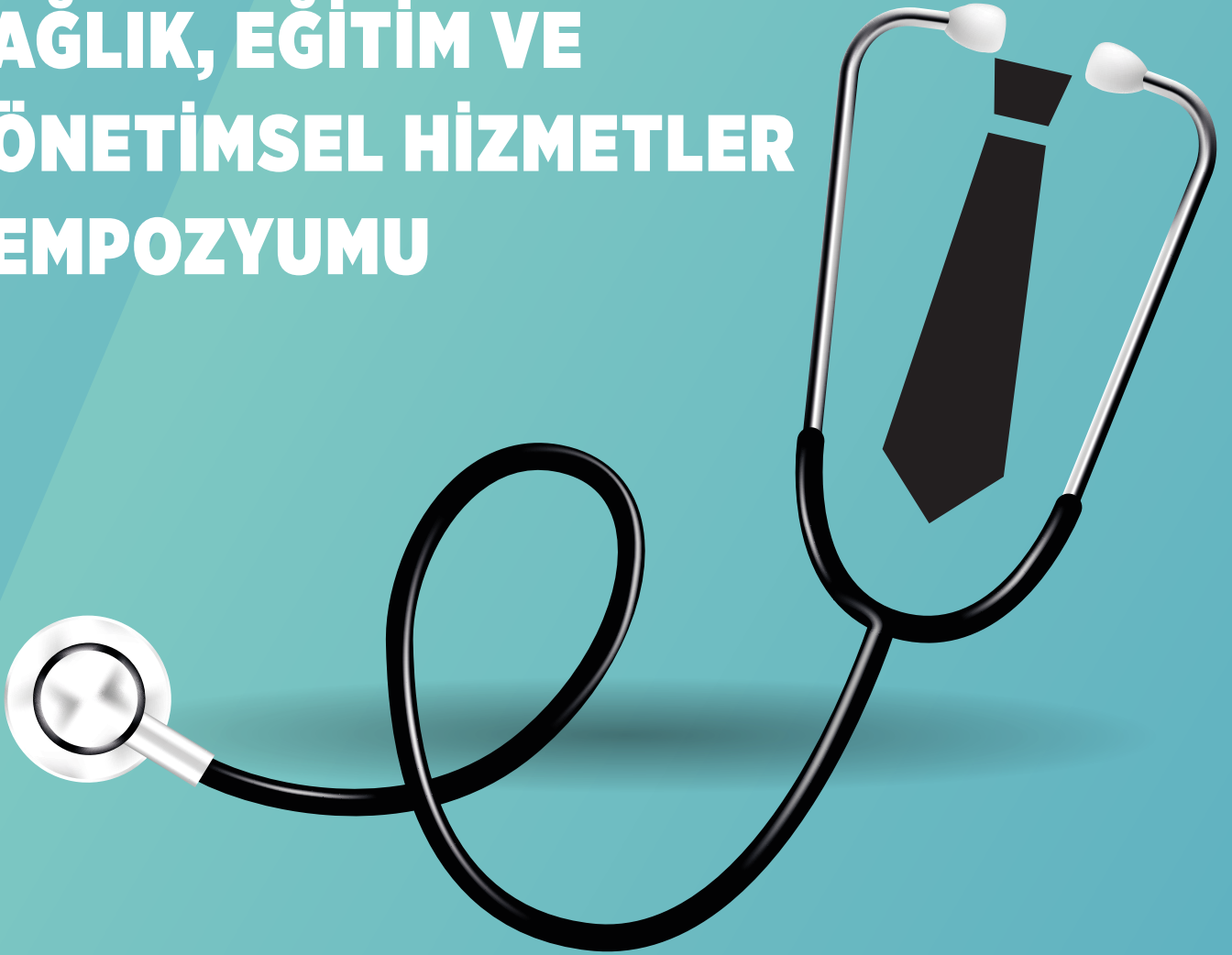




CUMHURİYETİN YÜZÜNCÜ YILINDA
GEÇMİŞTEN GÜNÜMÜZE
SAĞLIK, EĞİTİM VE
YÖNETİMSEL HİZMETLER
SEMPOZYUMU



15-17 MART 2023 İSTANBUL / TÜRKİYE
ONLINE BİLDİRİ KİTAPÇIĞI

Editör:

Prof. Dr. **Ayşegül KAPTANOĞLU**

İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ YAYINLARI

**CUMHURİYETİN YÜZÜNCÜ YILINDA GEÇMİŞTEN GÜNÜMÜZE SAĞLIK,
EĞİTİM VE YÖNETİMSEL HİZMETLER SEMPOZYUMU**

**15-17 MART 2023 İSTANBUL / TÜRKİYE
ONLINE BİLDİRİ KİTAPÇIĞI**

Yayın Kurul Başkanı:

Doç. Dr. Mustafa AYDIN

Editör:

Prof. Dr. Ayşegül KAPTANOĞLU

Sayfa Tasarım:

İstanbul Aydın Üniversitesi Görsel Tasarım Koordinatörlüğü

Basım / Printing:

Aymek Matbaacılık San. ve Tic.Ltd.Şti
OSB Mah. Marmara San.Sit.A Blok No:9
Halkalı / İstanbul
Sertifika No: 46607

Basım Yılı: 2023

E-ISBN: 978-625-7783-66-8

Copyright © İstanbul Aydın Üniversitesi

Bu yapının tüm hakları saklıdır. Yazılar ve görsel malzeme izin almadan tümüyle veya kısmen yayımlanamaz.

Bu kitabın tüm hakları İstanbul Aydın Üniversitesi'ne aittir.

**İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ
CUMHURİYETİN YÜZÜNCÜ YILINDA
GEÇMİŞTEN GÜNÜMÜZE SAĞLIK, EĞİTİM VE
YÖNETİMSEL HİZMETLER SEMPOZYUMU**

**15-17 MART 2023 İSTANBUL / TÜRKİYE
ONLINE**

BİLDİRİ KİTAPÇIĞI

Editör

Prof. Dr. Ayşegül KAPTANOĞLU

E-ISBN: 978-625-7783-66-8

2023

İSTANBUL

İÇİNDEKİLER

ÖZET BİLDİRİLER	1
ÜLKEMİZDE İLK KURULAN SAĞLIK KOOPERATİFLERİ	2
CUMHURİYET VE ÖNCESİNDE SAĞLIK HİZMETLERİ VE ÖRGÜTLENMESİ	3
MESLEKİ REHABİLİTASYON.....	4
CUMHURİYETİN 100. YILINDA ÇOCUK HAKLARI	6
OKUL SOSYAL HİZMETİ İÇİN AMERİKA'YI YENİDEN KEŞFETMEK	8
AFET VE ACİL DURUM YÖNETİMİ BAŞKANLIĞI'NIN (AFAD) 2023 YILI SONRASI SOSYAL MEDYA PAYLAŞIMLARININ İÇERİK ANALİZİ	9
AFETLERDE SOSYAL HİZMETİN ROLÜ VE ÖNEMİ	10
SAĞLIK SEKTÖRÜNDE MOBBİNG	11
CUMHURİYETİMİZ'İN YÜZÜNCÜ YILINDA ÇOCUK SAĞLIĞI.....	12
NÜFUSTAN TAKİPLİ AŞI UYGULAMA PROJESİ.....	14
CUMHURİYETİN 100. YILINDA ÇOCUKLARIN GELECEĞİ.....	15
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİNDE OKUYAN ÖĞRENCİLERDE BESLENME OKUR YAZARLIĞI İLE GIDA GÜVENLİĞİ BİLİNÇ DÜZEYİNİN BELİRLENMESİ	16
AFET YÖNETİM SÜREÇLERİNDE SOSYAL HİZMETLER.....	17
TÜRKİYE'DE ENGELLİSİ OLAN AİLELERE YÖNELİK SOSYAL HİZMET UYGULAMALARI	18
BAKIM PERSONELİ İLE KURUM BAKIMINDAKİ YAŞLILAR ARASINDAKİ İLİŞKİ BİÇİMLERİ	19
SURİYELİ MÜLTECİ KADINLARIN SOSYAL HAYATA ADAPTASYONU	20
TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZLERİ VE SOSYAL HİZMET	21
ERVİNG GOFFMAN'IN DAMGA KURAMI BAĞLAMINDA DÜŞÜNÜLMESİ.....	22
ADLİ DESTEK VE MAĞDUR HİZMETLERİ MÜDÜRLÜĞÜNDE ÇOCUKLARA YÖNELİK UYGULAMALAR.....	24
İKİNCİL TRAVMA İLE BAŞA ÇIKMA YÖNTEMİ OLARAK BAĞIMLILIK.....	25
KADIN HAREKETLERİNİN TARİHİ SÜRECİ.....	26
AŞAĞI TIRMANAN AFGANLAR	27
SİĞİNMACI ÇOCUKLAR VE SOSYAL HİZMET	28
TÜBERKÜLOZUN TEDAVİSİNDE SOSYAL HİZMETİN GÖRÜNÜRLÜĞÜ VE ETKİNLİĞİ.....	29

ADLİ DESTEK VE MAĞDUR HİZMETLERİ MÜDÜRLÜĞÜ.....	31
GÖÇ VE SOSYAL HİZMET.....	33
TEK EBEVEYNLİ AİLELER VE SOSYAL HİZMET.....	34
MOTİVASYONEL GÖRÜŞMENİN AİLEDE SOSYAL HİZMET UYGULAMASINDA YERİ VE ÖNEMİ.....	35
TÜBERKÜLOZ TANISI ALMIŞ BİR MÜRACAATÇIYA YÖNELİK GÖREV ODAKLI SOSYAL HİZMET MÜDAHALE PLANI: VAKA SUNUMU.....	36
OKUL DEVAMSIZLIĞINA NEDEN OLAN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ VE İDEAL OKUL SOSYAL HİZMETİNİN ORTAYA KONMASI	37
KADIN SÜNNETİNİN İNSAN HAKLARI İHLALİ BAĞLAMINDA DEĞERLENDİRİLMESİ	38
AĞIR PSİKOLOJİK BOZUKLUĞU OLAN KARDEŞ SAHİBİ BİREYLER	39
AFETİN PSİKOSOSYAL ETKİLERİ VE AFETLERDE SOSYAL HİZMET	40
YAŞLI AİLELERDE SOSYAL HİZMET: BİR VAKA ÇALIŞMASI	41
TAM METİN BİLDİRİLER	42
KORUYUCU SAĞLIK HİZMETLERİ VE HARCAMALAR.....	43
YAPISAL OLMAYAN TEHLİKELERİN AZALTILMASI VE GÜVENLİ	51
100. YILDA SAĞLIKLI BARINMA HAKKI	62
SAĞLIK ÇALIŞANLARININ ALGILANAN YALNIZLIĞI	73
TÜRKİYE'DE EBELİK EĞİTİMİ TARİHİ: SAĞLIK OKULLARI VE SAĞLIK KOLEJLERİ (1961-1978)	98
TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİ FİNANSMAN YÖNTEMLERİ	112
TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİ.....	113
SAĞLIK KURUMLARINDA ÇEVİK DÖNÜŞÜM.....	124
HEMŞİRELİKTE OTANTİK LİDERLİK.....	139

ÖZET BİLDİRİLER

ÜLKEMİZDE İLK KURULAN SAĞLIK KOOPERATİFLERİ

Ayşegül Kaptanoğlu (Profesör Doktor, İstanbul Aydın Üniversitesi,
aysegulkaptanoglu@aydin.edu.tr)

ÖZET

21. yüzyıl, ekonominin küreselleşmesi ile karakterize edilir. Düşük ücretler ve hızlı ekonomik büyüme yüksek talepler yaratmıştır. Sağlık bilimlerindeki teknolojik gelişmelerin bir sonucu olarak Avrupa’da sosyal devletleri bir sağlık ve sosyal sigorta modeli uygulamıştır. İkinci Dünya Savaşı’ndan bu yana sağlık hizmetlerinin iyileşmesi, nitelikli organizasyonu ve gelişen ekonomik göstergeler nedeniyle yaşam süresinin uzaması, kadınların iş gücüne katılımı ve kreşlerde çocuk bakımı ihtiyacı artmıştır. Bu yeni yaşam biçimlerine, yeni politikalar geliştirilmeye başlamıştır.

Ülkemizde Cumhuriyetin kuruluşundan bugüne kadar kitlesel göçler ve bunun sonucunda ortaya çıkan ekonomik, politik ve sosyal güvenlik açığı ve gerilimler dünyadaki ekonomik küçülme önlemleri sürecinde sağlık hizmetlerini etkilemiştir.

Dünyada 2008 sonrası küresel mali kriz sırasında artan işsizlik sorunları aynı zamanda sosyal hoşnutsuzluğu da artırmış, böylece tanımlamanın önemini altını çizmiştir. Sosyal güvenlik ve sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliğine dair yeni yaklaşımlar yeni sağlık ve sosyal politika araçları olarak karşımıza çıkmaktadırlar.

Günümüzde sosyal devlet yapılanması endüstri 4:0 sürecinde yerini özel sigorta modellerine ve özelleşmeye terk etmeye başlamıştır. Sağlık sigortası sisteminin işbirlikçi modeli önemli bir rol oynayabilir ve sağlık ve sosyal güvenlik sağlamada sürdürülebilir rol. İlk kooperatif 1844 yılında Rochdale, İngiltere’de kurulmuştur. İlk sağlık hizmeti kooperatif 1929’da Oklahoma, Elk City’de Dr. Michael Shadid tarafından kurulmuştur. Her ne kadar sağlık hizmetleri merkezi ve federatif hükümetlerin sorumluluğunda yürütülse de doktorların sağlık hizmeti sunumunun profesyonel yönlerinin emekçi-işçi konuma geçmesi sağlık hizmetlerinde yenilikler yapılmasının önüne geçmektedir. İşveren tarafından sağlanan sosyal güvenlik sisteminin yetersizliği. Bu tür kooperatif, yatırım ortamını iyileştirerek ekonomik büyümeyi teşvik edebilmekte, sürdürülebilir olmakta ve kooperatifleri bankacılık ve finansal sistemlere yatırım yapmaya teşvik etmektedir.

Ülkemizde sağlık kooperatifi aslında emniyet sandığı ile 19. Yy da başlayan bir kavram olup, Memleket Sandıkları ya da Memleket Sandığı, yüksek faiz ve tefecilik anlayışına karşı Mithat Paşa tarafından kurulmuştur. Osmanlı İmparatorluğu’nun ilk kooperatif sistemidir fakat modern anlamda bir kooperatif yapılanması değildir. Türkiye’de 2013 yılında 1163 sayılı kooperatifler kanununun 88. maddesine göre Kooperatifi Ana sözleşmesi” hazırlanmıştır.

İzmir’de ilklerden biri olan “Sanitas Magisterium Sağlık Kooperatifi” başkanlığı deneyimi olan biri olarak bu sürecin yeni yapay zeka odaklı endüstriyel sistemlere uygunluğu mümkündür.

Anahtar Kelimeler: Sağlık kooperatifi, Sanitas Magisterium, Endüstri 4:0, Sosyal güvenlik, Sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliği

CUMHURİYET VE ÖNCESİNDE SAĞLIK HİZMETLERİ VE ÖRGÜTLENMESİ

Ahmet Genç (Dr. Öğr. Üyesi, İstanbul Aydın Üniversitesi, ahmetgenc@aydin.edu.tr)

ÖZET

Cumhuriyetin 100. yılında Anadolu’da sağlık hizmetlerinin günümüze kadar gelişiminin tarihsel bakış açısıyla ele alınması önemli bilgiler içeriyor. Koruyucu sağlık hizmetlerinden, davranışsal sağlık çerçevesinde su ve müzik sesiyle tedavinin kullanılmasına, hekimbaşılık sisteminden hükümet tabipliğine, tedavi hizmetlerinde yerel yönetimlerin rolü ve “numune hastane”lerinden sağlık bakanlığının merkezîyetçi yapısını da içine alan yakın tarihimizin sağlık hizmetleriyle ilgili geniş açılı bir perspektif sunuyor.

Selçuklular zamanında diğer hastalıkların yanında akıl ve ruh hastalıklarının da tedavi edildiği ve Anadolu’nun farklı şehirlerinde yer alan darüşşifalar Osmanlılar zamanında yenileri de eklenerek döneminde Avrupa’ya örnek olma özelliği taşıyor. Bu yapıların ortak yanları ise finansörlerinin kamu erki yerine dönemin güçlü kişiliklerinin olduğu vakıflar olmasıdır.

O dönemde tanı ve tedavi hizmetleri kişilerin ücretini genellikle kendilerinin ödediği özel sağlık hizmetleri statüsünde verilirken, şifahanelerin giderleri, personel ücretleri ve ihtiyaç sahiplerinin tedavi ve ilaç ücretleri vakıflar tarafından karşılanıyordu.

Dönemin üst düzey sağlık yöneticisi, günümüzün sağlık bakanının eşdeğeri olan ve sarayın ve tüm ülkenin sağlık işlerinin sorumlusu olan hekimbaşı idi. Osmanlı’nın duraklama ve çöküş dönemlerinden sonra Tazminat döneminde sağlık alanında yapılan birtakım reformlarla birlikte hekimbaşılık yerini 19 yy. nın son çeyreğinde memleket tabipliğine ve 1912’de ise hükümet tabipliğine bırakmıştır.

19. yy.’da kurulan ve çağın gereklerine uyum sağlayarak günümüze kadar gelen Gülhane Hastanesi, Vakıf Gureba ve Zeynep Kâmil Hastanesi gibi hastaneler ülkemizin o dönemdeki sağlık hizmetleri sunumu hakkında bilgi vermektedir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin merkezi yönetim tarafından yürütüldüğü, fakat tedavi hizmetlerinin yerel yönetimlerin sorumluluk alanında yer aldığı bu dönemin sağlık yapılanmasında etkili olan başlıca faktörler savaşlar, artan göç ve bulaşıcı hastalıklar olmuştur. Sağlık örgütlenmesindeki bu yapılanmanın I. Dünya savaşı ve Kurtuluş savaşının etkileriyle Cumhuriyetin ilk yıllarında ağırlıklı olarak yoksulluk, yetersiz sağlık insan gücü ve bulaşıcı hastalıklar üzerine odaklanılarak sağlığı koruyucu ve geliştirici yönde devam ettiği görülmektedir.

II. Dünya savaşına rastlayan dönemde ise, bulaşıcı hastalıklar artmış, bölgeler arasındaki sağlık hizmetlerinde dengesizlikler baş göstermiştir. Bu dönemde sağlık hizmetlerine erişimi arttırmak ve sürdürülebilirliği sağlamak amacıyla koruyucu sağlık hizmetleriyle birlikte tedavi hizmetlerinin de sağlık bakanlığının sorumluluk alanına girdiği görülmektedir.

Tarihsel süreç içerisinde sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi ve kademeli sağlık hizmetleri yapısının getirilmesiyle bu değişiklikler günümüze kadar devam etmiştir. Özel sağlık kuruluşları, gelişen sağlık sigortacılığı ve kamu hastane birlikleri ile kamu-özel ortaklığı ile yapılan entegre şehir hastanesi kampüsleri bu değişikliklerin günümüze yansıyan somut olgularındandır.

Anahtar Kelimeler: koruyucu sağlık, sağlığın sosyalleştirilmesi, toplum sağlığı, sağlık örgütlenmesi.

MESLEKİ REHABİLİTASYON

**Ayşe Göktaş (Dr. Öğr. Üyesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Sağlık Bilimleri
Fakültesi Ergoterapi, ayşe.goktas@sbu.edu.tr)**

ÖZET

Mesleki rehabilitasyon; yaralanma, bozukluk veya bir hastalık sonrası, kişinin işe dönmesi için karşılaştığı bariyerlerin üstesinden gelinmesi sürecidir. Bu rehabilitasyon aşamasında amaç kişinin akut durumunu iyileştirmek değil, kişinin mevcut durumuna uygun bir meslek bulup uygunluğunu sağlamaktır. Kapsamlı ve kişi merkezli tedavi bakış açısıyla ergoterapi, mesleki rehabilitasyon sürecinde önemli bir yere sahiptir. Bunun nedeni, bir yaralanma veya hastalıktan sonra işe dönüşün ayrıntılı bir değerlendirme ve müdahale sürecini içermesidir. Ergoterapi, bir yaralanma veya hastalıktan sonra üretkenlik faaliyetinde bulunan bir kişinin durumunu değerlendirir. Bir kişinin fiziksel, zihinsel, bilişsel durumu ve kişilik özellikleri ile istekleri, işyerinin talepleriyle karşılaştırılır. Bir kişinin çalışma kapasitesi artırılarak işyeri, işten kaynaklanan işlev ve görevleri yerine getirebilecek şekilde ayarlanır. Aile, işveren ve çalışma arkadaşlarının tutumlarının sınırlayıcı değil teşvik edici olacak şekilde olması için bilgilendirme yapılır. İşe erişimi kolaylaştırmak ve toplumsal katılımı artırmak için eğitim verilmektedir. Bir kişinin işlev görme yeteneğini geliştirmek için yardımcı cihazların ve teknolojinin kullanımı için eğitim verilir.

Anahtar Kelimeler: *Mesleki Rehabilitasyon, Ergoterapi, Fizik Tedavi*

ÇOCUK GELİŞİMİNE ÇOK DİSİPLİNLE BAKIŞ

Ayşen Bulut (Profesör Doktor, Halk Sağlığı Uzmanı, aysen.bulut@gmail.com)

ÖZET

Temel amacımız yüzyıl içinde (1923-2023) Türkiye'de çocukların durumunda olan değişime yoğunlaşarak, gelecekte çocukların bedensel olduğu kadar ruhsal ve toplumsal iyilik halinin geliştirilmesi için kazanılması gereken bütünsel bakış açısı hakkında dinleyicilerde farkındalık oluşturmaktır.

İnsan çevresi ile bir bütündür. Çocukların en yakın çevresini anne ve babaları, kardeşleri, bakım veren diğer insanlar oluşturmaktadır. 18 yaşa kadar, çocuklar için okulda geçen süre, neredeyse ev ortamında aktif oldukları süreden daha fazla olmalı. Arkadaşlar, öğretmenler, rehberlik ve danışman uzmanlar, sağlık hizmeti sunanlar ve ülkenin yöneticileri çocukların büyüme ve gelişmelerini en az yakın aile üyeleri kadar etkiliyor. Çocukların yaşatılması, dünyada son elli yılda sağlık hedefleri içinde önem taşıdı. Günümüzde bebek ve çocuk ölümlülüğü azaldı. Sık görülen çocuk hastalıkları farklılaştı. Artık aileler daha az sayıda çocuk sahibi oluyor.

Çocuk gelişiminin geniş açıdan, çok disiplinli bakış açısı ile irdelenme zamanı gelmiştir. İlk sunumda ülkemizde bedensel çocuk sağlığında kazanılan gelişmeler paylaşılmakta, ardından çocuk hakları ele alınmakta, çocukların sağlıklı yaşama kavuşmasında çocuk haklarının karşılanmasının önemi vurgulanmaktadır. Türkiye'de çocuk gelişiminde, çocuk işçiliği, istismar, şiddet ve doğal afetlere maruziyet, eğitim koşulları, yaşam koşulları, eşitsizlik, toplumsal cinsiyet bakış açısı, dijital bağımlılık, madde kullanımına ilişkin olumsuzluklar özellikle önem taşıyor. Bu çerçeveler içinde, çocukların geleceğinde ruh sağlığının önemi ve geliştirilmesi önerileri ile sunum sonlanmaktadır.

Umut ediyoruz ki bizi izleyenler, daha sağlıklı çocuklar için ebeveynler nasıl olmalı, okullar nasıl olmalı, sağlık hizmetleri nasıl olmalı, toplum nasıl olmalı sorularına cevap ararken, yeni bakış açıları kazanabilirler.

Anahtar Kelimeler: *Çocuk Sağlığı, Bütünsel Sağlık, Toplumsal İyilik Hali. Çok Disiplinli Olmak*

CUMHURİYETİN 100. YILINDA ÇOCUK HAKLARI

**Bürge Akbulut (Sosyal Kalkınma Uzmanı, Hümanist Büro,
bakbulut@humanistburo.org)**

ÖZET

Türkiye’de çocuk haklarının dünü ve bugününü içeren bir değerlendirmenin yapıldığı bu sunumda öncelikle çocuk haklarının korunması alanındaki yükümlülükleri belirleyen Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi tanıtılmaktadır. Sunumun temel amacı, Türkiye’de sözleşmenin yürürlüğe girdiği 1995 yılından beri katedilen yolun ışığında, çocuklara koruyucu bir çevre sunulmasını sağlamak üzere oluşturulan kurumsal ve yasal altyapının irdelenmesi ile çocukların maruz kaldığı hak ihlalleri konularında tespit ve önerileri paylaşarak, izleyenleri bilgilendirmektir.

Anahtar Kelimeler: *Çocuk Hakları, Çocuk Koruma, Koruyucu Çevre*

CUMHURİYET DÖNEMİNDE HALK SAĞLIĞI EĞİTİMİ

**Elif Dilan Yalçınkaya Adıtepe (Yüksek Lisans Öğrencisi, İstanbul Aydın Üniversitesi,
edilanyalcinkaya@stu.aydin.edu.tr)**

ÖZET

Milli Mücadeleden sonra Türkiye Cumhuriyeti'nde Osmanlı İmparatorluğu'nun 13 milyonluk nüfusunun bir buçuk milyonu verem, frengi, trahoma gibi salgın hastalıklarla mücadele etmiştir. Özellikle bu dönemde hekim ve hemşire sayısı oldukça az olup, halk hijyen ve sağlık eğitimi konusunda bilinçsiz olduklarından halk sağlığı eğitimlerinin önemli bir yere sahip olduğu ortaya çıkmıştır. Bu dönemde salgın hastalıklarla mücadeleye önem verilmiştir. Cumhuriyetin ilk yıllarına göre sağlık çalışanlarının sayısı yaklaşık 10 kat artırılmıştır, yabancı uzmanların görüşlerini içeren raporlar hazırlanmıştır, bu sayede birinci basamaktaki eksiklikler ortaya çıkarılmıştır. Halkın yapısı niceliksel ve niteliksel yönden değişmiştir. Osmanlı Döneminde Medreselerde verilen sağlık eğitimleri Cumhuriyet Dönemiyle birlikte Millet Mektepleri, Halkevleri ve Halk Odalarında verilmeye başlanmıştır. Yeni kurulmuş ülkenin en önemli sorunlarından olan sağlık bakım hizmetleri, halkın birincil önceliği olmaktadır. Bunun sonucunda salgın hastalıklarla mücadele, sağlık bakım merkezleri, sağlık ekibinin eğitimi, hıfzıssıhha kurumlarının geliştirilmesi, konaklama meseleleri, sağlık ile ilgili reklamlar gibi konular kapsamlı bir şekilde ele alınmaya başlanmıştır.

1923-1945 yıllarında Osmanlı devletinden Türkiye Cumhuriyeti' ne geçiş esnasında artan Sağlık Bakanlığına bağlı verem, trahom, frengi, tifüs, tifo gibi salgın hastalıklar aynı zamanda halkın sağlık eğitiminde yetersiz olduğunu göstermiş böylece koruyucu sağlığın öneminin altını çizmiştir. Bundan dolayı 1950-1960 yıllarında Dünya Sağlık Teşkilatı ve UNICEF ile işbirliği yapılarak koruyucu hekimlik hizmetleri geliştirildi. 1961 tarihinde Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun kabul edilmiş olup, halkın sağlık hizmetlerinden eşit olarak faydana bileceği güvence altına alınmıştır. Planlanan ve uygulanan tüm politikalar sağlığın geliştirilmesine katkı sunmuştur aynı zamanda kitap, kitapçık, dergi, film, belgesel, broşür, afiş gibi görsel materyaller de halkın bilinçlenmesine yardımcı olmuştur.

Günümüzde örgün eğitimini tamamladıktan sonra ya da örgün eğitim almamış olan bireylerin dönemimiz şartlarına uygun bilgi ve tutumu kazanması, örgün eğitim sonrası eğitimle mümkündür. Bu durum halk eğitiminin önemini bir kere daha göz önüne sermiştir. Halk eğitimi, “yetişkin eğitimi”, “yaygın eğitim”, “toplum eğitimi” olarak adlandırılmakta ve yetişkinlere yönelik organizasyonel ve intizamlı eğitim fırsatı sunmaktadır. Matematik, fen bilimleri, sağlık, astronomi, mantık gibi dersler Selçuklu Döneminde itibaren Medreselerde verilmiş olup, 1926 yılından itibaren Halk Eğitim Şubelerinin eline bırakmıştır. 1927 yılında açılan Millet Mektepleri ile derslikler A-B sınıfı olarak ayrılmış, A sınıfında okuma-yazma, B dersliklerinde sağlık ve yurttaşlık eğitimleri verilmiştir. Halk eğitimi için birden fazla örgüt oluşturulmasına rağmen sağlık alanı eğitimleri temel eğitim olarak ele alınarak sağlığa verilen önem bir kez daha ortaya çıkmıştır.

Sürekli değişim gösteren Dünya, Türkiye düzeninde yetişkinlerin eğitimine önem verilmelidir. Bireysel yararları dışında kalkınma içinde büyük öneme sahip olan ve halk eğitimi içerisinde yer alan meslek edindirme kursları, okuma-yazma, dil kursları, kültürel ve sosyal kurslar yadsınamaz öneme sahiptir. Bireylere verilen bu eğitimler sosyokültürel ve ekonomik anlamda ilerlemelerini destekleyecek yeterlilikte planlanmalıdır. Gelişmiş ülkelere bakıldığında halk eğitimlerine büyük önem verildiği görülmektedir. Bu bağlamda Türkiye'nin gelişmiş ülkeler arasında yer edinebilmesi, ekonomik açıdan büyümesi, toplumun sosyal gelişiminin

gelişiminin sağlanması, anne ve çocuk eğitimleri ile toplumun temelini sağlam kurulması için halk eğitimine önem verilmedir.

Anahtar Kelimeler: *Cumhuriyet dönemi, halk sağlığı, eğitim.*

OKUL SOSYAL HİZMETİ İÇİN AMERİKA'YI YENİDEN KEŞFETMEK

Emel Yurtsever (Doçent Doktor, İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi,
emel.yesilkayali@izu.edu.tr)

ÖZET

Konuşma dört ana bölümden oluşmaktadır. Konuşmanın ilk bölümünde, kısaca okul sosyal hizmetinin amacı, konusu, kapsamı, dayandığı teorik perspektif ve çalışma biçiminden söz edilecektir. Okul sosyal hizmetinin, tüm çocukların potansiyellerinin en üst seviyesine ulaşmalarındaki rolü ve önemini anlayabilmek için hangi ihtiyaçtan kaynaklandığını bilmek gerektiğinden, konuşmanın ikinci bölümünde kısaca okul sosyal hizmetinin tarihsel gelişimi anlatılacaktır. Sonraki bölümde, okul sosyal hizmeti müdahale modellerinden okul-toplum-üniversite işbirliği modeline örnek olarak ülkemizden bir okul sosyal hizmeti proje örneği anlatılacaktır. Konuşmanın son bölümünde ise, ülkemizde okul sosyal hizmeti birimleri kurulduğunda karşılaşılabilecek sorunları şimdiden öngörebilmeyi kolaylaştırabilmek için okul sosyal hizmetinin başladığı Amerika Birleşik Devletleri'nde günümüzde yaşanan sorunlardan söz edilecektir.

Anahtar Kelimeler: Okul Sosyal Hizmeti, Tarihsel Gelişim, Okul Sosyal Hizmetinin Rolü ve Önemi, Müdahale Modelleri, Amerika Birleşik Devletleri

AFET VE ACİL DURUM YÖNETİMİ BAŞKANLIĞI'NIN (AFAD) 2023 YILI SONRASI SOSYAL MEDYA PAYLAŞIMLARININ İÇERİK ANALİZİ

Furkan Alp (Araştırma Görevlisi, İstanbul Medeniyet Üniversitesi,
furkan.alp@medeniyet.edu.tr)

Aygül Yanık (Profesör Doktor, İstanbul Medeniyet Üniversitesi,
aygul.yanik@medeniyet.edu.tr)

ÖZET

Ülkemizin jeolojik yapısı ve meteorolojik özellikleri nedeniyle çeşitli afet türlerinin tarih boyunca zaman zaman yaşandığı bilinmektedir. Küreselleşme ile küçülen dünya da afetlere yönelik müdahale anlayışı ve oluşturulan afet yönetimi sistemleri birbirini etkileyen ve ihtiyaç duyan bir ekseninde birleşmektedir. AFAD; Türkiye genelinde afet ve acil durumlar ile sivil savunmaya ilişkin hizmetlerin ülke düzeyinde etkin bir şekilde gerçekleştirilmesi için gerekli önlemlerin alınması ve buna yönelik hazırlık yapan sivil toplum kuruluşudur. Dijitalleşmenin etkisiyle devlet kurumları ve sivil toplum kuruluşları gerekli görüldüğü zamanlarda sosyal medya aracılığıyla toplumu bilgilendirmektedir. Bu açıdan AFAD'ın yaşanabilecek olaylar esnasında yapacağı bilgilendirmeler önem arz etmektedir.

Bu çalışma kapsamında AFAD tarafından kesitsel olarak sosyal medya paylaşımlarının incelenmesi ve analiz edilmesi amaçlanmıştır. Çalışmanın yöntemini 01.01.2023 - 20.02.2023 tarihleri aralığında yapılan sosyal medya paylaşımları ve paylaşım içeriklerinin analizi oluşturmaktadır. Çalışma, nitel araştırma durum analizi deseniyle tasarlanmış ve veriler içerik analizinden yararlanılarak oluşturulmuştur.

İlgili tarihler incelendiğinde deprem konulu paylaşımların içerik olarak Şubat ayı sonrasında artış gösterdiği ve çeşitlilik içerdiği dikkat çekmektedir. Bu durumun en önemli sebebi 06.02.2023 tarihinde Kahramanmaraş ili Pazarcık merkezli 7.7 büyüklüğünde ve Elbistan merkezli 7.6 büyüklüğündeki iki depremin etkisi olduğu rahatlıkla söylenebilmektedir. Ayrıca tarihler içerisinde AFAD tweet sayısının ve instagram paylaşım sayısının yaşanan deprem sonrası paylaşımların %75'ini içermesi dikkat çekmektedir. Sağlık hizmetleri penceresinden bakıldığında AFAD'ın deprem ile ilgili koordinasyonunda sosyal medya paylaşımlarının yüksek düzeyde olduğu görülmüştür. Bu bağlamda acil müdahale gerektiren durumlarda, sosyal medyanın önemi ve etkin kullanımı sağlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Afet, Deprem, Sosyal Medya, İçerik Analizi.

AFETLERDE SOSYAL HİZMETİN ROLÜ VE ÖNEMİ

Mira Assadi (Dr. Öğr. Üyesi, İstanbul Aydın Üniversitesi, miraassadi@aydin.edu.tr,
Orcid: 0000-0002-7131-2701)

ÖZET

Bu çalışmanın amacı afetlerde sosyal hizmetin rolü ve önemine değinmektir. Sosyal Hizmet, insan hakları ve sosyal adalet ilkelerine dayanarak insanların ve toplumun refahını yükseltmek ve dezavantajlı konumunda olan bireyler ve toplulukları güçlendirmeyi amaçlamaktadır. Doğal ve doğal olmayan afetlerin insan hayatındaki geçici veya kalıcı kayıplar ve yıkımlara neden olduğu herkes tarafından kolayca anlaşılmaktadır. Can kayıpları, ekonomik kayıplar, sosyal ve psikolojik yıkımlar çok sayıda insanı dezavantajlı konuma itmektedir. Son yıllarda afetlerin sıklıkla yaşanması ve yıkıcı sonuçlar ortaya çıkarması nedeniyle afetlerde sosyal hizmete olan ihtiyaç da artmıştır. Sosyal hizmet, afetlerin değerlendirilmesinde kadercı bir yaklaşımdan uzak durarak hak temelli ve bireylerin yüksek yararına göre hareket etmekte ve kendi bilgi, etik değerler ve becerileri bağlamında afetzedelere insani yardımlar ulaştırmaktadır. Araştırmada derleme yöntemi kullanılmıştır. Literatürdeki bilgilere göre afetlerde, sosyal hizmet reaktif veya proaktif yaklaşım benimseyerek kısa bir süre içinde müdahale etmeli, acil destek ve yardım sağlamalıdır. Afetlerde sosyal hizmet uzmanları eğitilmiş profesyoneller olarak krize acil müdahale, afet planlaması, afet yönetimi, yardım ve rehabilite edici işlemlere odaklanırlar. Afetler döneminde, sosyal hizmet uzmanlarının rolleri arasında bireylerin temel ihtiyaçlarını karşılamak, psikososyal destek sunmak, yas danışmanlığı yapmak, insanların yardımlara ulaşmasını kolaylaştırmak, gelen yardımları koordine etmek, insanlara afetlerle ilgili eğitim vermek, toplumsal farkındalığı geliştirmek, toplumu harekete geçirmek, krizlerin etkilerini azaltmak, krizleri yönetmek, toplumsal hayatı yeniden inşa etmek, kaynakları eşit bir biçimde dağıtmak ve ihtiyaca göre farklı roller ve görevleri üstlenmek bulunmaktadır. Dolayısıyla afetlerde sosyal hizmet uzmanlarının rolleri çok yönlü olarak değerlendirilmektedir. Sonuç olarak afetlerin tekrarlanan niteliğini göz önünde bulundurarak afet yönetiminde sosyal hizmet dört aşamada faaliyet gösterebilir. İlk aşamada afetlerin nedenlerini, etkilerini ve sonuçlarını önlemek veya azaltmak için önlemlerin alınmasında rol alabilir; ikinci aşamada afetler öncesi hazırlık olarak planlama, eğitim ve eğitim faaliyetlerini yürütebilir; üçüncü aşamada bir afetin hemen ardından müdahalede bulunabilir. Dördüncü aşamada ise hayatın normale dönmeye için uzun vadeli veya kısa vadeli iyileştirme faaliyetleri gerçekleştirebilir.

Anahtar Kelimeler: Afet, Sosyal Hizmet, Afet yönetimi, Acil durum yönetimi.

SAĞLIK SEKTÖRÜNDE MOBBİNG

Nergis Yavuz (Yüksek Lisans Öğrencisi, İstanbul Aydın Üniversitesi,
nergisyavuz@stu.aydin.edu.tr)

ÖZET

Mobbing kavramı doğrudan ya da dolaylı bir şekilde kişilerce uygulanan planlı, bilinçli, güdülenmiş olan saldırgan olarak nitelendirilen tüm davranışları ifade etmektedir. Mobbing sonrasında oluşan bu etkiler kurum içerisinde öncelikle ayrımcılık, yıldırma, korkutma ve bencillik gibi kavramların açığa çıkmasına neden olmaktadır. Ayrıca kişilerin maruz kaldığı işkence, eziyet, şiddet, baskı, saldırganlık, hakaret, küfür ile birlikte bedensel ve cinsel tacizlerin de yaşanması sonucunda görev ve yetkinin kötüye kullanımı kaçınılmaz olmaktadır. Kişilerin kendi içerisinde oluşan olayları kritik yapması meslek etiğinin dışı davranışların kendini göstermesinde etkili olmaktadır. Kurumların içerisinde yaşanan düşük verimlilik düzeyi ile işleyişin bozulmasındaki temel nedenlerden biri olarak mobbing davranışlarının payı oldukça büyüktür. Bu bağlamda mobbing etkisi ile mağdur olarak gösterilen kişilerin arasında yaşanan zorlu süreç sonrasında etkiler iz bırakmaktadır. Özellikle bu izin olumsuz etkileri arasında sosyal ilişkileri bozması ve iletişim yeterliliğini azaltma gibi durumlar yer almaktadır. Bu bakımdan mobbing konusu ve sonrasında yaşanan etkiler, önemle durulan bir konu haline gelmiştir. Yaşanan mobbing davranışlarının en çok görüldüğü kurumlar arasında sağlık sektörü yer almaktadır. Hizmet sektörleri arasında bütüncül bir değerlendirme yapıldığında, sağlık sektörü toplumun her kesimini ilgilendiren bir hizmet sektörüdür. Bu bakımdan mobbingin sektör içerisinde hem psikolojik hem fiziksel bir şekilde uygulanması hizmet kalitesindeki verimliliğin düşmesini de neden olmaktadır. Hem yapılan işin niteliğinden hem de personellerin çalışma şartlarından dolayı sağlık çalışanları mobbingin de etkisinin görüldüğü yoğun bir stresle başa çıkmak zorundan kalmaktadır. Bu çalışmada mobbing etkisinin sağlık sektöründeki çalışan kişiler üzerindeki etkisi ile birlikte bu durumun hizmet kalitesindeki önemi ele alınmıştır.

Anahtar kelimeler: *Mobbing, İşyerinde Psikolojik Şiddet, Sağlık Çalışanı, Sağlık Sektörü.*

CUMHURİYETİMİZ'İN YÜZÜNCÜ YILINDA ÇOCUK SAĞLIĞI

Serpil Uğur Baysal (Profesör Doktor, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı,

Dokuz Eylül Üniversitesi, serpil.baysal@deu.edu.tr)

ÖZET

Türkiye, çocukluk döneminde ölümleri azaltma konusunda büyük bir başarı kaydederek Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü(OECD) içinde çocuk ölüm oranlarında en hızlı düşüş sağlayan ülkelerden biri olmuştur. 1960lı yıllardan başlayarak topluma dayalı sunulan “Sosyalleştirilmiş Sağlık Hizmetleri”yle kazanılan bu ivme, 1985 yılından sonra uygulanan “Çocuk Sağkalım Programları” ile sürdürülmüştür. Büyümenin izlenmesi, ishelli hastalıklarda ağızdan sıvı tedavisinin uygulanması, anne sütü ile beslenmede emzirmenin teşviki, yaygınlaştırılması, doğurganlığın düzenlenmesi, kadınların eğitimi ve beslenmenin desteklenmesi bu başarıda önemli payı olan uygulamalardır.

Akut solunum yolu enfeksiyonlarının ve ishelli hastalıkların önlenmesi ve kontrolü, yaygın çocukluk çağı aşılama hizmetlerinin yanı sıra, beslenme yetersizliklerini önleme programları ile çocuk hastalıkları ve ölüm oranlarında belirgin azalma sağlanmıştır.

Çocuk hastalıklarına ve sağlığına yönelik uygulamaları geliştirmek ve iyileştirmek amacıyla, 1995 yılında, “Çocukluk Çağı Hastalıklarına Bütünsel Yaklaşım” programı başlatılmış, beş yaş altındaki çocuklar için birinci basamak sağlık kurumlarında ve evlerde aileler tarafından uygulanabilecek kanıta dayalı yaklaşımlar geliştirilmiştir.

Doğum öncesi izlemlerin, doğum hizmetlerinin ve yenidoğana sunulan sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi ile anne ve yenidoğan ölümlerinin azalması sağlanmıştır. Hastanede doğum yapan annelerin oranı artmış, hastanelerde yenidoğanların anne sütü ile beslenmesinin teşviki(bebek dostu hastaneler) yaygınlaşmıştır.

Türkiye, 1998 yılında poliomiyelitten arındırılmış ülke statüsünü kazanmış, kızamık ile anne ve yenidoğan tetanozu elimine edilebilmiştir.

Değişen sağlık sistemlerinde programların sürekliliğini sağlamak için çalışılmaktadır. Aile Hekimliği uygulamaları bu programların uygulanabilmesi için geliştirilmektedir. Zaman içinde, ülkede ikinci basamak sağlık hizmetlerine erişim kolaylaştırılmıştır.

Ancak, çocuk sağlığında sosyoekonomik farklılıklara göre eşitsizlikler, günümüzde de varlığını sürdürmektedir. Çocukların beklenen yaşam süresi hangi bölgede doğduklarına, hangi çevrede yaşadığına göre değişiklik göstermektedir. Salgınlar, afetler en çok çocuk sağlığını olumsuz etkilemekte, hizmet sunumunu aksatabilmektedir.

Türkiye’de güçlü bir sağlık sistemi bulunmasına karşın, bu farklılıkların giderilmesi üstesinden gelinmesi gereken önemli bir sorundur. Günümüzde yaklaşık beş milyona yakın, düzensiz göçle gelen nüfus içinde ağırlığı oluşturan çocuk nüfusun sağlık sorunları da çocuklar için sunulan sağlık hizmetlerinin kapasitesini zorlamaktadır. Hizmetlerle ilgili farkındalığın azlığı, dil engelleri ve ulaşım gibi güçlükler, çocukların gereksinim duydukları hizmetlere erişimini güçleştirebilmektedir. Bu konuda yürütülen çalışmaları desteklemek

amacıyla Sağlık Bakanlığı; Dünya Sağlık Örgütü, UNICEF ve sağlık sektöründeki diğer paydaşlarla uzun süredir yakın bir işbirliği içinde çalışmaktadır.

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı'nda Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü'ne bağlı Çocuk ve Ergen Sağlığı Dairesi aşağıdaki hizmetleri planlamakta ve yürütmektedir:

Sağlığın geliştirilmesi: Okulda Sağlığının Korunması ve Geliştirilmesi, Çocuk Güvenliğinin Sağlanması, Bebek Çocuk Ergen İzlemleri.

Beslenme: Tamamlayıcı Beslenme, Demir Gibi Türkiye, D Vitamini Eksikliğini Önleme ve Kontrol, Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Sağlık Kuruluşları Programları.

Taramalar: Yenidoğan Metabolik ve Endokrin Hastalık Tarama Programı(NTP), Yenidoğan İşitme Taraması, Okul Çağı Çocuklarında İşitme Taraması, Yenidoğanda Görme Taraması, Okul Öncesi Çocuklarda Görme Taraması, Okul Çağı Çocuklarında Görme Taraması Programları, Hemoglobinoziti Kontrol Programı, Evlilik Öncesi Spinal Müsküler Atrofi(SMA) Taşıyıcı Tarama Programı, Gelişimsel Kalça Displazisi(GKD) Tarama Programı.

Sağlık çalışanlarının eğitimi: Yenidoğan Canlandırma Programı(NRP), Temel Yenidoğan Bakımı Eğitimi, Çocuk Acil Tıp ve Çocuk Yoğun Bakımı Temel Eğitimleri Programları, Yenidoğan Yoğun Bakım Güncelleme Eğitimi.

Doğum Bildirim Sistemi ve Bebek Ölümünü İzleme Sistemi

Birleşmiş Milletler “Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri” kapsamında çocuk sağlığı, erken çocukluk çağında gelişimin desteklenmesi, kapsayıcı bakım (nurturing care) ile özel bakım gereksinimi olan çocukların, savaş, göç, afet gibi güç koşullardaki çocukların ve engelli çocukların sağlığı ve izlemi ayrıcalıklı konular olarak yer almaktadır.

Sonuç: Ülkemizin çocuklarına nitelikli sağlık hizmetlerinin tüm çocukları kapsayıcı bir biçimde sağlanabilmesi, çocuk sağlığını olumlu yönde etkileyecek olan en önemli ögedir. Erken çocukluk çağında gelişimin desteklenmesi, bir ülkenin kalkınması için gereklidir. Her çocuğun gelişme hakkı ve sağlığı güvence altında olmalıdır. Çocuk sağlığı, anne ve aile sağlığından ayrı düşünülemez. Çocuk sağlığı hizmetlerinde bütünsel yaklaşım ve ilgili hizmetlerin bütünleştirilmesi (entegrasyonu) gerekli ve esastır. Sağlıkta ve sosyal eşitsizliklerin giderilmesi ile çocukların sağlığına ve gelişimine daha fazla yatırım yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: *Çocuk Sağlığını İzleme, Çocuk Sağkalımı, Sağlığın Geliştirilmesi, Sosyal Belirleyiciler, Taramalar*

NÜFUSTAN TAKİPLİ AŞI UYGULAMA PROJESİ

M. Süheyl Pozantı (Dr. Öğretim Üyesi, Beykent Üniversitesi,
suheylpozanti@beykent.edu.tr)

ÖZET

Proje 1980’li yılların sonlarında hedef kitleye ulaşma zorluğundan kaynaklandı. Bilgisayar kullanımının henüz birinci basamak sağlık kurumlarında başlamadığı bu dönemde 0-11 ay hedef nüfus tespitinde önemli güçlükler yaşanmakta idi. Bu amaçla kırsal kesim ve görece küçük yerleşim yerlerinde sağlık ocağı ebeleri tarafından yapılan ev ziyaretleri ile gebeler ve yeni doğanlar belirlenerek kayda alınmaktaydı. Ancak özellikle büyük şehirlerde gerek sağlık ocağı sayısı, gerekse eleman eksikliği nedeniyle uygulama istenen düzeyde yürütülemiyor ve aşılacak hedef nüfusu belirlemede sorun yaşanıyordu. Bu durum aşı oranlarının izlenmesinde en açık biçimde görülmekteydi. İstanbul Beşiktaş ilçesinde küme araştırması ile ulaşılan aşı oranı %94 iken, sağlık ocağı ve sağlık müdürlüğünün resmi kayıtlarının oranı %72 idi. Aşıların aynı zamanda kamu kurumları dışında özel hekim ve kurumlar tarafından uygulanması da ayrı bir izlenme güçlüğü idi.

Gerçek aşı oranlarını belirlemek amacıyla 1989 yılında tarafımdan tasarlanan bu projede ilk olarak görev yaptığım Beşiktaş sağlık ocağı ile ilçe nüfus müdürlüğü işbirliği sağlandı. Nüfusa kaydedilen yeni doğanların kimlik bilgileri, hazırlanan bir form ile izleyen gün sağlık ocağına elden iletmeye başlandı. Kaydedilen her bebeğe kendi adına yazılmış bir mektup gönderildi. Mektupta aşının önemi, nerelerde yaptırılacağı ve aşı takvimi yer alıyordu. Kamu sağlığı merkezinin desteği ile resmi posta yerine mektuplar kızlar için pembe, erkekler için mavi kağıda hazırlandı. Beyaz zarf ve özel posta ile gönderildi. Aynı süreçte hem sağlık ocağına aşı için başvuranlar, hem de ilçedeki diğer kamu sağlık kurumlarından gönderilen aşı kayıtları düzenli olarak kaydedildi. Her bebek için iki ay beklendi ve bir aşı kaydı tespit edilmediği takdirde benzer içerikli ikinci bir mektup gönderildi.

Aşı kayıtları izlenmeye devam edildi ve dokuzuncu ay sonunda kayıtlarda henüz ilgili bebeğe bir aşı uygulandığı görülüyorsa doğrudan bebeğin adresine gidildi. Bu aşamada ebe çantasına aşığı alarak doğrudan bebeğin adresine gitmekte ve aşı durumunu sorgulamaktaydı. Aşı yapılmış ise belgeleri görerek kayıt altına almakta veya hemen orada aşısını yapmaktaydı. Bu uygulama ile ebe rastgele ev ziyareti yapmamakta, doğrudan hedef nokta olan eve gitmekte idi. Zaman ve kaynak tasarrufunun yanı sıra böylece hedef nüfusun aşı oranları da doğru olarak tespit edilmeye başlandı.

Dönem sonunda pilot uygulama yapılan Beşiktaş ilçesinde aşı oranları ciddi yükseliş gösterdi ve proje başka ilçelerde de uygulanmaya başlandı. Proje TRT televizyonunda tanıtıldı ve il genelinde toplantılarda sunuldu. Projenin bir başka teşvik edici sonucu da, ailelerden gelen ve halen birçoğunu saklamakta olduğum teşvik edici, kutlayıcı mektuplar oldu.

Anahtar Kelimeler: *Aşı, Küme Araştırması, Pembe ve Mavi Kağıt.*

CUMHURİYETİN 100. YILINDA ÇOCUKLARIN GELECEĞİ

Şeniz Pamuk (Klinik Psikolog ve Aile Danışmanı, Özel Beyaz Bireysel Gelişim ve Aile Danışma Merkezi (senizpamuk798@gmail.com))

ÖZET

Çocuklar, küresel, toplumsal ve ailesel aktarımların taşıyıcısıdır. Bu taşıyıcılık çocuğun kendi bireysel özellikleri ile de şekillenir. Geçtiğimiz yüzyıl içinde çocuğun yetişkinler gözündeki konumu, anlamı ve değeri büyük bir değişimden geçmiştir. Çocuklara aktarılan değerler ve onlarla ilgili oluşturulan beklentiler önümüzdeki günlerin yapıtaşlarını oluşturacaktır. Çocukların geleceği, yetişkinlerin zihnindeki gelecek ile doğrudan bağlantılıdır. Çocukların birey olarak değerleri sıklıkla vurgulanmakta ve onlara “kendilerini gerçekleştirmeleri” için olanaklar sunulmaktadır. Birey olma vurgusunun yanında bir bütünün parçası olmanın önemi de altı çizilmesi gereken bir noktadır. Bu sunumda çocuklara aktarılacak değerler ve beklentiler konusunda bir farkındalık yaratmak amacıyla bir başlangıç noktası oluşturulması hedeflenmiştir.

***Anahtar Kelimeler:** çocuklara aktarılacak değerler, çocuklar ve gelecek, çocuklardan beklentiler.*

SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİNDE OKUYAN ÖĞRENCİLERDE BESLENME OKURYAZARLIĞI İLE GIDA GÜVENLİĞİ BİLİNÇ DÜZEYİNİN BELİRLENMESİ

Ülkü Demirci (Dr. Öğr. Üyesi, İstanbul Aydın Üniversitesi, ulkudemirci@aydin.edu.tr)

Aliye Yaprak Sevinç (YL Öğrencisi, İstanbul Aydın Üniversitesi, aliyesevinc@stu.aydin.edu.tr)

ÖZET

Bu araştırmada sağlık bilimleri fakültesinde okuyan öğrencilerin beslenme okuryazarlığı ile gıda güvenliği bilinç düzeyi araştırılmıştır. Beslenme okuryazarlığı ve gıda güvenliği bilinç durumu, bireylerin sağlığını doğrudan etkilemektedir.

Bu araştırma Mayıs 2022-Temmuz 2022 tarihlerinde iki üniversitenin sağlık bilimleri fakültesinde okuyan öğrencilerle gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmaya 174'ü kız 34'ü erkek olan toplamda 208 kişi katılmıştır. Bu araştırmada ilk başta konuyla ilgili genel sorulardan oluşan 49 soru yanıtlanmıştır. Genel bilgiler yanıtlandıktan sonra beslenme okuryazarlığı düzeyinin belirlenmesi amacıyla Yetişkinlerde Beslenme Okuryazarlığı Değerlendirme Aracı ile gıda güvenliği durumunun belirlenmesi için Gıda Güvenliği Tutum Ölçeği uygulanmıştır.

Çalışmamızda öğrencilerin beslenme durumları ve gıda tercih durumları araştırılmıştır. Öğrencilerin öğünleri düzenli yapmaya çalışmasına rağmen zamanlama ve gıda güvenliği gibi faktörler nedeniyle öğünlerini atladıkları; sabah, öğle ve ara öğünlerinin daha çok atlandığı bulunmuştur. Ürün satın alınırken son kullanım tarihi, fiyat, etiket bilgileri, saklama talimatı ve raf ömrüne daha çok dikkat edilmiştir. Beslenme ve gıdalla ilgili bilgiler ders alınarak öğrenilmiş, bu bilgilere diyetisyenden alındığında daha çok güvenilmiştir.

Yaptığımız çalışmadan elde edilen verilere göre üniversite öğrencilerinin YBOYDA puan ortalaması $24,80 \pm 8,45$; Gıda Güvenliği Tutum puanı ortalaması ise $44,93 \pm 7,14$ olarak bulundu. Bu sonuçlara göre beslenme okuryazarlığı düzeyinin yeterli ve gıda güvenliği tutumunun ise kısmen olumlu olduğu bulunmuştur. Gıda güvenliği tutum puanlarına göre öğrencilerin gıda güvenliği konusunda bilinçli davrandıkları söylenebilir. Cinsiyet, beslenme bilgi düzeyi ve gıdadan zehirlenme durumunun beslenme okuryazarlığı düzeyi ve gıda güvenliği tutumunu etkilediği bulunmuştur ($p < 0,01$). Ancak gelir durumu, öğün atlama, kahvaltı yapma ve ambalajlı ürün etiketinin beslenme okuryazarlığı düzeyi ile gıda güvenliği tutumunu etkilememiştir ($p > 0,01$). Beslenme okuryazarlığı düzeyini belirleyen ölçek ile gıda güvenliği tutumunu belirleyen ölçek karşılaştırılmıştır. Elde edilen verilere göre beslenme okuryazarlığı toplam puanı ve gıda güvenliği tutum puanı arasındaki fark anlamlı bulunurken; bu kavramlar arasında pozitif yönlü orta düzeyde korelasyon vardır ($(0,40 < r < 0,59)$ $r = 0,561$, $p < 0,01$). Sonuç olarak beslenme okuryazarlığı durumunun gıda güvenliğini etkilediği anlaşılmaktadır.

Kelime anahtarları: *Beslenme Okuryazarlığı, Gıda Güvenliği, Üniversite Öğrencileri, Sağlık, Beslenme*

AFET YÖNETİM SÜREÇLERİNDE SOSYAL HİZMETLER

Abdulcelil Çelik (Yüksek Lisans Öğrencisi, İstanbul Aydın Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Sosyal Hizmet Ana Bilim Dalı, abdulcelilcelik@stu.aydin.edu.tr)

ÖZET

Günümüz afet yönetimi anlayışı temelde afet öncesi, afet esnası ve afet sonrasında bir dizi faaliyeti içeren bir döngü şeklinde ele alınmaktadır. Afete neden olan olay meydana geldikten sonra sırasıyla müdahale, iyileştirme, risk azaltma ve hazırlık aşamaları, birbirinden keskin bir şekilde ayrılmaksızın iç içe işleyen bu döngüyü tamamlamaktadır. Bütünleşik afet yönetimi olarak adlandırılan bu yönetim modeli, afet meydana gelirse bununla baş edebilen ve olası tehlikelerden hareketle afet öncesinde önlemini alarak dayanıklılığını kaybetmeyen bir toplum yapısı oluşturmayı amaçlamaktadır. Afet yönetiminin tüm aşamaları disiplinler arası bir yaklaşımla ele alınmaktadır. Çünkü afetlerin neden olduğu/olabileceği kayıplar sadece çevresel ya da yapısal kayıplarla sınırlı değildir. Ekonomik, sosyal, psikolojik ve manevi kayıplar da yapısal kayıplara sıklıkla eşlik etmektedir. Buradan hareketle, toplumun tüm kesimlerinin afet yönetiminde sorumluluk ve rol sahibi olduğu ve bireyden başlayarak toplumun genelinin afet yönetiminin bir paydaşı olduğu açıktır. Buna paralel olarak Afet yönetim süreçlerinde sosyal hizmet uygulamaları önemli bir yer tutmaktadır. Bu çalışmada afet yönetim süreçlerinde sosyal hizmet uygulamalarının incelenmesi amaçlanmaktadır. Bu amaç doğrultusunda sosyal hizmet, sosyal hizmet uygulamaları ve faaliyetlerine değinilecektir.

Anahtar Kelimeler: *Afet, Afet Yönetimi, Sosyal Hizmetler*

TÜRKİYE'DE ENGELLİSİ OLAN AİLELERE YÖNELİK SOSYAL HİZMET UYGULAMALARI

Ayfer Ekici (Yüksek Lisans Öğrencisi, İstanbul Aydın Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, ayferekici@aydin.edu.tr)

ÖZET

Toplumsal bir kurum olan aileye yeni bir üyenin katılması ailenin yaşamında büyük değişiklikler yaratmaktadır. Ancak aileye engelli bir üyenin katılması bu değişiklikleri daha da artırmakta olup engelli bireye sahip ailelerin engellilik göstergelerine göre birçok sorun yaşamasına ve ailenin farklı tepkiler göstererek farklı süreçlerden geçmesine neden olmaktadır. Engellilik göstergelerinin çok yönlü olması engelli birey ve ailelerine sunulacak hizmetlerin de aynı noktada çok yönlü ve kapsayıcı olması gerekliliğini ortaya koymaktadır. Ancak Türkiye’de ve dünyada Medikal model yaklaşım sonucu engelli bireye sunulan hizmetlerin de birey bazlı değerlendirildiği, dolaylı ve doğrudan engelli bireyin yararlandırıldığı ancak engelli bireye sahip olduğu için daha karmaşık sorunlar yaşayan engelli ailesinin kısmen dolaylı olarak hizmetlerden yararlanmakta ya da hiç yararlanamamakta olduğu tespit edilmektedir. Bu çalışmada Türkiye’de engelli bireye sahip ailelerin yaşadığı sorunlar, engelli bireye sahip olduktan sonraki süreçte verdikleri tepkiler, engelli ailelerine yönelik sunulan hizmetlerin temelini oluşturan sosyal politikalar incelenmiştir. Türkiye’de engelli bireye sahip ailelere yönelik sosyal politikalar ve sosyal hizmet uygulamaları incelendiğinde hizmetlerin ve politikaların çoğunlukla evde bakım, kurumda bakım, rehabilitasyon hizmetleri kapsamın engelli birey çerçevesinde oluşturulduğu görülmüştür. Engelli bireye sahip ailelere yönelik doğrudan herhangi bir hizmet modelinin bulunmadığı tespit edildiği ancak engelli bireye verilen hizmet modellerinin engelli ailesini olumlu etkilediği, engelli ve ailesinin karşılıklı bir etkileşim içerisinde olduğu, bundan dolayı da engelli ailesinin engelli bireye sunulan hizmetlerden dolaylı olarak yararlanmakta olduğu ve engelli ailesi ile ilgili hizmet modellerinin sınırlı olduğu tespit edilmiştir. Bu sebepten engellilik durumunun Tıbbi Modelin etkisinden çıkarılıp Sosyal Model kapsamında ele alınıp hem engelli birey hem de engelli birey sahip ailelere yönelik sosyal politika ve sosyal hizmetlerin inovatif bir yaklaşımına ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: *Engellilik, Engelli Ailesi, Sosyal Politika, Sosyal Hizmet*

BAKIM PERSONELİ İLE KURUM BAKIMINDAKİ YAŞLILAR ARASINDAKİ İLİŞKİ BİÇİMLERİ

Burçin Kılıçarslan (Yüksek Lisans Öğrencisi, İstanbul Aydın Üniversitesi, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, burcinkilicarslan@stu.aydin.edu.tr)

Navid R. Hosseinzadeh Asl (Doktor Öğretim Üyesi, İstanbul Aydın Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü, nhosseinzadehasl@aydin.edu.tr)

ÖZET

Demografik yaşlanma günümüz toplumlarında küresel bir durum haline gelmiştir. Yaşlı bireyler geçmiş ile kıyaslandığında düşünsel, fiziksel ve işlevsel olarak daha aktif ve yetilerini uzun süre korumaktadırlar. Teknolojik gelişmeler, toplumsal dönüşümler ve aile yapısındaki değişimlerle beraber, yaşlı bireylerin bakımında kurumlar büyük rol oynamaya başlamıştır. Yaşlılık döneminde yaşlıların kurum bakımına alınması ve ihtiyaçlarının kurum tarafından karşılanması yaşlılarda kendine yetememe hissi oluşturarak adaptasyon sorunları yaşatabilmektedir. Daha sonra kronik bir hale dönüşen bu durum yaşlılarda özgüven azalmasına sebep olmaktadır. Yaşlı bireyler yaşlılık sürecinde sadece sağlık sorunlarıyla değil aynı zamanda yaşlılık kodlamalarıyla da uğraşmaktadırlar. Toplumdaki huzurevi algısı “huzur” kavramının aksine düşkünlüğü temsil edebilmektedir ve bu durum ise yaşlı bireyi karamsarlığa iterek, toplumdan kopmasına ve yalnızlaşmasına sebep olabilmektedir. Dolayısıyla, hassas grup kapsamında değerlendirilebilen kurum bakımı alan yaşlı bireylerle çalışılırken bakım veren personelin yeterli düzeyde ilişki kurma becerilerine sahip olması gerekebilmektedir. Bu çalışma, yaşlılık refahını temel alarak, bakım veren personelin kurum bakımı alan yaşlı bireyler ile ilişki kurma becerileri hakkında yapılan araştırmaları değerlendirmeyi amaçlamıştır.

Bu çalışma literatür taranarak ortaya çıkmış ve derleme niteliğindedir. Araştırmalara göre, bakım veren personel ve kurumlardaki yaşlılar arasında iletişim ve ilişkiyi iyileştirmek için en önemli faktörler; çalışanların sabırlı olması, şefkatli ve merhametli yaklaşımı, motive edici ve ödüllendirici tavrıdır. Araştırmalara göre bu faktörler kişilik özellikler olmanın yansıması, öğrenilebilir olarak da nitelendirilebilir. Diğer önemli bir faktör ise çalışan personelin psikolojik sağlığı ile ilgilidir. Buna göre, psikolojik olarak daha sağlıklı personelin daha iyi iletişim kurma kabiliyetine sahip oldukları araştırmalar tarafından öne sürülmüştür.

Yaşlı bakımı alanında çalışacak personel seçimi yapılırken, yaşlılar ile ilişkinin niteliğini arttırmak amaçlı kişilerin yeterlilikleri, donanımları ve iletişim becerilerine dikkat edilmelidir. Ayrıca, çalışan personelin bu becerilerini ve ayrıca psikolojik sağlığını yükseltmek ve kalitesini arttırmak amaçlı düzenli bir şekilde personele yönelik hizmet içi eğitimler düzenlenmeli ve süpervizyonlar sağlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Yaşlılar, Bakım Veren Personel, İlişki Biçimleri

SURİYELİ MÜLTECİ KADINLARIN SOSYAL HAYATA ADAPTASYONU

Ceyhun Yiğitbaşı (Yüksek Lisans Öğrencisi, İstanbul Aydın Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, ceyhunyigitbasi@stu.aydin.edu.tr)

ÖZET

Bu derlemede, Suriyeli mülteci kadınların etnik kökenlerinden dolayı dışlanmaya maruz kalmaları, toplumsal hayatta karşılaştıkları problemlere ve bu problemler doğrultusunda sosyal hayata adaptasyonunda karşılaştıkları zorluklara değinilmiştir. Suriyeliler 2011 yılında Suriye bölgesinde başlayan iç savaş nedeniyle ülkelerini terk etmek zorunda kalarak kendi ülkelerine yakın olan komşu ülkelere göç etmeye başlamışlardır. Türkiye bu durumda açık kapı uygulaması modelini uygulayarak mültecilerin ülkeye girişini kolaylaştırmıştır. Suriyeli mülteci kadınlara karşı Suriye kökenli olduklarından dolayı ön yargı ile yaklaşmakta olup etiketlenmeye maruz kalmaktadırlar. Bu ön yargının oluşmasında büyük rol oynayan bir diğer etkende kadın olmalarıdır. Bu ön yargının oluşturduğu problemlerin başında dil sorununun olduğu, yeni ülkelerinde toplumsal hayatta kendilerini geliştirmek ve başarılı olmak için büyük engeller oluşturmaktadır. Türkiye’de yaşayan Suriyeli mülteci kadınların yaşadıkları sorunlar arasında barınma ve temel ihtiyaçlarla ilgili sorunlar, sağlık hizmetlerine erişim ve psiko-sosyal durumları, istihdam sorunları, sağlık sorunları sosyal hayata adaptasyonlarını zorlaştırmaktadır. Sonuç olarak iç savaş nedeniyle ülkelerinden ayrılmak zorunda kalan kadınların Türkiye’de yaşadıkları hayat standartlarını en iyi seviyeye çıkarmak için danışmanlık ve bilinçlendirme çalışmalarının en iyi şekilde sürdürülmesi ve mülteci kadınların topluma kazandırılması gerekmektedir. Suriyeli mülteci kadınların topluma kazandırılması, onların toplumun diğer bireyleriyle daha iyi etkileşimde olmasında katkı sağlayacaktır. Bu etkileşimin artırılması, toplumun diğer bireyleriyle daha yakın ilişkiler kurmalarına ve daha fazla saygı duyulmalarını sağlayacaktır. Suriyeli mülteci kadınların topluma kazandırılması, kadınların toplumsal ve ekonomik hayatlarında farklı katkılar sunmalarına olanak sağlayacaktır. Bu katkılar, topluma yeni fikirler, yeni beceriler ve yeni alanlarda iş fırsatları sunmak ve toplumun refaha katkıda bulunmak için kullanılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: *Kadın, Dil Sorunu, Toplumsal Cinsiyet, Göç, Mülteci, Kültürel Adaptasyon*

TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZLERİ VE SOSYAL HİZMET

Dilek Dursun (Yüksek Lisans Öğrencisi, İstanbul Aydın Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Sosyal Hizmet Ana Bilim Dalı, dilekdursun@stu.aydin.edu.tr)

ÖZET

Toplum içerisinde ruhsal bozuklukların görülme sıklığının fazla olması, bozukluğa sahip bireyde yeti yitiminin görülmesi, hastalık yükünün fazlalığı, tedavi açığının yüksekliği, fiziksel hastalık görülen bireylerde ruhsal hastalıkların da eşlik ediyor olabilmesi, kişinin kendisine ve/veya çevresine zarar verme riskinin bulunmasına bağlı olarak ruhsal hastalıkların bireysel bir sorun olmaktan ziyade toplumsal bir sorun olarak görülmesine neden olmuş ve böylece dünyada toplum temelli bir yapılanmaya gidilmesine ihtiyaç duyulmuştur. Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM) de dünya genelinde toplum temelli ruh sağlığı hizmet modelinin koordinasyon merkezi görevini üstlenmektedir.

Ülkemizde 2006 yılında Ruh Sağlığı Politikasının yayımlanmasının ardından 2011 yılında toplum temelli bir ruh sağlığı anlayışının hakim olacağını ifade eden “Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı” oluşturulmuştur. İlk olarak TRSM hizmete başlaması kararı bakanlık tarafından 2009 yılında dile getirilmiştir. Öncelikle pilot uygulamalarla faaliyet gösteren TRSM’ler, Şubat 2011 yılına gelindiğinde yayımlanan yönerge ile uygulamaya başlamıştır.

TRSM’ler içerisinde yönergede tanımlanan meslek grupları ekip olarak hizmet sunmaktadır. Bu mesleklerden biri de sosyal hizmet mesleğidir. Burada sosyal hizmet, sosyal adalet, müracaatçı hakları ve insan odaklı bir yaklaşımla faaliyetlerini sürdürür. Toplum temelli ruh sağlığı hizmet modeli ve sosyal hizmet disiplininin ilke ve hizmet değerleri arasında uyum mevcuttur. Her ikisinde de güçlendirme, kendi kaderini tayin etme hakkı müracaatçıyı merkeze alan bir çalışma ve savunuculuk yaklaşımları göze çarpmaktadır.

Anahtar Kelimeler: *Toplum Ruh Sağlığı, Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM), Sosyal Hizmet*

KARŞITI UYGULAMALARIN ERVİNG GOFFMAN'IN DAMGA KURAMI BAĞLAMINDA DÜŞÜNÜLMESİ

Eda Alkan (Yüksek Lisans Öğrencisi, İstanbul Aydın Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Sosyal Hizmet Ana Bilim Dalı, edaalkan@stu.aydin.edu.tr)

ÖZET

Araştırmanın problemi; sosyal hizmet mesleğinin bir bilim olarak salt hayırseverlikten ayırt edici unsurunun kurumsal bir zeminde kuramsal bir alt yapı ile gerçekleşiyor olması olarak ifade edilebilir. Yirminci yüzyılın ilk çeyreğinde Batı'da sosyal hizmetin bir meslek olarak benimsenmesi sürecinde hayati gereksinimi duyulan bir şey kuşkusuz bu mesleğin kuramsal köklerinin olmasıydı. Dezavantajlı gruplar ile mikro, makro ve mezzo uygulamalarda bulunan sosyal çalışmacılar; faaliyetlerinin her aşamasında yetki, yetkinlik ve yeterliliklerini gözden geçirerek hareket etmektedir. Meslek elemanlarının müracaatçıları ile kurdukları ilişkinin çerçevesi kurumsal sınırlar olduğu kadar bilimsel sınırlarla da çizilmektedir. Sosyal Hizmetin eklektik özelliği ve multidisipliner yapısı sayesinde, meslek uygulamalarında beslendiği disiplinlerin kuramsal bakış açılarından da faydalanmasını sağlamaktadır. Son yıllarda yaşlanmakta olan yetişkin bireylerin yaşlanma karşıtı uygulamalar ile aynılan bedensel görüntülerin dışında kaldıklarında yaşadıkları psikososyal sorunlar düşünüldüğünde sosyal hizmetin yaşlı refahı odağında yeni dezavantajları incelemesi ve pratikte sıklıkla kullanılan kuramlara bir alternatif eklemesi gayet tabiidir. Damga kavramının açıklanmasında çok farklı görüşler, tanımlar ve sınıflamalar yapılmıştır. Bu sınıflamalardan ilk ve en önemlisi olan Goffman'ın tanımlamasıdır. Goffman, damga kavramını üç tipoloji üzerinden ele almaktadır. Goffman'ın damga kavramını ele alırken muhtelif fiziki deformasyonlara da değindiğini görmekteyiz bu tipolojinin yaşlanma karşıtı uygulama yaptırmak istemeyen bireylerin içinde buldukları veya yaşaması muhtemel olan psikososyal ve duygusal sorunları açıklamakta yol gösterici olduğunu söylemek mümkündür.

Yaşlanma karşıtı uygulamalara yönelen bireylerin beden görünümüne dolayısı ile ilerlemekte olan yaşlarına karşı adeta bir mücadele halinde olmaları sonucunda yaşanan tükenmişlik, estetik bağımlılığı ve doyumsuzluğun yol açtığı psikososyal sorunların yaşlanma sürecindeki etkisi de söz konusu sorunlar ile karşılaşan bireyler ile çalışılırken farklı kuramsal bakış açılarına başvurulmasını kaçınılmaz kılmıştır.

Araştırma amacı; yaşlı refahı açısından, yaşlanma sürecinde karşılaşılabilecek sorunlar düşünüldüğünde yeni bir odak nokta olarak anti aging uygulamaların artışı ile birlikte ortaya çıkan psikososyal sorunlarda bireylerle çalışırken Erving Goffman'ın damga kuramını anlamak ve meslek pratiğine dönüştürmek. Bu çalışma bir derleme çalışması niteliğindedir. Bireylerle sosyal hizmet uygulamalarında yeni kuramlardan faydalanılması açısından sosyal hizmet ve diğer disiplinlerde kullanılabilecek kuramlardan biri olan Damga kuramı literatürde incelenmiştir.

Sonuç olarak nesiller boyu insanların alışıla gelmiş bedensel görünümünün yanı sıra kalıtsal veya çevresel unsurlara bağlı olarak alışılmışın dışında bulunan bedensel

görüntülerine de şahit olmaktadır. Bedensel görünüm sebebi ile bir damgalanma sözkonusu olduğunda bireylerin yok sayılmasıyla birlikte var olmak için bir çaba içine girdikleri görülmektedir. Yaşlanma karşıtı uygulamaların ise yaygınlaşması ile birlikte bireyin yakın ve sosyal çevresi tarafından oluşan dışlanmanın çok ötesinde, Oluşmuş bir algının çizdiği beden imajına dahil olmayan bireylerin damgalanması psikososyal açıdan yaşlanma sürecinde bireylerin tükenmişlik doyumsuzlukla birlikte ortaya çıkan yeni psikososyal sorunları beraberinde getirmiştir. Kalıtımsal veya çevresel unsurlardan olumsuz yönde etkilenmemiş beden görünümünün bile çizilen algının dışında kalması sebebi ile bir sorunmuş gibi hissettirildiği günümüzde yaşlılık evresine yaklaşan her bireyin damgalanma korkusunun daha da açığa çıktığını görmekteyiz. Erving Goffman'ın bireyin fiilen edindiği toplumsal kimlik ile doğal kimliği arasında yaşadığı boşluk sebebi ile oluşan boşluğun damgalanmaya yol açtığını savunan damga kuramı bakış açısının bireylerin yaşlanma karşıtı uygulamalara yönelmesi sonrası yaşayabileceği sorunlara destek olurken sosyal çalışmacılara ışık tutacağı düşünülebilir.

Anahtar Kelimeler: Anti Aging, Aktif Yaşlanma, Damgalama, Ayrımcılık, Sosyal Hizmet

ADLİ DESTEK VE MAĞDUR HİZMETLERİ MÜDÜRLÜĞÜNDE ÇOCUKLARA YÖNELİK UYGULAMALAR

Elif Erol Demirkaya (Yüksek Lisans Öğrencisi, İstanbul Aydın Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Sosyal Hizmet Ana Bilim Dalı, eliferol2@stu.aydin.edu.tr)

ÖZET

Modern dünyada mağdur, yalnızca kendisine yönelik suç işleyen failin cezalandırılmasını değil aynı zamanda kendisine yöneltilen eylemin doğurduğu sonuçların da mümkün olduğunca ortadan kaldırılmasını ve uğradığı zararın telafi edilmesini beklemektedir. Ülkemiz hukuk sisteminde de cezalandırıcı adalet anlayışından onarıcı adalet anlayışına geçiş sağlanmış ve mağdurun zararlarının telafi edilmesi anlayışı ön plana çıkmıştır. Bu doğrultuda suç mağdurlarının adalete erişimlerinin güçlendirilmesi ve sorunlarının çözümü adına yeni uygulamaların geliştirilmesi ihtiyacı üzerine Adalet Bakanlığı bünyesinde adliyelerde 2020 yılı itibariyle "Adli Destek ve Mağdur Hizmetleri Müdürlükleri" yapılandırılarak yaygınlaştırılmıştır.

Adli Destek ve Mağdur Hizmetleri Müdürlükleri'ndeki uygulamaların birçoğu çocuğun korunması, mağduriyetinin önlenmesi ve üstün yararının sağlanması adına şekillenmiştir. Bu çalışmada Adli Destek ve Mağdur Hizmetleri Müdürlükleri sistemi içerisinde yer alan çocuklara yönelik uygulamalar ele alınacaktır.

Anahtar Kelimeler: *Çocuk, Hukuk, Mağdur, Koruma, Adalet Bakanlığı, Adliye, Adli Destek ve Mağdur Hizmetleri Müdürlüğü*

İKİNCİL TRAVMA İLE BAŞA ÇIKMA YÖNTEMİ OLARAK BAĞIMLILIK

Erkan Gülyayla (Yüksek Lisans Öğrencisi, İstanbul Aydın Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Sosyal Hizmet Ana Bilim Dalı, erkangulyayla@stu.aydin.edu.tr)

ÖZET

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 1948 DSÖ Tüzüğü'nde 'sağlık' kavramını 'yalnızca hastalık veya sakatlığın olmaması durumu değil, fiziksel, sosyal ve ruhsal refah durumu' şeklinde tanımlamıştır. 1986 Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Ottawa Sözleşmesi'nde ise bu tanıma istinaden tartışmalar genişletilmiş olup 'sağlığın teşviki ve geliştirilmesi, insanların kendi sağlıkları üzerindeki kontrollerini artırmalarını ve sağlıklarını geliştirmelerini sağlama sürecidir' şeklinde sonuca bağlanmıştır.

Dünya Sağlık Örgütü'nün Uluslararası Hastalıkların Sınıflandırılması El Kitabı'nın on birinci revizyonundaki 'madde kullanımına ve bağımlılık davranışlarına bağlı bozukluklar, ağırlıklı olarak psikoaktif maddelerin kullanımı veya belirli tekrarlayan ödüllendirici ve pekiştirici davranışların bir sonucu olarak gelişen zihinsel ve davranışsal bozukluklar' olarak tanımlanır. Amerikan Psikiyatri Derneği ise; 'bağımlılık durumunda beynin yapı ve işlevlerinde bazı değişiklikler ortaya çıkar. Bu değişikliklere bağlı olarak, kişinin duyu durumunda, düşünce ve davranışlarında bozulmalar görülür. Beyin görüntüleme çalışmaları; beynin özellikle yargılama, karar verme, öğrenme, hafıza ve davranışsal kontrol ile ilgili alanlarında bağımlılığa bağlı olarak sorunlar olduğunu gösterir.' şeklinde tanımlama yapmaktadır. Genel kanı bağımlılığın bir hastalık olduğu üzerine yoğunlaşmıştır. Son olarak örneğin bilgisayar ve oyun bağımlılığı da 2018 yılı itibariyle Dünya Sağlık Örgütü'nce 'ruhsal sağlık problemi' kategorisine alınmıştır.

Elbette birey, grup ya da toplumları bağımlı davranışlara iten sebepler vardır. Bağımlılığa istinaden, ulusal ve uluslararası kuruluşlar (DSÖ, Amerikan Psikiyatri Derneği, Yeşilay) tarafından yapılan sağlık araştırmalarında bağımlılık türü ayırt edilmeksizin genetik, bilişsel ve toplumsal sebeplerin bağımlı davranışları tetiklediği, pekiştirdiği ve kronik bağımlılığa yol açtığı tespit edilmiştir. Özellikle modernizm ile birlikte meslek gruplarında ikincil bir travma olarak tükenmişlik sendromu ön plana çıkarken akademik çalışmalar da bu yöne evrilmiştir. Öte yandan tükenmişlik sendromunun ve mesleki dezenformasyonun yoğun yaşandığı meslek gruplarında da bağımlılık süreçlerinin tetiklendiği ya da pekiştirildiğini düşünmek yanlış olmaz. Bu düşünceden yola çıkarak özellikle mesleki dezenformasyonun ve tükenmişliğin en baskın olduğu meslek gruplarından biri olan sosyal çalışmacılar ile sebep-sonuç ilişkisi çerçevesinde bağımlılık deneyimleri üzerine bir çalışma yapmak uygun olacaktır. Bu sebeple akademik çalışmalarım içerisinde bu konuyu kısa ve orta vadede irdeleyip araştırmayı planlamaktayım.

Anahtar Kelimeler: İkincil Travma, Bağımlılık, Başa Çıkma

KADIN HAREKETLERİNİN TARİHİ SÜRECİ

Havanur Yılmaz (Yüksek Lisans Öğrencisi, İstanbul Aydın Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, havanuryilmaz@stu.aydin.edu.tr)

ÖZET

Kadın hareketleri büyük ölçüde önemli ekonomik ve siyasi değişimlerin ardından dönem dönem büyük atılımlar yapmıştır bu sebeple kadın hareketlerini önemli tarihi dönemlere ayırarak incelenmek doğru olacaktır. İlk olarak Osmanlı döneminde basın yayın organlarınca yazarlar ve edebiyatçılar tarafından gazetelerde yayınlanan yazılar aracılığıyla gündeme gelen kadın hareketleri devamında gelen Meşrutiyet yıllarıyla kadınların kamusal alanda görünür olduğu bir dönem olarak devam etmektedir. Cumhuriyet dönemine gelindiğinde benimsenen yeni yönetim biçiminin özel yaşam alanına getirdiği birtakım değişiklikler ve ayrıca yaşanan 1.Dünya savaşının kadın özgürlüğünü temel alan yeni bir toplumsal yapılanmayı da beraberinde getirdiği gözlemlenmektedir. Bu dönem de Mustafa Kemal Atatürk'ün öncülüğü ile kadın hareketleri önemli bir ivme kazanmıştır. Çok partili hayata geçişi de içinde barındıran 1950-1970 arası dönemde 1960'lı yıllara kadar her ne kadar gündemde demokratikleşme süreci yer alsa da kadın haklarının ses getirdiği derneklerin ülkenin her yerine ve her kesimine ulaşamamış olması sebebiyle bu dönem kadın hareketleri açısından yetersiz geçmiş bir süreçtir. 1960 sonrası dönemde Türk kadını bu dönem ortaya çıkan Sosyalist, geçmişten gelen İslami ve Cumhuriyet döneminden kalan Kemalist değerler arasında kalmıştır. Her değer kadına farklı farklı roller atfetmiştir. İçinde 1980 askeri darbesini de barındıran 1970- 2000 Arası dönem her ne kadar siyasi gerginliğin ve baskının olduğu bir dönem olsa da kadın hareketleri ilk defa diğer ideolojik akımları gölgesinden ayrılarak bağımsız bir aksiyon haline gelmiştir. Bu çerçevede kadınlar yürüyüşler, dergiler ve çeşitli kampanyalar ile taleplerini iletmişlerdir. 2000'li yılların sonrasında üniversite hayatına katılan kadınların artmasıyla kadın hareketleri örgütlenmeleri daha da yaygınlaşmış ve bilimsel çalışmaların yürütülmesi kolaylaşmıştır. Bu dönemde kadın hareketleri sadece feminist gruplarla değil feminist olmayan gruplarla da bir araya gelerek çalışmalar yapmıştır.

Anahtar Kelimeler: *Kadın Hareketleri, Siyasi Dönemler, Kadın Hakları*

AŞAĞI TIRMANAN AFGANLAR

Hilale Şahap (Yüksek Lisans Öğrencisi, İstanbul Aydın Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, hilalesahap@stu.aydin.edu.tr)

ÖZET

Afganistan dünyada göç hareketliliğinin fazla yaşandığı ülkelerden biridir. Dünyanın mülteci kaynağı ülkelerinden biri olan Afganistan, birkaç yıl içinde bu özelliği ile yaklaşık yarım asırlık bir tarihi geride bırakacaktır. Afganların çoğunlukla gerçekleştirdikleri düzensiz göçüne gönüllüce olmasa da Türkiye ev sahipliği yapmaktadır. Dünya’da en fazla göçmen nüfusuna ev sahipliği yapan Türkiye’nin gündemindeki ana konularından biri göç olmasına karşın varlığını uzun yıllardır sürdüren Afgan göçmenlerin Türkiye’de ki diğer göçmen gruplara göre görünürlüklerinin oldukça sınırlı olması onların yaşadıkları sorunlarında göz ardı edilmesine sebep olmaktadır. Göçmenler hem ait oldukları bölgeyi terk etme sebeplerine göre hem de göç ettikleri ülkede birçok farklı sorun ile karşılaşmaktadır. Sosyal hizmetin temelini insan hakları ve sosyal adalet kavramları oluşturmaktadır. Bu sebeple göç ile ortaya çıkan bu sorunlar sosyal hizmetin alanına girmektedir.

Türkiye Afganistan’dan çoğunlukla düzensiz göç almaktadır. Bu çalışmanın amacı, Türkiye’ye düzensiz giriş yapan Afgan göçmenlerin yaşadıkları sorunlara dikkat çekmektir. Bu çalışma bir derleme çalışması olup göç alanına ve Afgan göçmenlere ilişkin yapılan çalışmalardan yararlanılmıştır.

Göç, Afganistan’da yeni bir olgu değildir. 1970’lerin sonlarından bu yana, siyasi ve ekonomik sorunlar ve çatışmalar nedeniyle onlarca yıllık bir durum haline dönüşmüştür. Suriye krizinden önce Afganistan, dünyada en fazla sayıda mülteci veren birinci ülkeydi. 2021 yılında da en büyük mülteci nüfusuna sahip olan üçüncü ülke Afganistan’dır. Afgan göçmenlerin yaşadıkları zorluklar menşe ülkelerinden başlayıp göç ettikleri ülkelerde de devam etmektedir. Türkiye’ye düzensiz giriş yapan Afgan göçmenlerin ülkeye giriş, sığınma talebinde bulunma süreci, sığınma talebi ile ilgili karar sürecinin beklenmesi ve sonuçlanması, bekleme aşamasında barınma, sağlık, dil, sosyal uyum, yasal haklar gibi hizmetler başta olmak üzere birçok farklı konuda sorunlar yaşadıkları bilinmektedir.

Anahtar Kelimeler *Göç, Düzensiz Göç, Göçmen, Afgan Göçmenler*

SİĞINMACI ÇOCUKLAR VE SOSYAL HİZMET

**Mehmet Fatih Eraslan (Yüksek Lisans Öğrencisi, İstanbul Aydın Üniversitesi,
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı,
mfatiheraslan@stu.aydin.edu.tr)**

ÖZET

Sığınmacı çocuklar, savaştan veya baskı karşısında ülkelerini terk eden, başka bir ülkeye göç eden çocuklardır. Sosyal hizmet bağlamında çocukların dezavantajlı kategoride yer alması dışında buna ek olarak göç edilen yerde yabancılaşma hissi ve farklı bir kültüre uyum sağlama konusunda yaşanabilecek zorluklar bulunabilmektedir. Sığınmacı çocukların uyum sağlama konusunda en önemli etkenlerden biri de eğitimidir. Bu bağlamda Türkiye’de bulunan sığınmacı çocukların devlet okullarında karma eğitim aldığı bilgisi edinilmektedir. Çocukların, karma eğitim almasındaki avantajlar arasında Türkçe’yi hızlı bir şekilde öğrenmelerinin yanı sıra buldukları okulda akran zorbalığı ve ayrımcılık gibi dezavantaj riski de bulunmaktadır. Göçmenlerle sosyal hizmet bağlamında uyum sorunu en önemli sorunlardan biridir. Bu sebeple atılabilecek en önemli adımlardan biri de makro anlamda toplumu bilinçlendirerek yaşanabilecek ayrımcılıkların önüne geçebilmektir. Bu sorunlar karşısında en çok zarar görebilecek gruplar arasında çocuklar da bulunmaktadır. Çocukların uyum konusunda yaşayabileceği zorlukların ortadan kaldırılması adına eğitimde yaşanabilecek olası sorunların da önüne geçilmesi önemli bir etkidir.

Anahtar Sözcükler: *Sığınmacı Çocuklar, Göçmenlerle Sosyal Hizmet*

TÜBERKÜLOZUN TEDAVİSİNDE SOSYAL HİZMETİN GÖRÜNÜRLÜĞÜ VE ETKİNLİĞİ

**Melek Yıldırım (Yüksek Lisans Öğrencisi, İstanbul Aydın Üniversitesi, Lisansüstü
Eğitim Enstitüsü, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, melekyildirim3@stu.aydin.edu.tr)**

ÖZET

Tüberkülozun ağırlıklı olarak toplumsal ve ekonomik nedenlere bağlı ortaya çıktığı birçok bilimsel kaynakta yer almaktadır. Günümüzde ise özellikle zor şartlar altında yaşamlarını sürdürmeye çalışan nüfus grupları fiziksel ve toplumsal çevre koşulları veya yetersiz beslenme nedeniyle tüberküloza yakalanma riskiyle karşı karşıyadır. Bu nüfus gruplarının sosyal hizmetin müracaatçı kitlesiyle paralellik gösterdiği dikkat çekmektedir. Ancak ülkemizde tüberküloz tedavisinin yürütülmekte olduğu verem savaş dispanserlerinde hastaların tıbbi açıdan tedavisi öne çıkmakta, sosyal açıdan tedavisi aynı ölçüde etkin olamamaktadır. Çünkü tedavide hastanın enfekte olduğu süreçten sonrası üzerinde çalışılarak enfeksiyonun hastadan arındırılması öncelikli amaç olmaktadır. Hastalık öncesi süreç üzerinde pek durulmamakta ve yine bu sürecin hastalığın tedavisine etkilerinin ne derece önem arzettiği yeterince bilinmemektedir. Hâlbuki uzun bir dönem boyunca yoğun ilaç tedavileri alan tüberküloz hastalarının tıbbi tedaviyle beraber sosyal yönden de alanında yetişmiş profesyonellerce değerlendirilmeleri ve sosyal hizmet müdahalelerinden faydalanmaları çok büyük önem taşımaktadır. Çünkü tüberküloz hastaları süreçte iş gücü kaybı, sosyal çevre ile sorunlar, dışlanma, yoksulluk vb. ek sorunlar yaşayabilmektedir. Sanatoryumlarda tüberkülozun tedavi edildiği dönemlerden günümüzde dispanserlerde yürütüldüğü döneme kadar sosyal hizmet her zaman tedavide görev üstlenmiş ancak tıbbi tedaviye nazaran daha sınırlı rol alabilmiştir. Bu nedenle psiko-sosyal ve ekonomik sorunları açısından yeterince değerlendirme ve müdahaleye erişemeyen hastaların tedavi terk, başarısız sonuçlanan tedavi öyküleri, tedaviye uyumsuzluk vb. istenmeyen durumlarla karşılaşma olasılıkları artmaktadır. Sözgelimi hastalıkla beraber bir de hastalıktan dolayı işsiz kalma sorunu ile baş etmeye çalışan bir vakanın ekonomik sorunları ile ilgili yeterince hizmet alamaması tüberküloz tedavisini de yürütememesine zemin hazırlayacaktır. Buradan tüberküloz hastalarının tedavisinde sosyo-ekonomik koşulların süreçte fark ettirici rol oynadığı sonucuna erişilir. Dolayısıyla müracaatçıların ihtiyaç duydukları kaynak, hizmet ve sistemlerle bağlantılandırılması adına yetişmiş profesyoneller olan sosyal hizmet uzmanlarının alanda gerçekleştirecekleri müdahalelerin daha etkin ve görünür olması kritik önem taşımaktadır. Günümüzde sosyal hizmet uzmanları dispanserlerde görevlendirme usulüyle haftada bir gün olacak şekilde hizmet vermekte ancak görevlendirmenin haftada bir gün olması dispansere başvuran her hastanın risk unsurları açısından değerlendirilememesine neden olmaktadır. Dispanserlerde tedavi sürecinde yaşanan sorunların sosyal nedenleri konusunda tedavi ekibinin diğer üyeleri mesleki alanları dışında olması nedeniyle pasif kalmaktadırlar. Yönlendirme noktasında da doğru ve yeterli bilgiye doğal olarak sahip olmadıklarından hastaların ihtiyaç duydukları hizmetlere tam anlamıyla erişememeleri söz konusu olabilmektedir. Tedavi ekibi tarafından yalnızca hastalara sağlanan ekonomik nitelikteki tüberküloz aylığı desteği konusunda Türk vatandaşı olan hastaları ilgili ilçe

kaymakamlığına yönlendirme şeklinde aksiyon alınmaktadır. Türk vatandaşı olmayan hastalar ise görevlendirme usulüyle dispanserde bir gün çalışması gereken sosyal hizmet uzmanının müdahalesi sonucu İstanbul Verem Savaşı Derneğine yönlendirilerek yine ekonomik nitelikli, sınırlı bir hizmetten faydalanabilmektedir. Oysa ki hastalığın sosyal boyutu daha derinlemesine müdahaleler gerektirir ve bu müdahalelerden yoksun kalan hastaların sağaltımları oldukça güçleşmekte, tedavi terki gibi durumlarda ise olanaksız hale gelmektedir. Bulaşıcı nitelikte türleri de olan bu hastalığın tedavisinin halk sağlığını da ilgilendiren bu yönü nedeniyle tedavi başarısı daha kritik bir önem taşır. Ancak sosyal hizmet uzmanının planlı müdahale süreci yürütebilecek kadar dispanserde bulunamaması, hastaları yeterince takip edememesi, tedavi ekibindeki diğer personellerce yeterince görünür ve bilinir olamaması tedavi başarısının önünde büyük bir engel oluşturmaktadır.

Sonuç olarak yapılacak akademik ve politik çalışmalarla sosyal hizmetin tüberkülozun tedavisi alanında yeterince görünür ve etkin olmasının, hastalığın toplum sağlığını da ilgilendiren boyutu göz önüne alındığında hem topluma hem disipline hem de dispanserlerde kadro elde edilmesi sayesinde istihdam bekleyen meslektaşlarımıza çok önemli faydalar sağlaması beklenmektedir.

Anahtar Kelimeler: *Tüberküloz, Sosyal Hizmet, Sosyal Hizmet Uzmanı, Verem Savaş Dispanseri*

ADLİ DESTEK VE MAĞDUR HİZMETLERİ MÜDÜRLÜĞÜ

Merve Balcı Doğan (Yüksek Lisans Öğrencisi, İstanbul Aydın Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Sosyal Hizmet Ana Bilim Dalı, mbalcidogan@stu.aydin.edu.tr)

ÖZET

Mağdur, suç nedeniyle fiziksel, zihinsel, ruhsal veya ekonomik olarak doğrudan zarar gören gerçek kişiyi temsil eder. Mağdur kişi kendisine zarar veren kişinin hukuki olarak sadece ceza almasının yanında yaşadığı suç sonrası ortaya çıkan mağduriyetinin de ortadan kaldırılmasını ve yaşadığı olumsuz durumun telafi edilmesini de istemektedir. Bu nedenle hukuk sisteminde var olan cezalandırıcı adalet anlayışından onarıcı adalet anlayışına geçiş sağlanmış, 2005 yılı ve sonrasında hukuk sisteminde reformlar yapılarak modern dünyada geçerli olan insan odaklı yaklaşımlar dikkate alınarak yenilenmiştir.

Ülkemizde suç mağdurlarının sorunlarının çözümü için 2013 yılı Kasım ayında Adalet Bakanlığı Ceza İşleri Genel Müdürlüğü bünyesinde Mağdur Hakları Daire Başkanlığı kurulmuştur. Adli süreçte mağdurlara ve özellikle kırılgan gruplara yönelik onarıcı adalet ve sosyal hukuk devleti ilkeleri çerçevesinde etkin, sürdürülebilir ve ulaşılabilir bir mağdur destek sistemi kurulması amacıyla gerçekleştirilen çalışmalar sonucunda, suç mağdurlarına yönelik bilgilendirme, yönlendirme, psiko-sosyal destek hizmetlerini sunmak üzere Adli Destek ve Mağdur Hizmetleri Müdürlükleri (ADM) kurulmuştur.

2019 yılında Adli Destek ve Mağdur Hizmetleri Müdürlüklerinin kurulmasıyla birlikte; suç mağdurlarının hukuk sisteminden bekledikleri “bilgilendirme ve tavsiye, manevi ve psikolojik destek, pratik yardım ve diğer hizmetlere uygun bir şekilde yönlendirme” hizmetlerinin sağlanması öngörülmüştür. Adli destek personelinin bu hizmetleri sağlayabilecek bilgi ve becerilere sahip olması gerektiği için bu hizmet daha önce çocuk ve aile mahkemelerinde görev yapan uzmanlara verilmiştir. Psikolog, Pedagog ve Sosyal Hizmet Uzmanları müdürlüklere bağlanmış olup adli süreçte mağdurlara sağlanan psiko-sosyal destek hizmetlerinin kapsamı ve koruma halkası güçlendirilmiş, tüm soruşturma ve kovuşturma aşamalarını kapsayacak şekilde genişletilmiştir.

Müdürlükler bünyesinde **Bilgilendirme ve Yönlendirme Bürosu**; tüm suç mağdurlarına yönelik adli süreç, bu süreçte sahip oldukları haklar ve kendilerine sunulabilecek hizmetler konusunda bilgilendirme hizmeti sunmak ve sivil toplum kuruluşları ile kaynak sağlayıcı rolü üstlenmektedir.

Kırılgan Grup Destek Bürosu; hizmet sunumunda uzmanların inisiyatif aldığı, bireysel değerlendirme, adli destek planı, vaka yönetimi ve takip programı gibi daha önceki uygulamada yer almayan yeni hizmet ve kavramları adli sürece dâhil eden bürodur. Adli sisteme dahil olan çocuklar, cinsel dokunulmazlığa karşı işlenen suçların mağdurları, aile içi şiddet mağdurları, terör suçları mağdurları, insan ticareti suçu mağdurları, kadın, yaşlı ve engellileri kapsamaktadır.

Ceza Yargılaması Destek Bürosu; ceza yargılaması sürecinin tamamında uzmanlardan etkin şekilde yararlanılarak, mağdurların ikincil mağduriyetlerinin önlenmesinin yanı sıra Cumhuriyet başsavcılıklarının ve ceza mahkemelerinin sosyal inceleme raporu düzenlenmesi, ifade esnasında uzman görevlendirilmesi vb. talepleri bu büroda görev yapan uzmanlar aracılığıyla karşılanmaktadır.

Hukuk Yargılaması Destek Bürosu; özellikle boşanma, velayet, vesayet, kişisel ilişki tesisi, evlat edinme gibi davalarda, taraflarla ve müşterek çocuklarla görüşülerek gerektiği hallerde ev incelemeleri yapılmakta ve bu incelemeler neticesinde uzmanlar kanaatlerini belirten sosyal inceleme raporlarını hazırlayarak ilgili mahkemelere sunmaktadırlar. Ayrıca duruşma esnasında çocukların beyanlarının alınmasına karar verilmesi durumunda, çocuğun kaygı düzeyini düşürmeye ve bu sayede daha rahat beyanda bulunmasını sağlamaya yönelik uzmanlar görev almaktadırlar.

Anahtar Kelimeler: *Mağdur, Adli Destek, Hukuk.*

GÖÇ VE SOSYAL HİZMET

Merve Baltakıran (Yüksek Lisans Öğrencisi, İstanbul Aydın Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, mervebaltakiran@stu.aydin.edu.tr)

ÖZET

Göç olgusu psikolojik, sosyal, demografik olmak üzere birçok özelliği ve etkisi bulunan tarihsel bir olgudur. Gerek tarihsel gerekse günümüz perspektifinden bakıldığında bu olgunun kişileri etkilediği kadar toplumları da etkilediğini görmekteyiz. Psikolojik ve sosyal alanda yaşanan gelişmeler ve değişimler sebebiyle göç olgusunun beraberinde getirdiği, ekonomik, kültürel, uyum gibi sorunlar sosyal hizmet ile doğrudan ilişkilendirilebilir. Uluslararası ülkeler ise bu durumlarla ilgili politika geliştirmek durumundadır. Temelinde insan hakları olan ve insanların onuruna yakışır bir hayatı sağlamak amacı taşıyan sosyal hizmet uygulamaları ise genel anlamda göçmen, iltica sorunlarını kapsamaktadır. Bu bağlamda göçmenlerin entegrasyon ve uyum süreçlerinde, yaşamlarını kolaylaştırmak için ve göç edilen toplumun kabullenme süreçlerinde sosyal hizmetin mesleki yaklaşımları oldukça hayati önem taşımaktadır.

Sosyal hizmet bakış açısı çerçevesinde her ne kadar yapılan çalışmalarda göçe ilişkin kavramsal tanımlamalar yer alsa da sosyal hizmet uygulamalarına ilişkin göç yönetimleri ve sosyal politikalar da önem arz etmektedir. Sosyal hizmet uygulamaları, göç yönetiminde göçmenlerin ülke içindeki entegrasyonlarının mikro ve makro düzeyde incelendiği bir süreçtir. Sosyal hizmet mesleğinin temellerini oluşturan insan hakları ve sosyal adalet kavramları dezavantajlı grupların çeşitli ihtiyaç ve hakları doğrultusunda yeniden şekillenmektedir. Bu bağlamda da göçmenlerin ihtiyaçları, hak ve sorumlulukları sosyal hizmet uzmanları tarafından göçmen bir bireyin yaşadığı tüm süreçler olarak ele alınmaktadır. Mikro, mezo ve makro düzeyde ele alınan bu süreçler göçmen müracaatçıların en etkin düzeyde sosyal hizmet uygulamalarından faydalanmasını amaçlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: *Göç, Sosyal Hizmet, Entegrasyon*

TEK EBEVEYNLİ AİLELER VE SOSYAL HİZMET

Merve Kaya (Yüksek Lisans Öğrencisi, İstanbul Aydın Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, mervekaya27@stu.aydin.edu.tr)

ÖZET

Tek ebeveynli aile üyeleri anne ve babadan oluşan, ebeveyn olarak çocuklarına tek bakan onlardan sorumlu ailelerdir. Tek ebeveynli ailede en sık rastlanan durumlar şunlardır: evlilik bağı olmaksızın gebelik, eşlerden birinin aileyi terk etmesi, boşanma, ölüm, eşlerden birinin cezaevinde olması, evlat edinme, eşlerden birinin askeri personel olarak uzun süreli savaş ortamında bulunması gibi kontrol edilemeyen koşullar sonucunda oluşabilir. Günümüzde değinilmesi gereken bir durum LBGT olarak evlat edinmeyi ya da koruyucu aile olmayı tercih etme gibi özel durumlarda bulunmaktadır. Tek ebeveynli ailelerde sorumlulukların tek bir ebeveynde olmasından kaynaklı gereksinim ve güçlükler bulunmaktadır. Sosyal çalışmacıların belli başlı plan ve müdahalelerde bulunarak ebeveyn ve evladının refah seviyesini yükseltmesi gerekmektedir. Geçmişte insan ömrünün bugüne göre daha kısa olmasından kaynaklı tek ebeveynli aile kavramını sıkça görmekteydik. Hatta sadece ebeveynlerden birinin ölmesiyle değil savaşların olması, kıtlık, açlık, bulaşıcı hastalıklar gibi birçok etkenler yol açmaktadır. Aile dışı formu dışındaki aileler tarihte yer almaktadır.

Anahtar Sözcükler: *Tek Ebeveynli Aileler, Tek Ebeveynler, Sosyal Hizmette Tek Ebeveynli Aileler*

MOTİVASYONEL GÖRÜŞMENİN AİLEDE SOSYAL HİZMET UYGULAMASINDA YERİ VE ÖNEMİ

**Meryem Başar (Yüksek Lisans Öğrencisi, İstanbul Aydın Üniversitesi, Lisansüstü
Eğitim Enstitüsü, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, meryembasar@stu.aydin.edu.tr)**

ÖZET

Motivasyonel görüşme (MG) kişide çatışan duyguları ortaya çıkararak ve çözümleyerek değişime yönelik içsel motivasyonu artırarak ve güçlendirerek danışan odaklı bir yöntem olarak tanımlanmaktadır. Bireylerin problemlerini anlamasını, değişim için istekli olmalarını ve kendilerine dair inançlarını sağlamada kullanılan bir tekniktir. Özellikle değişime dair isteği olmayan, duyguları ve davranışları çatışan bireylerde kullanışlı bir yöntem olarak değerlendirilmektedir. İlk olarak madde bağımlılığı tedavisinde kullanılan MG daha sonra çeşitli alanlarda kullanılmaya başlamıştır. Yapılan literatür taramalarında sıklıkla rastlanılan alanlar ise; alkol ve madde bağımlılığı, çocuk koruma, diyet, diyabet, kronik hastalıklar, sigara bağımlılığı, aile içi şiddet, depresyon, anksiyete gibi çeşitli alanlarda uygulanmıştır. Motivasyonel görüşme tekniği (MGT) kısa süreli, öğrenilmesi ve uygulanması basit, danışanın olumsuz düşünce ve davranışlarını olumlu şekle dönüştürerek başarılı ve farklı alanlarda kullanılabilen bir terapi yöntemidir. Motivasyonel görüşmenin tedaviye katkısı kanıtlanmış olmasına rağmen diğer tedavilere eklendiğinde etkisinin faydası hakkında çok az şey bilinmektedir. Danışanın direnç göstermesi, görüşmede uyum göstermemesi düşük motivasyondan kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Bu koşullarda danışanlar da motivasyonel görüşme hizmeti alanlar, değişime hazır olmaktadır. Değişime karşı direnç gösterme motivasyonel görüşme ile ilişkili bir kavram olmakla birlikte uygulamalarda çok fazla yer verilmemektedir. Araştırmacılar son zamanlarda uyumsuzluk, davranış ve duygu karmaşaları, değişime olan direncin farklı kuramlar ile birlikte kullanılan motivasyonel görüşmenin etkili olduğunu görmüşlerdir. Motivasyonel görüşme aile için uygulanan sosyal hizmet müdahale planlarında farklı kuramlar ile birlikte kullanıldığında bireylerin çok daha aktif olacağını düşünülmektedir. Motivasyonel görüşme aile için uygulanan sosyal hizmet müdahalelerinde genellikle aile içi şiddet vakalarında kullanılmaktadır. Aile içi şiddette motivasyonel görüşme genellikle şiddet uygulayan kişiyi iyileştirme olarak zorla veya mahkeme kararı ile katılımları sağlanmaktadır. Zorunlu katılım olması ise danışanların görüşmeye katılımları aktif olmamalarına neden olmaktadır. Olumsuzlukları azaltmak ve danışanların aktif katılımının sağlanması için motivasyon teknikleri faydalı olacaktır. MG danışanların katılımının istekli bir şekilde olmasını amaçlar. Danışanların istekli olması için iyileştirme aşamasının en başında güvenli bir ortam oluşturmak, dirençlerini azaltmak, işbirliği içerisinde çalışılacağından ve davranış değişiklikleri için çatışan düşüncelerini değiştirmek amaçlı çözüm bulabilmek motivasyonel görüşmenin önemli adımları arasındadır. Danışanların sürece uyumunu kolaylaştırmak için MG tercih edilir. Aile içinde şiddet uygulayan bireylerin ceza hukuku ile yargılandıklarını fark ettiklerinde MG katılımlarında önemli rol oynar. Bu tür tetikleyici durumların olması daha motive ederek müdahaleye aktif katılımları sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: *Motivasyon, Değişim, Motivasyonel Görüşme, Aile İçi Şiddet, Sosyal Hizmet*

TÜBERKÜLOZ TANISI ALMIŞ BİR MÜRACAATÇIYA YÖNELİK GÖREV ODAKLI SOSYAL HİZMET MÜDAHALE PLANI: VAKA SUNUMU

Mira Mizgin Aslan (Yüksek Lisans Öğrencisi, İstanbul Aydın Üniversitesi, Lisansüstü
Eğitim Enstitüsü, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, miraaslan@stu.aydin.edu.tr)

ÖZET

Görev odaklı sosyal hizmet uygulaması, William J. Reid ve Ann W. Shyne'nin kısa ve uzun süreli vaka çalışmalarının etkinliğini değerlendirdikleri "Kısa ve Uzun Vaka Çalışmaları" isimli çalışmalarına ilerlemeye başlamış ve 1970'lerde William J. Reid ve Laura Epstein tarafından sosyal hizmet disiplinine kazandırılmıştır. Görev odaklı yaklaşım, sosyal hizmet şemsiyesinde var olan en geniş uygulanabilir tekniklerden biridir. Bu yaklaşım müracaatçının sorunlarının saptanması, hedeflerinin belirlenmesi ve bu belirlenen hedeflere ulaşabilmek için müracaatçının küçükte olsa görevlere katılımının sağlanmasına dayanır. Genellikle birey, aile ya da gruplarla çalışma ve vaka yönetiminde kullanılan yaklaşımın uygulama alanları arasında; çocuk refahı, toplum refahı hizmetleri, okul sosyal hizmeti, adli sosyal hizmet, madde bağımlılığı, süpervizyon ve alan eğitimi, evsizler, azınlıklar ve etnik gruplarla gerçekleştirilen çalışmalar, endüstriyel sosyal hizmet, geriatrik sosyal hizmet, tıbbi sosyal hizmet, aile hizmetleri ve ruh sağlığı hizmetleri yer almaktadır. Bu çalışmada da görev odaklı yaklaşımın, öncelikle ilkeleri ve kullanım alanları aktararak, tüberküloz tanısı almış bir müracaatçı üzerinden görev odaklı yaklaşımın kullanıldığı bir sosyal hizmet müdahale sürecine yer verilmiştir.

Anahtar Kelimeler: *Görev Odaklı Yaklaşım, Sosyal Hizmet, Sosyal Hizmet Müdahale Planı, Tüberküloz*

OKUL DEVAMSIZLIĞINA NEDEN OLAN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ VE İDEAL OKUL SOSYAL HİZMETİNİN ORTAYA KONMASI

Özge Balcı (Yüksek Lisans Öğrencisi, İstanbul Aydın Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim
Enstitüsü, Sosyal Hizmet Ana Bilim Dalı, ozgebalci1@stu.aydin.edu.tr)

ÖZET

Toplum, belli değer ve normlar çerçevesinde eğitim aracılığı ile bireyden bireye aktarım sağlayan bir mekanizmadır. Dolayısıyla eğitim, toplumda yadsınamaz bir konumdur. Toplumun refah seviyesini artmak ve nitelikli bireyler yetiştirmek eğitimle mümkün olmaktadır. Toplumun en küçük yapı taşı diye tanımladığımız aile kavramı, eğitim almaya başlanan ilk kurumdur. Ailede alınan eğitimin beraberinde zorunlu olan öğrenmenin gerçekleştiği kurum olarak tanımlanan okullarda devam etmektedir. Okul, çocuklara öğretilen teorik bilgilerin yanı sıra çocuğun kimlik kazanmasına, toplumsal kurallara ve topluma ayak uydurma, iletişim becerilerini geliştirme gibi birden fazla rol ve sorumluluğu olan bir kurumdur. Bu rol ve sorumluluğu üstlenen okullar, öğretilen teorik bilgileri değerlendirmek için geliştirilen “akademik başarı” kavramını sisteme entegre etmişlerdir. Bu kavram çocukların psiko-sosyal gelişimleri açısından önem arz eden “başarma” arzusundan dolayı çoğu zaman olumsuzluklara neden olabilmektedir. Çünkü çocuğun akademik başarısını olumlu ve olumsuz yönde etkileyen faktörler vardır. Örneğin çocuğun akademik başarısını olumsuz yönde etkileyen faktörler arasında; okul devamsızlığı, yoksulluk, ölüm ve yas süreci, istismar, psikolojik sorunlar, madde bağımlılığı, ebeveyn durumu, akran zorbalığı, öğretmenin tutumu, okulun fiziksel özelliği gibi birçok faktör yer almaktadır. Dolayısıyla eğitim sisteminde sosyal hizmet uzmanlarının okulun vazgeçilmez bir parçası olduğu görülmektedir. Bu bağlamda okul sosyal hizmetinin çocuğun akademik başarı düzeyine, okul devamlılığına, psiko-sosyal gelişimine, topluma yansımaya ve toplumsal sorunların çözülmesine olanak sağlayacağı düşünülmektedir. Nitekim ideal okul sosyal hizmetinin ortaya konması için farklı disiplinlerin bütünleşmesi ve ortak bir anlayış ile okul ortamında faaliyet göstermesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: *Okul Sosyal Hizmeti, Okul Devamsızlığı, Okul İklimi*

KADIN SÜNNETİNİN İNSAN HAKLARI İHLALİ BAĞLAMINDA DEĞERLENDİRİLMESİ

Saadet Esra Yelen (Yüksek Lisans Öğrencisi, İstanbul Aydın Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, saadetyelen@stu.aydin.edu.tr)

Navid R. Hosseinzadeh Asl (Doktor Öğretim Üyesi, İstanbul Aydın Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü, nhosseinzadehasl@aydin.edu.tr)

ÖZET

Kadın sünneti, herhangi bir sağlık nedenine bağlı olmaksızın kadının dış genital organının bir kısmının yahut hepsinin çıkarılması işlemidir. Tıbbi açıdan genellikle yetkinliğe sahip olmayan kabile liderleri, ruhani kişiler ya da klan içindeki yaşça büyük kadın otoriteler tarafından uygulanan bu işlem kadınlarda fiziksel ve psikolojik tahribatlara neden olmaktadır. Kültürel ve tıbbi olmayan sebepler, örf, adet, töre veya dini inançlar gibi pek çok farklı amaçlar ile gerçekleştirilen kadın sünnetinin temel hedefinin kadın cinselliğini kontrol altında tutmaktır. Böylece, kadının iffeti ve namusu ile beraber toplumun düzeni ve ataerkil yapısı da korunmuş olacağı düşünülmüştür. Ayrıca, bu işlemin genelde yetişkin olmayanlara (18 yaş altı) uygulanması nedeniyle çocuk hakları ihlali de söz konusudur. Türkiye’de ise kadın sünneti işlemi gerçekleştirilmemekle birlikte yaşanan göçler konuyu ciddi bir şekilde gündeme getirmektedir. Bu çalışmanın amacı, kadın sünneti uygulamasının bir insan hakkı ihlali olduğunu tartışmak ve önüne geçilmesi için bazı önlemlerin sunulmasıdır.

Kadın sünneti farklı toplumlarca farklı şekillerde gerçekleştirilmiş, ancak araştırmalara göre bugüne kadar tespit edilen herhangi bir yararına rastlanmamış olup yapılan bu işlem pek çok sağlık riski taşımaktadır. Bu riskler arasında kan kaybı, kullanılan malzemenin steril olmamasına bağlı enfeksiyon ve herhangi bir anestezi kullanılmaması nedeniyle acıya bağlı şok ve travma yaşayabilmektir. Aynı zamanda işlem psikolojik sorunlara, cinsel işlev bozukluklarına, gebelikte ve regl dönemlerinde sorunlara ve ürolojik problemlere neden olabilmektedir. Bu bağlamda kadın sünneti işlemi bir insan hakları ihlali olarak değerlendirilmelidir. Yapılan bu işlemin hiçbir hukuki açıklaması ve gerekçesi bulunmamaktadır. Bu ihlal aynı zamanda çocuklarda neden olduğu travmalar nedeniyle çocuk hakları ihlali olarak da karşımıza çıkmaktadır. İşlemi yapan kişilerin tıbbi açıdan yetkin olmamasına bağlı olarak ölümle son bulan vakalar oldukça fazladır. Dolayısıyla kadın sünneti işlemi ile ihlal edilen en önemli insan hakkı “yaşama hakkı” ihlalidir. Yaşama hakkı ile birlikte “sağlık hakkı, özgürlük ve kişi güvenliği hakkı” da ihlal edilmektedir.

Sonuç olarak kadın sünneti İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi’nde yer alan birçok maddeyi ihlal etmektedir ve işlemin gerçekleştirildiği çoğu toplumda kadın “insandan az” olarak değerlendirilmektedir. Böylece, uluslararası bağlamda kadın sünneti kadınlara ve kız çocuklarına uygulanmakta olan insan hakkı ihlali olarak tanımlanmış ve toplumsal cinsiyet eşitlikliliğinin ve ayrımcılığının en önemli örneklerinden birisidir. Araştırmalara göre, bu uygulamanın önüne geçmek için en önemli müdahalelerden birisi toplumu bilinçlendirme ve eğitimin programlarıdır. Ayrıca bu uygulamanın, ülkelerin ceza kanunlarında ciddi ve ağır cezalarla sonuçlanması gerektiği öne sürülmüştür.

Anahtar Kelimeler: *Kadın Sünneti, İnsan Hakları, Çocuk Hakları*

AĞIR PSİKOLOJİK BOZUKLUĞU OLAN KARDEŞ SAHİBİ BİREYLER

Selen Karga (Yüksek Lisans Öğrencisi, İstanbul Aydın Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, selenkarga@stu.aydin.edu.tr)

Navid R. Hosseinzadeh Asl (Doktor Öğretim Üyesi, İstanbul Aydın Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü, nhosseinzadehasl@aydin.edu.tr)

Ağır psikolojik bozukluk (şizofreni duygu durum bozuklukları) bireylerin biyopsikososyal yaşamını etkileyen çok boyutlu bir kavram olarak ortaya çıkmaktadır. Ağır psikolojik bozukluklar kişinin gündelik hayatını ve aile ilişkilerini olumsuz etkileyen hastalıklar olup aileler çaresizlik, öfke kızgınlık gibi çeşitli olumsuz duygular yaşamaktadır. Doğal olarak bu yıpratıcı süreçten etkilenen; aile üyelerinden biri olan kardeşlerdir. Literatür incelendiğinde ortaya çıkan ağır psikolojik bozukluk sonrasında sağlıklı kardeşlerin ihmal edildiklerini düşünerek; aile içerisinde hatırlanmayan, görmezden gelinen ve ebeveynlerinin tüm odaklarının hasta kardeş üzerine kayması sonucu derin bir üzüntü hissettiklerini ortaya çıkaran araştırmalar mevcut olup yetişkin kardeşlerin hastalığın gölgesinde yaşamlarını sürdürdükleri görülmüştür. Bu çalışmanın amacı, ağır psikolojik bozukluğu olan kardeş sahibi yetişkin bireylerin psikososyal durumları ve çözüm önerileri ile ilgili yapılan çalışmaları derlemek ve sonuçlarını psikiyatrik sosyal hizmet bakış açısı ile değerlendirmektir. Bu çalışma derleme niteliğinde olup, ilgili literatürün taranması ile ortaya çıkmıştır.

Araştırmalara göre; ağır psikolojik bozukluğu olan kardeşe sahip bireyler stresli bir yaşam ile mücadele etmektedirler. Psikolojik bozukluk kardeş ilişkilerini de olumsuz etkilemekte olup yetişkin kardeşlerin psikososyal sağlığı da olumsuz etkilemektedir. Yapılan araştırmalarda bu kardeşlerin sıklıkla psikolojik bozukluk geliştirme ve çocuklarına bu bozuklukları geçirme konusunda derin bir endişe ve korku yaşadıkları ortaya çıkmıştır. Ayrıca kardeşler, aile içerisinde ihmal edildiklerini düşünmektedirler.

Sağlıklı kardeşlerin psikososyal yaşamı, sosyal çevresi, eş-arkadaş ilişkileri ve meslek seçimi de dahil olmak üzere, ciddi bir şekilde ağır psikolojik bozukluktan etkilenmektedir. Psikolojik bozukluk ile birlikte kardeşlerin kalıcı bir yas yaşadığı görülmüştür. Ayrıca kardeşler, bozukluğun gölgesinde yaşamlarını sürdürmekte, ebeveynleri ile olumsuz ilişkiler deneyimlemekte ve rol karmaşası yaşamaktadırlar. Bozukluğa sahip kardeşe enerji harcama, kendi aile yaşamları ve kariyerlerini sürdürme gibi hayatın diğer alanlarında sorumlulukları sürdürmede zorluk yaşamaktadırlar. Bu sonuçlardan yola çıkarak, psikiyatrik sosyal hizmet alanında çalışan sosyal çalışmacıların yetişkin sağlıklı kardeşlere yönelik destekleyici müdahaleler kullanmaları ve kardeşlerin bozukluğu ilk ortaya çıkış anından sonra destek grupları ve akran deneyimi paylaşımı grupları düzenlemeleri önerilmektedir. Bu müdahalelerin kardeşlerin psikososyal durumlarını olumlu yönde etkileyeceği daha önceki yapılan araştırmalarda önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler: *Ağır Psikolojik Bozukluk, Kardeş, Psikiyatrik Sosyal Hizmet*

AFETİN PSİKOSOSYAL ETKİLERİ VE AFETLERDE SOSYAL HİZMET

Selimcan Ayıcı (Yüksek Lisans Öğrencisi, İstanbul Aydın Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Sosyal Hizmet Ana Bilim Dalı, selimcanayci@stu.aydin.edu.tr)

Afet, ülkeleri, toplumları ve bireyleri etkileyen, sağlıklarını tehdit eden ve tehlike altına sokan bir durumdur. Toplumlarda psikolojik, biyolojik, ekonomik, kültürel ve birçok sosyal etkilere neden olmaktadır. Can kaybı ve mal kaybı da çok önemli bir durum arz etmektedir. Afetlerden etkilenenleri, afete doğrudan maruz kalanlar, afetzedelerin akrabası ve yakınları, afetzedelere yardım edenler, yaşanan olaylara medya aracılığıyla tanık olanlar olarak sınıflandırılabilir. Afet sırasında ve sonrasında bireyler birçok psikolojik evrelerden geçmektedir. Bireylerin hayatını olumsuz etkileyen semptomlar ortaya çıkmaktadır. Çocuklar ve ergenler afetlerden etkilenen en hassas ve savunmasız bireylerdir. Afetleri önleme, müdahale ve iyileştirme çalışmaları yapmak gerekmektedir. Afet durumu oluştuğunda fiziksel ilk yardım ve psikolojik ilk yardım bir bütün halinde olmalıdır. Afet sürecinde özellikle akut stres bozukluğu ve travma stres bozukluğu belirtileri ortaya çıkabilmektedir. Bu süreçte uzmanlar tarafından verilen psikososyal destekle, bireylerin olumsuz etkilerden kurtulmasını sağlamaktadır. Afet yönetiminde sosyal hizmet uygulamaları da afetten etkilenen gruplar için önem arz etmektedir. Afetzedelerin kaynaklara ulaşmasında sosyal hizmet planlanmasının uygun ve sistemli yapılması gerekmektedir. Sosyal hizmet uzmanları afet öncesinde, afet sırasında ve afet sonrasında çalışmalarda önemli bir role sahip olmaktadır.

Anahtar Kelimeler: *Afet, Afet Psikolojisi, Afet Yönetimi, Psikososyal Destek, Sosyal Hizmet, Afetlerde Sosyal Hizmet*

YAŞLI AİLELERDE SOSYAL HİZMET: BİR VAKA ÇALIŞMASI

Zahide Aydoğdu (Yüksek Lisans Öğrencisi, İstanbul Aydın Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, zahideaydogdu@stu.aydin.edu.tr)

İnsanın yaşam döngüsü sürekli gelişim ve değişimi içeren aşamalı bir süreçtir. Bu süreç bebeklik, çocukluk, ergenlik ve yetişkinlik dönemi biyopsikososyal gelişme dönemleri olarak kabul edilirken yaşlılık dönemi gerileme olarak görülmektedir. Dünyada genel nüfus oranı içinde yaşlı nüfusu giderek artmaktadır. Hızlı toplumsal değişmeye bağlı olarak değerlerin değişimi, yaşanan ekonomik, sosyal ve kültürel değişimler, kuşaklararası çatışmanın artması ile birlikte bireylerde yaşa bağlı gelişen sorunlar farklılık göstermektedir. Yaşlıların sorun ve ihtiyaçlarında formal ve informal sosyal destek sistemleri ile kurdukları bağın refah düzeylerini arttırmada önemli bir rol oynamaktadır. Yaşamın tüm evrelerinde önemli bir işleve sahip olan aile, yaşam döngüsünün bir parçası olan yaşlılıkta da önemini korumaya devam etmektedir. Yaşlı birey için psikososyal ve toplumsal bir destek kaynağı olan ailede özellikle çocuk en önemli sosyal destek ve iletişim aracı olarak görülmekte ancak günümüz yaşantısında ekonomik gelişme, çekirdek aileye dönüş, yaşlının gelir ve statüsünün azalması, bireyselliğin yükselmesi, göç, kadının çalışma hayatına atılması gibi birçok sebeple çocuklardan alınan destek azalmaktadır. Günümüz toplumunda yaşlıların akrabalık ve komşuluk ilişkilerinin geçmişe oranla zayıfladığı, aile sistemi içerisinde kalabilen yaşlının dahi ailedeki rolü ve ilişkileri değişikliğe uğramıştır. Değişen toplum ve aile dinamikleri, artan rol ve sorumluluklar, kent yaşamı ve aktif çalışma hayatı gibi olgular beraberinde aile ortamında bakım ve sorumluluğu, gereksinimleri karşılanamayan yaşlı sayısını da arttırmaktadır. Yaşlı bireylere ve ailelerine sunulan hizmetlerde alternatif hizmet modellerinin olmayışı yaşlıların ya aile ortamında bakılması yahut kurum bakımına alınması seçeneğiyle karşı karşıya bırakılmaktadır. Global bir konu olan yaşlılık ve yaşlılara sunulan hizmetler ülkelerin gündem konularında daha fazla yer almaya başlamaktadır. Ülkemizde yaşlıya ve aileye yönelik politikalara baktığımızda sosyal hizmet uygulamaları gerçekleştirilmeye çalışıldığı, hizmetlerin genelde aile ya da bireylerde problem ortaya çıktıktan sonra sunulduğu, ailede yaşanan sorunları en aza indirme hedeflendiği, temelde ise ailenin güçlendirilerek desteklenmesi ve korunması amacı güdülmüştür. Ancak yaşlının aile yanında kalmasını teşvik edici bir mevzuatın bulunmadığı, kısa vadeli çözümler geliştirildiği, sunulan hizmetlerin sınırlı ve dağınık konumlandığı, var olan hizmetlerin ve politikaların eksik kaldığı görülmektedir. Çalışmada yaşlı ve aile etkileşimi, sunulan hizmetler hususunda genel bir değerlendirme yapıldığı ve bir alan uygulayıcısı olarak sosyal hizmet alanına ilişkin politikalara yönelik önerilerde bulunulmuş olup çalışma örnek bir vaka ile tamamlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: *Yaşlı, Aile, Sosyal Hizmet, Vaka, Politika*

TAM METİN BİLDİRİLER

KORUYUCU SAĞLIK HİZMETLERİ VE HARCAMALAR

Kaan Can Uyanık (Öğretim Görevlisi, İstanbul Aydın Üniversitesi,
kaancanuyanik@aydin.edu.tr)

ÖZET

Dünya çapında koruyucu sağlık hizmetleri programlarına ilişkin birçok ekonomik değerlendirme yapılmıştır. Bu değerlendirmeler genellikle koruyucu sağlık hizmetleri programlarına ilişkin maliyetleri değerlendirmektedir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin amacı; sağlığı ve refahı korumak, geliştirmek ve sürdürmek ile hastalıkları, sakatlıkları ve ölümü önlemektir. Katastrofik hastalıkların ortaya çıkmasını azaltan etkili koruyucu sağlık hizmetlerinin sağlanması, tedavi harcamalarını ve sakatlık nedeniyle ortaya çıkan uzun süreli bakım harcamalarını azaltacaktır. Buna bağlı olarak erken sağlık müdahaleleri uzun vadede toplum için en büyük sağlık faydalarını sağlayabilmektedir. Sadece doğrudan hastalıklar için risk faktörlerini azaltmayı veya sağlığı iyileştirmeyi amaçlayan politikalar değil, aynı zamanda tarım, enerji ve ulaşım gibi diğer sektörlerden gelen politikalar da sağlığı etkileyebilmektedir. Ülkelerdeki sağlık harcamalarının GSYH'lardan daha hızlı artmış olması, kamu kaynaklarının kıt oluşu da göz önüne alındığında, verimlilik kavramını ön plana çıkartarak; ülkeleri, koruyucu sağlık hizmetlerinin kapsamını genişletmeye yöneltmiştir. Nüfuslarının sağlık durumunu maliyet etkin bir şekilde iyileştirmek isteyen tüm ülkeler için koruyucu sağlık hizmetlerine yapılacak yatırımların uygun bir hareket olacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: *Koruyucu Sağlık Hizmetleri, Sağlık Harcamaları, Sağlık Düzeyi.*

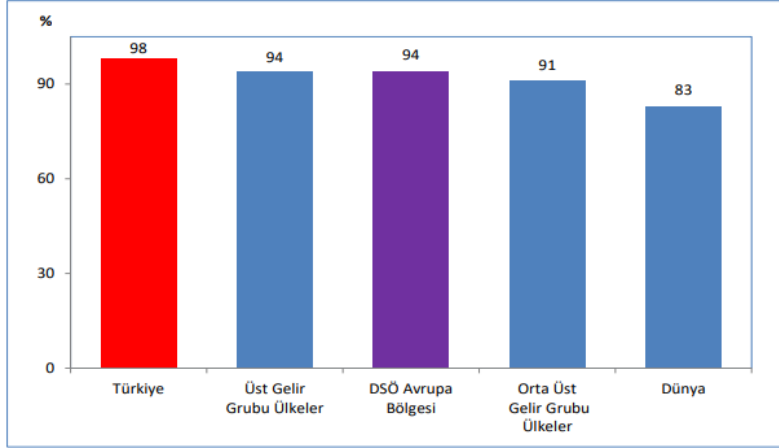
GİRİŞ

Koruyucu sağlık hizmetlerinin sağlık bakım maliyetlerini azaltıp azaltamayacağı konusunda güncel bir tartışma mevcuttur. Bazı raporlar etkili koruyucu sağlık hizmetleri programlarının sağlık harcamalarını önemli ölçüde azaltabileceğini belirtirken, bazı raporlar da bunların maliyet-etkin olmadığını savunmaktadır.

Amerikan Koruyucu Tıp Koleji'ne (ACPM) göre koruyucu tıbbın amacı, sağlığı ve refahı korumak, sağlığı geliştirmek ve sürdürmek, hastalıkları, sakatlıkları ve ölümü önlemektir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin tipik örnekleri, hipertansiyon ve diyabetin erken teşhisi ile genellikle komplikasyon ve/veya mortaliteyi azaltacak, dolayısıyla sağ kalımı uzatacak, yaşam kalitesini iyileştirecek ve yüksek maliyet-etkin koşullarda veya maliyet tasarrufu altında engelliliği azaltacak reaktif önleme ve kontroldür (Moran vd., 2014).

Türkiye'deki koruyucu sağlık hizmetlerinin durumuna bakıldığında, bu hizmetlerin oldukça yüksek bir oranla sunulduğu görülmektedir (T. C. Sağlık Bakanlığı, 2022). Şekil 1'de Difteri aselüler Boğmaca Tetanoz aşısı, İnaktif Polio aşısı ve Hemofilus Influenza Tıp B aşısının aşılama hızları, Şekil 2'de Kızamık Kızamıkçık Kabakulak aşısının aşılama hızı ve Şekil 3'te ise nitelikli sağlık personeli ile gerçekleşen doğum oranının uluslararası karşılaştırmaları sunulmuştur.

Şekil 1. (DaBT+İPA+Hib) Üçüncü Doz Aşılama Hızlarının Uluslararası Karşılaştırması, (%), 2020

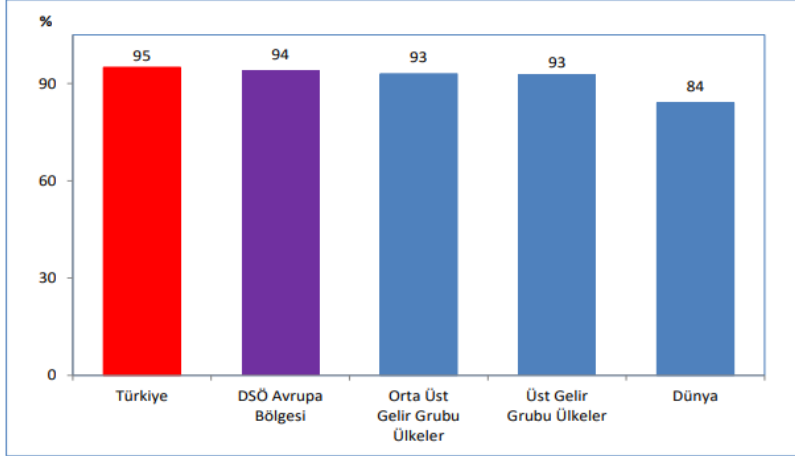


Kaynak: T. C. Sağlık Bakanlığı, 2022

DaBT : Difteri aselüler Boğmaca Tetanoz Aşısı, İPA : İnaktif Polio Aşısı

Hib : Hemofilus İnfluenza Tip B Aşısı

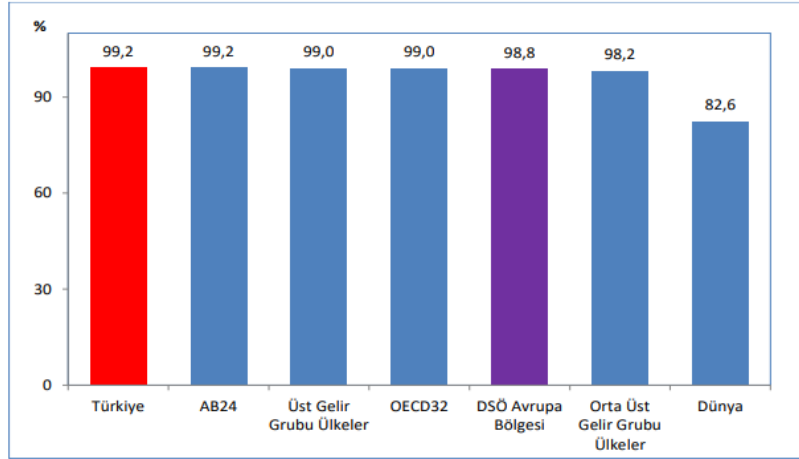
Şekil 2. KKK Aşılama Hızlarının Uluslararası Karşılaştırması, (%), 2020



Kaynak: T. C. Sağlık Bakanlığı, 2022

KKK : Kızamık Kızamıkçık Kabakulak Aşısı

Şekil 3. Nitelikli Sağlık Personeli ile Gerçekleşen Doğum Oranının Uluslararası Karşılaştırması, (%), 2020



Kaynak: T. C. Sağlık Bakanlığı, 2022

Katastrofik hastalıkların ortaya çıkmasını azaltan etkili koruyucu sağlık hizmetlerinin sağlanması, genellikle komplikasyonlar için daha sonraki tanı ve tedavi harcamalarını ve sakatlık için uzun süreli bakım harcamalarını azaltacaktır. Erken sağlık müdahaleleri uzun vadede toplum için en büyük sağlık faydalarını sağlayabilmektedir (Kao vd., 2012). Kanser türlerinin erken evrelerde taranması ve tespit edilmesi yaşam yılı, yaşam kalitesi ve sağlık hizmeti maliyetlerinden tasarruf sağlayacaktır (Huang vd., 2015; Chen vd., 2015).

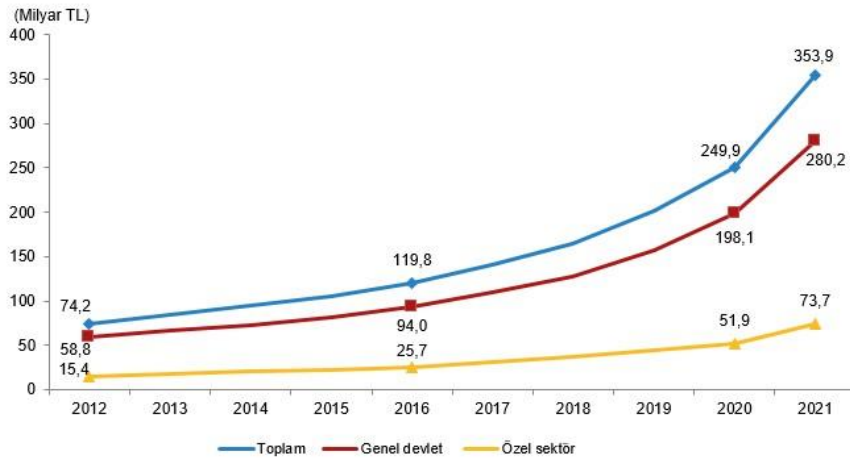
Gelişmiş ülkelerdeki sağlık harcamaları GSYH'den daha hızlı artmıştır. Sürekli artan sağlık hizmeti talebi ve kamu kaynaklarındaki kısıtlamaların birleşimi, daha fazla verimlilik elde etme konusunda sürekli bir ilgi yaratmıştır. Sağlık faydalarının tercih edilen ölçüsü, ölüm oranı veya yaşam beklentisi ile sınırlı olmamalıdır. Bunun yerine, koruyucu sağlık hizmetlerine ayrılan harcamaların artırılmasının daha iyi ekonomik performans ve sosyal refah elde edilmesini sağlayıp sağlamayacağı da göz önünde bulundurulmalıdır (Wang vd., 2016).

Kasım 2018'de Hollanda Sağlık, Refah ve Spor Bakanlığı Ulusal Önleme Anlaşmasını (NPA) sunmuştur. Bu kapsamda, tütün kullanımı, obezite ve sorunlu alkol kullanımını hedef alan müdahaleler, yaşam tarzı değişikliklerini teşvik etmenin yolları olarak önceliklendirilmiştir. Bununla birlikte, anlaşmada yer alanların dışındaki diğer önleyici müdahaleler de daha sağlıklı bir nüfusa önemli ölçüde katkıda bulunabilmekte ve aralarında mali müdahaleler, düzenlemeler, altyapı veya binalarda değişiklikler, eğitim ve bilgilendirme kampanyalarının da bulunduğu çeşitli araç türlerini içerebilmektedir. Uzun vadede, sağlığın geliştirilmesi ve çevreye yönelik müdahaleler sağlıklı yaşam yıllarına katkıda bulunabilmekte ve ekonomik getiri sağlayabilmektedir (Van der Vliet, 2020).

Önleyici programlara yatırım yapmak politika yapımcılar için zordur çünkü sağlık bütçeleri diğer önemli hükümet harcamalarıyla rekabet etmek zorundadır. Önleyici müdahalenin maliyeti ve buna bağlı gelecekteki sağlık maliyetleri mevcut uygulamadan kaynaklanan maliyetlerden daha düşük olduğunda, bu önleyici müdahalenin maliyet tasarrufu sağladığı kabul edilir (Sassi, 2006).

Ekonomik kalkınma, sağlık teknolojisindeki ilerleme ve gelişmiş ülkelerde ve hatta gelişmekte olan ülkelerde yaşanan toplumların ortaya çıkması nedeniyle sağlık harcamaları artmıştır. Bu durum, Türkiye'nin 2012 ve 2021 yılları boyunca sağlık harcamalarına ait miktarların gösterildiği Şekil 4'de de gözlemlenebilmektedir. Görüleceği üzere sağlık harcamaları yıllar ilerledikçe, yükselen bir grafikte seyretmektedir (TÜİK, 2022).

Şekil 4. Türkiye Sağlık Harcamaları, 2012-2021

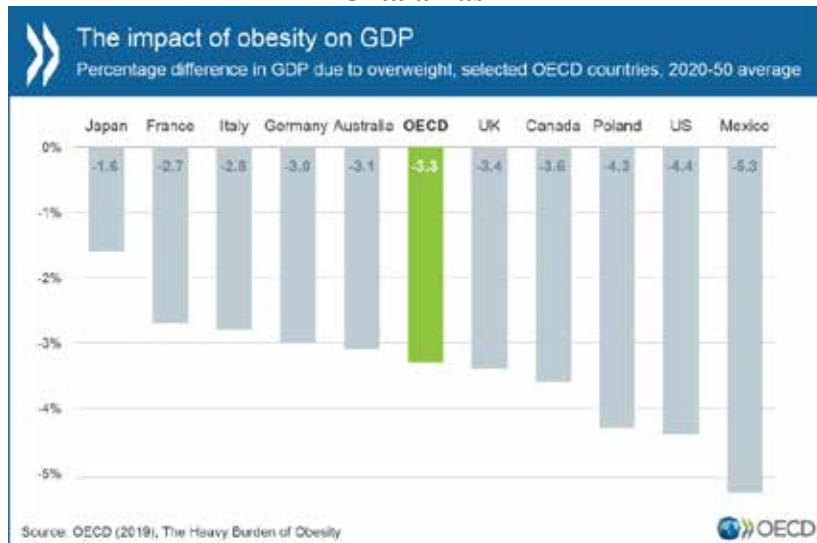


Kaynak: TÜİK, 2022

Beklenen yaşam süresinin uzamasıyla birlikte, kronik hastalıklar başlıca ölüm nedeni haline gelmiştir ve dünyadaki tüm ölümlerin tahminen %60'ını oluşturmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetlerine yapılacak etkili yatırımlar ile bu hastalıkların görülme sıklığı azaltılabilir ve ülkeler katastrofik harcamalarla karşı karşıya kalmayabilir. Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü'nün (OECD) sağlığa yönelik risk faktörleri göstergelerine göre, Amerika Birleşik Devletleri ve Meksika, çocuklar ve yetişkinler arasında aşırı kilo ve obezite sorunlarıyla karşı karşıyadır. Avusturya ve Fransa gibi Avrupa ülkeleri ise tütün ve alkol tüketimine bağlı zorluklarla karşı karşıyadır. Bu faktörler muhtemelen kronik hastalıklara yol açmakta ve sağlık harcamalarını artırmaktadır. Erken önleme ve müdahale, nüfusun sağlık durumunun kötü olma olasılığını azaltabilmekte ve tedavi harcamalarında tasarruf sağlayabilmektedir (Cohen vd., 2010).

OECD verilerine göre; obezite ile ilişkili hastalıklar önümüzdeki 90 yıl içinde OECD ülkelerinde 30 milyondan fazla can alacak ve yaşam beklentisi yaklaşık 3 yıl azalacak. Şekil 5'te sunulduğu üzere; 2019 yılına ait OECD raporuna göre obezite ve ilgili koşullar, OECD ülkelerinde GSYİH'yı %3,3 oranında azaltmakta ve kişisel bütçeler üzerinde yılda kişi başına 360 ABD Doları tutarında ağır bir bedel ödemektedir (OECD, 2019).

Şekil 5. Fazla Kilo Nedeniyle GSYH'daki Yüzde Farkı, Seçili OECD Ülkeleri, 2020-50 Ortalaması



Kaynak: (OECD, 2019)

TARTIŞMA

Sağlık hizmetleri tüketim ve yatırım malları olarak kabul edilebilir. Tedavi edici harcamalar hastalığı tedavi etmenin yanı sıra acıyı da hafifletir ve bu nedenle tüketim harcamaları olarak değerlendirilir. Koruyucu sağlık hizmetleri ise toplum sağlığının geleceğini iyileştirme konusunda bir yatırım olarak gözüken harcamalardır. Genel olarak üç önleme kategorisi mevcuttur: birincil, ikincil ve üçüncül. Birincil önleme, hastalığın nedenlerini ortadan kaldırarak hastalığın ortaya çıkmasını engeller. İkincil önleme, asemptomatik olduğunda ve tedavi hastalığın ilerlemesini durdurabildiğinde erken hastalığı tespit eder. Üçüncül önleme ise bir hastalık kendini ilan ettikten sonra daha fazla kötüleşmeyi önleyen veya komplikasyonları azaltan klinik faaliyetleri ifade eder (Fletcher ve Fletcher, 2005).

Obezite üzerinden örnek verilecek olursa; birincil önleme obezite insidansını önlemeyi amaçlamaktadır. İkincil obezite önleme, aşırı kilolu ve obez bireylerin sağlıklı bir kiloya ulaşmalarına yardımcı olmayı amaçlamaktadır. Üçüncül obezite önleme ise kilo ile ilişkili komorbiditeleri (eştanıları) çözmeyi veya en azından şiddetlerini azaltmayı amaçlamaktadır (Gandjour, 2012). ABD verilerine dayanan modelleme çalışmaları, 20 ila 70 yaşlarındaki genel nüfusta obezitenin önlenmesiyle kalan yaşam süresi boyunca yapılan harcamaların düşeceğini öngörmektedir. Obezitenin önlenmesi örneğinde görüldüğü gibi, önleyici tedbirlerin sağlık maliyetlerini düşürebileceği gözlemlenmektedir (Yang vd., 2003).

Yerel sağlık departmanlarının sağladığı koruyucu sağlık hizmetlerinin toplumsal açıdan maliyet etkin olduğunu gözlemlenmiştir (yani, yerel sağlık departmanlarının ucuz önleyici bakım sağlaması, daha düşük toplam sağlık harcamaları ile ilişkilidir). Buna ek olarak, tedavi edilmemiş ruhsal hastalıklar, kalp hastalığı, diyabet, astım ve hipertansiyon gibi başlıca kronik hastalıkların gelişme riskinin artmasıyla da ilişkilidir. Ekip ayrıca, yerel sağlık departmanlarının akıl hastalıklarının önlenmesinin birincil önlemede daha etkili olduğunu, yani ciddi psikolojik sıkıntı yaşamış nüfus ve önemli kronik rahatsızlıklar geliştirmemiş nüfus arasında daha fazla maliyet düşüşü ile ilgili bir ilişkili olduğunu ortaya koymuştur (Chen vd., 2018).

Chen ve arkadaşlarının araştırma bulguları, ruhsal hastalıklara yönelik nüfus temelli önleme faaliyetlerinin doğrudan yerel sağlık departmanları tarafından sağlandığı bölgelerde yaşayan bireylerin, benzer hizmetlerin sağlanmadığı bölgelerde yaşayan bireylere kıyasla kişi başına yıllık sağlık hizmeti maliyetlerinin 824 \$ daha düşük olduğunu göstermektedir (Chen vd., 2018).

Van der Vliet ve arkadaşları, Hollanda'da yapmış oldukları çalışmada sağlıklı yaşam beklentisinin artmasıyla sonuçlanabilecek maliyet-etkin önleyici müdahaleler belirlemişlerdir. En yüksek maliyet tasarrufu sağlayan ilk üç müdahalenin abur cubur vergisi, porsiyon kontrollü beslenme etiketlemesi müdahalesi ve şeker vergisinden oluştuğunu ortaya koymuşlardır. Maliyet etkin ilk üç müdahale (ICER € 2015'e göre), çocuklar için yüksek şekerli ve yüksek yağlı yiyecek ve içeceklerin yer aldığı televizyon reklamlarına kısıtlama getirilmesi, sigara içmeme günü kampanyası ve alkol kullanımını hedefleyen bir tarama ve kısa müdahaleden oluşmaktadır. Sektörler arası bakış açısına rağmen, en yüksek maliyete sahip altı müdahalenin hepsinin tütün, alkol ve beslenme gibi klasik risk faktörlerini hedef alması dikkat çekici olmuştur (Van der Vliet, 2020).

Musich ve arkadaşları yapmış oldukları çalışmada; iyi tasarlanmış, işveren temelli önleyici sağlık yönetimi programlarının ekonomik değerlendirmeleri (yatırımın geri dönüşü [ROI]),

sonraki yıllarda daha uzun vadeli tasarruflara ek olarak, genellikle programın başlamasından sonraki 2 ila 3 yıl içinde sağlık harcamalarında tasarruf sağlandığını ortaya koymuşlardır. Çalışmalarının içeriğine göre; bir işveren aracılığıyla uygulanan veya bir doktor tarafından yönlendirilen sağlıklı yaşam ve önleme stratejileri ve programları, bireylerin yaşlandıkça düşük risk durumundan yüksek risk durumuna ilerlemesini en aza indirebilmektedir. Zaman içinde sağlığın iyileştirilmesi, bireye daha kaliteli yaşam yılları sağlayabilir, kronik hastalık ve engellilik prevalansını azaltabilir ve yaşam boyu sağlık harcamalarını hafifletebilir. Orta yaşlarda (40-50 yaş) sağlıklı davranışların sürdürülmesinin, ileri yaşlarda (örneğin 85 yaş) daha yüksek oranda hastaliksız sağkalım öngördüğü gösterilmiştir (Musich, 2016; Wilcox, 2006).

Milken Enstitüsü'nün yakın tarihli bir raporu bu bakış açısını desteklemektedir. Sağlıklı beslenme, fiziksel aktivite ve sigara içmemeyi içeren yaşam tarzı değişiklikleri ve diğer klinik önleyici hizmetlere uyum, kronik hastalıkların gelişimini hafifletmek için maliyet etkin stratejiler olabilir. Örneğin, kalp hastalıklarını azaltmaya yönelik stratejiler, bu hastalığın yaygınlığını azaltmada ve ekonomik yükünü azaltmada en başarılı stratejiler olmuştur. Bu azalma eğiliminin büyük bir kısmı sigara karşıtı girişimlerle ilişkilendirilmektedir (Pilkerton, 2015).

Wang ve arkadaşları yaptıkları çalışmada erken önleme ve muayenenin sağlık stokunu iyileştirebileceğini ve daha sonraki tedavi harcamalarından tasarruf sağlayabileceğini, bunun da üretkenliği artıracığını ve ekonomik büyümeyi teşvik edeceğini öne sürmektedirler. Koruyucu ve tedavi edici sağlık harcamalarının ekonomik kalkınma üzerindeki rolünü ve OECD ülkelerinin sağlık harcamalarını uygun şekilde tahsis ederek ekonomik performansı canlandırıp canlandıramayacağı konusunda, önleyici ve tedavi edici harcamaların ekonomik büyüme üzerinde etkileri olduğunu ortaya koymuşlardır (Wang, 2018).

Ekonomik gelişme ve ortalama yaşam süresinin uzamasıyla birlikte, ayakta tedavi ve uzun süreli bakım harcamalarındaki büyüme oranları, önleme ve halk sağlığı harcamalarından daha yüksektir. Bu durum, Türkiye'nin 2020 ve 2021 yıllarına ait sağlık hizmeti sunucularına göre sağlık harcamalarının gösterildiği Tablo 1'de de gözlemlenebilmektedir. Görüleceği üzere, 2021 yılında hastanelere harcanan sağlık harcaması, toplam sağlık harcamalarının %49,5'ini kapsamaktayken; halk sağlığı programlarının sunumu ve yönetimi ise %9,2'sini kapsamaktadır (TÜİK, 2022).

Tablo 1. Türkiye Sağlık Hizmeti Sunucularına Göre Sağlık Harcamaları
Sağlık hizmeti sunucularına göre sağlık harcamaları, 2020, 2021

	(Milyon TL)			
	2020	Pay (%)	2021	Pay (%)
Toplam sağlık harcaması	249 932	100,0	353 941	100,0
Cari sağlık harcaması	233 062	93,3	330 928	93,5
Hastaneler	123 397	49,4	175 214	49,5
Evde hemşirelik bakımı	1	0,0	2	0,0
Ayakta bakım sunanlar	25 664	10,3	33 440	9,4
Perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunanlar	63 053	25,2	80 613	22,8
Halk sağlığı programlarının sunumu ve yönetimi	13 055	5,2	32 517	9,2
Genel sağlık yönetimi ve sigorta	1 166	0,5	1 441	0,4
Sınıflandırmamayan diğer kategori	6 726	2,7	7 700	2,2
Yatırım	16 870	6,7	23 013	6,5

Kaynak: (TÜİK, 2022)

SONUÇ

Önümüzdeki elli yıl boyunca, sadece gelişmiş ülkeler değil, gelişmekte olan birçok ülke sağlık harcamalarında keskin artışlar ve buna benzer sağlık hizmeti zorluklarıyla karşı karşıya kalacaktır. Daha kötü bir sağlık durumuna girmekten korunmak ve kronik hastalıklardan sıyrılmış daha iyi bir yaşam sürülebilmesini gerçekleştirebilmek için koruyucu sağlık hizmetlerini sağlayabilecek gerekli yatırımları yapmak oldukça önemlidir.

Koruyucu sağlık hizmetlerinin sağlanması; ölüm, hastalık ve sakatlık nedenlerinin azaltılmasında tedavi edici sağlık hizmetleri kadar önemlidir. Önlemeye uygun şekilde yatırım yapmak, bir nüfusun refahını artırabilmektedir. Bu durum da gelir ve sağlık düzeyindeki yükselişlere yansımaktadır (Olsen ve Dahl, 2007).

Kanser için hedeflenmiş moleküler tedavi, hepatit C kemoterapisi vb. gibi pahalı tedavi teknolojisinin hızlı büyümesi ve hızla yaşlanan nüfuslar dahil olmak üzere birçok gelişme tarafından finansal olarak kısıtlı olan sağlık sistemleri bağlamında koruyucu sağlık hizmetlerinin sağlık harcamalarına etkisinin sorgulanması yerinde olacaktır. Bu nedenle, politika yapımcıların kısıtlı kaynakları koruyucu ve tedavi edici hizmetler de dahil olmak üzere kamu sağlık sektörleri arasında uygun şekilde tahsis etmesine olanak tanıyacak politika analizi yapmaları her zamankinden daha çok önemlidir (Moran vd., 2014).

Bütçeler sınırlı olduğundan, kamu farklı politika seçenekleri arasında zor bir seçim yapmak zorundadır. Halk sağlığının iyileştirilmesi, en etkin yaklaşımı sağlayabilmek amacıyla farklı disiplinlere sahip sektörler arası işbirliğini içerecek bir biçimde yapılmalıdır. Sonraki adımlar, mevcut müdahalelerin daha maliyet-etkin olanlarla ikame edilmesinin uygulanabilir, kabul edilebilir ve kapsayıcı bir şekilde yapılabileceğinin değerlendirilmesini içermektedir. Nüfuslarının sağlık durumunu maliyet etkin bir şekilde iyileştirmek isteyen tüm ülkeler için koruyucu sağlık hizmetlerine yapılacak yatırımların uygun bir hareket olacağı düşünülmektedir (Van der Vliet, 2020).

KAYNAKÇA

Chen, J., Novak, P., & Goldman, H. (2018). "Public health system-delivered mental health preventive care links to significant reduction of health care costs", *Population Health Management*, 21(6), 462-468.

Cohen, J.T., Neumann, P.J. & Weinstein, M.C. (2008). "Does preventive care save money? Health economics and the presidential candidate", *New England Journal of Medicine*, 358(7):661-663.

Fletcher, R. & Fletcher, S. W. (2005), "Clinical epidemiology: the Essentials", 4th ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Gandjour, A. (2012), "Cost-effectiveness of preventing weight gain and obesity: what we know and what we need to know", *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 12(3):297-305.

Huang, C.C., Ou, C.Y., Lee, W.T., vd. (2015), "Life expectancy and expected years of life lost to oral cancer in Taiwan: a nation-wide analysis of 22,024 cases followed for 10 years", *Oral Oncol.* 51(4):349-54.

Kao, T.W., Chang, Y.Y., Chen, P.C., vd. (2012), “Lifetime costs for peritoneal dialysis and hemodialysis in patients in Taiwan”, *Perit Dial Int.* 32:81-9.

Moran, A.E., Odden, M.C., Thanataveerat, A., vd. (2015), “Cost-effectiveness of hypertension therapy according to 2014 guidelines”, *New England Journal of Medicine*, 372:447-55.

Musich, S., Wang, S., Hawkins, K. & Klemes, A. (2016), “The impact of personalized preventive care on health care quality, utilization, and expenditures” *Population Health Management*, 19(6), 389-397.

Olsen, K.M., Dahl, S.A. (2007), “Health differences between European countries”, *Social Science & Medicine*, 64 (8): 1665-1678.

OECD, (2019), “Tackling obesity would boost economic and social well-being”, Erişim tarihi: 02.03.2023, Erişim adresi: <https://www.oecd.org/newsroom/tackling-obesity-would-boost-economic-and-social-well-being.htm>

Pilkerton, C.S., Singh, S.S., Bias, T.K. & Frisbee, S.J. (2015), “Changes in cardiovascular health in the United States, 2003–2011”, *J Am Heart Assoc*, 4:e001650.

Sassi, F. (2006), “Calculating QALYs, comparing QALY and DALY calculations”, *Health Policy Plan*, 21, 402-408.

T. C. Sağlık Bakanlığı, (2022), “Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2020”, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Ankara.

TÜİK, (2022), “Türkiye Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2021”, Türkiye İstatistik Kurumu, 45728, Ankara.

Van der Vliet, N., Suijkerbuijk, A. W. M., de Blaeij, A. T., vd. (2020), “Ranking preventive interventions from different policy domains: What are the most cost-effective ways to improve public health?”, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(6).

Wang, F., Wang, J. & Huang, Y. (2016), “Health expenditures spent for prevention, economic performance, and social welfare”, *Health Economics Review*, 6(1).

Wang, F. (2018), “The roles of preventive and curative health care in economic development”, *Plos One*, 13(11).

Wilcox, B.J., He, Q., Chen, R., vd. (2006), “Midlife risk factors and health survival in men” *JAMA*. 296:2343–2350.

Yang, Z., Norton, E.C. & Stearns, S.C. (2003), “Longevity and health care expenditures: the real reasons older people spend more”, *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, 58(1):S2-10.

YAPISAL OLMAYAN TEHLİKELERİN AZALTIKMASI VE GÜVENLİ HASTANELER

İsmail Seçer (Dr. Öğr. Üyesi, İstanbul Beykent Üniversitesi, secer61@gmail.com)

ÖZET

Ülkemiz açısından bir dönüm noktası olan 17 Ağustos 1999 tarihi Marmara depreminin en önemli sonucu depreme hazırlık konusunda toplumu harekete geçirme ve toplumsal olarak afetler karşısındaki yetersizliğimizi ve çaresizliğimizi ortaya koyması olarak ifade etmek mümkündür.

Olağan dışı durum idaresinin etkin ve etkili olabilmesi için elde mevcut kaynakların iyi yönetilmesi gerekmektedir. Bunlar insan, araç-gereç ve zamandır. Bu kaynakların afet sonrası yeterli düzeyde kalması ve yeni kaynakların organizasyonu ile koordinasyonu afet yönetiminin hedefidir.

Olağan dışı durum sonrası hastanelerin çalıştırılmasına her zamankinden daha fazla ihtiyaç duyulacaktır. "Yapısal Olmayan Tehlikelerin Azaltılması'nın uygulanabilirliğini Hastanelerin Afete Hazırlığının gelişmesinde büyük önem taşımaktadır. Özellikle deprem kuşağında ve diğer riskli bölgelerde bulunan hastanelere ve sağlık hizmeti veren tüm özel ve kamu kuruluşlarına ve hastane çalışanlarına "Temel Afet Bilinci" ve "Yapısal Olmayan Tehlikelerin Azaltılması" ile ilgili eğitimlerin verilmesi büyük önem arz etmektedir. Bu eğitimlerin sürekliliğini sağlamak ve çalışanlara bu eğitimlerde öğrendikleri bilgileri, dönem dönem tatbikatlarla desteklenmesi sağlanmalıdır.

Bu çalışmada; Hastanelerin olağan dışı durumla karşı karşıya kaldıkları zaman yaşayacakları sorunlardan ve bu sorunlar karşısında önceden alınabilecek önlemleri ortaya koyması açısından ve bahsedilen konuların hastanede uygulanmasında kolaylık sağlanması amaçlanmıştır.

Hepimizin toplum olarak öğrenmesi gereken önemli husus, afetlere hazırlıkların tamamı küçük adımlarla başlar.

Anahtar Kelimeler: *Güvenli Hastane, Afet Yönetimi, Yapısal Olmayan Tehlikelerin Azaltılması (YOTA)*

GİRİŞ

Afet; Toplumun tamamı veya belli kesimleri için fiziksel, ekonomik ve sosyal kayıplar doğuran, normal hayatı ve insan faaliyetlerini durduran veya kesintiye uğratan, etkilenen toplumun baş etme kapasitesinin yeterli olmadığı doğa, teknoloji veya insan kaynaklı olay. Afet bir olayın kendisi değil, doğurduğu sonuçtur.

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre afet (disaster); yaygın toplumsal, ekonomik ve çevresel kayıplara neden olan ve etkilenen toplumun kendi kaynaklarını kullanarak üstesinden gelebilme yeteneğini aşan, toplum faaliyetlerindeki ciddi bozulmadır. Afet, risk sürecinin bir fonksiyonudur. Tehlikelerin birleşmesinden, zarar görebilirlik şartlarından ve riskin potansiyel olumsuz sonuçlarının azaltılmasındaki yetersizlikten kaynaklanmaktadır (19.05.2009 tarih ve 5902 Sayılı Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun).

Son kırk yıl boyunca, depremler, volkanik hareketler, yer kaymaları, tsunamiler, tropikal siklonlar ve diğer büyük fırtınalar, tornadolar ile kuvvetli rüzgârlar, nehir taşmaları, kıyı alanlarındaki su baskınları, orman yangınları ile buna bağlı duman, kuraklık, kum/toz fırtınaları ile böcek istilaları gibi doğal afetler birçok insan hayatının ve insan geçim kaynaklarının kaybına, ekonomik ve sosyal altyapıların bozulmasına sebep olmuştur. Aynı zamanda çevresel hasarlar yaratmıştır. Bu süre zarfında, ekonomik kayıplar 10 kat artmıştır (Environmental Health in Emergencies and Disasters: A Practical Guide 2007).

Son yıllarda dünyanın pek çok ülkesinde ve Türkiye'deki depremler, orman yangınları, su baskınları çok geniş ölçekte sosyal, ekonomik ve çevresel tahribata sebep olmuştur. Doğal afetler insanlardan kaynaklanan acil durumları artırabildiği ve kuvvetlendirebildiği gibi, insani sebeplerden dolayı doğal afetlerin etkisi de artabilmektedir (Altıntaş H. K.,(2009).

Ülkemizde, olağan dışı durum kaynaklı, ölüm, yaralanma, sakatlanma ve ekonomik kayıplar, önemli ve öncelikli sağlık sorunlarının başında gelmektedir. Sel ve taşkınların ekonomik kaybı yılda ortalama 100 milyon dolar civarında olmaktadır. Başta deprem olmak üzere, sel, su baskınları, çığ düşmesi, orman yangınları vb. Olağan Dışı Durumların (ODD)'lerin yol açtığı can ve mal kaybı, her yıl GSMH'nin %3' üne karşılık gelmektedir. (Türkiye İktisat Kongresi 5-9 Mayıs 2004, İZMİR).

17 Ağustos 1999 Marmara Depremi felaketi, 2003 yılı ve sonrasında gelişen İstanbul patlamaları (sinagog ve yabancı sermayeli özel bir bankanın canlı bomba eylemi ile), 2011 Van depremi, Suriye iç savaşı sonucu sınırlarımız içine gelen yaklaşık 4.500.000 kişiyi bulan mülteciler, terör saldırıları, büyük çaplı zincirleme trafik kazaları, Ege ve Akdeniz Bölgelerinde çıkan orman yangınları, gibi daha sayılabilecek birçok neden ülkemizin doğal ve insan eliyle oluşturulabilecek afetlere ne kadar açık olduğunu göstermesi bakımından önemlidir.

Günümüzde, doğal felaketlerle ve bunlara bağlı teknolojik ve çevresel afetlerin tetiklediği ciddi boyutlardaki afet olaylarındaki artış, hem sürdürülebilir kalkınmayı hem de yoksulluğun azaltılmasına yönelik girişimleri artırarak tehdit etmeye devam etmektedir.

Olağan dışı durumlarla karşı karşıya kalındığında, acil durumlarla ilgili olarak anlık çözümler bulmak gerekmektedir ve bunun gerçekleştirilmesinin oldukça zor olduğu kabul edilen bir gerçekliktir. Afetlerin olumsuz ve felakete sürükleyen etkilerinin azaltılabilmesi ancak iyi bir planlama, ön hazırlık ve yeteri kadar eğitim ve tatbikat ile mümkün olabilmektedir.

Ülkemizde yer alan yataklı sağlık tesislerinin olağan dışı durumlarda öncelikle üç boyutta koruma sağlamaları gerekmektedir.

Bunlar;

Çalışanlarının ve hastalarının canını koruma,

Yatırımını koruma,

Hastane fonksiyonlarını ve işlevselliğini korumadır.

Buna ilave olarak bu kurumların büyük bir afet meydana gelmesi durumunda kendine gelebilecek hasta ve yaralılara acil tıbbi müdahale yapabilme kapasitesine sahip olması gerekmektedir. Bu kapasitenin sağlanabilmesi üç boyutta mümkün olmaktadır:

İlk müdahale kapasitesi,

Triyaj ve tahliye kapasitesi ile

Tedavi kapasitesi.

Kurtarma ve tahliye kapasitesinin sağlanabilmesi kapsamlı ve yeterli destekleyici sistemlerin durumuna bağlı olmakla birlikte, tedavi kapasitesi ise matematiksel olarak öngörümlenebilmekte ve analiz edilebilmektedir.

Olağan dışı durumlarla karşı karşıya kalındığında, acil durumlarla ilgili olarak anlık çözümler bulmak gerekmektedir ve bunun gerçekleştirilmesinin oldukça zor olduğu kabul edilen bir gerçekliktir. Afetlerin olumsuz ve felakete sürükleyen etkilerinin azaltılabilmesi ancak iyi bir planlama, ön hazırlık ve yeteri kadar eğitim ve tatbikat ile mümkün olabilmektedir.

1999 Marmara Depreminde, depremden etkilenenler en yakındaki hastanelere götürülmek yerine, uzak ve güvenli şehirlerdeki hastanelere taşınmışlardır. Taşınamayan yaralıların açıkta veya oluşturulan sahra hastanelerinde bakım ve tedavileri yapılmıştır. En yakındaki sağlam görünümlü hastanelerin ne durumda olduklarına veya afete hazır olup olmadıklarına dair belli standart bir planlarının bulunmaması nedeniyle bu hastanelere güvenilememiştir.

Hastanelerin afetlerle baş edebilmesi için öncelikle ne ile karşı karşıya kalabileceğini bilmesi gerekmektedir. Bu nedenle hastane kendi kapasitesini bilerek, önceden hazırlanmış çok iyi düzeyde ve uygulanabilir afet planlarına sahip olmalıdır. Ayrıca bütün personelin katılımı ile planların uygulanabilirliği gerçek ölçekli tatbikatlarda görülmeli, ne gibi olaylarla karşı karşıya kalılabileceğini öğrenilmelidir. Tatbikatlarla olayın boyutu hakkında fikir sahibi olunmalı ve afetin hangi türü ile karşılaşılırsa karşılaşsın acil refleks cevabı nasıl verebileceğini test edilmiş olmalıdır. Hastane Afet Planları ve planlara göre yapılan gerçek ölçekli tatbikatlar bu tutum ve davranışların sonucunu açıklıkla ortaya koymalıdır.(ŞEN G., ERSOY G.,2017)

Hastane Afet Planı (HAP), Olağan dışı durumlarda yataklı tedavi kurumlarının yanıtına yardım etmek için yapılmış olan Acil Yönetim Sistemi'dir. HAP, afet sırasındaki oluşması muhtemel karmaşıklıkta süratle olaya müdahale eden belirli bir sistem içinde olaya yaklaşan, görevli personelin görev tanımlarının çok iyi seviyede yapıldığı, kayıtların düzenli olarak tutulduğu ve her alanda ortak dillini kullandığı bir olağan dışı durumla mücadele sistemidir.

HAP, afet anında her türlü sağlık kuruluşunca uygulanabilecek sistematik yaklaşımı öngören bir plandır(Özüçelik, D.N.,(2008).

2. Hastane Afet Planlaması

Ülke genelindeki bütün sağlık kurum ve kuruluşlarının, olağan dışı durumlara yönelik önlem almalarını, meydana gelen afet ve acil durumlarda sunulacak sağlık hizmetleri konusunda gerekli hazırlıkları önceden yapmalarını sağlayan hastane afet ve acil durum planı, planın işleyişi, tahliye esnasında dikkat edilmesi gereken hususlar, Kimyasal Biyoloji Radyoaktif Nükleer (KBRN)'nin önemi ile görevlilerin yetki ve sorumluluklarının pekiştirilmesi için yapılmalıdır.

Hastaneler, 7/24 acil sağlık bakım hizmeti sağlayan, fiziksel ve psikolojik bakımın her ikisi teşhis, tedavi ve hasta bakımında yaşamsal bir kaynak olarak görülen kamu algısından dolayı hayat kurtarmada birincil sorumluluğa sahip kuruluşlardır. 2011 yılı Van Depreminde Van Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesinin deprem sırasında gelen hastalara yönelik sadece triaj uygulanması çalışmalarında elde ettikleri sonuç; “Her hastanenin kendine ait bir afet planı olmalı ve afet planı hazırlanmasında, yürütülmesinde acil tıp uzmanları bulunmalıdır”. Afet planı içinde tatbikatlar yapılmalı ve tatbikatlar genişletilip il genelindeki bütün hastaneler ve diğer kurumları da kapsamalıdır” (Dursun, R., Görmeli, A.C., Görmeli, G., ve ark. (2012).) ifadesi toplumun ve ilgililerin bilgisine sunulmuştur. Bu durum, HAP’tan elde edilen yararların hayat kurtarmada ne kadar önemli olduğunu sahada görev yapanların dile getirmesiyle daha da özel bir önem kazanmasına vesile olmuştur.

Sağlık sisteminin en önemli unsurlarından olan hastaneler herhangi bir işyeri değildir. Hastanelerde sunulan hizmet hayati öneme sahiptir, herhangi bir iş kolundaki hizmet ile karşılaştırılmaz. Günlük yaşamda en ufak aksamaların bile büyük sıkıntı yarattığı sağlık hizmetlerine, afet dönemlerinde daha çok ihtiyaç duyulmaktadır. Dolayısı ile hastaneler afet dönemlerinde hem rutin işlerini kesintiye uğratmadan devam ettirmek hem de artan talebi ve olağan dışı ihtiyacı karşılamak zorundadır.

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı tarafından 20. 06. 2012 tarihli ve 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu kapsamında hazırlanan İş Sağlığı ve Güvenliği Hizmetleri Yönetmeliği ve İşyerlerinde Acil Durumlar Hakkında Yönetmelik, ülkemizde iş yerlerinin afet ve acil durumlara hazırlanması konusunda önemli adımlar olarak değerlendirilmekle birlikte, yukarıda belirtilen özelliklerinden dolayı hastaneler için daha farklı nitelikte planlara ihtiyaç bulunmaktadır.

Hastane bileşenlerinde meydana gelebilecek herhangi bir kaybın ve bunun yol açacağı fonksiyon kaybının neden olacağı ekonomik maliyetin yanında, sosyal maliyet de oldukça yüksek olacaktır. Bunlara ek olarak, hastaneleri birçok iş yerinden ayıran diğer önemli özellikler şunlardır:

- Farklı kullanıcı karakterlerine sahip olması: Hastanelerde yatarak tedavi gören hastalar olduğu gibi polikliniklerde ayaktan tedavi gören hastalar da mevcuttur. Hastaların yanı sıra personel, hasta yakınları ve ziyaretçiler bulunmaktadır.

- Karmaşık yapısı: Hastanelerin bünyesinde otel, ofis, laboratuvar, eczane, ameliyathane, depo gibi farklı işyerlerinin yapısal ve fonksiyonel özellikleri mevcuttur.

- Kullanım özellikleri: Hastaneler çoğunlukla 7/24 hizmet verirler. Bu hizmetlerden farklı ihtiyaç sahibi hastalar, yaşam desteğine ihtiyaç duyan yoğun bakım hastaları, hamileler, çocuklar vb. yararlanır. Hastanelerde kullanılan teçhizat ve malzeme göz önüne alındığında hastane binaları yoğun ve ağır bir yük taşır.

- Altyapı hizmetlerine hayati bağımlılık: Hastanelerin fonksiyonlarını sürdürebilmeleri elektrik, gaz ve su gibi kritik altyapı sistem ve hizmetlerine bağlıdır. Özellikle su ve enerji kaynağı olmadan hastaneler işlevsiz kalacaktır.

- Tehlikeli maddeler: Hastaneler kendi kullanımları için barındırdıkları çeşitli kimyasallar, gazlar ve maddelerden kaynaklanabilecek kaza ve afetlerden sonra bu maddelerin yol açtığı ikincil olaylara maruz kalabilirler.

- Dışsal etkenler: Hastanelerin işlevsel olabilmesi için ulaşılabilir olması gerekmektedir. Afet durumlarında yollarda oluşabilecek hasar, yıkım veya yakınlarını arayanlardan kaynaklanabilecek aşırı yoğunluk nedeni ile trafiğin kilitlenmesi gibi olaylar hastanelerin durumundan bağımsız olarak afet esnasında hastanelerin işlevini yerine getirememesine neden olabilecek etmenler olarak karşımıza çıkabilecektir.

Tüm bu özellikler gözönüne alındığında, hastaneler, sundukları hizmetler, fonksiyonel ve yapısal özellikleri dolayısı ile diğer işyerlerinden daha farklı afet ve acil durum planları hazırlamalı ve uygulamalıdır.

2.10.1. Güvenli Hastane Yapıları;

Depremler neden oldukları ölüm, yaralanma, sakatlık ve ekonomik hasarlar nedeniyle önemli bir sorun oluştururlar. 1926-1984 yılları arasında yurdumuzda meydana gelen 49 büyük depremin sonucunda 58.202 vatandaşımız hayatını kaybetmiş, 411.465 yapı yıkılmış veya ağır hasar görmüştür. Ülkemizde 1942 yılından bu yana, depremlerde meydana gelen can, mal ve işgücü yitimi artmaktadır. Bunun nedeni, nüfus yoğunluğunun artmasına karşın yapı tekniğinin Cumhuriyetin ilk yıllarındakinden pek farklı olmayışıdır.

Topraklarımızın % 91'i deprem tehlikesi altında bulunan bölgeler içindedir. Bu bölgelerde nüfusumuzun %98'i ve barajlarımızın %92'si yine bu bölgelerde yer almaktadır. Ülkemizde deprem görülme sıklığı da diğer ülkelere göre yüksektir. Türkiye'de ortalama her 10.8 ayda bir deprem olurken, bu sayı İran için her 15.6 ayda bir, Japonya için her 16.8 ayda birdir. Bu deprem tablosu ile Türkiye, dünya büyük deprem sıralamasında en önde, can kaybı yönünden de ikinci sırada yer almaktadır.

Depremin kendi zararından başka neden olduğu yangın, sel ve toprak kayması gibi olaylar da ikinci bir afete yol açabilmektedir. Üstelik depremden yalnız depremin olduğu bölge değil başka bölgeler de etkilenir. Örneğin İstanbul'da bir deprem olması tüm ülkeyi etkileyecektir. Bu durum, depremlerin sadece sosyal ve ekonomik dengesini bozabilecekleri konusunda iyi bir örnek oluşturur. Ayrıca ülkemiz politik, ekonomik ve sosyal olaylar bakımından istikrarlı olmayan bir coğrafyada bulunduğu için, kitlesel yaralanmalara neden olacak konvansiyonel, kimyasal ve hatta nükleer tehditlerle karşı karşıya kalabilir. İyileştiren hastane tasarımında önemli bir yere sahip olan güvenlik, kurumun hastalar ziyaretçiler ve personel için güvenli bir fiziksel ortam yaratması, hastane içindeki enfeksiyon kontrolü, düşme ve yaralanmalar, emniyet, hırsızlık, gasp olayları, doğal ve diğer afetlere hazırlık, yangın korunması, su ve elektrik kesintileri konularını da kapsamaktadır (ÖZMEN P., TÜRK Y.Z., ÇETİN M 2013).

Hastane yapıları “Türkiye Bina Deprem Yönetmeliği 2018”, ve ilgili diğer şartnameler dikkate alınarak projelendirilir ve uygulama sırasında da projeye uygunluğu kontrol edilerek deprem dayanıklılığı ve güvenliği sağlanmaktadır. Hastaneler aynı zamanda bilgi teknolojileri ve bilgi güvenliği konusunda gerekli alt yapıya da sahip olmalıdır. Sağlık tesislerinin yapısal dayanıklılığını sağlayarak hastaların ve sağlık çalışanlarının hayatını korur. En çok ihtiyaç

duyulan zamanda sağlık hizmetlerini acil ve afet sonrasında mümkün olduğunca işler tutar. Sağlık çalışanları ve kurumlarının acil durum yönetim kapasitesinin geliştirilmesini ve riskin azaltılmasını sağlar.

2.10.2. Acil Durum ve Afetlerde Güvenli Hastane Filipinler Göstergesi;

Filipinler Göstergesi yapısal olan, yapısal olmayan ve fonksiyonel unsurları içermektedir. Bu gösterge ile hastane güvenlik skorları elde edilmektedir. Sağlık tesisleri buna göre Yüksek, Orta ve Düşük olmak üzere üç güvenlik kategorisinden birinde değerlendirilmektedir.

Kategori A: Düşük risk kategorisindedir. Muhtemel felaket durumlarında hastanenin çalışmaya devam edilecek kuruluşlar olarak sınıflandırılmaktadırlar

Kategori B: Orta derecede risk mevcuttur. Ekipman ve kritik hizmetler risk altındadır. (Puan:0,65-0,36)

Kategori C: Ciddi risk altındadır. Sağlık çalışanlarının da, hastalarında güvenliği tehlikededir. Acil tedbir alınması gerekmektedir.(Puan: 0,35-0)

Göstergede yer alan maddeler neticesinde bir kılavuz ortaya çıkmıştır. Kılavuz güvenli hastaneler için elbette tek kaynak değildir, bu; hastane ve sağlık tesislerinin güvenliğini sağlamada sonraki yapılanmalar için bir rehberdir. (C İPEK, A. KUZUCUOĞLU, M. KISTIR 2016.)

2.11. Yapısal Riskin Azaltılması:

Bir ülkedeki hastanelerin mimarisi görselliği ülkenin imajı konusunda bir algı oluşturmaktadır. Hastane mimarisi sadece güzel değil aynı zamanda özel de olmalıdır. Bir deprem esnasında, ölüm ve yaralanmaların büyük çoğunluğu binaların yarattığı tehlikelerden kaynaklanmaktadır. İnşaat mühendislerinin, çağımızda gerçekleşen depremlerde binaların nasıl bir performans gösterdiğine ilişkin bilgileri artmıştır. Bununla bağlantılı olarak depreme dayanıklı binaların tasarlanması konusunda da ciddi ilerlemeler kaydedilmiş ve bunlar ulusal ve diğer ülkelerin mevzuatlarına aktarılmıştır. Ülkemizde 1998 yılında çıkarılan Bina Yapı Yönetmeliği bu konuda çağdaş bir düzenlemedir. Yapısal risk boyutunda genel olarak; Binanın konumu; tasarım özellikleri ve hastane için kullanılan malzemeler değerlendirilmektedir.

1987 Whitter Narrows depreminde, bir sağlık tesisine ait binada ortaya çıkan kısmi yapısal bir hasar nedeniyle bina gereksiz yere boşaltılmış ve hizmet dışı kalmıştır. Bu sağlık tesisinde, hasarın yarattığı özgün riskleri değerlendirmede bir inşaat mühendisi yerine, belediyeden gelen uzman olmayan bir yetkili değerlendirme yapmış ve binanın kapatılmasına karar vermiştir. Sonrasında, uzmanlar tarafından yapılan tetkikte aslında tahliye kararının gereksiz olduğu tespit edilmiştir. Bu sebeple olası bir deprem ertesinde bina tahliye kararının verilmesi için bir veya daha fazla inşaat mühendisi ile önceden yazılı anlaşmaya varmak uygun bir çözüm yolu olarak değerlendirilebilir. Bu sözleşmenin gönüllülük çerçevesinde olmasına ve ilgili mühendisin başka bir kurumla anlaşmamış olmasına dikkat edilmelidir. Burada hastanenin yer aldığı ilçede veya yakın bölgede ikamet edenler tercih edilmelidir. İnşaat mühendisi, ilk incelemeleri yürütebilecek şekilde eğitilmiş olmalıdır. Örneğin; yapısal olmayan hasarlarla, yapısal hasarların birbiriyle karıştırılmaması için kontrol listeleri kullanılmalıdır. Ayrıca, deprem öncesi hastane binasının projeleri ilgili mühendise sunulmalıdır.

2.12. Yapısal Olmayan Riskin Azaltılması (YOTA):

Depremler etkisi açısından insanlık tarihi boyunca en yıkıcı felaketleri meydana getirmiştir. Bu felaketin etkilerini azaltabilmek amacıyla bir takım ön tedbirler düşünülmektedir. Bunların en başta geleni ise YOTA'dır. (C İPEK, A. KUZUCUOĞLU, M. KISTIR 2016.) Yapısal Olmayan Tehlikelerin Azaltılması (YOTA) depremlerin, bina içindeki araç gereçler, eşyalar, asansörler, iç sistemler, pencere camları, dekoratif mimari duvarlar ve tavanlar, mekanik, elektrik ve sıhhi tesisat gibi yapısal olmayan elemanlar üzerindeki etkilerinden kaynaklanan güvenlik tehditlerini ortadan kaldırmaktadır. Bu faaliyetler, depremde hasar görme riskine sahip olan ya da olağan işleyiş yönünden kamu güvenliği açısından tehdit oluşturan tesisat ile teçhizatın belirlenmesini de kapsamaktadır. Yapısal hasar veya yıkım muhakkak ki bir hastaneyi devre dışı bırakma potansiyeline sahip olmakla birlikte, deneyimler göstermiştir ki yapısal olmayan hasar da kurumun işlevini devam ettirmesi karşısında ciddi bir tehdittir.

1989 Loma Prieta ve 1994 Northridge depremlerinde 10 büyük hastane yapısal olmayan elemanların(borular) neden olduğu hasarlardan dolayı tahliye edilmiş ya da kapatılmak zorunda kalmıştır. Özellikle yapısal olmayan yapı elemanlarının depremden dolayı yıkılması ile yapının tümüne zarar vermiştir. (İPEK .C. 2015)

Marmara Depremi'nde de bir çok hastanemiz bu nedenle hizmet dışı kalmıştır. Yapısal olmayan tehlikelerin azaltılması için katlanılacak maliyet; pahalı tıbbi cihazların kaybı, tıbbi bakım kapasitesinin yitirilmesi ve bunun yol açtığı maliyetlerle karşılaştırıldığında çok düşük kalacaktır. Yapısal olmayan elemanlar bir evin-ofisin yaklaşık %60'ını oluştururken, bir hastanenin %85-90'ını oluşturmaktadır. Marmara depreminden sonra yapılan bir araştırmada yaralanmaların %50'sinin, ölümlerin %3'ünün yapısal olmayan unsurlardan kaynaklandığı görülmüştür (C İPEK, A. KUZUCUOĞLU, M. KISTIR 2016.)

2.12.1. YOTA Çerçevesinde Alınabilecek Önlemler:

Her türlü tıbbi cihazın sabitlenmesi,

Düşme ve sallanma riski olan aydınlatma ile ilgili tesisat ve diğer unsurların tutturulması,

Bilgisayar, televizyon, yazıcı, telefon gibi masa üstü araç-gerecin sabitlenmesi,

Her türlü yüksek mobilyanın sabitlenmesi,

Oksijen tüplerinin, hastane arabalarının, sedyelerin hastalara ve personele zarar vermeyecek, kaçış yollarını kapatmayacak şekilde yerleştirilmesi veya sabitlenmesi,

Buzdolabı, fotokopi makinesi gibi ağır ya da büyük hacimdeki teçhizatın zemine ve duvara sabitlenmesi,

Ağır unsurların çalışma alanlarından uzak yerlere asılması,

Duvarlardaki tablo ve resimlerin kancalı vidalarla tutturulması,

Raflardaki ağır cisimlerin daha alçak yerlere konulması,

Çekmecelerin veya dolap kapaklarının sarsıntı esnasında çıkmalarını ya da açılmasını engelleyecek tarzda özel kilit sistemleri kullanılması,

Pencere camlarının kırılıp insanların üzerine düşmesini engelleyecek koruyucu film kaplanması, kalın perdeler kullanılması veya kırılmaz cam takılması gibi önlemlerin alınması, bu uygulamanın öncelikle kaçış ve çıkış yollarının üzerindeki camlar için yapılması,

Hastanelerin satın alma süreçlerinde depreme uygun standartlarda araç- gereç ve malzeme alımını sağlaması için, hazırlanan teknik şartnamelerde ilgili maddelere yer verilmesi,

Kablolu asansörlerin değerlendirmeye alınması,

Acil durum ışıklarının (kaçış işaretleri) tüm çıkış yollarında (koridor, merdivenler) bulunmasının sağlanması,

Jeneratörlere sarsıntıya duyarlı olan, depremden hemen sonra devreye girmesini önleyen sistem yerleştirilmesi,

Doğalgazın sarsıntı esnasında otomatik olarak kesilmesinin sağlanması,

Hastanenin sıhhi tesisatının sarsıntıya, bükülmeye ve kopmaya dayanıklı plastik malzemeden seçilmesi gibi birçok konu üzerinde çalışmak gerekmektedir (Hastane Afet ve Acil Durum Planı (HAP) Uygulama Yönetmeliği).

2.12.2. Fonksiyonel Unsurlar:

Konu ile ilgili politikaların belirlenmesi, planların hazırlanması, eğitim verilmesi, grupların oluşturulması ve tatbikatların icrası bu bölümde değerlendirilmektedir. Keza, lojistik sistem ve yardımcı programlar, güvenlik ve alarm, ulaşım ve iletişim sistemleri, insan kaynakları bu anlamda incelenmektedir. Özellikle acil durum ve afet zamanlarında güvenli hastanelerin sağlanması bir takım taahhütler gerektirir. Planlama, finans, kamu hizmetleri, mimarlık ve mühendislik gibi çeşitli sektörlerin bu alanda katılımı olmalıdır. Afetlere hazırlıkta fonksiyonel unsurlar ile yapısal olmayan unsurlar, konuya bu açıdan bakış ile gerçekleştirilebilecek kontrolü daha basit olan, daha az maliyet gerektiren konulardır. Sağlık tesislerinin korunması için; tüm yeni sağlık tesislerinde inşaat riskini azaltmak amacıyla uygun tasarım yapılmalıdır, mevcut sağlık tesislerinin yapısal olmayan riskleri ortadan kaldırılmalı ve fonksiyonel güvenlik durumlarının iyileştirilmesi sağlanmalıdır. Koruma düzeylerini artırmak için en kritik tesisler seçilmeli ve güçlendirme için yasal ve mali önlemler benimsenmelidir.(12 Kadioğlu M. (2008).)

SONUÇ VE ÖNERİLER

1999 Marmara Depreminde ve 2011 VAN depreminde binaların eski teknoloji ile yapılması, bölgesel afet riskleri göz önünde tutulmadan eski mevzuata göre yapılması nedeniyle, hastanelere güvenilememiştir. İstanbul'daki hastanelerin izin belgeleri incelenmiş olup, 2018 yılında çıkarılan binaların depreme dayanıklı olması gerektiğini ifade eden mevzuata göre denetlendiği belirlenmiştir. (AFAD Başkanlığının Türkiye Bina Deprem Yönetmeliği 2018) Hastanelerin gerçek ölçekli tatbikatlarının denetimi, hastane dışından konuya hâkim bağımsız gözlemcilerle yapılması değerlendirmenin objektif olmasını sağlayacak ve halkın can ve mal kaybını ilişkin güvenliği sağlamada proaktif olunmasını sağlayacaktır.

Hastanelerde Yapılan tatbikatların, Hastane Afet Planları ve YOTA uygulamaları ile ilgili olarak çalışanları pozitif yönde iyileştirici olduğu ve her geçen yıl tatbikatlara personelin katılımının ve tatbikatta kendilerini, operasyonun bir parçası olarak görüp başarmış olmanın

verdiği hazzı duymaları ve oluşması muhtemel bir afet karşısında kendilerine olan güvenin pekiştiği yapılan analiz ve incelemelerde teyit edilmiştir.

HAP tatbikatlarına ilk yıllarda katılmaya hevesli olmayan çalışanların ve hastaların, artık çalışmaların içinde aktif rol almayı kendi iradeleriyle istedikleri bilinmektedir. Bu gerçeklerden hareketle her hastanenin kendi Hastane Afet planları, ilgili personelle beraber oluşturulmalı ve uygulamaya konulmalıdır. Afet bilincinin oluşturulması, sağlık personelinin bu konudaki gönüllü katılımının desteklenmesi önemlidir.

Olağan dışı durumlara hazırlık, sadece hastane baştabipliğinin değil toplumun her kesiminin hatta her bireyin sorumluluğudur. İlgili kişi ve kurumların afetler konusunda ortak çalışmalar yapması, sistemli ve özgüvenli yaklaşımları da beraberinde getirecektir.

2012 ve 2013 yılları içinde yapılan HAP tatbikat raporları ile 2008 yılından beri sürdürülen HAP'larının İl Sağlık Müdürlüğü tarafından onayları bütün olarak değerlendirildiğinde HAP yapılmasında ciddi aşama kaydedildiği görülmektedir. Hastanelerin HAP yapmalarındaki en önemli unsurun hastane yönetiminin bu işe verdiği önem olduğu ortaya çıkmaktadır. Sağlık Müdürlüğü ilk yaptığı değerlendirmelerde hastanelerin bilgi açığı olduğunu bilinmektedir. Bu bilgi eksikliklerine önlem olarak HAP müfredatı geliştirerek ücretsiz olarak bütün hastanelere HAP eğitimlerini düzenlenerek hastanelerin bilgi eksiklikleri ortadan kaldırılmıştır. Hastane yönetiminin bu işe verdiği önem oranında HAP'lar kısa sürede hazırlanmış, tatbikatları da başarılı sonuçlar alınmıştır.

Hastane yönetimlerinin HAP yapımına gerekli desteği vermemesi hem HAP onay sürecinde hem de HAP tatbikatlarının başarısı açısından gecikmelere de neden olabilmektedir. İstanbul'daki İkinci basamak hastanelerin THAP hazırlama ekibi oluşturdukları bilinmektedir. Bu olumlu bir gelişme olarak değerlendirilmiştir. Çünkü bununla plana herkesin sahip çıkması istenerek kâğıt üstünde kalan planlama anlayışından uzaklaşılmasının başarılması açısından olumlu bir değerlendirmedir.

YOTA ile hastane içinde azaltılabilir riskler konusunda istenen başarı yeterince sağlanamamıştır. YOTA müdahale edilebilen ve kolaylıkla bertaraf edilebilecek olan risklerdir. Büyük maliyet istemeyen bir önlemler dizisidir. İkinci basamak hastaneler toplanma alanlarını oluşturmayarak personel, hasta ve hasta yakınlarının kayıplarının azaltılması konusunda önlemlerinin yetersizliklerinin de farkında olmadıkları algısını oluşturmuşlardır. YOTA kolay başarılacak bir konu olmasına rağmen özel hastanelerin %30,4'ü bunu sağlayabilmiştir.

Türkiye'de daha çok tek tek hastanelerin yaptıkları planlar üzerinden tek bir hastane sorgulanmıştır. Bu gibi tez çalışmaları daha çok plan bulunma durumunu ve ne tür plan kullanıldığını sorgulanmasına imkan vereceği değerlendirilmiştir.

Toplumun maruz kaldığı riski anlaması gerekir. Toplumların buldukları mekân/yerleşim yerinin ve yaşayacakları muhtemel tehlike olaylarının fiziksel özellikleri hakkında iyi bilgilendirilmeleri gerekmektedir. Böyle bir sosyal bilinç toplumun riskin azaltılması amacıyla örgütlenme/ağ oluşturmaya götürür. Bu toplumu ortak bir program etrafında toplar. Böyle bir programın açıkça saptanmış hedeflere ve sonuçlara ihtiyaç vardır. Programda faaliyetler iyi tanımlanmalıdır.

Toplumun kaynaklarının seferberliğinin planlanmasına ve bunun sürekliliğini sağlamak için bir stratejiye sahip olunmalıdır. Toplum programları sosyo-ekonomik zarar görebilirliğe odaklanmakta, ailelere ve topluma daha iyi bir hazırlık ve zarar azaltması

amaçlanmaktadır. Toplum programları teknik unsurlar içermesine rağmen bent, set, kanal gibi geniş kapsamlı yapısal çözümlerden kaçınılmaktadır. Bu programlar kaynakların en iyi şekilde kullanılması ve sürdürülebilir çözümler üretilmesi amacıyla su ve toprak korunması (konservasyonu) geçim ve barınma programları gibi sektörler arası ve çok disiplinli yaklaşımı gerçekleştirmeye çalışılmaktadır.

Programlar yaşam koşullarında ve çevrelerinde gerekli değişikliklerin yapılabilmesi için yerel bilgiye, temel becerilere ve kapasitelere dayanmak durumundadır. Küçük ölçekli bu müdahalelerin birçoğu pahalı değildir.

Hastane Afet Planlama süreci ile depreme hazırlıklı hale gelmek için, önce yöneticilerin buna inanmaları gerekmektedir. Hazırlıklı olmanın ortaya çıkaracağı maliyeti, afetin yol açacağı risklerle karşılaştırmak şarttır. Afete hazırlık komitesi, hazırlanan ilkeleri kurumun mevcut haliyle olası bir deprem ertesinde işletilebilir halde kalma şansını ölçmede olduğu gibi, gerekli iyileştirmelerin uygulanmasında da kullanabilmelidir. Her hastane kendine özgü koşullarını dikkate alarak bütün hastaneler “ Hastane Afet Planlama” süreçlerini acil durumlara uygun olarak hazırlanmalıdır.

Marmara Depremi ve Van Depremi sırasında hastanelerle ilgili ortaya çıkan olumsuz tabloların tekrar yaşanmaması için gerekli önlemler alınmalıdır. Hastanenin afete hazırlıklı olması için, planlama işinin örgütlenmesi, binanın iyileştirmeye muhtaç yapısal ve yapısal olmayan alanlarının saptanması ile hazırlıklı olma, müdahale ve afet sonrası normal işleyişe geri dönüşü hedefleyen bir eylem planı geliştirilmelidir.

KAYNAKÇA

1. Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun, 9.05.2009 tarih ve 5902 Sayılı Kanun, T.C. Resmi Gazete, URL: <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=1.5.5902&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=> Erişim Tarihi: 01.10.2018.
2. WHO. (2007). Environmental Health in Emergencies and Disasters: A Practical Guide. World Health Organization Library, Malta, World Health Organization (WHO).
- 3 Altıntaş H. K.,(2009). Afet Tıbbında Terminoloji, HAMER Acil ve Afet Durumlarında Sağlık Yönetimi Kursu, Ankara, 8-12 Haziran 2009.
4. Türkiye İktisat Kongresi 2004.
5. ŞEN G., ERSOY G., Hastane Afet Ekibinin Afete Hazırlık Konusundaki Bilgi Düzeyinin Değerlendirilmesi, Gümüşhane Üniv. Sağ. Bil. Der.2017-6/4.
6. Özüçelik, D.N.,(2008). HAP Nedir? HAP İçeriği ve Avantajları Sunumu, Hastane Afet Planları Eğitim Panelleri, Ankara, 14 Nisan 2008.
7. Dursun, R., Görmeli, A.C., Görmeli, G., ve ark. (2012). Disaster Plan of Hospital and Emergency Service in the Van Earthquake, Journal of Academic Emergency Medicine 2012; 11: 86-92Tarihi: 20.09.2013.
8. ÖZMEN P., TÜRK Y.Z., ÇETİN M. Afetlerde Güvenli Hastaneler Gümüşhane Üniv. Sağlık Bilimleri Dergisi,2013-2(4)

9. İPEK C, A. KUZUCUOĞLU, M. KISTIR Yapısal Olmayan Elemanların Deprem Etkisi Altında İncelenmesi Uluslararası Burdur Deprem ve Çevre Sempozyumu 7-9 May 2015, Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Burdur-Türkiye

10. İPEK C. Deprem Etkisi Altındaki Yapısal Olmayan Sistemlerin İncelenmesi, 5.İnternational Earthquake Symposium 10-12 June 2015 KOCAELİ

11. Hastane Afet ve Acil Durum Planı (HAP) Uygulama Yönetmeliği'nin Resmi Gazetede 20.03.2015 tarihinde yayınlanarak yürürlüğe girmesinin ardından,

12. Kadioğlu M. (2008). Modern, Bütünleşik Afet Yönetiminin Temel İlkeleri. İçinde: Afet Zararlarını Azaltmanın Temel ilkeleri. Eds: Kadioğlu M, Özdamar E, T.C. İçişleri Bakanlığı Japonya Uluslararası İşbirliği Ajansı (JICA) Türkiye Ofisi, Yayın No:2, Ankara, 9.

13. Afet ve Acil Durum Başkanlığının Türkiye Bina Deprem Yönetmeliği, 2018.

100. YILDA SAĞLIKLI BARINMA HAKKI

Azize Serap Tunçer (Profesör Doktor, Çankırı Karatekin Üniversitesi,
serap@seraptuncer.com, Orcid: 0000-0001-8629-4828)

ÖZET

Cumhuriyetin 100. yılının, ülkenin iki derin yüzyıllık sınavı ile kapanmakta olduğu söylenebilir. Bunlardan biri 10 Mart 2020 de başlayan ve etkileri hala süren dönemin küresel salgını Covid 19 ile sınanan sağlık ve sosyal politika hizmetleri idi. Diğeri ise yine yüzyılın felaketi olan 6 Şubat 2023 depremi oldu. Bu sınavda da ülkenin lokomotif sektörü haline getirilmeye çalışılan inşaat hizmetleri ve ona bağlı, kent planlama, yerleşim kararları ve inşaat yapım ve denetim esasları ve hizmetleri ile doğal olarak merkezi afet müdahale kapasitesi, doğanın acımasız sınavına tabi tutuldu. Her iki sınav da onbinlerce ölüm rakamları ile büyük sarsıntı yarattı. Bu çalışmada yüzyıllık sınavlardan ikincisi olan kentsel yapılaşma hizmeti, sağlıklı barınma hakkı çerçevesinde sosyolojik açıdan değerlendirilecektir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık, Barınma, Afet, Deprem, İnşaat

Giriş

İlginç bir çağda yaşıyoruz... Edebiyatçı Özel (2009: 85), Eski Çin'de bir bilge kişi, düşmanının ağzının payını vermek üzere bir bedduada bulunmak isterse, yalnızca şöyle dermiş diye aktarır: “İlginç bir çağda yaşayalım!” Çünkü Çinliler, ahlaki heyelanların ve siyasi depremlerin hüküm sürdüğü “ilginç” çağlarda hayatın iyi ve güzel taraflarının gürültüye gideceğini, eriyip unufak olacağını bilirlermiş”. Bizim depremlerimiz ise ahlaki değil, maddi başlıyor. Yine de her maddi deprem, ardından ahlaki bir deprem tartışmasını da sürüklüyor.

Ülkenin tam da 100 yıl sonra katettiği güzel mesafeyi raporlamaya hazırlanırken, deprem felaketi birçok tartışmanın, basit bir siyasi karalama ve hamaset ürünü olmadığını ve bazı konularda ne denli az mesafe alındığını apaçık sergiledi.

Önceden Hazırlıklı Olmak

Günümüzde doğa karşısında gücünün sürekli sınavda olduğunu bilen insan, teknolojinin yanı sıra hizmet örgütlenmesindeki yetkinliği, işbölümü, öngörülü politika kurgulama ve amaç odaklı süreci yönetme gibi yetkinlikleri çerçevesinde afetlere hazırlanır.

Diğer tüm afet türlerinde olduğu gibi depremin de tarihini öngörmek mümkün değildir. Bu nedenle aslolan önceden hazırlıklı olmaktır. Ne yapacağını bilememenin yaratacağı panik hali, afetin etkisinden daha yıkıcı sonuçlar üretebilir.

Nitekim uzmanların, “önceden haber verilecek bir acil durumun yaratabileceği panik sonucunda meydana gelecek maddi hasarın, gerçek depremin yapabileceği maddi hasardan çok daha büyük olacağını” söylemeleri, işin bu ironik yanını açıkça gösterir. Çünkü Baudrillard'ın (2011: 12, 27), “simülasyon” kavramını açıklarken değindiği gibi: “hakikiden daha hakiki gibi görünen simülasyon denilebilir” ve “gerçek bir felaket yerine simülasyon yoluyla istenildiği kadar felaket üretilebilir ve üstelik bu yolla gerçek felaketlere eş değerli bir zarara neden olunabilir”.

Doğa Olaylarına Tanrısal Anlam Yüklenmesi

İnsanın yukarıda değinilen öngörülü örgütlenme kapasitesi sayesinde, bugün artık doğa olaylarının, felaketlerin tek belirleyeni olduğunu kabul etmek mümkün değildir. Bilimsel çalışmalar, riskli bölgeleri, hatları, mevsimleri, yapılaşma koşullarını ayrıntılı olarak gösterir. Bu gerçekleri dikkate alıp almamak genellikle o bölgedeki toplumsal kodlardaki bilime ve kadere inanç düzeyine, paranın gücüne, sağduyulu politika üretim araç ve geleneklerine bağlıdır.

Doğal afetlerin bir özelliği de ilk çağlardan beri doğa olaylarına Tanrısal anlam yükleyen dini toplumların ve din adamlarının inanç ve politikalarının konusu edilmeleridir. 2010 yılında bir deprem Haiti'nin önemli bir kısmını yuttu ve arkasında iki yüz binden fazla ölü bıraktı. “Ertesi gün, Evangelist tele-vaiz Pat Robertson Birleşik Devletlerden bunun açıklamasını yaptı. Ruhların çobanı bu din adamı, siyah Haitililerin özgürlüklerinin kurbanı olduklarını ilan etti. Onları Fransa'ya karşı özgürleştirmiş olan Şeytan, şimdi hesap kesiyordu” (Galeano, 2012: 23).

Doğanın tehditleri kadar yıkıcı olabilecek bu “Tanrı'nın Gazabı” yaklaşımı, yüzlerce kez çürütülmüş olsa da kaderci öğretilerde hala her yöne bükülebilecek elverişli bir silah olarak kullanılabilir.

Afetlerin Çok Boyutluluğu

Afetlerin bir diğer özelliği de çok boyutlu sonuç üretmeleridir. Deprem, sel, orman yangını, tsunami vb tüm afetlerde insanlar, sadece mevcut sahip oldukları can ve mal kaybı ile değil, tarım, sanayi, küçük işletme fark etmeksizin gelecek dönemli ekonomik güçlerini de yitirirler. Afetler bu nedenle uzun erimli yıkıcı etkili doğa olaylarıdır. Afete uğrayan bölgenin ayağa kalkması için de öngörülü acil ve etkin politika üretimi gerekir. Aksi takdirde, afeti besleyen

öngörüsüzlük ve güvenliği gözardı eden ranta dönük tamah alışkanlığı sürdükçe, bu dönemin aciliyeti her türlü suistimale de kapı açar.

Yukarıdaki Haiti örneğine geri dönmek gerekirse, bu afet sonrası suiistimal koşullarına çok somut bir örnek verilir. Sömürgecilikten çıkış mücadelesi emperyal güçler tarafından “şeytana uymak” olarak yaftalanan Haiti halkının, tarım sektörü de büyük darbe almıştır. Ancak bu halkın, ilginç şekilde başka bir şeytan algısı daha vardır. Bitkiler yaklaşık üç yüz altmış milyon yıldan beri, daha sonra yeni bitkiler ve yeni tohumlar verecek olan doğurgan tohumlar üretirlerken, 1998'de her ekim döneminde yeni tohum satın almaya mecbur bırakan kısır tohumların üretim patentini alan bir firma, Monsanto şirketine satılır. İntihar Tohumları ya da Terminatör Tohumlar diye de adlandırılan bu kısır tohumlar, kendileriyle birlikte herbisit, pestisit ve transgenik eczacılığın diğer zehirlerini de satın almak zorunda bırakan çok kazançlı bir sektörün bir parçasını oluşturmaktadır. 2010 depreminden bir kaç ay sonra, Haiti Monsanto'dan büyük bir hediye alır: kimya endüstrisi tarafından üretilmiş altmış bin torba tohum. Köylüler bağış almak için bir araya toplanırlar ve torbaları kocaman bir ateşte yakarlar (Galeano, 2012:258).

Ülkemiz deprem yaralarının sarılması politikalarında da hem etkilenen tüm sektörler gözetilmeli, hem de felaketi dahi fırsata çevirme üzerine kurulu vahşi kar anlayışına karşı dikkatli olunmalıdır.

Demir ve Çelik

Depremi bir diğer dersi, yapı kalitesi konusundaki umursamazlıktan, kötü niyetli rantiyeci yaklaşıma kadar pek çok hizmet kusuru ve bilinç eksikliği olgusunun varlığıdır. Neredeyse tamamı deprem bölgesi bir ülkede, binalardaki kolon, kiriş özensizliği ve demir ve çelik gibi kaliteli malzeme eksikliği, adeta kumdan kaleler gibi yıkılan binalarda apaçık görünürleşmiştir.

Walter Benjamin (2017: 33), XIX Yüzyılın Başkenti Paris'in pasajlarının kente ve küresel ticarete etkisini değerlendirirken, pasaj yapımında demir iskeletlerin nasıl bir temel gereksinim olarak ortaya çıktığına değinir. Mimari tarihinde ilk yapay inşaat malzemesi olarak ortaya çıkan demir, konut yapılarında tercih edilmez, pasajlarda, sergi salonlarında, istasyonlarda kullanılır. Yaklaşık yüz yıl sonra ise artık tüm inşaatların vazgeçilmez malzemesidir.

Gerilme direncine sahip çelik ise incelik ve seyrekliği ile camla birleştiğinde kırılabilen sertlik yerine yeni tür bir dayanıklılık ve süreklilik getirdi. Wright'a göre, “Imperial Otel'in depremde sağlam kalmasını sağlayan çeliğin bu dayanıklılık özelliği” (Aktaran: Downs, 2017: 516-517).

Günümüz deprem felaketinin gösterdiği en yalın gerçek, bu iki güçlendirici malzemenin, hatta beton kalitesinin bile sağlanmamış olduğudur.

Mimarlığın Rolü

Yapı kalitesinden söz edildiğinde bir diğer temel sorun ise kent planlamasından inşaat denetimine, kat artış kararlarından inşaat maliyetlerine kadar inşaat sürecinin tümünde görev yapan teknik insan olarak inşaat mühendisleri ve mimarların ağır yükü ve önemli rolünü ele almaktır.

Mimari yaratıcılığın kökeninde sanatı arzulayan, yerçekimine karşı zaferin gururunu taşıyan bir eser üretmeye dönük büyük bir istenç ve hatta esrime olduğunu savunan Nietzsche (2012:

70), egemenliğin gücünü de atlamaz. “Mimarları esinleyenler her zaman en egemen insanlar olmuştur; mimarlar hep egemenlik gücünün telkini altında olagelmüşlerdir. En yüksek güvenlik ve egemenlik duygusu, biçemi büyük olan yapıda ifadesini bulur” der.

Oysa deprem gerçeği, çok geniş bir coğrafyada bina güvenliğinin sağlanamadığını ve egemenlik anlayışına dair o büyüklenmelerin de büyük ve gösterişli binalarla birlikte yıkılıp yerle bir olduğunu göstermiştir.

Mekanın Yeniden Ayağa Kalkması

Felaketlerin yerle bir ettiği kentlerin mümkün olan en kısa sürede ayağa kaldırılması ise fiziksel olduğu kadar duygusal yıkımların da aşılmasında, acılarla yüzleşme süresinin kısaltılması bakımından önemlidir.

Gelecek bilimciler, doğal jeolojik felaketlerin genellikle bir şehri veya bir bölgeyi etkisi altına aldığı halde “1906 yılındaki deprem ve yangınların ardından San Francisco’da ve 1923 yılındaki büyük Tokyo depreminin ardından bu kent örneklerinde, şehirlerin kısa süre içerisinde toparlandığına” dikkat çekerler. Yine Çin’in 1970’lerdeki depremlerde yerle bir olan şehirlerinde de yaraların hızla sarılması başarılmıştır (Kurth ve Easterbrook, 2015: 191). Elbette burada sözkonusu edilen yapısal düzenlemeler ve inşaatlardır. Felaketin duygusal etkilerini sarmak o kadar da kolay olmamıştır.

Önce volkan patlaması ile mekanın askıya alındığı Antik Pompei kentinin, sonra depremle ikinci kez yok edilmesi sonrasında kalan harabelerinde, herşeye karşın sonsuzluğa taşınacak şeyler var gibidir. İlk felaketle dondurulmuş/taşlaşmış yaşam, varlığını hala sürdürmektedir. Baudrillard’ın (2011: 12, 27) tanımıyla, bu yinelenen süreçte “sanki felaketlere özgü sadist bir alaycılık” vardır. Bugün deprem bölgeleri de aynı yazgıyı paylaşmaktadır. Tarih boyunca depremlerle yıkılan her mekan bir şekilde yeniden ayağa kalkmış, yeniden yaşamayı başarmıştır.

Bugün yaşanan depremin mekânsal etkilerinin izinin silinmesi de doğru politikalar ile mümkün olabilecektir. Ancak tabii bu sadece örtmek ve perdelemek şeklinde değil, alınan derslerin uygulamaya konması ve başkalarının hayatları ile ödeyecekleri riskleri rant uğruna yaratmaktan kaçınmak konusundaki samimiyetle ortaya konabilecektir.

Deprem ve Sağlıklı Barınma Hakkı

Depremin bugününü yazmak için, belki de henüz tümüyle açık yara halinde olan bazı konuların muhasebesinin ertelenmesi ve el birliğiyle mevcut durumda yapılacak katkıların üretilmesi, kısa ve orta vadeli önlem politikalarının konuşulması gerekmektedir.

Bir diğer edebiyatçı Alatl (2001: 137-139), 1966’da gerçekleşen Varto Depremi nedeniyle yardım için gittiği bölgede, Türkiye coğrafyasının etnik ve kültürel renkleriyle karşılaşması ve kendi bilgi ve algılarıyla yüzleşmesini aktarır. Depremi izleyen 2 sene boyunca sallanan bölgede, “85 km² lik bir alanda, 20.000’den fazla evin yıkılıp, 2.500 kişinin öldüğünü” bildirir. Hükümet konusundaki algı ve beklentilerin şekillendirdiği sert ve kavgacı ortamın özünde, hükümetin yıkılan evlerin yeniden yapılacağına dair vaadi ve kayıplar için ödenecek tazminat bulunmaktadır.

Bugün yıkım alanı çok daha büyük, kayıplar çok daha fazladır; yardım konuları bölgesel olmanın çok ötesinde ulusal ve hatta uluslararası mercek altında tartışılmaktadır. Bölgenin yeniden ayağa kalkması için bütün güçler seferber edilmiş durumdadır. Bu yeniden

yapılanmada eski hataların yinelenmemesi için “sağlıklı bir barınma hakkı”nın bundan sonra nasıl işletilmesi gerektiği konusunda temel metinlere bakılmalıdır.

Avrupa Kentli Hakları Deklarasyonu ve Avrupa Kentsel Şartı İlkelerinin Ana Başlıkları “sağlıklı barınma hakkı”nı sağlayacak konut politikası için gerekli ana çerçeveyi çizmiştir.

Avrupa Kentli Hakları Deklarasyonu’nda,

- ❖ Konut Hakkı:
- ❖ Mahremiyet ve dokunulmazlığının garanti edildiği,
- ❖ sağlıklı,
- ❖ satın alınabilir,
- ❖ yeterli konut stokunun sağlanması olarak tanımlanmıştır.
- ❖ Sağlık Hakkı: Beden ve ruh sağlığının korunmasına yardımcı çevrenin ve koşulların sağlanmasıdır.

Görüldüğü gibi kent yönetimleri, konut konusunda sadece sağlıklı bina yapmakla değil, bu yapıların “satın alınabilirlik” ilkesine göre düzenlenmesini ve tüm kentliler için “yeterli konut stokunun” oluşturulmasını da sağlamakla yükümlüdürler. Böylece yetersizlik nedeniyle oluşacak fahiş fiyat sorunu da önlenmiş olacaktır.

Avrupa Kentsel Şartı İlkelerinin Ana Başlıkları’na bakıldığında aynı temel ilkeler çerçevesinde hakların genişletildiğini görüyoruz.

- ❖ 1. “Konutta bireyin mahremiyetinin olması” bir kez daha insani mahremiyet hakkını;
- ❖ 2. “Her insan ve ailenin; güvenli, sağlam bir konut edinme hakkı”, hakkın eşit olarak herkes için geçerli olduğunu belirtmektedir. Ayrıca konutun da “güvenli ve sağlam” olması gerektiği vurgulanmaktadır.
- ❖ 3. “Yerel yönetimlerin, konutta seçenek, çeşitlilik ve ulaşılabilirliği artırması” yukarıda da vurgulandığı gibi hem zevk ve kişisel tercihler hem de fiyat ulaşılabilirliği açısından seçenekleri çoğaltan bir çeşitliliği sağlama yükümlülüğü oluşturmaktadır.
- ❖ 4. “Sosyal ve ekonomik olanakları kısıtlı olan kişi ve ailelerin haklarının, yalnızca pazar mekanizması koşullarına terk edilmemesi” maddesinde ise açıkça konut piyasasına vatandaş lehine müdahalenin sosyal devlet gereği olduğu hatırlatılmaktadır.
- ❖ 5. “Yerel yönetimler tarafından, ev sahibi olabilmek ve kullanım süresi güvencesinin sağlanması” maddesi ile sadece “konut sahipliği” değil, sahiplik yerine “konut kullanım hakkı”nın (kiralama vb) da garanti edilmesi istenmektedir.
- ❖ 6. “Eskimiş konut dokusunun yenilenmesinin bedelinin, burada oturan sosyo-ekonomik seviyesi düşük gruplara yüklenmemesi” maddesi de bugün ülkemizin kentsel dönüşüm süreçlerinde en olumsuz boyutları ile yüzleştiğimiz soylulaştırmaların reddedildiği ve sakinlerin hakkının korunduğu bir bütünsel mantığı ortaya koymaktadır.

Sonuç

Dünya tarihine bakıldığında, görece genç cumhuriyetimizin, asırlık dönemini kapatırken çok önemli adımlar atılmış olduğu ve dünya ailesinde kendi rengi ve kültürü ile önemli bir yeri bulunduğu görülmektedir. Buna karşın bu güçlü devlet yapısında, bazı kültürel ve yönetime dair sorunlarının tam olarak eşgüdümlü bir uyum politikasına kavuşturulmuş olduğu ve etkin bir idare sisteminin işletilebildiği söylenememektedir. Ciddi sorunlar bulunmaktadır ve deprem gibi bir doğal afet, bu sorunun ne denli yaygın ve derin problematlere uzandığını göstermektedir.

Kuşkusuz yaşanan afet çok büyük, çok yaygın ve uzun erimli olumsuz sonuçlar üretecek bir şekilde gerçekleşmiştir. Bunun ülkenin konut politikasının ivedi bir denetimi ve planlanmasını gerektirdiği açıktır.

Sorun büyük ölçüde yönetimsel mekanizmalarda gizli olsa da bu mekanizmaları aktive edici ve demokratik işleyişin denetimini sağlıklı yöntemlerle gerçekleştirecek bir vatandaşlık bilinci de önemlidir. Bu da bizi eğitim temel alanına geri götürmektedir. Cumhuriyet öncelikle, bu ilkeyi içselleştirmiş vatandaşlarını yaratmadaki sıkıntılarını aşmalıdır.

KAYNAKÇA

Alatlı, Alev (2001), Valla Kurda Yedirdin Beni! (Orda Kimse Var Mı? 3), Everest Yayınları, İstanbul.

Baudrillard, Jean (2011), Çaresiz Stratejiler, Çev. Oğuz Adanır, İkinci Basım, Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi, İstanbul.

Benjamin, Walter (2017). Paris XIX Yüzyılın Başkenti. Modernizmin Serüveni (Bir Temel Metinler Seçkisi 1840-1990). Batur, Enis (Haz.). İstanbul: Sel Yayıncılık.

Downs, Hugh (2017). Zamanın Önünden Gitmek: Frank Lloyd Wright'la Söyleşi. Modernizmin Serüveni (Bir Temel Metinler Seçkisi 1840-1990). Batur, Enis (Haz.). İstanbul: Sel Yayıncılık.

Galeano, Eduardo (2012). Ve Günler Yürümeye Başladı. Çev. Süleyman Doğru, Sel Yayıncılık, İstanbul.

Kurth, James ve Easterbrook, Gregg (2015). James Kurth ve Gregg Easterbrook Tartışıyor, Cassandra Pollyanna'ya Karşı, Kör Nokta, Fukuyama, Francis (Ed.) Çev. Hasan Kaya, 2. Basım, Profil Yayıncılık, İstanbul. 191-211

Özel, İsmet (2009), Zor Zamanda Konuşmak, 11. Baskı, Şule Yayınları, İstanbul.

KAYNAKÇA

Alatlı, Alev (2001), Valla Kurda Yedirdin Beni! (Orda Kimse Var Mı? 3), Everest Yayınları, İstanbul.

Baudrillard, Jean (2011), Çaresiz Stratejiler, Çev. Oğuz Adanır, İkinci Basım, Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi, İstanbul.

Benjamin, Walter (2017). Paris XIX Yüzyılın Başkenti. Modernizmin Serüveni (Bir Temel Metinler Seçkisi 1840-1990). Batur, Enis (Haz.). İstanbul: Sel Yayıncılık.

Downs, Hugh (2017). Zamanın Önünden Gitmek: Frank Lloyd Wright'la Söyleşi. Modernizmin Serüveni (Bir Temel Metinler Seçkisi 1840-1990). Batur, Enis (Haz.). İstanbul: Sel Yayıncılık.

Galeano, Eduardo (2012). Ve Günler Yürümeye Başladı. Çev. Süleyman Doğru, Sel Yayıncılık, İstanbul.

Kurth, James ve Easterbrook, Gregg (2015). James Kurth ve Gregg Easterbrook Tartışıyor, Cassandra Pollyanna'ya Karşı, Kör Nokta, Fukuyama, Francis (Ed.) Çev. Hasan Kaya, 2. Basım, Profil Yayıncılık, İstanbul. 191-211

Özel, İsmet (2009), Zor Zamanda Konuşmak, 11. Baskı, Şule Yayınları, İstanbul.

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ ALGILANAN YALNIZLIĞI

Ayşegül Kaptanoğlu (Prof. Dr., İstanbul Aydın Üniversitesi,

aysegulkaptanoglu@aydin.edu.tr)

Yasemin Baskındağlı (Dr., Gölcük Necati Çelik Devlet Hastanesi,

ybaskindagli@gmail.com)

ÖZET

Sosyalleşen dünyada yalnızlık, sosyal refahın temel göstergelerinden biridir. Sosyal izolasyon ve yalnızlığın, fiziksel zayıflık ve zihinsel sağlık ile bağlantılı olan çok çeşitli zararlı sağlık sonuçları ile ilgili olduğu artık günümüz küresel dünyasında araştırma bulgularının bir sonucu olarak bilinmektedir. Artan ölüm oranı gibi ana risk faktörleri arasındadır. Ayrıca bu faktörler COVID-19 pandemisi ve buna bağlı sosyal kısıtlamalar nedeniyle yeniden ön plana çıkan, zihinsel sağlık üzerinde uzun vadeli zararlı etkileri olan önemli bir halk sağlığı sorunudur. Buna bağlı olarak yapılan araştırmalar, sağlık çalışanlarının genel nüfusa oranla daha fazla yüksek risk altında olduğunu bildirmiştir. Sağlık çalışanlarının ruh sağlığı her zaman önemli bir husustur ve özellikle mevcut küresel salgın gibi olası krizler karşısında da böyle olmuştur. Kriz durumlarında temel zihinsel refahı artırmaya ve refahı desteklemeye yönelik stratejilerin, sağlık çalışanlarının beklenmedik stresörlerle başa çıkmalarına ve bu stresörlerle ilişkili zararlı psikolojik sonuçları azaltmalarına yardımcı olmak adına; sosyal izolasyon ve yalnızlık konularını ele alabilecek çeşitli paradigma ve yaklaşımları tartışmak bu makalenin ana konusudur. Bu paradigma ve yaklaşımlar, halk sağlığı mesajı olarak sosyal bağlantıyı teşvik etmeyi, aile üyelerinden, topluluk temelli ağlardan gelen kaynakları harekete geçirmeyi, sosyal bağlantıları güçlendirmek için yenilikçi teknoloji tabanlı müdahaleler geliştirmeyi ve bu yöntemleri kullanma sürecini başlatmak için sağlık sistemini devreye sokmayı içeren sağlık bakım ortamlarında sosyal izolasyon ve yalnızlığı tanımlamaktadır. Yalnızlığı anlatan makaleler, yalnızlığın insanların yaşamları üzerindeki olumsuz etkilerini, doğasını ve sürecini anlamının önemini vurgular. Bu konuda akademisyenler tarafından bir dizi teorik ve kavramsal temel önermeler yapılmıştır. Bu makalede yalnızlık ve sosyal izolasyon kavramları tartışılmış ve yansıtılmıştır. Yalnızlığın teorik temellerinin tartışılması ve anlaşılması, ortaya çıkmasına ve sonuçlarının yorumlanmasına yönelik yararlı bilgiler sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler; *Sosyal İzolasyon, Yalnızlık, Paradigma.*

GİRİŞ

İnsanlar nispeten yalnız hayatlar yaşayabilir ve kendilerini yalnız hissetmeyebilirler veya tersine, görünüşte zengin bir sosyal hayat yaşayabilir ve buna rağmen kendilerini yalnız hissedebilirler. Yalnızlık, kişinin sosyal ihtiyaçlarının, sosyal ilişkilerinin niceliği veya özellikle niteliği tarafından karşılanmadığı algısına eşlik eden rahatsız edici bir duygu olarak tanımlanmaktadır. Bu konuda giderek yükselen sayıda araştırmalar, sosyal izolasyon ve yalnızlığın artan morbidite ve mortaliteyi öngördüğünü göstermektedir (Caspi, vd., 2006; Thurston ve Kubzansky, 2009). 2007 yılında Hawkley, ve Cacioppo'nun birlikte yaptığı bir araştırmanın sonucuna göre yalnızlığın etkileri fizyolojik yaşlanmayı hızlandırmak için zamana karşı yapılan bir anlaşmanın sonucu olarak gerçekleşiyor gibi görünmektedir. Yalnızlık seviyeleri, yetişkin yaşamının çoğunda nispeten sabittir, ancak yalnızlık duygusunun kişiler ile ilişkisinde yaş farklılıkları işaret edilir. Hawkley, ve Cacioppo yalnızlık için bireysel farklılıklar, sağlık davranışları, strese maruz kalma, fizyolojik stres tepkileri, onarıcı süreçler, değerlendirme ve başa çıkma, arasındaki ilişkilerdeki yaş farklılıklarına dair kanıtları gözden geçirmişler bu farkların her birinin etkilerini incelediklerinde, yalnızlığa yaşla birlikte fizyolojik düşüş oranının da hızlandırma kapasitesine dahil olduğunu bulmuşlardır. Bu yapılan araştırmalar (Hawkley, vd., 2006; Caspi, vd., 2006; Hawkley, Cacioppo ,2010), kısa ve uzun vadede sağlık davranışı ve fizyolojisi üzerinde gerçekleşen yalnızlık etkilerinin doğasını anlamak için yaşam süresi boyunca ek araştırmalar gerekli olduğunu göstermiştir. Özetle, yalnızlık duyguları, muhtemelen türümüzün sosyal özünü yansıtan bir fenomen olan hastalık ve ölüm riskinin artmasına işaret ediyor.

Yalnızlığın, insanların zihinsel ve fiziksel sağlığı için ciddi sonuçları olabilir. Bu nedenle, yalnızlığı önlemek için doğru zamanda müdahale etmek önemlidir. Böylece hastaların fiziksel ve zihinsel sağlığı korunur. Bu nedenle yalnızlık, aynı zamanda giderek artan şekilde dünyanın dört bir yanındaki insanları etkileyen önemli bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir (Holt-Lunstad, 2021:55-56; Stubbs, Achat, 2022:1-2; Smith ve Lim, 2020:1-2). Yalnızlığın halk sağlığı üzerindeki etkisi, olumsuz fiziksel ve ruh sağlığı sonuçları ile ilgilidir (Stubbs, Achat, 2022:1-2). Acıya, yaralanmaya, kayba, kedere, korkuya, yorgunluğa ve bitkinliğe yol açar. Böylece, bir kişiyi aynı zamanda hasta eder. Günlük işleyişine müdahale ederek iyileşmeyi engeller (Singh, Misra, 2009:54-55). Bu bağlamda yalnızlık, evrimsel bir temeli olan acı verici evrensel bir olgudur. Yalnızlık bize acıyı hatırlatır ve bizi yalnız kalma tehdidine karşı uyarır. Yalnızlık, zorunlu sosyal ilişkilerin yokluğu ve mevcut sosyal ilişkilerde sevgi eksikliğidir. Yalnızlık, yalnız olmaktan değil, kesin olarak ihtiyaç duyulan bir ilişki veya ilişkiler dizisinin olmamasından kaynaklanır. Yalnızlığı ele alan araştırmalar son 20 yılda önemli ölçüde artmıştır. Bununla birlikte, yalnız olmakla ilişkili zihinsel sağlık risklerine rağmen, yalnızlık ve psikiyatrik bozukluklar arasındaki ilişki yeterince araştırılmamıştır. Yalnızlıkla ilişkili risk faktörleri arasında kadın olmak, dul olmak, yalnız yaşamak, yaşlı olmak, sağlık faktörleri, maddi kaynaklar ve sınırlı sayıda 'sosyal' kaynak bulunmaktadır (Mushtaq, vd., 2014:1). Yalnızlığın açıklanması ve ilişkili olduğu yapıların belirlenmesi amacıyla yapılan pek çok çalışmanın genel olarak çocukluk, ergenlik ve ileri yetişkinlik dönemlerine odaklandığı ve mevcut araştırmaların çoğunlukla çocuklardan, ergenlerden ve yaşlılardan oluşan örneklem gruplarıyla yürütüldüğü görülmektedir (Besevegis ve Galanaki, 2010; Demir ve Tarhan, 2001; Eskin, 2001; Houghton, Hattie, Wood, Carroll, Martin ve Tan, 2014; Kang, Park ve Wallace, 2018; Mahon, Yarcheski, Yarcheski, Cannella

ve Hanks, 2006; Seepersad, 2004; Spence, Jacobs ve Bifulco, 2018). Buna karşın erken yetişkinlik döneminde yalnızlığı açıklamaya yönelik görece daha az sayıda betimsel çalışma bulunmaktadır (Cooper, Balandin ve Trembath, 2009; Kafetsios ve Sideridis, 2006; Le Prevost ve ark., 2018; Ozsaker ve ark., 2015; Qualter, Vanhalst, Harris, Van Roekel, Lodder, Bangee ve ark., 2015; Rokach, 2005). Fiziksel hastalıkları ilaçla iyileştirebiliriz ama yalnızlığın, çaresizliğin, umutsuzluğun tek ilacı vardır oda sevgidir. Dolayısıyla yalnızlık artık bir olay, kavram ya da faktör değildir. Epidemiyolojisi, fenomenolojisi, etiyojisi, tanı kriterleri, yan etkileri ve yönetimi ile yalnızlık bir hastalık olarak kabul edilmeli, psikiyatrik bozuklukların sınıflandırılmasında kendine bir yer bulmalıdır.

Yalnızlık farklı şekillerde tanımlanmıştır. Yaygın bir tanım “yalnızlık veya yalnız olma durumu” dur. Diğer tanım “Yalnızlık mutlaka yalnız olmakla ilgili değildir”. Bunun yerine, en yaygın ve önemli olarak nitelendirilebilecek başka bir tanıma göre ise yalnızlık, “bir zihin hali” ve “yalnız ve izole olma algısı”dır. “Kişinin hayatında anlam bulamama”, “olumsuz ve tatsız his” ve “eksik sosyal ilişkilerle ilgili öznel, olumsuz bir duygu”, “bağlantısızlık veya izolasyon hissi” yalnızlığı tanımlamanın diğer yollarıdır (Tiwari, 2013;320). Yalnızlık, sosyal olarak yalıtılmış olmanın öznel duygusudur. Kişinin sosyal ihtiyaçları ile sosyal çevrelerinden aldıkları arasında algılanan tutarsızlıktır (Hawkey ve Capitanio, 2010:218). Zorunlu olarak yalnız olmakla eş anlamlıdır (Mushtaq vd. 2014:1) ve bozulmuş sosyal ilişki yalnızlığa neden olur. Bu nedenle yalnızlık aynı zamanda ‘psikolojik muadil’ olarak tanımlanmıştır (Shankar vd., 2011). Yalnızlık sosyal izolasyonun nesnel inşasıdır. Kimi araştırmaya göre yalnızlık ve sosyal izolasyon arasındaki ilişki zayıf ila orta düzeydedir (Shankar vd., 2011). Yalnızlık, yaşlılıktaki depresyonun patognomonik semptomu olabilir. Obezite ve alkolizmin sağlık için kötü olduğu söylenir, ancak bir o kadar da tehlikeli olan daha az belirgin bir durum var ki oda yalnızlıktır. Kimi makalede sigaradan daha çok tehlikeli olduğu bildirilmektedir (Erişim tarihi 2023, 02.27, <http://www.dailymail.co.uk/health/article-1298225/Loneliness-killer-Its-bad-health-alcoholism-smoking-eating-say-scientists>). Başkalarıyla bağlantı, insan olmanın ne anlama geldiğinin temel bir parçasıdır. Hayatta anlam ve amaç sağlar. Ayrıca bireylerin sıkıntı sırasında yöneldikleri güvenlik ağları oluşturmasını sağlar.

Yalnızlığın Psikolojik ve Fizyolojik Etkileri

Sağlığın sosyal belirleyicilerinin önemi sağlık sektöründe ilgi görmektedir. Son on yılda. Sağlığın sosyal belirleyicilerinin %80 oranında sorumlu olduğu tespit edilmiştir. Sağlık sonuçlarının %90'ı ve çok sayıda araştırma göstermiştir ki, tıp ve sağlık hizmetlerindeki gelişmeler, bireylerin ve toplumların sağlığının bu temel neden olan sosyal faktörlerle ele alınmalı ve iyileştirilmelidir (Escalante, Golden ve Mason, 2020:1-2). Koronavirüs hastalığı 2019 (COVID-19) salgını sosyal izolasyon ve yalnızlık faktörünü öne çıkartmıştır. Yalnızlığın oldukça tiksindirici ve ıstırap verici bir durum olarak tasvir edilmesi göz önüne alındığında, yalnızlık ile akıl sağlığı sorunları arasında sıklıkla tanımlanan bağlantı şaşkıncı değildir (Wilson vd., 2007:238). Yalnızlık depresyonla yakından ilişkilendirilmiştir. Yalnız insanlar, daha az mutlu, daha az tatmin olmuş ve daha karamsar oldukları bildirildiğinden, daha fazla depresif belirtilerden muzdariptir (Singh, Kiran,2013:.1-6) Daha fazla yalnızlık ve depresyon, çaresizlik ve acı gibi ortak semptomları paylaşır. Yalnızlık ve depresyon arasında o kadar çok benzerlik var ki, birçok araştırmacı bunu depresyonun bir alt kümesi olarak görüyor. Yalnızlık, depresyon için güçlü bir risk faktörüdür (Cacioppo, vd., 2006). Yalnızlığın yaygınlığı yaşa ve yaşam süresine göre değişmekle birlikte, depresyon ile ilişkisi tüm dünyada sabit kalır (Nolen-Hoeksema ve Ahrens, 2002; Victor ve Yang, 2012). Yalnızlık, yalnız kişinin özlenen başka bir kişiyle birleşebilirse her şeyin yoluna gireceği umuduyla karakterize edilebilir (West, vd., 1986:351). Yalnızlık genellikle kişilerarası ilişkilerle ilgili olumsuz duygularla ilişkilendirilmiştir. Yalnız insanların kişilerarası olarak yalnız olmayan insanlara göre daha az yetkin oldukları yargısına varılmıştır. (Kobakand Sceery, 1988; DiTommaso, vd., 2003; Daniel 2013:12). Çalışmalar, bağlanma stilleri ile kişinin kendine ve başkalarına attığı değer, kişinin duygularını algılayabilme ve başkalarına açıkça iletebilme düzeyi, baş etme ve uyum sağlama yeteneği ve daha pek çok şey arasında anlamlı bir ilişki olduğunu göstermiştir. İyi bilinen risk faktörleri depresyon gibi; bu da bireyin bağlanma biçiminin depresyon düzeylerini ve yaşama nedenlerini etkileyebileceğini düşündürmektedir (de Jong Gierveld, J. 1998; Daniel, 2013) Singh A ve arkadaşları tarafından Delhi (Hindistan) merkezli bölgelerde (çeşitli toplu konutlarda yaşayan) 60-80 yaş grubundaki 55 yaşlı kişi üzerinde yapılan bir çalışmada, depresyon düzeyindeki artışla birlikte depresyon düzeyinde bir artış bulunmuşlardır. Ancak yaşlı erkeklerde ve kadınlarda yalnızlık ve depresyon arasında cinsiyet farkı bulunamamıştır. Anlamlı bir cinsiyet farkının olmaması, literatürde daha yaşlı kadınların depresyona karşı daha savunmasız olduklarına dair bildirilenlerin yanı sıra inancın tersidir (Singh, Misra, 2009). Bunun nedeni yaşlı kadınların tamamının 60 yaşından önce çalışan kadın olmaması olabilir. Yaşlılıklarında yaşam tarzlarındaki geçiş, meslektaşlarıyla, arkadaşlarıyla bağlarını koparmayı ve statü kaybını içeriyordu. Ancak yaşam tarzlarındaki geçiş yavaştı, bu da ruh halindeki herhangi bir

değişikliği önleyebilirdi (Acharyya, 2012: 527-528). Yaşlanmanın hem erkekler hem de kadınlar için evrensel olduğuna şüphe yok. Ancak yaşlı kadınların sorunları özel dikkat gerektirir. Çünkü cinsiyet her zaman yaşlanma deneyimini etkiler. Genelde kadınlar, erkek muadillerinden düşük statüdedir. Bizimki gibi gelişmekte olan ülkelerde kadınlar, ataerkil toplumun kadınıdır. Değişen toplumda yaşlı olup hem ev içinde ev dışında hem de tarımsal alanda kayıt dışı ortamlarda çalışmaları muhtemeldir. Ayrıca daha fakir olmak gibi bir tehlikeyle karşı karşıyadırlar.

Alzheimer Hastalığı'nda yalnızlık, yaşlılıkta biliş kaybı ile ilişkili olduğundan, yalnızlık iki kat demans riski ile ilişkilidir. Aslında bazı araştırmacılar demansın prodromal aşaması olarak işaret etmektedir (Holwerda, vd., 2012) Yalnızlıkta, küresel biliş, semantik hafıza, algısal hız ve görsel-uzamsal yetenekte daha hızlı bir düşüş vardır. Yalnızlığın Alzheimer hastalığı ile ilişkisinin temeli iki olasılığa bağlanabilir. İlk olasılık, yalnızlığın demansın bir sonucu olması, belki de azalan bilişsel davranışsal bir reaksiyon olarak veya demansa katkıda bulunan patolojinin doğrudan bir sonucu olarak olmasıdır. İkinci olasılık, yalnızlığın bir şekilde biliş ve hafızanın altında yatan nöral sistemleri tehlikeye atabileceği, böylece yalnız bireyleri yaşa bağlı nöropatolojinin zararlı etkilerine daha savunmasız hale getirebileceği ve böylece nöral rezervleri azaltabileceğidir (Mushtaq, vd., 2014; Sundström, vd, 2018). Çoğu insan için yaşlanma; önemli kayıplar, aile üyeleri, arkadaşlar, fiziksel işlev kayıpları, yetenekler gibi yaşamın çeşitli yönleri ve bunların etkileri ile nasıl yönetildikleri ilişkili görünüyor.

Alkolizm; yalnızlık, alkolün kötüye kullanımının geliştirilmesine katkıda bulunan, bakım sorunu ve kötü bir prognostik faktör olarak kabul edilmektedir. Ayrıca alkolizmin tüm aşamalarında temel bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir (Hawkley, Cacioppo, 2010). Çeşitli çalışmalar, ağır içki içen yalnız insanların alkolle ilgili sorunlara karşı daha savunmasız olduğunu göstermiştir. Buna atfedilen nedenler sosyal destek eksikliğinden ve toplum baskısının farklı algılarından kaynaklanmaktadır (Gonzalez ve Skewes, 2013:285; Hawkley, Cacioppo ,2010: -1). Madde kullanım sorunu olan kişilerde yalnızlık yaygın ve sorunsal olarak yaşanmaktadır (Ingram, vd., 2020). Gelecekteki araştırmalar, doğrulanmış, çok boyutlu yalnızlık ölçümleri kullanmaya ve madde kullanım sorunları olan kişilerin özel ihtiyaçlarını karşılayan yalnızlık müdahalelerini geliştirmeye ve denemeye odaklanmalıdır.

Çocuk İstismarı; yalnızlık, çocuk istismarcıları ve göz ardı edenler arasında çocuklarına iyi bakanlardan daha yaygındır. Geçmişte istismar edilen kadınların daha yalnız olduğu ve istismar edilmeyen kadınlara kıyasla daha olumsuz sosyal ağ yönelimi olduğu kaydedilmiştir. (Rebecca, ve Timothy, 1996; Reinhard, vd., 2022). Dhal A. ve meslektaşları, tarafından, Delhi'de (Hindistan) 110 ergenle yapılan bir çalışmada, çocukların üçte ikisinin daha yüksek yalnızlık bildirdiğini ve çocukların üçte birinin daha düşük yalnızlık bildirdiğini bulmuştur. Ergenlerde daha düşük benlik saygısı yalnızlık ile ilişkilendirilmiştir. Düşük benlik saygısı olan ergenler, reddedildikleri için zamanla yalnızlık geliştirmişlerdir. Ayrıca ilişkileri başlatma ve sürdürme konusunda güven ve beceriler araştırmada çocuklarda bulunmamıştır. Bu araştırma sonucu göstermiştir ki kopyalama becerileri, arkadaşlarla konuşmak ve ilişkileri sürdürmek gibi psikolojik müdahaleler, ergenlere yalnızlığın psikolojik etkileri ile başa

çıkma da fayda sağlayabilir (Dhal, vd., 2007:63). Berguno ve meslektaşları tarafından 2004 yılında 8 ila 10 yaşları arasında ilkokulda okuyan çocukların yalnızlık deneyimleri hakkında röportaj yapılmıştır. Çocuklardan ayrıca zorbalığa maruz kalma deneyimlerini tanımlamaları ve belirli öğretmen müdahalelerinin sonuçları hakkındaki algıları hakkında yorum yapmaları istenmiştir. Çocukların çoğunluğunun (%80) okulda yalnız olma dönemlerine sahip olduğu ve bu deneyimlerin can sıkıntısı, hareketsizlik, fanteziye çekilme eğilimi ve sosyal etkileşimlere karşı pasif bir tutumla ilişkili olduğu bulunmuştur. Dahası, çok az arkadaşlığa yatırım yapan çocuklar izole olmaya daha savunmasızdır. Benzer şekilde, çocukların çoğunluğunun (%68) zorbalığa uğradığını iddia etmiş ve yalnız çocukların akranları tarafından mağdur olma olasılığı daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca, çocuklar öğretmen müdahalelerinin mağduriyet deneyimlerine son vermede etkili olmadığını bildirmişlerdir. Bu nedenle, bulgular hem zorbalık hem de belirli öğretmen müdahalelerinin çocukların okulda uzun süreli yalnızlık duygusuna katkıda bulunduğunu göstermiştir.

Yas: İnsanlar yakından bağlı oldukları birinin kaybına üzülünce yalnızlık beklenir. Dul ve yetim kalmış insanlar genellikle bir eş veya sosyal desteğin yokluğuyla yalnızlığı ifade eder. Çeşitli çalışmalar dulların% 86'sının yalnızlık yaşadığını bildirmektedir, ancak oran artan sayıda çocuk ve destek sistemi ile azalmaktadır. Kederdeki yalnızlığın, sosyal bir destek olmaması yerine akut bir bağlanma figürünün yokluğu ile ilişkili olduğuna dikkat edilmelidir. Yasta daha fazla yalnızlık, depresyonun gelişimi için bir risk faktörüdür (Russell, 1982; Donald vd.,1986 Wang, vd.,2022). Yaşlılarda sağlık sorunlarının yaygınlığında cinsiyet farklılıkları bildirilmiştir. (Singh, Misra, 2009). COVID-19 salgını, dünya çapında ölüm oranlarını önemli ölçüde artırdı. On milyonlarca kayıp yaşandı ve bir çok insan aile üyesini geride bıraktı (Verdery vd, 2020; Wang vd, 2021). Bir eşi COVID-19'a kaptırmanın, yakın zamanda eş ölümü ile akıl sağlığı arasındaki karşılaştırılabilir pandemi öncesi ilişkilere dayanarak beklenenden belirgin şekilde daha kötü ruh sağlığı ile ilişkili olduğuna dair kanıtlar vardır (Simon, vd., 2020; Domingue, vd.,2021). Yas riski faktörleri, toplum sağlığı için oldukça belirgin zorluklardandır. COVID-19 salgını sırasında yaşlı büyük grubun karşılaştığı benzersiz zorluklar, yaşlı yaşlı yetişkinler için terapötik müdahale ve destek sağlama ihtiyacını vurgulamaktadır.

Stres yatkınlık sistemi; yalnızlık, yerine getirilmemiş samimi ve sosyal ihtiyaçlara tepkileri kapsayan karmaşık bir duygular kümesidir. Bazı bireyler için geçici olmasına rağmen, yalnızlık diğerleri için kronik bir durum olabilir. Önceki araştırmalar, yalnızlığın psikolojik rahatsızlıklar ve geniş tabanlı morbidite ve mortalite için önemli bir risk faktörü olduğunu göstermiştir. Sağlık sonuçlarındaki farklılıkları açıklayabilecek yalnız ve sosyal olarak izole olan bireyler arasındaki farklılıklar incelenmiştir. Sosyal ilişkilerin tatmin edici olması, yaşam üzerindeki daha olumlu bakışlar, daha güvenli bağlılıklar ve başkalarıyla etkileşimler, akut psikolojik zorluklarla karşılaşırken daha fazla otonom aktivasyon ve daha verimli restoratif davranışlarla ilişkilendirilmiştir. Kronik olarak yalnız olan bireyler, bir gün boyunca yüksek ortalama tükürük kortizol seviyeleri ile karakterize edilmiş, bunun da kortikotropin salgılatıcı hormonun daha fazla deşarjını ve hipotalamik-pitofiz-adrenokortikol ekseninin yüksek aktivasyonunu düşündürmüştür. Yalnızlığın deneysel bir manipülasyonu, insanların kendilerini çevrelerindeki diğerleriyle ilişkili olarak kendilerini yorumlama biçimlerinin,

benlik kavramları ve muhtemelen fizyolojileri üzerinde güçlü etkileri olduğunu göstermiştir. Yalnızlık sadece akut stres kaynağı değil, aynı zamanda kronik stres kaynağıdır da. Yapılan araştırmalar aynı zamanda yaşın stres kaynağı olduğunu da ortaya çıkartmıştır (Raina, vd., 2013; Cacioppo, vd., 2000). Yalnızlığın erken yaşlanmada etkisi olduğu güçlü bir şekilde örtüşmektedir. Sağlık sonuçları üzerindeki etkilerin bu örtüşmesi, Yaşlı ve genç yetişkinler arasında yalnızlığın yaygınlığı ve bu tür kişiler arasında yalnızlığın biyolojik yaşlanmayı hızlandırma potansiyeline katkısına ilişkin soruları gündeme getirmektedir (Barton, vd., 2022:326). Sosyal destek, zihinsel ve fiziksel sağlığın bakımında veya bozulmasında kritik bir rol oynayan bir iletişim davranışıdır (Segrin ve Passalacqua, 2010). Sosyal destek sağlık için faydalıdır çünkü yalnızlığı azaltır, aksi takdirde sağlık için zararlıdır. Çünkü sosyal desteğin güçlü bir ilişkisel mesajı var. Örneğin, “Birisi refahımı önemsiyor”, teorik olarak yalnızlık deneyimi üzerinde profilaktik bir etkiye sahip. Birçok insan arar ve arzu eder sosyal olarak destekleyici iletişim ve ilişkiler sağlamak böylece yalnızlık deneyimini en aza indirme veya önleme imkanı sağlar.

İntihar; intihar üzerine yapılan araştırmalar, intihar düşüncesi, intihar girişimi ve yalnızlık arasında güçlü bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur. İntihar düşüncesi ve intihar girişiminin yaygınlığı, yalnızlığın derecesi ile artmaktadır. Ayrıca, yalnızlık için en yoğun mevsimin, intihar insidansının en yüksek olarak bildirildiği aynı mevsim olan kış ve ilkbahar olduğu bildirilmiştir. Ancak yalnızlıkla ilgili olarak kadın ve erkekler arasında intiharda çok az fark vardır (Stravynski ve Boyer, 2001). Tiwari, yalnızlığı intihar ve para intihar etiyojisinde önemli bir faktör olarak nitelendirir. Yalnızlığı bir hastalık olarak da kabul eder ve psikiyatrik bozuklukların sınıflandırılmasında yerini almasını ister (Tiwari, 2013). Tıbbi olarak ciddi intihar davranışının incelenmesi, intiharın doğasını anlamak için önemli bir strateji olsa da, altında yatan psikolojik mekanizmalar hakkında çok az şey bilinmektedir (Levi-Belz, vd., 2013). Araştırmalar, tıbbi açıdan ciddi intihar davranışının psikolojik mekanizmalarının, güvensiz bağlanma kalıpları ve kişilerarası zorluklarla güçlendirilmiş yüksek düzeyde zihinsel acı içerdiğini göstermektedir.

Kişilik bozukluğu; yalnızlıkla ilişkilendirilen çeşitli kişilik bozuklukları, borderline kişilik bozukluğu ve şizoid kişilik bozukluğunu içerir (Richman ve Sokolove, 1992; Willem ve Martens. 2010). Yalnızlığa tahammülsüzlük, borderline kişilik bozukluğunun temel bir özelliği olarak kabul edilir. Yalnızlık, kişilik bozukluğu ile ilişkili diğer semptomları da güçlendirir. Birçok Psikanalitik teorisyen, duygusal yoksunluğun şizoid kişilik bozukluğunun ardından kritik bir rol oynadığını öne sürdüler. Duygusal yoksunluğun ve güvenlik kazanmanın eksikliğinin bir sonucu olarak, kişilerarası anlatımlarda doyum eksikliği, yalnız bulunma bozukluğunun bir sonucu olarak gözlemlenmiştir (Willem ve Martens. 2010). Sosyal kaygılı bireyler artmış, risk altında olmasına rağmen, sosyal kaygılı bireylerin hepsi yalnız değildir. Aynı zamanda tüm yalnız bireyler sosyal olarak endişeli değildir. Sosyal açıdan endişeli insanlar arasındaki fark kendilerini daha yalnız ve daha az yalnız hissetmeleridir (O'Day, vd., 2019). Bu durum kendileriyle ilgili olabilir. Duygularını etkili bir şekilde düzenleyememe ve ifade edememe durumu vardır. Duygu düzenleme, bireylerin kendilerinde etkilemeye çalıştıkları bir süreçtir. Sosyal kaygının sürdürülmesinde duygularının önemli bir rol oynadığı düşünülmektedir.

Uyku: Yalnızlık, düşük enerji, yorgunluk gibi gündüz işlev bozukluğu ile zayıf uyku kalitesi ile ilişkilendirilmiştir. Ancak yalnızlığın uyku süresi ile ilişkisi yoktur. Daha büyük gündüz işlev bozukluğu kötü uyku kalitesinin bir belirteci olduğundan, daha büyük gündüz işlev bozukluğu ile ilişkili yalnızlık bulunmuştur. Çok sayıda çalışma, yalnızlıkta gece mikro-uyanıklığının eşlik ettiği daha fazla gündüz işlev bozukluğunu göstermiştir, böylece zayıf uyku kalitesine sahip yalnızlık rolünü göstermektedir (Mushtaq, vd., 2014). Sonuçlar, daha ciddi uyku sorunları ile daha fazla yalnızlık algısı arasında güçlü bir ilişkiyi desteklemektedir (Hom.,, Chu ve Rogers, 2020). Her ikisi de karşılıklı olarak ilişkili görünür. Bulgular (Ben Simon, ve Walker, 2018; Griffin, vd., 2020). Uyku sorunları ve yalnızlık arasındaki etkileşimin anlaşılmasını artıracak araştırma yöntemlerine daha fazla ihtiyaç olduğuna işaret ediyor.

Travma Sonrası Stres Bozukluğu olan kişiler, erken veya hızlandırılmış biyolojik yaşlanma açısından daha yüksek risk altındadır. Depresyon, yalnızlık ve güvensizlik duygusu düzeyi, kişinin yaşadığı çevrenin değişkenliğine göre değişir (Acharyya, 2012). Travma Sonrası Stres Bozukluğu bağlamı dışında, özellikle yaşlı yetişkinler arasındaki “yalnızlık salgını”, boyutunun dışında son birkaç yılda çok çeşitli araştırmacılar, klinik sağlayıcılar ve hükümet politika yapımcıları tarafından uluslararası düzeyde yalnızlık konusu giderek daha fazla dikkat çekmektedir (Berguno, vd., 2004; Pinguart ve Sorensen, 2001; Palmer, Hussain, ve Lohr, 2022). Yalnızlığın sonraki yaşamda özellikle yaşlanma ile birlikte ruh sağlığı üzerinde zararlı bir etkisi vardır. Yalnızlık travma sonrası stresle ilişkilendirilebilir. Çünkü yaşlı yetişkinler yaşlandıkça duygusal yalnızlığa karşı daha savunmasız hale gelebilir.

Fiziksel hastalık ve yalnızlık; yalnızlıkla ilgili kronik stres, düşük dereceli periferik iltihaplanmaya neden olabilmektedir. Düşük dereceli periferik inflamasyon, inflamatuvar hastalıklarla ilişkilendirilmiştir. Enflamatuvar hastalıklar arasında diyabet, romatoid artrit, lupus gibi otoimmün bozukluklar ve koroner kalp hastalığı, hipertansiyon gibi kardiyovasküler hastalıklar yer alır (Barton, vd., 2022:326). Hawkley ve diğerleri tarafından genç yetişkinler üzerinde yürütülen bir çalışmada, yalnızlığın yüksek seviyelerde toplam periferik direnç ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Daniel, 2013). Yalnızlığa bağlı kronik stres, düşük dereceli periferik iltihaplanmaya da neden olabilir. Düşük dereceli periferik inflamasyon, ateroskleroz vb. gibi kardiyovasküler hastalıklarla ilişkilendirilmiştir (Åkerlind ve Hörnquist, 1992). Yalnızlığın obezite, fizyolojik yaşlanma, kanser, zayıf işitme ve kötü sağlık ile ilişkisini gösteren çeşitli çalışmalar yapılmıştır (Åkerlind ve Hörnquist, 1992; Campagne, 2019). Mishra ve meslektaşları tarafından 2013 yılında yapılan bir çalışmada Andhra Pradesh (Hindistan)'daki 380 HIV (Human immunodeficiency virus) hastasında, hastaların %66,57'sinin yalnız olduğu ve yalnızlığın onlarda depresyon (%71,84) ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Ayrıca HIV enfeksiyonu gibi fiziksel hastalıklarda, yalnızlık ve depresyon gibi ruh sağlığı göstergelerinin hastaların bakımının sürekliliğinde daha fazla stres yönetimine ihtiyaç duyduğu sonucuna varılmıştır (Mishra, vd., 2013). Kişinin aşırı uyarılma riskini artırmasının (yalnızlıktan dolayı) risk gelişimine katkıda bulunabileceğine yönelik semptomlar vardır. Uykusuzluk gibi. İzolasyon ve yalnızlık arasındaki ilişkiler ve yalnızlık ve depresyon arasındaki ortak altda yatan genetik veya çevresel etkiler bu fenomenlerin birlikte ortaya çıkmasına katkıda bulunur. Genetik olarak bilgilendirici araştırmalar,

yalnızlıktaki varyansın yaklaşık %40-50'si genetik faktörler tarafından açıklamaktadır (McGuire ve Clifford, 2000; Cacioppo vd.,2006; Goossens, vd.,2015;Matthews, vd., 2015;Matthews, vd., 2016). Potansiyel olarak derin bir etkiye sahip olan bu olumsuz sonuçların riski bireyin sağlığı ve refahı üzerindeki etkisidir.

Yalnızlık Türleri ve Yalnızlıkla İlgili Paradigmalar

Yapılan literatür taramasında teori, model veya yaklaşım gibi terimleri eşanlamlı olarak göstererek araştırmacılar da belirli bir terminolojik karışıklık olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu nedenle, yalnızlığın farklı açıklayıcı perspektiflerinde analiz ettiğimiz içeriklere daha iyi uyduğunu anlayarak bu bölümde paradigma terimi de kullanılmıştır. Paradigmalar, bir konudaki bulmacaları pratik, günlük düzeyden bilimsel düzeye çözmek için kullanılan araçlardır. Bu durumda paradigma yalnızlığı açıklar ve davranışını tahmin etmemize yardımcı olur. Hepsi genel teorik varsayımlardan, kanunlardan ve bunların uygulanmasına yönelik tekniklerden oluşur ve böylece kanıt pratiği için yeni çözümler geliştirir veya sağlar. Bu yaklaşımlar arasındaki farkların ortaya çıkartıldığı araştırmada, yalnızlıkla özdeşleşen dört genel eğilim vardır (Garcia, 2022:40):

- Varoluşçu-fenomenolojik Yaklaşım; paradigmanın temel varsayımı, duygusal bağdan fiziksel ayrılığın insan yaşamında temsil ettiği sürekli ikilem nedeniyle, yalnızlığın metafiziksel analizine dayanmaktadır. Fenomenolojik yaklaşımın temel varsayımları arasında, bir özbilinç biçimi olarak yalnızlık kavramı yer alır. İnsanın temel bir ihtiyaç olarak sevgiye sahip olduğu, dolayısıyla yalnızlığın bu temel ihtiyaçtan tatmin olmamanın bir sonucu olduğu fikrine dayanır. Varoluşçuluk, yalnızlığın aslında insanın doğasında var olduğunu savunur (Bunyan, 2021: 911-912). Gerçekte, hayatımızın birçok anında hepimiz yalnızız. Kendimizi gerçekleştirmenin anahtarı, bize bağlı. Ancak bu neden, sosyal güçlerin bir sonucu olarak ortaya çıktığı ve yetişkinlik döneminde meydana gelen ayrılık, sevilen birinin ölümü gibi olaylarla ilgili olabileceği için esasen bireyin dışındadır. Diğer bakış açılarından farklı olarak, yalnızlığı çevreleyen sosyal faktörler vurgulanır. Bütün insanlar hayatlarının bir noktasında kendilerini yalnız hissederler; ve dahası: bütün insanlar yalnızdır. Felsefi ve psikolojik varoluşçuluk ilkelerine dayanan yalnızlık, travmatik olabilse de insanın kaçınılmaz bir deneyimidir (Mijuskovic, 2012:2). Bir dereceye kadar kişisel gelişim ve büyüme için gereklidir. Her insanda düzgün çalışmazsa, sosyal huzursuzluğa ve yaşam kalitesinin bozulmasına dönüşebilirler. Üzgün, terk edilmiş, başkalarından ayrı hissetme hissinden bahsediyoruz. Bu insanların nasıl hissettiklerini anlamak çok önemli bir duygudur. Kişi, başkalarından ayrı bir bedende, benzersiz bir zihinde yaşar. Bu çocukluğumuzdan beri başkalarıyla sosyal etkileşimlerde telafi etmeye çalıştığımız bir şeydir. Aksine, bir içsel büyüme süreci gerçekleştiğinde, olumsuz yalnızlık deneyimi olumlu bir deneyime dönüştürülebilir (Balogh, vd., 2021). Yalnızlığa alışkın insanlar, kaçış mekanizmalarını bularak varoluşsal sebebi ve kişisel süreçlerle yüzleştirdiği zaman, yaşlandıklarında yaşamlarında anlam bulabilirler. Her bir yalnızlık deneyimi aşkın bir gerçeklikle ilişkili olduğu, samimiyet ve maneviyat duygularının yeşerdiği kişisel bir gelişim süreci haline gelir. Bu yeni durumun anlamı, bu nedenle, her bir kişinin geçmişinde sahip olduğu “yük” veya öğrenmenin önemi, yetişkinliğin nasıl yapılandırıldığı ve yalnızlık deneyimleri, yetişkinliğin farklı olaylarında işe yaramıştır. Böylece varoluşçu bakış açısı, kendini gerçekleştirmeye ulaşmak için sunduğu faydaları vurgulayarak, yalnızlığa normalleştirilmiş bir şekilde, olumlu yaklaşmamıza izin verir (Sundström, vd., 2018:1-2). Bu bakış açısı ilginç olsa da

varoluşçu paradigmanın içinde dikkate alınması gereken bazı sınırlamalar vardır. Bu sınırlamalar, nesnel ve öznel yalnızlık arasındaki ayrımın olmamasında yansıtılır. Fenomenin sunduğu soyut açıklama nedeniyle kişinin yalnızlıktan gerçekten ne zaman zevk aldığı veya yalnızlıktan ne zaman muzdarip olduğu netlik kazanmaz. Bir başka uyarı, varoluşçuların insanın doğası gereği yalnız olarak algılamaları ve yalnızlığın ilk etapta bir durumla, ikinci olarak da durumla ilişkilendirildiği dikkate alındığında, insanların bu durumla ilgili yaptıkları seçimin dışarıda bırakılmasıyla ilgilidir. Aynı özgür irade ve seçim gibi.

- Psikodinamik Paradigma; bu paradigma temelde psikanalitik ve psikodinamik teoriye dayanmaktadır. Temeli, yetişkin kişiliğinin modelini oluşturana kadar yaşam döngüsünün farklı evrimsel aşamalarının gelişiminde geçmişin şimdikiyi nasıl koşullandığı, çocukluğun çözülmemiş çatışmalarında yatar Yalnızlık, yaşamın erken evrelerinde yaşanan deneyimlere, bireysel faktörlere, kişilik özelliklerine ve içinde meydana gelen intrapsişik çatışmalara özel önem verilerek atfedilir (David, 2022:32). Sonuç olarak, kişinin farklı olaylarla nasıl yüzleşeceğini tahmin etmek, daha önce yaşanmış olaylar sayesinde ortaya çıkan deneyimlerin sonucuna bağlıdır. Bu nedenle yalnızlık, mahremiyet ihtiyacından, kişilerarası ilişkilerin hayatımızın başından beri öğrendiğimiz gibi yaşama ihtiyacından kaynaklanan olumsuz bir sonuçtur. Yalnızlık, her insanın yaşam dünyasında her yerde bulunur. Olgu fark edildiğinde ve yaşandığında, deneyimleyen kişiyi büyümeye ve başkalarıyla anlamlı ilişkilere iten olumlu bir deneyim olabilir. Bununla birlikte, bir kişide uyandırdığı korku ve kaygı, sonuç olarak, şiddetli kaygı veya depresyon gibi patolojik olabilen semptomlara yol açan bir inkar olabilir. Buna eşlik eden, başkalarından kopukluğa ve benliğe yabancılaşmaya yol açan otantik olmayan veya yanlış bir varoluş biçimidir. Bu yalnızlık duygularını şiddetlendirir. Deneyimleyen kişi, insanın çılgın günlük aktivitesinde ve entelektüelleşmesinde sıklıkla görüldüğü gibi, benliğin duygusal kısmını inkâr ederek bundan kaçınmak için neredeyse her şeyi yapacaktır. Bu katlanılması güç duygular, çoğu kez, deneyimleyen kişinin psikoterapötik yardım aramasının nedenidir (Divac-Jovanović ve Švrakić, 2011:14-16). Psikoterapötik diyalog, yalnızlık deneyiminin ortaya çıkmasına yardımcı olabilir ve hasta tarafından zımnen bilinenleri daha açık hale getirebilir. Bu şekilde yalnızlık ve gerçek olmayan yaşamla yüzleşilebilir ve hafifletilebilir. Yalnızlık yaşanmış bir olgu olduğu için ölçülerek incelenemez. Kişinin yaşadığı gibi ancak anlaşılabilir. Yalnızlığın yadsınmasının ve gerçek olmayan ya da yanlış bir var olma biçiminin doğurduğu sorunlar, söz konusu vakada çok iyi bir şekilde resmedilebilir. Yalnızlığın anlaşılması ve dillendirilmesi acı verici olsa da rahatlama da getirir. Terapötik ittifak, söz konusu fenomeni hasta için daha erişilebilir kılar ve bu nedenle onu korku ve kaygı için bir zemin olmaktan çok olumlu bir deneyim haline getirir (Le Roux, 2007). Yalnızlıkla yüzleşmek ve yaşamak gerekir. Bunun hafifletilmesi ancak başkalarıyla anlamlı ilişkiler kurulmasıyla mümkündür. Ayrılığın ve karşılıklılığın esas olduğu anlamlı ilişkilere sahip olmak için kişi doğru ve özgün bir şekilde yaşmalıdır.

Özetle, bu bakış açısı, yalnızlık etrafındaki çatışmaların, günümüzde makul hale gelen önceki aşamalarda nasıl bir kökene sahip olduğunu açıklamaktadır. Ancak yalnızlığın bireysel etiyojideki açıklamasına, geçmişe odaklanarak, bir şekilde sınırlı kalmaktadır. Mevcut sosyal ve kültürel bağlamı göz önünde bulundurmak gerekir.

- Etkileşimci Paradigma; etkileşimci veya diyalektik paradigma, sembolik etkileşimcilik, bireylerin deneyimlerini öznel düşünme yoluyla ayırdıklarını ifade eder. Düşüncenin de her bireyin özel ve benzersiz olduğunu ve bu nedenle organize düşünceye yol açan sembolik yapının insan ilişkilerinden kaynaklandığını göstermektedir (Araújo, Oliveira ve Fernandes, 2005:716). Etkileşimciler için

yalnızlık, yalnız olma gerçeği değil, anlamlı yakın ilişkilerin ve topluluk bağının olmamasıdır. Felsefelerinde, davranışın kişisel değişkenler tarafından ve ardından durumsal değişkenler tarafından belirlendiği ama her şeyden önce her ikisinde birbiri ile etkileşimde olduğunu anlarlar. Bu yaklaşıma göre kişilik, diğer sistemlerle sürekli etkileşim halinde olan kendi kendini düzenleyen bir sistemdir. Öz düzenleme ve etkileşim kavramları, kişiliğin temel taşları olacaktır. Bu nedenle, uygulanan varsayımlarından bazıları yalnızlık durumlarına vurgulanmıştır. Davranış, iki yönlü etkileşimin sürekli bir sürecidir. Birey ile kendilerini içinde buldukları durum arasındaki yalnız kalan yaşlı bir kişinin yalnızlıkla yüzleşmesi için kişisel durumu, sosyal ve aile ilişkileri ile sağlık durumu arasında bir dengeye ihtiyacı vardır. Bu değişkenlerden bazılarının kaybı ve diğerleri tarafından tamamlanmaması, daha karmaşık veya olumsuz süreçleri gösterebilir. Olumsuz olayların ve iniş çıkışların arkadaşlar, akran grupları gibi diğer ilişki sistemleriyle ve hatta yeni teknolojilerle dengelenebileceği, tamamlanabileceği sonucuna varıyoruz. Birey, yalnızlık sürecinde aktif ve kasıtlı bir aktördür ve durumu değiştirmek için kendi kaynaklarına sahiptir. Nihai sonuçta nasıl motive olduğu veya bununla başa çıkmak için hayatta kalma araçlarına ne şekilde sahip olduğu önemlidir. Bu noktada bilişsel faktörler, davranışın durumu zihnimizde nasıl işlediğimizin en önemli belirleyicisidir. Ancak bu nokta, bundan sonraki bilişsel paradigmada daha ayrıntılı olarak açıklanacaktır. Her spesifik durumda, bireyin duruma yüklediği psikolojik anlam, hayattan doyumunu nasıl algıladığı, nasıl hissettiği veya psikolojik olarak mevcut hayatla nasıl yüzleştiği gibi konular temel belirleyicidir. Sosyal durumsal değişkenlere incek olursak, sosyal ilişkiler önleyici bir faktör, destekleyici sosyal işlevleri yerine getirerek yalnızlığa karşı bir tampon görevi görür. Aksine, azaltılmış bir sosyal grup, yakın bağlanma figürlerinin eksikliği ve referans gruplarına ait olma, terk edilmişlik ve izolasyon duygusu yaratarak bu durumu ağırlaştırabilir(Garcia, 2022:40). Weiss'in 1973'de belirttiği gibi, yakın ilişkiler için temel ihtiyaç eksikliği, bir kişinin sosyal ihtiyaçları karşılanmadığında ortaya çıkar. Bu nedenle, yazarın sosyal ve duygusal yalnızlık arasında yaptığı ayırım, ikincisi bağlanma eksikliği ile ilgilidir. Aslında kaçınılan kişilerarası ilişkilerdeki bağlanma tarzı, izolasyon ve sonuç olarak yalnızlık ile doğrudan ilişkilidir; bu, bazen bağımlılık korkusundan ve ya mahremiyet gibi temel bir şeyi kaybetmekten kaynaklanır. Bu, yaşamın son aşamasında sosyal ve aile desteğini temsil eden arzulanan duygusal zeminin olanaklarını sınırlar. Bağlanma perspektifinden Weiss, yalnızlığı, karşılanmayan şefkat, yakınlık ve bağlanma figürlerinden yanıt gelmemesine işaret eden öznel bir durum olarak tanımlar. Daha sonra bu temel ihtiyaçlardan tatminsizlik nedeniyle yalnızlık, ıstıraplı bir şekilde yaşanır. Bu nedenle, yalnızlık durumuna ulaşana kadar kişisel süreçleri ve her birinin tepkiye nasıl tepki verdiğini veya engellediğini anlamak önemlidir. Kederli veya kaçınan bir bağlanmaya sahip insanlar, yalnızlık durumuna kişisel mekanizmalarıyla kendi başlarına yanıt verme olasılıkları çok yüksektir. Ayrıca bu ihtiyaçları engellemeye veya reddetmeye ve hatta birkaç sosyal etkileşime yansıyan yalnızlığın farkına varmaya çalışırlar. Çok işbirlikçi değillerdir. Sıkılmıyorlar veya kendilerine kapanmıyorlardır. Daha önce de belirtildiği gibi, ikincisi, kişi yabancılaştığını, yanlış anlaşıldığını veya başkaları tarafından reddedildiğini hissettiğinde veya sosyal içerme ve duygusal yakınlığı kolaylaştıran faaliyetler geliştirmek için uygun sosyal bağlantılara sahip olmadığında şiddetlenen en büyük rahatsızlığı yaratan rahatsızlıktır yalnızlık. Genellikle, tatminsiz bir sosyal veya duygusal yaşamın ürettiği boşluk sonucunda kişinin katlandığı, rahatsız edici, insanlardan uzaklaştıran kopuk duygulara neden olur (de Jong Gierveld, Van Tilburg ve Dykstra, 2006:486). Bu durum

yalnızlığın olumsuz olduğunu ve kişinin günlük durumu yeterince yönetmesini engellediği açıklar.

Belki de bu paradigmanın zayıf noktası, psikodinamik perspektifte olduğu gibi, bireysel faktörlere indirgemeciliği ve durumların genelleştirilmiş vizyonudur. Her yaşlı kişinin kendine özgü bir değeri vardır ve içinde bulunduğu koşullara göre belirlenir. Her durumda yalnızlık olumsuz algılanmaz. Bu duruma hazırlanan, duygusal yalnızlığı zamanla yönetmeyi bilen insanlar vardır. Tecrit, birincil gruplarla ilişkilerin tatmin edici olmadığı geçmişte kötü yönetilen veya seçilmiş aile çatışmalarının bir sonucu veya bir seçeneği olabilir.

- Bilişsel Paradigma; bilişsel yaklaşımı karakterize eden temel varsayım, öznenin kendisini bulduğu kişiler arası durumdur. Bu durumda yalnızlık hissi kişinin yaptığı öznel değerlendirmedir. Elbette bu değerlendirme çok yönlüdür. Buradaki zorluk, yalnızlık deneyimini büyüklük ve sıklık olarak en doğru şekilde tahmin eden faktörleri belirlemektir. Temel öncül, yalnızlığın iki tür eksikliğin sonucu olduğunu belirlemektir: biri sosyal destek ağının veya gruplarının yokluğuyla ilişkili, diğeri ise belirli bir bağlanma figürünün yokluğuyla bağlantılıdır. Her iki yalnızlık türü de bağlanma sistemindeki bozulmalardan kaynaklanır (Garcia, 2022:40). Başlangıç noktası olarak yalnızlık, kişinin sahip olmak istediği sosyal ilişkiler ile gerçekte sahip oldukları arasındaki tutarsızlık olarak anlaşılmaktadır. Daha fazla özgüllük sağlayan göstergelerden bazıları, örneğin, kişinin arzulanarak arkadaşlarla geçirdiği süre, kişinin birlikte zaman geçirmesi, elde edilen yakınlık düzeyi, sosyal etkileşimde belirli değerlerin tatmin derecesidir (Hawkey, ve Cacioppo, 2010:218). Başka bir deyişle, yukarıda belirtilen tutarsızlığın sosyal ve duygusal etkileşim alanını farklı şekilde etkileyip etkilemediğini bulmak gerekir, çünkü tüm temaslar tatmin üretmez ve kişide yalnızlık hissi oluşturur.

Tiwari'ye (2013:320) göre 3 tür yalnızlık vardır. Durumsal yalnızlık, gelişimsel yalnızlık ve içsel yalnızlık.

- Durumsal yalnızlık: Sosyo-ekonomik ve kültürel ortam, durumsal yalnızlığa katkıda bulunur. Hoş olmayan deneyimler, ihtiyaçlarının düzeyi ile sosyal temasları arasındaki tutarsızlık, nüfus göçü, kişiler arası çatışmalar, kazalar, felaketler veya boşluk sendromu gibi çeşitli çevresel faktörler yaşlılıkta yalnızlığa yol açar. Artan yaşam beklentisi ve yaşlı nüfusun feminizasyonu, kadınlarda durumsal yalnızlığın gelişmesinde önemli bir faktördür.
- Gelişimsel Yalnızlık: Her birimizin doğuştan gelen bir samimiyet arzusu veya başkalarıyla ilişkili olma ihtiyacı var. Bu ihtiyaç, bir insan olarak gelişimimiz için gereklidir. Bu ihtiyacın dışında, biraz yalnızlık gerektiren kendi gerçek benliğimizi tanıma ve geliştirme ile ilgili olan bireyciliğe daha yüksek bir ihtiyaç seviyesin de öncelik vardır. Optimum geliştirme için ikisi arasında bir denge olmalıdır. Bir kişi bu ihtiyaçları düzgün bir şekilde dengeleyemediğinde, yaşamlarından anlam kaybına neden olur ve bu da o kişide boşluk ve yalnızlığa yol açar. Kişisel yetersizlikler, gelişimsel açıklar, önemli ayrımlar, sosyal marjinalite, yoksulluk, yaşam düzenlemeleri ve fiziksel/psikolojik engeller genellikle gelişimsel yalnızlığa yol açar.
- İç yalnızlık: Yalnız olmak esasen insanı yalnız yapmaz. Kişiyi yalnızlaştıran yalnızlık algısıdır. Benlik saygısı düşük ve öz değeri düşük olan kişilerin, akranlarına göre daha yalnız hissettikleri görülür. Bu tür yalnızlığın nedenleri kişilik faktörleri, kontrol odağı, zihinsel sıkıntı, düşük benlik saygısı, suçluluk veya değersizlik duygusu ve durumlarla zayıf başa çıkma stratejileridir.

Weiss ve meslektaşları 1973 2 tip yalnızlıktan bahseder, duygusal ve sosyal yalnızlık olarak kavramsallaştırmıştır. Bir sosyal ağın yokluğu ile karakterize edilen sosyal yalnızlık ve bir bağlanma figürünün ve sosyal izolasyonun bulunmaması ile tanımlanan duygusal yalnızlıktır (DiTommaso ve Spinner, 1997:417). Görüldüğü gibi Farklı disiplinlerden bilim adamları, yalnızlık fenomeni hakkında çok farklı teorik açıklamalarda bulunmuşlardır. Yalnızlık için genel klasik literatürde, üzerinde fikir birliği edilmiş bir tanım yoktur. Ancak yüzyıllardır süren tartışmalar, yalnızlık hissinin evrenselliğini göstermektedir.

Yalnızlık, Sosyal İzolasyon ve İş hayatı ilişkisi

Bu bölümde yalnızlık ve sosyal izolasyon kavramını bir arada ele alınmıştır. Çünkü literatür taraması yaparken bu iki kavramın bir arada ele alındığı ve akademisyenler arasında bir kavram kargaşası olduğu tespit edilmiştir. Yalnızlık veya algılanan sosyal izolasyon, bir bireyin güvensiz, dolaylı olarak hiper kötü hissettiği bir kavramdır. Çevrede oluşacak sosyal tehditler için uyanıklık halidir. Sosyal tehdit için bilinçsiz gözetim ile üretilen bilişsel önyargılar vardır. Yalnız birey, sosyal dünyalarını çok tehdit edici görür, hayata karşı yalnız olmayan bireylerle karşılaştırıldığında daha kötümser bir yaklaşıma sahiptir ve başkalarıyla olumsuz sosyal etkileşimlere sahip olma beklentisi vardır. (Asghar ve Iqbal, 2019:43-44). "Konuşabileceğim insanlar var" ve "Kendimi bir arkadaş grubunun parçası gibi hissediyorum." Sonuç, son derece sosyal olarak bağlantılı olandan son derece yalnız olana kadar değişen bir puanlar sürekliliğidir. Her birimiz yalnız hissetme yeteneğine sahibiz ve yalnızlık, haklı olarak eşit fırsatlara sahip bir kiracıdır. Yalnızlığın fiziksel acının, açlığın ve susuzluğun sosyal karşılığı olduğunu varsayılır; sosyal kopukluk acısı ve sosyal bağlantıya duyulan açlık ve susuzluk, genlerimizin hayatta kalması için gerekli olan sosyal bağlantıların korunmasını ve oluşumunu motive eder. Yalnızlık duyguları genellikle, örneğin coğrafi yer değiştirme veya yasın ardından başkalarıyla bağlantı kurmayı veya yeniden bağlanmayı motive etmekte başarılı olur, böylece sosyal izolasyon duygularını azaltır veya ortadan kaldırır. Bununla birlikte, genel popülasyonun % 15-30 kadarı için yalnızlık kronik bir durumdur (Hawkey, Cacioppo ,2010:2). İlgisiz bırakıldığında, yalnızlığın biliş, duygu, davranış ve sağlık için ciddi sonuçları vardır. Yalnızlık, sosyal acı ve izolasyon duyguları ile karakterizedir. Hem kalıtsal hem de paylaşılmamış çevresel temellere sahiptir (Cacioppo, vd, 2006:1054). Sosyal bir tür olarak, insanlar hayatta kalmak ve gelişmek için güvenli bir sosyal çevreye ihtiyaç duyar. Sosyal izolasyon veya yalnızlık alguları, tehdit için uyanıklığı artırırken savunmasızlık duygularını da arttıracaktır. Ancak aynı zamanda yeniden bağlanma arzusu da arttıracaktır (Matthews, vd., 2016). Sosyal izolasyon veya yalnızlık, bazı bireyler veya birçok insan için belirli zamanlarda olumlu bir durum olarak deneyimlenebileceğinden, yalnızlıkla mutlaka eş anlamlı değildir.

Yalnızlık, genellikle kişinin arzu ettiği sosyal ilişkiler (tip, nitelik ve/veya nicelik açısından) ile kişinin hayatında sahip olduğunu algıladığı ilişkiler arasındaki tutarsızlıktan kaynaklanan psikolojik bir sıkıntı duygusu olarak tanımlanır (Palmer, vd., 2022:328). Bu tanımın iki temel yönü, sıkıntı duyguları (nötr veya arzu edilen bir durumdan ziyade) ve sıkıntının, kişinin sosyal ağının nesnel sayısal boyutuna ve mevcut duygusal ve araçsal sosyal desteğe bakılmaksızın algılanan bir eksikliğe dayanmasıdır. Bu özellikler, yalnızlık ve nesnel sosyal izolasyon arasındaki kritik bir ayrımı vurgular. İkincisi, sosyal etkileşimlerin sıklığı ve/veya

sosyal ağlarının boyutu gibi bir bireyin sosyal çevresinin boyutunda veya doğasında nesnel olarak ölçülebilir bir azalmaya veya yokluğa atıfta bulunur (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2020:17-18). İnsan hayatındaki sosyal ilişkiler, sosyal ilişkilerin temel bir bileşenidir. Pozitif sosyal ilişkiler ağı bir destek, anlam ve rehberlik kaynağı sağlar. Sağlık sonuçlarının uzun vadeli gidişatını etkileyebilir. Bu ilişkilerin yokluğu sosyal izolasyondur. Birçok insanın bu noktada yaşamlarında yaşadığı durum, refah ve sağlıkları üzerinde potansiyel etkileri olacaktır (Matthews, vd.,2016). Ayrıca amacın ötesinde sosyal ilişkilerin yokluğu, varılmak istenen yoldaki farklılıklardan da kaynaklanabilir. İnsanlar sosyal çevrelerini algırlar. Bu algı duygusu kişinin arzu ettiği sosyal bağlantıların kalitesi ve miktarına bağlı olarak değişir. Bu iki yapı arasında önemli kavramsal ayrımlar vardır. Bu nedenle de önemlidir. Ele almadan önce hem sosyal izolasyon hem de yalnızlık ölçümlerinin sonuçlarını birleştirmek gerekir. Bu durum sosyal izolasyon ve yalnızlığa bakış açısını değiştirebilir (Qualter, vd., 2015; Victor ve Yang, 2012; Hawthorne, 2008). Ancak, yalnızlığın doğası gereği bireylerin sosyal ihtiyaçları, yaşamlarının farklı evrelerinde farklı odak kayması olduğunu gösterir

Yalnızlık, nesnel sosyal izolasyonun yokluğunda ortaya çıkabileceğinden, bazı araştırmacılar algılanan sosyal izolasyon terimini kullandılar. Algılanan sosyal izolasyon teriminin kullanımı ampirik literatürde açıkça artmaktadır (Palmer vd., 2022:327). Bununla birlikte, algılanan sosyal izolasyonu yalnızlıkla eşanlamlı olarak tanımlamak, özünde yalnızlığın sadece bir algı değil, bir disfori durumu olduğu göz önüne alındığında, kasıtsız karışıklığı artırabilir. Yalnızca algı terimine odaklanılırsa, üzücü duygunun anahtar kavramı yanlışlıkla gözden kaçabilir. Yalnızlığı bir sosyal izolasyon algısı olarak tanımlama sorunu, literatüre nüfuz etmiştir.

İşyeri izolasyonu, saha ofislerinde satış görevlilerinin karşılaştığı kritik bir sorun olarak kabul edilmiştir. Çalışmalar, saha satış görevlilerinin fiziksel ve psikolojik olarak izole edildiğini kabul etmişlerdir. Ancak algılanan izolasyonun önemli iş sonuçları üzerindeki etkilerine dair çok az ampirik araştırma vardır. Dikkate alınması gereken bir diğer önemli konuda, işyeri izolasyonunun amirlere ve iş arkadaşlarına duyulan güven üzerindeki etkisidir (Mulki vd., 2008:67). Sanal ofislerin, günümüzün çalışma ortamında büyüyen bir trend ve pazarlama rollerini, özellikle satışları önemli ölçüde etkilemesi bekleniyor. Bu koşullar hem sosyal hem de örgütsel olarak izolasyon algılarına yol açabilir. İşyeri izolasyonu, bireylerin işteki diğerlerinden izolasyon algılarını temsil eden ve hem iş arkadaşlarından hem de şirketin destek ağından algılanan izolasyonu içeren iki boyutlu bir yapıdır (Marshall, vd., 2007:195). Çalışan bireyin ekip arkadaşlarından yeterli desteği alamamak, desteğe ihtiyaç duyduğunda bu desteğin ulaşılabilir olmaması ve ekip arkadaşları tarafından az tanınması, iş ve iş dışı konularda grup dışı kalmak gibi durumlar bireyin kariyeri açısından problem teşkil etmektedir.

Araştırmacılar sosyal izolasyona karşı çalışanların algısının keşfedilmesi adına bu alanda birçok çalışma yapılmasını tavsiye etmektedir. Özellikle Covid-19 pandemisi ile ortaya çıkan dijitalleşme ve beraberinde getirdiği sanal iş ve ekipler sosyal izolasyon ve yalnızlaşma hissinin artmasına ve önemli bir kariyer sorunu olarak tekrar ortaya çıkmasına neden

olmuştur. Literatürde sanal iş üzerine yapılan önceki araştırmalar neticesinde, sanal çalışanların iki tür izolasyona maruz kalması beklenmektedir, bunlar sosyal izolasyon ve örgütsel izolasyondur. Birinci olarak, sosyal bir perspektiften bakıldığında, bu çalışanlar gayri resmi sohbetlerin, spontane tartışmaların ve yuvarlak masa toplantılarının sosyal etkileşimini özlemektedirler. İkincisi, kurumsal düzeyde incelendiğinde, sanal çalışanlar ödülleri söz konusu olduğunda “gözden ve gönülden uzak” olmaktan korkmaktadırlar. Çalışanlar sanal, uzaktan veya evden çalıştıklarında çabalarının yeterince bilinmediği veya değer görmediğine ve kariyerlerinde ilerleme şanslarının geleneksel ofis ortamında çalışan meslektaşlarından daha az olduğuna inanma eğilimindedirler. İşyeri izolasyonu çalışanların iyi olma ve işe gelmeme eğilimleriyle de ilişkilidir. Sosyal izolasyon yapılan çalışmalara göre iyi oluşu olumsuz yönde etkilerken, işe gelmeme eğiliminide önemli oranda arttırmaktadır. Çalışanların takım üyeliği ve sosyal desteğe olan ihtiyaçları, sanal ofis ortamından etkilenir. Uzaktan çalışma sürecinde işletmenin ana merkezinden çalışmamak ve çalışanlar arasındaki fiziksel ayrılık, çalışma sinerjisini bozarak, takım ruhunu ve yakın teması geçme duygularını kötü etkilemeye hizmet eder. Resmi olmayan etkileşim, duygusal bağ ve duygusal desteğin olmaması ve yakınlığın azalması sanal ofis çalışanlarının sosyal olarak yalıtılmış hissetmesine neden olur (Aksu ve Orak, 130-132). Yalnızlık olgusunu, sosyal bir ortamda tek başına olmaktan ayıran en önemli faktör, yalnızlığın, temelde birey tarafından istenmeyen bir durum olarak algılanması ve sosyal izolasyon sürecine olumsuz duyguların eşlik etmesidir (Van Winkel vd., 2017). Bu yönüyle yalnızlık, depresyon ve kaygıya yatkınlık oluşturmada, bilişsel işlevlerde zayıflamaya yol açmakta ve ölüm riskini arttırmaktadır (Lee ve Ko, 2018; Özdemir ve Tatar, 2019). Psikolojik açıdan ise sosyal izolasyon yalnızlığa neden olmakla birlikte sosyal izolasyon ile yalnızlık arasında önemli bir farklılık bulunmaktadır. Yalnızlık bireyin kendi seçimi olabilirken sosyal izolasyon bireyin tercih hakkının olmadığı istemsiz bir durumdur (Aksu, Orak, 2022: 131). Yalnızlık genellikle herhangi bir arkadaşlık ilişkisinin olmaması ya da topluluktan veya toplumdan izole olma hali olarak tanımlanır

Tartışma sonuç

Yalnızlığı anlamak için, “yalnız” terimiyle tam olarak ne demek istediğimize ve ayrıca yalnızlığın çeşitli nedenlerine, sağlık sonuçlarına, semptomlarına ve olası tedavilerine daha yakından bakmak önemlidir. Yalnızlık yaşayan kişide, yanında kimseyi bulamayınca biyolojik işlev bozuklukları, psikolojik sıkıntılar ve davranış sorunları geliştirme riski de artar. Genellikle yaşlı erişkinlerde görülür. Uygun tanı, bakım ve yönetim gerektiren fenomenolojisi, komplikasyonları ve etiyojisi vardır. Buna “patolojik yalnızlık” denilebilir (Tiwari 2013; 320). Yalnızlığın, insanların zihinsel ve fiziksel refahı üzerinde ciddi sonuçları vardır. Bu nedenle yalnızlığı önlemek için doğru zamanda müdahale etmek önemlidir. Genel olarak 4 tür müdahale vardır (Mushtag, vd., 2014). Dört ana müdahale türü: (1) sosyal beceriler geliştirmek, (2) sosyal destek vermek, (3) sosyal etkileşim için fırsatlar geliştirmek ve (4) uyumsuz sosyal bilişin tanınması.

Yaklaşık 2020 yılından bu yana dünya çapındaki hükümetler, koronavirüs 2019 (COVID-19) ve türevlerini ortadan kaldırmak veya kontrol altına almak amacıyla sokağa çıkma yasaklarını ve diğer sosyal kısıtlamaları zorunlu kıldılar. Bireyler, yiyecek ya da diğer temel ihtiyaçları için kısa süreli geziler yapmaları gerekmeyen bazen evlerine kapatılmışlardır. Bu tür

önlemlerin, önceden var olan bir ‘yalnızlık salgını’ni güçlendirerek, olumsuz duyguların somutlaşmış bir kümesi olarak yalnızlık riskini artırdığına ilişkin yaygın bir endişe vardır. Olumsuz sağlık sonuçlarına COVID-19’u yönetmek için atılan adımların en çok genç yetişkinler ve görece sosyoekonomik yoksunluğu olan kişiler dahil olmak üzere savunmasız sosyal gruplar arasındaki artan yalnızlıkları kamuoyunda daha görünür hale getirdi. Teorik olarak, video konferans ve sosyal ağ oluşturma gibi bilgi ve iletişim teknolojileri, doğrudan fiziksel temas kaybını telafi etmeye yardımcı olmuştur. Ancak, bu ağ sistemlerinin yalnızlığı nasıl etkilediğini belirlemek için ulusal düzeyde temsili araştırmalara ihtiyaç vardır. Sosyal izolasyon ve yalnızlık için yaygın sosyal yaklaşımlarının çoğunun etkinliğine ilişkin değişken araştırma kanıtları mevcuttur (Killgore, vd., 2020; Barton., vd., 2022). Gençler gibi gruplarda, yalnızlığı hedefleyen sosyal müdahalelere en çok yalnız kişiler direnir. Bununla birlikte, Buetow’un 2022 yılında ‘From Loneliness to Solitude in Person-centred Health Care’ başlıklı kitabında bulunan kimi araştırma sonuçlarına göre, hükümetlerin oluşturduğu politika ve uygulamalarla, topluluk entegrasyonu da dahil olmak üzere insan sosyalliğini inşa ederek yalnızlığın tedavi edildiği görülmektedir. Sosyal bağlar; yapısal işlevselcilik ve sosyal ağ teorisi gibi perspektiflere göre geliştirilebilir. Çünkü yalnızlığı, kişilerin sosyal hayatları üzerindeki kontrollerini sınırlayan kurumsal düzenlemelerin bir ürünü olarak çerçeveler. Bu yaklaşım, Aristoteles’in, insanların doğal hallerinde sosyal ve politik yaratıklar olduğu şeklindeki bakış açısına kadar uzanır. “Toplumda yaşayamayan... ya bir canavar ya da bir tanrı olmalı.” dır der. Kişilerin destek kazanmak ve karşılık vermek ve toplumun çıkarlarına hizmet eden bir öz kimlik duygusu geliştirmek için başkalarıyla ilişki kurduğu varsayılır. Yalnızlığın çözümü sadece arkadaşlıklar geliştirmek değildir. Tek başınayken rahat hissetmeyi öğrenmek, yalnızlığı potansiyel bir varlık olarak yeniden kavramsallaştırmaktır. Bu açıdan bakıldığında, psikolojik tedaviler kalıcı yalnızlığı hafifletme konusunda umut vaat etmektedir. Yaşam boyu küçük ila orta düzeyde olumlu etkiler bildirilmiştir. En yaygın olanı, bilişsel davranışçı terapi yoluyla uyumsuz sosyal biliş için yapılan müdahalelerdir. Ancak, bilişteki sosyal süreçlerin ötesinde, yeni psikoterapilere ihtiyaç vardır. Bu süreçlere kendini sevme gibi erdemleri inşa eden müdahaleleri dahil etmek gerekir. Böylece insanların yalnızlık ve sosyal izolasyon gibi durumlarda gelişen sonuçlara yönelik bütünsel olarak bireysel gelişimlerine yardımcı olunabilir, yalnızlığa yönelik sosyal yaklaşımları ve hayatı farmasötikleştirmeye yönelik sosyal bir eğilimi tamamlayabilirler (Buetow, 2022:9-12). Çalışanların içinde bulunduğu bir işyeri atmosferi; endişeleri (psikolojik güvenliği tartışabilecek durumda hissetmek) yok edecek personel refahı ve etkili hasta bakımı sağlamaya yönelik olmalıdır. Psikolojik güvenlik, kişilerarası riskten arınmış fikirler ve endişeler hakkında konuşan sağlık hizmetleri gibi yüksek riskli ortam için gereklidir. Psikolojik olarak güvenli çalışma, iyileşme odaklı yaklaşımların karmaşık kararlar vermek için meslekler arası ekiplerin işbirlikçi çabalarına dayandığı ruh sağlığı için özellikle önemlidir. Pek çok araştırma, psikolojik güvenlik ile ilişkili öncüllere ve sonuçlara odaklanmaktadır, ancak bir sağlık kuruluşunun farklı seviyelerinde psikolojik güvenliğin nasıl artırılacağına dair pratik adımlara çok az odaklanılmaktadır (Hunt., vd., 2021). Ayrıca, hastanede bulunan diğer sağlık çalışanları ile konuşmak, onlara benzer bir durum, üç bileşenden biri olan ortak insanlık ile ilgilidir. Öz-şefkat üç ana bileşen içerir: (a) öz-nezaket-kendini sert bir şekilde eleştirmek yerine acı veya başarısızlık durumlarında kendine karşı nazik ve anlayışlı olmak, (b) ortak insanlık-kişinin deneyimlerini daha büyük bir insanın

parçası olarak algılamak onları ayrıştırıcı ve tecrit edici olarak görmek yerine deneyimlemek (c) farkındalık-acı verici düşünce ve duyguları onlarla aşırı özdeşleşmek yerine dengeli bir farkındalık içinde tutmak. Öz-şefkat, kendini yargılamanın, soyutlanmanın ve derin düşünmenin (depresyon gibi) olumsuz sonuçlarına karşı koruma sağlaması gereken duygusal olarak olumlu bir öz tutumdur. Değerlendirici olmayan ve birbirine bağlı doğası nedeniyle, benlik saygısını sürdürme girişimleriyle ilişkilendirilen narsisizm, benmerkezcilik ve aşağılayıcı sosyal karşılaştırma eğilimlerine de karşı koymalıdır. Öz-anlayışın diğer psikolojik yapılarla ilişkisi incelendiğinde, psikolojik işlevsellikle olan bağlantıları araştırılır ve öz-anlayıştaki potansiyel grup farklılıkları tartışılır. Stresi azaltmanın benzer şekilde, sağlık çalışanları tarafından olumlu bir his olduğu bildirilmiştir (Neff, 2023:47). Sağlık çalışanlarına, hastalar ve topluluk tarafından kabul edilmek, zihinlerine iyi geliyor. Kendi kaderini tayin teorisi, içsel motivasyonun yüksel refah ve dış motivasyonun daha düşük refah ile daha yüksek ilişkili olduğunu kabul eder.

Ruh sağlığı ile ilgili Covid-19 pandemisi sırasında. Sağlık çalışanları artan seviyede stres ve yalnızlık yaşadılar. Sağlık çalışanlarının sınırlı başa çıkma stratejileri mevcuttu. Japonya'da yapılan bir çalışma sağlık çalışanlarının ruh sağlığı için önemli bir faktör olarak destekleyici işyeri iletişiminin ve belirsizliğin kabul edilmesi ile, sağlık çalışanlarının zihinsel sağlıklarına ve kendi kendine bakım anlayışına yardımcı olduğuna dair bulgulara ulaşmıştır. Gerçekten de belirsizliği tolere edip kabul etmek, tükenmişliği önleyici önemli bir refah faktörüdür (Di Trani, vd., 2021; Ohta, vd., 2021). Sağlık çalışanları üzerinde belirsizlikle ilgili yapılan kimi çalışma işin özelliklerinin çalışanı etkilediğini ve Talep-Kontrol-Destek modelini oluşturup sağlık çalışanlarının refah, bulgularının daha iyi açıklanıp yardımcı olabileceğini ileri sürmüştür (Kotera, vd., 2022). COVID sırasında sağlık çalışanları, artan bir iş yükü ile karşı karşıya kalmıştır (bazı sağlık çalışanları hastalanmış, özellikle COVID hastalarını tedavi etmemek gibi iş yükünü azaltmak için çeşitli yöntemler uygulanmıştır), kısıtlı çalışma ortamı, enfekte olma (aşı uygulanmadan önce olduğu gibi), sosyal baskı (damgalama gibi) ve belirsizlik (talep). Ancak bilgi ve netlik kazanan konularda nasıl çalışacakları (kontrol) ve kuruluştan nasıl destek alacakları (örneğin bilgileri sık güncelleme = destek) sağlık profesyonellerine nispeten yüksek bir sağlık düzeyi sağlamıştır.

Çalışanların sosyal çalışma ilişkilerinin, işteki genel refahları ve performans derecelendirmeleri için çok önemli olduğu uzun süredir belirlenmiştir. Birçok katılımcının bildirdiği meslektaşlarıyla içki içmek de dahil olmak üzere çeşitli toplantılar iyi meslektaş ilişkileri kurmak için önemli bir işyeri ilişkisidir. Ancak olumlu işyeri ilişkilerinin çalışanların çalışma davranışları üzerindeki etkilerini inceleyen az sayıda araştırmaya rastlanmıştır. Kimi bulgular, yüksek kaliteli işyeri ilişkilerinin, daha yüksek bağlılık, daha düşük bildirilen iş stresi düzeyi ve artan sosyal etki algısı dahil olmak üzere çalışma davranışları üzerindeki olumlu etkilerini göstermiştir. Özellikle sonuçlar, liderler ve personel hemşireleri arasındaki ilişkilerin işyeri ilişkilerinin kalitesine ve hemşirelerin performansına önemli bir katkı yaptığını da göstermiştir. Ek olarak, sosyal etkinin, sağlıklı işyeri etkileşimleri ile iş stresi arasındaki ilişkiyi olumlu yönde yumuşattığı gösterilmiştir; ancak işe bağlılık üzerinde anlamlı bir etkisi olmamıştır. Ne yazık ki, işe bağlılığın şaşırtıcı bir şekilde performans derecelendirmeleriyle ilişkili olmadığı bulunmuştur (Tran, vd., 2018:43). Aynı şekilde, ekip

çalışması, gelişmiş çalışma ortamı altında ruh sağlığı için koruyucu bir faktör olarak tanımlanmıştır (Rose, vd.,2021). Diğer taraftan, algılanan sosyal destek düzeyinin artmasına bağlı olarak algılanan yalnızlık düzeyi azalmakta ve gelecekte her şeyin daha iyi olacağına ilişkin iyimserlik düzeyide artış göstermektedir (Alpass ve Neville, 2003; Daniel, 2013; Ozsaker, Muslu, Kahraman, Beytut, Yardimci ve Basbakkal, 2015; van Winkel ve ark., 2017). Bununla birlikte, kişiler arası etkileşim sürecinde ortaya çıkan duygusal deneyimler de algılanan yalnızlık düzeyi üzerinde belirleyici bir etkiye sahiptir (Lee ve Ko, 2018; Saklofske, Austin ve Minski, 2003). Konuşma, benzersiz bir insan olgusudur. Serbestçe şekillenen sohbetlere ilişkin analizler, konuşma süresinin yaklaşık üçte ikisinin sosyal konulara ayrıldığını ve bunların çoğuna genel dedikodu etiketinin verilebileceğini gösteriyor. Havadan sudan konuşmak gibi görevi tamamlamanın özü olmayan önemsiz iletişim normatiftir ve kuruluşlarda her yerde bulunur. Küçük sohbetler yetişkinlerin konuşmalarının üçte birini oluştursa da iş yerindeki etkileri büyük ölçüde göz ardı edilmiştir. Bu konuda yapılan bir araştırma, havadan sudan konuşmanın çalışanlar için önemli sonuçları olabileceğini öne sürmüştür. Etkileşim ritüelleri ve mikro rol geçişleri teorilerini bütünleştirerek, önemsiz gibi görünen iş günü sohbetlerinin çalışanların deneyimlerini nasıl ve neden anlamlı bir şekilde etkilediğini keşfetmeye çalışmışlar ve çalışan yetişkinlerden oluşan bir örneklem grubu oluşturmuşlardır. Üç haftalık bir süre boyunca havadan sudan sohbetlerdeki bireysel farklılıkları yakalamak için bir deneyim örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Elde edilen sonuçlar, küçük konuşmaların çalışanların iş yerindeki günlük olumlu sosyal duygularını geliştirdiğini, bunun da örgütsel vatandaşlık davranışlarını yükselttiğini ve iş gününün sonunda refahı artırdığını göstermiştir. Ek olarak, havadan sudan konuşmanın işe bağlılık üzerindeki olumsuz etkilerini hafifletmiştir. İlginç olan sonuçlardan birisi de havadan sudan konuşmaların çalışanların bilişsel iş becerilerini azalttığı yönündedir (Methot, 2020). Sonuçlar birleştiğinde, havadan sudan sohbetin kibar, törensel ve kalıplaşmış doğasının canlandırıcı ama aynı zamanda dikkat dağıtıcı olduğunu göstermiştir.

Çocuklarınızı ödevlerini yaptıkları için ödüllendirirseniz, genellikle bunu yaparak cevap verirler. Ama bu en etkili motivasyon yöntemi mi? Hayır, diyor psikolog Edward L. Deci geleneksel düşünceye meydan okuyan ve bu yöntemin gerçekte performansa karşı çalıştığını gösteriyor. Deci İnsanları, okulda, işte veya evde motive etmenin en iyi yolu, özerklik duygusunu desteklemektir. Bir görevin neden önemli olmasının nedenlerini açıklamak ve daha sonra görevin yürütülmesinde mümkün olduğunca kişisel özgürlüğe izin vermek, ilgi ve bağlılığı teşvik edecektir ve standart ödül ve ceza sisteminden çok daha etkili bir yaklaşım olduğunu söylüyor. Deci'ye göre hepimiz doğası gereği dünyayla ilgileniyoruz, neden bu ilgi birbirini beslemiyor? "İnsanları nasıl motive edebilirim?" "İnsanların kendilerini motive edeceği koşulları nasıl yaratabilirim?" diye sormalı ve "insanların hedeflerini takip etmede nasıl daha gerçekten meşgul ve başarılı olabilecekleri konusunda anlayışlı ve kışkırtıcı bir meditasyon" oluşturulmasını ifade ediyor (Deci, 1996). Her çalışanın tanınmayı ve takdir edilmeyi sevdiğine dair genel bir varsayım vardır, çünkü bunlar insanın doğuştan gelen günlük ihtiyaçlarıdır. Bununla birlikte, içsel motivasyon faktörleri üzerine kapsamlı bir çalışma olmasına rağmen, takdir edilme, tanınma ve bunların çalışanların iş tatminini artırmak için organizasyonda nasıl iyi bir şekilde kullanılacağı konusunda hala çok az çalışma bulunmaktadır (Abdullah, N.; vd., 2016; Kotera, vd., 2019; Kikuchi, vd., 2020; Kotera, vd.,

2020; Kanai, vd., 2021). İçsel motivasyon olarak da ifade edilebilecek tanınma ve takdir, temel psikolojik süreçlerdir ve bu nedenle her insan için önemli ve kaçınılmaz hale gelir.

Küreselleşmenin etkisi kaçınılmazdır, ancak bu etki yaşlılar üzerindeki ekonomik yükü artırmıştır. Kadınlar, pratik olarak var olmayan mülkiyet haklarına ve diğer sosyal güvenlik önlemlerine sahip oldukları için daha olumsuz etkilere karşı hassastır (Bhat, 2001). Yeterli aile desteği eksikliği, eşin kaybı ve sosyal ve duygusal güvensizlik onları, özellikle yaşlılık evinde ikamet etmek zorunda olan yaşlı kadınlara, genel bir güvensizlik hissine götürür. (Acharyya, 2010: 527). İnsan tamamen sosyal bir varlıktır. Gerçekten de zor fiziksel ortamlarda insanın hayatta kalması, sosyal grup yaşamını seçmiş görünmektedir. İnsan türünün üreme başarısının, yavruların üreme çağına kadar hayatta kalmasına bağlı olduğunu düşünün. Bir eş, bir aile ve bir kabile ile olan sosyal bağlar, tamamen bağımlı yavrular olma olasılığını artıran sosyal yakın davranışları (örneğin, fedakârlık, iş birliği) teşvik eder. Üreme çağına ulaşın ve bireysel ve kolektif seviyelerde başkalarıyla bağlantılar, zor veya düşmanca ortamlarda hayatta kalma şansımızı artırır. Bu davranışlar, insanların hayatta kalmasını, çoğaltılmasını ve bakımını yeterince uzun süre yeniden üretebilmelerini sağlamak için genetik, nöral ve hormonal mekanizmaları desteklemekle birlikte ortaya çıkmıştır (Lovejoy, 2009). İnsan sosyalliği, çağdaş bireysel toplumlarda bile öne çıkmaktadır. Uyanma saatlerimizin neredeyse% 80'i başkalarıyla geçirilir ve ortalama olarak arkadaşlar, akrabalar, eş, çocuk ve iş arkadaşları ile geçirilen zaman, tek başına geçirilen zamandan daha doğal olarak ödüllendirilir (Emler, 1994; Kahneman, vd., 2004). İnsanlar öyle anlam yaratan yaratıklardır ki, nesnelleştirilemeyen hiçbir ilişkinin bulunmadığı sosyal ilişkileri (örneğin, yazar ve okuyucu arasında, birey ve Tanrı arasında) veya karşılıklılık mümkün olmadığını (örneğin, televizyon karakterleriyle para sosyal ilişkilerde) algılıyoruz. Tersine, sosyal fırsatlar ve ilişkiler mevcut olduğunda sosyal izolasyonu algılıyoruz, ancak günlük yaşamda sosyal bağlılığın gücünü kullanma kapasitesinden yoksunuz. Yani yalnızlık tedavi edilebilir bir geri döndürülemez bir yaşam koşuludur. Yalnızlığın sağlık yükünü hafifletmek için gelecekteki müdahaleler, sosyal bir tür olarak evrimsel tasarımı dikkate almak için iyi olacaktır.

KAYNAKÇA

- Abdullah, N.; Shonubi, O.A.; Hashim, R.; Hamid, N. Recognition and Appreciation and its Psychological Effect on Job Satisfaction and Performance in a Malaysia IT Company: Systematic Review. *IOSR J. Humanit. Soc. Sci.* 2016, 21, 47–55.
- Acharyya A.(2012), Depression,Loneliness And Insecurity Feelings Among the Elderly Female Living in Old Age Homes of Agatala. *Indian J of Gerontology.* vol 26(4) 524-36.
- Åkerlind, I., & Hörnquist, J. O. (1992). Loneliness and alcohol abuse: A review of evidences of an interplay. *Social science & medicine*, 34(4), 405-414.
- Aksu, B. Ç., Orak B. (2022) Covid-19 Pandemisinin Sağlık Çalışanlarının Finansal Kaygı, İş-Yaşam Dengesi ve Sosyal İzolasyon Düzeylerine Etkilerinin İncelenmesi *Uluslararası Yönetim İktisat Ve İşletme Dergisi*, Cilt 18, Sayı 1 126-152.
- Araújo, I. M. D. A., Oliveira, M. V. D., & Fernandes, A. F. C. (2005). Compreensão do modelo de King sobre o paradigma do Interacionismo Simbólico. *Revista Brasileira de enfermagem*, 58, 715-718.

- Asghar, A., & Iqbal, N. (2019). Loneliness matters: a theoretical review of prevalence in adulthood. *J Psychol*, 7(1), 41-47.
- Balogh, L., Tanaka, M., Török, N., Vécsei, L., & Taguchi, S. (2021). Crosstalk between existential phenomenological psychotherapy and neurological sciences in mood and anxiety disorders. *Biomedicines*, 9(4), 340.
- Ben Simon, E., & Walker, M. P. (2018). Sleep loss causes social withdrawal and loneliness. *Nature communications*, 9(1), 3146.
- Berguno G, Leroux P, McAinsh K, Shaikh S. (2004), Children's experience of loneliness at school and its relation to bullying and the quality of teacher interventions. *Qualitative Report*. 9:483–99.
- Bhatia SPS, Swami HM, Thakur JS, Bhatia V. (2007), A study of health problems and loneliness among the elderly in Chandigarh. *Indian J of Community Medicine*. 32(4) 255-58.
- Bunyan, P. (2021). Hallmarks of the Political in Community Organizing: An Arendtian Perspective. *VOLUNTAS: International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations*, 32(4), 910-920.
- Cacioppo JT, Hawkley LC, Ernst JM, Burleson M, Bertson GG, Nouriani B, Spiegel D (2006) Loneliness within a nomological net: an evolutionary perspective. *J Res Pers* 40(6):1054–1085.
- Cacioppo, JT. et al. (2000), Lonely traits and concomitant physiological processes: The MacArthur Social Neuroscience Studies, *Int. J Psychophys*. 35:143.
- Campagne, D. M. (2019). Stress and perceived social isolation (loneliness). *Archives of gerontology and geriatrics*, 82, 192-199.
- Caspi A, Harrington H, Moffitt TE, Milne BJ, Poulton R (2006), Socially isolated children 20 years later: risk of cardiovascular disease. *Arch Pediatr Adolesc Med* 160(8):805–811.
- Daniel K. (2013), Loneliness and Depression among University Students in Kenya ? *Global Journal of Human Social Science*. 4 (1.0): Online ISSN: 2249-460
- David, D. (2022). The Psychodynamic Approach To Advertising. Some Aspects Regarding The Concept Of Electronic Monitoring And Concerns Regarding Its Implementation At The Level Of, 4, 31.
- de Jong Gierveld, J. (1998). A review of loneliness: concept and definitions, determinants and consequences. *Reviews in clinical gerontology*, 8(1), 73-80.
- de Jong Gierveld, J., Van Tilburg, T., & Dykstra, P. A. (2006). Loneliness and social isolation. *Cambridge handbook of personal relationships*, 485-500.
- Deci, E.L.; Flaste, R. *Why We Do What We Do: Understanding Self-Motivation*; Penguins Books: London, UK, 1996; ISBN 9780140255263.
- Derbyshire D. Loneliness is a killer: It's as bad for your health as alcoholism, smoking and over-eating, say scientists. *Health mail online*, updated Last accessed on 2023, 02.27. Available from: <http://www.dailymail.co.uk/health/article-1298225/Loneliness-killer-Its-bad-health-alcoholism-smoking-eating-say-scientists> .
- Dhal A, Bhatia S, Sharma V, Gupta P. Adolescents Self esteem, Attachment and Loneliness. *J Indian Assoc. Child Adolesc. Ment. Health*. 2007;3(3):61-63).
- Di Trani, M.; Mariani, R.; Ferri, R.; De Berardinis, D.; Frigo, M.G. From Resilience to Burnout in Healthcare Workers During the COVID-19 Emergency: The Role of the Ability to Tolerate Uncertainty. *Front. Psychol*. 2021, 12, 987.
- DiTommaso, E., & Spinner, B. (1997). Social and emotional loneliness: A re-examination of Weiss' typology of loneliness. *Personality and individual differences*, 22(3), 417-427.

- DiTommaso, E., Brannen-McNulty, C., Ross, L., & Burgess, M. (2003). Attachment styles, social skills and loneliness in young adults. *Personality and Individual Differences*, 35(2), 303–312.
- Divac-Jovanović, M., & Švrakić, D. (2011). The future of psychotherapy: Is there a crisis of the paradigm?. *Engrami*, 33(4), 5-18.
- Domingue, B. W., Duncan, L., Harrati, A., & Belsky, D. W. (2021). Short-term mental health sequelae of bereavement predict long-term physical health decline in older adults: US Health and Retirement Study Analysis. *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 76(6), 1231–1240. doi:10.1093/geronb/gbaa044
- Donald A. West, Robert Kellner, and Maggi Moore-West, (1986), *The Effects of Loneliness: A Review of the Literature*. *Comprehensive Psychiatry*. 27(4): 351-83.
- Dunbar, R. I. (2004). Gossip in evolutionary perspective. *Review of general psychology*, 8(2), 100-110.
- Emler N. Gossip, (1994), reputation, and adaptation. In: Goodman R, Ben Ze'ev A, eds. *Good Gossip*. Lawrence: University of Kansas Press; 34–46.
- Escalante, E., Golden, R. L., & Mason, D. J. (2020, December). Social isolation and loneliness: imperatives for health care in a post-COVID world. In *JAMA Health Forum* (Vol. 1, No. 12, pp. e201597-e201597). American Medical Association.
- Gonzalez, V. M., & Skewes, M. C. (2013). Solitary heavy drinking, social relationships, and negative mood regulation in college drinkers. *Addiction Research & Theory*, 21(4), 285-294.
- Goossens L, van Roekel E, Verhagen M, Cacioppo JT, Cacioppo S, Maes M, Boomsma DI (2015) The genetics of loneliness: linking evolutionary theory to genome-wide genetics, epigenetics, and social science. *Perspect Psychol Sci* 10(2):213–226.
- Griffin, S. C., Williams, A. B., Ravyts, S. G., Mladen, S. N., & Rybarczyk, B. D. (2020). Loneliness and sleep: A systematic review and meta-analysis. *Health psychology open*, 7(1), 2055102920913235.
- Hawley LC, Cacioppo JT., (2010), Loneliness matters: a theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Ann Behav Med*. 14:218–27
- Hawley LC, Masi CM, Berry JD, Cacioppo JT. (2006), Loneliness is a unique predictor of age-related differences in systolic blood pressure. *Psychol Aging*. 21: 152–164.
- Hawley, L. C., & Cacioppo, J. T. (2007). Aging and loneliness: Downhill quickly?. *Current Directions in Psychological Science*, 16(4), 187-191.
- Hawley, L. C., & Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness matters: A theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of behavioral medicine*, 40(2), 218-227.
- Hawley, L.C., Cacioppo, J.T., (2010). Loneliness matters: a theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Ann. Behav. Med*. 40 (2), 218–227.
- Hawley, L.C., Capitano, J.P., (2015). Perceived social isolation, evolutionary fitness and health outcomes: a lifespan approach. *Philos. Trans. R. Soc. Lond. B Biol. Sci*. 370 (1669).
- Hawthorne G (2008) Perceived social isolation in a community sample: its prevalence and correlates with aspects of peoples' lives. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 43(2):140–150.
- Holt-Lunstad, J., (2021). A pandemic of social isolation? *World Psychiatr*. 20 (1), 55–56.
- Holwerda TJ, J H Deeg D, T F Beekman A, Van Tilburg T G, Stek M L, Cees Jonker, Robert A Schoevers. Feelings of loneliness, but not social isolation, predict dementia onset: results

- from the Amsterdam Study of the Elderly (AMSTEL) *J Neurol Neurosurg Psychiatry* dec. 2012 doi:10.1136/jnnp-2012-302755.
- Hom, M. A., Chu, C., Rogers, M. L., & Joiner, T. E. (2020). A meta-analysis of the relationship between sleep problems and loneliness. *Clinical Psychological Science*, 8(5), 799-824.
- Hunt, D.F.; Bailey, J.; Lennox, B.R.; Crofts, M.; Vincent, C. Enhancing psychological safety in mental health services. *Int. J. Ment. Health Syst.* 2021, 15, 33.
- Ingram, I., Kelly, P. J., Deane, F. P., Baker, A. L., Goh, M. C., Raftery, D. K., & Dingle, G. A. (2020). Loneliness among people with substance use problems: A narrative systematic review. *Drug and Alcohol Review*, 39(5), 447-483.
iUniverse ebook.
- Kahneman D, Krueger AB, Schkade DA, Schwarz N, Stone AA. (2004), A survey method for characterizing daily life experience: The day reconstruction method. *Science*. 306: 1776–1780.
- Kanai, A.; Laurence, G.A.; Sakata, K.; Fujimoto, T.; Yamaguchi, H.; Takai, J.; Suzuki, A.; Tak, J. An International Comparison of Factors Related to LongWork Hours. *Jpn. Psychol. Res.* 2021.
- Kikuchi, H.; Odagiri, Y.; Ohya, Y.; Nakanishi, Y.; Shimomitsu, T.; Theorell, T.; Inoue, S. Association of overtime work hours with various stress responses in 59,021 Japanese workers: Retrospective cross-sectional study. *PLoS ONE* 2020, 15, e0229506.
- Killgore, W. D., Cloonan, S. A., Taylor, E. C., Miller, M. A., & Dailey, N. S. (2020). Three months of loneliness during the COVID-19 lockdown. *Psychiatry research*, 293, 113392.
- Kotera, Y., Ozaki, A., Miyatake, H., Tsunetoshi, C., Nishikawa, Y., Kosaka, M., & Tanimoto, T. (2022). Qualitative investigation into the mental health of healthcare workers in Japan during the COVID-19 pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(1), 568.
- Kotera, Y.; Cockerill, V.; Chircop, J.G.E.(2020)Forman, D. Mental health shame, self-compassion and sleep in UK nursing students: Complete mediation of self-compassion in sleep and mental health. *Nurs. Open* 8, 1325–1335.
- Kotera, Y.; Conway, E.; Van Gordon, W. Ethical Judgement in UK Business Students: Relationship with Motivation, Self-Compassion and Mental Health. *Int. J. Ment. Health Addict.* 2019, 17, 1132–1146.
- Le Roux, E. E. (2007). Loneliness in the therapeutic dialogue: an interpretation according to the concepts of Winnicott and Heidegger (Doctoral dissertation, University of Pretoria).
- Levi-Belz, Y., Gvion, Y., Horesh, N., & Apter, A. (2013). Attachment patterns in medically serious suicide attempts: The mediating role of self-disclosure and loneliness. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 43(5), 511-522.
- Lovejoy, C. O. (2009). Reexamining human origins in light of *Ardipithecus ramidus*. *science*, 326(5949), 74-74e8.
- Luis Miguel Rondon Garcia Loneliness in Older Adults: Effects, Prevention, and Treatment, Haz 2022 · Academic Press e-kitap
- Marshall, G. W., Michaels, C. E., & Mulki, J. P. (2007). Workplace isolation: Exploring the construct and its measurement. *Psychology & Marketing*, 24(3), 195-223.
- Matthews T, Danese A, Wertz J, Ambler A, Kelly M, Diver A, Caspi A, Moffitt TE, Arseneault A (2015) Social isolation and mental health at primary and secondary school entry: a longitudinal cohort study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 54(3):225–232.

- Matthews, T., Danese, A., Wertz, J., Odgers, C. L., Ambler, A., Moffitt, T. E., & Arseneault, L. (2016). Social isolation, loneliness and depression in young adulthood: a behavioural genetic analysis. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 51, 339-348.
- McGuire S, Clifford J (2000) Genetic and environmental contributions to loneliness in children. *Psychol Sci* 11(6):487–491.
- Methot, J.R.; Rosado-Solomon, E.H.; Downes, P.; Gabriel, A.S. Office Chit-Chat as a Social Ritual: The Uplifting Yet Distracting Effects of Daily Small Talk at Work. *Acad. Manag. J.* 2020, 64, 1445–1471.
- Mijuskovic, B.L. (2012), *Loneliness in Philosophy, Psychology, and Literature: Third Edition*
- Mulki, J. P., Locander, W. B., Marshall, G. W., Harris, E. G., & Hensel, J. (2008). Workplace isolation, salesperson commitment, and job performance. *Journal of personal selling & sales management*, 28(1), 67-78.
- Mushtaq, R., Shoib, S., Shah, T., Mushtaq, S., (2014). Relationship between loneliness, psychiatric disorders and physical health? A review on the psychological aspects of loneliness. *J. Clin. Diagn. Res.* 8 (9), We01–4.
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2020). *Social isolation and loneliness in older adults: Opportunities for the health care system*. National Academies Press.
- Neff, K. Self-Compassion: An Alternative Conceptualization of a Healthy Attitude Toward Oneself. *Self Identity* 2003, 2, 85–101.
- Nolen-Hoeksema S, Ahrens C (2002) Age differences and similarities in the correlates of depressive symptoms. *Psychol Aging* 17(1):116–124.
- O'Day, E. B., Morrison, A. S., Goldin, P. R., Gross, J. J., & Heimberg, R. G. (2019). Social anxiety, loneliness, and the moderating role of emotion regulation. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 38(9), 751-773.
- Ohta, R.; Matsuzaki, Y.; Itamochi, S. Overcoming the challenge of COVID-19: A grounded theory approach to rural nurses' experiences. *J. Gen. Fam. Med.* 2021, 22, 134.
- Özdemir, H., & Tatar, A. (2019). Genç yetişkinlerde yalnızlığın yordayıcıları: Depresyon, kaygı, sosyal destek, duygusal zeka. *Kıbrıs Türk Psikiyatri ve Psikoloji Dergisi*, 1(2), 93-101.
- Palmer, B. W., Hussain, M. A., & Lohr, J. B. (2022). Loneliness in Posttraumatic Stress Disorder: A Neglected Factor in Accelerated Aging?. *Journal of ageing and longevity*, 2(4), 326-339.
- Palmer, B. W., Hussain, M. A., & Lohr, J. B. (2022). Loneliness in Posttraumatic Stress Disorder: A Neglected Factor in Accelerated Aging?. *Journal of ageing and longevity*, 2(4), 326-339.
- Pinquart M, Sorensen S. (2001) Influences on loneliness in older adults: A meta-analysis. *Basic and Applied Social Psychology*. 23:245–66.
- Qualter P, Vanhalst J, Harris R, van Roekel E, Lodder G, Bangee M, Maes M, Verhagen M (2015) Loneliness across the life span. *Perspect Psychol Sci* 10(2):250–264.
- Raina SK, Raina S, Chander V, Grover A, Singh S, Bhardwaj A (2013), .Identifying risk for ementia across population: A study on the prevalence of dementia in tribal elderly population of Himalayan region in Northern India. *Ann Indian Acad Neurol.* 16(4):640-44.
- Rebecca I. Gibson and Timothy S. (1996), Hartshorne. Childhood Sexual abuse and adult loneliness and network. *Child abuse & Neglect.* 20(11):1087-93.
- Reinhard, M. A., Popov, N., Rek, S. V., Nenov-Matt, T., Barton, B. B., Jobst, A., ... & Padberg, F. (2022). Loneliness is associated with maladaptive schema modes in patients with persistent depressive disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 154, 56-60.

- Richman NE, Sokolove RL. (1992). The experience of aloneness, object representation, and evocative memory in borderline and neurotic patients. *Psychoanalytic Psychology*. 9:77–91.
- Rose, S.; Hartnett, J.; Pillai, S. Healthcare worker’s emotions, perceived stressors and coping mechanisms during the COVID-19 pandemic. *PLoS ONE* 2021, 16, e0254252.
- Russell, D. (1982). The measurement of loneliness. *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*, 81-104.
- Segrin, C., & Passalacqua, S. A. (2010). Functions of loneliness, social support, health behaviors, and stress in association with poor health. *Health communication*, 25(4), 312-322.
- Shankar, A., McMunn, A., Banks, J., Steptoe, A., (2011). Loneliness, social isolation, and behavioral and biological health indicators in older adults. *Health Psychol*. 30 (4), 377–385.
- Simon, N. M., Saxe, G. N., & Marmar, C. R. (2020). Mental health disorders related to COVID-19–related deaths. *JAMA*, 324(15), 1493–1494. doi:10.1001/jama.2020.19632
- Singh A and Misra N. (2009), Loneliness, depression and sociability in old age. *Indian J of Psychiatry*. 18(1) 51-55.
- Singh B, Kiran U V., (2013), Loneliness among elderly women: *International Journal of Humanities and Social Science Invention*. 2 (2):10-14.
- Smith, B., Lim, M., (2020). How the COVID-19 pandemic is focusing attention on loneliness and social isolation. *Public Health Res Pract* 30 (2), e3022008. <https://doi.org/10.17061/phrp3022008>.
- Stephen, (2022), *From Loneliness to Solitude in Person-centred Health Care*, Agust. Taylor & Francis, ebook.
- Stickley, A. & Koyanagi, A. (2016). Loneliness, common mental disorders and suicidal behavior: Findings from a general population survey. *Journal of Affective Disorders*, 197, 81–87.
- Stravynski A , Boyer R. (2001), Loneliness in Relation to Suicide Ideation and Parasuicide: A Population-Wide Study. *The American Association for Suicidology Issue Suicide and Life- Threatening Behavior*. 31(1):32–40.
- Stubbs, J. M., & Achat, H. M. (2022). Are healthcare workers particularly vulnerable to loneliness? The role of social relationships and mental well-being during the COVID-19 pandemic. *Psychiatry research communications*, 2(2), 100050.
- Sundström, M., Edberg, A. K., Rämgård, M., & Blomqvist, K. (2018). Encountering existential loneliness among older people: perspectives of health care professionals. *International Journal of Qualitative Studies on Health and well-being*, 13(1), 1474673.
- Thurston RC, Kubzansky LD. (2009), Women, loneliness, and incident coronary heart disease. *Psychosom Med*. 71: 836–842.
- Tiwari. SC., (2013)., Loneliness: A disease? *Indian J of Psychiatry*. 55 (4): 320-22.
- Tran, K.T.; Nguyen, P.V.; Dang, T.T.U.; Ton, T.N.B. The Impacts of the High-Quality Workplace Relationships on Job Performance: A Perspective on Staff Nurses in Vietnam. *Behav. Sci*. 2018, 8, 109.
- Tzouvara, V., Papadopoulos, C., & Randhawa, G. (2015). A narrative review of the theoretical foundations of loneliness. *British Journal of Community Nursing*, 20(7), 329-334.
- Verdery, A. M., Smith-Greenaway, E., Margolis, R., & Daw, J. (2020). Tracking the reach of COVID-19 kin loss with a be-reavement multiplier applied to the United States. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 117(30), 17695–17701. doi:10.1073/pnas.2007476117

- Victor CR, Yang KM (2012) The prevalence of loneliness among adults: a case study of the United Kingdom. *J Psychol* 146(1–2):85–104.
- Wang, H., Smith-Greenaway, E., Bauldry, S., Margolis, R., & Verdery, A. M. (2022). Mourning in a Pandemic: The Differential Impact of COVID-19 Widowhood on Mental Health. *The Journals of Gerontology: Series B*, 77(12), 2306-2316.
- Wang, H., Verdery, A. M., Margolis, R., & Smith-Greenaway, E. (2021). Bereavement from COVID-19, gender, and reports of depression among older adults in Europe. *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 77(7), e142–e149. doi:10.1093/geronb/gbab132
- Weeks DJ. (1994), A review of loneliness concepts, with particular reference to old age. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 9:345–55.
- Weiss R., (1973), *Loneliness: The Experience of Emotional and Social Isolation*. Cambridge, Mass, MIT Press,, p 17.
- Willem H.J. Martens. (2010), Schizoid personality disorder linked to unbearable and inescapable loneliness. *Eur. J. Psychiat.* 24(38-45) .24 N.1.
- Wilson, R. S., Krueger, K. R., Arnold, S. E., Schneider, J. A., Kelly, J. F., Barnes, L. L., ... & Bennett, D. A. (2007). Loneliness and risk of Alzheimer disease. *Archives of general psychiatry*, 64(2), 234-240.
- Wu, B. (2020). Social isolation and loneliness among older adults in the context of COVID-19: a global challenge. *Global health research and policy*, 5(1), 27.

TÜRKİYE’DE EBELİK EĞİTİMİ TARİHİ: SAĞLIK OKULLARI VE SAĞLIK KOLEJLERİ (1961-1978)

Doç. Dr. Ummahan Yücel (Doçent Doktor, Ege Üniversitesi,
ummahanyucel8@gmail.com)

Mevlûde Özel (Sağlık Bakanlığı Ödemiş Devlet Hastanesi, mevludeozel12@gmail.com)

ÖZET

Ebelik tarihi çok eskilere dayanan profesyonel bir sağlık mesleğidir. Ebelik önceleri usta çırak ilişkisiyle öğretilmiştir. Daha sonraları formal bir eğitim verilerek ebe yetiştirilmiştir. Ülkemizde 1961-1978 yılları arasında sosyal devlet anlayışı hâkim olmuş bu durum sağlık hizmetlerine de yansımıştır. Bu dönemde sağlık önemli kamu hizmeti sayılmıştır. Sağlık halkın tüm kesimlerine eşit olarak ulaştırılması hedeflenmiştir. Bu hedefler doğrultusunda koruyucu sağlık hizmetleri ön plana çıkmıştır. Koruyucu sağlık hizmetlerinin önemli bir bölümünü ana çocuk sağlığı hizmetleri oluşturmuştur. Ana çocuk sağlığı hizmetlerinin karşılanması için yeterli ebe sayısı bulunamadığından ve ebelerin nitelik olarak iyileştirilmesi amacıyla 1937’den beri köy ebeleri yetiştiren köy ebe okulları sağlık okullarına dönüştürülmüştür. Şehirde çalışacak ebe yetiştirmek amacıyla da sağlık kolejleri açılmıştır. Sağlık okullarında ilk okul üzerine 3 yıl eğitim verilmiştir. Sağlık okullarının ana çocuk sağlığı bölümünden köy ebeleri yetiştirilmiştir. Sağlık kolejlerinde ise orta okul üzerine 4 yıl eğitim verilerek ebelik bölümlerinde ebe yetiştirilmiştir. Sağlık okullarında ve sağlık kolejlerinde dersler teorik ve pratik dersler olarak sürdürülmüş. Pratik derslerin sahada uygulamaları yapılmıştır. 1960-1978 yılları arasında eğitim veren sağlık okulu ve sağlık kolejlerinin eğitime başladıkları 1961 yılında 3.219 ebe bulunurken sağlık okullarının kapatıldığı ve sağlık kolejlerinin sağlık meslek liselerine dönüştürüldüğü 1978 yılında 16.219 olmuştur. Sağlık okulu ve sağlık kolejleri 13. 000 köy ebesi ve ebe yetiştirilmesini sağlamışlardır

Anahtar Kelimeler: *Ebelik, Sağlık Okulu, Sağlık Koleji, Ebelik Eğitimi.*

GİRİŞ

İlk toplumlardan itibaren doğumda kadınlara yardım eden bir kadın olmuştur. Zamanla bu durum bir meslek haline gelmiş ebelik mesleğini oluşturmuştur, Ebelik köklü bir tarihi olan önceleri anneden kıza geçen veya usta çırak ilişkisiyle öğrenilen bir meslek iken daha sonraları resmi eğitim verilerek yapılmaya başlanan profesyonel bir meslek haline dönüşmüştür. Ebelik Osmanlı da kadınların resmi olarak eğitimini alarak edindikleri ilk mesleklerden biridir (Yücel,2022). Tanzimat döneminde başlayan ebelik eğitimi 1937 yılına kadar yalnızca İstanbul Tıp Fakültesi Ebe Okulunda yapılmıştır. Ancak bu okulda şehirde çalışacak ebeler yetiştirilmiştir. Köylerde çalışacak eğitilmiş ebe yetiştirilmesi amacıyla 1937 de köy ebe okulları açılmıştır. Köy ebe okulları sayesinde köylerdeki ebe ihtiyacı karşılanmış olsa da ebelerin mesleki ve kültürel olarak iyileştirmesi ve şehirlerdeki ebe ihtiyacının karşılanması için 1961 yılında köy ebe okulları sağlık okullarına dönüştürülmüş ve sağlık kolejleri açılmıştır. Sağlık okullarında köy ebesi yetiştirilmiş, sağlık kolejlerinde ise şehirlerde çalışmak üzere ebeler yetiştirilmiştir. 1978 yılında sağlık okulları kapatılmış ve sağlık kolejleri sağlık meslek liselerine dönüştürülmüştür (Yücel,2022; Türkmen ve Tuna Oran,2019). Bu makalede 1961-1978 yılları arasında ebelik eğitimi verilen sağlık okulları ve sağlık kolejleri incelenmiştir.

Sağlık Okulları:

1960'lı yıllarda toplumun refahını arttırmakta eğitim ve sağlık önemli olmuştur (I. Beş Yıllık Kalkınma Planı). 1961 anayasasıyla sağlık hizmetlerinin sunumu devletin görevi sayılmış Birinci Beş Yıllık Kalkınma planında halkın sağlığının yükselmesi hedeflenmiştir (Akdu,2008). Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı tarafından 5 Ocak 1961'de 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleşmesi Hakkında Kanunun çıkarılmıştır (Yücel, 2019; Akdu,2008). Uygulanan yasa ve politikalarla sağlığın ülkenin her bölgesine ve toplumun her kesimine gitmesi amaçlanmıştır. Bu kapsamda koruyucu sağlık hizmetleri önem kazanmıştır. Koruyucu sağlık hizmetlerinin önemli bir bölümünü ana çocuk sağlığı oluşturmuştur. Bu durum ebe ihtiyacının artmasına neden olmuştur (Yücel,2019). Ebe ihtiyacını karşılamak için ebelerin niteliksel ve niceliksel olarak artması amaçlanmıştır.

1961 yılına kadar köy ebe okullarında ebe yetiştirilmiştir.1961 yılında köy ebe okulları sağlık okullarına dönüştürülmüş, sağlık okulları ve sağlık kolejleri açılmıştır. Sağlık okulları ilkokuldan sonra 3 yıl eğitim alınan birinci devre meslek okuludur (Resmî Gazete,1964; Soğukpınar, 1988; Şafak,2019). Sağlık okullarına dönüştürülen köy ebe okulu sayısı 14'tür ve buna ilaveten 8 sağlık okulu daha açılarak 1962' de sağlık okulu sayısı 22 olmuştur. Sağlık okulları 1961 yılından itibaren açılmaya başlamış 1962 yılında Bingöl, Giresun, Hatay, Maraş, Muş, Niğde, Sivas ve Yozgat, 1963'te Elâzığ, Siirt ve Urfa da 1965'te Çorum, 1966 da Kars, 1967 yılında Mardin ve Sakarya da 1969 da Bitlis ve Kütahya da 1970'te Ağrı ve 1972 de Adıyaman da açılarak sağlık okullarının sayıları artmaya devam etmiştir (Sağlık İstatistiği Yıllığı,1973; Yücel,2022). Sağlık okullarının işleyişi Resmî Gazete de yayınlanan Sağlık Okulları ve Sağlık Kolejleri Yönetmeliğinde belirtilmiştir. Yönetmeliğe göre sağlık okullarının başvuruları doğrudan okul müdürlüklerine yapılmıştır. Başvuran öğrencilerde kabul (tablo-1) ve kayıta (tablo2) bazı şartlar aranmıştır. Başvuru yapan öğrenci kayıtlanacak öğrenci sayısından fazla olduğunda yarışma sınavı yapılmıştır. Yarışma sınavı sonrasında başvuran öğrencilerin fiziksel, psikolojik durumlarını, konuşma ve tutumlarını değerlendirdikleri bir mülakat sınavı da bulunmuştur (Resmî Gazete,1964). Sağlık okullarında 1.ve 2. sınıfta haftalık 39 saat, 3. sınıfta 44 saat ders işlenmiştir. (Resmî Gazete,1964). Sağlık okullarında eğitim parasız ve yatılı olarak yalnızca kız öğrencilere verilmiştir (Yücel,2022; Mumcu ve Özer,2020). Sağlık okullarında iki bölüm bulunmaktaydı. Bunlar; ana- çocuk sağlığı ve medikal bölümüdür. Ana- çocuk sağlığı bölümünde köy ebesi, medikal bölümünde ise yardımcı hemşire yetiştirilmiştir (Yücel,2022; Şafak,2019; Sağlık İstatistiği Yıllığı,1965). Köy ebesi yetiştiren sağlık okulları Ankara –Telsizler Sağlık Okulu, Aydın Sağlık Okulu, Erzurum Sağlık Okulu, Eskişehir Sağlık Okulu, Giresun Sağlık Okulu, Kayseri Sağlık Okulu, Konya Sağlık Okulu, Niğde Sağlık Okulu, Sivas Sağlık Okulu ve Yozgat Sağlık Okuludur. Ana çocuk sağlığı bölümünün dersleri meslek dersleri ve ortak derslerden oluşmuştur. Meslek dersleri ana sağlığı, çocuk sağlığı ve hasta bakımı dersleridir. Diğer bölümlerle olan ortak dersler ise Türkçe, sosyal bilgiler, beden eğitimi, ev idaresi, matematik, fen bilgisi, salgın ve sosyal hastalıklar, ilk yardım ve sağlığı korumadır (Resmî Gazete,1964). Ana sağlığı, çocuk sağlığı ve sağlığı koruma derslerinin uygulamaları bulunmuştur. (3 Ocak Resmî Gazete,1964). Ana çocuk sağlığı bölümü eğitiminin teorik kısmı okulda pratik kısmı ise doğumevlerinde verilmiştir (Yücel,2022, Kaya ve Yurdakul,2007). Derslerin pratik eğitimi septik, doğum servisi, doğum odası, çocuk servislerinde ve doğum

polikliniklerinde sürdürülmüştür (Aytekin,2020). Öğrenciler belirli bir doğum sayısı ile mezun olmuştur. Doğum sayısı yetersiz olan illerdeki öğrenciler doğum sayılarını tamamlayabilmek için doğumların çok olduğu hastanelere gönderilmiştir (Aytekin,2020). Sağlık okulundaki öğrenciler beyaz kep ve üniforma giymiştir. Okuldan mezun olduklarında keplerinde yeşil bir şerit bulunmuştur. Bu şerit sayesinde klinikte çalışırken aynı dönemde ortaokul üzerine ebelik eğitimi verilen sağlık koleji mezunu ebelerden ayırt edilmişlerdir (Aytekin,2020). Sağlık Okullarından ilk beş derece ile mezun olan ebeler sağlık kolejlerine devam edebilme ve zorunlu görevlerini erteleme hakkı kazanmışlardır (Resmî Gazete,1964). Sağlık okullarındaki eğitim 1969 yılından sonra lise düzeyinde ebelik eğitimine dönüştürülmüştür (Türkmen ve Tuna Oran,2019). 1978 yılına gelindiğinde ise sağlık okulları tamamen kapatılmıştır (Şafak,2019; Beydilli 2007). Sağlık okullarından mezun olan ebeler küçük yaşlarda zorlu koşullarda sağlık evlerinde çalışmışlardır.

Tablo-1 Sağlık okuluna kabul ve kayıt şartları

Sağlık okulu kabul şartları	Sağlık okulu kayıt şartları
Türkiye Cumhuriyeti vatandaşı olmak	Öğrencinin kendisi tarafından yazılmış başvuru dilekçesi
Sağlık durumunun devlet kurumunda çalışmaya elverişli olması	Nüfus cüzdanı ve onaylı fotokopisi
15 yaşının bitirmiş ve 18 yaşından küçük olmak	İlk okul diploması ve tasdiklenmiş bir örneği
İlk okul eğitimini 5 yıl veren okuldan mezun olmak	Altı tane 4,5x 6 cm büyüklüğünde fotoğraf
Bekar olmak (Okulun eğitimi devam ederken evlenenler okuldan atılır)	Evli olmadığını kanıtlar belge
Yarışma sınavını kazanmak	Eğer yarışma sınavı kazanılmışsa bu belgelere ek olarak:
	Sağlık kurulu bulunan hastaneden alınan sağlık raporu
	Okul tarafından örneği verilen taahhüt ve kefil senedi

Kaynak: Sağlık Okulları ve Sağlık Kolejleri Yönetmeliği 3 Ocak 1964 Resmi Gazete sayı:11597

Tablo-2 Sağlık Okulları ve Sağlık Kolejleri Yönetmeliğine Göre Sağlık Okulları Ana Çocuk Sağlığı Bölümünün Sınıflara Göre Ders Dağılımı

Dersler	1.Sınıf	2.sınıf	3.sınıf
Ortak dersler			2
Türkçe	7	3	---
Sosyal bilgiler	5	4	---
Beden eğitimi	1	1	2
Ev idaresi	3	2	---
Matematik	6	4	---
Fen bilgisi	7	5	---
Sağlığı koruma *	10	--	---
Salgın ve sosyal hastalıklar	--	2	---
İlk yardım	---	1	---
Bölüm dersleri	---	17	40
Ana sağlığı*		10	40 **
Çocuk sağlığı*		6	40***
Hasta bakımı		1	---
*Uygulaması olan dersler			
**28 hafta boyunca haftanın 5 günü ana çocuk sağlığı dersi alınmaktadır.			
***12 hafta boyunca haftanın 5 günü çocuk sağlığı dersi alınmaktadır.			

Kaynak: Sağlık Okulları ve Sağlık Kolejleri Yönetmeliği 3 Ocak 1964 Resmi Gazete sayı:11597

Sağlık Kolejleri:

Sağlık Kolejleri orta okul veya sağlık okulundan mezun olmuş kız ve erkek öğrencilerin yatılı ve gündüzlü olmak üzere 4 yıl eğitim gördükleri ikinci devre meslek okullarıdır (Resmî Gazete,1964; Sağlık İstatistikleri Yıllığı,1965). Sağlık Kolejlerinde ebelik, hemşirelik, sağlık memurluğu, radyoloji tedavisi ve laboratuvarı, laboratuvar ve çevre sağlığı bölümleri okutulmuştur (Resmî Gazete,1964; Sağlık İstatistikleri Yıllığı,1965).

Ebelik eğitimi verilen sağlık kolejlerinde 15-25 yaşları arasındaki kızlara yatılı ve 4 yıl süreli eğitim verilmiştir (Çiçek,2009; Soğukpınar,2007). Ebe yetiştirilen sağlık kolejleri kasaba ve şehirlerde ebe sayısının yetersiz olması nedeniyle buralarda çalışacak ebe yetiştirmek amacıyla açılmıştır. Ebe yetiştiren sağlık kolejleri Ankara Doğumevi Sağlık Koleji, Zeynep Kâmil Doğumevi Sağlık Koleji, Gaziantep Doğumevi Sağlık Koleji Isparta Doğumevi Sağlık Koleji açılmıştır (Mumcu ve Özer,2020; Sağlık İstatistikleri Yıllığı,1972).

Tablo-3 Sağlık koleji kabul ve kayıt şartları

Sağlık koleji kabul şartları	Sağlık koleji kayıt şartları
Türkiye Cumhuriyeti vatandaşı olmak.	Öğrenci tarafından yazılmış pullu dilekçe
Sağlık durumunun devlet kurumunda çalışmaya elverişli olması	Nüfus kâğıdı ve onaylı örneği
Erkek adaylar için 18 yaşından, kadın adaylar için 25 yaşından küçük olmak	Diploma ve onaylanmış örneği
Kız enstitüleri, erkek enstitülerinden mezunu olmak ve sağlık okulunu ilk 5 derece ile mezun olmak	Adli sicil kâğıdı (iyi hal kâğıdı)
	Altı tane 4,5x 6 cm büyüklüğünde fotoğraf
Erkekler eğitime iki yıldan fazla ara vermemiş olmak	Evli olmadığını kanıtlar belge
Kız öğrenciler için ilan verilmemişse mezun olduğu okuldan pek iyi, iyi, orta derece ile mezun olanlar derece sıraları göz önünde bulundurulur kabul edilirler.	Yarışma sınavı kazanılması ile alınacak ek belgeler
	Sağlık kurulu tarafından hazırlanmış hastaneden alınan sağlık raporu
	Sağlık koleji tarafından örneği verilen taahhüt ve kefalet senedi
Bekar olmak (Eğitim süreci içerisinde evlenenler okuldan atılırlar)	Sağlık raporu teslim edildikten sonra verilecek ek belgeler
Yatılı öğrenci kontenjanı dolmamış ise gündüz eğitimi öğrencileri de alınabilir.	Kayıt bildiri kâğıdı
	Aşı kartı
	6 tane pullanmış mektup zarfı

Kaynak: Sağlık Okulları ve Sağlık Kolejleri Yönetmeliği 3 Ocak 1964 Resmi Gazete sayı:11596

Sağlık koleji müfredatının %40'ı lise derslerinden, %60 'ı mesleki derslerden oluşmuştur (Kaya ve Yurdakul,2007). Sağlık kolejlerinde lise ve benzeri okullardan mezun olarak devam eden kişilerde eğitim almıştır. Bu kişiler için iki yıl mesleki eğitim verilecek nitelikte sınıflar oluşturulmuştur (Resmi Gazete,1964). Sağlık kolejleri ebelik bölümünde sınıflara göre alınan dersler tablo-6 da verilmiştir. Sağlık kolejinden mezun olabilmek için bitirme sınavına girilerek başarılı olmak gerekmektedir (Resmi Gazete). Bu okullardan mezun olan ebelerin Sağlık ve

Sosyal Yardım Bakanlığının belirlemiş olduğu yerlerde 8 yıl süreli görev zorunluluğu bulunmuştur. Sağlık kolejinden mezun olup 3 yıl ebe olarak çalışmış kişiler Gevher Nesibe Hanım Enstitüsünde eğitim aldıktan sonra sağlık okulu ve sağlık kolejlerinde eğitimci olabilmıştır (Yücel,2022). 1975 yılında ebe okulları ve hemşire okulları birleştirilerek ebe-hemşire yetiştirmek amacıyla ebe-hemşire okulları açılmış ancak 2 yıl sonrasında bu okullar kapatılmıştır (Ayar Kocatürk,2020; Kartal ve Aksoy, 2021). Sağlık kolejleri ise 1978 yılında sağlık personeli sayısının ve niteliğinin yetersiz görülmesi nedeniyle sağlık meslek liselerine dönüştürülmüştür (Yücel,2022; Şafak,2019; Kartal ve Aksoy,2021; IV. Beş yıllık kalkınma planı).

Tablo-4 Sağlık Okulları ve Sağlık Kolejleri Yönetmeliğine Göre Sağlık Koleji Ebelik Bölümü Ders Çizelgesi

Dersler	1.sınıf		2.sınıf		3.sınıf		4.sınıf	
	I*	II**	I*	II**	I*	II**	I*	II**
Türk Dili ve edebiyatı	3	3	3	3	2	2		
Coğrafya	1	1						
Tarih	1	1						
Genel Psikoloji-Eğitim -Gelişim	1	1						
Sosyoloji	---	---						
Matematik	2	2						
Fizik-biyofizik	2	2						
Kimya-biyokimya	2	2						
Yabancı dil	5	5	4	4	4	4	4	4
Beden eğitimi	2	2	1	1	1	1		
Milli güvenlik	1	1	1	1	1	1		
Grup çalışması	4	4						

Anatomi Fizyoloji	3	3					
Mikrobiyoloji ve Laboratuvar	---	2					
Hemşirelik Esasları ve Tekniği	6	5					
I, II, III ve IV	--	--	2				
Ebelik Tekniği I.	--	--		2			
Ebelik Tekniği II.	--						
Ebelik Tarihi Felsefesi ve	1						
Ahlaki Prensipler							
Genel Beslenme (Saha dahil)	2						
Genel Patoloji	--	1					
Farmakoloji			2				
Dahiliye Hastalıkları ve			2				
Bakımı							
Cerrahi Hastalık ve Bakımı			2				
Doğum Bilgisi I.			4	4			
Doğum Bilgisi II.			--	--	4	4	
Kadın Hastalıklar ve Hijyen			2	2	--		
Normal Çocuk Bakımı ve			--	4	--		
Beslenmesi					--		
İlk Yardım			1		--		
Ameliyathane Hemşireliği				1	--		
Anestezi					1		
Pratik			10	10			

Enfeksiyon Hastalıkları ve Bakımı					2	--		
Halk Sağlığı idaresi					4	--		
Halk Sağlığı Hemşireliği (A. Ç. S.)					--	4		
Gebelik Hastalık ve (Gebelik Psikozları)					2	--		
Antenatal ve Postnatal Bakım					1	1		
Çocuk Hastalıkları ve Bakımı					2	2		
Öğretim Metotları					--	2		
Diyet					--	2		
Pratik					10	11		
Hemşirelik Servisleri ve Hastane İdaresi							--	2
Ebelik ve Doğum Hemşireliği							4	--
Mesleki ve Sosyal Problemler							--	2
Pratik							36	36
*:1. Yarıyıl, **:2. Yarıyıl								

Kaynak: Sağlık Okulları ve Sağlık Kolejleri Yönetmeliği 3 Ocak 1964 Resmî Gazete sayı:11597

Tablo-5 1960-1980 yılları arasında ebe sayısı, sağlık okulu sayısı, sağlık koleji sayısı ve bir ebeye düşen nüfus

Yıllar	Ebe sayısı	Sağlık okulu sayısı	Sağlık koleji sayısı	Bir ebeye düşen nüfus
1960	3.126	-	-	
1961	3.219	14*	-	
1962	3.729	22	-	
1963	4.080	22	-	
1964	3.837	25	20	7.920
1965	4.339	25	21	7.179

1966	4.951	26	22	6.450
1967	5.621	27	23	5.824
1968	6.676	27	26	5.024
1969	10.251	27	27	3.353
1970	11.321	29	29	3.112
1971	12.176	30	30	2.974
1972	13.056	28	34	2.845
1973	13.567	29	43	
1974	12.228	28	34	
1975	12.975	28	35	
1976	13.873	28	40	
1977	16.785	25	52	2.403
1978	16.219	25	52	
*: Köy Ebe Okulu olup sağlık okuluna dönüştürülen okullar				

Kaynak: 1961-1978 yılları arası Sağlık İstatistikleri Yıllıkları

Sağlık okulları ve sağlık kolejlerinin 1973 yılına kadar olan süreçte düzenli olarak arttığı ancak 1973' te sayılarının azalmaya başladığı görülmektedir. 1960'ta 3.126 olan ebe sayısı 1977 yılına gelindiğinde 16.785 olarak yaklaşık 5 katı olmuştur.

SONUÇ

Ebeliğin ve ebelik eğitimi tarihi çok eskilere dayanmaktadır. Ülkemizde de bugünkü ebelik eğitiminin temelleri tanzimat dönemine kadar uzanmaktadır. Topluma ve politikalara uygun nitelik ve nicelikte ebeler yetiştirilmek için 1961’de sağlık okulları ve sağlık kolejleri açılmıştır. Bu okulların açılmasının amacı ebelerin sayılarının ve niteliklerinin artırılarak tüm halkın sağlık hizmetlerine eşit olarak ulaşabilmesidir. Sağlık okulları ve sağlık kolejlerinin açılmaya başladığı 1960 da 3126 olan ebe sayısı sağlık okullarının kapatılıp sağlık kolejlerinin sağlık meslek liselerine dönüştürüldüğü 1978 yılında 16.219 olarak yaklaşık 5 katına çıkmıştır. 1978 yılında Sağlık meslek liselerinde ebe yetiştirilmeye devam edilmiştir (Kocatürk,2020). 1985-1986 yılında ise ebelik eğitiminde ön lisans eğitime geçilmiştir. 1986- 1992 yılları arasında Lise Mezunlarına Meslek Edindirme Programı kapsamında ebelik kursu verilmiştir (Ayar Kocatürk,2020; Türkmen ve Tuna Oran,2019;). 1996 yılında ön lisans ebelik eğitime son verilmiş ve sağlık meslek liselerine ebelik öğrenci alımı durdurulmuştur (Yücel,2022; Ayar Kocatürk,2020) 1996 da ebelik eğitimi lisans düzeyine çıkarılmıştır. Ülkemizde ebelikte yüksek lisans (2000) ve doktora (2013) düzeyinde de eğitim verilmektedir (Yücel,2022; Ayar Kocatürk,2020; Karaçam,2016). 1964’ de sağlık kolejlerindeki ebelik öğrenci sayısı 277 ve sağlık okullarındaki öğrenci sayısı 1582 iken 2023’te ebelik lisans eğitime kayıtlı 3811 öğrenci bulunmaktadır. Ülkemizde 1961 yılında 3219 ebe bulunurken 2020 yılında ebe sayısı 59.040 ulaşarak ülkemizdeki ebe sayısı yaklaşık 20 kat artmıştır.

KAYNAKÇA

Kitaplar

Aytekin D., (2020), Unutulmaya Yüz Tutmuş Bir Destan Köy Ebeleri, Gece Kitaplığı Yayınları, Ankara

Türkmen H., Tuna Oran N., (2019), Ebelik Tarihi, Ebelik ve Toplum Sağlığı, Özentürk M.G., Yücel U., Meseri R., (ed.), s.60-61, Ankara Nobel Tıp Kitapevleri

Yücel U., (2022), Türkiye’de Cumhuriyet Dönemi Ebelik Tarihi, Ebelikte Meslek Tarihi ve Deontolojisi, Türkmen H., Akın B., Yalnız Dilcen H. (ed.), s.75-99. Nobel Akademik Yayıncılık.

Makaleler

Altay S., (2018), Cumhuriyet’in İlk On Beş Yılında Ebelik Eğitime ve Mesleğin Dönüşümüne Dair Kısa Bir Bakış (1923-1938), Çağdaş Türkiye Tarihi Araştırmaları Dergisi, 35: 167-217.

Çakır Koçak, Y., Öztürk Can, H., Yücel, U., Demirelöz Akyüz, M. & Çeber Turfan, E. (2017). Türkiye’de Ebelik Bölümlerinin Akademik ve Fiziki Profili. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi, 4 (2), 88-97. DOI: 10.17681/hsp-dergisi.293047

Çiçek E. Ö., (2009), Ebelik Son Sınıf Öğrencilerinin Ebelerin Görev Tanımları ve Yeterlilik Alanlarına Göre Kendilerini Değerlendirmeleri, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, İzmir

Dirican M. R, (1972) Türkiye’de Ebeliğin Kısa Tarihçesi, Zeynep Kâmil Tıp Bülteni, s.67-75.

Hamlacı Y., (2017), Geç Osmanlı Döneminde Kadın, Doğum ve Çocuk Sağlığı, Lokman Hekim Dergisi, 2017;7(1):23-27

Karaçam Z., (2016), Ebelik Mesleğinin Durumu, Lokman Hekim Dergisi 2016;6(3):128-136

Kartal Y.A., Aksoy T., (2021), Tarihten Günümüze Ebelik Eğitimi ve Mesleğine Kısa Bir Bakış, Sağlık Bilimleri Dergisi, 2021; 30: 98-102, Elâzığ <https://doi.org/10.34108/eujhs.738508>

Kaya D, Yurdakul M., (2007), Türkiye’de ve Dünyada Ebelik Eğitimi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2007; 23 (2): 233-241

Mumcu N., Özer B.U,2020, Geçmişten günümüze ebelik eğitimi, Sağlık Akademisyenleri Dergisi 2020 (7):3 s.217-222

Nesipoğlu G., (2018), Olgusal Bir Yapı Olarak Sağlık Politikaları:1920-1960 Yılları Arası Cumhuriyet Döneminin Tarihsel İzleği, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 2018; 21(1): 165-177.

Özger Y., (2012) Osmanlı'da Kadınların Memuriyette İstihdamı Meselesi Ve Sicill-i Ahvâlde Kayıtlı Memurelerin Resmî Hâl Tercümeleri. History, 2012;4(1):419-446

Soğukpınar, N., Karaca Saydam, B., Bozkurt, Ö., Öztürk, H., Pelik, A. (2007). Past and present midwifery education in Turkey. Midwifery, 23, 433–442.

Yörük S. (2012), Türkiye'de Ebelik Eğitiminin Gelişimi, Türkiye Klinikleri J Med Ethics 2012;20(1):38-42

Resmi Yayınlar

Sağlık Okulları ve Sağlık Kolejleri Yönetmeliği (1964,2 Ocak) Resmî Gazete sayı:11596 <https://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/11596.pdf>

Sağlık Okulları ve Sağlık Kolejleri Yönetmeliği (1964, 3 Ocak) Resmî Gazete sayı:115973 <https://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/11597.pdf>

<https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/43399,siy2020-tur-26052022pdf.pdf?0>

<https://yokatlas.yok.gov.tr/lisans-bolum.php?b=10247>

<https://yokatlas.yok.gov.tr/meslek-lisans.php?b=10247#>

<https://khgmistatistikdb.saglik.gov.tr/Eklenti/23540/0/turkiye-saglik-istatistik-yilligi-1979-198120pdf.pdf>

<https://khgmistatistikdb.saglik.gov.tr/Eklenti/23538/0/turkiye-saglik-istatistik-yilligi-1973-197422pdf.pdf>

<https://sbsgm.saglik.gov.tr/Eklenti/23536,turkiye-saglik-istatistik-yilligi-1964-196724pdf.pdf?0>

<https://www.saglik.gov.tr/TR,10388/sayisi224--rg-tarihi12011961--rg-sayisi10705-saglik-hizmetlerinin-sosyallestirilmesi-hakkinda-kanun.html>

<https://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/16808.pdf>

Sağlık ve Sosyal Yardımlaşma Bakanlığı Çalışmaları ve Tıbbi İstatistik Yıllığı 1960-1963, 1965, Ankara. <https://khgmistatistikdb.saglik.gov.tr/Eklenti/23534/0/tibbi-istatistik-yilligi-1960-196325pdf.pdf>

Tezler

Soğukpınar F.B, 1988, İç Anadolu Bölgesi Sağlık Meslek Liseleri (Ebelik Bölümü) Son Sınıf Öğrencilerinin Ana Çocuk ve Aile Planlaması Konusunda Bilgi Düzeylerinin Araştırılması, Halk Sağlığı Programı Bilim Uzmanlığı Tezi, ANKARA

Şafak F., (2019), Türkiye’de Ebelik Eğitimi Sürecinin Tarihsel Gelişimi ve Ebelik Eğitiminin Devlete ve Kişiyeye Maliyeti, Yüksek Lisans Tezi, Sivas

TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİ FİNANSMAN YÖNTEMLERİ

Hüseyin Öz (Yüksek Lisans Öğrencisi, İstanbul Aydın Üniversitesi,
huseyinoz2@stu.aydin.edu.tr)

Mustafa Mete (Dr. Öğr. Üyesi, İstanbul Aydın Üniversitesi,
mustafamete@aydin.edu.tr)

ÖZET

Çalışmanın Amacı: Bu çalışmada Türkiye'de sağlık hizmetlerinin sunumunda kullanılan sağlık harcamaları ve bu harcamaların mali yapısı ve finansmanı hakkında bilgi verilmesi amaçlanmaktadır.

Yöntem: Bu çalışma bir araştırma makalesi literatür taraması ile yapılmıştır. Kullanılan finansman yöntemleri yakın yılları kapsayacak şekilde bahsedilmiş ve analiz edilmiştir.

Bulgular ve Sonuç: Literatür araştırmaları sonucunda Türkiye'de sağlık hizmetlerinin kamu tarafından finanse edilen kısmının çok büyük orana sahip olduğu, gelişmiş ülkelerde sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı daha yüksekken, Türkiye'nin sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payının OECD ülkelerine nazaran az olduğu ama yıllara göre giderek arttığı tespit edilmiştir. OECD ülkelerinin sağlık hizmetlerinde daha yüksek finansman payına sahip oldukları, Türkiye'nin sağlık alanına yaptığı finansmanın az ve yetersiz olmasına bağlı OECD ülkelerinin gerisinde kaldığı tespitine varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Harcamaları, Sağlık Finansmanı, Sağlık Hizmetleri.

GİRİŞ

Sağlık, insanların refah içinde yaşamaları için çok önemli bir unsurdur. Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımında belirttiği gibi sağlık, sadece hastalık veya sakatlığın olmayışı değildir; Bedenen, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir. Kişinin bu iyilik halini elde etmesi ve sürdürmesi için koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetlerden yararlanması son derece normaldir. Herkes bu sağlık hizmetlerinden adil ve hakkaniyetle yararlanmalıdır. Sağlık hizmeti son derece insani bir haktır. Bu sağlık hizmetlerini tüm vatandaşlara ulaştırmak devletin sorumluluğunda olmalıdır. Bunu yaparken tüm vatandaşların erişilebilirliğini, adaletini ve eşit yararını gözetmelidir (Başol ve Işık, 2015:2-4).

Sağlık hizmetleri, kişisel ve toplumsal sağlığın iyileştirilmesi, hastalıkların önlenmesi, hastalık, hastalık veya yaralanmanın tedavisinin sağlanması ve hastanın tamamen iyileşene kadar kendi ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde bağımsız olarak yaşayabilmesini sağlamaya yönelik tüm çalışmaları içerir. Temel insan haklarından biri olan sağlık, ekonomik ve

toplumsal yapıdan bağımsız düşünülemez. Bir başka ifadeyle burada kişinin beden ve ruhen huzurlu olması, maddi yönden yeterli olması, beslenme ve korunma ihtiyaçlarının karşılanması gibi şartlar üzerinde durulmaktadır. Bu koşullar kabul edildiğinde sosyal ve ekonomik koşullar, çevre, kişisel yaşam tarzı ve sağlık arasındaki bağlantılar ortaya çıkar. Bu nedenle insanların tıbbi kaynaklara erişmesi gerekiyor (Erol ve Özdemir, 2019:120).

Sağlık hizmetlerinin sunumunda en önemli konulardan biri de bu hizmetlerin finansmanı olacaktır. Çünkü sağlık hizmetlerinin temel görevlerinden biri olan sağlığın korunması ve geliştirilmesi açısından sağlık harcamaları oldukça önemlidir. Sağlık harcamaları ile insanların ortalama yaşam süresi ve kalitesi doğru hızda artıyor. Bu nedenle hükümetler sağlık harcamalarına daha fazla dikkat ediyor (Başol ve Işık, 2015:9).

TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİ

Sağlık bir birey için ne kadar önemliyse ülkelerin ekonomik kalkınması ve büyümesi için de oldukça önemlidir. İnsanların yaşamlarını devam ettirebilmeleri ve ekonomik faaliyetlerde bulunabilmeleri için sağlıklarını korumaları ve sürdürmeleri gerekmektedir. Bunu başarmak için de bazı harcamalar yapmak zorundadırlar. Sağlık gideri dediğimiz bu giderler, bireyin ve toplumun sağlık düzeyini yükselten, ekonomik etkisi olan mali kaynaklardır (Ağır ve Tıraş, 2018:644).

Geçmişten günümüze Türkiye’de sağlık hizmeti sunumuna bakıldığında, geçmişte genellikle vakıflar tarafından sunulduğu görülmektedir. O günlerde maddi durumu iyi olan kişilerin özel sağlık kontrollerine izin veriliyordu.

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı'nın kurulmasıyla (1920) birlikte cumhuriyetin ilk yıllarında sağlık hizmetlerinin sunumu kamusal bir niteliğe bürünmüşse de ilerleyen dönemlerde sağlık hizmetlerinin maliyetleri arttıkça külfetli hale gelmeye başlamıştır. Artan bu maliyetlerin nasıl kontrol altına alınacağı ve kamu tarafından nasıl karşılanacağı tartışıldı. Sağlıkta sosyalleşme çalışmaları yapılmış (1961), ardından sağlıkta reform çalışmaları ve sağlıkta değişim programları ile bu harcamalar kontrol altına alınmaya çalışılmıştır. Bu maliyetler arttıkça, sağlık hizmetlerinden yararlananlar, devletin üzerindeki mali yükü azaltmak ve yasal hale getirmek için bu hizmet için ücret ve harçlar ödedi.

1980'lerde, sağlık reformu çabaları sağlık hizmeti alan tüm insanları kapsadı ve eşitsizlikleri ortadan kaldırmak için uygulamalar gerçekleştirdi. Bu çalışmalardan biri de sosyal sigorta kurumlarının yeniden düzenlenmesi ve tek çatı altında konsolidasyonudur.

Bu sayede hizmet sunumu ile finansmanı birbirinden ayırmak, kamunun etkisini azaltmak ve kamu dışı hizmet sağlayıcıların da sektöre girmesini sağlamak istediler. Amacı, devleti hizmet yerine düzenleyici ve denetleyici bir konuma getirmektir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı adıyla 2003 yılında sağlık reformları sunulmuş ve 5502 Sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu ile sosyal güvenlik kuruluşları (Emekli Sandığı, BAĞ-KUR ve SSK) SGK adıyla tek çatı altında birleştirilmiştir ve 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu (2006) ile de Genel Sağlık Sigortası (GSS) oluşturulmuştur (Erol ve Özdemir, 2014:12).

1992 senesinde sosyal güvencesi olmayan ve maddi durumu yetersiz olan vatandaşların sağlık ihtiyaçlarını karşılamak için çıkartılan “Yeşil Kart” uygulaması da 2010’da SGK’ya aktarılmıştır.

SAĞLIK HARCAMALARI

Nüfus ve yaşlı sayısı arttıkça sağlık bakım maliyetleri de artıyor. Sağlık hizmetlerine yapılan yatırımlar aynı zamanda ülke ekonomik kalkınmasına da katkı sağlamaktadır (Kamacı ve Uğurlu Yazıcı, 2017:55).

Ülkelerin gelişmişlik düzeyine göre farklılık gösteren sağlık harcamaları, ekonomik kalkınmanın en önemli faktörlerinden biridir. Bu nedenle gelişmiş ülkelerde sağlık maliyetleri diğer ülkelere göre daha yüksektir. Sağlık hizmetlerine yapılan yatırımlar, bir ülkenin ekonomik kalkınmasına katkıda bulunur ve sağlık harcamalarının ekonomik büyümeye olan bu olumlu katkısına “sağlık odaklı büyüme hipotezi” denir (Başol ve Işık, 2015:9).

Sağlıklı insan sayısı arttıkça verimlilik de artmakta dolayısıyla sağlık harcamaları ekonomiyi etkilemektedir. Teknolojinin gelişmesi, eğitim düzeyi ile birlikte sağlık bilincinin artması, kentleşme ve ortalama yaşam süresinin artması sağlık maliyetlerindeki faktörler arasında yer almaktadır (Albayrak, 2019:240). Ülkelerin gelişmişlik düzeyini belirleyen kişi başına düşen gelir, okuryazarlık, tasarruf miktarı gibi göstergelerin yanı sıra sağlık göstergeleri de önemli rol oynamaktadır (Ay ve Talaşlı, 2008:136).

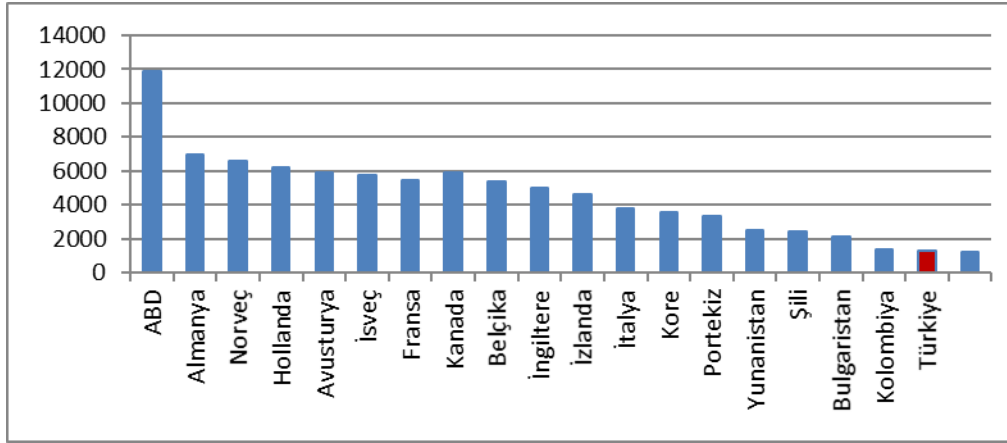
Sağlık Harcamaları ile ilgili göstergeler

Tablo 1. Türkiye’de Toplam Sağlık Harcamaları

YIL	Toplam sağlık harcaması (Milyon TL)	Toplam sağlık harcamasının GSYİH 'ya oranı (%) (1)
2012	74.189	4,7
2013	84.390	4,7
2014	94.750	4,6
2015	104.568	4,5
2016	119.756	4,6
2017	140.647	4,5
2018	165.234	4,4
2019	201.031	4,7
2020	249.932	5
2021	333.941	4,9

Kaynak: (TÜİK: Sağlık harcamaları ile ilgili göstergeler, 2012-2021)

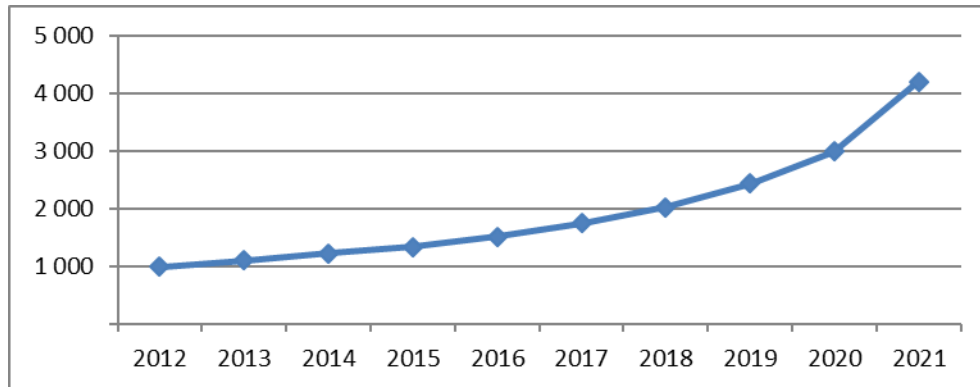
Tablo 1'deki verilere göre Türkiye'nin toplam sağlık harcaması her yıl artmaktadır. Tablo 1, Türkiye'nin 2012'de 7.189 milyon TL olan sağlık harcamasının 10 yılda 4,5 kat artarak 2021'de 333.941 milyon TL olduğunu gösteriyor. Dönem içinde yüzde 4,7 civarında olan oran, 2021'de yüzde 4,9'a yükselmiştir. Sağlık harcamalarının da GSYİH içinde benzer bir seyir izlediği söylenebilir.



Şekil 1. OECD Ülkelerinde Kişi Başına Düşen Sağlık Harcamaları, 2021

Kaynak: (OECD, Sağlık Harcaması, 2020) (TÜİK, Kişi başına sağlık harcaması, 2012-2021)

Şekil 1, bazı OECD ülkelerinin 2020 yılı kişi başına sağlık harcamalarını göstermektedir. Benzer şekilde, Amerika Birleşik Devletleri 11.859 dolar ile kişi başına en yüksek sağlık hizmeti maliyetine sahiptir. Son sıralarda 1.568 dolar ile Meksika ve 1.305 dolar ile Türkiye yer alıyor. 2019'da Türkiye'nin kişi başına sağlık harcaması 1.232 dolar iken, 2020'de 73 dolar artarak 1.305 dolara çıkmıştır. Türkiye son iki yılda OECD ülkeleri arasında alt sıralardan yukarıya çıkmayı başaramamıştır.



Şekil 2. Türkiye'de Kişi Başına Düşen Sağlık Harcamaları

Kaynak: (TÜİK: Kişi başına sağlık harcaması, 2012-2021)

Şekil 2, Türkiye'de kişi başına düşen sağlık harcamasına ilişkin bilgileri göstermektedir. Verilerde görüldüğü gibi 2012'de 987 TL iken 2020'de 2.997 TL ve 2021'de 4.206 TL'ye çıkmıştır. Kişi başına sağlık harcaması 2021 yılında bir önceki yıla göre %40,3 artmıştır. Bu da ülkemizde kişi başına sağlık maliyetinin her geçen yıl arttığını gösteriyor.

SAĞLIK HARCAMALARININ FİNANSMANI

Sağlık maliyetleri, örneğin dünya genelinde nüfus artışı (özellikle yaşlanan nüfus), sağlık hizmetlerine olan ihtiyaçla ilgili olarak hastane sayılarının artması, teknolojinin gelişmesi ve hasta ihtiyaç ve beklentilerinin artmasına bağlı olarak sağlık harcamaları da artmaya başlamıştır (Bektemür vd., 2018:102).

Sağlık hizmetleri maliyetleri arttıkça, sağlık hizmetleri finansman kaynaklarının önemi de artmaktadır. Sağlık hizmetlerinin finansmanı, izlenecek sağlık politikasının belirlenmesi

açısından önemlidir. Türkiye'nin sağlıklı hizmetleri finansman yapısında bahsedilen yöntemlerden sadece bir tanesine değil birçok karma yapıya sahiptir. Zorunlu sigorta sistemine ek olarak, özel sigorta, kamu sektörü gelirlerinden yapılan kesintiler ve finansman yani vergiler bir arada ve karma olarak uygulanmaktadır. Bu karma yapıda sağlık giderleri esas olarak kamu ve özel sektör tarafından karşılanmaktadır. Diğer bir deyişle, Türkiye'de sağlık finansmanı arz ve talep bakımından değişiklik göstermektedir.

Sağlık sisteminin işleyişini önemli ölçüde etkileyen finansman, kamu ve özel sektör olmak üzere başlıca iki kaynaktan sağlanmaktadır. Sağlık hizmetinin özel ve kamu kuruluşları tarafından verilmesi durumunda talep, sağlık sigortası kapsamında olanlar ve olmayanlar arasında paylaşılır. Bahsi geçen finansman türlerine ilişkin sağlık giderleri farklı kurum ve kuruluşlar tarafından yapılmakta olup, ülke genelinde yekpare bir organizasyon yapısı oluşturulmamıştır (Yurdadoğ, 2007:592). Devlet finansman yöntemleri, sosyal güvenlik, vergi finansmanı; özel finansman biçimleri özel sağlık sigortası, katkı payları ve sağlık sigortası olarak ikiye ayrılmaktadır.

Finansman Türleri

Sosyal Sağlık Sigortası

Almanya'da geliştirilmiş, sağlık sigortasının kamuya açık ve zorunlu hale getirilmesiyle oluşturulmuş bir modeldir. Bu modelde hem çalışanlar, hem işverenler hem de devlet fonu kuruluş masraflarını karşılamaktadır. Bismarck yöntemi olarak da adlandırılan bu yöntem, nüfusun neredeyse tamamı için zorunlu bir ödeme yöntemidir (Tosun, 2018:59).

Vergilerle Finansman

Bu finansman yöntemi, finansmanın tamamının veya büyük kısmının vergilerle karşılandığı bir modeldir. Beveridge modeli olarak da bilinen bu yöntem tüm popülasyonu kapsamakta ve yasal ücretlere ek olarak ücretsiz hizmet verilmesi esasına dayanmaktadır. Başka bir deyişle, sağlık hizmeti alıcıları, gelir seviyelerine bakılmaksızın kamu finansmanı almaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'ne üye devletlerin çoğu ağırlıklı olarak vergi parası kullanıyor. Finansman kaynağı vergiler olduğu için tüm toplum bu yöntemde katılmaktadır (Tosun, 2018:60).

Özel Sağlık Sigortacılığı

Bu Amerika Birleşik Devletleri, Avustralya ve İsviçre gibi ülkelerde en popüler yöntemdir. Bu finansman şeklinde hizmet alan ile hizmet veren arasında bir bağ oluşturan aracılık yapan özel sağlık sigortası kuruluşları bulunmaktadır. Bu kuruluşlar, hizmet alanlardan sigorta primlerini tahsil etmekte ve gerektiğinde hizmet alanın sağlık hizmeti aldığı hizmet sağlayıcıya gerekli ödemeleri yapmaktadır. Bu yöntem genellikle zorunlu sağlık sigortasına alternatif olarak tercih edilmekte veya ek sigorta olarak kullanılmaktadır (İstanbuluoğlu vd., 2010:91)

Cepten Ödemeler (Doğrudan ödeme)

Nakit ödeme ile hizmet alanlar, doğrudan kendi cebinden hizmet sağlayıcıya ödeme yapar ve sağlık sigortası kapsamında değildir. Doğrudan hibeler, ödemeler ve resmi olmayan ödemeler gibi birkaç farklı türü vardır.

Doğrudan ödemeler: Sosyal güvence dışında kalan tüm hizmetler için yapılan ödemelerdir. Bu genellikle özel sektörde hizmet verenler için yapılır.

Kullanım ücreti: İlaç ödemeleri gibi sosyal güvenlik kapsamındaki hizmetlerin kullanımı sırasında yapılan ödemelerdir. Kullanıcı girdisi iki farklı durumda kullanılabilir: sağlık maliyetlerinin genel olarak düşük olduğu durumlarda sağlık hizmetleri için daha fazla kaynak yaratmak veya sağlık maliyetlerinin yüksek olduğu durumlarda talebi azaltarak verimliliği artırmak.

Kayıt dışı ödemeler: Sosyal güvenlik kapsamındaki hizmetler için yasa dışı yapılan ödemelerdir. Kayıtlı değildir ve çoğu ülkede yasa dışıdır. "Bıçak parası" veya "teşekkür etme hediyeleri" gibi örnekler var (İstanbulluoğlu vd., 2010:90-91).

Tıbbi Tasarruf Hesabı

Bireylerin gelecekteki sağlık risklerini karşılamak için hesabına para yatırması ve parayı sadece olası sağlık harcamaları için kullanması esasına dayanmaktadır (Tengilimoğlu, 2017: 309). Bireyler, hane halkı ve firmaların ileri bir zamanda maruz kalabilecekleri sağlık risklerine karşı, gönüllü veya zorunlu olarak, kendi banka hesaplarına daha önceden para yatırmaları ve yalnızca sağlık harcamaları için kullanmaları esasına dayanmaktadır (İstanbulluoğlu vd., 2010:92).

Tablo 2. Türkiye’de Toplam Sağlık Harcamalarının Finansman Kaynağına Göre Dağılımı

		Genel Toplam	Genel Devlet				Özel Sektör		
			Toplam	Merkezi Devlet	Mahalli İdareler	Sosyal Güvenlik Kurumu	Toplam	Hane halkları	Diğer
2014	Toplam Sağlık Harcaması	94.750	73.382	21.282	744	51.356	21.368	16.819	4.549
	Cari Sağlık Harcaması	88.787	68.974	18.213	704	50.058	19.904	15.754	4.150
	Yatırımlar	5.871	4.407	3.069	40	1.298	1.464	1.065	398
2015	Toplam Sağlık Harcaması	104.568	82.121	25.286	927	55.908	22.446	17.315	5.131
	Cari Sağlık Harcaması	96.786	75.622	20265	893	54.464	21.163	16.404	4.760
	Yatırımlar	7.782	6.499	5.021	34	1.444	1.283	912	371
2016	Toplam Sağlık Harcaması	119.756	94.012	28.731	1.118	64.163	25.744	19.562	6.182
	Cari Sağlık Harcaması	112.540	88.279	24.290	1.064	62.925	24.261	18.531	5.730
	Yatırımlar	7.216	5.733	4.441	54	1.238	1.483	1.031	452
2017	Toplam Sağlık Harcaması	140.647	109.744	35.316	1.303	73.125	30.904	24.004	6.900
	Cari Sağlık Harcaması	130.981	101.786	27.694	1.216	72.876	29.195	22.770	6.425
	Yatırımlar	9.666	7.958	7.623	86	249	1.709	1.234	475
2018	Toplam Sağlık Harcaması	165.234	128.021	40.461	1.439	86121	37.213	28.655	3.933
	Cari Sağlık Harcaması	154.998	119.941	34.027	1.316	84.598	35.057	27.111	3.721
	Yatırımlar	10.236	8.080	6.433	123	1.523	2.156	1.543	212
2019	Toplam Sağlık Harcaması	201.031	156.819	51.492	1.373	103.954	44.212	33.626	10.585
	Cari Sağlık Harcaması	188.237	146.232	42.650	1.357	102.226	42.004	32.090	9.915
	Yatırımlar	12.794	10.586	8.842	16	1.728	2.207	1.537	671
2020	Toplam Sağlık Harcaması	249.932	198.062	68.927	1.632	127.504	51.869	40.105	11.764
	Cari Sağlık Harcaması	233.062	183.759	56.376	1.598	125.784	49.303	38.294	11.010
	Yatırımlar	16.870	14.304	12.551	34	1.719	2.566	1.812	754
2021	Toplam Sağlık Harcaması	353.941	280.220	111.180	1.975	167.065	73.721	56.342	17.380
	Cari Sağlık Harcaması	330.928	260.777	92.859	1.909	166.009	70.151	53.846	16.305
	Yatırımlar	23.013	19.442	18.321	66	1.056	3.571	2.496	1.075

Kaynak: (TÜİK: Sağlık Harcamaları 7 Aralık 2022)

Tablo 2’de Türkiye’de toplam sağlık harcamalarının finansman kaynağına göre dağılımı verilmiştir. Tablo 2’ye göre Türkiye 2014 yılında 94.750 Milyon TL olan toplam sağlık harcaması 7 yılda yaklaşık 3,7 kat artarak 353.941 Milyon TL’ye ulaşmıştır. Toplam cari sağlık harcaması da yine yıllar içerisinde sürekli artış göstererek 88.787 Milyon TL’den 330.928 Milyon TL’ye çıkarak yaklaşık 3,7 kat artmıştır. Yatırımlar ise 3,9 kat artarak 5.871 Milyon TL’den 23.013 Milyon TL’ye ulaşmıştır.

Tablodaki verilere göre 2014 yılında toplam sağlık harcamalarının %77,4’ünü genel devlet harcamaları oluştururken, %22,6’ünü özel sektör harcamaları oluşturmaktadır. Sağlık

harcamalarında gerek devlet gerekse özel sektörde yıllar boyunca artış devam etmiştir. 2021 yılında toplam sağlık harcamalarının %79,1'i genel devlet harcamalarından %20,9'u ise özel sektör harcamalarından oluşmaktadır.

2014 genel devlet sağlık harcamalarının %69,9'luk kısmını SGK karşılarken %29 nu merkezi devlet ve kalan kısmı yerel devlet (yerel yönetimler) karşılamaktadır. 2021 yılı genel devlet sağlık harcamalarında da %59,6'lık oran ile en büyük kısmını yine SGK karşılarken %39,6'sını merkezi devlet kalan küçük kısmı ise yerel yönetim karşılamaktadır.

Özel sektör sağlık harcamalarının da 2021 yılında %76.4'lük kısmını ve çoğunluğunu hane halklarının cepten ödemeleri tarafından oluştuğu kalan %23.6'lık kısmını diğer özel sağlık harcaması yapan kar amacı gütmeyen kuruluşlar tarafından karşılandığı görülmektedir.

Tablo 2 verilerine bakıldığında, Türkiye'nin toplam sağlık harcamalarının çok büyük bir kısmını kamu kesiminin karşıladığı söylenebilir.

Tablo 3. Bazı OECD Ülkelerinde Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı (%)

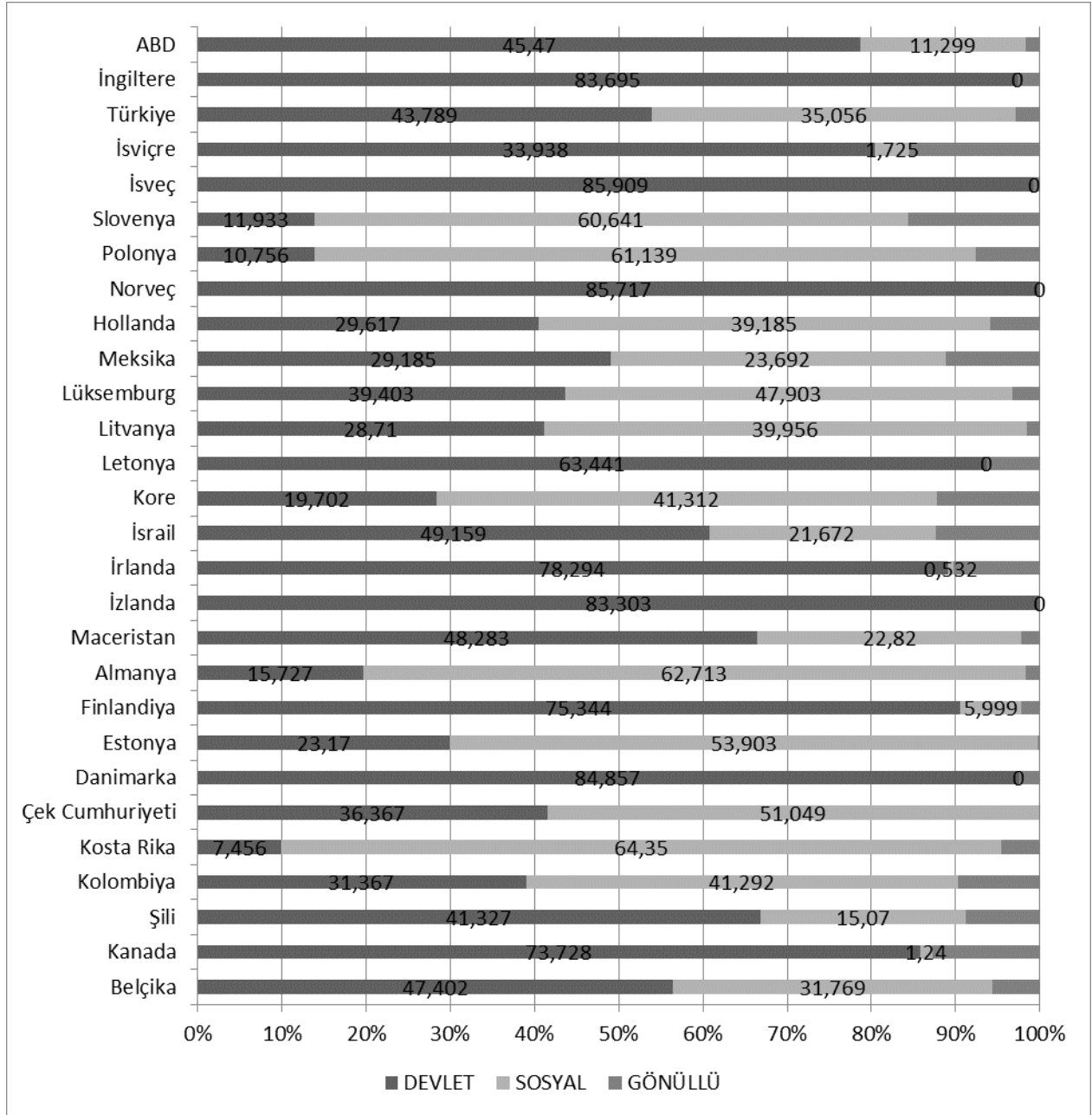
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Austria	10,4	10,4	10,4	10,4	10,3	10,5	11,5	12,2
Kanada	10,3	10,7	11,0	10,9	10,8	11,0	12,9	11,7
Danimarka	10,3	10,3	10,3	10,1	10,1	10,1	10,5	10,8
Fransa	11,5	11,4	11,5	11,4	11,2	11,1	12,2	12,4
Almanya	11,0	11,2	11,2	11,3	11,5	11,7	12,8	12,8
İzlanda	8,2	8,1	8,1	8,3	8,4	8,5	9,5	9,7
İrlanda	9,5	7,3	7,4	7,1	6,9	6,7	7,1	6,7
İtalya	8,9	8,9	8,7	8,7	8,7	8,7	9,6	9,5
Kore	6,5	6,7	6,9	7,1	7,5	8,1	8,4	8,8
Litvanya	6,2	6,5	6,6	6,5	6,5	7,0	7,5	7,9
Hollanda	10,6	10,3	10,3	10,1	10,0	10,1	11,1	11,2
Norveç	9,3	10,1	10,6	10,3	10,0	10,5	11,4	10,1
Polonya	6,3	6,4	6,5	6,6	6,3	6,4	6,5	6,6
Portekiz	9,3	9,3	9,4	9,3	9,4	9,5	10,5	11,2
Slovenya	8,5	8,5	8,5	8,2	8,3	8,5	9,5	9,2
İsveç	10,9	10,8	10,9	10,8	10,9	10,8	11,5	11,4

İngiltere	9,8	9,8	9,7	9,6	9,7	9,9	12,0	11,9
ABD	16,2	16,5	16,8	16,8	16,6	16,7	18,8	17,8
Türkiye	4,3	4,1	4,3	4,2	4,1	4,4	4,6	4,9

Kaynak: (OECD: Sağlık Harcaması, 2021 – TÜİK: Sağlık harcamaları ile ilgili göstergeler, 1999-2021)

Tablo 3'deki verilere göre 2021 GSYİH içinde sağlık harcamalarının payı OECD ülkeleri ortalaması %10,35'dir. ABD %17,8 ile birinci sırada iken Türkiye %4,9 ile son sırada yer almaktadır. Görüldüğü üzere OECD ülkeleri ile kıyaslandığında ise Türkiye'de sağlık harcamalarının GSYİH içindeki düzeyi daha düşüktür. Yani sağlık harcamalarında Türkiye diğer ülkelerin daha gerisindedir. Sağlık hizmetleri kullanımı ve sağlık harcamalarının artışının en önemli etkenlerinden biri yaşlı nüfustur.

Yaşlı nüfus olarak kabul edilen 65 ve daha yukarı yaştaki nüfus, 2016 yılında 6 milyon 651 bin 503 kişi iken son beş yılda %24,0 artarak 2021 yılında 8 milyon 245 bin 124 kişi oldu. Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı ise 2016 yılında %8,3 iken, 2021 yılında %9,7'ye yükseldi. Yaşlı nüfusun 2021 yılında %44,3'ünü erkek nüfus, %55,7'sini kadın nüfus oluşturdu. Nüfus projeksiyonlarına göre yaşlı nüfus oranının 2025 yılında %11,0, 2030 yılında %12,9, 2040 yılında %16,3, 2060 yılında %22,6 ve 2080 yılında %25,6 olacağı öngörüldü. (TÜİK, İstatistiklerle Yaşlılar, 2021). Ülkemizde hem sağlık hizmetlerinin kullanımındaki hem de sağlık harcamalarındaki artış bu düşük yaşlı oranına rağmen meydana gelmiştir. Ülkelerin ekonomik kalkınma düzeyleri arttıkça sağlık harcamalarının da arttığı söylenebilir. Gelişmiş ülkeler diğer ülkelere nazaran daha çok sağlık harcaması yapmaktadır. Türkiye'ye baktığımızda da sağlık harcamalarının yetersiz olduğunu görüyoruz.



Şekil 3. Bazı OECD Ülkelerinin Finansman Planlarının Gelirleri 2020

Kaynak: (OECD: Sağlık Harcaması, 2021)

Şekil 3'e göre OECD ülkeleri içinde sağlık hizmetlerinin finansman planlarının gelirleri tablosunda devlet içi gelirden transfer oranında en çok yere sahip ülke %85,7 ile Norveç iken bu oran Türkiye'de %43,7'dir. Türkiye'de sağlık hizmetlerinde en büyük finansman devlet içi gelirdendir. %64,4 oranında sosyal sigorta primlerinden finansman ile Kosta Rika birinci sıradadır. Gönüllü ön ödeme yöntemi ile finansman ise en çok %13,4 ile Slovenya'ya aittir. Zorunlu ön ödeme ile finansmanda ilk sıra %34,0 İsviçre, ikinci sırada %28,0 ile ABD ve üçüncü sırada ise %16,1 ile Hollanda gelmektedir. Doğrudan yabancı transferlerde en büyük oran %1,9 ile İsrail'dir (OECD, Sağlık Harcaması, 2021)

SONUÇ

Tüm insanların sağlık hizmeti alabilmesi ve sürdürebilmesi için mali kaynakların da sürekli olması gerekmektedir ve bu bakımdan sağlık hizmetlerinin finansmanı çok önemlidir. Sağlık hizmetleri geliştikçe sağlıklı insan sayısındaki artış ve ölüm oranlarındaki azalma çalışan nüfusu yani işgücünü (fiziksel sermaye) artırmaktadır. Bu şekilde ekonomik büyümede rol oynar.

Diğer bir deyişle sağlık göstergeleri, ülkelerin gelişmişlik durumunu açıklayan en önemli faktörlerden biridir. Öte yandan ekonomik büyüme sağlığı da etkiliyor. Gelişmiş ülkelerde insanların gelirleri, gelişmekte olan ülke veya az gelişmiş ülke vatandaşlarına göre daha yüksektir ve sağlık hizmetlerinin kalitesi daha yüksektir, yani sağlık ve ekonomik büyüme arasında karşılıklı bir etkileşim vardır. Sağlık hizmetlerinin finansmanı, izlenmesi gereken sağlık politikasının belirlenmesi açısından önemlidir.

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin mali yapısı tek bir yöntemden bahsetmemektedir; Karışık bir dokuya sahiptir. Zorunlu sigorta sistemine ek olarak, özel sigorta, kamu sektörü gelirlerinden yapılan kesintiler ve finansman yani vergiler bir arada ve karma olarak uygulanmaktadır. Bu karma yapıda sağlık giderleri esas olarak kamu ve özel sektör tarafından karşılanmaktadır.

Türkiye'de sağlık harcamalarının toplam miktarına bakıldığında, kamu sağlık harcamalarının payının yıllar itibariyle arttığı görülmektedir. Diğer bir deyişle, devlet Türkiye'nin sağlık harcamalarının çoğunu finanse etmektedir. Diğer ülkelere bakıldığında, gelişmiş ülkelerde sağlık harcamalarının payının GSYİH 'den daha yüksek olduğu görülmektedir.

Nüfusun her yıl arttığı dikkate alındığında sağlık harcamalarının yetersiz olduğu görülmektedir. Türkiye'de sağlık harcamalarının yıllara göre gelişiminin uluslararası karşılaştırmaya imkân veren bir sınıflandırma ile analizini içeren bu çalışmada, bazı OECD ülkelerinde sağlık harcamalarının durumunu gördüğümüz bu çalışmada, sağlık harcamalarının mevcut durumunu gördük. Hem OECD hem de TÜİK verileri sayesinde Türkiye'de artan nüfus dikkate alındığında ülkemizin sağlık yatırım ve harcamalarını artırması ve daha yeterli hale getirmesi gerektiği söylenebilir.

KAYNAKLAR

- Ağır, H. ve Tıraş, H. H. (2018), Türkiye’de Sağlık Harcama Türlerinin Değerlendirilmesi. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 15(2), 643-670.
- Albayrak, S. (2019), Sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerine etkisi: Türkiye üzerine araştırma (Master's thesis, Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü). Sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerine etkisi: Türkiye üzerine araştırma. Mersin.
- Ay, H. ve Talaşlı, E. (2008), Ülkelerin Ekonomik Gelişmişlik Seviyeleri ve Vergi Yapıları Arasındaki İlişki. Maliye Dergisi, (154), 136.
- Başol, E. Ve Işık, A. (2015), Türkiye’de Sağlık Politikalarında Güncel Gelişmeler: Sağlıkta Dönüşüm Programından Günümüze Bazı Değerlendirme Ve Öneriler. International Anatolia Academic Online Journal/Social Science Journal, 2(2), 1-26.
- Bektemür, G., Şafak Yılmaz, E., Arslanoğlu, A., Beylik, U. ve Adaş, G. T. (2018), Türkiye’de Kişisel Ödeme Yöntemiyle İlaç Harcamaları. Out-of-Pocket Expenditure on Medicines in Turkey. JAREM, 8(2), 101-108.
- Erol, H. ve Özdemir, A. (2014), Sosyal Güvenlik Dergisi, 4(1), 9-34.
- Erol, H. ve Özdemir, A. (2019), Türkiye’de 1980 Sonrası Sağlık Politikalarında Dönüşüm Ve Sağlık Harcamalarına Etkileri. Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi, 119-146.
- İstanbullluoğlu, H., Güleç, M. Ve Oğur, R. (2010), Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri. Dirim Tıp Gazetesi, 85(2), 86-99.
- Kamacı, A. Ve Uğurlu Yazıcı, H. (2017). OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerindeki Etkisinin Ekonometrik Analizi. Sakarya İktisat Dergisi, 6(2), 25-69.
- OECD (2020), OECD Health Spending (indicator). <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm> e.13.03.2023
- OECD (2021), Sağlık Harcaması, Kişi Başı Sağlık Harcaması. <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm> e.15.03.2023
- Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu 5510 sayılı, R.G.:16.06.2006/26200
- Tengilimoğlu, D. (2017), Sağlık İşletmeleri Yönetimi. Ankara, Nobel yayıncılık
- Tosun, C. (2018), Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Belirleyicileri. Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Belirleyicileri. Ankara.
- TÜİK (2019), Sağlık Harcamaları İstatistikleri. <https://data.tuik.gov.tr/Search/Search?text=sa%C4%9Flu%C4%B1k%20harcamalar%C4%B1>. e.10.03.2023
- TÜİK (2021), Sağlık Harcamaları İstatistikleri. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Saglik-Harcamalari-Istatistikleri-2021-45728> e.10.03.2023
- Yurdadoğ, V. (2007), Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Finansmanı Ve Analizi. Journal of the Çukurova University Institute of Social Sciences, 16(1), 592.

SAĞLIK KURUMLARINDA ÇEVİK DÖNÜŞÜM

**Bilgen Şimşek (Öğretim Görevlisi, İstinye Üniversitesi, bilgen.simsek@yahoo.com,
Orcid: 000-0001-6374-4136)**

**Mustafa Mete (Dr. Öğr. Üyesi, İstanbul Aydın Üniversitesi, mustafamete@aydin.edu.tr,
Orcid No: 0000-0002-1332-7905)**

ÖZET

Başta teknolojik gelişmeler olmak üzere, nüfus artışı, eğitim düzeyi, girişimcilik bilinci, devlet politikaları, kaynakların sınırlılığı, yönetsel faaliyetler gibi çok fazla sayıda tetikleyici, rekabet piyasasını işletmeler için zorlayıcı bir arenaya dönüştürmüştür. Yönetim ve insan faktörünün etkinliğinin fark edilmesinden bu yana, örgütün devamlılığının sağlanması ve veriminin artırılması yönünde çeşitli teori ve uygulamalar denenmiştir. Her modelin her örgüt yapısına uygun olmaması, belli alanlarda başarı getirirken belli alanlar için yeterli olmamıştır. Yazılım alanında doğan ihtiyaçlara cevap vermek yönünde geliştirilen Çevik Yaklaşım modeli de son dönemlerde farklı alanlarda kullanılmaya başlamıştır. Sağlık kurumlarının amaç, prensip ve özellikleri dikkate alındığında, çevik yaklaşımın sağlık kurumlarına entegre edilebileceği düşünülmektedir. Sağlık kurumları için Çevik Dönüşüm yaklaşımının uygunluk kriterlerinin değerlendirilmesi çalışmanın amacını oluşturmaktadır. Bu sebeple yapılan literatür taraması neticesinde elde edilen bilgilere dayanarak, sağlık kurumlarının özellikleri ile Çevik Liderlik ve Örgütsel Çeviklik alt boyutları arasındaki benzer yönler değerlendirilmiştir.

Sonuç olarak ‘Sağlık Kurumlarında Çevik Dönüşüm’ temel hatlarıyla uygulanma potansiyeli yüksek bir projedir. Çevik yaklaşım amaçları, sağlık kurumları özelliklerinden sebep ortaya çıkan sorunlara cevap verebilecek niteliktedir. Ancak sistemin sağlık kurumlarına entegrasyonu diğer sektörlere göre daha zorlu ve uzun bir süreç oluşturacaktır.

Anahtar Kelimeler: *Çevik dönüşüm, Sağlık kurumlarında çeviklik, Çevik sağlık kurumları*

GİRİŞ

Değişen dünya düzeninde, yerel ve global ölçekte beşerî rutini derinden etkileyecek boyutta ortaya çıkan beklenmedik durumlar, faaliyet gösteren tüm işletmelerin bu değişimlere ayak uydurma gereksinimini ve örgütsel sürdürülebilirlik açısından da hayati öneme sahip olduğunu göstermektedir. Alışlagelmiş dünya düzeninde, geleneksel yaklaşımlar taleplerin karşılanması, rekabet ortamında varlığın sürdürülmesi açısından yeterli olmaktayken son dönemlerde geleneksel yaklaşımlar pek çok yönden yetersiz kalmakta ve işletmeleri farklı arayışlara yönlendirmektedir. Bu yöntemler arasında yerini alan Çevik Yaklaşım, işletmelerin değişik birimlerinde bir dönüşüm oluşturmuş ve elde edilen olumlu çıktılar ile de daha fazla alanda uygunluğu denenmeye başlamıştır. Bu metod ile kurum içinde hızlı düşünme yoluyla hızlı karar vermenin önü açılmış, böylelikle rakiplerden daha hızlı aksiyon alma avantajı sağlanması hedeflenmiştir. Çevik yaklaşımların köklü olarak işletmelere uyarlanması ile dinamik bir işletme kültürüne ulaşılmıştır.

Pek çok alanda başarılı neticelere ulaşan çevik yaklaşım, çalışmamız için ‘‘Çevik dönüşüm sağlık kurumlarına uygun mudur?’’ sorusunu ortaya koymuştur.

Sağlık kurumlarını diğer kurumlardan ayıran kendine has farklı karakteristikleri mevcuttur. Bu özellikler hem örgüt içerisinde hem de hizmet sunumu açısından değerlendirildiğinde çeşitli sorunlara sebep olmaktadır. Bu sebeple çevik dönüşüm uygulamalarının sağlık kurumlarına uyarlanması yönünden özellikleri, örgütsel çeviklik ve çevik liderlik alt boyutları ile değerlendirilmiştir.

Literatür taramasında çevik dönüşümü konu alan üretim ve bilişim alanında çok sayıda çalışma mevcutken, sağlık kurumlarında uygulanması açısından oldukça sınırlı kaynak mevcuttur. Sağlık hizmetlerinin insan temelli faaliyetleri sebebiyle etki ve etkileşimin maksimum düzeyde hissedildiği bir alan olması, çevik dönüşümün çeşitli boyutlarda ele alınacağı literatür kaynağı ihtiyacını ortaya koymaktadır. Bu sebeple çalışma literatüre değerli bir katkı sağlayacaktır.

Çeviklik Kavramı

Atik, hızlı ve kolaylıkla cevap bulan olarak anlamlandırılan çevik kavramı, çeviklik olarak türetilmiş davranışsal bir durumu ifade etmektedir. Bireysel çevikliğin temel alınarak pozitif kazançlarının zaman içerisinde farklı alanlara uyarlanması ile yorumlanan çeşitli yaklaşımlar ortaya çıkmıştır. Çevik dönüşümün tanımlarından hareketle, bu dinamik sürecin hız almaktan çok fazla bileşene sahip olduğu da görülmektedir (Kidd, 1994).

Fiziksel çeviklik dikkate alındığında, gençlik ve sportmenlik ile ilişkilendirilmekteyken, çeviklik yaklaşımlarında hem mental hem de fiziksel çevikliğin yer bulduğu yönetsel, örgütsel faaliyetlerle ilişkilendirilen dinamik performans değerlerinden bahsedilmektedir.

Çevik olmak başarısızlıklardan ders çıkararak mücadeleyi bırakmamak, atik davranışlarla ortaya çıkan değişimler karşısında hızlı ayak uydurma yeteneği kullanılarak başarıya hazır olmak anlamındadır (Ciceralli, 2019:2425). Başka bir bakış açısına göre çeviklik, müşteri ihtiyaçlarına dair beklentileri önceden tahmin ederek, yüksek kalite ve uygun maliyetle karşılanmasını sağlama yeteneğidir. Bu yetenek ise işletmelere küresel rekabet ortamlarında başarı sağlayacak avantajlardan birisi olarak görülmektedir (Ustasüleyman, 2018:165). Genel olarak çevik tanımlamasında ortak kullanılan çabukluk, esneklik, belirsizlik ve değişim öğeleridir (Akkaya, 2019:136; Sharifi and Zhang, 2001:777; Sherehiy et al., 2007:451).

Çevik Yaklaşımların Tarihçesi

Çevik yaklaşımların gelişme sebebi uygulanan klasik yöntemlerin değişimlere cevap verememesi ve gerisinde kalmasıdır.90’lı yıllarda ortaya çıkan endüstri krizi ile birlikte, müşteri taleplerinin karşılanmasında geleneksel tarz olan Waterfall yetersiz kalmış ve buna bağlı olarak ta iş teslimlerinde gecikmeler ve projelerin iptalleri söz konusu olmuştur. Çevik yaklaşımın temelleri de yazılım alanında atılmıştır.

2000’li yıllarla birlikte ortaya çıkan çevik üretim modelleri, teknolojinin gelişme avantajından ancak hızlı hareket eden işletmelerin faydalanarak rekabet avantajı

sağlayabileceği savunulmuştur (Akkaya vd., 2020:1609). Çevik üretim modellerinin sadece üretim aşamasında uygulanmasının yetersiz olduğu, tüm departmanlarca uygulandığı takdirde anlam bulacağı örgütsel çeviklik modeli ile de çeviklik, yönetsel faaliyetler alanında önem kazanmıştır (Schwaber and Beedle, 2002). Çeviklik sonraki süreçlerde **örgütsel ve liderlik** başlıkları altında ayrıca ele alınmıştır. Uzun vadede rekabet ortamının ardında kalmamak, varlığı sürdürmek, hedeflere ulaşabilmek, etkin ve verimli çalışmalar ortaya koyabilmek adına geliştirilen stratejilerden bir tanesi olarak “örgütsel çeviklik” ortaya çıkmıştır (Bakan vd., 2017:120).

Yaygın olarak yazılım alanında kullanılan çevik yaklaşımın işlevsellik kazanmasıyla da kullanılan alan çeşitliliği arttırılmıştır. Covid-19 salgını da bilginin hızlı işlenmesi, hızlı uygulamaya geçilmesi ve hızlı sonuçlar alınması açısından çevik metodoloji özelliklerini destekleyen kanıtlar ortaya koymuştur. Virüsün tanınması işlenmesi ve tedavi yöntemlerinin geliştirilmesi ile uygulamaya geçilmesi boyutu hem toplumsal hem de rekabet piyasasında fark yaratmıştır.

Örgütsel Çeviklik Modeli

Örgütsel çeviklik farklı bakış açıları ile farklı boyutlara ayrıldığı gibi birçok araştırmacı cevap verme, yetkinlik, esneklik ve hız olmak üzere dört temel boyut üzerinde durmaktadır.

Örgütsel çevikliğin örgütsel performans üzerinde etkisinin bulunması, örgütsel çeviklik yaklaşımının işletmeler açısından önemini kanıtı olarak kabul edilmektedir. Ayrıca çevresel değişimlerin algılanmasına rağmen örgüt tarafından aksiyon alınmamasının performans üzerinde bir etki yaratmayacağı sonucuna ulaşılan çalışmada, algılama çevikliğin, örgütsel performans üzerinde etkisi bulunamamıştır. Buna rağmen karar alma çevikliği örgütsel performansı etkilemektedir (Kendir ve Arslan, 2022:2745).

Cevap verme: Örgütlerin dışsal değişimleri fark etmesi ve bu değişiklikleri sistemi bir şekilde bünyesine entegre ederek oluşturacağı reaktif ya da proaktif cevap verme stilleri ile değişimin avantajlarından faydalanmasını içermektedir (Doğan ve Baloğlu, 2018:107; Nejatian and Zarei, 2013:248). Doğru cevap verme yöntemlerinin uygulanmaması durumunda ortaya çıkacak pazar payındaki kayıp işletmeyi zarara uğratacaktır (Akkaya vd., 2018:203). Çevik örgütlerde meydana gelen değişikliklere cevap verme rutinleri, cevap verme yeteneklerinde de artış meydana getirmektedir (Becker and Knudsen, 2005:752).

Yetkinlik: Örgütün hız ve esneklik bakımından yeteneklerini temsil etmektedir. Çevre şartlarındaki değişimlere bağlı olarak uyum yeteneğini ortaya koyması, hedeflerine ulaştıracak mevcut yetilerini yenileme ve uyarlamasının devamlılığını içerir (Akkaya vd., 2019:33; Özeroğlu vd., 2020:19). Yetkin olmak aslında bir hakimiyet göstergesidir. Yeterli hız ve esnekliğe ulaşılabilmesi, değişen düzene uyum sağlayabilme yeteneği de yeterli tecrübe, bilgi birikimi ve hakimiyetle ilişkilidir.

Esneklik: Örgütsel devamlılığın sağlanabilmesi için sahip olunan kaynaklarla örgüt yapısını, müşteriler tarafından arzulanan ürün ve ihtiyaçlara göre uyarlamak şeklindedir. Bu yetenek müşteri beklentileri ve çevresel değişimlere karşı oluşturulan esnek performanslarla karşılık

düzeyini arttırması olarak ta ifade edilebilmektedir (Akkaya vd., 2019:37). Literatür incelemelerinden elde edilen esneklik sınıflamaları, sayısal, fonksiyonel ve finansal esneklik şeklindedir (Dastmalchian, 1993:19).

Hız: Örgüt içerisinde iş bitirme sürecindeki hızını ifade etmektedir. Faaliyet süreçlerinde, problemleri çözme aşamasında, fırsatların değerlendirilmesinde, yeni bilgilerin geliştirilmesinde ne kadar süratli olduğu ile ilişkilidir (İleri ve Soylu, 2010:19). Hız faktörü sadece ekonomik hayatta değil hayatın her aşamasında son derece önemli bir işlevselliğe sahiptir. Doruluğundan emin olunan her uygulamada hız, verimi, performansı, işlevselliği ve başarıyı arttıracak etkin bir güçtür. Özellikle sağlık hizmetlerinde olduğu gibi bazı örgütsel yapılar için hız, olmazsa olmaz bir yetenek niteliğindedir. Yeterli düzeyde hız alamayan bu tarz örgütlerde işlerin yürütülmesi sekteye uğramakta, hatta dönüşü mümkün olmayan sonuçlara sebep olmaktadır.

Çevik Liderlik Modeli

Bir firmanın kuruluşu ve faaliyetlerini başarılı şekilde devam ettirerek büyümesi açısından liderlik kavramı hayati önem taşımaktadır. Örgütsel çerçevede olduğu gibi liderlikte de klasik yaklaşımlar süregelen değişimlere ayak uydurma ve müşteri beklentilerinin karşılanmasında yetersiz kalmaktadır. Bu bağlamda işletmelerin yapısal değişikliklerini yapacak, günün koşullarına uygun stratejiler geliştirip, durumsal değişimlere uygun kararlar alabilecek çevik lidere ihtiyaç duyulmaktadır (Bennett and Lemoine, 2014:312).

Çevik liderler, teknolojik değişimler ve çevresel durumlara adaptasyonunu sağlayan lider olarak tanımlanmaktadır (Kouzes and Posner, 1999:133; Higgs and Rowland, 2001:50). Çevik liderlerin esnek yapıya sahip, takımlarını geliştirmeye istekli, iş birliği kurma ve eşgüdümleme konusunda yeteneği ile sinerji oluşturabilecek, statükoyu sorgulayabilen özellikte kişiler olması beklenmektedir. Çevik liderlerin, karmaşık durumlara karşı akılcı ve çözüme yönelik etkili eylemlerle kolay uyum sağlaması beklenmektedir (Homey, 2010:34).

Çevik liderlik modeli hız, yeterlilik, esneklik, iş birliği ve teknoloji takibi olmak üzere beş alt boyuttan oluşmaktadır.

Hız: Çevresel değişimlerin ortaya koyduğu karmaşık durumlarda, işletmelerin ürün veya hizmetlerini etkin bir şekilde ve mümkün olan en kısa sürede ortaya koyma kabiliyetleri hız alt boyutunu temsil ederken bu değişimlere uyum sağlama ve inovasyon açısından önem arz etmektedir (D'Aveni, 1994; D'Aveni, Dagnino and Smith, 2010:1377; Wiggins and Ruefli, 2005:891). Bu durum rekabet ortamında şirketler açısından olumlu bir avantaj sağlamaktadır. Aynı zaman da işletmenin verimlilik kabiliyetini de arttırmaktadır.

Esneklik: Değişimin işletme tarafından algılanarak cevap verme yeteneğini ifade eden esneklik kavramı, işletmenin bu yeteneği sayesinde rekabet ortamında elde edeceği başarı ile doğru orantılıdır (Kundi and Sharma, 2015:228). Esnek liderlik modelinde örgüt çalışanları, sorumluluğu yerine getirmeyi kurallardan üstün tutmaktadır. Yapılan işteki başarı örgüt çalışanı için de manevi bir tatmin ayrıca mutluluk kaynağıdır (Nassiri et al., 2019). Her bir

örgüt çalışanının aidiyet duygusu kuvvetlenirken kendini önemli hissettiği bir ortamda kişisel gelişimine de imkân sağlanacaktır.

Yeterlilik: Başarılı bir iş ortaya koymak adına gerekli olan özellikleri ifade etmektedir (Levenson et al., 2006:371). Çevik liderlerin belirsizlik ortamlarında ortaya çıkan sorunlarla başa çıkma yetenekleri dört madde şeklinde sınıflandırılmaktadır (Dahmardeh and Banihashemi, 2010:180). Bunlar; değişikliklerin reaktif ya da proaktif şekilde belirlenerek cevap oluşturabilme yetisi, işletme hedeflerine etkinlik sağlama yetisi, adaptasyon ve esneklik kabiliyeti ile karşılaşılan farklı süreçleri aynı şekilde işleme yetisi, faaliyetlerin en hızlı şekilde tamamlanabilmesini sağlama yetisi şeklindedir. Ayrıca kişisel gelişim desteklediği modelde, yeni yönetici adaylarının keşfedilmesi sağlanacaktır.

İş birliği: İşletme kaynak ve fırsatlarının doğru şekilde değerlendirilebilmesi, yetkin kişilerin sisteme dahil ederek doğru şekilde yönlendirilmesine bağlıdır. Kurum içinde iş birliğinin sağlanması diğer boyutlarda olduğu gibi rekabet avantajı sağlamakta, yaklaşımların ve çözüm fikirlerinin çeşitlendirilerek hedefleri ulaşmayı kolaylaştırmaktadır. Çevik liderler iş birliği sağlanması konusunda bilgi ve deneyimlerini diğer rol modellerle paylaşarak takım performansına ivme kazandırmaktadır. İşlerin doğru yapılması konusunda ortak sorumluluk bilinci oluşturulmaktadır.

Teknoloji Takibi: Teknolojinin hızlı gelişim sağlanması, örgüt liderlerinin işletmelerini dinamik tutması açısından takibini mecbur kılan bir eylemdir. Teknolojinin hızına yetişerek, işletmelerine uyarlayan liderler, değişikliklere cevap verme yeteneğini de arttırmış olacaktır.

Literatürde çevik liderliğe dair çeşitli tanımlar mevcuttur ve özetle çevik liderin değişim süreçlerine uyumu, takım üyelerinin sürece adapte edilmesi, fikir ve içerik inovasyonları, doğru ve hızlı karar alma, güvenilir ve empatik bir çalışma ortamı yaratabilen kişilik özelliklerini taşıması gerektiği savunulmaktadır.

Stratejik Çeviklik

Daha önceden tahmin edilemez dalgalanmalar ve değişimlere karşı duyarlılığı mevcut işletmelerden, stratejik çevikliğe sahip olanlar rekabetçi karakterlerini koruyarak hedefleri yönünde çalışmalarını devam ettirmektedir. Bu sebeple tanım olarak stratejik çeviklik, örgütlerin değişim gösteren ihtiyaçlar, fırsatlar ve yönelimlere karşın stratejik planları değiştirme ve düzenlemede uyumu ve çeviklik yeteneği şeklindedir (Battistella et al., 2017:71)

Meydana gelen dışsal değişimlerin etkilediği örgütsel stratejilerin, yeniden keşfedildiği bir yetenek olarak ta farklı bir tanım Ahammad (2020:1) tarafından yapılmıştır. Temelde, stratejik bir algılamının geliştirildiği ve karar almanın hızla gerçekleştirildiği bir sistemdir (Brannen ve Doz, 2012:90). Belirsizliklerin daha yoğun olduğu global pazarlar ve hızlı adaptasyonun ihtiyaç duyulduğu yerel pazarlarda stratejik çeviklik rakiplere karşı büyük avantaj oluşturan bir değerdir (Ürü ve Ünsal 2022:3241). Bunlarla birlikte örgütlerin durağan süreçlere dahil olmasını engeller, fırsatları kaçırmasına da mâni olur (Arbussa et al.,

2017:285) ve örgütlerin değişken rekabet ortamları ve pazarların dinamizminden sebepli gelişmelere karşı tepkilerinde esneklik sağlar (Junni et al., 2015:598).

Sisteme Entegre Bireysel Çeviklik

Örgütlerin temel taşları olan örgüt üyelerinin, tutumları, yaklaşımları, motivasyonu verimliliği etkileyen önemli faktörler arasında yer almaktadır.

Örgütsel çeviklik anlayışının kabul edilmesi için gerekli çevik liderlik anlayışı, klasik hiyerarşik düzeni minimize ederek örgüt içerisinde tanımladığı çevik roller ile çalışanların bireysel gelişimine de katkı sağlarken yeni çevik liderleri örgüt bünyesine kazandırmaktadır. Yöneticilik statüsü liderliğe, yönetici rolü ise birden fazla aktörün çevik rollerle üstlendiği bir sisteme evrilmektedir.

Bireylerin sisteme, sistemin örgüte entegre edilmesiyle azalan hiyerarşik ilişkiler bireysel çalışma özerkliğine fırsat vermektedir. Özerk çalışmayı benimseyen örgüt üyelerinin motivasyonu ve örgütsel bağlılığı artarken, işletmeler takım oyununda aktifleştirdiği çeşitli eğitimler alan tüm üyeler için kariyer kapılarını açmaktadır. Bu yatay organizasyonların çalışanlar için fırsat eşitliği de ortaya koyması ayıca motivasyonu tetikleyici bir unsur oluşturarak iş gücüne de olumlu değer katmaktadır.

Sonuç olarak kuvvetli bir iş birliği neticesinde kaynakların doğru kullanıldığı, etkin çalışmalar elde edilebilir.

Çevik Yaklaşımın Avantajları

İlk başlarda yazılım ekipleri için popüler olan Çevik Metodoloji, zaman içerisinde teknik olmayan satış, pazarlama, yönetim, organizasyon, müşteri deneyimleri gibi alanlara da avantaj sağlamaya başlamıştır. Uygulamayı kabul eden ekipler, çevik uygulamaların daha güçlü performans sağlamasına, müşteri memnuniyetinin artmasına ve işbirlikçi çalışma ortamı sağlanmasına katkı sağladığını keşfetmiştir.

Olası problemlerin çözümlerinin bulunması, iş ortamında ortaya çıkan değişikliklere adaptasyon hızını artırılması, pazar ve kullanıcı taleplerine proaktif yöntemlerle adapte olmayı sağlamaktadır (Candan vd., 2017:3-9).

Örgüt açısından çevik yaklaşımın avantajları; adaptasyon ve esnekliği artırır, bilginin yönetilmesi, karar vermede atiklik, değişimlere hızlı cevap vermeyi sağlar, pazar içerisinde başarıyı ivmelendirir, rekabet avantajı doğurur. Oluşturulan çevik takımlarla müşteri istekleri hızlı bir şekilde cevaplanır, çevresel değişimlere hızlı cevap verme yeteneği kazandırır, çevre ile örgüt arasında sinerji oluşturur (İnanır, 2020:75). Örgütsel devamlılığı sağlar, örgütsel performansın artırılmasına katkı sağlar (Sağır ve Gönülölmez, 2019:72). Belirsizliklerin bulunduğu ortamlarda alınacak kararların doğruluk payını artırır (Candan vd., 2017:5).

Liderlik açısından çevik yaklaşımın avantajları; örgüt çalışanlarının duygusal esnekliklerinin lider tarafından desteklenerek artırılması, proaktif yaklaşımın kabul görmesini sağlamak, kurum içerisinde güven ortamını sağlamak, yeniliklere ve adaptasyona açıklık getirmek,

teknolojik becerilerin desteklemesi şeklindedir. Çevik dönüşümün gerçekleşmesinde de lider faktörü önemli bir yer sahibidir (Özdemir ve Çetin, 2019:315; Küçükaltan ve Mert, 2020:5068).

Stratejik açıdan çeviklik kavramı değerlendirildiğinde, sektörel bazda turizm özelinde gerçekleştirilen araştırmalar, stratejik duyarlılığı iç ve dış çevreyle ilişkilendirmiş, sektörel çevikliğin temini konusunda stratejik ortaklıklardan bahsedilmiştir (Kale vd., 2019:280).Özellikle ülkemizde yerel rekabetin oldukça güçlü olduğu sağlık hizmetleri, uluslararası arenada gerçekleştirilen sağlık turizmüne yönelik rekabetçi varlığını sürdürebilmesi açısından stratejik çeviklik yaklaşımlarına da ihtiyaç duymaktadır. Yeni iş alanlarının yaratılması, mevcut alanların korunması açısından stratejik çeviklik, sağlık kurumlarına fayda sağlayacak bir modeldir.

Çevik Yaklaşımın Performans Değerlendirmesi

Performans değerlendirmeleri, ana hatlarıyla örgütlerde belirlenen hedeflere ulaşmak için yapılan faaliyetlerin başarı oranlarının ölçülebilir çıktılarla değerlendirilmesini kapsamaktadır. Bu değerlendirmeler örgütlerin birimleri için ayrı ayrı yapılsa da toplamda ortak hedeflere ulaşmak adına örgüt performansını etkilemektedir. Örgüt performansının ölçümünde, karşılaştırma sistemleri ve işletmelerin pazardaki yerlerinin değerlendirilmesi de büyük öneme sahiptir. Bu sebeple çevresel değişimlere hızlı adaptasyon süreçleri, hızlı karar alma, hızlı planlar hazırlama, mevcut stratejik planları değiştirme ve uygulamaya alma, hızlı ve verimli üretim gibi amaçlara yönelik etkinleştirilen çevik yaklaşımların örgüt performansına etkisi daha kolay değerlendirilebilir. Literatürde çok yönlü örgütsel performans tanımı, değerlendirmeleri mevcuttur ve ölçülebilmesi adına da farklı seçenekler sunulmaktadır (Felipe et al., 2020:576).

Çevik performans değerlendirmesinde yeni ölçüm tekniklerinin ortaya çıkması ya da dönüşen işletmelerin bu çeşitli ölçüm teknikleri arasından uygun olanları örgütlerine uyarlaması da olasıdır. Sağlık kurumları hizmet sunumları çıktı performansının ölçülmesi açısından ayrı bir zorluk yaşamaktadır. Alan yazında karlılık, büyüme, pazar payı gibi hissedilen karşılaştırmalı performans değerlendirmesinin iş ya da hizmet üstünlüğüne dair anlamlı bir gösterge olduğu kabul edilmektedir (Felipe et al., 2020:596). Çevik dönüşümle birlikte performans ölçülmesinde pazar payındaki artış kadar hasta şikayetlerinin azaltılıp memnuniyetin artırılması üzerinde yoğunlaşıldığı yeni değerlendirme ölçütlerine de ihtiyaç olacaktır.

Sağlık Kurumları Özelliklerine Göre Çevik Dönüşüm Yaklaşımı

Sağlık kurumları pek çok özelliği itibariyle diğer işletmelerden farklı olan karmaşık örgütsel yapılardır. Sağlık hizmetlerinde çıktılarının tanımlanması ve ölçümünün zorluğu, yapılan işlerin karmaşıklığı ve değişkenliği, acil ve ertelenmez oluşu, hata ve belirsizliklere duyarlı olması, uzmanlaşma seviyesi ve işlevsel bağımlılığın oldukça yüksek oluşu, ikili otorite hattının mevcudiyeti, çalışanların profesyonellerden oluşması ve profesyonellerin kurumsal hedeflerden çok mesleki hedeflere odaklanması sağlık kurumlarının başlıca özellikleri arasındadır. Hizmet ihtiyaç veya talebinin tahmin dışında ortaya çıkması, ikamesinin bulunmaması, anında müdahale ihtiyacı doğurması, sosyal yararının yüksek oluşu, emek ve

teknoloji ihtiyacının yoğun olması da sağlık hizmetlerini diğer hizmet alanlarından ayıran özelliklerdendir.

Çevik dönüşümde bahsedilen çabukluk, belirsizlik, değişim, kaos gibi kavramlar aslen sağlık hizmetlerinin yapısında bulunan ve çevik yaklaşım ile sağlık kurumlarını ortak paydada buluşturan kavramlardır. Bu bağlamda sağlık hizmetlerinde çeviklik modelinin hem örgütsel hem de liderlik bakımından ele alındığı bir dönüşümün sağlanması, pozitif çıktılara ulaşılması konusunda fayda sağlayacaktır. Sağlık kurumlarında çevik liderlerin inşa ettiği, örgüt çalışanları ile desteklediği çevik sistemin kurgulanarak hayata geçirilmesi şüphesiz diğer kurumlardan daha zorlu bir süreç olacaktır ve daha uzun zaman alacaktır. Ancak uygulamaya geçilmesi ile mevcut eksikliklerin giderilmesi konusunda mükemmel sonuçlar sağlanması ihtimali yüksektir.

Örgütsel çeviklik sağlık kurumları açısından değerlendirildiğinde, hız boyutu özellikle operasyonel alanda hayati önem taşımaktadır. Bu süreçte zamanında hizmet üretim ve sunumu, hizmet üretim ve sunum hızı, çalışma hızı, değişik durumlara hızlı adapte olmak gibi yetenekler sağlık hizmetleri için vazgeçilmezler arasındadır.

Esneklik boyutunda kurumsal çıkarların göz ardı edilmediği müşteri memnuniyeti yaklaşımının benimsenmesinde, eğitimler son derece önem taşımaktadır. Müşteri memnuniyetini sağlayacak çeşitli esnek planlar ve uygulamaları hakkında çalışanların bilgilendirilmesi ve uygulamaların takibi çevik liderliğin bir parçasını oluşturmaktadır.

Liderlik ve Örgütsel Açıdan Çevik Yaklaşımın Sağlık Kurumlarına Uygunluğu

Geçmişten günümüze işletmelerin varlığını sürdürmek, risklerden korunmak, mevcut durumlarını iyileştirmek, üretim ve hizmet sunumunu etkinleştirmek, pazar payını genişletmek, kaynakları verimli kullanmak adına pek çok model ve yaklaşım ortaya atılmış, şirketlerde bu yaklaşımları kendi bünyesine entegre ederek başarısını arttırmayı hedeflemiştir.

Ancak örgüt yapısına uygun olmayan model seçimi ve entegrasyonda oluşan yönetsel sorunlar sebebiyle yaklaşımların her alanda aynı performansı sergileyemediği gözlemlenmiştir. Bu sebeple çeviklik yaklaşımının liderlik ve örgüt boyutlarında, sağlık kurumları özelliklerine uygunluğu literatür taraması sonucu değerlendirilmiş aşağıdaki tablo elde edilmiştir.

Sağlık Kurumları Özellikleri	Örgütsel Çeviklik Alt Boyutu	Çevik Liderlik Alt Boyutu
Çıktıların tanımlanması ve ölçümü güçtür	Esneklik	Hız
Yapılan iş karmaşık ve değişkendir	Yetkinlik	Yeterlilik
Genellikle acil ve ertelenemez	Hız, Esneklik	Hız, Yeterlilik

Hata ve belirsizliklere duyarlıdır	Yetkinlik, Esneklik	Esneklik
Uzmanlaşma seviyesi yüksektir	Yetkinlik, Cevap verme	Yeterlilik, İş birliği
İşlevsel bağımlılık yüksektir	Hız	İş birliği, Esneklik
İkili otorite hattı mevcuttur	Hız, Esneklik	Esneklik, İş birliği
Çalışanlar profesyoneldir	Cevap verme, Yetkinlik	Esneklik, İş birliği
Profesyoneller kurumsal hedeften çok mesleki hedefe önem verir	Cevap verme	Yeterlilik

Çıktıların tanımlanma ve ölçüm güçlüğü; bu özellik örgütsel çeviklik açısından değerlendirildiğinde, esneklik alt boyutunda örgütün mevcut kaynaklarını verimli bir şekilde kullanarak müşteri (hasta) ihtiyaçlarına cevap vermesi söz konusudur. Etkin kullanıma bağlı olarak üretilen hizmetin çıktı kalitesinin de yükselmesi beklenmektedir. Bu bağlamda, çalışanlara verilecek eğitimle elde edilecek esnek yetiler, önceden tanımlanması mümkün olmayan çıktıların üretiminde örgüt çıkarlarının da dikkate alınarak maksimum seviyede müşteri memnuniyeti ortaya koyması beklenmektedir.

Çevik liderlik alt boyutu üzerinden değerlendirildiğinde, çevik liderlik modelinde kararların hızlı alınmasına dair her çalışanın çeşitli liderlik rolleri üstlenmesi beklenmektedir. Önceden tanımlanması yapılamayan çıktıların, üretim ve sunumu konusunda her birey çevik lider olma özelliğini kullanarak doğru ve hızlı kararları hizmetin en kısa sürede etkinleştirilmesi yönünde kullanacaktır.

Her iki durumda da çıktıların farklı özellikte olması ölçüm için sorun teşkil etmeye devam edecektir. Ancak etkin ve hızlı çözüm aksiyonları hasta şikayetleri ve olumsuz dönüşlerin önüne geçebildiğinde, nispeten kalite değerlemesi yapılmış olacaktır.

Yapılan iş karmaşık ve değişkendir; hizmet talep edenlerin, hastalığa maruziyeti yanında fiziksel, ruhsal özellikleri de farklı olacağından uygulanacak tedavilerin de çeşitliliği ve bireyselliğinden bahsetmek mümkündür. Ayrıca insan vücudunun tepkimelerdeki farklılıkları da dikkate alındığında varyans koridorunun oldukça genişlediği ve bu durumun hizmet sunucusu için de karmaşa yarattığı aşikardır. Burada devreye farklı durumlara uyum yeteneği geliştiren yetkinlik alt boyutu girmektedir. Ayrıca iş performansının başarısını arttırmak amacıyla farklı süreç gerektiren olguları aynı süreçlerde işleme kabiliyetini gerekli kılan yeterlilik alt boyutu efektif bir rol üstlenmektedir.

Acil ve ertelenemez hizmet; sunumunun sağlanması hem hizmet alan hem de hizmet sunucusu tarafından önceliği kabul gören bir özelliktir. Yerinde ve hızlı müdahale, ortaya çıkacak problemlerin de önüne geçecek bir aksiyon anlamına gelmektedir. Bu sebeple hem liderlik hem de örgütsel çevikliğin hız alt boyutlarının beklentileri, sağlık hizmetlerinde acil

müdahale beklentisini karşılamaktadır. Ayrıca hız alt boyutunun yanında uygulama yapan çevik bireylerin, esneklik ve yeterlilik özelliklerini de sağlaması gerekmektedir.

Hata ve belirsizliklere duyarlıdır; çünkü yapılacak hatalar ya da mevcut belirsizliklerin sonucunda aksayan hizmet sunumu hayati risk boyutlarına ulaşabilecek sonuçlar doğurabilmektedir. Örgütsel ve liderlik alt boyutlarında yer alan esneklik, hizmet sunucusunun belirsizliğe mahal vermeden doğru karar almasını sağlamaktadır. Esneklik, kuralların önüne geçen sorumluluk bilinci ile hata payını elemine edebilecek bir konumda yer alır. Yine belirsizlik durumunda devreye giren yetkinlik alt boyutu, süreçlere hızlı uyum sağlanarak sürecin normalleştirilmesini mümkün kılmaktadır.

Uzmanlaşma seviyesi yüksektir; bu özellik çoğu zaman çalışanları iş birliğinden uzaklaştırabilecek bir özelliktir. Ancak takım çalışması ve paylaşımın önem kazandığı iş birliği alt boyutunda, edinilen bilgilerin takım üyeleri ile paylaşımı ve takım performansının başarısına önem verilir. Mesleki profesyonelliğin dışında örgüt içerisinde takım ruhunun etkinliğinin artırılması performans çıktılarını etkileyecek ayrı bir unsurdur. Sağlık profesyonellerinin iş görme kabiliyetlerinin yanında yetkinlik ve yeterliliklerinin, beklenmedik durumlara hızlı cevap verme yönüyle birleştirilmesi, çeviklik yaklaşımının örgütsel sürdürülebilirliğe katkı sağlayacak alt boyutları arasında yer almaktadır. Örgütsel sürdürülebilirliğin sağlanabilmesi için gerekli çok sayıdaki özelliğin çevik yaklaşım amaçları arasında yer alması, işletmelerin pazar paylarını da genişletmesine imkân vermektedir.

İşlevsel bağımlılık yüksektir; sağlık kurumlarında en fazla çatışma yaratan özelliktir. Hizmet sunumu esnasında farklı meslek gruplarının aralarındaki koordinasyonu mümkün olduğunca maksimum düzeyde sağlamasını gerektirir. Çevik yaklaşımda iş birliği boyutu ile işlevsel bağımlılığın daha başarılı bir süreç haline gelmesini sağlayacaktır. Takım çalışmasının gerekliliğini ortaya koyan bu özellik aynı zamanda çalışanların sorumluluk bilincini geliştiren esneklik ve iş bitirme sürecini kısaltan hız alt boyutları ile de etkinliğini arttıracaktır.

İkili otorite hattı; hekimler ve yönetimin oluşturduğu bu hat, kurum içerisinde uygulama ve denetleme alanlarında sıklıkla çatışmaları ortaya koymaktadır. Çevik yaklaşımlarda hiyerarşik düzenden uzaklaşılması ile bireylerin çevik lider rollerini üstlenmeleri, iş akışını hızını arttıracığı gibi çatışmaların da azalmasına sebep olacaktır. Klasik yönetsel çatışmalarından en fazla etkilenen örgüt üyeleri, çevik dönüşüm ile hiyerarşik modelden uzaklaşarak sahip olacağı esneklik kabiliyetlerini hız boyutu ile birleştirerek daha sağlıklı çıktılar elde edilmesine destek olacaktır. Ayrıca hiyerarşik düzenin yerine uygulanacak çok yönlü sistem, çalışanların kişisel gelişim ve etkileşimini artırıp, kurum içerisinde iş birliğinin gelişimine olanak tanıyacaktır.

Çalışanlar profesyoneldir, Profesyoneller kurumsal hedeften çok mesleki hedefe önem verir; sağlık kurumları farklı alanlarda profesyonel olan çalışanların bir araya gelmesiyle oluşan örgütlerdir. Dolayısı ile farklı alanlarda çalışan profesyonellerin etkileşiminin negatif çıktıları örgütsel bütünlük için de tehdit oluşturabilmektedir.

Bu sebeple her çalışanın uzmanlık alanında yapacağı çalışmalar dışında etkileşimi arttıracak iş birliğine yönlendirilmesi çevik modelin amaçlarındandır. Uzman bilgisinin diğer çalışanlarla paylaşılması, mevcut çalışmalarında sağladığı esnekliğin aslında örgütsel hedeflere ulaşmanın da bir parçası olduğu, örgütü etkileyen genel sorunların çözümünde de kendi çalışmalarının bir değer arz ettiği bilincinin geliştirilmesi gerekmektedir. Bu sebeple çevik anlayışta esneklik, yetkinlik, cevap verme yeteneklerinin iş birliği anlayışı ile bütünleştirilerek faydaya dönüştürülmesi gerekmektedir.

SONUÇ

Çevik yaklaşım, yazılım ve bilişim özelinde ortaya çıkan ihtiyaçlara cevaben kullanılmaya başlayan bir uygulama olmuştur. Ancak bu alanda elde edilen başarılı sonuçlar zaman içerisinde farklı sektörler için de değişim ve dönüşüm temelli bir yaklaşım olarak kabul edilmiştir. Literatürde çevik yaklaşıma dair en fazla çalışmanın yazılım alanında sonrasında yönetimsel, örgütsel, istatistiksel alanlarda yapıldığı görülmektedir.

Çevik yaklaşım modeli hiyerarşik düzen yerine çalışanların aktif rol aldığı liderlik modelini benimsemekte ya da küçük grupların özerk çalışmalarıyla üretilen hizmet süreçlerinin tüketiciye daha kuvvetli bilgi akışı ile sağlanmasını hedeflemektedir. İletişimin her açıdan önemli olduğu, çalışanların karar verme konusunda esneklik kazandığı, hızın artırılarak süreçlerin kısaltıldığı, kaynakların etkin kullanımı ile verimin artırıldığı, beklenmedik gelişmelere hazırlıklı olma ve cevap verme yeteneğinin kuvvetlendirildiği, kurum içerisinde iş birliğinin önem kazandığı ayrıca teknolojik takibin gerekliliğini savunan bir yaklaşım olmuştur.

Çalışmada çevik liderlik ve örgütsel çeviklik özellikleri incelenerek, sağlık kurumlarını diğer kurumlardan ayıran özelliklerine uygunluğu değerlendirilmiştir. Sağlık kurumları açısından sistemin entegrasyonu hiyerarşik düzen, profesyonellik, hizmet sunumunun ihtiyaçları göz önüne alındığında ortaya çıkan sorunları çözüme kavuşturabileceği sonucuna varılmıştır. Cevap verme, yetkinlik, esneklik, hız, yeterlilik, iş birliği ve teknoloji takibi, örgütsel çeviklik ve çevik liderlik alt boyutları olarak sağlık kurumlarına uyarlanabilecek ve çözüme yönelik aksiyonları içeren planlardan oluşmaktadır.

Rekabet piyasasında taklitçilik yaklaşımı oldukça yaygın olmasına rağmen, çevik yaklaşım uygulamaları ile özgün başarı modelleri yaygınlaşacaktır. Çevik düşünce sağlık kurumlarını özgün modelleriyle öne çıkartacak rakiplerinden farklılaştıracaktır. Özellikle fırsatların değerlendirilme aşamasında, hızlı alınacak kararlar ve hızlı proje üretimi işletmelerin taklit edilebilme ihtimallerini kısırlaştıracaktır.

Sağlık kurumları için, özellikler ve beklentiler dikkate alındığında çevik dönüşüm uygulamaları uygun bir yaklaşım olarak görülmektedir. Ancak dönüşümün sağlık kurumlarında gerçekleştirilmesi, diğer örgütsel yapılara göre daha zor olması ve daha uzun bir süreçte gerçekleşmesi öngörülmektedir. Bu sebeple yapılacak bir pilot uygulamanın daha küçük ölçekli kamu ya da özel kuruluşlarda gerçekleştirilerek sistemin uygunluğunun test edilebilmesi daha faydalı olacaktır.

Yapılacak ileriki çalışmalarda, çevik uygulamaları benimseyecek sağlık kurumları için örgütsel performans değerlendirme süreçlerinin geliştirilmesinin konu alınması önerilmektedir. Ayrıca sağlık kurumlarında çeviklik modelinin kabul gördüğü bir hastane modeliyle pilot uygulama projelendirilmesi, öncül bir başarı sağlayacaktır.

KAYNAKÇA

Ahammad, M.F., Glaister, K.W. ve Gomes, E. (2020). Strategic Agility and Human Resource Management. *Human Resource Management Review*, 30 (1), 1-3

Akkaya, B. ve Tabak, A. (2018). Örgütsel Çeviklik Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *İş ve İnsan Dergisi*, 5(2), 185-206.

Akkaya, B. (2019). Endüstri 4.0'da Liderlik 5.0: Kurumsal çeviklik perspektifinde liderlik. *Küresel tedarik zincirleri boyunca operasyonları yönetme* (s. 136–158).

Akkaya, B., Kayalidere, U. A. K. ve Tabak, A. (2019) Endüstriyel alanda üretim yapan firmaların örgütsel çevikliği ile firma yöneticilerinin sahip olduğu dinamik yetenekler arasındaki ilişki: Manisa organize sanayi bölgesinde (MOSB) faaliyet gösteren firmalar üzerine bir araştırma. *Yeni Nesil Girişimcilik ve Ekonomi*, 1(2), 19-54.

Arbussa, A., Bikfalvi, A. ve Marques, P. (2017). Strategic Agility-Driven Business Model Renewal: The Case of an SME. *Management Decision*, 55(2), 271-293.

Bakan, İ., Sezer, B. ve Kara, C. (2017). Bilgi Yönetiminin Örgütsel Çeviklik ve Örgütsel Adalet Üzerindeki Etkisi. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 7(1), 117-138.

Battistella, C., De Toni, A., De Zan, G. ve Pessot, E. (2017). Cultivating Business Model Agility Through Focused Capabilities: A Multiple Case Study. *Journal of Business Research*, 73, 65-82.

Becker, M.C. ve Knudsen, T. (2005). The Role of Routines in Reducing Pervasive Uncertainty, *Journal of Business Research*, 58, ss. 746-757.

Bennett, N. and Lemoine, J. (2014). What VUCA Really Means for You. *Harvard Business Review*, Vol. 92, No. 1/2, 2014.

Brannen, M. Y. ve Doz, Y. (2012). Corporate Languages and Strategic Agility: Trapped in Your Jargon or Lost in Translation. *California Management Review*, 54(3), 77-97.

Candan, A., Çankır, B. ve Şeker, Ş. E. (2017). Organizasyonlarda Çeviklik. *YBS Ansiklopedi*, 4(3), 3-9.

Ciceralli, E. E. (2019). Çevikliği Destekleyen Örgütsel Kültür Özellikleri. *OPUS–Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 11(18), 2422-2432.

Dahmardeh, Nazar, Banihashemi, Seyyed Ali, (2010) "Organizational Agility and Agile Manufacturing", *European Journal of Economics, Finance and Administrative Sciences*,7,178-184

Dastmalchian, A. (1993). The Concept of Organizational Flexibility: Exploring New Direction. In: Dastmalchian, A., Blyton, P. (Eds.), *Organizational Flexibility, Proceedings of a Colloquium*. University of Victoria, British Colloquium. University of Victoria, British Columbia, ss. 15-25.

D'Aveni, R. A. (1994). *Hypercompetition: Managing the dynamics of strategic maneuvering*. New York, NY: Free Press.

D'Aveni, R. A., Dagnino, G. B., and Smith, K. G. (2010). The age of temporary advantage. *Strategic Management Journal*, 31(13), 1371—1385.

Doğan, O. ve Baloğlu N. (2018). Örgütsel Çeviklik ve Bazı Eğitim Kurumlarındaki Yansımaları. 13. Uluslararası Eğitim Yönetimi Kongresi, Sivas, 100-109.

Felipe, C. M., Leidner, D. E., Roldán, J. L., & Leal-Rodríguez, A. L. (2020). Impact of IS capabilities on firm performance: The roles of organizational agility and industry technology intensity. *Decision Sciences*, 51(3), 575-619.

Higgs, M. and Rowland, D. (2001). Developing Change Leaders: Assessing the Impact of a Development Programme. *Journal of Change Management*, 2(1), 47-64.

Homey, N., Pasmore, B. and O'Shea, T. (2010). Leadership agility: A business imperative for a VUCA World. *Human Resource Planning*, 33(4), 32-38.

İleri, Y. Y., Soylu, Y. (2010). Bir Rekabet Üstünlüğü Aracı Olarak Çeviklik Kavramı ve Örgüt Yapısına Olası Etkileri, *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler MYO Dergisi*, 13(1-2), ss. 13-28.

İnanır, A. (2020). Örgütsel Çeviklik. Mehmet Sağır (Ed.), *Modern İşletmecilikte Yönetimsel Konular* (71-80). Konya: Eğitim Yayınevi.

Junni, P., Sarala, R.M., Tarba, S.Y. ve Weber, Y. (2015). The Role of Strategic Agility in Acquisitions. *British Journal of Management*, 26(4), 596-616.

Kale, E., Aknar, A. ve Başar, Ö. (2019). Absorptive Capacity and Firm Performance: The Mediating Role of Strategic Agility. *International Journal of Hospitality Management*, 78, 276-283.

Kendir, H., Arslan, E. (2022). Bilgi Teknolojisi Yeteneklerinin Performans Üzerindeki Etkisinde Örgütsel Çevikliğin Aracı Rolü, *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 14 (3), 2733-2751.

Kidd, P. T. (Ed.). (1994). *A 21st Century Paradigm*. In *Agile Manufacturing: Forging New Frontiers*. Wokingham: Addison-Wesley.

Koçyiğit, Y. ve Akkaya, B. (2020). Örgütsel çeviklikte örgütsel esnekliğin rolü: KOBİ koronavirüsü üzerine bir araştırma. *İş Yönetimi ve Stratejisi*, 11(1), 110–123. <https://doi.org/10.5296/bms.v11i1>

Kouzes, J. M. and Posner, B. Z. (1999). *Encouraging the Heart: A Leader's Guide to Rewarding and Recognizing Others*, John Wiley & Sons, 133).

Kundi, M. and Sharma, S. (2015). Efficiency Analysis And Flexibility: A Case Study Of Cement Firms İn India. *Global Journal Of Flexible Systems Management*, 16(3), 221–234.

Küçükaltan, B. ve Mert, G. (2020). Örgütlerde Dönüşümcü Liderlik ve Performans İlişkisinin Değişim Mühendisliği Aracı Rolünde İncelenmesi: İmalat Sanayii Örneği. *OPUS Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 15(1), 5065-5095.

Levenson, A. R., Van der Stede, W. A., and Cohen, S. G. (2006). Measuring The Relationship Between Managerial Competencies And Performance. *Journal Of Management*, 32(3), 360–380

Nassiri, S., Shunko, M. and Mamani, H. (2019). Value of capacity flexibility in healthcare. <https://ssrn.com/abstract=3481506>.

Nejatian, M. and Zarei, M. H. (2013), Moving Towards Organizational Agility: Are We İmproving İn The Right Direction? *Global Journal Of Flexible Systems Management*, 14(4), 241- 253.

Özeroğlu, E., Koçyiğit, Y., (2020). Organizational agility in health organizations: the role of visionary leadership. *Research Journal of Business and Management (RJBM)*, V.7(1), p.13-22

Özdemir, N. ve Çetin, M. (2019), Çevik Liderlik Ölçeğinin Geliştirilmesine Yönelik Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması: Eğitim Örgütleri Üzerine Bir Uygulama. *R&S-Research Studies Anatolia Journal*, Vol: 2 Issue: 7, 312-332.

Sağır, M. ve Gönülölmez, A. (2019). Yapısal sermaye ve insan sermayesinin işletme performansına etkileri: örgütsel çevikliğin aracılık rolü. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 11(27), 58-77

Schwaber, K. and Beedle, M. (2002). *Agile Software Development with Scrum* (Vol. 1). Upper Saddle River: Prentice Hall.

Sharifi, H., and Zhang, Z. (2001). Agile Manufacturing İn Practice-Application Of A Methodology. *International Journal Of Operations & Production Management*, 21(5/6), 772–794.

Sherehiy, B., Karwowski, W., and Layer, J. K. (2007). A Review Of Enterprise Agility: Concepts, Frameworks, And Attributes. *International Journal Of Industrial Ergonomics*, 37(5), 445–460.

Ustasüleyman, T. (2008). Çevikliğin İşletme Performansına Etkisine Yönelik Yapısal Bir Model Önerisi. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 10(2), 161-178.

Ürü, F. O., Ünsal, A. A. (2022). KOBİ'lerde Örgütsel Çift Yönlülük, Dijital Dönüşüm, Rekabet Avantajı, Stratejik Çeviklik ve Çevresel Olumsuzluk Arasındaki İlişkiler, *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 14 (4), 3238-3258.

Wiggins, R. R. and Ruefli, T. W. (2005) 'Schumpeter's Ghost: Is Hypercompetition Making the Best of Times Shorter?', *Strategic Management Journal* 26(10): 887–911.

HEMŞİRELİKTE OTANTİK LİDERLİK

**Berna Kahveci Ceylan (Öğretim Görevlisi, İstanbul Aydın Üniversitesi,
bernakahveci@aydin.edu.tr)**

**Mustafa Mete (Dr. Öğr. Üyesi, İstanbul Aydın Üniversitesi,
mustafamete@aydin.edu.tr)**

ÖZET

Amaç: Bu çalışma, ulusal ve uluslararası bilimsel yayında hemşirelerin hemşirelikte otantik liderlik algılarını incelemek amacıyla yayınlanmış araştırmaların, sistematik biçimde incelenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Yöntem: Bu çalışma sistematik bir inceleme olarak yapılmıştır. Bu çalışmada, Google Akademik ve PUBMED kullanılarak tarama yapılmıştır.

Bulgular: Araştırmada dâhil edilme kriterlerini karşılayan 4 makale incelenmiştir. Araştırmada incelenen yayınların hepsinin tanımlayıcı tipte olduğu, 2020 ve 2022 yıllarında yayınlandığı görülmüştür. Araştırmada incelenen yayınlarda, hemşirelerin otantik liderlik algılarının sonuçları araştırılmıştır.

Sonuç: Araştırma sonuçları Hemşirelerin otantik liderlik ve çalışma ortamı algılarının orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin otantik liderlik algıları, olumlu çalışma ortamı algılarını artırmaktadır. Yöneticinin otantik lider olarak algılanması, çalışma ortamının olumlu algılanmasına neden olmaktadır. Özellikle sağlık kuruluşlarında yöneticiler otantik liderlik becerilerini geliştirerek ve sergileyerek olumlu çalışma ortamı oluşturabilirler.

Anahtar Sözcükler: *Hemşireler, Otantik Liderlik, Çalışma Ortamı.*

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve Uluslararası Hemşireler Konseyi (ICN), hemşirelik yönetiminin her kademesindeki hemşirelerin etkili liderler olması ve rollerinin güçlendirilmesi gerektiğini vurgulamıştır (WHO, 2020; ICN, 2020). İnsanlar ihtiyaçlarını genellikle bir organizasyon yapısı içinde karşılarlar. Bir organizasyon yapısı bir veya daha fazla gruptan oluşur. Bir grup olarak kalabalık, ortak hedefler, ortak normlar ve kolektif duygular gibi koşullar belirlemiştir. Gruplar kuşkusuz bu özellikleri sergilerler ancak bir

topluluğun grup olabilmesi için asgari koşul etkileşimdir. Bu bağlamda bir grup; birden fazla kişinin etkileşimi ile oluşan yapılardır. Grupların var olduğu sosyal durumlarda, yöneticiler ve yöneticiler hakkında konuşmak tarihsel bir gerçekliktir (Koçel, 2010).

Özellikle hızlı teknolojik değişimin yaşandığı günümüzde; sağlıkla ilgili bilgilere hızlı erişim, hastaların kaliteli hizmet beklentileri, rekabetçiliğe dayalı yönetim yapıları, sağlık hizmetleri için ödeme zorluğu ve sağlık politikasındaki değişiklikler, geleneksel yönetim yerine yaratıcı ve verimli, etkili çağdaş yönetim yaklaşımının benimsenmesini ve ilerletilmesini gerektirir (Catton, 2020).

Otantik olma kavramı, kendinin farkında olmak ve kendini uygun şekilde ifade edebilmektir. "İnsanlar kendi değerlerine, karakterlerine, tercihlerine ve duygularına bağlı oldukları, kendilerinin ve başkalarının değerlerinin, ahlaki bakış açılarının, bilgilerinin ve güçlerinin farkında olduklarında, kendilerine güven sağladıkları ve etik değerlere sahip olduğun- sürece özgün olurlar. Bu tanım yöneticiye iyimser ve sorunların üstesinden hızla gelebilen biri olarak otantiklik tanımını verir (Ünnü, 2009).

Etik liderlik, çalışan davranışlarına yön veren etik ilkeleri benimseyen, değerleri ve etik ilkeleri bütünleştiren bir liderlik türüdür (Ertop, 2019). Etik liderlik türü olan, otantik liderlik, olumlu örgütsel davranışları içeren liderlik teorilerinde somutlaştırılır. Böylece öznel iyi oluş, iyimserlik, duygusal zekâ ve umut gibi olumlu duygulara odaklanır (Luthans, 2002). Otantik liderliğin esas konusu inandırıcılık ve etik davranışlardır (Turhan, 2007).

Otantik liderlik terimi 2005 yılında ortaya çıkmıştır. Özellikle, Amerikan Yoğun Bakım Hemşireleri Derneği [ACCN] tarafından sağlıklı bir çalışma ortamı oluşturmak ve sürdürmek için yayınlanan standartlarda "Lider hemşireler, sağlıklı ve kaliteli bir çalışma ortamı ihtiyacını tam olarak önemsemeli, bütünlük içinde yaşamalı ve başarılarına başkalarını da dahil etmelidir" şeklinde belirtilmiştir (ACCN, 2005). Otantik liderlik, sağlıklı bir çalışma ortamı için norm olarak kabul edilmelidir ve hasta güvenliği, klinik sonuçlar ve personelin işe alınması ve elde tutulması üzerindeki olumlu etkisine dayanmaktadır. Ayrıca otantik liderlerin birlikte çalıştıkları insanlar üzerindeki olumlu etkilerine bakıldığında, bu etkinin olumlu bir çalışma ortamı yarattığı vurgulanmaktadır (ACCN, 2005; ACCN 2016).

Hemşirelik araştırması, liderlerin profesyonel uygulamada ne kadar etkili olduğunu göstermektedir. Hemşirelerin iş süreçleri üzerinde önemli bir etkiye sahip olmakla kalmaz aynı zamanda, sağlıklı bir çalışma ortamını teşvik eder ve hemşirelik ekibinde katılım, memnuniyet, süreklilik ve örgütsel bağlılığın oluşmasını sağlar. Ancak bu çalışmalar, eğitim kavramı göz önüne alındığında, özellikle hemşirelikte otantik liderler üzerine araştırma ve geliştirme ihtiyacına işaret etmektedir (Alilyyani et al., 2018; Maziero et al., 2020). Bu nedenle, kurumsal sektörde otantik liderliğin faydalarını anlamak, olumlu bir organizasyonel iklim, güven, memnuniyet, elde tutma, bağlılık, sosyal davranış ve iyileştirilmiş çalışan performansı ile kanıtlanır (Aria vd, 2019).

Araştırma Soruları

1. Hemşirelikte otantik liderlik algısına sahip olmanın örgüt için faydası var mıdır?

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma, ulusal bilimsel yazında hemşirelikte otantik liderlik algısını incelemek üzere bu konuda yayınlanmış araştırmaların gözden geçirilmesi ve araştırmalardan elde edilen verilerin sistematik biçimde incelenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın yürütülmesinde; başlangıcından raporlanmasına kadar olan süreçte PRISMA protokolü temel alınmıştır (Page et al., 2021).

Bu araştırma, konu ile ilgili yayınların geriye dönük olarak taranması biçiminde gerçekleştirilmiştir. Çalışma verileri; 2020-2022 tarih verilerine göre, internet erişim ağı üzerinden Google Akademik ve PubMed, veri tabanlarında, ‘hemşire’ ve ‘otantik liderlik’ anahtar sözcükleri kullanılarak, Aralık-Ocak2022 tarihleri arasında tarama yapılmış olup, anahtar sözcüklerle yapılan taramalar sonucunda 153 araştırmaya ulaşılmış olup çalışmaya alınma ölçütlerini karşılayan 4 makale incelenmiştir. Makalelerin seçimi ve değerlendirilmesi, kabul edilme ve dışlama ölçütlerine göre yapılmıştır.

Bu sistematik derlemeye dâhil etme ölçütleri:

- Popülasyon: Hemşirelerde yapılmış olması,
- Girişim: Hemşirelikte otantik liderliği içeren çalışmalar,
- Tanımlayıcı, yarı deneysel, deneysel, nitel tasarımda olması,
- Tam metine ulaşılabilmesi Tam metin araştırma makalesi veya tez olması,
- Sonuç: Hemşirelikte otantik liderliğin örgüte etkisi,
- Ayrıca; çalışmanın tam metnine ulaşma, başlık ve özetle anahtar kelimelerin uygunluğu,dilinin İngilizce veya Türkçe olmasıdır.

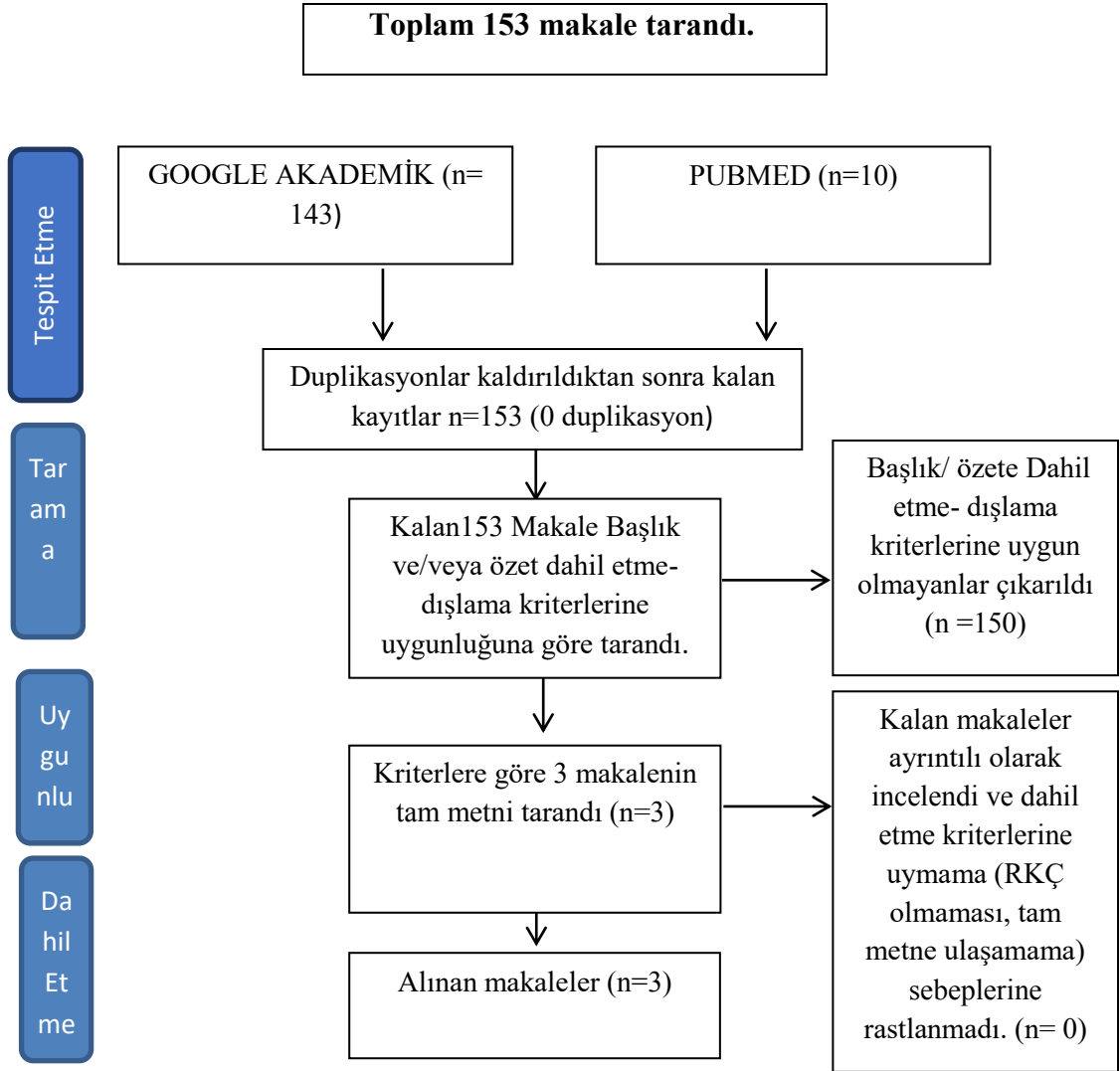
Dışlama ölçütleri:

- Popülasyon: Diğer sağlık çalışanları veya diğer sağlık meslek öğrencileri ve diğer alanlarda yapılmış olması,
- Girişim: Derleme veya metodolojik türde yapılmış olması,
- Kongre bildirileri, raporlar, ders notları vb. olması,
- Sonuç: Hemşirelikte otantik liderliğin etkisini ölçmeyen sonuçlar,

Ayrıca; başlık ve özetle anahtar kelimelerin uygunsuzluğu, dilinin İngilizce veya Türkçeden farklı dil olmasıdır.

BULGULAR

Literatür taraması sonucunda toplam 153 (Google Akademik: 143, PubMed: 10) çalışmaya ulaşılmıştır. Konu ile ilgili tekrarlayan makale olmaması nedeni ile geriye kalan 153 makale dahil etme ölçütleri doğrultusunda incelenmiştir. Tüm incelemeler yapıldıktan sonra araştırma kapsamına dört makale alınmıştır (Şekil 1).



Şekil 1. Çalışmanın PRISMA Akış Şeması

Veri ayıklama

Veriler işlenirken; yazar, yıl, çalışma amacı, metodolojisi, örneklem, kullanılan veri toplama araçları ve sonuç değerlendirmeye alınmıştır (Tablo 1).

Tablo 1. Dahil Edilen Çalışmaların İçeriği Özellikleri Ve Çalışmalarda İncelenen Ölçütler

Yazarlar/ Yayın Yılı	Çalışmanın Amacı	Metodolojisi (Araştırma yöntemi)	Örneklem	Veri Toplama Araçları	Çalışmanın Sonucu
Ergün ark, 2022	veAraştırmanın amacı, bir eğitim ve araştırma hastanesinde hemşirelerin çalışma ortamı ile otantik liderlik algılarını belirlemek ve otantik liderlik algılarının olumlu çalışma ortamına etkilerini değerlendirmektir	Kesitsel, tanımlayıcı ve ilişki arayıcı nitelikte olan araştırma	İstanbul’da eğitim araştırma hastanesinde çalışan hemşire	bir ve kişisel mesleki özelliklere ilişkin anket formu, “Otantik Liderlik Ölçeği” ve “Hemşirelik İş İndeksi- Hemşirelik Çalışma Ortamını Değerlendirme Ölçeği” kullanılmıştır. Veriler, tanımlayıcı istatistiksel yöntemler, Pearson korelasyonu ve regresyon analizi kullanılarak analiz edilmiştir	Hemşirelerin otantik liderlik ve çalışma ortamı algılarının orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin otantik liderlik algıları olumlu çalışma ortamı arttırmaktadır. Yöneticinin otantik lider olarak algılanması, çalışma ortamının olumlu olmasına neden olmaktadır Özellikle sağlık kuruluşlarında yöneticiler otantik liderlik becerilerini geliştirerek ve sergileyerek olumlu çalışma ortamı oluşturabilirler.

Yazarlar/ Yayın Yılı	Çalışmanın Amacı	Metodolojisi (Araştırma yöntemi)	Örneklem	Veri Toplama Araçları	Çalışmanın Sonucu
Algeri ve ark, 2022	Otantik liderlik ve bunun hemşirelerin profesyonel uygulamalarıyla ilgisi ile ilgili birincil yapıları belirlemek.	Kesitsel ve tanımlayıcı	ve, 2015 ve 2020 yılları arasında yürütülen bütünleştirici literatür taraması.	LILACS, SciELO PubMed veritabanlarında yürütülen bütünleştirici bir inceleme	Otantik liderlik, sağlıklı ortamlarını, yapısal güçlendirmeyi, daha fazla işe bağlılığı ve örgütsel bağlılığı teşvik ederek, devamsızlığı ve zihinsel yorgunluğu azaltarak yönetim ve hemşirelik bakımı uygulamalarına olumlu katkıda bulundu.
Flores ark, 2022	veHemşirelik eğitiminde olduğu kadar eğitim sisteminde de otantik liderlik hakkında literatürde üretilen bilgileri belirlen ve analiz etmek.	Tanımlayıcı ve kesitsel	Çoğu 2019'da yayınlanan, hemşirelik kursu ağırlıklı ve üç tematik kategoride sentezlenen öğretim bağlamındaki çalışmaları vurgulayan yirmi üç makale dahil edilme kriterlerini karşıladı.	Scopus, Web of Science, CINAHL, MEDLINE/Pub Med, ERIC, LILACS veritabanlarında yürütülen bütünleştirici bir inceleme.	Eğitim sisteminde otantik liderlik seviyeleri ne kadar yüksekse diğerleri arasında güven, katılım, akademik iyimserlik, sorumluluk, yaratıcılık gibi bununla ilgili diğer olumlu faktörlerin oranlarının o kadar yüksek olduğu bulundu.

TARTIŞMA

Bu çalışma hemşirelikte otantik liderliğin faydalarını anlamak, olumlu bir örgütsel iklim, güven, memnuniyet, elde tutma, bağlılık, sosyal davranış ve iyileştirilmiş çalışan performansını oluşturmak amacıyla çalışmaya kabul edilme ölçütlerini karşılayan dört makale ile çalışmasının incelenmesini içermektedir (Ergün ve ark, 2022). Hemşirelerin otantik liderlik ve çalışma ortamı algılarının orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin otantik liderlik algıları olumlu çalışma ortamı algılarını arttırmaktadır. Yöneticinin otantik lider olarak algılanması, çalışma ortamının olumlu olmasına neden olmaktadır. Özellikle sağlık kuruluşlarında yöneticiler otantik liderlik becerilerini geliştirerek ve sergileyerek olumlu çalışma ortamı oluşturabilirler sonucunu bulmuşlardır. (Ak, 2022) ‘Otantik Liderliğin İş Üretkenliğine Etkisinde İş Yerinde Mutluluğun Aracılık Etkisi’ adlı yaptığı çalışmada iş görenlerin otantik liderlik algılamaları ile iş üretkenliği arasında, otantik liderlik algılamaları ile iş yerinde mutluluk arasında ve aynı zamanda iş yerinde mutluluk algılamaları ve ile iş üretkenliği arasında olumlu bir ilişki olduğunu ortaya koymaktadır şeklinde bulmuştur.

Algeri vd. (2022) yaptıkları çalışmada Otantik liderlik, sağlıklı çalışma ortamlarını, yapısal güçlendirmeyi, daha fazla işe bağlılığı ve örgütsel bağlılığı teşvik ederek, devamsızlığı ve zihinsel yorgunluğu azaltarak yönetim ve hemşirelik bakımı uygulamalarına olumlu katkıda bulundu sonucunu bulmuştur. (Örücü ve Zeynalova, 2022) yaptıkları çalışmada günümüzde önemli kavramlardan biri olmayı başaran otantik liderlik, girişimcilik eğilimleriyle pozitif ilişkilidir. Çalışma ekiplerini daha etkin olarak yönetebilmek otantik liderlerin girişimcilik özelliklerine bağlıdır. Yöneticiler otantik liderlik davranışını uygulayarak, işletmenin girişimcilik davranışını olumlu yönde etkileyecek, işe bağlılık ve örgütsel güçlenmeyi destekleyip, işletmeyi daha yenilikçi ve dolayısıyla daha rekabetçi bir seviyeye taşıyabilecektir. Böylece, hizmet kalitesi iyileştirilerek müşteri çekme potansiyeli artırılabilir sonucuna ulaşılmıştır.

Flores vd. (2022) yaptıkları çalışmada eğitim sisteminde otantik liderlik seviyeleri ne kadar yüksekse diğerleri arasında güven, katılım, akademik iyimserlik, sorumluluk, yaratıcılık gibi bununla ilgili diğer olumlu faktörlerin oranlarının o kadar yüksek olduğu bulundu sonucuna ulaşılmıştır (Czukur ve Sağlam, 2022). Otantik liderlik uygulamalarının örgütsel bağlılıkla ilişkisini konu alan bu çalışmada otantik liderlerin öz-farkındalık, önyargısız değerlendirme, ilişkisel şeffaflık boyutlarından bazılarının örgütsel bağlılık boyutları üzerinde etkisi olduğu bulgularına ulaşılmış olup, otantik liderlik ve yaratıcı katılım ve olumlu duygulanımla anlamlı bir şekilde ilişkili olduğu sonucunu bulmuştur.

İncelenen çalışmalarda hemşirelerde otantik liderlik algısı ve otantik liderliğin olumlu çalışma ortamına etkisi birlikte incelenerek, otantik liderliğin olumlu çalışma ortamına olan etkisinin değerlendirilmesi; bu alana farklı bakış açısı getirmekte ve olumlu çalışma ortamının geliştirilmesine katkı sağlamaktadır.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Araştırmalar “Hemşirelikte Otantik Liderlerin” profesyonel uygulamada nasıl fayda sağlayabileceğini göstermektedir; özellikle hemşirelerin çalışma süreçleri üzerinde önemli bir etkiye sahip olduklarına, sağlıklı bir çalışma ortamlarını teşvik ettiklerine ve hemşirelik ekibinin katılımını, memnuniyetini, elde tutulmasını ve örgütsel bağlılığı yansıtmaya ek olarak hemşirelik alanında, eğitim kavramı göz önünde bulundurularak, otantik liderler hakkında araştırmaların geliştirilmesine ihtiyaç olduğunu göstermektedir.

Bu sonucun eğitim sistemlerinde, özellikle hemşirelik eğitiminde otantik liderlik bilginizi derinleştirmeye yardımcı olabileceği düşünüldüğünde, sağlık profesyonellerinin uygulamalarında hemşirelikte otantik liderliğin faydalarını vurgulamak önemlidir. Sonuçlardan belirlenen üç temel husus vurgulanmıştır: otantik liderliğin eğitim sisteminde sahip olduğu ilerleme ister ilkokulda, ister lisede veya yüksek öğretimde olsun, öğrenciler için bir yeterlilik olarak bu teorik modeli öğretme/geliştirmenin önemi ve hemşireler arasında iyimserlik, akademik performans, yaratıcılık, katılım gibi faktörler de mevcut olacağından, otantik liderliği geliştirmede eğitim liderlerinin önemli bir rolü olduğu görülmüştür.

KAYNAKLAR

- Ak, M., (2022). Otantik Liderliğin İş Üretkenliğine Etkisinde İş Yerinde Mutluluğun Aracılık Etkisi. Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi İİBF, Üçüncü Sektör Sosyal Ekonomi Dergisi, 57(3), 2105-2125.
- Algeri EDBO, Silveira RSD, Barlem JGT, Costa MCMDR, Stigger DADS, Dan CS. Authentic leadership in nurses' professional practice: an integrative review. Rev Bras Enferm. 2022 Oct 17;75(1):e20210972. English, Portuguese. doi: 10.1590/0034-7167-2021-0972. PMID: 36259920.
- Alilyyani B Wong CA, Cummings G. (2018). Sağlık hizmetlerinde otantik liderliğin öncülleri, araçları ve sonuçları: sistematik bir inceleme. Int J Nurs Stud, 83:34-64 <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.04.001> »
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.04.001>
- American Association of Critical-Care Nurses (AACN). (2005). ACCN standards for establishing and sustaining healthy work environments: A journey to excellence. American Journal of Critical Care, 14(3), 187–197. <https://doi.org/10.4037/ajcc2005.14.3.187>.
- American Association of Critical-Care Nurses (AACN). (2016). AACN standards for establishing and sustaining healthy work environments: A journey to excellence. Columbia, www.aacn.org/wd/hwe/docs/hwestandards.pdf.
- Aria A, Jafari P, Behifar M. (2019). Otantik liderlik ve öğretmenlerin kalma niyeti: algılanan örgütsel desteğin ve psikolojik sermayenin arabulucu rolü. Dünya J Eğit, (3):67. <https://doi.org/10.5430/wje.v9n3p67>.
- Catton, H. (2020). Global challenges in health and health care for nurses and midwives everywhere. International Nursing Review, 67(1), 4– 6. <https://doi.org/10.1111/inr.12578>
- Czukur, G., Sağlam, S. (2022). Otantik Liderlik Ve Yaratıcılık: Öznel İyi Oluş Hali Ve Açıklığın Rollerini. Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi, 124 (10), 231-245.
- Ergün, Y., Köse, T. U., Atar, H., Yıldız, C. Ç., & Kahraman, B. (2022). Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Otantik Liderlik Algılarının Olumlu Çalışma Ortamı Algılarına Etkisi. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi, 9(1), 14-26.
- Ertop, D. (2019). The perceived impact of ethical leadership on employees' burnout feeling and intention to quit. Uluslararası Liderlik Çalışmaları Dergisi: Kuram ve Uygulama, 2 (2) , 120- 140.
- Flores CADS, Maier SRO, Moura AA, Balsanelli AP, Dias BM, Bernardes A. Authentic leadership in the educational system and in nursing education: an integrative review. Rev Bras Enferm. 2022 Sep 19;75(1):e20220122. English, Portuguese. doi: 10.1590/0034-7167-2022-0122. PMID: 36134769.
- Koçel T. (2010) İşletme Yöneticiliği. Beta Basım Yayın Dağıtım. İstanbul, s:569.

- Korkmaz, O. (2017). Otantik liderlik ve örgütsel güven. *The Journal of Academic Social Science Studies*, 58(2), 1.
- Luthans, F. (2002). Positive organizational behavior: Developing and managing psychological strengths. *Academy of Management Executive*, 16(1), 57-72.
- Maziero VG, Bernardes A, Righetti EAV, Spiri WC, Gabriel CS. (2020). Hemşirelik işinde otantik liderliğin olumlu yönleri: bütünleştirici inceleme. *Rev Bras Enferm*, 73(6). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0118> »
<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0118>.
- Örücü, E., Zeynalova, U. (2022). Otantik Liderlik Ve Girişimcilik Eğilimleri İlişkisinde Öz Yeterlilik Algısının Aracılık Etkisi. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, (61), 223-244.
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *International Journal of Surgery*, 10:89, 1-11. <https://doi.org/10.1186/s13643-021-01626-4>
- Turhan, M. (2007). Genel ve mesleki lise yöneticilerinin etik liderlik davranışlarının okullardaki sosyal adalet üzerindeki etkisi. *Doktora T.ezi*, Fırat Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Elazığ.
- Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN) (2020). Hemşireler dünya sağlığında öncü bir ses uluslararası hemşire günü 2020 kaynaklar ve kanıtlar. [https://2020.icnvoicetolead.com/wp-content/uploads/2020/05/IND2020 Toolkit TURKISH](https://2020.icnvoicetolead.com/wp-content/uploads/2020/05/IND2020_Toolkit_TURKISH).
- Ünnü, N. (2009). Politik Pazarlamada Pazar 454 Oya Korkmaz Yönlülük ve Otantik Liderliğin Önemi, *Ege Akademik Bakış*, 9/4, 1243-1273 (1293).
- World Health Organization (WHO). (2020). State of the world's nursing report: Investing in jobs, education and leadership. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240003279>.

İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ
CUMHURİYETİN YÜZÜNCÜ YILINDA GEÇMİŞTEN
GÜNÜMÜZE SAĞLIK, EĞİTİM VE YÖNETİMSEL
HİZMETLER SEMPOZYUMU

15-17 MART 2023 İSTANBUL / TÜRKİYE
ONLINE BİLDİRİ KİTAPÇIĞI



İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ
YAYINLARI

