmal edilmesi ya da sürekli eleştirilmesi, suçlanması ve aşağılanması olarak tanımlanmaktadır (Arslan & Balkıs, 2016; Baskak, 2023). Cinsel istismar, çocuğun rızası aranmaksızın, bir yetişkin veya başka bir çocuk tarafından cinsel haz amacıyla kullanılması olarak tanımlanmaktadır (Naszydłowska & Kossak, 2016). Günümüzde internetin yaygınlaşmasıyla "çevrimiçi cinsel istismar" kavramı da ortaya çıkmıştır (Barut Bektaş, 2024). Sanal ortamda çocuktan müstehcen içerik talep edilmesi veya gönderilmesi, cinselliği çağrıştıran konuşmalar da bu kapsamda değerlendirilmektedir (Finkelhor vd., 2022; Gámez-Guadix vd., 2016). İhmal ise, çocuğun fiziksel (barınma, beslenme) ve duygusal (sevgisizlik, ilgisizlik) ihtiyaçlarının karşılanmaması olarak ikiye ayrılmaktadır (Bozgun & Pekdoğan, 2018; Özgentürk, 2014).

Çocuk istismarının yaygınlık oranının istismarın türüne, cinsiyete, coğrafi bölgelere ve buna benzer birtakım değişkenlere göre farklılaştığı belirtilmektedir (Yıldırım Sarı vd., 2016). Dünya çapında yapılan yaygınlık çalışmasında 2-17 yaş arası 1 milyara yakın çocuğun fiziksel, cinsel, duygusal istismara ve ihmale maruz kaldığı tahmin edilmiştir (Hillis vd., 2016). 13-17 yaş arası Koreli ergenlerin %35,3'ünün ihmal ve istismar mağduru olduğu belirtilmiştir (Choe & Yu, 2022). ABD ulusal verileri fiziksel istismarın %18, cinsel istismarın %10 ve duygusal istismarın %8 oranında bir yaygınlığa sahip olduğunu ortaya koymuştur (Aleissa vd., 2022). Hindistan'da çocuk istismarının tüm biçimlerinde yaygınlığın oldukça yüksek (fiziksel istismarın %66, cinsel istismarın %50 ve duygusal istismarın %50) olduğu vurgulanmıştır (Seth, 2015). Türkiye'de çocuk ihmal istismarı ve aile içi şiddet araştırmasında 7-18 yaş aralığındaki çocuklarda duygusal istismarın %51, fiziksel istismarın %43 ve cinsel istismarın %3 oranında görüldüğü belirtilmiştir (UNICEF, 2010). Türkiye'de Adalet Bakanlığı'nın verilerine göre, 2014 ile 2021 yılları arasında "çocuğun cinsel istismarı" suçundan yıllık ortalama 18.230 dava açılmıştır (Adli Sicil ve İstatistik Genel Müdürlüğü, 2021). 2022 yılı Türkiye Çocuk Araştırması raporuna göre, ailelerin %24,5'i fiziksel şiddet, %16,1'i ağır fiziksel şiddet ve %54,1'i ise psikolojik şiddet kullanarak çocuklarını disipline etmeye çalıştığı ortaya çıkmıştır (UNICEF, 2022). Veriler çocuğa yönelik kötü muamelenin milyonlarca çocuğu etkileyen ve dünyanın her yerinde görülebilen bir halk sağlığı sorunu olduğunu işaret etmektedir. Dahası bu istatistiki veriler, çocukların maruz kaldığı istismar türlerinin ve oranlarının ülkeler arasında farklılık gösterdiğini ortaya koymaktadır. Mevcut veriler, çocukların ihmal istismardan korunması için dünya genelinde kapsamlı politikaların geliştirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır.

Çocuk ihmal ve istismar vakalarında risk faktörleri çocuk, aile, çevre ve toplum kaynaklı olmak üzere 4 ana kategoride incelenmektedir. Engellilik, sık ve uzun süreli ağlamalar, hiperaktivite, ailenin beklemediği cinsiyette doğum, ailenin beklentilerini karşılayamama gibi faktörler çocuktan kaynaklı risk faktörleridir (Hatipoğlu, 2017; HSGM, 2024). Genç ebeveynlik, alkol ve madde kullanım öyküsü, psikiyatrik hastalık öyküsü, çocukluk travmaları, yetersiz sosyal destek sistemleri, düşük eğitim seviyesi, işsizlik ve yoksulluk gibi faktörler aileden kaynaklı risk faktörleridir (Paslı, 2020; Yolcuoğlu, 2010). Suç, işsizlik ve yoksulluk oranlarının yüksek olması, uygun barınma, beslenme, güvenlik alanlarının yetersizliği gibi faktörler ise çevresel risk faktörleri arasında değerlendirilmektedir (Palermo vd., 2019). Çocuğu koruyan yasaların yetersiz olması, toplumda şiddetin kabul edilebilir ve hoş görülebilen olması, kültürel normlar toplumsal risk faktörleri arasındadır. Risk faktörlerinin tespit edilmesi, mikro, mezo ve makro ölçekte yapılacak önleyici çalışmalara katkı sunacaktır.

Çocuk ihmal ve istismarı çocuğun fiziksel, duygusal, ruhsal ve ahlaki iyilik halinde birtakım bozulmalara neden olabilmektedir. Çalışmalarda kötü muameleye maruz kalan çocuklarda aile ve arkadaş ilişkilerinde bozukluk, sigara, alkol ve madde kullanım öyküsü, akademik başarıda düşüklük, yeme bozuklukları, intihar girişimleri, psikiyatrik hastalık öyküsü görülme olasılığının daha fazla olduğu bildirilmiştir (Al-Mohannadi vd., 2022; Beaudoin vd., 2013; Cicchetti, 2016). Kore’de ihmal ve istismar öyküsü olan 14-16 yaş arası 1797 ergenle yapılan çalışma kötü muamele ile depresif ve saldırgan davranışlar arasında bir ilişkinin olduğu belirtilmiştir (Choe & Yu, 2022). Çocuklukta fiziksel şiddete uğrayan yetişkinlerin partnerlerine daha fazla fiziksel şiddet uygulama eğiliminde olduğunu göstermiştir (Maneta vd., 2012). 6-12 yaş arasındaki istismara uğrayan çocukların duygularını anlama, bunları uygun şekilde ifade etme olasılıkları daha düşüktür ve saldırgan davranışlarda bulunma riskleri daha yüksektir (Teisl & Cicchetti, 2008).

Türkiye’deki Çocuk İhmal ve İstismarı ile İlgili Yasal Düzenlemeler

Türkiye’de çocukların her türlü kötü muameleden korunması amacıyla çeşitli yasa ve yönetmelikler düzenlenmiştir. Bu kapsamda, Türk Ceza Kanunu (2004), Türk Medeni Kanunu (2001), Çocuk Koruma Kanunu (2005), Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun (2012) gibi temel kanunlar çocuklara yönelik ihmal, istismar ve kötü muamelenin önlenmesine yönelik tedbirler sunmaktadır.

Türk Ceza Kanunu'nun (2004) 94., 96., 103., 104. ve 108. maddeleri (sırasıyla işkence, eziyet, cinsel istismar, reşit olmayanla cinsel ilişki ve cebir) çocuklara yönelik işlenen suçlarla doğrudan ilişkilidir. Ayrıca, aynı kanunun 278., 279. ve 280. maddeleri (sırasıyla suçu bildirmeme, kamu görevlisinin suçu bildirmemesi ve sağlık mesleği mensuplarının suçu bildirmemesi) işlenmiş suçların adli makamlara bildirilmesi gerekliliğini vurgulamaktadır. Türk Medeni Kanun'unun (2001) velayet ve vesayet bölümü ebeveynlerin çocuklarına yönelik bakım ve koruma yükümlülüklerini içermektedir. Bu kanunda çocuğun güvenliğini tehdit eden

durumlarda velayet hakkının kısıtlanabileceğinin ve çocuğun korunması için özel önlemlerin alınabileceğinin altı çizilmektedir.

Türkiye’de çocukları ihmal ve istismardan korumak ve güvenliklerini sağlamak amacıyla oluşturulan temel yasal düzenlemelerden biri, 5395 sayılı Çocuk Koruma Kanunu'dur. Bu kanunun 5. maddesi, çocuklara yönelik danışmanlık, eğitim, bakım, barınma ve sağlık gibi alanlarda koruyucu ve destekleyici tedbirleri içermektedir.

6285 sayılı Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun (2012) kadınların, çocukların, aile bireylerinin ve şiddet mağduru tüm bireylerin şiddetten korunmasını ve şiddetle mücadelede etkin tedbirlerin alınmasını amaçlamaktadır. Bu kanununda barınma, geçici maddi yardım, eğitim, sağlık, kişisel ilişki kurulmasının sınırlandırılması gibi tedbirler alınarak çocukların korunması amaçlanmaktadır.

Türkiye’de hastane temelli sosyal hizmet uygulamalarının temelini 2011 yılında yürürlüğe giren “Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi” oluşturmaktadır. Bu yönerge, çocuk ihmal ve istismarı vakalarının tespiti, bildirilmesi ve çocuklara sunulacak destek hizmetlerini açıkça düzenlemektedir. Ayrıca, hastanelerde görev yapan sosyal çalışmacıların sorumlulukları ve görev alanları bu yönerge ile belirlenmiştir. Bu yönergede acil servis, psikiyatri, onkoloji, fizik tedavi, çocuk izlem merkezi (ÇİM) ve palyatif bakım birimleri gibi bölümlerde sosyal hizmet müdahalelerine sıklıkla ihtiyaç duyulduğu belirtilmiştir. Ayrıca sosyal çalışmacıların bu birimlerde tam ya da kısmi zamanlı görevlendirilebileceği belirtilmektedir. Hastanede görevli sosyal çalışmacıların danışman, vaka yöneticisi, eğitmen, süpervizör, bağlantı kurucu, değişim ajanı gibi rolleri bulunmaktadır (Şengül & Bulut, 2023; Zengin & Çalış, 2017). Sosyal çalışmacılardan bu rolleri yerine getirirken hassas, iletişim becerileri yüksek, iş birliğine açık, mücadele ruhuna sahip, muhakeme yeteneği gelişmiş profesyoneller olması beklenmektedir (Şengül & Bulut, 2023).

Türkiye’deki Mevcut Uygulama

Çocuğa ihmal ve istismarının hukuki, tıbbi ve sosyal olmak üzere 3 farklı boyutu bulunmaktadır. Çocuğun tıbbi tedavisinin başlatılması, iyileştirici ve rehabilite edici hizmetleri kapsayan işlemler olayın tıbbi boyutunu oluştururken; konunun adli olarak araştırılması, şüphelilerin tespiti, mahkeme aşamaları, şüphelilerin cezalandırılması gibi işlemler hukuki boyutunu ifade etmektedir. Çocuğun çevresi içerisinde değerlendirilerek bireysel, ailesel, çevresel ve toplumsal risk faktörlerinin belirlenmesi, eğitim, barınma, bakım, güvenlik, ekonomik ihtiyaçlarına yönelik yapılan çalışmalar olayın sosyal boyutunu oluşturmaktadır. Söz konusu çok boyutluluk her disiplinin kendi perspektifinden çocuğa müdahalesini gerekli kılmaktadır. Dahası çocuğun tekrarlı travmaya uğramaması için bu disiplinlerin tümünün bir çarkın dişlileri gibi holistik bir tarzda, ahenk ve uyum içerisinde çalışmaları beklenmektedir.

Hastanelerde çocuk ihmal ve istismar vakalarına sıklıkla acil servislerde, çocuk sağlığı ve hastalıkları polikliniklerinde ve çocuk ve ergen ruh sağlığı polikliniklerinde rastlanmaktadır (Kaya vd., 2015; Dönmez vd., 2014). Çocuk ihmal istismarında gerekli iş ve işlemlerin başlatılması için öncelikle adli bildirim yapılması gerekmektedir. Yapılan çalışmalar sağlık personelinin adli bildirimlerde önemli rol oynadığını göstermektedir (Tekin ve Kaya Kılıç, 2020; Üstündağ, 2022).

Sosyal çalışmacılar hastanede ihmal istismara uğradığı düşünülen çocuklara yönelik hizmet sunan önemli meslek profesyonelleridir. Tıbbi sosyal hizmet yönergesinin 9/d maddesine göre (2011) hekim, ihmal istismara uğradığını düşündüğü çocuğu tıbbi sosyal hizmet birimine bildirmesi gerekmektedir. Daha sonra sosyal çalışmacı çocukla mesleki görüşme yapmaktadır. Ayrıca sosyal çalışmacının gerek görmesi halinde hastanın ikametinde, işyerinde, okulunda veya sosyal ortamında inceleme yapılabilmektedir (Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi, 2011). Yapılan görüşmeler neticesinde sosyal çalışmacı tarafından çocuk hakkında rapor düzenlenmektedir. Hazırlanan rapor ve hekimin bildirim evrakı Türk Ceza Kanununun 280. Maddesinde de belirtildiği üzere ilgili Cumhuriyet Başsavcılığına resmi olarak sunulmaktadır. Bu aşamada hastane polisinden yardım alınabileceği gibi emniyetin çocuk şube birimleriyle de irtibat sağlanabilmektedir. Burç ve Tüfekçi'nin (2015) çalışmasında, sağlık personelinin ihmal veya istismar şüphesiyle karşılaştığında, durumu emniyetin çocuk şube birimine, hastane polisine ve savcılığa bildirdiği görülmüştür.

5395 sayılı Çocuk Koruma Kanun'unun (2005) 6/1. maddesinde "*adli ve idari merciler, kolluk görevlileri, sağlık ve eğitim kuruluşları, sivil toplum kuruluşları, korunma ihtiyacı olan çocuğu Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumuna bildirmekle yükümlüdür.*" hükmü yer almaktadır. Bu sebeple çocuk hakkında yazılan rapor ve hekim tutanağı Aile ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğüne de resmi olarak bildirilmektedir.

Türkiye'de hastane bünyesinde hizmet veren ve sosyal çalışmacıların önemli rol oynadığı birimlerin arasında ÇİM'ler gelmektedir. Bu merkezlerde cinsel istismar mağduru olduğundan şüphelenilen çocukların beyanı alınırken gerek duyulması halinde adli ve tıbbi muayeneleri de yapılabilmektedir. Bu birimlerde çalışan sosyal çalışmacılar adli görüşmeci veya aile görüşmecisi unvanıyla görev yapmaktadırlar (Orhan vd., 2019).

Hastanede görevli sosyal çalışmacılar, çocuk ihmal ve istismar vakalarının tespit edilmesi ve gerekli müdahalelerin yapılmasında kritik bir rol üstlenmektedir. Sosyal çalışmacılar, yalnızca çocukla birebir görüşmeler yapmakla kalmayıp gerektiğinde çocuğun ailesiyle ve çevresiyle görüşme yaparak detaylı bir değerlendirme yapmaktadırlar. Dahası çocuk hakkındaki adli ve sosyal işlemlerin başlatılması için kamu kurumları arasındaki iş birliğini de kurmaktadırlar.

Literatür ve Mevcut Çalışma

Türkiye'de çocuk ihmal ve istismarı üzerine yapılan araştırmaların büyük çoğunluğu, sağlık personelinin (Üstündağ, 2022; Kaş Güner vd., 2016; Burç ve Tüfekçi, 2018), eğitimcilerin (Bozgun ve Pekdoğan, 2018; Koçtürk, 2018; Çelik, 2019), ebeveynlerin (Büber ve Taylan, 2023) ve üniversite öğrencilerinin (Kurt vd.,

2017) farkındalık düzeylerini incelemeyi amaçlamıştır. Türkiye’de ulaşılabilen literatüre göre sosyal çalışmacıların çocuk ihmal istismarı konusundaki deneyimlerini konu alan çalışmaların sayısı sınırlıdır.

Ulaşılabilen çalışmaların amaçları ve sonuçları özetle şöyledir:

Berkün’ün (2010) Bursa’daki sosyal hizmet uzmanlarının mesleki yaşamlarında karşılaştıkları sorunları nitel desende incelediği çalışmada uzmanların iş yükü, mesleki tükenmişlik ve yönetimle ilgili zorluklar yaşadığını ortaya koymuştur.

Özbesler ve Çoban’ın (2010) Ankara’daki hastane ortamında sosyal hizmet uygulamalarını incelediği çalışmada hastane ortamında sunulan sosyal hizmetlerin önemine vurgu yapmıştır. Çalışmada ayrıca katılımcıların %80,5’inin süpervizyon desteğine ihtiyaç duyduğu, tamamına yakınının ise lisans mezuniyeti sonrası eğitime ihtiyaç duyduğu görülmüştür.

Hatioğlu’nun (2017) çocuğa yönelik cinsel istismar vakalarıyla çalışan sosyal çalışmacıların psikososyal etkilenme deneyimlerini incelediği ve nitel desende tasarladığı çalışmada çalışanların yüksek düzeyde duygusal stres, tükenmişlik ve ikincil travmatik stres yaşadıkları tespit edilmiştir.

Kaya Kılıç ve Tekin’in (2019) sosyal hizmet uzmanlarının korunmaya muhtaç çocuk birimlerinde ihmal ve istismar vakalarına yönelik hizmetlerin niteliğine dair görüşlerini ele aldığı çalışmada personel sayısına, kaynak miktarına ve iş yüküne vurgu yapmaktadır. Dahası bu çalışmada eğitim ve uzmanlık ihtiyacının bulunduğunu, süpervizyonun faydalı olabileceğini, hukuki ve kurumsal desteğinin personel üzerinde olumlu etki yaratacağını vurgulamıştır.

Yıldırım ve Başer’in (2019) acil servisteki tıbbi sosyal hizmet müdahalelerini ele aldığı çalışmada ise bir yandan müracaatçı profiline değinirken diğer yandan sosyal hizmet mülakatlarında dikkat edilmesi gereken unsurları incelemiştir. Bu çalışmada sosyal hizmet uzmanlarının acil serviste müracaatçılara yönelik hızlı ve hassas müdahalelerde bulunduğunu, özellikle travmatik vakalarda özen gösterilmesi gerektiğini belirtmiştir.

Literatürdeki çalışmalar, sosyal çalışmacıların genellikle iş yükü, tükenmişlik, süpervizyon ihtiyacı ve kaynakların yeterli tahsisi gibi konulara odaklandığını ortaya koymaktadır. Bununla birlikte, hastanede görev yapan sosyal çalışmacıların çocuk ihmal ve istismarı vakalarına yönelik spesifik analizlerin sınırlı olduğu görülmektedir. Dahası hastane ortamındaki sosyal hizmet uygulamalarına ilişkin çalışması ise genel sosyal hizmet uygulamalarına odaklanmıştır. Bu çalışma hastanede görevli sosyal çalışmacıların çocuk ihmal ve istismarı vakalarına dair deneyimlerini derinlemesine inceleyerek literatürdeki boşluğu doldurmaya hedeflemektedir.

Bu çalışma, hastanede görev yapan sosyal çalışmacıların çocuk ihmal ve istismarı vakalarındaki mesleki uygulama süreçlerini, bu süreçte karşılaştıkları güçlükleri ve olası çözüm önerilerini ortaya koymayı amaçlamaktadır. Bu amaç doğrultusunda çalışmada şu soruların yanıtı aranmaktadır:

- Hastanede görevli sosyal çalışmacılar ihmal ve istismar mağduru olduğundan şüphelenilen çocuklar hakkında hangi mesleki müdahalelerde bulunmaktadırlar?
- Hastanede görevli sosyal çalışmacıların bu süreçte karşılaştığı güçlükler nelerdir?
- İhmal ve istismar mağduru olduğundan şüphelenilen çocuğa yönelik sosyal hizmet müdahalelerinde dikkat edilmesi gereken hususlar nelerdir?

2. YÖNTEM

Bu çalışma, hastanede çalışan sosyal hizmet uzmanlarının çocuk ihmal ve istismarı vakalarındaki uygulama süreçlerini, karşılaştıkları zorlukları ve çözüm önerilerini incelemeyi amaçlamıştır. Bu amaç doğrultusunda hastanede görevli sosyal çalışmaların deneyimlerini kendi ifadeleriyle aktarmalarına imkân sağlayan nitel araştırma desenlerinden fenomenolojik yaklaşım kullanılmıştır. Fenomenolojik yaklaşım, bir fenomen veya kavram hakkında yoğun deneyimleri olan kişilerin o konuya ilişkin görüşlerini derinlemesine inceleme imkânı sağladığından tercih edilmiştir (Creswell, 2018). Bu doğrultuda “hastanede çocuk ihmal istismar şüphesi olan vakalara müdahale etme deneyimi” çalışmanın fenomeni olarak belirlenmiştir.

Çalışma grubu

Çalışma grubu, olasılıklı olmayan örneklem türünden amaçlı örneklem yöntemiyle belirlenmiştir. Araştırmacının, araştırmanın amacına uygun, derinlemesine bilgi alabileceği örnekleme seçilmesinden dolayı amaçlı örneklem yöntemi kullanılmıştır. Katılımcıların çocuk ihmal ve istismarı vakalarıyla bizzat çalışmış olmaları ve bu konuya dair tecrübe sahibi olmaları arzu edildiğinden, sosyal hizmet alanında en az beş yıl çalışmış olması şartı dahil edilme kriteri olarak belirlenmiştir. Araştırmanın gerçekleştirildiği dönemde, hastanede toplamda 15 sosyal çalışmacının görev yaptığı belirlenmiştir. Dört çalışanın hizmet süresi şartını karşılamadığı, iki çalışanın ise gönüllü olmadığı görülmüştür. Bu nedenle toplamda altı çalışan çalışmaya dahil edilememiştir. Belirtilen kriterler doğrultusunda gönüllü olan 9 sosyal çalışmacıyla yüz yüze derinlemesine görüşme yapılmıştır. Creswell'e (2018) göre, fenomenolojik araştırmalar, katılımcıların belirli bir deneyimi nasıl algıladıklarına ilişkin ayrıntılı bilgi toplamayı amaçladığından, genellikle 5 ila 25 kişilik bir örneklem yeterli kabul edilmektedir. Buna göre çalışmanın örneklemini 9 katılımcı oluşturmuştur. Buna göre katılımcılardan 4'ü erkek ve 5'i kadındır. Yaşları 28-48 arasında değişmektedir ve ortalaması $34\pm 7,37'$ 'dir. Çalışma süreleri 5-23 yıl arasında değişmektedir (Tablo 1).

Tablo 1: Çalışma grubunun demografik bilgileri

Katılımcı	Cinsiyet	Yaş	Hizmet süresi
K1	Erkek	48	23
K2	Kadın	33	11
K3	Kadın	28	6
K4	Erkek	28	5
K5	Kadın	44	16
K6	Kadın	36	13
K7	Kadın	28	6

K8	Erkek	30	11
K9	Erkek	31	5

Veri Toplama Araçları ve Süreci

Veri toplama formu oluşturulmadan önce ilgili literatür (Çelik, 2019; Kaş Güner vd., 2016) incelenmiştir. Görüşme formu araştırmacı tarafından çalışmanın amacına uygun olarak yarı yapılandırılmış, yönlendirmeden uzak ve açık uçlu bir tarzda hazırlanmıştır. Katılımcılara;

- Çocuk ihmal ve istismarı sizin için ne anlama geliyor?
- Çocuk ihmal ve istismarı vakalarında sosyal hizmet müdahalesi kapsamında (önleme, tespit, müdahale) neler yapılıyor?
- Vakalar çoğunlukla hangi bölümlerde görülüyor ve kimler tarafından bildiriliyor?
- Çocuk ihmal ve istismarı konusunda hangi kurumlarla iş birliği yapıyorsunuz?
- Çocuk ihmal ve istismarı vakalarında sosyal hizmet müdahalesinde zorlandığınız bir husus var mıdır? Var ise lütfen detaylandırın?
- Eleştirdiğiniz hususlar var mı? Varsa tavsiyeleriniz nelerdir? gibi sorular yöneltildi. Sorulara ek olarak sondaj sorularla anlatılanlar detaylandırmaya çalışılmıştır.

Görüşme formunun işlevselliğini, soruların açıklığını ve anlaşılabilirliğini değerlendirmek için iki kişiyle pilot çalışma yapılmıştır. Soruların açık ve anlaşılır olduğuna karar verildiğinden formun mevcut haliyle kullanılmasına karar verilmiştir. Görüşme yapılan 2 katılımcı örnekleme dahil edilmiştir. Katılımcılara çalışmanın amacı, istedikleri anda görüşmeden ayrılacakları, kimlik bilgilerinin gizli tutulacağı ve verilerin yalnızca bilimsel amaçla analiz edileceği gibi ayrıntılı bilgiler verilmiştir. Ardından bilgilendirilmiş onamları alınmıştır. Görüşmeler katılımcıların çalışma ortamlarında, ortalama 30-35 dk arasında, ses kaydı alınmak suretiyle gerçekleştirilmiştir.

Veri analizi

Katılımcılardan elde edilen ses kayıtlarının deşifreleri yapılarak tam metin dökümleri oluşturulmuştur. Daha sonra yazılar MAXQDA V.12 programına aktarılmıştır. Verilerin kodlanması ve analizinde sistematik bir çerçeve sunmasını kolaylaştırmasından dolayı bu program tercih edilmiştir. Metinlere aşına olununcaya kadar defalarca kez okunmuştur. Bu sırada verilerdeki anlamlı tekrar eden ifadeler belirlenmiştir. Daha sonra, bu anlamlı ifadeler kodlara ve kod gruplarına dönüştürülmüştür. Ardından benzer kodlar bir araya getirilmiştir ve temalar oluşturulmuştur. Katılımcıların deneyimini en iyi yansıtan temayı elde etmek için metinler karşılaştırılmıştır. Analizin her aşaması tümevarımsaldır ve kodlama hazır temalara bağlı kalmaksızın doğrudan verilerin içeriğine göre yapılmıştır. Son aşamada katılımcıların açıklayıcı alıntıları doğrudan sunulmuştur ve bulgular desteklenmiştir. Katılımcıların isimleri gizliliğe riayet edilerek kodlanmıştır. Her katılımcıya görüşme numarası verilmiştir. Analizlerde bu kodun yanında çalışma süresi

belirtmiştir. Örneğin 23 yıllık görev süresi olan bir katılımcıya K1, 23 ismi verilmiştir ve doğrudan aktarımın sonunda ismi K1,23 şeklinde ifade edilmiştir.

Çalışmanın etik kurul onayı Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi girişimsel olmayan etik kurulundan (karar No: 30.01.2024-2024/07) alınmıştır.

Çalışmanın Sınırlılıkları

Bu çalışmanın bazı sınırlılıkları mevcuttur. Katılımcılar Marmara'nın doğusunda bir ilin hastanesinin farklı kampüslerinde görevli sosyal çalışmacılardır. Bu bağlamda, katılımcıların deneyimleri Türkiye'nin diğer bölgelerindeki mesleki deneyimleri temsil etmeyebilir. Sonuç olarak, çalışmanın bulgularının genellenebilirliği sınırlıdır. İkinci olarak, çalışma sosyal çalışmacılarla sınırlıdır.

3. BULGULAR

Bu bölümde katılımcıların çocuk istismarı konusundaki deneyimlerine ilişkin yanıtlarının analizine yer verilmiştir. Bu doğrultuda temalara ilişkin yorumların yanı sıra katılımcıların doğrudan ifadeleriyle bulgular desteklenmiştir. Çalışma kapsamında çocuk ihmal ve istismarına dair değerlendirmeler, yapılan işlemler, uygulamada karşılaşılan sorunlar ve öneriler olmak üzere 4 ana tema oluşturulmuştur.

3.1. Çocuk İhmal ve İstismarına Dair Değerlendirmeler

Çalışmanın ana temalarından birisi katılımcıların çocuk ihmal ve istismarına ilişkin farkındalık düzeylerine ilişkindir. Katılımcılar çocuğun beden bütünlüğüne zarar verici nitelikteki ısırma, yakma, tokat atma, sopayla dövülmesi gibi eylemleri fiziksel istismar olarak tanımlamışlardır.

"Fiziksel istismar çocuğun dövülmesi vücuduna yönelik darp edilmesi, yakmak, ısırma, sopayla dövmek veya elle dövmek şeklinde olabilir." (K8,11)

"Fiziksel istismar en basit şekilde günlük hayat içerisinde atılan bir tokat, kulağın çekilmesi, işte daha ileri şeylerin sigara söndürülmesi, işte sopayla vurulması bunların fiziksel istismar kapsamına girer." (K5, 16)

Katılımcılar duygusal istismar kapsamına giren davranışları çocuğun ilgi, sevgi, güven, kabul edilme gibi ihtiyaçlarının ebeveynleri veya bakım verenleri tarafından karşılanmaması olarak tanımlamışlardır.

"Çocuğa bakmakla yükümlü olduğu kişi ve kişilerce çocuğun aile içerisinde yeterince sevilmemesi, duygu ve düşüncelerine yer verilmemesi, sevgi gibi önemli bir motivasyon kaynağından yoksun bırakılması diyebiliriz." (K1, 23)

Katılımcılar çocuk cinsel istismarı kapsamına giren davranışları dokunma içeren ve içermeyen olmak üzere ikiye ayırdıkları, dokunma içerenleri ise vajinal veya anal penetrasyon olarak tarifledikleri görülmüştür. Ayrıca katılımcılar organ veya cisim sokmayı içermeyen eylemlerin de cinsel istismar olabileceğini, özellikle sosyal medya ve dijital oyunların son yıllarda cinsel istismar aracı olarak kullanıldığını belirtmiştir. Dahası çocuk acil servisine başvuran hasta gruplarının başında adolesan gebelerin olduğu ve 18 yaş altı gebeliklerinde cinsel istismar kapsamında değerlendirildiği ifade edilmiştir.

“Cinsel istismar ise çocuğun bir yetişkin tarafından veya akran tarafından haz amacıyla kullanılması olarak tanımlanabilir. Örneğin çocuğun özel bölgelerine dokunulması okşama şeklinde olabileceği gibi penetrasyon içeren eylemler şeklinde de olabilir. Cinselliği çağrıştırmaya konuşmalarda cinsel istismar kapsamında değerlendirilmektedir.” (K8, 11)

“...son zamanlarda da şeyde çok var oyunlarda çok var bu işte çevrimiçi oynanan oyunlarda senin oynadığın karakteri odaya davet ediyorlar sohbet şeklinde ya da işte o karakterler üzerinden oynatma şeklinde konuşma gibi mi oluyor bu?” (K2, 11)

“...ayrıca sosyal medya üzerinden de yapılıyor Instagram’dan olsun Twitter’dan olsun oyunlardan olsun mesela PUBG de böyle oyunlarda da yapılıyor. Küçük yaşta çocuklar olduğu için sözel bir şekilde cinsellik içeren konuşmalara maruz bırakıyorlar” (K4, 5).

Katılımcılar ihmal kapsamına giren davranışları, çoğunlukla çocuğun temel düzeyde barınma, beslenme, güvenlik, temizlik, eğitim ve sağlık ihtiyaçlarının ebeveyni, vasisi veya bakım veren tarafından karşılanmaması olarak tanımlamışlardır.

“Çocuk ihmal çocuğun yaşamını devam ettirebilmesi için temelde ihtiyacı olan eğitim, sağlık, beslenme, barınma gibi şeylerden yoksun bırakılması, yerine getirilmemesi olarak tanımlayabiliriz”. (K6, 13)

Katılımcıların hastanede ihmal, fiziksel ve cinsel istismar vakalarıyla sıklıkla karşılaştıkları anlaşılmıştır. Bununla birlikte intihar girişiminde bulunan çocuklarla yapılan bireysel görüşmelerde intiharın altında yatan sebep olarak çocukların fiziksel, duygusal veya cinsel istismar öyküsüne sahip oldukları belirtilmiştir.

“Adolesan gebelikte sıklıkla karşılaşıyorum. Ayrıca fiziksel istismar vakaları ya da ihmal vakaları geliyor onlarla ilgili çalışmalar görüşmeler yapıyoruz.” (K5,16)

“Cinsel istismarlar mağdurları gelebiliyor, çocukların aile içerisinde ebeveynleri tarafından ihmal edilme durumları da söz konusu olabilir, işte dilencilik yaptırılması sokaklarda çalışmaya zorlanması gibi durumlarla da karşılaşabiliriz.” (K1, 23)

“İlaç intoksları, adolesan gebelikler, intihar girişimleri çok sık gelmektedir. Özellikle intihar vakalarının derinine indiğinde temelinde cinsel istismar veya ihmal olduğunu görmekteyiz.” (K7, 6).

3.2. Hastanede Gerçekleştirilen Sosyal Hizmet Uygulamaları

Çocuk ihmal ve istismarı; tıbbi, sosyal ve hukuki ayağı olan; tıp, hukuk, psikoloji, sosyal hizmet gibi birçok disiplinin aynı anda müdahalesinin zorunlu olduğu sosyal bir sorundur. Mağdur çocuğun tespitiyle başlayan süreçte, çocuk ve ailesiyle görüşme, adli bildirim süreci, hukuki sürecin başlatılması, iyileştirici faaliyetlerin düzenlenmesi ve takibi gibi bir dizi işlem silsilesinin holistik bir biçimde yönetilmesi çocuğun iyilik halini güçlendirecek önemli bir koşuldur. Sistem içerisinde yaşanacak bir aksaklığın, çocuğun ikincil örselenmesine yol açabileceği gibi uzun yıllar kötü muameleye maruz kalabilmesiyle sonuçlanabilir.

Katılımcılar vakaların çoğunlukla çocuk acil servislerinde, çocuk psikiyatri polikliniklerinde, çocuk sağlığı ve hastalıkları polikliniklerinde görev yapan hekimler tarafından tespit edildiğini, ardından sosyal hizmet birimiyle irtibata geçildiğini belirtmişlerdir.

Vakalar bize çocuk acilden çocuk polikliniklerinden ya da kadın doğum acil polikliniklerden hekim tespiti ile geliyor. (K5,16)

Genellikle poliklinik, acil servisler ya da servislerde sağlık personeli tarafından tespit ediliyor. (K7, 6)

Katılımcılar vakaların çoğunlukla muayene esnasında hekim tarafından tespit edildiğini belirtmiştir. Tespit aşamasının ardından ilgili hekimlerden çocuk hakkındaki klinik bulgularını, gözlemlerini ve ihmal istismarı düşündüren diğer bulgularını içeren bir tutanak tutması istenmektedir. Bu tutanağın yazılmasının ardından vakaların bazen hastane bilişim sistemi üzerinden bazense mobil veya dahili telefon üzerinden sosyal çalışmacılara konsülte edildiği anlaşılmıştır. Uygulama noktasında ortak bir prosedürün olmadığı görülmüştür.

"Sağlık personeli tutanağa geçtiğinde bize durumu telefonla veya sistem üzerinden bildiriyor." (K7, 6)

"...vakaları doktor tespit eder bize modül üzerinden veya telefon üzerinden bildirir." (K2, 11).

Katılımcılar, tıbbi sosyal hizmet birimine yapılan bildirim sonrası öncelikle çocuğun güvenliğini tehdit eden unsurları sorguladıkları anlaşılmıştır. Katılımcıların başta çocuk olmak üzere varsa ailesi, akrabası, okulu ve diğer kişilerle görüşme yaparak sosyal inceleme raporu hazırlandığı tespit edilmiştir. Katılımcılar çocuklarla yaptıkları görüşmelerde oldukça hassas davranmaya çalıştıklarını, özellikle cinsel istismar vakalarında çocuğun beyanı profesyonellerce detaylı olarak dinleneceğinden detaylı bir görüşme yapmaktan kaçındıklarını ifade etmişlerdir.

"...Çocuğun güvenliğini ilk aşamada sağladıktan sonra sorunu anlamaya yönelik bir de çocuğun evde neler yaşadığını anlamaya yönelik görüşmeler yapıyoruz ve sonrasında taburculuk işlemlerinden sonra evine gittiği zaman güvenli bir ortamı olacak mı olmayacak mı onu anlamaya çalışıyoruz." (K3, 6).

"...anneyle de babayla da varsa ya da çevreyi yakın akrabalarıyla da görüşmemizi gerçekleştiriyoruz." (K4, 5)

"Sosyal inceleme raporu yazılırken aile, çevre, akran ve diğer okul gibi kurum kuruluşlarla görüşüyoruz. Yani çocuğun yararı için bir sosyal inceleme değerlendirmeye yazısı yazılıyor diyebilirim." (K1, 23).

"...eğer aileyle görüşsek aileyle görüşüyoruz, çocukla görüşüyoruz kısa bir görüşme yapıyoruz, çocuğu örselemeden bilgilerini alıyoruz, durumun ne olduğu ile ilgili ya da eğer bu

aile içinde bir durum ise aile içi istismar durumu söz konusuysa yine çocuklar bir görüşme yapıyoruz varsa güvendiği yakınları onlarla görüşmemizi yapıyoruz.” (K7, 6).

Meslek hayatında tecrübeli olsun olmasın istismar mağduru çocukla görüşme yapmak zorlayıcı olabilmektedir. Mesleğinin 5. ve 16. yıllarında olan iki sosyal çalışmacı bu hususu şu şekilde ifade etmiştir:

“Genel olarak zorlandığımız bir alan yok görüşme yapabiliyorum ama bir tek çocuğun yaşı çok küçükse hani o da çok daha küçük çocukla görüşme yapmanız zorlu olduğu için zorlanıyorum. Bence küçük yaş grubu çocuklarla görüşmek özel bir eğitim gerektirdiğinden çocuk izlem merkezi çalışanları ekstra eğitim aldıkları için bu konuda daha rahat iletişim kurabiliyorlar” (K5, 16).

“Olayın içeriği zor oluyor. Aslında konunun başlı başına konuşulması zor ve güç bir konu. Yani çocukla, ailesiyle veya yakınıyla konuşmak güç geliyor bana.” (K3, 6).

Katılımcılar mağdur çocukların aileleriyle de görüşme yaptıklarını, ancak yapılan görüşmelerde aileler gerek eğitim düzeylerinden dolayı gerekse çevrelerince damgalanmak istememeleri nedeniyle çocuklarının yaşadıkları olayları gizleme eğiliminde olduklarını ifade etmişlerdir. Dahası ailelerin görüşmelerde üstü kapalı cevaplar verebildikleri, yalan söyleyebildikleri, zaman zaman konuşmak istemedikleri belirtilmiştir.

“Aileler görüşmelerde sınırlı cevap veriyorlar ve tedirgin oluyorlar. Özellikle cevapları açık ve net olmayabiliyor, saklayabiliyorlar bazı durumları. Çünkü hiç kimse çocuğunun başına bir fiziksel ya da cinsel istismar gibi bir olayın yaşanmasını istemez, dolayısıyla bunun anlaşılmasından ve çevrelerce tepki verilmesinden korkarlar. Bu sebeple daha fazla saklama, yalanla geçiştirme gibi bir durumla karşılaşabiliyoruz.” (K1, 23).

“Özellikle aile tarafından bir direnç oluyor. Aile zaten genelde konudan haberdar oluyor ancak konuşmak istemiyor” (K9, 5).

Cinsel istismarın bir yansıması olan ensest konusunda da ailelerin konuyu kendi içerisinde çözme istekleri, çocuğa inanmamaları, ihbar etmekten kaçınmaları, aile içi huzurun bozulacağı endişesi, damgalanma korkusu gibi nedenler ailelerin açık, anlaşılır ve doğru beyan vermesini engelleyen unsurlar olarak ifade edilmiştir. Bu doğrultuda ensest mağduru olduğu iddia edilen vakaların sosyal çalışmacılar için zorlayıcı olabildiği tespit edilmiştir. Bu durum mesleğinin 6. yılındaki bir sosyal çalışmacı tarafından şöyle ifade edilmiştir:

“Genellikle ensest konuları zorlayıcı olabiliyor çünkü bununla ilgili eğer bunu yapan kişi aile içerisinde bir birey ise genellikle aile bireyleri buna inanmak ya da kabul etmek istemiyorlar ya da bunun duyulmasını istemiyorlar dolayısıyla adli işlemlerin başlatılmaması noktasında ısrarcı davranabiliyorlar.” (K7, 6).

Yapılan görüşmeler sonrasında çocuğun psikiyatrik destek alması gerekiyorsa psikiyatri hekimiyile iletişime geçildiği, ekonomik yoksulluk içerisinde ise sosyal yardımlaşma ve dayanışma vakıflarıyla iletişime geçildiği,

şiddetin varlığı olması halinde Şiddet Önleme ve İzleme Merkezine (ŞÖNİM) özellikle yönlendirme yapıldığı tespit edilmiştir.

"...profesyonel yönlendirmeler yani bir psikiyatrik yardım alması gerekiyorsa çocuk psikiyatrisi ile iletişime geçiyoruz." (K6, 13).

"Darp sebebiyle gelen çocuklar oluyor. Yetişkinlerle de görüşme yaparken genellikle baba şiddeti olabiliyor. Çocuklarına karşı da bir şiddet durumu olduğunda ben çocuğu ve annesini ŞÖNİM'e bildiriyorum. Çocuğun takibini için. Bunun dışında temel gereksiniminin karşılanması diyorduk ya hani maddi bir yetersizlik durumu var ise de sosyal yardımlaşma ve dayanışma vakıflarıyla iş birliği söz konusu oluyor." (K2, 11)

Katılımcıların çocukla ve ailesiyle yaptıkları görüşme sonrası sosyal inceleme raporlarını resmi yazıyla Cumhuriyet Başsavcılığına, Çocuk Şube Müdürlüğüne, Jandarmaya, Aile ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğüne adli bildirimde buldukları tespit edilmiştir. Adli bildirim için öncelikle Çocuk Şube Müdürlüğüyle iletişime geçildiği, dahası Aile ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğüyle iş birliği içerisinde oldukları ifade edilmiştir. Bununla birlikte özellikle cinsel istismar vakalarında çocuk izlem merkeziyle iletişime geçildiği ve çocukların beyanlarının bu birimlerde alınması için özel bir çaba harcandığı görülmüştür. Bu bağlamda adli ve sosyal işlemlerin başlatılabilmesi, çocuğun süreç içerisinde yıpranmaması için ilgili kurumlara bildirimlerin oldukça önemli olduğunun altı çizilmiştir.

"Öncelikle Cumhuriyet Başsavcılığına ihbar ediyoruz, sonra da Aile ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğüne çocuğun yine aynı şekilde ihbar söz konusu oluyor." (K1,23)

"Genelde emniyet, savcılık, aile ve sosyal hizmetler il müdürlüğü ve ÇİM ile iş birliği içerisinde çalışıyoruz." (K3,6)

3.3. Yaşanan Sorunlara İlişkin Değerlendirmeler

Katılımcıların sosyal hizmet müdahalelerini gerçekleştirirken bireysel, kurumsal ve politik düzeyde karşılaştıkları birtakım sorunlara ilişkin bulgulara yer verilecektir. Bazı katılımcıların lisans dönemlerinde bir dönem ders aldıkları, bazı katılımcıların kendi girişimleriyle farkındalık eğitimi aldıkları, bazı katılımcıların ise gerek lisans ve lisansüstü dönemlerinde gerekse profesyonel meslek hayatlarında herhangi bir eğitim görmedikleri tespit edilmiştir.

"Lisans ve yüksek lisans eğitim döneminde çocuk ihmal istismarında herhangi bir eğitim almadım." (K7, 6)

"üniversitede işte bir ders olarak aldım ya onun dışında bir eğitim almadım." (K9, 5)

"Lisans dönemimde derslerim dışında Gazi Üniversitesinin teorik ve pratik bir eğitimi vardı. Zorunlu bir eğitim değildi, gönüllü olanlar katılıyordu. Ona katıldım." (K2, 11)

"yeterli eğitimi aldığımı düşünmüyorum. Üniversitede böyle bir şey ders almadık, bu konuda bir ders almadık, çalıştığımız yerde de çok fazla eğitimle karşılaşmadım." (K4, 5).

Katılımcılar nadiren de olsa bazı hekimlerin ve sağlık personellerinin çocuk hakkında tutanak tutmak istemediğini, tutanaklarda isimlerinin geçmesini istemediklerini, ailelere kötü muameleyle yönelik bilgi vermek istemediklerini, iş ve işlemlere dair bilgilerinin az olduğunu veya hiç olmadığını ifade etmişlerdir. Bu hususu mesleğinin altıncı yılında bulunan bir katılımcı şöyle ifade etmektedir:

“Sağlık personeli kendi isminin geçmemesini ya da bir kendi için bir tehlike arz edecek durum olmaması açısından aileyle genellikle görüşmek istemiyorlar. Tutanağını tutup hatta bazen tutanak tutmak istemiyorlar. Bizim tarafımızdan bu işlemleri yürütülmesini istiyorlar. Bununla ilgili olarak görüşmeyi aileyle bizim yapmamızı istiyorlar. Bazen bu zorlayıcı olabiliyor, özellikle kriz anlarında bunu aileye açıklamak ya da nasıl açıklayacağımızı düşünmek çok zorlayıcı olabiliyor.” (K7,6).

Katılımcılar, acil servislerde çocuklarla yapılan görüşmelerin, daha uygun alanlarda gerçekleştirilmesinin faydalı olacağını ifade etmişlerdir. Bu yaklaşım hem çocuğun mahremiyetinin korunmasına hem de görüşmenin etkinliğinin artırılmasına katkı sağlayacaktır.

“...görüşme alanı acillerde daha iyi olabilir. Acillerin yoğunluğu görüşmelerimizin kalitesini de etkiliyor. Birebir görüşme yaptığımız odamız var ancak bu odaların artırılmasının faydalı olacağını düşünüyorum.” (K5,16)

Katılımcıların çocuk ve ailesiyle hastane ortamında görüşebildikleri, okul, arkadaş ve komşu gibi diğer bilgi kaynaklarıyla telefon üzerinden görüştükleri, ev ziyaretleri yapamadıkları, vaka takibinin bu sebeple sınırlı olduğu, aile ve sosyal hizmetler il müdürlüğüne yapılan bildirimlerle çocukların takip mekanizmasının işletilmeye çalışıldığı tespit edilmiştir.

“Bizim hastanede yaptığımız çok kısa görüşmeler şeklinde ilerlediği için bunun takibinin sağlanması konusunda eksik kalıyoruz. Çocuğun aile ortamının gözlemlenmesi gerekiyor. Ben çocuğu hastanede görüyorum ancak eve başka bir sosyal hizmet uzmanının gitmesi vakayı hani bölüştürüyor gibi bir şey oluyor. Çünkü olayların detayını ben biliyorum ama oraya giden uzman arkadaş vakanın detayını bilmeyebiliyor, yeniden gitmiş olduğu için sıfırdan sürece başlıyor.” (K3, 6).

“Bizim burada aile müdürlüğüne sürekli pas atmamız doğru bir davranış bence olmuyor. Yani bizim de ev ziyaretleri yapıp bu çocuğu takip edebiliyor ya da ona göre bir sağlık tedbiri ya da bir karar alabiliyor olmamız lazım.” (K9, 5).

Çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanları ihmal ve istismar mağduru çocuklarının gerek tespit aşamasında gerekse sağaltım aşamasında oldukça aktif rol oynamaktadırlar. Buna karşın hastanelerde yeteri kadar hekimin bulunmaması uygulamada aksaklıklara neden olabilmektedir. Mesleğinin on birinci yılında olan bir katılımcı bu durumu şöyle ifade etmiştir:

“...bu çocuklara yönelik sağaltım hizmetinin verilmesinin gerekli olduğunu düşünüyorum. Ancak çocuk psikiyatri hekimlerindeki sayısal yetersizlik yalnızca ilimizin değil tüm Türkiye'nin sorunu olduğunu düşünüyorum.”(K8, 11)

Hastane temelli sosyal hizmet uygulamaları incelendiğinde olayın tespiti ve tıbbi sosyal hizmet birimine bildiriyle adli ve sosyal sürecin başladığı anlaşılmıştır. Bireysel, ailesel, çevresel veya toplumsal risk faktörlerinin belirlenip, buna yönelik tedbirlerin alınarak bireyin iyilik halini artırma çabası koruyucu ve önleyici çalışmalar olarak nitelendirilebilir. Katılımcılar konu ile alakalı hastane temelli sosyal hizmet uygulamalarında koruyucu ve önleyici bir çalışmanın yapılamadığını ifade etmişlerdir.

“Hastanelerde önlemeye dair bir şey yapıldığını düşünmüyorum biz daha çok zaten artık sonuç kısmında müdahale kısmında yani müdahale kısmında orada oluyoruz onun öncesindeki kısım zaten hani hastanelerin yapabileceği bir şey olduğunu düşünmüyorum.” (K6,13)

“İhmal ve istismara yönelik önleyici bir çalışma hastanemizde yok ancak tespit edilirse, söylenirse biz ailelerle görüşme yapıyoruz. Hastanelere genellikle tedavi olmak için başvuruluyor. Dolayısıyla aileleri toplayıp bununla ilgili bir bilinçlendirme çalışması yapmak ne yazık ki kendi kuruluşumuz açısından pek mümkün olmuyor.” (K7,6)

3.4. Önerilere İlişkin Değerlendirmeler

Katılımcılardan karşılaştıkları sorunları nasıl aşabilecekleri, genç meslektaşlarına ne gibi tavsiyelerde bulunabilecekleri sorulmuştur. Katılımcıların verdiği cevaplar yeni başlayan sosyal çalışmacılara, hastane idarecilerine, üniversitelere ve kanun koyuculara yönelik öneriler olmak üzere toplam üç alt başlık altında kategorize edilerek Şekil 1’de toplu olarak sunulmuştur.

Şekil 1: Katılımcıların Yaşadıkları Sorunlar Karşısında Belirttiği Çözüm Önerileri

Yeni başlayan sosyal çalışmacılara yönelik öneriler	Hastane idarecilerine yönelik öneriler	Üniversitelere yönelik öneriler
Gizlilik ve mahremiyete özen gösterilmesi	Tüm personele farkındalık eğitimi verilmesi	Çocuk ihmal ve istismarının zorunlu ders müfredatına eklenmesi
Tecrübelilere danışılması	Uygun görüşme alanı sağlanması	
Okuma yaparak temel düzeyde bilgi sahibi olunması	Diğer kurumlarla iş birliği sağlanması	
İletişim tekniklerine dikkat edilmesi	Çocuk psikiyatri hekim sayısının artırılması	
Etik ilkelerin gözetilmesi		

3.4.1. Yeni Başlayan Sosyal Çalışmacılara Yönelik Öneriler

Katılımcılara “yeni başlayan sosyal çalışmacılara yönelik tavsiyeleri” sorulduğunda; çocukların işlemlerinin gizlilik ilkeleri çerçevesinde yapılması, ihmal istismar konusunda kitap, makale, kanun ve yönetmeliklerin

okunması, etik ilkelere riayet edilmesi, iletişim tekniklerine dikkat edilmesi ve tecrübeli meslektaşlara danışılması tavsiyelerinde buldukları görülmüştür.

“Etkili iletişim yani yönlendirmeden, yargılamadan, örselemeden, yansız ve yüksüz bir şekilde soruları sorarak, sadece bize lazım olan bilgileri alarak, kendi merakımızı tatmin edecek şekilde değil işimize ve çocuğa yardım noktasında neyse bize lazım olan bilgi onu alacak şekilde sorular sormak, öğüt vermemek, çocuğu ne dediğim gibi yargılamamak gibi şeyler.” (K6, 13)

“Aramaktan çekinmesinler kendilerinden daha yaşça tecrübesi fazla olan sosyal çalışma arkadaşlarımızdan faydalansınlar” (K7, 6)

“Tecrübeliler danışsınlar daha başka çalışan arkadaş varsa onlardan faydalansınlar.” (K4, 5)

“Hem kanunların hem de sosyal hizmetin çok iyi bilinmesi lazım” (K3, 6)

“Bu görüşmelerin gizlilik ilkeleri çerçevesinde etik ilkeler göz önünde bulundurularak çok hassas bir şekilde yapılması gerekmektedir.” (K8, 11)

3.4.2. Hastane İdarecilerine Yönelik Öneriler

Katılımcılar hekim ve hemşire başta olmak üzere tüm personele çocuk ihmal ve istismarı konusunda farkındalık eğitimi düzenlenmesinin faydalı olacağını belirtmişlerdir. Acil servislerde görüşme yapılabilecek alanların artırılmasının, çocukların mahremiyetinin korunmasına ve görüşmenin gizliliğinin sağlanmasına katkı sağlayacağı belirlenmiştir. Dahası çocuk psikiyatri hekimlerinin sayısının artırılmasının faydalı olacağı belirtilmiştir. Son olarak katılımcılar hastane yöneticilerinin aile ve sosyal hizmetler müdürlüğü, savcılık, emniyet gibi kurumların idarecileriyle iletişim halinde olmalarının işlemleri kolaylaştıracağına altını çizmişlerdir.

“Hastanemizde tüm personele yönelik temel düzeyde çocuk ihmal ve istismarı konusunda farkındalık eğitimleri düzenlenebilir.” (K8, 11)

“Görüşmeleri yaptığımız bir odamız bulunmaktadır. Ancak acillerde görüşme odalarının artırılması faydalı olacaktır.” (K5, 16)

“Çocuk psikiyatristlerinin sayısının artırılması çocuklara yönelik iyileştirici ve rehabilite edici çalışmalara fayda sağlayabilir.” (K8, 11)

“Bizim çözemediğimiz vakalar oluyor. Açıkçası bazen hızlı halledilmesi gereken durumlarda işte çocukların özellikle yeni doğum yapmış çocuklarda diğer kurumlarla iş birliği yapılması gerekiyor. Bazen işlerin hızlıca çözülmesi için ikili ilişkiler devreye giriyor. İdarecilerimiz burada bize yardımcı olabilir.” (K3, 6)

3.4.3. Üniversitelere Yönelik Öneriler

Katılımcılardan bazıları gerek lisans dönemlerinde gerekse profesyonel meslek hayatlarında çocuk ihmal ve istismarı konusunda eğitim almadıklarını ifade etmişlerdir. Bu noktada sosyal hizmet lisans düzeyindeki ders müfredatına çocuk ihmal ve istismarı konusunun yer almasını talep etmişlerdir.

“Dersler ne kadar yeterli değil bilmiyorum hani bu müfredatı ya bu dersin kesinlikle baş başına üniversitelerde konulması lazım” (K5, 16)

“Çocuk konusu sosyal hizmet mesleğinin baş konuları arasında yer almaktadır. Ve özellikle çocuk ihmal ve istismarı konusunun zorunlu olarak ders müfredatına konulması gerekliliğini inanıyorum.” (K8, 11)

3.4.4. Kanun Koyuculara Yönelik Öneriler

Katılımcılar ev ortamında ziyaretin yapılamadığını, çocuklara ve ailelerine planlı müdahale süreci dahilinde daha uzun vadeli değerlendirmek istediklerini, aile ve sosyal hizmetler il müdürlüğüne bildirim yapmanın tek başına yeterli olmadığını vurgulamışlardır.

“İstismarı önlemeye yönelik 6-7 seanslık ya da işte üç ayda bir olacak şekilde planı yapıp çocuğa da aileye o şekilde bir destek sunulabilir. Süreç uzun bir süreç aslında çocuğun bu şekilde değerlendirilmesi gerekir. Bizim hastane de yaptığımız çok kısa görüşmeler şeklinde ilerlediği için bunun takibinin sağlanması konusunda eksik kalınıyor. Çocuğun aile ortamındaki gözlenmesi gerekiyor. Ama burada vakayı ben alıyorum diyelim ancak evine başka bir sosyal hizmet uzmanı gidiyor. Olayın detayını ben biliyorum ama eve giden kişi belki de olaya dair herhangi bir bilgisi olmadan gittiği için sıfırdan sürece başlayabiliyor. Yasal düzenlemenin yapılması bence şart” (K3, 6)

“Doktorlar tarafından yapılan bildirimler de sosyal inceleme yazmaktansa direkt tutanağı savcılığa göndermeyi tercih ediyorum yani çocukta tekrar ikinci bir travma yaratmaya gerek yok” (K9, 5).

TARTIŞMA

Bu araştırma, hastanede görev yapan sosyal çalışanların çocuk ihmal ve istismarı vakalarına ilişkin deneyimlerini çeşitli boyutlarıyla incelemektedir. Çalışma kapsamında, sosyal çalışanların çocuk ihmal ve istismarını nasıl tanımladıkları, hastane ortamında uyguladıkları sosyal hizmet müdahaleleri, karşılaştıkları zorluklar ve bu alandaki çözüm önerileri ele alınmıştır.

Çalışma katılımcıların çocuk ihmal ve istismarı konusundaki farkındalıklarının yüksek olduğunu ve tanımlarında literatürle uyumlu ifadeler kullandıklarını ortaya koymuştur. Ancak, katılımcıların bir kısmının lisans eğitimi sırasında veya mesleki yaşamlarında çocuk ihmal ve istismarıyla ilgili herhangi bir eğitim almadıklarını belirtmesi, önemli bir noktaya vurgu yapmaktadır. Besler ve Çoban'ın (2010) hastane ortamında sosyal çalışanlarla gerçekleştirdiği çalışmasında; katılımcıların %61'inin mezuniyet sonrasında hizmet içi eğitim almadığı, %64,9'unun ise süpervizyon desteği almadığı tespit edilmiştir. Ayrıca bu çalışmada katılımcıların %90,9'unun mezuniyet sonrası eğitim desteğine ihtiyaç duyduğu belirtilmiştir. Kaya Kılıç ve Tekin'in (2019) korunmaya muhtaç çocuklar biriminde görev yapan sosyal hizmet uzmanlarıyla

yürüttüğü çalışmada, çocuk ihmal ve istismarının kapsamının oldukça geniş olması nedeniyle lisans eğitiminde alınan bilgilerin mesleki uygulama için yetersiz kaldığı vurgulanmıştır. Çalışmamızın bulguları mevcut literatürle uyumluluk göstermektedir. Bulgular sosyal hizmet lisans eğitim sonrasında da eğitim alınması gerektiğinin altını çizmektedir. Mezuniyet sonrası eğitim desteği, çocuk ihmal ve istismarını erken dönemde tespit etmeyi ve müdahale süreçlerini iyileştirmeyi destekleyebilir; ayrıca sosyal çalışmacıların bilgi ve becerilerini geliştirebilir.

Adolesan gebelikler, istenmeyen gebelikler, fiziksel istismar, ihmal ve intihar girişimleri, hastanede çalışan sosyal çalışmacıların en sık karşılaştığı vaka türlerindedir (Yıldırım & Başer, 2019). Çocuk ihmal ve istismarı ise en çok çocuk poliklinikleri ve acil servislerde tespit edilmektedir (Burç & Tüfekci, 2015). Çalışmamız, literatürdeki diğer çalışmalarla uyumlu olarak vakaların sıklıkla acil servis ve çocuk polikliniklerinde ortaya çıktığını ortaya koymuştur. Bu bulgular, acil servisler ve çocuk polikliniklerinin, çocuk ihmal ve istismarı vakalarının erken tespiti açısından kritik öneme sahip olduğunu göstermektedir. Ayrıca, sosyal çalışmacıların bu alanlarda daha fazla görev almasının sağlanması, çocuk ihmal ve istismarının daha hızlı tespit edilmesi ve etkili müdahalelerin yapılabilmesi açısından büyük önem taşımaktadır.

Çocuk istismarında gerekli iş ve işlemlerin başlatılabilmesi ve adli bildirim yapılması için sağlık personelinin makul şüphesi yeterlidir. Hastanelerde karşılaşılan kadına yönelik şiddet, istismar, intihar vakalarında tıbbi sosyal hizmet uygulamalarının başlatılabilmesi için öncelikle ilgili hekimin tıbbi sosyal hizmet birimine vakayı konsülte etmesi gerekmektedir (Yıldırım & Başer, 2019). Bazı katılımcılar dahili ve mobil telefon üzerinden bazıları ise hastane bilişim sistemi üzerinden vakaların kendilerine konsülte edildiğini ifade etmiştir. Sosyal çalışmacılar hastanenin tüm yataklı servislerinde ve ayaktan polikliniklerinde hizmet verdiğinden çoğunlukla mobil halde hastane içerisinde görev yapmaktadırlar. Bir diğer ifadeyle vakaların tümüyle tıbbi sosyal hizmet biriminde görüşmezler, hastanın bulunduğu servise gittiklerinden, her daim tıbbi sosyal hizmet biriminde bulunmazlar. Hızlı, pratik ve kolay ulaşılabilir olması vakaların cep telefonundan bildirimini tercih sebebi olabilir.

İstismar şüphesi olan çocuk hakkında detaylı bir sosyal inceleme raporu hazırlanacağı ve ev ortamında da takibinin yapılması amacıyla Aile ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğüne durum bildirimini yapılacağı belirtilmiştir (Tıbbi sosyal hizmet yönergesi, 2011; Yıldırım & Başer, 2019). 5395 sayılı Çocuk Koruma Kanununun 6. maddesinde “*adli ve idarî merciler, kolluk görevlileri, sağlık ve eğitim kuruluşları, sivil toplum kuruluşları, korunma ihtiyacı olan çocuğu Aile ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğüne bildirmekle yükümlüdür*” ibaresi yer almaktadır (Çocuk Koruma Kanunu, 2005). İlgili madde gereği hastanedeki sosyal çalışmacıların istismar mağduru çocuk, ailesi ve çevresiyle görüşme yaptıkları, bu görüşmeler neticesinde sosyal inceleme raporu hazırlayarak çocuk şube müdürlüğüne, savcılığa, aile ve sosyal hizmetler il müdürlüğüne ihbarda buldukları görülmüştür.

Çalışma çocuk ihmal ve istismar konusunda mesleki görüşme süreçlerinde bazı zorlayıcı unsurların olabildiğini ortaya koymuştur. Mesleğinin 16. yılındaki bir sosyal çalışmacının (K5) ifadelerinde yaşı küçük çocuklarla görüşme yaparken zorlandığını belirtmesi buna örnek olarak gösterilebilir. Mağdur çocuk ve ailesiyle görüşme yapmak, çocuğun yaşı, engellilik durumu, istismarın türü ve şiddeti, istismarcının kimliği gibi faktörlere bağlı olarak zorlayıcı olabilmektedir (Büber & Kutlu, 2023; Orhan & Erden, 2022). Ayrıca, uzmanların yaklaşımı, tecrübesi ve ileri düzey eğitim alıp almaması gibi unsurlar da görüşmenin kalitesini etkileyebilmektedir. Bu bağlamda, mağdur çocuğun yeniden örselemesinin önlenmesi için görüşmelerin deneyimli ve eğitilmiş personel tarafından yapılması gerektiği vurgulanmaktadır (Polat, 2007). Ancak Türkiye’de sosyal hizmet lisans eğitimi genelci model benimsenmiştir ve herhangi bir ihtisaslaşma bulunmamaktadır. Genelci model, sosyal çalışmacıların birey, aile, grup ve topluluk düzeyindeki sorunlara bütüncül bir yaklaşımla çözüm üretebilmesini hedeflese de (Teigiser, 2009) çocuk istismarı gibi özel bilgi ve beceri gerektiren alanlarda yetersiz kalabilmektedir. Bu bağlamda, çocuk ihmal ve istismarı alanında çalışacak sosyal çalışmacıların ileri düzey eğitimlere teşvik edilmesi, mesleki yetkinliklerini artıracaktır.

Sosyal çalışmacılar bireylerin sosyal, ekonomik ve çevresel koşullarını değerlendirerek ihtiyaçlarını belirlemek ve uygun müdahale planları geliştirmek için sosyal inceleme yapmaktadırlar. Çalışmada mesleğinin 5. yılında olan bir katılımcı (K9), çocukların takibini yapmak ve durumuna uygun hizmet modelinden yararlanmasını sağlamak için ev ziyareti yapmak istediğini, ancak yapmadığını ifade etmiştir. Tıbbi sosyal hizmet uygulama yönergesinin (2011) 9/g maddesinde, *“sosyal hizmet müdahalesi kapsamında hastanede, hastanın ikametinde, iş yerinde, okulunda veya sosyal ortamında sosyal inceleme yapılabileceği”* belirtilmektedir. Bu kapsamda, hastanedeki sosyal çalışmacıların hastanın sosyal ortamında inceleme yapmalarına engel olan hukuksal bir engel bulunmamaktadır. Bu bağlamda vakanın ihtiyaç durumuna gerekli koordinasyonun da sağlanmasıyla birlikte ev ziyaretlerinin yapılabileceği değerlendirilmektedir. Literatürde sosyal çalışmacı sayısının artırılmasının ve hastanelerde yürütülen çalışmaların standartlaştırılmasının olumlu sonuçlar doğuracağı ifade edilmektedir (Berkün, 2010; Özbesler & Çoban, 2010). Bu doğrultuda vakanın durumu ve gerekli lojistik kaynakların koordinasyonun sağlanmasıyla birlikte ev ziyareti uygulamasının daha aktif bir şekilde yürütülebileceği öngörülmektedir.

Tıbbi sosyal hizmet uygulama yönergesinin (2011) 12/2 maddesinde sosyal çalışmacının görev ve sorumlulukları yer almaktadır. İlgili maddede sosyal çalışmacıların dezavantajlı gruplara yönelik sosyal hizmet müdahalesini planlamasını ve uygulamasını istemektedir. Bazı sosyal çalışmacılar daha detaylı görüşme yaparken, bazıları daha yüzeysel değerlendirmelerle yetinmektedir. Dahası katılımcılarından bir kısmı durumu bildirmek için çocuk şube birimiyle iletişime geçerken, diğerleri ise cumhuriyet savcılığına bildirimde bulunmayı tercih etmektedir. Mevcut bulgular katılımcıların ihmal ve istismar mağduru çocuklarla yaptıkları görüşmelerde ve izledikleri prosedürlerde farklı yaklaşımlar sergilediğini

göstermektedir. Burç ve Tüfekçi' de (2015) çalışmasında sağlık personelinin ihmal ya da istismar şüphesiyle karşılaştığında durumu emniyetin çocuk şube birimi, hastane polisi veya savcılık gibi farklı mercilere bildirmeyi tercih ettiğini göstermiştir. Bu bağlamda daha tutarlı bir yaklaşım geliştirilmesi için sosyal çalışmacıların ve diğer sağlık personelinin benzer standartlar ve protokoller doğrultusunda hareket etmeleri önemlidir.

İhmal istismar vakalarında koruyucu, önleyici, iyileştirici ve rehabilite edici faaliyetler üç düzeyde gerçekleştirilmektedir. Birincil önleme; çocuk yetiştirme, stres yönetimi, ihmal istismar türleri, belirtileri, korunma yolları konularında halkın bilinçlendirilmesi faaliyetlerini kapsamaktadır (Can, 2020). İkincil önleme; yüksek risk taşıyan grupların tespiti ile başlar, risk faktörlerinin ortadan kaldırılması çalışmalarını içermektedir (Koçtürk, 2018). Üçüncü önleme yöntemi ise olay gerçekleşikten sonraki süreci kapsamaktadır. Buna göre, olayın bildirimi, adli süreç içerisinde çocuğun örselenmemesi, tedavi ve iyileştirici faaliyetler bu kapsamda değerlendirilmektedir (Pelendecioğlu & Bulut, 2009). Hastanede uygulanan sosyal hizmet müdahalesinde vakanın tespit edilmesi ile başlayan süreçte adli bildirim yanısıra aile ve sosyal hizmetler il müdürlüğüne inceleme için bildirim yapılmaktadır. Hastanede birinci ve ikinci düzey önleyici çalışmaların bulunmadığı, doğrudan üçüncü düzey önlemeye yönelik hizmetler kapsamında vakaların değerlendirildiği görülmüştür. Hastanelere başvuran bireylerin fiziksel, zihinsel ve ruhsal hastalıklarından dolayı hastanelere başvurdukları, tedavi hizmetini aldıktan sonra ikametlerine geri döndükleri bilinmektedir. Bu durum birincil ve ikincil düzey önleyici hizmetlerin hastane ortamında verilememesine neden olabilir. İl sağlık müdürlüğü bünyesinde halk sağlığı hizmetleri başkanlığının alt birimi olan bulaşıcı olmayan hastalıklar biriminin görev tanımına bakıldığında "çocuk istismarı ve ihmali gibi travmatik yaşantıları önlemek, erken müdahale etmek ve psikososyal destek kapsamında geliştirilen projeleri ve farkındalık faaliyetlerini yürütmek." ifadesi yer almaktadır (*Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Birimi*, 2024). Bu doğrultuda toplum temelli çalışmaların il sağlık müdürlüğü bünyesinde bulunan bulaşıcı olmayan hastalıklar birimi tarafından yerine getirildiği görülmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmada hastanede görev yapan sosyal çalışmacıların çocuk ihmal istismarı vakalarındaki mesleki uygulama süreçlerini, uygulamada karşılaştıkları güçlükleri ve olası çözüm önerilerini ortaya koymayı amaçlamıştır. Çalışma, bazı sosyal çalışmacıların konu hakkında herhangi bir eğitim almadığını, çocuk, aile ve çevreyle yapılan görüşmelerin her zaman istenildiği gibi geçmediğini ve bazı vakaların zorlayıcı olabildiğini ortaya koyarak bu konuda ileri düzey bir eğitime ihtiyaç duyulduğunu göstermiştir.

Sosyal hizmet müdahalesinin başlatılması tıbbi sosyal hizmet birimine vakanın konsülte edilmesi ile mümkün olduğundan tüm sağlık personelinin tıbbi sosyal hizmet biriminin iş ve işleyişinden haberdar olması

gerekmektedir. Sosyal çalışmacıların birimlerinin iş ve işleyişini tanıtmaları hizmet içi eğitim düzenlemeleri birimin görünürlüğünü artıracaktır.

Tecrübeli sosyal çalışmacıların, meslekte daha yeni olan sosyal çalışmacılara tecrübelerini aktarmaları ve danışmanlık yapmaları faydalı olacaktır, bu konuda özverili davranmaları beklenmektedir. Süpervizyon süreci her ne kadar çalışan için gerekli gibi görünse de mağdur çocuğu da koruyucu bir yanı bulunmaktadır. Tecrübesiz sosyal çalışmacıların tecrübeli personelden süpervizyon almaları mülakat sürecini iyi yapılandırılmalarını, soruları çocuğun anlayacağı şekilde sade, anlaşılır ve dolaysız aktarmalarını sağlayacaktır. Böylelikle personel kaynaklı hatalar en aza indirilirken çocuğun ikincil travma yaşamasını engelleyecektir.

Mesleğe yeni başlayan sosyal çalışmacıların 5395 sayılı Çocuk Koruma Kanunu, Türk Ceza Kanunu, Tıbbi Sosyal Hizmet Yönergesi gibi kanun metinlerini iyi bilmeleri; çocuk ihmal istismarına dair kitap, makale, tez çalışmalarını incelemeleri; seminer ve konferans gibi etkinliklere katılmaları önerilmektedir.

Çalışmamız hastane idarecilerinin konu hakkında hassas ve özverili davrandıklarını ortaya koymuştur. Hastane idarecilerinin aile ve sosyal hizmetler il müdürlüğü, cumhuriyet savcılığı ve çocuk şube müdürlüğü idarecileri ile irtibat halinde olmaları, uygulamada ortaya çıkan sorunların çözülmesi amacıyla belirli aralıklarla toplantı yapmaları faydalı olabilir. Çocuk ihmal istismarına multidisipliner bir anlayışla müdahale gerektiğinden kurumların eşgüdümü ve iş birliği çocukların iyilik haline katkı sunacaktır.

Sosyal çalışmacılar acil servislerde çocukla görüşme yapılacakları alanların bulunduğunu belirtmekle birlikte imkân doğrultusunda oda sayısının artırılmasının daha uygun ve faydalı olacağını belirtmektedirler. Bu durum çocuğun mahremiyetine, olayın gizliliğine ve çocuğun damgalanmamasına katkı sunacak bir faktör olarak değerlendirilmektedir.

Üniversitelerin sosyal hizmet bölümleri başta olmak üzere çocuğa doğrudan hizmet veren tıp, sağlık, eğitim ve sosyal bilimler çatısı altındaki bölümlerin tamamında çocuk ihmal istismarı konusunun ders müfredatına eklenmesi, bunun mümkün olmadığı durumlarda ise farkındalık eğitimlerinin verilmesi önerilmektedir.

Bu çalışma, bir il merkezindeki hastanede görev yapan sosyal çalışmacıların deneyimleriyle sınırlıdır. Çocuklara doğrudan hizmet sunan hekim, hemşire, psikolog ve çocuk gelişimci gibi diğer sağlık profesyonellerinin de deneyimlerini içeren çalışmaların artırılması önerilmektedir. Ayrıca, farklı illerde görev yapan sağlık personelinin konu hakkındaki deneyimlerini içeren çalışmaların yapılması önerilmektedir.

KAYNAKÇA

- Adli Sicil ve İstatistik Genel Müdürlüğü. (2021). *Hizmete Özel Kitap [PDF]*. <https://adlisicil.adalet.gov.tr/Resimler/SayfaDokuman/310520221405382021H%C4%B0ZMETE%C3%96ZELK%C4%B0TAP.pdf>
- Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun (6284 Sayılı, 2012). Türkiye Cumhuriyeti Resmî Gazete, 28239.
- Al-Mohannadi, A. S., Al-Harashsheh, S., Atari, S., Jilani, N., Al-Hail, G., & Sigodo, K. (2022). Addressing violence against children: A case review in the state of Qatar. *Frontiers in Public Health*, 10. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2022.859325>
- Aleissa, M. A., Sultana, K., Saleheen, H. N., Aldihan, D. A., Al-Omar, R. H., Alharbi, R. O., Allahidan, R. S., & Alshagary, R. (2022). Attitude of pediatricians toward suspected cases of child sexual abuse (CSA) in Saudi Arabia. *International Journal of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 9(2), 125-130. <https://doi.org/10.1016/j.ijpam.2021.10.005>
- Arslan, G., & Balkis, M. (2016). Ergenlerde duygusal istismar, problem davranışlar, özyeterlik ve psikolojik sağlık arasındaki ilişki. *Sakarya University Journal of Education*, 6(1), 8-22.
- Bakır, E., & Kapucu, S. (2017). Çocuk ihmali ve istismarının Türkiye’de yapılan araştırmalara yansması: bir literatür incelemesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 4(2), 13-24.
- Barut-Bektaş, B. (2024). Teknoloji çağının konuşulmayan gündemi: çevrim içi çocuk cinsel istismarı. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 0(22), 83-106. <https://doi.org/10.46218/tshd.1348555>
- Baskak, İ. (2023). Çocuğa yönelik duygusal istismar. *Uluslararası Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi*, 3(1), 61-72. <https://doi.org/10.57114/jswrpub.1233975>
- Beaudoin, G., Hébert, M., & Bernier, A. (2013). Contribution of attachment security to the prediction of internalizing and externalizing behavior problems in preschoolers victims of sexual abuse. *European Review of Applied Psychology*, 63(3), 147-157. <https://doi.org/10.1016/j.erap.2012.12.001>
- Berkün, S. (2010). Sosyal hizmet uzmanlarının çalışma hayatında karşılaştıkları mesleki sorunlar: Bursa örneği. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 21(1), 99-112.
- Bozgun, K., & Pekdoğan, S. (2018). Öğretmenlerin çocuk ihmali ve istismarı hakkındaki görüşlerinin incelenmesi. *MANAS Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 7(2), Article 2.
- Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Birimi*. (2024). <https://sakaryaism.saglik.gov.tr/TR-168720/bulasici-olmayan-hastaliklar-birimi.html>
- Burç, A., & Tüfekci, F. G. (2015). Hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama düzeyleri. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(3), 144-151.
- Burç, A., & Tüfekci, F. G. (2015). Hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama düzeyleri. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (3), 144-151.
- Büber, Ö., & Kutlu, İ. (2023). Çoklu mağduriyetin bir yansması: zihinsel engelli çocukların suç mağduriyeti. *Türkiye Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi*, 7(2), 94-103. <https://doi.org/10.55109/tushad.1335108>
- Büber, Ö., & Taylan, H. H. (2023). Çocuk ihmali ve istismarında ebeveynlerin farkındalık düzeyleri. *Sosyal Sağlık Dergisi*, 3(1), 89-111.
- Can, N. (2020). İstismarı önlemede psikolojik danışmanların etik, yasal sorumlulukları ve önleyici rehberlik çalışmalarına öneriler. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*. <https://doi.org/10.30964/auebfd.618883>
- Choe, C., & Yu, S. (2022). The effect of child abuse and neglect on trajectories of depressive symptoms and aggression in korean adolescents: exploring gender differences. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(10), Article 10. <https://doi.org/10.3390/ijerph19106160>
- Cicchetti, D. (2016). Socioemotional, Personality, and biological development: illustrations from a multilevel developmental psychopathology perspective on child maltreatment. *Annual Review of Psychology*, 67(1), 187-211. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-122414-033259>
- Creswell, J. W. (2018). *Nitel araştırma yöntemleri: Beş yaklaşıma göre nitel araştırma ve araştırma deseni*. Siyasal kitabevi.

- Çelik, T. H. (2019). *Okul psikolojik danışmanlarının çocuk istismarı vakalarındaki deneyimleri üzerine nitel bir çalışma* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Sosyal Bilimler Enstitüsü, Çukurova Üniversitesi.
- Çocuk Koruma Kanunu (5395 sayılı, 2005). Türkiye Cumhuriyeti Resmî Gazete, 25870
- Çocuk Koruma Kanunu. (2005, 3 Temmuz). *Resmî gazete*. (Sayı: 25876). Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.5395.pdf>
- Dönmez, Y. E., Soylu, N., Özcan, Ö. Ö., Yüksel, T., Demir, A. Ç., Bayhan, P. Ç., & Miniksar, D. Y. (2014). Cinsel istismar mağduru çocuk ve ergen olgularımızın sosyodemografik ve klinik özellikleri. *Journal Of Turgut Ozal Medical Center*, 21(1), 44-48.
- Finkelhor, D., Turner, H., & Colburn, D. (2022). Prevalence of online sexual offenses against children in the US. *JAMA Network Open*, 5(10), e2234471. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.34471>
- Gámez-Guadix, M., Borrajo, E., & Almendros, C. (2016). Risky online behaviors among adolescents: Longitudinal relations among problematic Internet use, cyberbullying perpetration, and meeting strangers online. *Journal of Behavioral Addictions*, 5(1), 100-107. <https://doi.org/10.1556/2006.5.2016.013>
- Hatipoğlu, E. (2017). Çocuğa yönelik cinsel istismar vakaları ile çalışan sosyal çalışmacıların psikososyal etkilenme deneyimleri. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(4), 85-97.
- Hillis, S., Mercy, J., Amobi, A., & Kress, H. (2016). Global Prevalence of Past-year Violence Against Children: A Systematic Review and Minimum Estimates. *Pediatrics*, 137(3), e20154079. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-4079>
- HSGM. (2024). *İhmal ve istismar*. Erişim adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/ihmal-istismar.html>
- Kaş Güner, C., Yavuz, H. Ö., & Dörtbudak, Z. (2016). Çocuk istismarı- ihmali vakalarıyla karşılaşan hemşirelerin görüş ve uygulamaları. *Sağlık Akademisi Kastamonu*, 1(1), 39-39. <https://doi.org/10.25279/sak.204994>
- Kaya Kılıç, A., & Tekin, H. H. (2019). Sosyal hizmet uzmanlarının korunmaya muhtaç çocuk birimlerinde ihmal ve istismar vakalarına verilen hizmetlerin niteliğine ilişkin görüşleri. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 30(3), 843-865. <https://doi.org/10.33417/tsh.622575>
- Kaya, A., Karadayı, B., Uygun, S., Karadayı, Ş., & Afşin, H. (2015). Acil servislerde ısırik izlerinin çocuk istismarı açısından değerlendirilmesi. *Medical Bulletin of Haseki/Haseki Tıp Bülteni*, 53(3), 181-186.
- Koçtürk, N. (2018). Çocuk ihmali ve istismarını önlemede okul çalışanlarının sorumlulukları. *Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 5(1), 38-47. <https://doi.org/10.21666/muefd.336170>
- Kurt, G., Dönmez, S., Eren, Ö., Balci, E., & Günay, O. (2017). Üç farklı disiplinde okuyan üniversite son sınıf öğrencilerinin istismar, ihmal ve aile içi şiddet algıları. *Journal of International Social Research*, 10(50), 880-888.
- Maneta, E., Cohen, S., Schulz, M., & Waldinger, R. J. (2012). Links between childhood physical abuse and intimate partner aggression: the mediating role of anger expression. *Violence and Victims*, 27(3), 315-328. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.27.3.315>
- Naszydłowska, K., & Kossak, D. (2016). Sexual abuse in childhood—outcomes and psychological help. *Acta Neuropsychologica*, 14(2), 101-112. <https://doi.org/10.5604/17307503.1210229>
- Orhan, G., & Erden, G. (2022). Reliability of forensic interview with child victim of sexual abuse in Turkey. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 14(4), 570-579. <https://doi.org/10.18863/pgy.1088328>
- Orhan, G., Ulukol, B., & Canbaz, H. (2019). Çocuk izlem merkezi modeli ve bu modelde gözlenen sorunlar. *Kriz Dergisi*, 27(3), 178-186.
- Özbesler, C., & Çoban, A. İ. (2010). Social work practice in the hospital setting: the case of Ankara. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 21(2), 31-46.
- Özgentürk, İ. (2014). Çocuk istismarı ve ihmal. *International Journal of Human Sciences./ Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 265-278. <https://doi.org/10.14687/ijhs.v11i2.2943>
- Palermo, T., Pereira, A., Neijhoft, N., Bello, G., Buluma, R., Diem, P., Aznar Daban, R., Fatoumata Kaloga, I., Islam, A., Kheam,

- T., Lund-Henriksen, B., Maksud, N., Maternowska, M. C., Potts, A., Rottanak, C., Samnang, C., Shawa, M., Yoshikawa, M., & Peterman, A. (2019). Risk factors for childhood violence and polyvictimization: A cross-country analysis from three regions. *Child Abuse & Neglect*, 88, 348-361. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.10.012>
- Paslı, F. (2020). Çocuğa yönelik fiziksel istismar. *Sosyal Politika ve Sosyal Hizmet Çalışmaları Dergisi*, 1(1), 60-72.
- Pelendecioğlu, B., & Bulut, S. (2009). Çocuğa yönelik aile içi fiziksel istismar. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 9(1), 49-62.
- Polat, O. (2007). *Tüm boyutlarıyla çocuk istismarı*. Seçkin.
- Seth, R. (2015). Child abuse and neglect in India. *The Indian Journal of Pediatrics*, 82(8), 707-714. <https://doi.org/10.1007/s12098-014-1620-3>
- Şengül, H., & Bulut, A. (2023). Tıbbi sosyal hizmet. *Disiplinlerarası sosyal hizmet: Holistik perspektif*. (ss. 99-125). Nobel Bilimsel Eserler. <https://hdl.handle.net/20.500.12436/4489>
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2011). Tıbbi sosyal hizmet uygulama yönergesi. Erişim adresi: <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/1349,img071372pdf.pdf?0>
- Teigiser, K. S. (2009). Field note: New approaches to generalist field education. *Journal of Social Work Education*, 45(1), 139-146.
- Teisl, M., & Cicchetti, D. (2008). Physical abuse, cognitive and emotional processes, and aggressive/disruptive behavior problems. *Social Development*, 17(1), 1-23. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9507.2007.00412.x>
- Tekin, H. H., & Kaya Kılıç, A. (2020). Sağlık çalışanlarının çocuk ihmal ve istismar vakaları ile karşılaşma durumları, bildirim yükümlülükleri ve eğitim gereksinimleri. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 29(2), 85-94.
- Türk Ceza Kanunu (5237 sayılı, 2004). Türkiye Cumhuriyeti Resmî Gazete, 25611
- Türk Medeni Kanunu (4721 sayılı, 2001). Türkiye Cumhuriyeti Resmî Gazete, 24607
- UNICEF. (2010). *Türkiye’de çocuk istismarı ve aile içi şiddet araştırması- özet raporu*. <https://www.unicef.org/turkiye/raporlar/t%C3%BCrkiyede-%C3%A7ocuk-istismari-ve-aile-i%C3%A7i-%C5%9Fiddet-ara%C5%9Ftirmasi-%C3%B6zet-raporu-2010>
- UNICEF. (2022). *Türkiye Çocuk Araştırması 2022*. <https://www.unicef.org/turkiye/media/17591/file/2022%20Türkiye%20Çocuk%20Araştırması%20.pdf>
- Üstündağ, A. (2022). Sağlık çalışanlarının çocuk istismarı ve ihmal konusundaki farkındalığı: Sağlıklı hayat merkezi örneği. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 31(4), 241-253.
- World Health Organization. (2006). Preventing child maltreatment: A guide to taking action and generating evidence / World Health Organization and International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect. *Guide Sur La Prévention de La Maltraitance Des Enfants : Intervenir et Produire Des Données*. <https://iris.who.int/handle/10665/43499>
- Yıldırım Sarı, H., Ardahan Akgül, E., & Oztornacı, B. (2016). Systematic reviews about child abuse and neglect in last 10 years. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15, 501. <https://doi.org/10.5455/pmb.1-1453795052>
- Yıldırım, B., & Başer, A. O. (2019). Acil servis tıbbi sosyal hizmet müdahaleleri, müracaatçı profili ve sosyal hizmet mülakatında dikkat edilmesi gereken durumlar. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 30(1), 286-308.
- Yolcuoğlu, İ. G. (2010). Çocukların ihmal-istismara uğramasında aile ve çocuklara yönelik risk faktörleri ve sosyal hizmet müdahalesi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 21(1), 73-83.
- Zengin, O., & Çalış, N. (2017). Sosyal hizmet uzmanlarının mesleki uygulamaları ve çalışma koşulları. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 28(1), 47-67.



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

ULAKBİM TR Dizinde Taranmaktadır



Hakemli Dergi
Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi

ISSN: 2149-309X-Biannually
<https://edergi.saglik.gov.tr/>
<https://dergipark.org.tr/tr/pub/tshd>
Yıl/Year: 2024 Aralık/ December Sayı/Issue:24

BİREYLERİN HASTA HAKLARI VE SORUMLULUKLARI HAKKINDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ

Buket Betül EMİNAĞAOĞLU1
Bülent ŞEN²

Makale Bilgileri/ Article info

Makalenin Türü/Article Type: Araştırma
Geliş Tarihi / Date Received: 10.09.2024
Revizyon Tarihi/Date Revised: 04.11.2024
Kabul Tarihi / Date Accepted: 22.11.2024
Yayın Tarihi / Date Published: 03.01.2025
DOI: 10.46218/tshd.1547919

Makale Künyesi/To cite this article

Eminağaoğlu B. Ve Şen B. (2024,Aralık).
Bireylerin Hasta Hakları Ve Sorumlulukları
Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi.
Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi.219-241.

Sorumlu Yazar/Corresponding Author:

Bülent ŞEN, Doç. Dr. Lefke Avrupa
Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal
Hizmet Bölümü, bsen@eul.edu.tr

Öz

Bireylerin hasta hakları ve sorumlulukları hakkındaki bilgi düzeylerinin incelenmesini amaçlayan bu çalışmada ilişkiel tarama modeli ve Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları Yönetmeliğinin tüm değişikliklerini içeren 2019 yılında yapılmış bir ölçek kullanılmıştır. Araştırmanın örneklemini Google formları dijital ortamda eksiksiz dolduran 239 katılımcıdan oluşmaktadır. Non-parametrik testlerden Mann Whitney U ve Kruskal Wallis analizi yapılmıştır. Ölçek ile ilgili sonuçlarda 25 maddenin bütününde, hasta haklarını inceleyen 18 maddede ve hasta sorumluluklarını inceleyen yedi maddede ölçek ortalamasının yüksek olduğu tespit edilmiştir. 25 maddenin yedi maddesinde daha düşük ortalamaların olduğu ifadelerle bakıldığında; katılımcıların hak talep etme ve otoriteye karşı isteklerini iletme konularında gelişim ihtiyacı olduğu görülmektedir. Hasta ve sağlık personeli arasında etkili ve eşitlikçi etkileşimin olmasında hasta hakları birimlerinde daha çok görevlendirilecek tıbbi sosyal hizmet uzmanlarının eğitim, savunuculuk, arabuluculuk gibi rolleri kullanarak bu gelişime katkı sağlayabileceği değerlendirilmektedir. Ayrıca toplumun sağlık okuryazarlığı oranının artırılmasının hasta hakları ve sorumlulukları konusunda bilinç seviyesinin artmasında bir kuvvet çarpanı etkisi oluşturacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hasta, Hak, Hasta hakları, Hasta sorumlulukları, Bilgi düzeyi

AN EXAMINATION OF INDIVIDUALS' LEVELS OF KNOWLEDGE REGARDING PATIENT RIGHTS AND RESPONSIBILITIES

Abstract

This study, which aims to examine individuals' levels of knowledge regarding patient rights and responsibilities, employed a relational survey model and a scale developed in 2019 that incorporates all amendments to the Ministry of Health's Patient Rights Regulation. The sample of the study consists of 239 participants who fully completed the Google Forms in a digital environment. Non-parametric tests, such as the Mann-Whitney U and Kruskal-Wallis analyses, were conducted. The results related to the scale revealed that the overall scale mean was high across all 25 items, including 18 items examining patient rights and seven items examining patient responsibilities. When examining the statements with lower means in seven of the 25 items, it was observed that participants needed development in the areas of asserting their rights and communicating their demands to authorities. It is assessed that the effective and equitable interaction between patients and healthcare personnel could be enhanced by medical social workers assigned to patient rights units, utilizing roles such as education, advocacy, and mediation. Moreover, it is suggested that increasing the level of health literacy in society would serve as a multiplier effect in raising awareness of patient rights and responsibilities.

Keywords: Patient, Right, Patient rights, Patient responsibilities, Knowledge level.

¹ Sosyal Hizmet Uzmanı, ORCID: 0009-0001-6554-6747

² Doç. Dr. Lefke Avrupa Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü, ORCID: 0000-0003-1752-1876

1. Giriş

Birleşmiş Milletlere göre insan hakları, bireyin sadece insan olduğu için doğuştan sahip olduğu vazgeçilemez ve devredilemez olan haklarını ifade etmektedir (HSK, 2024). Sosyal hizmet müdahalelerinden faydalanmanın ihtiyacı olan her bireyin doğal hakkı olduğunu savunan hak temelli yaklaşım ise sosyal hizmetin temel yaklaşımlarındandır. Ayrıca, ayırım yapılmaksızın her bireyin insan haklarından faydalanması söylemi sosyal hizmet disiplininin kuram, değer, etik ve uygulamalarında yer bulmaktadır (Zengin ve Altındağ, 2016). Dünya Sağlık Örgütü ve Sağlık Bakanlığı da aynı vurguyu sağlık hakkı için yapmaktadır. Sağlık Bakanlığı Hasta hakları Yönetmeliği md.4(f)'de hasta hakları ifadesi "Sağlık hizmetlerinden faydalanma ihtiyacı bulunan fertlerin, sırf insan olmaları sebebiyle sahip buldukları ve T.C. Anayasası, milletlerarası antlaşmalar, kanunlar ve diğer mevzuat ile teminat altına alınmış bulunan haklarını" karşılamaktadır diye belirtilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 1998). Dolayısıyla Sosyal hizmetin felsefesi ile Sağlık Bakanlığının hasta hakları felsefesinin birbirine paralel olduğu görülmektedir.

Ayrıca, Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi (2011); Amaç (md1), Tanımlar (md3-g) Tıbbi sosyal hizmet, (md3-ğ) Sosyal hizmet müdahalesi, (md12) Sosyal çalışmacının görev ve sorumlulukları incelendiğinde Hasta Hakları Yönetmeliği (1998), Hasta Hakları Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik (2014) ve Hasta hakları uygulamaları genelgesi (2014/32) ile uyumlu olduğu ve birçok noktada örtüştüğü görülmektedir.

Sağlık hakkı insan haklarının ikinci kuşak haklarından ve hasta hakları ise üçüncü kuşak haklarından olup üzerinde en çok çalışılan konulardan biridir (Cılga, 2004). Hasta hakları, "sağlık hakkı" olarak ifade edilen temel insan haklarına dayandırılır (Hatemi, 2006). Hasta haklarının amacı " tarafların hak ve yükümlülüklerinin sınırlarını belirleyerek muhtemel hak ihlallerinin önüne geçmektir" (Hatun,1999,19-20). Hasta Hakları ilk kez 34. Dünya Tabipler Birliği Genel Kurulu'nda yayımlanan Lizbon Bildirgesi (1981) ile gündeme alınmıştır. Dünya Sağlık Örgütü'nün Amsterdam'da (1994) gerçekleştirmiş olduğu toplantıda hasta hakları düzenlemesi kabul görmüştür. Daha sonra 47. Dünya Tabipler Birliği Kurultayında (Bali, Eylül 1995/Lizbon Bildirgesi-II) değişikliğe uğramış, son belge 171. Konsey Oturumunda (Santiago Sözleşmesi) 2005 yılında Şili'de gözden geçirilip düzeltilmiştir (Sert, 2004).

Dünya Sağlık Örgütü bilindiği anlamda hasta hakları kavramını "hasta güvenliği hakları" olarak kullanıp hasta güvenliği hakları tüzüğünü (Patient safety rights charter) 16 Nisan 2024'te 10 ana madde altında yayınlamıştır. Hasta güvenliği hakları tüzüğü, "Sağlık hizmetlerinde kaçınılabılır zararların ortadan kaldırılmasına doğru" teması ile Küresel Hasta Güvenliği Eylem Planı 2021–2030'un uygulanmasını desteklemeyi amaçlayan önemli bir kaynak olarak görülmektedir. Tüzük, hastaların haklarını güvenlik bağlamında ana hatlarıyla belirtmeyi ve uluslararası insan hakları standartlarının belirlediği şekilde bu hakların herkes için, her yerde, her zaman korunmasını teşvik etmeyi amaçlamaktadır (WHO, 2024). Tüzüğün amaç maddesinde "Sağlık hizmeti ortamlarında her 10 hastadan yaklaşık birinin zarar gördüğü ve

dünya çapında güvenli olmayan bakım nedeniyle her yıl üç milyondan fazla ölümün meydana geldiği belirterek; Tüzüğün, özellikle bu zararın %50'sinden fazlasının önlenebilir olduğu göz önüne alındığında, hastaların haklarını güvenlik bağlamında ana hatlarıyla belirtmeyi amaçladığı belirtilmektedir. Sonrasında “Uluslararası insan hakları standartlarında belirtildiği gibi, herkes için, her yerde, yaş, cinsiyet, etnik köken veya ırk, dil, din, engellilik, sosyoekonomik durum veya başka herhangi bir statüden bağımsız olarak hasta güvenliği haklarının korunmasını tüzük vasıtasıyla WHO’nun teşvik ettiği belirtilmektedir. Ayrıca tüzüğün, paydaşların politikalar ve mevzuatlar oluşturmasını ve hastaların güvenli bakıma ilişkin haklarının saygı görmesini, korunmasını ve yerine getirilmesini sağlamak için mekanizmalar geliştirmesini destekleyeceği belirtilmektedir.

Avrupa Birliğinde 2002 yılında Roma’da Avrupa Birliği *Temel Haklar Şartı’na* dayanan 14 hakkı içeren bir Avrupa Hasta Hakları Şartının hazırlandığı ve 2006’da kabul edilen AB Sağlık Sistemlerinde Ortak Değerler ve İlkeler hakkındaki Konsey Kararlarına da dahil edildiği görülmektedir. Avrupa Birliğinde 18 Nisan tarihinde geniş çapta etkinliklerle hasta hakları günü kutlanmaktadır (EPF, 2024). Hem Dünya Sağlık Örgütü hem de Avrupa Birliği hasta hakları için temel olan maddelerin tamamının Sağlık Bakanlığı hasta hakları çalışmalarında bulunduğu görülmektedir.

Türkiye’nin hasta hakları konusunda Avrupa Birliği ülkelerinin birçoğundan daha önce insan hakları sözleşmesi ile hasta haklarının yer aldığı uluslararası bildirimler çerçevesinde düzenlenmiş ‘Hasta Hakları Yönetmeliği’ni yayınladığı bilinmektedir. Hatta aynı yıl Türkiye’de 26 Ekim Hasta Hakları Günü olarak kabul edilmiş ve her yıl Sağlık Bakanlığına bağlı ve özel sağlık kurumlarında büyük etkinliklerle kutlanmaya başlanmıştır. Bu yönetmelik sayesinde Sağlık Bakanlığı mevzuatında değişik yerlerde bulunan hasta hakları ile ilgili uygulamalar hasta hakları çatısı altında toplanmıştır (Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998). Sonrasında hasta haklarını geliştirmek ve uygulamadan doğan aksaklıkların düzeltilmesi ve geliştirilmesi için bazı çalışmalar yapılmıştır. Bunlar; “Poliklinik Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması Genelgesi (2004/117), İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi (Resmi Gazete 20 Nisan 2004 tarih ve 25439 sayı), Hizmet Kusuru Genelgesi (2005/06), Hekim Seçme Yönergesi (Resmi Gazete 19.10.2007 tarih ve 21745 sayı), Hasta Hakları Uygulaması Genelgesi (2009/21), Öncelik Genelgesi (2010/73-80), Hasta Hakları Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik (Resmî Gazete 8 Mayıs 2014 tarih ve 28994 sayı), Hasta Hakları Uygulama Yönergesinin kaldırılması (05.12.2014 ve 14500235/419 sayı), Hasta Hakları Uygulama Genelgesi (2014/32) ve Türkiye Hasta Güvenliği Bildirim Sistemi (2016-2024)” olarak görülmektedir.

Sağlık Bakanlığı tarafından 2014 yılında yürürlüğe sokulan “Hasta Hakları Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik” kapsamında, sağlık personeli tarafından hasta ve hasta yakınlarına yapılacak bilgilendirmenin neler olduğu, hasta hakları ve hastanın tedavi sürecinde yerine getirmesi gerekli sorumlulukları gözden geçirilerek düzenlenmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2014). Aydemir ve Işıkhan (2012), Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerde uygulanan hasta hakları uygulamalarının Joint Commission International’ın

(JCI) (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) kurumunun, uluslararası akreditasyon hizmetleri için oluşturulmuş birimi) hasta ve hasta yakınlarının hakları ile ilgili belirlediği akreditasyon standartlarına uygunluğunun değerlendirilmesi amacıyla bir araştırma yapmışlar ve hasta hakları uygulamalarının akreditasyon standartlarına uygun olduğu sonucuna ulaşmışlardır.

Bütün bu çalışmaların Sağlık Bakanlığı'nın 2003 yılında başlattığı "Sağlıkta Dönüşüm Programı" kapsamında yapıldığı ve bu dönüşüm programıyla hastaların ve yakınlarının sorun yaşadıklarında başvurabilecekleri hasta hakları birimlerini kurmak, olabildiğince ortaya çıkan sorunları bulunduğu yerde çözmek, bu mümkün olmadığında sorunun bir üst merciye bildirilerek çözümün gerçekleştirilmesi amaçlanmıştır. Bu amaçla çok önemli çalışmalar yapılmasına rağmen tedavi sürecinde yapılan bazı hatalar ve uygulamalar nedeniyle Hizmet Kusuru Genelgesi (2005/06) çıkarılmış ve tüm sağlık kurumlarında ilave tedbirler alınmıştır. Hizmet Kusuru Genelgesinde; sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması için sürdürülen çalışmaların geri bildirimlerinin olumlu olmasına rağmen sağlık hizmetlerinin hatayı kabul etmeyeceği ve hizmet alan vatandaşların beklentilerinin her geçen gün daha da artması nedeniyle sağlık kurumlarında ortaya çıkan hizmet kusurları ile ilgili Sağlık Bakanlığı aleyhine açılan davalarda son dönemde artış yaşandığı ve büyük oranda tazminat ödenmesi söz konusu olduğu ifadelerinden sonra Bakanlık aleyhine açılan hizmet kusuru davalarının tetkikinde şikayetlerin bazı alt başlıklarda toplandığı tespiti yapılmıştır. Bu alt başlıklara bakıldığında hasta hakları yönetmeliği kapsamı ve hasta hakları birimlerinin görevleri ile örtüştüğü görülmektedir. Bu araştırmanın bulgularında ve tartışma bölümünde diğer çalışmalarla karşılaştırıldığında; Bakanlığın çalışmaları neticesinde hasta hakları bilgi seviyesinde büyük ilerlemelerin olduğu tespit edilmesine rağmen daha fazla gelişim ve davaların azaltılması için bazı bütüncül tedbirlerin alınması gerektiği değerlendirilmektedir. Bu bütüncül bakış açısıyla alınan tedbirlerin birincisinin sadece hastaneye başvuran bireylere hasta hakları ve sorumlulukları konusunda çalışmalar yapmanın yanında her türlü yolla vatandaşların "sağlık okuryazarlığının" geliştirilmesi olduğu değerlendirilmektedir. Bu zemin üzerine hasta hakları ve sorumlulukları kapsamında yapılacak çalışmaların daha işe vuruk olabileceği düşünülebilir. İkinci hususun da sağlık personeline verilen eğitimlerle "tıbbi hata" ve "malpraktis" kavramları konusunda bilgi sahibi olmaları ve mesleki uygulamalarını sonuçlarını düşünerek daha bilinçli yapmaları sağlanabilir. Bu kapsamda sağlık okuryazarlığı "bireylerin sağlıkla ilgili bilgilere ulaşması, bu bilgileri anlaması ve bu bilgileri sağlıkla ilgili kararlarında kullanabilmesi için gerekli olan zihinsel ve sosyal becerileri" olarak tanımlanmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2020).

Sağlık Bakanlığı Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü (2020) tarafından yürütülen "Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörleri Araştırması" ile sağlık okuryazarlığı düzeyinin ulusal düzeyde saptandığı görülmektedir. Sonuçlarında, "araştırmanın, Türkiye geneline temsil eden 6 bin 228 hane üzerinden yürütüldüğü, araştırmaya katılanların TSOY-32 ölçeği ile saptanan sağlık okuryazarlığı düzeyine bakıldığında; %30,9'unun yetersiz, %38'inin sorunlu-sınırlı, %23,4'ünün yeterli, %7,7'sinin ise mükemmel

seviyede olduğu ve özetle Türkiye’de yaklaşık olarak 10 kişiden 7’sinin sağlık okuryazarlığı düzeyinin yetersiz veya sınırlı olduğunun” tespit edildiği bildirilmiştir.

Tıbbi hata ve Malpraktis kavramına bakıldığında; “kötü ve hatalı uygulama” anlamına gelen malpraktis kelimesinin Latince “Male” ve “Prakxis” kelimelerinden türetildiği, genel anlamda bakıldığında bir meslek elemanının mesleğini icra ettiği süreçte meydana gelen hatalı ya da kusurlu davranışları olarak tanımlandığı belirtilmektedir. Tıbbi Malpraktis ise; tıp mesleğini icra edenlerin hatalı davranışları sonucu meydana gelir. Dünya Tabipler Birliği 44. genel kurulundaki (1992) ifadede de tıbbi malpraktisi; “Hekimin tedavi sırasında standart güncel uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zarar” olarak tanımlamıştır (Balıkçı, 2019).

Tıbbi uygulama hatalarına daha geniş bir tanımlamayla bakıldığında; “Hizmetleri sunan hekim, hemşire ve ilgili yasaya göre hastaya müdahale yetkisi bulunan fizyoterapist, psikolog veya diyetisyen gibi sağlık personelinin, öneri ve/veya uygulamaları sonucu, hastalığın normal seyrinin dışına çıkarak, iyileşmesinin gecikmesinden hastalığın ölümüne kadar geniş bir yelpazedeki şartların” tamamını içeren maddelerden oluşmaktadır (Çetin, 2006).

Hukuksal bakış açısıyla bakıldığında, Yargıtay CGK. 16.05.2017 tarih, 2017/12-271 E. ve 2017/278 K. sayılı kararı içeriğinde Yargıtay Ceza Genel Kurulunun malpraktis, tıbbi uygulama hatası gibi kavramların tamamını, en geniş ölçekte “tıbbi hata” kavramının karşıladığının belirtildiği görülmektedir (Şengül, 2019). Bu doğrultuda Sağlık Bakanlığı (2022) tarafından “Sağlık Meslek Mensuplarının Tıbbî İşlem ve Uygulamaları Nedeniyle Soruşturulmasına ve İdarece Ödenen Tazminatın Rücu Edilmesine Dair Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik” çıkarıldığı görülmektedir.

Hasta hakları yönetmeliği çerçevesinde Türkiye’de bugüne kadar yapılan düzenlemelere rağmen, hasta hakları ve sorumlulukları konusunda bilgi düzeyinde çeşitli eksikliklerin sürdüğü görülmektedir. Bu eksiklikler, hasta haklarının tam olarak anlaşılabilmesi, hasta güvenliği ve sağlık hizmetlerinin kalitesinde yetersizliklere yol açabilmektedir. Bu doğrultuda, çalışmanın amacı, gelinen noktada bireylerin hasta hakları ve sorumlulukları konusundaki bilgi seviyesini değerlendirmektir. Çalışma, güncel hasta hakları yönetmeliğine dayanan hasta hakları ve sorumluluklarına ilişkin bilgi seviyesini birlikte değerlendirmek üzere geliştirilmiş bir ölçek kullanarak hasta hakları ve sorumluluklarına dair genel bilgi seviyesini kapsamlı bir biçimde incelemeyi hedeflemektedir. Elde edilen verilerin, Sağlık Bakanlığı ve sağlık personelinin hasta hakları konusundaki uygulamaları iyileştirme çabalarına rehberlik etmesi ve hasta güvenliği ile memnuniyetinin artırılması için stratejik çalışmalar geliştirilmesine katkı sağlaması beklenmektedir.

2. Yöntem

Bu çalışmada bireylerin hasta hakları ve sorumlulukları hakkındaki bilgi düzeyleri incelenmiştir. Çalışma, nicel araştırma yöntemleri genel tarama modellerinden ilişkisel tarama modeli kullanılarak

gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evreni 18 yaş üstü yetişkin bireylerden oluşmaktadır. Araştırma Google Forms kullanılarak ve katılımın gönüllülük esasına göre yapıldığı bir çalışma olduğu için kolayda örnekleme yöntemi seçilmiştir. Araştırmanın örnekleme ise araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden ve Google Formları dijital ortamda eksiksiz dolduran 239 katılımcıdan (158 Kadın, 81 Erkek) oluşmaktadır.

2.1. Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı olarak araştırmacının oluşturduğu beş adet demografik ve dört adet hastane deneyimlerini sorgulayan maddeyi kapsayan anket formu ve çalışmaya uygun olarak seçilmiş olan ölçek kullanılmıştır.

2.2.1. Sosyodemografik Bilgi Formu ve Hastane Deneyimleri Formu

Araştırmacının oluşturduğu beş adet demografik bilgileri sorgulayan maddeler cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, ekonomik düzey, medeni durumu kapsamaktadır. Dört adet hastane deneyimlerini sorgulayan maddeler; “Daha önce hastanede yatılı bir deneyiminiz oldu mu? Başvurduğunuz bir sağlık kuruluşunda hasta hakları birimi olduğunu fark ettiniz mi? Hasta Hakları konusunda bilgilenecek için bir yerden okuma yaptınız mı? Haklarınızı korumak için hizmet aldığınız sağlık kuruluşunun hasta hakları birimine başvurduğunuz mu?” ifadelerini kapsamaktadır.

2.2.2. Sağlık Kurumlarına Müracaat Eden Hasta Bireylerin Hak ve Sorumluluk Bilgi Düzeyi Ölçeği

Çalışmaya uygun olarak seçilmiş olan ölçek 25 maddelik Rifat Bilgin ve Hülya Diğer tarafından geliştirilen “Sağlık Kurumlarına Müracaat Eden Hasta Bireylerin Hak ve Sorumluluk Bilgi Düzeyi Ölçeği” (2019) başlığını taşımaktadır. İlgili ölçek 1998 tarih ve 23420 sayılı Resmî Gazetede yayınlanan “Hasta Hakları Yönetmeliği”nden (2014-2016-2019 değişiklikleri işlenmiş) faydalanılarak oluşturulmuş olup pilot uygulaması 28 Ocak-7 Şubat 2019 tarihinde 80 kişi ile gerçekleştirilmiştir. Elde edilen veriler faktör ve güvenilirlik analizi ile teste tabi tutulmuştur. Ölçeğin boyutları için yapılan keşfedici faktör analizi ile iki faktörün olduğu görülmüştür. Birincisi, hasta hakları boyutunda 18 madde (8,11,15,14,18,17,2,5,6,12,10,13,16,9,1,7,4,3), ikincisi, hasta sorumlulukları boyutunda 6 madde (20,22,21,23,24,25,19) bulunmaktadır. Maddelerin faktör yükleri .54 ile .82 arasında dağılmaktadır. Hesaplanan alfa iç tutarlılık katsayısı 25 soru için .93, birinci boyut için .91, ikinci boyut için ise .88’dir. Bu çalışmada yapılan güvenilirlik analizi sonucu alfa iç tutarlılık katsayısı 25 madde için .91 olarak tespit edilmiştir.

2.2. Verilerin Toplanması

Veri toplama sürecinde araştırmacılar tarafından hazırlanan anketler ve ölçek Google Forms aracılığıyla 20.12.2023 ile 01.02.2024 tarihleri arasında internet üzerinden katılımcılara uygulanmıştır. Ankete katılım için çeşitli sosyal medya platformlarında duyurular yapılmış ve ilgili gruplarla link paylaşılmıştır. Çeşitliliği sağlamak için farklı demografik gruplara ulaşılmaya çalışılmıştır. Çalışmaya genellikle kadınlar ve genç yetişkinlerin daha fazla ilgi gösterdiği gözlemlenmiştir.

2.3. Verilerin Analizi

245 katılımcıdan veriler toplanmış ve 6 anket eksik doldurulması nedeniyle analiz sürecine dahil edilmemiştir. 239 kişiden elde edilen verilere, SPSS 22.0 for Windows paket programı ile araştırma amaçları doğrultusunda istatistiksel analizler uygulanmıştır. Elde edilen veriler ilk olarak betimleyici analizlere tabi tutulmuştur. Sonrasında verilere normallik testi uygulanmıştır. Shapiro-Wilk testi sonuçları Statistic (0,913), df (239), Sig. (0,000) olarak tespit edilmiş olup Shapiro-Wilk katsayısı $p < .05$ olduğu ve diğer göstergeler de verilerin normal dağılım göstermediğini işaret ettiği için katılımcıların hasta hakları ve sorumlulukları konusundaki bilgi düzeylerini demografik değişkenlere göre karşılaştırmak amacıyla non-parametrik testlerden Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis analizi yapılmıştır. Ölçeğin Cronbach's Alpha değeri 0.910 olarak belirlenmiş ve bu ölçeğin oldukça güvenilir olduğunu göstermektedir. İki bağımsız grup ortalamasını karşılaştırmak amacıyla Mann Whitney U testi, üç ve daha fazla grubun ortalamaları arasındaki farklılığı karşılaştırmak amacıyla Kruskal Wallis testi gerçekleştirilmiştir.

2.4. Etik Hususlar ve Sınırlıklar

Lefke Avrupa Üniversitesi Yayın Etiği Kurulu (BAYEK) tarafından 24.05.2023 tarihinde alınan BAYEK026.04 sayılı kararlar araştırma için etik onay alınmıştır. Çalışmada kullanılan "Sağlık Kurumlarına Müracaat Eden Hasta Bireylerin Hak ve Sorumluluk Bilgi Düzeyi Ölçeği" için ölçeği yapan Rifat Bilgin ve Hülya Diğer isimli öğretim üyelerinden gerekli izinler alınmıştır. Çalışma kapsamında gönüllü katılımcılar yer almış ve katılım tamamen isteğe bağlı olmuştur. Katılımcılara çalışma başlangıcında onay belgesi sunulmuş ve gizliliklerinin korunacağı hususunda bilgilendirme yapılmıştır. Araştırma verilerinin hastanede yatan hastalar dışında hasta olmayan katılımcılardan elde edilmiş olması çalışmanın sınırlılığı olarak kabul edilebilir. Ancak alanyazında hasta hakları konusunda hastanede yatan ya da ayaktan tedavi gören hastaların dışında katılımcılardan veri toplayan bir çalışmaya rastlanmaması da araştırmanın özgünlüğü olarak değerlendirilebilir.

3. Bulgular

Çalışmaya katılan toplam 239 katılımcının demografik özellikleri incelendiğinde, kadınların sayısının erkeklerden daha fazla olduğu, genç ve orta yaş katılımcıların sayılarının birbirine yakın olduğu ve 46 yaş üzerine göre daha fazla yüzdeye sahip olduğu (%78,2), yüksek öğrenim görenlerin oranının fazla olduğu (%67,3), ekonomik düzeyi orta seviyede olanların çoğunlukta olduğu (%76,2), evli ve bekar oranının birbirine yakın olduğu görülmektedir (Tablo 1).

Tablo 1. Katılımcılara Ait Demografik Özellikler

	n	%
Cinsiyet		
Kadın	158	66.1

	Erkek	81	33.9
Yaş	18-25 yaş	71	29.7
	26-35 yaş	61	25.5
	36-45 yaş	55	23.0
	46-55 yaş	34	14.2
	56-65 yaş	12	5.0
	66 ve üzeri	6	2.5
	Eğitim düzeyi	İlk ve Ortaöğretim	12
Lise		66	27.6
Lisans		132	55.2
Lisansüstü		29	12.1
Ekonomik düzey	Kötü	4	1.7
	Orta	182	76.2
	İyi	53	22.2
Medeni durum	Evli	133	55.6
	Bekar	106	44.4
	Toplam	239	100.0

Katılımcıların hastane deneyimi ve hasta hakları birimi hakkındaki bilgileri incelendiğinde, %65,7'sinin daha önce hastanede yatılı bir deneyime sahip olduğu belirlenmiştir. Başvurulan sağlık kuruluşlarında hasta hakları biriminin fark edilme durumuna bakıldığında, %53,6'sının bu birimi fark ettiği görülmüştür. Hasta hakları konusunda bilgilenmek için okuma yapanların oranı %43,9 iken bu alanda bilgi edinmeyenlerin oranı %56,1 olarak belirlenmiştir. Hasta hakları birimine bugüne kadar başvuruda bulunmayanların oranı ise %90 olarak tespit edilmiştir (Tablo 2).

Tablo 2. Katılımcıların Hastane Deneyimi ve Hasta Hakları Birimi Hakkındaki Bilgileri

		n	%
Daha önce hastanede yatılı bir deneyiminiz oldu mu?	Hayır	82	34.3
	Evet	157	65.7
Başvurduğunuz bir sağlık kuruluşunda hasta hakları birimi olduğunu fark ettiniz mi?	Hayır	111	46.4
	Evet	128	53.6
	Hayır	134	56.1

Hasta Hakları konusunda bilgilenmek için bir yerden okuma yaptınız mı?	Evet	105	43.9
Haklarınızı korumak için hizmet aldığınız sağlık kuruluşunun hasta hakları birimine başvurduğunuz mu?	Hayır	215	90.0
	Evet	24	10.0
	Toplam	239	100.0

Araştırmanın ölçek boyutlarına yönelik elde edilen veriler incelendiğinde, katılımcıların ölçeğin 25 maddesine verdikleri puanlara göre genel ölçek toplamı üzerindeki dağılımın ortalama 99,45, hasta hakları boyutunda 18 maddenin ortalama değerinin 66,19 ve hasta sorumlulukları boyutunda yedi maddenin ortalama değerinin 29,79 olduğu ve bu haliyle bilgi seviyesinin yüksek olduğunu düşündürmektedir (Tablo 3). Bunu doğrulamak için ölçekte bulunan her bir maddenin beş puan üzerinden ortalama değerleri de incelenmiştir (Tablo 4 ve 5).

Tablo 3. Ölçek Boyutlarının Ortalama ve Standart Sapma Oranlarının Dağılımı

	Min.	Max.	Ortalama	SS.
Ölçek toplam	25.00	125.00	99.45	11.662
Hasta hakları	17.00	85.00	66.19	7.928
Hasta sorumlulukları	7.00	35.00	29.79	3.748

Katılımcıların hasta hakları ve sorumlulukları ile ilgili görüşleri ölçek maddelerinde bulunan 25 adet ifade üzerinden değerlendirilmiştir. Ölçekle elde edilen verilerin her bir ifade için aritmetik ortalamaları alınmıştır. Düzey durumları ortalamalara göre belirlenmiş olup, düzey sıralaması ölçeğe göre şu şekilde değerlendirilmiştir: 1.25 < ortalama ≤ 2.50: düşük; 2.50 < ortalama ≤ 3.75: vasat; 3.75 < ortalama ≤ 5.00: yüksek. Bu durumda ölçeğin katılımcıların hasta hakları konusundaki bilgi durumunu ortaya çıkaran ilk 18 maddesi arasında 1,4,6,7,9,10,15. ifadelerin ortalamasının vasat ve geri kalan 11 ifadenin ortalamasının yüksek seviyede olduğu görülmektedir (Tablo 4).

Tablo 4. Ölçekte Yer Alan Hasta Hakları İfadelerinin Ortalama ve Standart Sapma Oranlarının Dağılımı

No	İfadeler	Ortalama	Ss
1	Adalet ve hakkaniyete uygun şekilde sağlık hizmeti aldığımı düşünüyorum.	2.9874*	0.90043
2	Sağlık hizmetleri hakkında bilgi alma hakkına sahip olduğumu düşünüyorum.	4.0209	0.79625
3	Sağlık kuruluşunu tercih edebileceğimi ya da değiştirebileceğimi düşünüyorum.	3.9079	0.83004
4	Sağlık personelinin seçebileceğimi ya da değiştirebileceğimi düşünüyorum.	3.4603*	1.13273

5	Sağlık hizmetlerinde öncelik sırasını (acil vaka, engelli, hamile, yaşlı, bebek ve şehitlerimizin dul ile yetimleri) belirlemede istekte bulunabileceğimi biliyorum.	4,1297	0,76416
6	Teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinin tıbbi gereklere uygun şekilde yapıldığını düşünüyorum.	3,5523*	0,84787
7	Tıbbi gereklilikler dışında müdahale yapılmaması ve talepte bulunulmaması gerektiğini düşünüyorum.	3,3347*	1,06357
8	Tıbbi özen (tutum ve davranışlar) konusunda personelden özen göstermesini istiyorum.	4,3515	0,79515
9	Hastanede bulunan ve hastanede gerçekleştirilen tıbbi teşhis ve tedavi kayıtlarını inceleyip bir eksik ya da hata varsa düzeltebileceğimi düşünüyorum.	3,2803*	1,06554
10	Hastanede hasta mahremiyetine gerekli özenin gösterildiğini düşünüyorum.	3,3013*	1,04179
11	Tıbbi müdahalelerde hastadan rıza alınacağını düşünüyorum.	3,9456	0,77864
12	Hastaya ait teşhis, tedavi bilgilerinin gizli tutulması gerektiğini düşünüyorum.	4,4393	0,74718
13	Tedaviyi reddedebileceğimi veya durdurabileceğimi düşünüyorum.	4,0293	0,79069
14	Güvenli bir ortamda (bedensel, ruhen ve sosyal yönden) sağlık hizmeti almam gerektiğini düşünüyorum.	4,3556	0,76359
15	Sağlık kurumlarında dini vecibelerimi yerine getirebileceğimi ve dini hizmetlerden faydalanabileceğimi düşünüyorum.	3,6611*	0,95166
16	İnsani değerlerime (din, ırk, renk, cinsiyet, bölge vb.) saygı gösterilmesi gerektiğini biliyorum.	4,3431	0,73869
17	Sağlık kurumunda kaldığım sürede refakatçi bulundurma hakkına sahip olduğumu düşünüyorum.	4,3054	0,68814
18	Sağlık kurumlarında istenmeyen durumlar oluştuğunda gerekli mercilere müracaat, şikâyet ve dava konusu yapıp başvuruda bulunabileceğimi düşünüyorum.	4,2469	0,72307

2.50 < ortalama ≤ 3.75: vasat*

Buna karşılık ölçeğin son yedi ifadesinde karşılık gelen katılımcıların hasta sorumlulukları konusundaki bilgi seviyelerinin yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir (Tablo 5).

Tablo 5. Ölçekte Yer Alan Hasta Sorumlulukları İfadelerinin Ortalama ve Standart Sapma Oranlarının Dağılımı

No	İfadeler	Ortalama	Ss
19	“Teşhis ve tedavi sürecinde katılımcı bir yaklaşımla (dâhil olma) yer almam gerektiğini düşünüyorum.”	4.0126	0.80691

20	“Sağlığımla ilgili bilgileri sağlık personeline eksiksiz ve doğru şekilde iletme sorumluluğuna sahip olduğumu biliyorum.”	4.2385	0.71422
21	“Hekim tarafından belirlenen sürelerde kontrole gelmem ve tedavinin gidişatı hakkında hekime geri bildirimlerde bulunma sorumluluğum olduğunu biliyorum.”	4.3598	0.67691
22	“Sağlık kurumundan aldığım randevu tarih ile saatlerine uymam ve bir değişiklik olduğunda ilgili yerlere bunu bildirme sorumluluğum olduğunu biliyorum.”	4.2803	0.72244
23	“İlgili mevzuata göre öncelik tanınan hastalar (acil vaka, engelli, hamile, yaşlı, bebek ve şehitlerimizin dul ile yetimleri) ile diğer hastaların ve personelin haklarına saygı gösterme sorumluluğum olduğunu biliyorum.”	4.3222	0.71064
24	“Personele sözlü ve fiziki saldırıya yönelik davranışlarda bulunmama sorumluluğum olduğunu biliyorum.”	4.4017	0.63325
25	“Sağlık kurumunda haklarım ihlal edildiğinde veya bir sorun yaşadığımda hasta hasta iletişim veya hasta hakları birimine başvurmam gerektiğini biliyorum.”	4.1841	0.78296

Hasta hakları ortalamalarının demografik özelliklere göre değerlendirildiğinde yalnızca cinsiyet bazında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmıştır ($p<.05$). Cinsiyet bazında, kadın katılımcıların hasta hakları konusundaki ortalama puanı 129,03 iken erkek katılımcıların bu konudaki ortalama puanı 102,39 olarak belirlenmiştir (Tablo 6).

Tablo 6. Hasta Hakları Ortalamalarının Demografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması

Değişken	Özellik	n	Ortalama Puan	Fark
Cinsiyet	Kadın	158	129.03	p=0.005
	Erkek	81	102.39	
Yaş	18-25 yaş	71	122.21	p=0.759
	26-35 yaş	61	125.93	
	36-45 yaş	55	122.64	
	46-55 yaş	34	109.87	
	56-65 yaş	12	98.75	
	66 ve üzeri	6	109.33	
Eğitim düzeyi	İlk ve Ortaöğretim	12	112.71	p=0.121
	Lise	66	91.43	
	Lisans	132	111.88	
Ekonomik durum	Kötü	4	172.38	p=0.086
	Orta	182	115.21	
	İyi	53	132.49	
Medeni durum	Evli	133	113.59	p=0.108

	Bekar	106	128.04
--	-------	-----	--------

p<0,05

Hasta sorumlulukları ortalamalarının demografik özelliklere göre değerlendirildiğinde cinsiyet bazında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmıştır (p<.05). Cinsiyet bazında, kadın katılımcıların hasta sorumlulukları konusundaki ortalama puanı 128,03 iken, erkek katılımcıların bu konudaki ortalama puanı 103,81 olarak belirlenmiştir. Eğitim düzeyine bakıldığında yüksek öğrenim görenler lehine anlamlı farklılığın olduğu görülmektedir (p<.05). Ekonomik duruma göre yapılan analizde ekonomik durumu kötü olanlar lehine anlamlı bir farklılık çıkmasına rağmen yapılan Post hoc analizinde bu farklılığın anlamlı olmadığı görülmüştür (Tablo 7).

Tablo 7. Hasta Sorumlulukları Ortalamalarının Demografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması

Değişken	Özellik	n	Ortalama Puan	Fark
Cinsiyet	Kadın	158	128.3	p=0.009
	Erkek	81	103.81	
Yaş	18-25 yaş	71	122.32	p=0.205
	26-35 yaş	61	131.25	
	36-45 yaş	55	111.64	
	46-55 yaş	34	123.10	
	56-65 yaş	12	107.00	
	66 ve üzeri	6	63.17	
Eğitim düzeyi	İlk ve Ortaöğretim	12	79.79	p=0.007
	Lise	66	90.30	
	Lisans	132	115.44	
Ekonomik durum	Kötü	4	196.75	p=0.040
	Orta	182	115.95	
	İyi	53	128.10	
Medeni durum	Evli	133	112.89	p=0.071
	Bekar	106	128.92	

p<0,05

Hasta hakları ortalamaları katılımcıların hastane deneyimi ve hasta hakları birimi hakkındaki bilgilerine göre değerlendirildiğinde yalnızca hasta hakları birimi olduğunu fark edip etmeme durumuna göre anlamlı farklılık olduğu ve hasta hakları birimini fark edenler lehine olduğu görülmektedir (Tablo 8).

Tablo 8. Hasta Hakları Ortalamalarının Katılımcıların Hastane Deneyimi ve Hasta Hakları Birimi Hakkındaki Bilgilerine Göre Karşılaştırılması

Değişken	Özellik	n	Ortalama Puan	Fark
Daha önce hastanede yatılı bir deneyiminiz oldu mu?	Hayır	82	126.83	0.269
	Evet	157	116.43	
Başvurduğunuz bir sağlık kuruluşunda hasta hakları birimi olduğunu fark ettiniz mi?	Hayır	111	103.88	0.001
	Evet	128	133.98	
Hasta Hakları konusunda bilgilenmek için bir yerden okuma yaptınız mı?	Hayır	134	121.29	0.744
	Evet	105	118.35	
Haklarınızı korumak için hizmet aldığınız sağlık kuruluşunun hasta hakları birimine başvurduunuz mu?	Hayır	215	122.38	0.111
	Evet	24	98.67	

p<0,05

Hasta sorumlulukları ortalamaları katılımcıların hastane deneyimi ve hasta hakları birimi hakkındaki bilgilerine göre değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı görülmektedir (Tablo 9).

Tablo 9. Hasta Sorumlulukları Ortalamalarının Katılımcıların Hastane Deneyimi ve Hasta Hakları Birimi Hakkındaki Bilgilerine Göre Karşılaştırılması

Değişken	Özellik	n	Ortalama Puan	Fark
Daha önce hastanede yatılı bir deneyiminiz oldu mu?	Hayır	82	125.18	0.397
	Evet	157	117.29	
Başvurduğunuz bir sağlık kuruluşunda hasta hakları birimi olduğunu fark ettiniz mi?	Hayır	111	111.11	0.061
	Evet	128	127.71	
Hasta Hakları konusunda bilgilenmek için bir yerden okuma yaptınız mı?	Hayır	134	115.33	0.232
	Evet	105	125.96	
Haklarınızı korumak için hizmet aldığınız sağlık kuruluşunun hasta hakları birimine başvurduunuz mu?	Hayır	215	121.50	0.310
	Evet	24	106.58	

p<0,05

4. Tartışma

Çalışmaya katılan toplam 239 katılımcının demografik değişkenleri incelendiğinde, uzaktan yapılan bu çalışmaya daha ziyade kadınların, genç nüfusun ve eğitim durumu yüksek ve ekonomik durumu orta düzeyde olanların katılım yaptığı görülmektedir. Bu durum sosyal medyayı takip etme ve bilimsel çalışmalara katılmaya gönüllü olma durumu göz önüne alındığında normal bir sonuç olarak değerlendirilebilir. Uğan (2015)' in araştırmasının bulgularına göre, hasta haklarının önemini algılama, hasta

hakları ile ilgili konularda problem yaşama ve medya kullanımı arasında istatistiksel yönden anlamlı ilişki görülmüştür.

Hasta hakları konusunda yapılan araştırmalar genel olarak hastanede yatan ve ayakta tedavi gören hastalar üzerinde yoğunlaşmaktadır. Böylece her yaş, eğitim ve ekonomik durumu içeren hasta ile çalışma yapma olanağı bulunmaktadır. Bu yönüyle bakıldığında bu araştırmanın bu boyutlarda sınırlılıkları olduğu değerlendirilebilir. Ancak uzaktan yapılan bu araştırmanın sosyal hizmetin önleyici ve koruyucu müdahale boyutları göz önüne alındığında bir hastaneyi ve hastalarını mercek altına almaktan ziyade daha geniş bir kitlenin hasta hakları konusundaki bilgi ve deneyimlerini incelemesi ve daha geniş bir tablo sunması bir özellik olarak değerlendirilebilir. Daha eğitilmiş bir katılımcı grubun hasta hakları ve sorumlulukları konusundaki bilgi, deneyim ve görüşlerinin alınması hasta hakları ve sorumlulukları konusunda gelinebilen en üst noktayı göstermesi ve daha iyi duruma gelebilmek için alınabilecek gerçekçi tedbirlerin neler olabileceğini ortaya çıkarabilir. Ayrıca sağlık hukuku alanında gelinebilen nokta da hasta hakları konusunda ortaya çıkan aksaklıklarda haklarını arayanların daha bilinçli bir kesim olduğu da göz önüne alındığında bu araştırmanın sonuçlarından sağlık personelinin de bilinç düzeyinde faydalanabileceği değerlendirilmektedir. Bu hususun önemi Sağlık Bakanlığı 2005/06 Hizmet Kusuru Genelgesi ile detaylı olarak sağlık kurumlarına yayınlanmıştır.

Katılımcıların hastane deneyimi incelendiğinde, katılımcıların büyük çoğunluğunun (%65,7) daha önce hastanede yatılı bir deneyime sahip olduğu belirlenmiştir. Ayaktan tedavi görenler de değerlendirildiğinde araştırmada elde edilen sonuçlara etkisinin olumlu olacağından bahsedilebilir.

Hasta hakları konusunda bilgilenmek için okuma yapan katılımcıların oranı (%43,9), bu alanda bilgi edinmeyenlerin oranından (%56,1) düşüktür. Ancak alanyazında daha önce yapılan araştırmalara bakıldığında bilgi edinmek için okuma yapanların oranının; %5 (Günay vd., 2007); %20,4 (Aydemir ve Ayhan, 2011); %14,1 (Erbay ve Şen, 2012), hastaların %8,8 ve sağlık çalışanlarının %25 (Erdem ve Akgün, 2018) ve bu araştırmadan daha düşük olduğu görülmektedir. Ancak yine de katılımcıların internet kullanımına yatkınlığı ve eğitim düzeyinin yüksekliği göz önüne alındığında bu araştırmanın sonucunun da yeterli olmadığı söylenebilir. Hasta hakları konusunun internet, yazılı ve görsel medyada daha çekici yöntemlerle daha görünür kılınması önerilebilir.

Hasta hakları birimine bugüne kadar başvuruda bulunmayanların oranının çok yüksek (%90) olması dikkat çekicidir. Bu durumda, eğitilmiş ve bilinçli katılımcıların haklarının ve sorumluluklarının bilincinde olarak hastane çalışanları ile bir uyum içerisinde işlemlerini sorunsuz olarak yaptıkları ya da hasta hakları birimine başvuracak olumsuz bir deneyim yaşamadıkları düşünülebilir. Alanyazındaki diğer araştırma sonuçları da bu araştırma sonucuna benzer sonuçlar vermiştir. Erbay ve Şen (2012) araştırmalarında, katılımcılara hasta haklarındaki ihlal durumlarında başvuracakları makam sorulduğunda, %60,6 başhekimlik, %12,7 Sağlık Müdürlüğü, %19,7 Hasta Hakları Birimi, %7 T.C. Mahkemeleri diye yanıtlarken; katılımcılardan kimsenin

hasta hakları birimine başvurmadığı saptanmıştır. Oktay vd. (2021)'nin çalışmasında da hasta haklarına başvurmama durumu %90,5 olarak bulunmuştur. Taylan ve Baydoğan (2015) katılımcıların %18,1'inin en az bir kere hasta hakları birimine başvurduğunu bildirmişlerdir.

Aydemir ve Ayhan (2011) araştırmalarında bu soruyu "hak ihlaline uğrayanların hasta hakları birimine başvurup başvurmaması" olarak incelemiş ve hak ihlaline uğradığını düşünen katılımcıların %74'ünün hasta hakları birimine başvurduğu saptanmıştır. Ayrıca, hasta hakları birimine başvurmayan gruptaki katılımcıların 'zamanı olmadığı ya da olumlu bir sonuç alamayacağı' nedeniyle başvuruda bulunmadıkları tespit edilmiştir. Başvuru oranının yüksekliğinin araştırmanın yapıldığı hastanedeki hasta hakları birimi sorumlusu ve çalışanların sosyal hizmet uzmanı olduğu ve bu birimin 2004 yılında Sağlık Bakanlığında örnek hasta hakları birimi olarak seçilmesinin payı olduğu, ayrıca bu ekibin diğer hasta hakları birimlerine de eğitim verdiğinden bahsedilmektedir.

Araştırmanın ölçek boyutlarına yönelik elde edilen veriler incelendiğinde, katılımcıların ölçeğin 25 maddesine verdikleri puanlara göre genel ölçek toplamı üzerindeki dağılımın ortalamasının yüksek, hasta hakları boyutunda 18 maddenin ortalama değerinin ve hasta sorumlulukları boyutunda yedi maddenin ortalama değerinin yüksek seviyede olduğu ve bu haliyle katılımcıların hasta hakları konusundaki bilgi seviyesinin yüksek olduğu görülmektedir.

Aydemir ve Özhan (2011), katılımcıların %54,8'inin hasta haklarının neler olduğunu bildiğini, Yaghoobian vd. (2011), katılımcıların %58,9'unun hasta hakları konusunda bilgisinin yetersiz, % 12'sinin bilgisinin orta ve % 29,1'inin ise bilgisinin iyi olduğunu bildirmişlerdir. Zaybak vd. (2012), katılımcıların %55,1'inin hasta hakları konusunda bilgi sahibi olduklarını, Tanrıverdi (2012) katılımcıların hasta hakları farkındalık seviyelerinin iyi durumda olduğunu, Abou Zeina vd. (2013), katılımcıların hasta hakları bilgi seviyelerinin iyi seviyede olmadığını, Farida (2013) tarafından yapılan çalışmada hasta hakları farkındalıklarının zayıf seviyede olduğunu, Mastaneh ve Mouseli'nin (2013) araştırmasında orta seviyede olduğunu, Taylan ve Baydoğan (2015) katılımcıların hasta hakları bilgi seviyelerinin iyi seviyede olduğunu, Younis vd. (2017) çalışmasında hasta hakları farkındalıklarının zayıf seviyede olduğunu, Mohammed vd. (2018) çalışmasında, hastaların %76'sının hasta hakları şartnamesinin varlığını bilmediği, Gurung ve Sapkota'nın (2019) araştırmasında, katılımcıların %59,72'sinin hasta hakları bilgi seviyesinin yüksek seviyede olduğu bulgularına ulaşmışlardır. Ayrıca, ölçekle elde edilen verilerin her bir ifade için aritmetik ortalamaları alınmıştır. Düzey durumları ortalamalara göre düşük, vasat ve yüksek ifadeleriyle belirlenmiştir. Bu durumda ölçeğin katılımcıların hasta hakları konusundaki bilgi durumunu ortaya çıkaran ilk 18 maddesi arasında yedi ifadenin ortalamasının vasat ve 11 ifadenin ortalamasının yüksek seviyede olduğu görülmektedir. Buna karşılık ölçeğin son yedi ifadesinde karşılık gelen katılımcıların hasta sorumlulukları konusundaki bilgi seviyelerinin yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Aydemir ve Özhan (2011), hasta ve yakınlarının hasta sorumluluklarını bilme oranının %24.8 ile zayıf durumda olduğunu bildirmişlerdir.

Vasat düzeyde ortalamaları olan maddeler bu ölçeğin (2019) tarihli olması ve henüz başka bir araştırmada uygulanmadığı göz önüne alındığında ölçeğin yazarlarının bu ölçekle yaptığı araştırma dikkate alınarak değerlendirildiğinde;

1. Madde “Adalet ve hakkaniyete uygun şekilde sağlık hizmeti aldığımı düşünüyorum.” İfadesinin ortalama değerinin 2.98 olduğu görülmektedir. Araştırmada kullanılan ölçeği oluşturan Bilgin ve Diğer (2020)’in çalışmasında bu ifadeye verilen yanıtların ortalamasının 3.92 ve ölçek değerlendirmesine göre yüksek düzeyde olduğu kaydedilmiştir. Sağlık hizmetlerinin adaletli sunulması hasta hakları uygulamalarının belki de temel taşıdır. Ancak bireylerin adalet anlayışı bireysel ve sosyo- kültürel değerler, inançlar ve dünya görüşleri ile ilgili sübjektif bir kavram olması nedeniyle böyle bir farklılık ortaya çıkmış olabilir. Ayrıca hasta hakları yönetmeliğinde 6. Maddede belirtilen “Adalet ve Hakkaniyete Uygun Olarak Faydalanma” hakkı maddesinin daha ayrıntılı olarak düzenlenmesinin hem uygulayıcılar ve hastalar hem de araştırmacılar için daha açıklayıcı olacağı değerlendirilmektedir.

4. madde “Sağlık personelini seçebileceğimi ya da değiştirebileceğimi düşünüyorum.” İfadesinin ortalama değerinin 3.46 olduğu görülmektedir. Bilgin ve Diğer (2020)’in çalışmasında bu ifadeye verilen yanıtların ortalaması 3.97 olarak ve ölçek değerlendirmesine göre yüksek düzeyde tespit edilmiştir.

6. madde “Teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinin tıbbi gereklere uygun şekilde yapıldığını düşünüyorum.” İfadesinin ortalama değerinin 3.46 olduğu görülmektedir. Bilgin ve Diğer (2020)’in çalışmasında bu ifadeye verilen yanıtların ortalaması 3.96 olarak ve ölçek değerlendirmesine göre yüksek düzeyde bulunmuştur.

7. madde “Tıbbi gereklilikler dışında müdahale yapılmaması ve talepte bulunulmaması gerektiğini düşünüyorum.” İfadesinin ortalama değerinin 3,33 olduğu görülmektedir. Bilgin ve Diğer (2020)’in çalışmasında bu ifadeye verilen yanıtların ortalaması 3.95 olarak ve yüksek düzeyde görülmüştür.

9. madde “Hastanede bulunan ve hastanede gerçekleştirilen tıbbi teşhis ve tedavi kayıtlarını inceleyip bir eksik ya da hata varsa düzeltebileceğimi düşünüyorum.” İfadesinin ortalama değerinin 3,28 olduğu görülmektedir. Bilgin ve Diğer (2020)’in çalışmasında bu ifadeye verilen yanıtların ortalaması 3.64 olarak ve ölçek değerlendirmesine göre yüksek düzeyde tespit edilmiştir.

10. madde “Hastanede hasta mahremiyetine gerekli özenin gösterildiğini düşünüyorum.” İfadesinin ortalama değerinin 3.30 olduğu görülmektedir. Bilgin ve Diğer (2020)’in çalışmasında bu ifadeye verilen yanıtların ortalaması 3.92 olarak ve ölçek değerlendirmesine göre yüksek düzeyde bulunmuştur.

15. madde “Sağlık kurumlarında dini vecibelerimi yerine getirebileceğimi ve dini hizmetlerden faydalanabileceğimi düşünüyorum.” İfadesinin ortalama değerinin 3.66 olduğu görülmektedir. Bilgin ve Diğer (2020)’in çalışmasında bu ifadeye verilen yanıtların ortalaması 3.96 olarak ve ölçek değerlendirmesine göre yüksek düzeyde görülmüştür.

Bu yedi maddenin değerlerinin vasat düzeyi üst sınırında ve yüksek seviyeye yakın olduğu değerlendirildiğinde Bilgin ve Diğer (2020)’in çalışmasının sonuçlarına yakın olduğu görülmektedir. Son

yıllarda yapılan iki araştırmanın sonuçlarının da birbirine yakın ve yüksek değerlerin bulunması Türkiye’de hasta hakları ve sorumlulukları konusundaki bilgi ve bilinç seviyesinin geliştiğinin bir göstergesi olabilir.

Hasta hakları ortalamaları demografik özelliklere göre değerlendirildiğinde yalnızca cinsiyet değişkeninde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmıştır. Cinsiyet değişkeninde, kadın katılımcıların hasta hakları konusundaki ortalama puanı 129,03 iken erkek katılımcıların bu konudaki ortalama puanı 102,39 olarak belirlenmiştir ($p<.05$). Alanyazına bakıldığında bu sonucu destekleyen araştırmalar bulunmaktadır (Baybek ve Dereli, 2004; Zaybak vd., 2012; Toygar ve Akdemir, 2012; Agrawal, Souza ve Seetharam, 2017; Soysal ve Mahanoğlu, 2018; Kalaycı ve Duruk, 2020). Aynı zamanda cinsiyet değişkeninde anlamlı fark olmamasına rağmen kadınların ortalamalarını erkeklere oranla yüksek bulan araştırmalarda bulunmaktadır (Çelik ve Taşhan, 2014; Kırılmaz vd., 2018; Bilgin ve Diğer 2020; Oktay vd., 2021; Şeker, 2022). Bununla beraber Soysal ve Kuşcu (2018)'nin çalışmasında cinsiyet değişkeninde erkekler lehine istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmıştır. Erzincanlı ve Zaybak (2015)'in çalışmasında, katılımcıların “hasta hakları kullanma tutum ölçeği” puan ortalaması erkekler lehine yüksek olmasına rağmen anlamlı farklılık görülmemiştir. Tanrıverdi (2012)'in çalışmasında ise katılımcıların hasta hakları farkındalıkları ile cinsiyet değişkeni arasında anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir. Toplumsal cinsiyet rolleri açısından kadınlara ev içi sorumluluklar yanında ailenin çocuk, yaşlı, engelli, süreğen hastalıklara sahip üyelerine bakım ve onların hastane işlemlerini takip etme sorumluluğu verilmesinin kadınların hastane prosedürlerini ve hasta işlemlerini takip etme konusunda öğrenmeye ve hastane çalışanları ile iletişime daha açık olmalarını sağladığı değerlendirilmektedir.

Yapılan bu çalışmada yaş gruplarına göre değerlendirme yapıldığında, farklı yaş grupları arasında hasta hakları ortalamaları ile anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>.05$). Bu durum, yaşın hasta hakları bilgi düzeyini etkilemediğini göstermektedir. Alanyazına bakıldığında bu sonucu destekleyen araştırmalar bulunmaktadır (Erbay ve Şen, 2012; Tanrıverdi, 2012; İltanen vd., 2012; Çetinkaya vd., 2013; Sosyal ve Kuşcu, 2018; Bilgin ve Diğer, 2020). İlave bilgi olarak, Kılıçarslan ve Taşkın Yılmaz (2012) çalışmasında, yaş ile sağlık personelinin hasta hakları algısı arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür. Hastane çalışanlarının hasta hakları bilgi düzeylerinin araştırıldığı bir başka araştırmada yaş seviyesi arttıkça bilgi düzeylerinin de arttığı bulunmuştur. Ancak fark anlamlı değildir (Balci, 2013).

Çalışmada eğitim düzeyine göre karşılaştırmada, katılımcılar arasında hasta hakları konusundaki ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>.05$). Alanyazına bakıldığında Taşçı (2007)'nin çalışmasında da benzer sonuca ulaşılmıştır. Farklı olarak eğitim seviyesi arttıkça hasta hakları konusunda bilgi seviyesinin de arttığını tespit eden araştırmalar bulunmaktadır (Şahbudak, 1992; Dicle, 2003; Erbay ve Şen, 2012; Kaya, 2018; Bilgin ve Diğer, 2020; Şeker, 2022). İlave bilgi olarak Hastane çalışanlarının hasta hakları bilgi düzeylerinin araştırıldığı bir araştırmada eğitim seviyesi düştükçe bilgi düzeylerinin de düştüğü bulunmuştur (Balci, 2013).

Ekonomik duruma göre yapılan değerlendirmede farklı ekonomik seviyelere sahip katılımcılar ile hasta hakları bilgi ortalama puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>.05$). Zülfikar (1999) ve Erbay ve Şen 2012 araştırmasında benzer bulgular olmakla birlikte yalnızca bir madde özelinde ekonomik durumu iyi seviyede olanların lehine istatistiki olarak anlamlı farklılık bulunmuştur.

Medeni durum değişkeni ile hasta hakları bilgi ortalama puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>.05$). Alanyazına bakıldığında Çetinkaya vd., (2013) ve Kaya (2018)'nin çalışmasında da benzer sonuçlara ulaşılmıştır.

Hasta sorumlulukları ortalamalarının demografik özelliklere göre değerlendirildiğinde cinsiyet bazında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmıştır ($p<.05$). Cinsiyet bazında, kadın katılımcıların hasta sorumlulukları konusundaki ortalama puanı 128,03 iken, erkek katılımcıların bu konudaki ortalama puanı 103,81 olarak belirlenmiştir. Eğitim düzeyine bakıldığında yüksek öğrenim görenler lehine anlamlı farklılığın olduğu görülmektedir. Ekonomik duruma göre yapılan analizde anlamlı bir farklılık çıkmasına rağmen ($p<.05$) hangi grupların birbirinden farklı olduğuna bakmak için yapılan test sonuçlarına göre bu farklılığın anlamlı olmadığı görülmüştür. Alanyazında hasta hakları ve sorumlulukları bir bütün halinde incelendiği ve bu çalışmada hem bütün hem de hasta hakları ve hasta sorumlulukları alt boyutları incelendiği için yalnızca ölçeği yapan Bilgin ve Diğer (2020)'in çalışması ile karşılaştırılmıştır. Buna göre cinsiyet ve eğitim durumu değişkeninde anlamlı fark bulunmazken, yaş değişkeninde "26-35" yaş grubu lehine anlamlı farklılık olduğu ve gelir değişkeninde ise orta seviyede geliri olanlar lehine farklılık olduğu tespit edilmiştir.

Hasta hakları ortalamaları katılımcıların hastane deneyimi ve hasta hakları birimi hakkındaki bilgilerine göre değerlendirildiğinde yalnızca hasta hakları birimi olduğunu fark edip etmeme durumuna göre anlamlı farklılık olduğu ve hasta hakları birimini fark edenler (Hayır %46,5, Evet %53,5) lehine olduğu görülmektedir ($p<.05$). Alanyazına bakıldığında benzer olarak Taylan ve Baydoğan (2015)'in araştırmasında katılımcıların %58,7'si hizmet aldığı sağlık kurumunda mevcut hasta hakları biriminin bulunduğu yeri bildiğini belirtmiştir. Ayrıca Bilgin ve Diğer (2020) araştırmasında "Sağlık kurumunda haklarım ihlal edildiğinde veya bir sorun yaşadığımda hasta iletişim veya hasta hakları birimine başvurmam gerektiğini biliyorum." ifadesine %82,6'sının olumlu anlamda yanıt vermiş oldukları tespit edilmiştir. Ancak daha eski tarihli araştırmalarda bu oranın daha düşük olduğu gözlemlenmektedir. Aydemir ve Özhan (2011) araştırmasında ise katılımcıların %61'inin hizmet aldığı hastanenin hasta hakları biriminin yerini bilmediği tespit edilmiştir. Yaghobian vd. (2011) araştırmalarında katılımcıların %63,4'ünün hasta hakları birimini görmediğini belirtmişlerdir. Erbay ve Şen (2012) araştırmalarında hastaların %87,3'ünün hasta hakları biriminin fark etmediklerini, Oktay vd., (2021), katılımcıların %61'inin hizmet aldıkları hastanenin hasta hakları biriminin bulunduğu yeri bilmediklerini tespit etmişlerdir. Araştırma sonuçlarından da görüleceği üzere araştırma tarihleri ilerledikçe hasta hakları biriminin daha görünür olduğu tespit edilmektedir. Ayrıca, hasta sorumlulukları ortalamaları

katılımcıların hastane deneyimi ve hasta hakları birimi hakkındaki bilgilerine göre değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olmadığı görülmektedir.

5. Sonuç

Hasta hakları insan haklarının bir uzantısı olarak bireyin yaşam ve sağlık boyutunda temel hak ve özgürlüklerinin korunması açısından önemli bir haktır. Türkiye’de Hasta Hakları Yönetmeliği çerçevesinde yapılan kapsamlı düzenlemelere rağmen, yapılan araştırmalarda hasta hakları ve sorumlulukları konusunda bilgi düzeyinde önemli eksikliklerin devam ettiği gözlemlenmektedir. Hasta ve yakınlarının bu konuda bilgi eksiklikleri, hasta haklarında yaşanan aksaklık durumlarında talep etme reflekslerini de azaltmakta ve sağlık personelinin de hasta haklarına duyarlılığını azaltabilmektedir. Ayrıca yapılan araştırmalarda daha ziyade hasta hakları konusu incelenmiş olup sağlık sisteminin işlemesine olumlu ya da olumsuz anlamda katkıda bulunan hasta sorumlulukları konusundaki hasta ve yakınlarının bilgi seviyelerinin ölçülmediği görülmektedir. Bu çalışma ile bireylerin hasta hakları ve sorumlulukları konusundaki bilgi düzeylerinin ayrıntılı olarak ölçülmesi ve elde edilen verilerin sağlık sisteminde hasta hakları ve sorumlulukları konusundaki uygulamaları iyileştirme çabalarına katkı sağlaması amaçlanmıştır.

Hasta hakları ve sorumlulukları konusundaki bilgi düzeyini hem bütünsel hem de alt gruplarına ayırarak inceleyen bu araştırmada 1998 yılında yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliğinin (2014-2016-2019 değişiklikleri işlenmiş) tüm maddelerini kapsayan ve hasta hakları ve sorumluluklarını ayırarak toplam 25 maddede inceleyen ve ayrıca her bir maddenin ortalama puanını değerlendiren 2019 yılında yapılmış yeni bir ölçek kullanılmıştır. Bu araştırmanın kadın katılımcılarının sayısının erkeklerden daha fazla olduğu, 46 yaşın altında olanların 46 yaş üzerine göre daha fazla yüzdeye sahip olduğu, yüksek öğrenim görenlerin oranının fazla olduğu, ekonomik düzeyi orta seviyede olanların çoğunlukta olduğu, evli ve bekar olanların oranının birbirine yakın olduğu, katılımcıların %65.7’sinin daha önce hastanede yatılı bir deneyime sahip olduğu, hasta hakları biriminin fark eden katılımcıların oranının %53.6 olduğu, hasta hakları konusunda bilgilenmek için okuma yapan katılımcıların oranının %43.9 olduğu ve hasta hakları birimine bugüne kadar başvuruda bulunmayanların oranının ise %90 olduğu tespit edilmiştir. Ölçek ile ilgili sonuçlarda 25 maddenin bütününde, hasta haklarını inceleyen 18 maddede ve hasta sorumluluklarını inceleyen yedi maddede ölçek ortalamasının yüksek olduğu; her bir maddenin ayrı ayrı değerlendirmesinde ölçek standartlarına göre hasta hakları konusundaki bilgi durumunu ortaya çıkaran ilk 18 maddesi arasında yedi ifadenin ortalamasının vasat ve 11 ifadenin ortalamasının yüksek seviyede olduğu görülmektedir. Düşük sınıflandırmasının bir üstü olan vasat sınıflandırmasında olan yedi ifadenin ayrıntılarına bakıldığında; katılımcıların hak talep etme ve otoriteye karşı isteklerini iletme konularında gelişim ihtiyacı olduğu görülmektedir. Hasta ve sağlık personeli arasında etkili ve eşitlikçi etkileşimin olmasında hasta hakları birimlerinde daha çok görevlendirilecek tıbbi sosyal hizmet uzmanlarının eğitim, savunuculuk, arabuluculuk gibi rolleri kullanarak bu gelişime katkı

sağlayabileceği değerlendirilmektedir. Buna karşılık ölçeğin son yedi ifadesine karşılık gelen hasta sorumlulukları konusunda katılımcıların bilgi seviyelerinin yüksek düzeyde olduğu bulunmuştur. Sağlık Bakanlığının e-nabız benzeri dijital sistemlerle hastaları sağlık sisteminin iyi işlemesi boyutunda yönlendirdiği ve dolaylı yoldan sorumlulukları konusunda eğittiği ve araştırmada kadın, lisans eğitilmiş ve ekonomik durumu orta ve yüksek katılımcıların sayısının fazla olması bu sonucun çıkmasında etkili olmuş olabilir.

Hasta hakları ve hasta sorumluluklarında kadın katılımcıların bilgi durumlarının erkeklere oranla istatistiksel olarak anlamlı olarak yüksek çıktığı ve hasta sorumlulukları kapsamında katılımcıların eğitim seviyesi yükseldikçe bilgi seviyelerinin arttığı tespit edilmiştir. Hasta hakları ortalamaları katılımcıların hastane deneyimi ve hasta hakları birimi hakkındaki bilgilerine göre değerlendirildiğinde yalnızca hasta hakları birimi olduğunu fark edip etmeme durumuna göre anlamlı farklılık olduğu ve hasta hakları birimini fark edenler lehine olduğu görülmektedir. Bu duruma hasta hakları konusunda bilgi ve farkındalık eksikliği olsa dahi daha önceden ya da sorun yaşadığı durumlarda hasta hakları biriminin yerini gören ya da bu birim tarafından hasta hakları konusunda bilgilendirilme yapılanların hasta hakları ortalamalarının yüksek olabileceği değerlendirilmektedir.

Araştırma sonuçlarından, yönetmeliğin yayınlanma tarihinden bu yana Sağlık Bakanlığının yönetmeliği ve uygulamaları geliştirme çabalarının sonuç verdiği ve hasta hakları ve sorumlulukları konusunda bilgi ve bilinç seviyesinin giderek geliştiği görülmektedir. Sağlık kurumlarındaki tıbbi sosyal hizmet birimlerinde görev yapan tıbbi sosyal hizmet uzmanlarının sayıları ve hastane tecrübeleri arttıkça hasta hakları birimlerinde de daha çok sosyal hizmet uzmanının istihdam edilmesinin hasta hakları biriminin daha görünür ve işlevsel olmasına katkı sağlayabileceği değerlendirilmektedir. Bunu gerçekleştiren örnek hastanelerin olduğu da tartışma bölümünde belirtilmektedir. Sosyal hizmet, uygulama odaklı bir meslek olması ve toplumun her kesimi ile çalışma deneyimi nedeniyle hem sağlık personeli hem de hastaların sağlık hizmeti alma ve verme sürecinde (hasta hakları yönetmeliğinin de amaçları arasında olan) önleyici, koruyucu ve sorun çözücü müdahalelerle tıbbi hata, tıbbi yanlış uygulama ve hak arama vakalarında sorun hukuki boyuta ulaşmadan sorunun sağlık kuruluşu içerisinde çözümüne katkı sağlayabilir. İlki 2018 yılında yapılan ve daha kapsamlı olarak 2024 yılında ikincisi başlatılan Türkiye sağlık okuryazarlığı saha araştırmasının halkın sağlık okuryazarlığı seviyesinin artırılmasında etkili olacağı, bu tür çalışmaların hasta hakları ve sorumlulukları konusundaki bilinç seviyesinin yükselmesi için bir sıçrama tahtası olabileceği ve tıpta yapılan yanlış uygulamaların azaltılmasında sağlık personeline verilecek eğitimlerle birlikte katkı sağlanabileceği değerlendirilmektedir. Ülke düzeyinde hasta hakları ve sorumlulukları bilgi seviyesinin tespiti ve sonuçların genel popülasyonu temsil etme olasılığını artırmak için Sağlık Bakanlığı koordinasyonunda katmanlı rastgele örnekleme veya küme örnekleme yöntemleri ile daha geniş katılımcı kitlesi ile çalışmalar planlanması önerilebilir.

Kaynakça

- Abou Zeina, H. A., El Nouman, A. A., Zayed, M. A., Hifnawy, T., El Shabrawy, E. M. ve El Tahlawy, E. (2013). Patients' Rights: A Hospital Survey in South Egypt. *Journal of Empirical Research on Human Research Ethics*, 8(3), 46-52.
- Agrawal, U., Souza, B.C. ve Seetharam A. M. (2017). Awareness of Patients' Rights Among Inpatients of A Tertiary Care Teaching Hospital—A Cross-Sectional Study. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 11(9), IC01- IC06.
- Aydemir, İ. ve Işıkhani, V. (2012). Sağlık Bakanlığına Bağlı Hastanelerde Hasta Hakları Uygulamalarının Değerlendirilmesi, *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 13(2), 67-86.
- Aydemir, İ. ve Özhan, A. (2011). Hasta Hakları Uygulamalarının Hasta ve Yakınları Tarafından Değerlendirilmesi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 22(1), 85-104.
- Balcı, Ü. (2013). *Karadeniz Ereğli Devlet Hastanesi Çalışanlarının Hasta Haklarına Yönelik Bilgi Düzeyi ile Hasta Haklarına Yönelik Tutumlarının Karşılaştırılması*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Beykent Üniversitesi
- Baybek, H., Dereli, F. (2004). Muğla Üniversitesi Muğla Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Hasta Hakları Konusundaki Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 1(1), 1-9.
- Bilgin, R. ve Diğer, H. (2019). Sağlık Kurumlarına Müracaat Eden Hasta Bireylerin Hak ve Sorumluluk Bilgi Düzeyi Ölçeği. *BEÜ SBE Dergisi*, 8(2), 558-570.
- Bilgin, R. ve Diğer, H. (2020). Hastanede Yatan Bireylerin, Hasta Hakları ve Sorumlulukları Konusundaki Bilgi Düzeyleri: Tokat İlindeki Bir Devlet Hastanesi Örneği. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 30(1), 307-327.
- Bilir-Balıkçı, M. (2019). *Tıbbi Uygulama Hatası İddialarında Ölümle Sonuçlanan ve Sonuçlanmayan Olguların Karşılaştırılması*. Yayınlanmamış Doktora Tezi. İstanbul Üniversitesi
- Cılga, İ. (2004). *Bilim ve Meslek Olarak Türkiye'de Sosyal Hizmet*, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu, Ankara.
- Çelik, H. ve Taşhan, S.T. (2014). Bireylerin Hasta Haklarını Kullanma Tutumlarının Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Düşüncesiyle İlişkinin Belirlenmesi. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 1(2), 89-98.
- Çetin, G. (2006). Tıbbi Malpraktis. İçinde: Çetin G, Yorulmaz C, Editörler. *Yeni Yasalar Çerçevesinde Hekimlerin Hukuki ve Cezai Sorumluluğu, Tıbbi Malpraktis ve Adli Raporların Düzenlenmesi*. İstanbul: İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi No:48, 31-42.
- Çetinkaya, F., Koçyiğit, N., ve Emiroğlu, A. (2013). Hasta Hakları ve Ermenek Devlet Hastanesi Hastalarının Hasta Hakları Bilgi Düzeyi Üzerine Bir İnceleme. *Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 2013(2), 79-84.
- Dicle, B. G. (2003). *Sağlık Hizmeti Talep Edenlerin Beklenti ve Bilgilerinin Evrensel Hasta Hakları Tanımlarına Göre Değerlendirilmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi.
- EPF - European Patients Forum (2024). *Avrupa Hasta Hakları Şartı* <https://www.eu-patient.eu/news/News-Archive/patients-rights-day/> Erişim tarihi: 03.04.2024
- Erbay, E. ve Şen, B. (2012). Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesinde Yatan Hastaların Hasta Hakları Hakkında Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 23(2), 7-20.
- Erdem, Ö. ve Akgün H.S. (2018). Hasta ve Sağlık Çalışanlarının, Hasta Hakları Konusunda Bilgi Düzeyleri: Bir Müdahale Çalışması. *Sakarya Tıp Dergisi*. 8(3):518-524.
- Erzincanlı, S., Zaybak, A. (2015). Hastaların Hasta Haklarını Kullanma Tutumunun İncelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 31(1), 39-51.
- Farida, M. (2013). Assessment of Awareness and Source of Information of Patients' Rights: A Cross-Sectional Survey in Riyadh Saudi Arabia. *American Journal of Research Communication*, 1(2), 1-9.
- Gurung, T. ve Ghimire, S. (2020). Knowledge and Attitude Regarding Patients Right Among Nurses in a Teaching Hospital: A Descriptive Cross-Sectional Study. *J Nepal Med Assoc*, 58(222), 88-93.
- Günay, O. ve Diğerleri (2007). Erciyes Üniversitesi Hastanesinde Yatan Hastaların Hasta Hakları Konusundaki Bilgi Düzeyi. *Erciyes Tıp Dergisi*, 29(4), 303-311.

- Hatemi, H. (2006). Özel Hasta Gruplarının Hakları, *Sağlık Hakkı Dergisi*, 1, 42-44.
- Hatun, Ş. (1999). *Hasta Hakları*, İletişim Yayınları, İstanbul.
- HSK – Hakimler ve Savcılar Kurulu (2024). *İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi* <https://www.hsk.gov.tr/Eklentiler/Dosyalar/9a3bfe74-cdc4-4ae4-b876-8cb1d7eeae05.pdf> Erişim tarihi: 05.04.2024
- Iltanen, S., Leino-Kilpi, H., Puukka, P., ve Suhonen, R. (2012). Knowledge About Patients' Rights Among Professionals in Public Health Care in Finland. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 26(3), 436-448.
- Kalaycı, F., Duruk, N. (2020). Evaluation of Patients' Attitudes Towards Using Patient Rights. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care TJFMPC*, 14(4), 621-632.
- Kaya, N. (2018). *Hasta Hakları Bilgi Düzeyi ile Hasta Güçlendirme Arasındaki İlişki*, Yayınlanmamış Yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi.
- Kılıçarslan, N., Taşkın Yılmaz, F. (2012). Hasta Haklarının Sağlık Çalışanları Tarafından Algılanması. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 3(1), 47-62.
- Kırılmaz, H., Fıçıcı, Y. ve Şimşir, İ. (2018). Hasta Hakları Farkındalığına Yönelik Bir Araştırma. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 18(41), 233-258.
- Mastaneh, Z. ve Mouseli, L. (2013). Patients Awareness of Their Rights: Insight From A Developing Country. *International Journal of Health Policy and Management*, 1(2), 143-146.
- Mohammed, E.S, Seedhom, A.E. ve Ghazawy, E.R. (2017). Awareness and Practice of Patient Rights From a Patient Perspective: An Insight From Upper Egypt. *International Journal for Quality in Health Care* 30(2), 145-51.
- Oktay, A.A., Taş, F., Gülpak, M. ve Yel, F. (2021). Bir Üniversite Hastanesinde Hastaların Hasta Haklarını Kullanma Tutumunun İncelenmesi, *EGEHFD*, 37(2), 131-139.
- Sağlık Bakanlığı (1998). *Hasta Hakları Yönetmeliği*. <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=4847&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5> Erişim tarihi: 09.04.2024
- Sağlık Bakanlığı (2011). *Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi*. https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/1349/0/img071372pdf.pdf?_tag1=D94710E002A9181618BF4A1608BC3862687AD553 Erişim tarihi: 09.04.2024
- Sağlık Bakanlığı (2014). *Hasta Hakları Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik*. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/05/20140508-3.htm> Erişim tarihi: 09.04.2024
- Sağlık Bakanlığı (2020). *Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörleri Araştırması* <https://sggm.saglik.gov.tr/TR,57003/turkiyenin-saglik-okuryazarligi-duzeyi-olculdu.html> Erişim tarihi: 12.04.2024
- Sağlık Bakanlığı (2022). Sağlık Meslek Mensuplarının Tıbbî İşlem ve Uygulamaları Nedeniyle Soruşturulmasına ve İdarece Ödenen Tazminatın Rücu Edilmesine Dair Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik. 15 Haziran 2022 tarihli Resmî Gazete Sayı: 31867 Erişim tarihi: 15.04.2024
- Sert, G. (2004). *Hasta Hakları: Uluslararası Bildirgeler ve Tıp Etiği Açısından*, Babil Yayınları, İstanbul.
- Soysal, A. ve Kuşçu, F. N., (2018), "Hasta Hakları: Üniversite Öğrencileri Üzerinde Bir Uygulama", *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(1), 102-111.
- Soysal, A., Mahanoğlu, E. (2018). Hastaların Hasta Haklarını Kullanma Tutumlarının Belirlenmesi: Birinci Basamak Sağlık Kuruluşunda Bir Araştırma: (Hatay ili örneği). *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 1(30), 138-158.
- Şahbudak, Ü. (1992). *Hastanede Yatan Hastaların Hasta Hakları Konusundaki Görüşleri*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi.
- Şeker, F. (2022). *Hastaların Hasta Hakları Konusunda Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi: Bir Devlet Hastanesi Örneği*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi.

- Şengül, R. (2019). *Özel Hukuk Çerçevesinde Hasta ile Hekim Arasındaki İlişkinin Hukuki Niteliği, Hatalı Tıbbi Uygulama ve Tazminat Sorumluluğu*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Bahçeşehir Üniversitesi
- Tanrıverdi, H. (2012). Hastaların, Hasta Hakları Konusundaki Farkındalık Düzeylerinin İncelenmesi. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 16(3),101-122.
- Taylan, H., ve Baydoğan, T. (2015). Hasta ve Yakınlarının Hasta Hakları ve “Hasta Hakları Birimi” Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin ve Faydalanma Durumlarının Araştırılması. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 14(55), 248-256.
- Toygar, Ş. A., Akyürek, Ç. E. (2015). Hasta Hakları Uygulamalarına İlişkin Tarafların Görüşleri: Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 17(1), 136-159.
- Uğan, Ç. (2015). *Hasta Hakları Algısının Gelişmesinde Medyanın Etkisi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Sakarya Üniversitesi.
- WHO, (2024). *Hasta Güvenliği Hakları Tüzüğü (Patient Safety Rights Charter)*.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240093249>_Erişim tarihi: 25.03.2024
- Yaghobian, M., Kaheni, S., Danesh, M., ve Abhari, F. R. (2014). Association between Awareness of Patient Rights and Patient’s Education, Seeing Bill, and Age: A Cross Sectional Study. *Global of Journal Health Science*, 6(3), 55-64.
- Younis, A.A., Hassan, A.H., Dmyatti, E.M., Elmubarak, M.A., Alterife, R.A., Salim, R.E. ve Ahmed, W.S. (2017). Awareness and Practice of Patients’ Rights Among Hospitalized Patients at Wad-Medani Teaching Hospital, *Sudan, East Mediterr Health J.*, 23(2), 80-86.
- Zaybak A., Eşer İ., İsmailoğlu G, E. (2012). Bir Üniversite Hastanesinde Hastaların Hasta Haklarını Kullanma Tutumunun İncelenmesi. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 20(2), 104-111.
- Zengin, O. ve Altındağ, Ö. (2016). Bir İnsan Hakları Mesleği Olarak Sosyal Hizmet. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 27(1), 179-190.
- Zülfikar F. (1999). *Hastaların Haklarını Talep Etme Durumları*. Bilim Uzmanlığı Tezi. Hacettepe Üniversitesi



SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Hasta Hakları ve Tıbbi Sosyal Hizmetler Dairesi, Bilkent Yerleşkesi
Üniversiteler Mahallesi Dumlupınar Bulvarı Şehit Mehmet Bayraktar Caddesi No:3
Çankaya/Ankara 06800
Tel: +90 (312) 471 76 72
E Posta: tibbisosyalhizmet@saglik.gov.tr



BAKANLIK YAYIN NO:

963