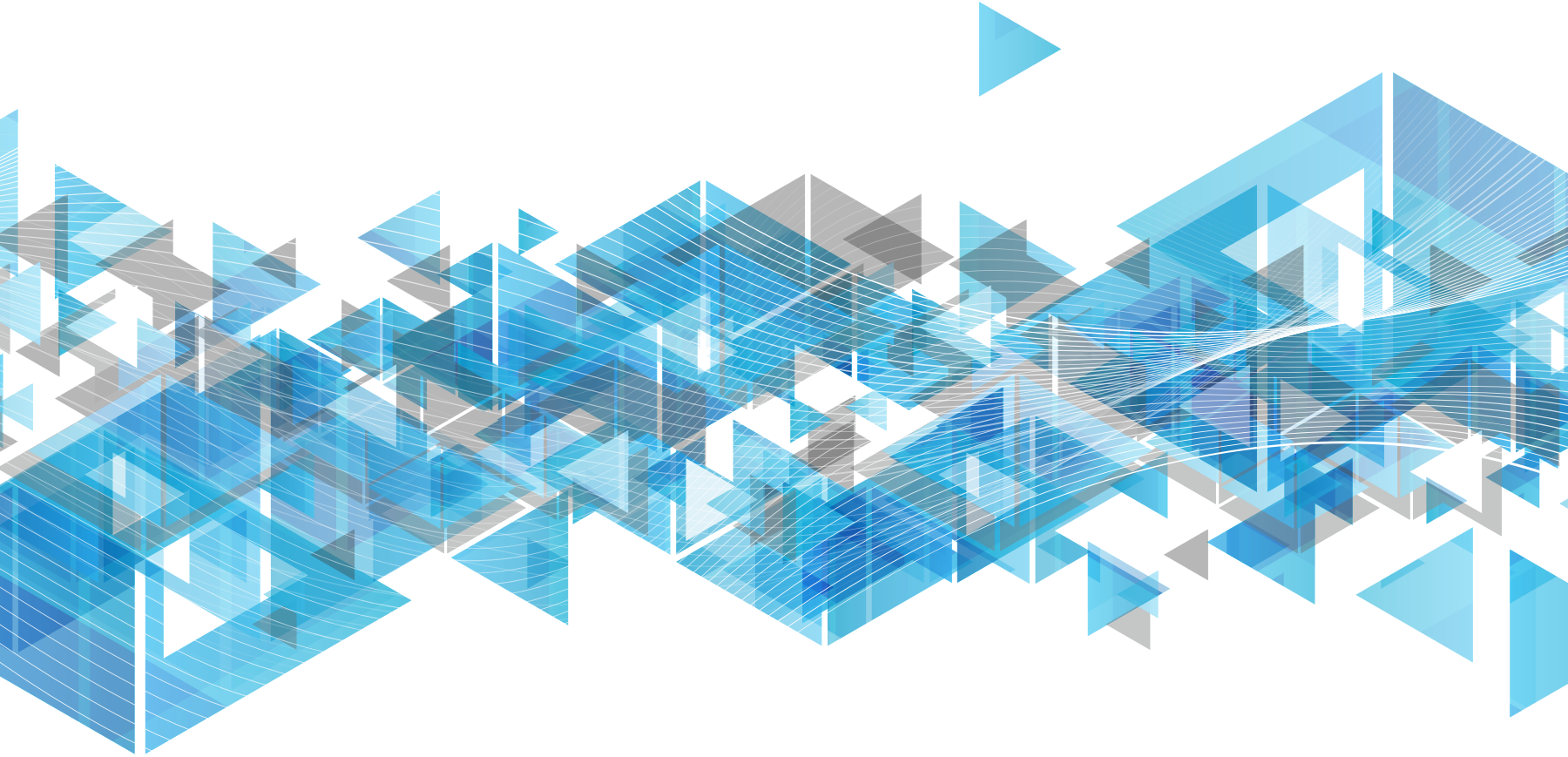


SD

12 TL
(KDV DAHİL)
2019
GÜZ

52

S A Ğ L I K D Ü Ş Ü N C E S İ V E T İ P K Ü L T Ü R Ü D E R G İ S İ



PROF. DR. HAYDAR SUR REFAH DEVLETİ, SOSYAL POLİTİKA VE SAĞLIK | PROF. DR. DİDEM EVCİ KIRAZ SAĞLIĞIN SOSYAL BELİRLEYİCİLERİ | DR. ÖĞR. ÜYESİ ABDÜLKADİR YELER TÜRKİYE'DE SOSYAL HİZMET EĞİTİMİ | DR. SALİH KENAN ŞAHİN FARKLI BİR BAKIŞ İLE SOSYAL HİZMET VE EĞİTİMİ | PROF. DR. AYŞE OKANLI BAKIMIN İNSAN YÖNÜ: MANEVİ BAKIM | DR. ÖĞR. ÜYESİ SAYRA LOTFİ TIBBİ SOSYAL HİZMET | HAKAN BENLİ - DR. MEHMET GÜLLÜOĞLU AFET YÖNETİM SÜREÇLERİNDE SOSYAL HİZMETLER ŞEYMA KARAKAYA GÖÇÜN BİRBİRİNE KARIŞTIRILAN ÖZNELERİ | PROF. DR. ORHAN ALİMOĞLU SINIR ÖTESİNDE SOSYAL HİZMETLER | PROF. DR. BEKİR BERAT ÖZİPEK SULTANBEYLİ BELEDİYESİ ÖRNEĞİNDE BAŞARILI GÖÇ YÖNETİŞİMİ | ÖZNUR CANAYAKIN BELEDİYEÇİLİĞİN SOSYAL YÖNÜ | PROF. DR. MEHMET İPŞİRLİ DÜNDEN BUGÜNE SOSYAL HİZMETLERİN ALTIN KURUMU VAKIFLAR | YILMAZ ŞİMŞEK AVRUPA BİRLİĞİ'NİN TÜRKİYE'DEKİ SOSYAL HİZMET SÜRECİNE ETKİSİ | PROF. DR. ABDULKADİR ÖMER DEVLETİ AYAKTA TUTAN SOSYAL HİZMET: ABD ÖRNEĞİ | SAMİ DİVLELİ - ALEENA OTHMAN KANADA SOSYAL REFAH SİSTEMİNE GENEL BAKIŞ | HÜSEYİN ÇELİK - HAKAN OĞUZ ARI AİLE SİGORTASI | DOÇ. DR. İSMAIL BARIŞ SOSYAL ÇALIŞMA VE ÇOCUKLARA YÖNELİK HİZMETLER | YILMAZ TUNÇ ÇOCUK İSTİSMARININ ÖNLENMESİ PROF. DR. HAKAN COŞKUNOL GENÇLİK VE MADDE KULLANIMI | PROF. DR. VEDAT IŞIKHAN YAŞLILARA YÖNELİK SOSYAL HİZMET SUNUMLARINDA NEREDEYİZ? DR. ÖĞR. ÜYESİ DEVRİM TARAKÇI ENGELLİLERİN REHABİLİTASYONUNDA ERGOTERAPİNİN YERİ | PROF. DR. YETER DEMİR USLU DENETİMLİ SERBESTLİKTE SOSYAL HİZMETİN ROLÜ | DR. ÖĞR. ÜYESİ DUYGU ÖZTÜRK TÜRKİYE'DE KADINA YÖNELİK ŞİDDETLE MÜCADELE VE KADIN SİĞİNMA EVLERİ | PROF. DR. MUSTAFA SAMASTI: BUGÜNÜN TIBBİ FITRATIMIZA AYKIRI İLERLİYOR | DOÇ. DR. GÜVEN BEKTEMÜR AFİLİYE KURUMLARDA UZMANLIK EĞİTİMİNDE YÖNETSEL SORUNLAR VE İHTİYAÇLAR DR. ORHAN DOĞAN KARİKATÜR

ROBOTİK KALP CERRAHİSİ MEDİPOL'DE...

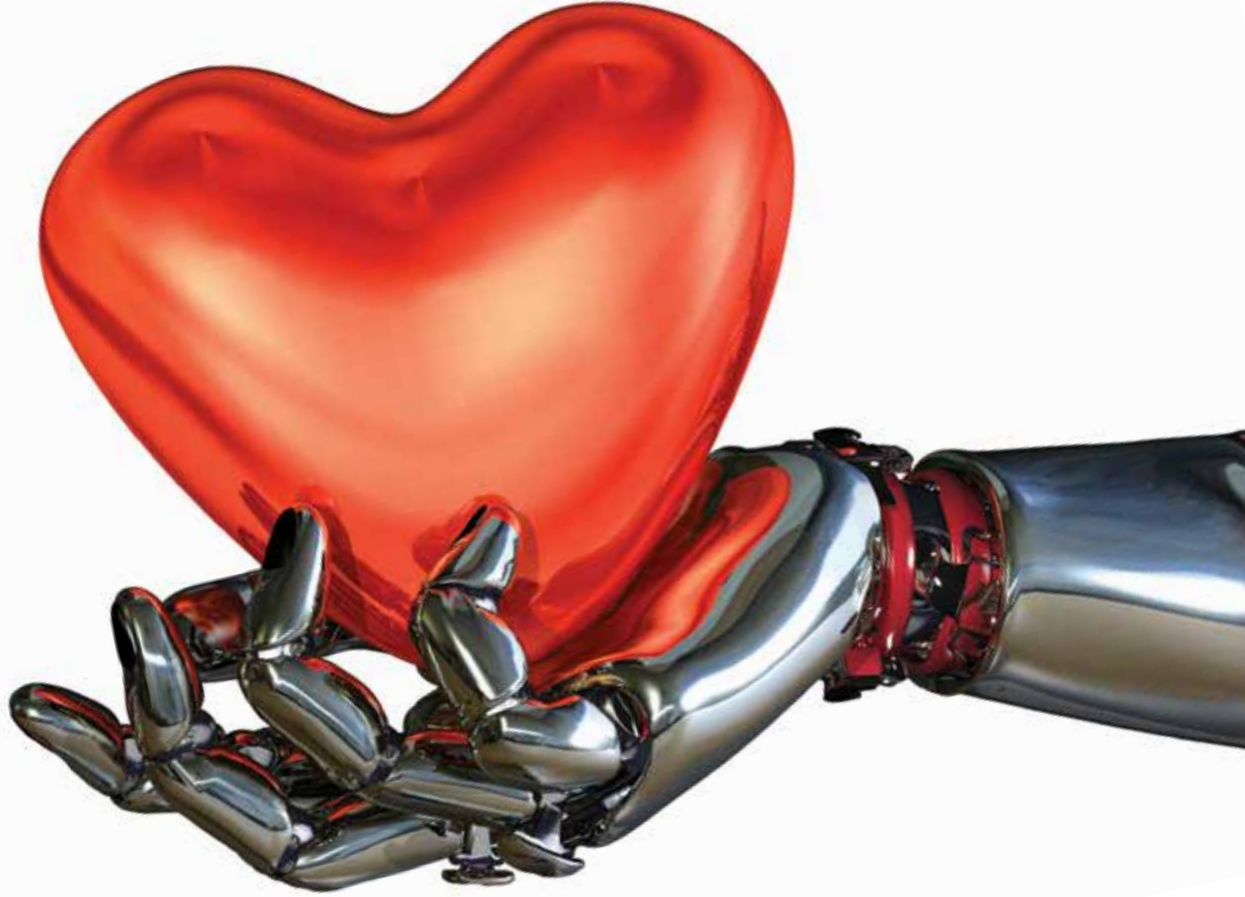
ROBOTİK CERRAHİ SİSTEMİ KALBİNİZİ İYİLEŞTİRİYOR.

ROBOT TEKNOLOJİSİ İLE YAPILAN KALP AMELİYATLARI

- ▶ MİTRAL VE TRİKÜSPİD KAPAK TAMİRİ
VEYA DEĞİŞTİRİLMESİ
- ▶ KORONER BYPASS AMELİYATLARI
- ▶ KALPTE BULUNAN DELİKLERİN
(ASD, VSD) KAPATILMASI
- ▶ KALP TÜMÖRLERİNİN ÇIKARILMASI
- ▶ RİTİM BOZUKLUKLARININ CERRAHİSİ

ROBOTİK KALP CERRAHİSİNİN SAĞLADIĞI ÜSTÜNLÜKLER

- ▶ ESTETİK 2-3 CM'LİK KESİ İLE YAPILMAKTADIR.
- ▶ KADINLARDA YARA, MEME ALTINDA
OLDUĞU İÇİN GÖRÜLMEMEKTEDİR.
- ▶ KANAMA VE ENFEKSİYON RİSKİ DAHA DÜŞÜKTÜR.
- ▶ KAN İHTİYACI DAHA AZDIR.
- ▶ AĞRI DAHA AZDIR.
- ▶ HASTANEDE YATIŞ SÜRESİ DAHA KISADIR.
- ▶ GÜNLÜK YAŞANTIYA DÖNÜŞ DAHA HIZLIDIR.



Kuruluşumuz,
Akademik Tıp Merkezi
Hastanesi olarak
JCI tarafından
akredite edilmiştir.



**MEDİPOL
MEGA**
MEDİPOL MEGA
HASTANELER KOMPLEKSİ



medipolsaglik



medipolsaglik



medipolsaglik



MedipolSaglik



GÜZ 2019
SAYI: 52
ISSN: 1307-2358

TÜRKİYE EĞİTİM, SAĞLIK VE
ARAŞTIRMA VAKFI
(TESA) ADINA SAHİBİ
Dr. Fahrettin Koca

SORUMLU YAZI İŞLERİ MÜDÜRÜ
Prof. Dr. Naci Karacaoğlu

EDİTÖR
Prof. Dr. Recep Öztürk

EDİTÖRLER KURULU
Prof. Dr. Mustafa Altındış
Prof. Dr. Yüksel Altuntaş
Prof. Dr. Lütfü Hanoğlu
Dr. Öğr. Üyesi İker Köse
Prof. Dr. Fahri Ovalı
Dr. Bülent Öztay
Prof. Dr. Hanefi Özbek
Prof. Dr. Gürkan Öztürk
Prof. Dr. Mustafa Öztürk
Prof. Dr. Haydar Sur
Prof. Dr. Muzaffer Şeker
Prof. Dr. Akif Tan
Prof. Dr. Mustafa Taşdemir
Dr. Öğr. Üyesi Mahmut Tokaç
* Soy isimlere göre alfabetik sırayla

YAYIN KOORDİNATÖRÜ
Ömer Çakkal

GÖRSEL YÖNETMEN
A. Selim Tuncer

GRAFİK TASARIM
Sertan Vural

YAPIM
Medicom

YÖNETİM ADRESİ
Koşuyolu Mah. Alidede Sk. Demirli Sitesi
A Blok No: 7 / 3 Kadıköy-İstanbul
Tel: 0216 681 53 66

BASKI
Ege Basım Ltd. Şti.
Esatpaşa Mah. Ziyapaşa Cad. No: 4
Ege Plaza Ataşehir / İstanbul
Tel: 0216 472 84 01

YAYIN TÜRÜ
Ulusal Süreli Yayın
SD'ye gönderilen makaleler, alıntı tespit
programı ithenticate'te tarandıktan sonra kabul
edilmektedir. Yazıların içeriğinden yazarları
sorumludur. Tanıtım için yapılacak kısa alıntılar
dışında, yayımcının yazılı izni olmaksızın hiçbir
yolla çoğaltılamaz.

WEB
www.sdplatform.com

E-POSTA
bilgi@sdplatform.com

Sosyal hizmet kronik dertlerimizin devası olabilir mi?

SD Dergisi 13 yıllık yayın hayatında sağlıkla ilgili pek çok konuyu ele almıştır. Bu sayıda, her geçen gün önemi daha çok kavranan ve ihmalî daha çok anlaşılan sosyal hizmet konusunu ele alacağız. Sosyal hizmet, hayatın içinde var olan her alanın ya merkezinde bulunur ya da tamamlayıcısıdır. Çocuk, genç, yaşlı, erkek ve kadın ayırmaksızın şehirde, kırdan, ailede, eğitimde, adalette, endüstride, siyasette, uluslararası ilişkilerde; kısacası hayatın her anında sosyal hizmete ihtiyaç vardır.

Bireyle toplum arasındaki tüm sorunlar sosyal hizmetin çalışma alanına girse de sosyal hizmet tüm sorunları tek başına çözemez. Bedensel bir sorunla ilgili tıp bilimiyle, ruhsal bir problemle ilgili psikiyatri ve psikolojiyle, sosyal bir problemle ilgili bireysel ve kurumsal tüm taraflarla ortak çalışır. Sosyal hizmetlerin etkin yürütülebilmesi tam bir iş birliği ile mümkündür. Sosyal hizmet uzmanı, koordinatör ve organizatör olarak birey ve çevresi ile kurumlar arasında köprü vazifesi görür. Sosyal hizmet toplumda kalıcı veya geçici dezavantajlı olan bireyler ve grupların, toplumun diğer bireyleri kadar avantajlı bir seviyeye gelmesini ve sosyal adaleti amaçlar. Bireyin zorluklarına veya engellerine rağmen potansiyelini tam olarak geliştirmesini, kendini gerçekleştirmesini, kendi ayakları üstünde durabilmesini sağlamaya çalışır.

Sosyal hizmetler devletleri ayakta tutan, siyaseti var eden politikalarının temeli oluşturur. Son 100 yıl içerisinde sosyal hizmette kurumsal ve akademik olarak muazzam bir gelişim yaşanmaktadır. Sosyal hizmet, gelişmiş ülkelerde bilimsel bir temelde profesyonel bir anlayışta hizmet etmektedir. Dünyada sosyal riski en yüksek ülkeler, etkili sosyal hizmet sistemleriyle toplumlarını ayakta tutmaktadır. Politik sahada da sosyal çalışmacıların etkinliği ve sorunlara çözüm üretme becerileri çok yüksektir.

Türkiye'deki sosyal hizmeti, dünya ile mukayese ettiğimizde arada ciddi bir fark olduğunu görürüz. Uzun bir süre tek bir yüksekokul eliyle yetiştirilen, günümüzde sayıları yaklaşık on bin olan sosyal hizmet uzmanı ile dünya çitasını yakalamak mümkün değildir. Amerika Birleşik Devletleri çalışma istatistiklerine göre 660 binden fazla aktif sosyal çalışmacı vardır. Nüfus açısından mukayese edildiğinde Türkiye'de olması gereken rakam 150.000'dir. Ülkemizde her gün günde-mi sarsacak pek çok sosyal problem yaşanmaktadır. Kamu politikalarının bu konudaki eksikliği başlıca sebep olsa da bunların çözümsüzlüğü ve kronikleşmesi halkın devlete güvenini azaltmaktadır. Yeterli kadro ve yerli birikim yetersizliğimiz temel açmazımız. Dünyadaki

var olan birikimi aynen Türkiye'ye aktarmak kültürel farklar nedeniyle aynı sonuca ulaşmaya imkân vermez. Türkiye'de yeterli sayıda sosyal çalışmacıyı yetiştirerek, akademik alanda ve uygulamada, kendi kültürel kodlarını ve sosyolojik değerlerini içselleştirmiş sosyal hizmet becerisi geliştirdiğimizde, karar vericileri doğru ve etkili yönlendiren yerli reçetelerle kronik problemlerimizi çözmek mümkün olacaktır.

Sosyal hizmeti hak ettiği yere kavuşturmak arzusuyla, dergimizin bu sayısında, farklı boyutları ile konuyu tartışmak ve akademik birikime alan açarak sosyal hizmet bilimine katkı sağlamak amacındayız. Bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan sağlıklı birey ve sağlıklı toplum olabilmek temennisiyle...

İçindekiler

6

REFAH DEVLETİ, SOSYAL POLİTİKA VE SAĞLIK
PROF. DR. HAYDAR SUR



10

SAĞLIĞIN SOSYAL BELİRLEYİCİLERİ
PROF. DR. DİDEM EVCİ KİRAZ



14

TÜRKİYE'DE SOSYAL HİZMET EĞİTİMİ
DR. ÖĞR. ÜYESİ ABDÜLKADİR YELER

18

FARKLI BİR BAKIŞ İLE SOSYAL HİZMET VE EĞİTİMİ
DR. SALİH KENAN ŞAHİN



22

BAKIMIN İNSAN YÖNÜ: MANEVİ BAKIM
PROF. DR. AYŞE OKANLI



24

TIBBİ SOSYAL HİZMET
DR. ÖĞR. ÜYESİ SAYRA LOTFİ

28

AFET YÖNETİM SÜREÇLERİNDE SOSYAL HİZMETLER
HAKAN BENLİ - DR. MEHMET GÜLLÜOĞLU

30

GÖÇÜN BİRBİRİNE KARIŞTIRILAN ÖZNELERİ
ŞEYMA KARAKAYA

32

SINIR ÖTESİNDE SOSYAL HİZMETLER
PROF. DR. ORHAN ALİMOĞLU



36

SULTANBEYLİ BELEDİYESİ ÖRNEĞİNDE
BAŞARILI GÖÇ YÖNETİŞİMİ
PROF. DR. BEKİR BERAT ÖZİPEK

40

BELEDİYECİLİĞİN SOSYAL YÖNÜ
ÖZNUR CANAYAKIN



44

DÜNDEN BUGÜNE SOSYAL HİZMETLERİN ALTIN
KURUMU VAKIFLAR
PROF. DR. MEHMET İPŞİRLİ

48

AVRUPA BİRLİĞİ'NİN TÜRKİYE'DEKİ SOSYAL
HİZMET SÜRECİNE ETKİSİ
YILMAZ ŞİMŞEK

52

DEVLETİ AYAKTA TUTAN SOSYAL HİZMET:
ABD ÖRNEĞİ
PROF. DR. ABDULKADİR ÖMER

56

KANADA SOSYAL REFAH SİSTEMİNE GENEL BAKIŞ
SAMİ DİVLELİ - ALEENA OTHMAN

58

AİLE SİGORTASI
HÜSEYİN ÇELİK - HAKAN OĞUZ ARI

62

SOSYAL ÇALIŞMA VE ÇOCUKLARA YÖNELİK
HİZMETLER
DOÇ. DR. İSMAİL BARIŞ

66

ÇOCUK İSTİSMARININ ÖNLENMESİ
YILMAZ TUNÇ

68

GENÇLİK VE MADDE KULLANIMI
PROF. DR. HAKAN COŞKUNOL

74

YAŞLILARA YÖNELİK SOSYAL HİZMET
SUNUMLARINDA NEREDEYİZ?
PROF. DR. VEDAT IŞIKHAN

78

ENGELLİLERİN REHABİLİTASYONUNDA
ERGOTERAPİNİN YERİ
DR. ÖĞR. ÜYESİ DEVRİM TARAKÇI

82

DENETİMLİ SERBESTLİKTE SOSYAL HİZMETİN ROLÜ
PROF. DR. YETER DEMİR USLU

84

TÜRKİYE'DE KADINA YÖNELİK ŞİDDETLE MÜCADELE
VE KADIN SİĞİNMA EVLERİ
DR. ÖĞR. ÜYESİ DUYGU ÖZTÜRK

90

PROF. DR. MUSTAFA SAMASTI:
BUGÜNÜN TIBBİ FİTRATIMIZA AYKIRI İLERLİYOR



96

AFİLİYE KURUMLARDA UZMANLIK EĞİTİMİNDE
YÖNETSEL SORUNLAR VE İHTİYAÇLAR
DOÇ. DR. GÜVEN BEKTEMÜR

100

KARİKATÜR
DR. ORHAN DOĞAN

Refah devleti, sosyal politika ve sağlık

Prof. Dr. Haydar Sur



1986'da İstanbul Tıp Fakültesinden mezun oldu. 1988'de Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Dairesinde ve 1989-1996 yıllarında ise İstanbul Sağlık Müdürlüğünde Müdür Yardımcısı olarak görev yaptı. 1996'da İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünden doktora derecesi aldı. 1998'de halk sağlığı doçenti, 2003 yılında sağlık yönetimi profesörü oldu. Hâlen Üsküdar Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanı olarak görev yapmaktadır.

Devletlerin tarihine bakıldığında, üstlenilen roller açısından üç tür devlet bulunduğu görülür. Liberal devlet türü, sivil hayata ve iktisadi faaliyetlere en az müdahale etme eğilimindedir. Devletin regülasyon rolünü eksiksiz yaparak diğer kısımları mümkün olduğunca serbest bırakması şeklinde yapılanmaya ise neo-liberal devlet denmektedir. Üçüncü tür olan sosyal refah devleti de müdahale nin en üst seviyede olduğu devlettir. Sosyal devlet anlayışı, liberal düzenin ortaya çıkardığı acımasız rekabet ve belirli sosyal grupların insan hakları çerçevesinde sayılan haklarını bile elde edemedikleri duruma düşebildiği ortamlara karşı geliştirilen bir yapıdır. Sosyal refah devleti toplum içindeki bireylere asgari bir gelir güvencesi veren, onları tehlikelere karşı koruyan, her düzeydeki vatandaşa barınma ve eğitim gibi sosyal alanda bir standart getiren devlet anlayışıdır. Müdahaleci, düzenleyici, girişimci devlet anlayışı bazı özelliklerindendir (1).

Refah devleti, ekonomiye müdahale ederek sosyal adalet, gelirin adil dağılımı ve ekonomik etkinlikler ile halkın refahını yükseltmek amacını taşımaktadır. Bu müdahalelerde özellikle sağlık hizmetleri, eğitim, sosyal sigorta ve kaynakların adil dağılımı en önemli araçlardır. Kaynakların adil dağılımı, ilk üç müdahale unsurunun aktif çalışması ile doğru orantılı olarak kendini gösterebi-

lir. Eğitim, sosyal sigorta ve sağlık hizmetlerinde izlenen politikaların, birbirlerinden bağımsız ama uyumlu olması gerekir. Sağlık açısından bakıldığında özellikle önleyici hizmetlerin eksikliği, gelecekte tedavisinin çok maliyetli veya ölüme yol açma ihtimali olan hastalıkların artışı sağlayarak toplumlar üzerinde yük oluşturması kaçınılmaz bir son gibidir (2).

Refah devleti, 18. yüzyılın sonlarına doğru Sanayi Devrimi'nin bir ürünü olarak ortaya çıkmıştır. 19. yüzyılda Almanya'da başlayan refah devleti uygulamaları daha sonra Batı Avrupa ülkelerine, Kuzey Amerika'ya ve Avusturalya'ya yayılmıştır. Refah devleti; kişilere ve ailelere asgari bir gelir güvencesi sağlayan, onları toplumsal risklere karşı koruyan, onlara sosyal güvenlik olanakları sağlayan, toplumsal statüleri ne olursa olsun tüm vatandaşlara eğitim, sağlık, konut gibi sosyal hizmetler alanında belirli standartlar sağlayan devlettir. Bu alanlar sosyal politikanın önemli uygulama alanlarıdır.

Refah devleti bireyin yaşamının tüm yönleri ile ilgilenen, bireylere ekonomik ve sosyal imkânlarla ulaşmada eşit şans tanıyan, vatandaşlarına asgari bir yaşam standardını sağlayan ve temel veya normal seviyede refah imkânı sağlayan devlet olarak tanımlanabilir. Modern anlamda refah devletinin temelleri, 19. yüzyılın ortalarında İngiltere'de temel eğitimi sağlamak amacıyla düzenlenen yasal düzenle-

meye kadar götürülmekte, tam başlangıç noktası olarak da ilk defa 1883'te Bismarck tarafından getirilen sosyal sigorta uygulaması kabul edilmektedir. Bunlardan önce de, yoksullara yönelik birtakım yasalar söz konusu olsa da bunların etkileri zayıf olmuştur.

Refah devleti terimi ilk olarak İngiltere'de 1941'de kullanılmış, sonradan devletin sağladığı sosyal imkânlar çerçevesinde kullanılır hale gelmiştir. İngiltere'de İkinci Dünya Savaşı sonrasındaki dönemde refah devleti uygulamalarına temel çerçeve teşkil eden ünlü Beveridge Raporu (1942) ile terimin kullanımı yaygınlaşmıştır. Refah devleti piyasa güçlerini üç boyutta yönlendirir. Asa Briggs'in refah devleti ilk olarak, bireylerin ve ailelerin yaptıkları işlerin veya varlıklarının piyasa değerinden bağımsız olarak minimum düzeyde bir geliri garanti eder. İkinci olarak, bireylerin ve ailelerin karşılaşılabilecekleri sosyal riskleri (hastalık, yaşlılık ve işsizlik gibi) azaltarak belli bir ölçüde güvence sağlar ve böylelikle bireysel veya ailevi krizlerin önüne geçer. Üçüncü ve son olarak da bütün bireylere, statü veya sınıf ayrımı gözetmeksizin genel kabul görmüş sosyal hizmetler çerçevesinde en iyi standartları sağlar. Birtakım mevzuat ve uygulama ile bireyler korunmakta ve bu koruma mekanizmalarına sosyal politikalar denmektedir (3).

Sosyal Politika

Sosyal politika; sosyal güvenlik, sosyal



adalet ve sosyal refah sacayağı üzerinde kurulmuştur. Sosyal politika bir ülkede her vatandaşın medeni, sosyal ve siyasi hakları olması gerektiği fikrinden yola çıkar ve bireylerin ekonomik ve sosyal durumlarını düzeltmeyi hedefler. Sosyal haklar anlayışı, refah devletinin gelişimine büyük katkı sağlamıştır. Sosyal politika anlayışı bireysel veya kolektif düzeyde düşkünlük durumunu iyileştirmek veya sosyal sorunları çözmek ve toplumdaki en savunmasız grupların refah düzeyini artırmak amaçlı her türlü hizmeti ve önlemi kapsar. Sosyal politika; sosyal güvenlik, sosyal yardım ve sosyal hizmet üçlüsünü kapsayan bir üst kavramdır. Günümüzde sosyal politika anlayışında da büyük değişimler yaşanmaktadır. Bu değişimleri; küreselleşme, devlet yönetimlerindeki değişimler ve toplumsal yapı ve beklentilerdeki değişimlerin vektörel bir çıktısı olarak görebiliriz.

Temel olarak sosyal politikanın özellikle gözetmek durumunda olduğu üç kesim vardır:

1. Bağımlı statüler altında çalışanlar: Bağımlı statüde çalışma kavramına yalnızca işçiler değil sözleşmeli çalışanlar, kamu görevlileri, memurlar ve başka statüler altında bağımlı olarak çalışanlar dahildir.

2. Ekonomik yönden güçsüz kesimler: Toplumda yeterli, düzenli ve sürekli bir gelir güvencesinden yoksun kesimler-

dir. İşsizler, sermayeleri olmayan ya da sınırlı olan küçük esnaf, bir sanat ve becerisi olmasına rağmen yeterli kaynağa sahip olmayan zanaatkarlar, topraksız köylüler ve küçük çiftçiler ekonomik yönden güçsüz kesimler arasında yer alır. İkinci Dünya Savaşı sonrasında ortaya çıkan sosyal devlet ve refah devleti anlayışının yerleşmesi ile yaygınlaşmıştır.

3. Özel olarak korunması gereken kesimler: Bu kesimler; çocuklar, yaşlılar, tüketiciler, engelliler, eski hükümlüler, gençler, kadınlar, göçmenler olarak sınıflandırılabilir. Toplumdan dışlanma, toplumla bağ kuramama gibi durumlar sebebiyle sosyal politikanın kapsamında yer alır.

Sosyal politikanın kapsamı bütün toplumdur. Ancak yeterli, düzenli ve sürekli bir gelir güvencesine sahip kesimler; ekonomik yönden avantajlı, sosyal anlamda korunma gereksinimlerini kendi imkanları ile karşılayabilen zengin kesimler ile bağımlı çalışan statüsünde olmayan kişiler sosyal politikadan yararlanma noktasında talepte bulunmadıkça kapsamda yer almazlar. Sosyal politikanın iki önemli özelliğine dikkat çekerek bu bölümü tamamlıyoruz:

1. Kamusal niteliği: Sağlık, eğitim, savunma, bayındırlık ve işgücü piyasası politikalarının oluşturulması, ilke olarak devletin görev tanımı içerisinde. Kamu yararı gözetilerek devletçe ya-

Refah devleti, 18. yüzyılın sonlarına doğru Sanayi Devrimi'nin bir ürünü olarak ortaya çıkmıştır. Refah devleti; kişilere ve ailelere asgari bir gelir güvencesi sağlayan, onları toplumsal risklere karşı koruyan, onlara sosyal güvenlik olanakları sağlayan, toplumsal statüleri ne olursa olsun tüm vatandaşlara eğitim, sağlık, konut gibi sosyal hizmetler alanında belirli standartlar sağlayan devlettir.

pılan müdahaleler sosyal politikanın çalışma alanını oluşturmaktadır. Sosyal politika bu özelliği nedeniyle kamuya ait politikalar ve yürütücüsü devlettir.

2. Evrensel niteliği: Uluslararası politikalar, ikili anlaşmalar, bildirgeler, kararlar, sözleşmelere dayanır. Sosyal politikanın evrensel niteliği; Uluslararası sosyal politika düzenlemelerinin genişlemesi ve dünyanın küreselleşmesi ile etkisini artırmaktadır.

Sosyal Politika ve Sağlık

Devletin adalet ve güvenlik ile ilgili sorumluluklarını hiçbir zaman devretme lüksü yoktur. Liberallere göre bunlar bile tartışılabilir. Sosyal devlet anlayışını benimseyen ülkeler ise eğitim, sağlık, barınma, emeklilik, işsizlik konularının da aynı şekilde devletin sorumluluğunda kaldığını ileri sürer. Neo-liberallere göre de eğitim ve sağlığın belli kısımları devletin sorumluluğu içinde kalır. Örneğin sağlıkla ilgili temel sağlık hizmetlerinin tamamı devletin sorumluluğunda kalırken tedavi edici hizmetlerin bir kısmı serbest pazar koşullarına bırakılabilir. Böylelikle sağlık hizmetleri de yarı-kamu niteliğinde (quasi-public) sayılmaktadır. Neo-liberal politikaların Türkiye'ye etkisi gözle görülür şekilde olmuştur. Sağlıkta Dönüşüm Programı da bu politikalar ekseninde dünya ile uyumlu olarak uygulanmıştır. Devletin mümkün olduğunca hizmet sunumundan çekilip denetleyici ve düzenleyici konuma geçmeyi vadetmesi, hastanelerin özleştirilmesi ve sağlık alanının rekabete açılmaya çalışılması örnek gösterilebilir (4).

Sağlık ile sosyoekonomik yapı arasında yakın bir ilişki bulunmaktadır. Sağlık, beşeri sermayeyi oluşturan faktörlerden birisidir ve bir alt grup olarak ekonomik büyümenin belirleyicisidir. Beşeri sermaye kuramına göre kişi, sahip olduğu vasıf düzeyini geliştirdiğinde doğal olarak ekonomik faaliyetlerdeki üretkenliğini de artırmaktadır. Tüm bunun gerçekleşmesi, sosyoekonomik yaşamda bireylerin fiziksel ve ruhsal açıdan sağlıklı olmalarıyla mümkündür (2). Dünya Sağlık Örgütü'nün herkesçe bilinen tanımında vurgulandığı gibi sağlık, sadece bireylerin fiziksel ve ruhsal olduğu kadar sosyal olarak da tam iyilik halidir. 21. yüzyıla gelindiğinde en gelişmiş ülkelerde bile devletin sosyal politikaları olmasa insanlığın kabul edemeyeceği kadar acıklı duru-



Şekil 1: Sosyal Hizmet İle Sağlık Yönetimi Alanlarının Yakın İlişkisi

ma düşecek milyonlarca kişilik kitleler bulunmaktadır. Birleşmiş Milletler İnsani Kalkınmışlık İndeksi adıyla ortaya konulan ve ülkelerin ne ölçüde gelişmiş olduğunu anlamaya yarayan puan çizelgesinde hesaplamalar yapılırken, gelir düzeyleri yanında kadın statüsü, sosyal adaletin korunması, eğitim ve sağlık göstergeleri hesaba katılmaktadır. Yalnızca bu bile sağlığın sosyal politika ile ne kadar içi içe geçmiş olduğunu anlamaya yeter. Şekil 1 ile bu yakın ilişki gösterilmiştir.

Sağlık alanında sosyal gruplar arasında görülen hakkaniyetsizliklerin giderilmesi on yıllar alır ve çok kararlı, derin, kapsamlı müdahaleler gerektirir. Bu

müdahalelere karar verecek politikacılar genellikle bu isabetli uygulamaların sonuçlarını göremeden seçim kaybeder veya ölürler. Ancak ülkesini seven ve akılcı davranan herkes iyi bilmelidir ki yarınlara kalıcı çözümler bırakmak için siyasi fedakârlık da yapmak gerekir. Kitleleri anında teskin edecek geçici uygulamalar yanında kalıcı ve kökten çözüm anlamında müdahale yapmaktan da geri kalmamalıdır. Buna insanlık tarihinin en iyi örneklerinden birisi olan İngiltere'de kalkınma hamlesini anlatan kısa bir tarihçe çizelgesini örnek göstererek yazımızı sonlandırmak istiyoruz. Bugün sağlık finansmanı konusunda belli başlı üç türden birisi olan Beveridge (NHS) modelinin hikayesidir bu.

Çizelge 1: İngiltere'de İkinci Dünya Savaşı ve Sonrasında Sosyal Politikalarda Başarının Tarihçesi

AŞAMALAR	OLGULAR
Kaçış	- Şehirlerden kaçış 1939'da başladı - 1.5 milyon çocuk göç yaşadı - Çocuklar genellikle şehirlerin yoksul mahallerindendi - Liverpool'dan kaçan çocukların %20'sinde bit vardı - Çocuklar temizlik kurallarını hemen hemen hiç bilmiyordu - Neville Chamberlain dedi ki "komşularımın bu derece ihmal edilmiş olmasından utanç duydum"
Zarar Görmeye Eşitlik	- Bombalardan hem zenginler hem de yoksullar aynı derecede zarar gördü - 61,000 sivil bombalarla hayatını kaybetti - 4 milyon ev yıkıldı - Sosyal sınıf farkı olmaksızın herkes çaresiz kaldı - Erkek ve kadınlar beraberce savaştılar
Sosyal Güvenlik	- Savaşı kazanmak için sağlıklı bir işgücü gerekiyordu - Kamu hizmetleri toplumun her kesimine ardına kadar açıldı - Churchill'in koalisyonu 1940'ta göreve başladı
Sosyal Politikalar	- Milli Süt Şeması: Herkese yarı fiyatına süt dağıttı, çok yoksullara tamamen ücretsiz hale getirildi - Okulda yemek ve sütlerin ücretsiz dağıtımı: - Bağışıklama: 1941'den itibaren bütün okul çocukları ücretsiz aşılandı ve çocuk ölümlerinde büyük bir düşüş yaşandı - Devlet bakım hizmetleri: bu şekilde kadınlarda savaş görevlerinde yer alabiliyordu - Yaşlı ve Dulların Bakımı: 1940'tan itibaren yürürlüğe girdi - İhtiyaçların Belirlenmesi Yönetmeliği: 1941 yılında yürürlüğe girdi. Çok yoksul olanlar artık ailelerinin bakımını üstlenemeyince, bunları devlet devraldı
The Beveridge Report 1942	- Resmi adı: <i>The Report on Social Insurance and Allied Services</i> - 635,000 nüsha basıldı ve dağıtıldı - Sosyal reformlar ve sosyal çalışmaları içine almaktaydı - Sorunlara bir son nokta koymayı amaçladı Beveridge ve sosyal güvenlik - Hükümet ihtiyaç sahibi kim varsa; cinsiyet, yaş ve sosyal sınıf farkı gözetmeksizin yardım edecekti - Bu harcamaları karşılamak üzere bütün yetişkinler bir miktar vergi ödeyecekti - Bütün devlete ödeme yükümlülükleri sadece bir ödeme altında birleştirilmiş oluyordu
Beş Büyük Sorun	- Beveridge beş büyük devle mücadeleden bahseder: : - Yoksulluk - Hastalık - Tembellik ve Eliboşluk - İhmal - Kirlilik ve Ortam Kirliliği
Churchill'in yaklaşımı	- Churchill savaşı kazanmaya azmetmişti - Hükümet raporu tartışma zamanı olmadığına hükmetti - Churchill radyoda konuşma yaptı ve sosyal güvenlik sistemini kuracağından bahsetti beşikten mezara kişileri koruyacağından sözetti ama Beveridge Raporundan bahsetmedi - Muhafazakarlar 1943 seçimini kaybetti
Üç adet "White Paper"	- Taslak raporlar (White papers) parlamentoya sunulan faturalardır - Eğitimin Yeniden Tesis Temmuz 43) - NHS-Sağlık Sistemi (Şubat 44) - Sosyal sigorta (Eylül 44) - Bu üç büyük reform ile savaş bitmeden yenilenme başlatılmış oluyordu
Aile İzni Yönetmeliği (1945)	- Churchill'in "bakım üstlenen" hükümeti aile iznini gündeme getirdi - Bu durum doğum hızında azalmanın önlenmesini hedeflemekteydi - İlk çocuktan sonraki çocuklara haftalık 5 pound ödemeyi kapsıyordu - 1940 standartlarında bile çok az bir paraydı... - Ev hanımının legal bir statü kazanmasının bir yolu oldu
İhmal ile Mücadele	- 1944 savaş zamanında koalisyon Eğitim Yasası'nı uygulamaya geçirdi, daha sonra da Emek Yasası gündeme geldi - Çalışma alt sınırı 14 yaştan 15 yaşa çıkarıldı - Bütün çocuklar hiçbir ücret ödemedi ortaokul bitirme seviyesine kadar okula gönderildi
İşsizlik ve Diğer Düşkünlüklerle Mücadele	- 1946 Milli Sigorta Kanunu çıkarıldı - İşsizlik, annelik ve dulluk durumlarında maaş bağlandı Şimdilerde kapsamlı bir sigorta şeması vardır: - Hastalık - İşsizlik - Emeklilik - Annelik - Dul kalma - Çalışanlar haftalık sigorta primlerini yatırırlar ve buna devlet de belirli ödemelerle katkıda bulunur - Emeklilik yaşı erkeklerde 65, kadınlarda 60 olarak belirlendi - Endüstri Kazaları Yasası geçici veya kalıcı maluliyet durumlarında kişilere ödeme yapılmasını zorunlu kılıyor - 1948'de çıkan Milli Yardım Yönetmeliği, artan hayat pahalılığına emeklilik geliriyle dayanamayan kişilere ek yardım yapmayı uygulamaya koydu
Kirlilikle Mücadele	- Savaş sonrası evsizlere yeniden ev yapılması ekonomik yükü nedeniyle hep yavaş ilerleyen konu oldu - Belediyeye ait evlerin oturma hakkı listesinde uzun kuyruklar oluştu - 1948-1951 arasında yaklaşık her yıl 200.000 ev yapıldı - Bu sayı ülkedeki ihtiyaç sahiplerine yetecek düzeyde değildi
Hastalıkla Mücadele	- 1946'da NHS Yasası çıktı. 1948'de faaliyete geçti - Diş, göz vb. her şey dahil ve ilaçlar da ücretsiz bir sağlık hizmeti kullanım hakkı sağladı - Bunun maliyetleri büyük ölçüde vergilerle karşılandı - Hastaneler devletleştirildi ama özel muayene ve klinik çalıştırma hakkı verildi - Eski ve hantallaşmış çok sayıda hastanenin birçok sorunu vardı - En önemli sorun sistemin maliyet yüküydü - 1950'de hükümet gözlük ve diş tedavi hizmetlerinin parasını vatandaşın ödemesini ve ilaçlara ise katkı payı ödemesini karara bağladı
Tembellik ve İşsizlikle Mücadele	- Beveridge tam istihdamda ısrar etti (işsizlik oranı % 3'ün altına çekildi) ve yoksulluğun böyle önlenmesi planlandı - 1930'lardaki aşırı işsizlik oranlarına dönüş olmadı - 1946'da % 2.5 işsizlik oranı vardı - Hükümet ihracatı artırıp ithalatı artıran uygulamalar yaptı - 1949'da £ devalue edildi, bu şekilde ithalat ve ihracat canlandırıldı



Sonuç

Sağlık denince yalnızca hastane, doktor ve hemşireden başka bir şey akla getirmeyerek sağlıkta başarı kazanılamaz. Genellikle bir ülkede sağlığın düzeyini belirleyecek derecede etki eden faktörler de sağlıkçılar dışında sosyal çalışmacılar, eğitimciler, belediyeciler, maliyeciler tarafından yönetilir. Sağlıkçıların birebir etkisi altında olan ve sağlık hizmetleri ile sonuç alınabilecek kısım ancak yüzde ondur ve bunla genellikle acil hizmetlerde hayatın kurtarılması ve kronik hastalıklarda komplikasyonların önlenmesi konularıyla ilgilidir. Sosyal refah ve sosyal politikayı göz önüne almayan hiçbir uygulamanın sağlıkta başarı elde etmesi mümkün değildir.

Kaynaklar

1) TÜSIAD, (1995), "Optimal Devlet", Yayın No: TÜSIAD-T/95, İstanbul.

2) Özgür Topkaya, *Sosyal politika bağlamında Dünyada Sağlık Politikalarının Tarihsel Gelişimi*, Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi y.2016, c. 21, s.2, s.707-722.

3) Zeynep Özmen, *Refah Devleti Kavramı ve Refah Devleti Modellerine Göre Avrupa'da Bazı Ülkelerin Sosyal Güvenlik Sistemlerinin Finansman Yönünden İncelenmesi*

Özmen, z. (2017). "Refah Devleti Kavramı ve Refah Devleti Modellerine Göre Avrupa'da Bazı Ülkelerin Sosyal Güvenlik Sistemlerinin Finansman Yönünden İncelenmesi", y.2017, vol:3, Issue:13; pp:370-387, ISSN:2149-8598.

4) İbrahim Hüseyin Cansever, *Devlet Anlayışları Ekseninde Sağlık Politikalarının Değişimi ve Analizi: Türkiye İncelemesi*, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi y. 2018/2, sayı:31, s. 105-120.

Sağlığın sosyal belirleyicileri

Prof. Dr. Didem Evcı Kiraz



1989 yılında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun oldu. Sağlık Bakanlığı, Dış İlişkiler Daire Başkanlığı, Uluslararası Kuruluşlar Sorumlusu ve Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünde şube müdürlüğü ve koordinatörlük yaptı. 1999 yılında Turizm Sağlığı Şubasını kurdu. Gazi Üniversitesinde halk sağlığı alanında yüksek lisansını ve Hacettepe Üniversitesinde doktorasını tamamladı. İngiltere’de Ekoloji ve Biyoçeşitlilik eğitimi aldı. Dünya Sağlık Örgütü’nün 1987 yılında başlattığı Sağlıklı Şehirler Projesi’nde Ulusal Ağ Koordinatörlüğünü üstlendi. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim üyesi olarak görev yapan Kiraz, Türkiye Sağlıklı Kentler Birliği Danışma Kurulu üyesidir.

Bir toplumda istenilen sağlık düzeyine ulaşmak için, sağlığın belirleyicilerinin sayısal değerleri önem kazanmaktadır. İki şehir, bölge veya ülkenin sağlık düzeyini karşılaştırmak için anne ve bebek ölümleri değerlerine bakılmaktadır. Anne ve bebeğini yaşatamayan ülkeler insanına yatırım yapamayan ülkelerdir. Anne ve bebeği yaşatmak için yeterli sağlık hizmetlerinin sunumu tek başına yeterli değildir. Sağlığın sosyal belirleyicileri (SSB) olarak adlandırılan unsurlar bu noktada ortaya çıkar. SSB “Yaşama sağlıklı başlamak, eğitim, ekonomi, işsizlik ve iş güvenliği, istihdam ve çalışma koşulları, gıda güvenliği, bağımlılık, sağlık hizmetlerine erişim, ulaşım, barınma durumu, sosyal dışlanma ve sosyal destek” demektir (1). SSB ne kadar yüksek düzeyde ise iyi sağlık ve tam iyilik halini üzerine inşa etmek o kadar kolaydır. Bir başka bakış açısı ile “SSB yaklaşımı, yaşam tarzına dayanan kötü sağlığın nedenlerinin sosyal çevrede olduğunu vurgulamaktadır.” (3). Sağlıklı çevreler oluşturmak ve bunları sürdürülebilir kılmak için yapılan çalışmalar uzun yıllardır devam etmektedir. Uluslararası bildirgelerde bu kavramın altı çizilmekte, özellikle sürdürülebilirliği için metotlar, araçlar önerilmektedir. Sağlığın Geliştirilmesi Ottawa Bildirgesi, Sundsvall ve Jakarta Bildirgeleri, Herkes İçin Sağlık Hedefleri, Sağlık 2020 Belgesi bunlara örnek verilebilir. Bu husustaki en son nokta sürdürülebilir kalkınma hedefleridir

(SKH). Sürdürülebilirlik için 2030 yılına kadar ulaşılacak 17 hedef vardır. Ana başlıkları ile hedefler aşağıda sunulmuştur (2):

- Yoksulluğa son
- Açlığa son
- Sağlıklı bireyler
- Nitelikli eğitim
- Toplumsal cinsiyet eşitliği
- Temiz su ve sıhhi koşullar
- Erişilebilir ve temiz enerji
- İnsana yakışır iş ve ekonomik büyüme
- Sanayi, yenilikçilik ve altyapı
- Eşitsizliklerin azaltılması
- Sürdürülebilir şehir ve yaşam alanları
- Sorumlu tüketim ve üretim
- İklim eylemi
- Sudaki yaşam
- Karasal yaşam
- Barış ve adalet
- Hedefler için ortaklıklar

SKH’nin, özellikle SKH 3 ve SKH 11’in, günlük hayata uygulanmasında, yerel yönetimlerin rolü önemlidir. Herkes için en iyi sağlık ve sağlıklı çevreleri daha da geliştirici, güvenli, dayanıklı ve sürdürülebilir hale getirmek hedefleri arasındaki ilişkiyi kurmak, plan, program, proje ve uygulamalara yansıtmak yerel yönetimlerin işi olarak görülmektedir (3). Bunun nedeni, yerel yönetimlerin doğrudan şehir sakinleriyle temas halinde politika oluşturma araçlarına, iş birliği-ortaklık alanlarına, ilgili kurul ve komisyonlara, insan kaynağına, genel ve şehirden kaynaklanan bütçeye sahip olmasıdır. 13

Şubat 2018’de, Danimarka’da toplanan belediye başkanları, 2030 Sürdürülebilir Kalkınma Gündemi ile uyumlu bir sözbirliğine imza atmışlardır. Belediye başkanları gelecekte ortaya çıkacak ve tüm dünyayı etkileyecek sorunlarla baş etmek için bakış açılarını genişletmeye, liderliklerini şehrin sağlığını geliştirmek için kullanmaya ve şehir sakinleri ile diğer taraflar arasında diplomasi yürütmeye söz vermişlerdir (4). Sözbirliğine vardıkları konular İngilizce baş harfleri ile “Altı P”dir. Altı P:

- Şehirlerimizin Sakinlerine (People) Yatırım Yapmak
- Sağlığı ve Refahı İyileştiren Kentsel Mekanları (Place) Tasarlamak
- Sağlık ve Esenlik İçin Daha Fazla Katılım, Ortaklıklar (Participation)
- Geliştirilmiş Toplum Refahı ve Ortak Mal, Hizmetlere Erişim (Prosperity)
- Kapsayıcı Toplamlar Aracılığıyla Barışı ve Güvenliği Teşvik Etmek (Peace)
- Sürdürülebilir Tüketim ve Üretim İle Gezegeni Bozulmadan Korumak (Planet)

Şehir sakinlerine yani insana yatırım önceliklidir. İnsana yatırım erken çocukluk döneminden ölüme kadar geçen süreyi kapsamaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), Avrupa Sağlıklı Şehirler Ağı Faz VII (2019- 2024) Uygulama Çerçevesi başlıklı bilgi notunda insana yatırımı aşağıdaki başlıklar altında ele almakta ve yerel yönetimlere ödevler vermektedir (5).



1. Pozitif Erken Çocukluk Deneyimleri Dahil Sağlıklı Erken Yaşlar:

- Ev ve aile koşulları büyüme ve gelişmeyi etkiler
- Çocuk bakımı ve ebeveynlik destek hizmetlerine yatırım yapmak olumsuzlukları en aza indirir
- Erken çocuklukta olumsuz yaşam deneyimleri (suiistimal, ihmal, şiddet, kötü alışkanlıklar) stresi artırır
- Stres; beyin, sinir ve bağışıklık sistemini etkiler
- Olumsuz deneyimler, olumsuz yaşam döngüsünü tetikler (bağımlılık, bulaşıcı olmayan hastalıklar, depresyon, yeme bozuklukları, HIV/AIDS)
- Yerel yönetimlere ödevler: Olumlu erken çocukluk deneyimleri ve gelişimi sağlayan stratejik ve bütünsel planlara yatırım yapılması; sağlığın geliştirilmesi için uzun soluklu, şehrin sakinlerinin katılımıyla gelişen stratejilere odaklanılması

2. Sağlıklı Yaşlı İnsanlar:

- Yaşa bağlı değişimlerle barışık olmak hayatı kolaylaştırır
- Sağlıklı yaşam ve fiziksel aktivite sağlıklı yaşlılığı sağlar
- Kaliteli hizmet almak herkesin hakkıdır, yaş ayrımcılığı eşitsizliği derinleştirmektedir
- Yerel yönetimlere ödevler: Yerel düzeyde sosyal ve ekonomik alanda politik kararlılıkla yaşlıların sağlığının güvence altına alınması

3. Savunmasızlığın Azaltılması:

- İnsan savunmasız hissettiğinde sosyal soyutlanma ve dışlanmaya maruz kalabilir

- Sağlık ve sosyal alanda kendisine sağlanan hizmetleri göremez, erişemez, yararlanamaz
- Savunmasızlık incinebilir gruplarda daha yoğun hissedilir
- Yerel yönetimlere ödevler: Toplumdaki incinebilir grupların belirlenmesi; bu gruplara, şehirde birbirini tamamlayan hizmet modelleri, eşitsizliği azaltıcı yöntemlerle yaklaşılması

4. Ruh Sağlığı ve Esenlik:

- Ruh sağlığı hizmetlerine yakın duran şehir sakinleri arttıkça hizmetler herkese ulaşabilir
- Hizmetlerde insan onuruna uygun, saygılı davranışlar, hizmet alımını teşvik eder
- Ruh sağlığı hizmeti alan kişiler, kendilerine ilişkin karar süreçlerine dahil edilmeli, kararlarda yer almalıdır
- Yerel yönetimlere ödevler: Geleneksel yaklaşımlarla hizmet veren ruh sağlığı merkezlerinden, şehrin sakinlerinin her düzeyde -ruh sağlığı danışmanlığından tedaviye kadar- hizmeti anında alabildiği alanlara dönüşüme katkı verilmesi

5. Yenilenen Halk Sağlığı Kapasitesi:

- Sağlığı korumak, sağlığı geliştirmek ve hastalıkları önlemek önceliklidir
- Halk sağlığı hizmetlerini geliştirmek için mevzuat gözden geçirilmeli, uluslararası halk sağlığı yaklaşımlarındaki yeniliklere uyarlanmalıdır
- Özellikle iklim değişikliğinin etkilerini izleme, erken uyarı, uyum kapasitesini artırma, dayanıklılığı artırma ve ortaya çıkacak zararlardan etkilenen toplumun normal yaşamına dönüşünü kolaylaştırma aşamalarını ele alan halk sağlığı

13 Şubat 2018'de, Danimarka'da toplanan belediye başkanları, 2030 Sürdürülebilir Kalkınma Gündemi ile uyumlu bir sözbirliğine imza atmışlardır. Belediye başkanları gelecekte ortaya çıkacak ve tüm dünyayı etkileyecek sorunlarla baş etmek için bakış açılarını genişletmeye, liderliklerini şehrin sağlığını geliştirmek için kullanmaya ve şehir sakinleri ile diğer taraflar arasında diplomasi yürütmeye söz vermişlerdir.

yaklaşımları; acil olarak, yerel halk sağlığı hizmetlerine eklenmelidir

- Yerel yönetimlere ödevler: Yerelde kümülatif sağlık etkileri yönetilmeli, sağlık etki değerlendirmesi politika aracı olarak kullanılmalı, yerel planlar ve stratejiler yoksa yapılmalı; varsa harekete geçirilmeli

6. Sağlıklı Beslenme ve Kilo:

- Sağlıksız beslenme, aşırı kilo ve obezite ile mücadele; sistematik yaklaşım ve çok paydaşlı, sektörel katılımlı çalışma gerektirmektedir



- Şehirlerde DSÖ'nün konuya ilişkin ortaya koyduğu tüm karma yaklaşımlar kullanılmalıdır

- Yerel yönetimlere ödevler: Bulaşıcı olmayan hastalıkların artışında yerel yönetimlerin rolü olduğunun anlaşılması; yerel yönetimlerce, toplumun her düzeyine yönelik sağlıklı beslenme stratejilerine, güçlü liderlik yapılması

7. Alkolün Zararlı Kullanımının Azaltılması:

- DSÖ'nün küresel yaklaşımlarından ayrılmamak şarttır

- Yerel yönetimlere ödevler: Alkolün kendisinin ve yasadışı/sahte üretilen alkolün, halk sağlığına etkilerinin ön plana çıkarıldığı stratejilere güçlü liderlik yapılması

8. Tütün Kontrolü:

- Dumansız şehirler

- DSÖ Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi

- DSÖ MPOWER stratejisi

- Yerel düzeyde araştırmalar, müdahale modelleri

- Yerel yönetimlere ödevler: "Tütün kontrolü müdahaleleri, çocukluk çağında aşılardan sonra sağlığı iyileştirmek için fon kullanmanın en etkili ikinci yoludur. Tütün fiyatını yüksek vergilerle artırmak, tütün tüketimini azaltmanın ve tütün kullanıcılarını bırakmaya teşvik etmenin en etkili yoludur." (5)

9. İnsan Sermayesi:

- İnsanlar bilgi, deneyim, gelişim ve alış-

kanlıkları ile sürdürülebilir kalkınmanın temelini oluştururlar

- İstihdama katılırlar, sosyal ve ekonomik katkı sağlarlar

- Toplumda yaşamın devamı, güven ve katılımın ana unsurlarıdır

- Yerel yönetimlere ödevler: İnsan sermayesine sağlık, sosyal, eğitim ve işgücü alanlarında yatırım yapılmalı, sağlık ve sosyal gelişimleri garanti altına alınmalı

10. Sosyal Güven ve Sosyal Sermaye:

- Sosyal etkileşim olumlu ortamlarda, kişiyi geliştirici, düzenli sıklıkta, sürekli olmalı (arkadaşlarla birlikte olmak, akrabalarla görüşmek, sosyal ortamlarda bulunmak gibi)

- Sosyal etkileşim güncel ve kaliteli bilgiye erişimi sağlayıcı olmalı

- Yerel yönetimlere ödevler: Yerel düzeyde sosyal ve sağlık hizmetlerine kolay, ücretsiz, güncel bilgilerle erişimi kolaylaştırıcı sosyal etkileşim ağları oluşturulmalı

11. Bilgiye Erişimin İyileştirilmesi:

- Sağlık tedarikçileri ve tüketiciler arasında iletişim hataları yaşanabilir

- Evde bakım, çocuk bakımı, sosyal yardım hizmetleri alanında kayıt dışı hizmet talepleri olmaktadır

- Şehir sakinlerinin kullanımına tahsis edilen sağlık ve sosyal altyapılar, sağlığı geliştiren hizmetler için yerel yönetimlerin halka açık verileri bu tür hata ve kayıt dışı durumları önleyebilir

- Yerel yönetimlere ödevler: Yerel düzeyde sosyal ve sağlık hizmetlerine

kolay, ücretsiz, güncel bilgilerle erişimi kolaylaştırıcı ağlar oluşturulmalı

İnsana yatırım yapan yerel hedefler, stratejiler ve eylem planları, yerel yönetimlerin politik kararlılıkları, sağlığın belirleyicilerini olumlu etkileyecektir. Halk sağlığı sorunları ile mücadelede kurumsal kapasiteyi artıracaktır. Yerel yöneticilerin sağlığa bakışı, her politikada sağlık prensibine dayanmalıdır. İyi sağlık, tam iyilik hali ve sağlığın sosyal belirleyicilerinde düzeyin artması; doğuştan beklenen yaşam süresini uzatır, toplumda hastalık yükünü azaltır, yaşam kalitesini ve memnuniyeti artırır. Bu olumlu değişimler toplumların gelişmişliğine katkı sağlar ve böyle toplumlarda liderlik çok zevklidir.

Kaynaklar

1) *Social Determinants of Health, The Solid Facts*, Ed. R. Wilkinson, M. Marmot, WHO, 2003, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf (Erişim Tarihi:13.07.2019).

2) *Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri, UNDP Türkiye*, <http://www.tr.undp.org/content/turkey/tr/home/sustainable-development-goals.html> (Erişim Tarihi:13.07.2019).

3) AD. Tsouros, Çev. Ed. ED. Evcil Kiraz, "Sağlık ve Sürdürülebilir Kalkınma İçin Şehir Liderliği," Türkiye Sağlıklı Kentler Birliği, 2019.

4) *Copenhagen Consensus of Mayors, Healthier and Happier Cities for all, A Transformative Approach for Safe, Inclusive, Sustainable and Resilient Societies*, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/361434/consensus-eng.pdf?ua=1 (Erişim Tarihi:13.07.2019).

5) *DSÖ Avrupa Sağlıklı Şehirler Ağı Faz VII (2019-2024) İçin Uygulama Çerçevesi: Hedefler, Gereksinimler ve Stratejik Yaklaşımlar*, Nihai, Dünya Sağlık Örgütü 2018 (Sağlıklı Kentler Birliği Tercümesi) <http://www.skb.gov.tr/wp-content/uploads/2019/05/DSO-7.Faz-Rehberi-1.pdf> (Erişim Tarihi 1.7.2019).



Beyin gücü

Beyin, omurilik ve sinir cerrahisinde hedef odaklı, yeni nesil akıllı teknolojilerle işbirliği yapan güçlü akademik kadrodan oluşan beyin takımı

Beyin cerrahının üçüncü gözü: Teknoloji



GAMMA KNIFE



CYBER KNIFE



O-ARM



STEALTHSTATION



INTRA-OPERATIVE MR



NAVIGATION

► ONKOLOJİK NÖROŞİRURJİ/NEUROSURGICAL ONCOLOGY ► SPİNAL NÖROŞİRURJİ/SPINAL NEUROSURGERY
► PEDIATRİK NÖROŞİRURJİ/PEDIATRIC NEUROSURGERY ► FONKSİYONEL NÖROŞİRURJİ/FUNCTIONAL NEUROSURGERY
► BEYİN VE OMURİLİĞİN DAMAR HASTALIKLARI/VASCULAR NEUROSURGERY ► PERİFERİK SİNİR CERRAHİSİ/PERIPHERAL NERVE SURGERY
► EPİLEPSİ CERRAHİSİ/EPILEPSY SURGERY ► NÖROENDOSKOPİ/NEUROENDOSCOPY ► HİDROSEFALİ/HYDROCEPHALUS



Kuruluşumuz,
Akademik Tıp Merkezi
Hastanesi olarak
JCI tarafından
akredite edilmiştir.



Türkiye'de sosyal hizmet eğitimi

Dr. Öğr. Üyesi Abdülkadir Yeler



1981 yılında Afyonkarahisar'da dünyaya geldi. 2003 yılında Marmara Üniversitesinden mezun oldu. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Din Sosyolojisi Anabilim Dalında 2006-2012 yılları arasında doktoraasını tamamladı. 2005-2017 yılları arasında İstanbul Büyükşehir Belediyesi bünyesinde görev yapan Yeler, 2017 yılından bugüne İstanbul Medeniyet Üniversitesi Sosyal Hizmet Bölüm Başkanlığı görevini yürütmektedir.

Sosyal hizmet, sanayileşme sonrası oluşan toplum düzeninde, ortaya çıkan yeni ihtiyaçlara cevap vermek üzere gelişen bir anlayıştır. Dünya üzerinde toplumsal yapıların politik düzeni, dayanışma biçimleri ve değer yargıları ne kadar farklılaşıyorsa, sosyal hizmete yüklenen anlamlar da o derece farklılaşmaktadır. Sosyal hizmet kavramı; sosyal politika, sosyal refah ve sosyal güvenlik gibi kavramlarla doğrudan ilgili ve hatta iç içe geçmiş bir içeriğe sahiptir. Toplumda gündelik hayatını devam ettirebilmek için kendi kendine yeterli olmayan dezavantajlı kesimleri güçlendirmek amacıyla devletin aldığı önlemler ve yürüttüğü politikalar, sosyal politikaları oluştururken; sosyal hizmetler, sosyal politikaların uygulama araçlarından birisi olmaktadır. Benzer şekilde, bir sosyal politika uygulaması olan sosyal güvenlik, primli sistemlerle çalışanların haklarını koruma altına alırken, çalışmayanların sosyal güvenliğinin sağlanmasında sosyal hizmet uygulamaları birer sosyal güvenlik aracı olmaktadır. Şüphesiz günümüzde sosyal hizmeti gerektiren hastalık, yaşlılık, engellilik, yoksulluk gibi durumlar ve bu durumların ortaya çıkardığı ihtiyaçlar, ilk insandan bugüne var olagelmıştır. Tarihin farklı dönemlerinde her toplum farklı yöntemlerle ve geleneksel dayanışma ağlarıyla bu tür sorunlara çözüm üretmeyi denemiştir. Modern anlamda sosyal hizmetler sanayi devriminin oluşturduğu yeni sosyopolitik ortamın bir sonucu olarak gelişmiştir.

Türkiye'de Sosyal Politika ve Sosyal Hizmet Eğitimi

Türkiye'de sosyal hizmetin geçmişine bakıldığında genellikle; Osmanlı'daki ahilik, lonca teşkilatı gibi mesleki dayanışma örgütlerine ve sosyal yardım konusunda faaliyet yürüten vakıflara vurgu yapılmaktadır. Sosyal hizmete konu olan yoksulluk, hastalık, yaşlılık, engellilik ve psikososyal sorunlarda temel refah sağlayıcının aile olduğu ve ailenin yeterli olmadığı durumlarda mesleki dayanışma örgütleri ve vakıfların faaliyetlerinin toplumsal ihtiyaçlar konusunda önemli roller üstlendiği kabul edilmektedir. Nitekim günümüzde halen varlığını sürdüren ve sosyal hizmet alanında önemli roller üstlenen birçok kurumun, Osmanlı'da 19. yüzyılda kurulduğu görülmektedir. Mesela 1868 yılında Osmanlı'da Hilal-i Ahmer Cemiyeti (Kızılay) kurulmuş, 1896 yılında yaklaşık bin kişilik kapasiteye sahip Daru'l-Aceze faaliyete geçmiş, 1899 yılından itibaren Hamidiye Etfal Hastane-i Alisi modern bir çocuk hastanesi olarak yoksul kadınlara ve çocuklara hizmet vermeye başlamış ve 1902 yılında üç yüz yetime barınma ve eğitim imkanı sağlayan bir yetimhane yani Darulhayr-i Ali hizmete girmiştir. Buna ilaveten birçok vilayette gureba hastaneleri kurulmuş ve kimsesiz çocuklar için sanayi mektepleri biçiminde ıslahhaneler açılmıştır.

Cumhuriyetin kurulmasıyla birlikte devletin düzeni değiştiği gibi sosyal düzen ve sosyal ihtiyaçlar da değişmeye başlamıştır. Devletin sanayileşmeye

başlaması, uluslararası ittifaklara dahil olması, dünyadaki sosyal ve siyasi gelişmelerin Türkiye'yi de doğrudan etkilemesi vb. birçok sebep, devletin sosyal politika üreten bir sosyal devlet olmasını gerekli kılmıştır. Bilindiği gibi İkinci Dünya Savaşı'nın ardından oluşan yeni sosyal, siyasi ve ekonomik düzen Türkiye'deki birçok yeni gelişmenin de belirleyicisi olmuştur. Sanayileşmeye bağlı olarak kırsal kesimlerden şehirlere yapılan göçler 1950'lerde başlamış ve artarak devam etmiştir. Çok partili siyasi hayata geçişle birlikte gelen yeni siyasi anlayışlar, şehir merkezlerinde nüfusun hızla artmasına paralel olarak yoksulluğun artması ve daha görünür hale gelmesi, sosyal hareketlilikleri artırdığı gibi devletin sosyal politika uygulamalarını da şekillendirmeye başlamıştır. Nitekim Türkiye'de sosyal politika ve sosyal güvenlik anlamındaki en önemli yasal düzenlemeler bu dönemde yapılmıştır.

Türkiye'de modern anlamda sosyal hizmet anlayışı 1960'lı yıllarda başlamıştır. Sosyal hizmet eğitimi de artan sosyal ihtiyaçlara karşı devletin geliştirdiği politikalara paralel bir seyir izlemiştir. Önce 1959 yılında yoksulluğu araştırmak, yapılacak sosyal hizmetleri tespit etmek, çocukları okul öncesi ve okul döneminde korumak gibi amaçlarla 7355 sayılı kanunla Sosyal Hizmetler Enstitüsü kurulmuştur. Ardından 1961 yılında Enstitüye bağlı olarak sosyal hizmet alanında çalışacak uzmanları yetiştirmek üzere Sosyal Hizmetler Akademisi kurulmuştur. Türkiye'de sosyal hizmet alanında



eğitim veren ilk yükseköğretim kurumu olarak bilinen akademi 1965 yılında ilk mezunlarını vermiştir. 1967 yılında ise Hacettepe Üniversitesi bünyesinde Sosyal Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bölümü kurulmuştur. Bu dönemde adı geçen eğitim kurumlarının açılmasında, bütün dünyada olduğu gibi Türkiye’de de hızla artan sosyal sorunları çözme ve sosyal refahı sağlamada birey, aile ve gruplara sosyal yönden yardımcı olmada sadece iyi niyetin yeterli olmayacağı, bilgi ve beceri isteyen, uzmanlık gerektiren mesleki bir alana ihtiyaç olduğu düşüncesi etkili olmuştur. 1963 yılında Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı bünyesinde Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğü kurulmuş, il merkezlerinde Sosyal Hizmet Koordinasyon Kurulları ve İl Sağlık Müdürlükleri bünyesinde Sosyal Hizmet Müdürlükleri oluşturulmuştur. Bu müdürlükler, uzun yıllar Türkiye’de sosyal hizmetlerin yürütülmesinde icracı kurumlar olarak devam etmiştir. Bu kurumların personel ihtiyacı da uzun yıllar Sosyal Hizmetler Akademisi ve Sosyal Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bölümü mezunlarının istihdamıyla karşılanmıştır.

1980’li yıllar, Türkiye’de sosyal hareketliliklerin yoğun olarak gözlemlendiği, şehir merkezlerinde nüfusun hızla arttığı ve sosyal ihtiyaçların daha belirgin hale geldiği bir dönem olmuştur. Bu gelişmelere paralel olarak sosyal politika

alanında önemli düzenlemeler yapılmıştır. Kronolojik olarak bakacak olursak 1983 yılında 2828 sayılı yasa ile Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK) kurulmuş, 1986 yılında Sosyal Yardımlaşmayı ve Dayanışmayı Teşvik Fonu (SYDTF) kurulmuş ve 1992 yılında da Yeşil Kart Kanunu yürürlüğe girmiştir. SHÇEK, korunmaya ve bakıma muhtaç çocuk, aile, yaşlı, özürlü vb. kesimleri koruma altına almayı hedeflemiştir. SYDTF, toplumun ekonomik olarak en alt seviyelerinde bulunan yoksullara sosyal yardımlar vasıtasıyla refah sağlamayı hedeflemiştir. Yeşil kart uygulaması ise yoksulların tedavi masraflarının devlet tarafından karşılanmasını amaçlamış ve yoksulların sağlık hakkının kabul edilmesi açısından Türkiye’de ileri bir adım olmuştur. Burada sözü edilen uygulamalar, sosyal hizmetin sunumunda devlete sorumluluk yükleme ve sosyal hizmet alanındaki kurumsallaşma açısından önemli gelişmeler olmuştur. Buna rağmen sosyal hizmet eğitimi alanında artan ihtiyaca cevap verecek nitelikte gelişmeler olmamıştır.

1961 yılında Sosyal Hizmetler Enstitüsü bünyesinde açılan Sosyal Hizmetler Akademisi ve 1967 yılında Hacettepe Üniversitesi bünyesinde açılan Sosyal Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bölümü 1981 yılına kadar bu alanda eğitim veren iki kurum olarak devam etmiştir.

Türkiye’de modern anlamda sosyal hizmet anlayışı 1960’lı yıllarda başlamıştır. Sosyal hizmet eğitimi de artan sosyal ihtiyaçlara karşı devletin geliştirdiği politikalara paralel bir seyir izlemiştir. Önce 1959 yılında yoksulluğu araştırmak, yapılacak sosyal hizmetleri tespit etmek, çocukları okul öncesi ve okul döneminde korumak gibi amaçlarla, 7355 sayılı kanunla Sosyal Hizmetler Enstitüsü kurulmuştur. Ardından 1961 yılında Enstitüye bağlı olarak, sosyal hizmet alanında çalışacak uzmanları yetiştirmek üzere Sosyal Hizmetler Akademisi kurulmuştur.

Türkiye genelinde 100 civarında üniversitede sosyal hizmet bölümü açılmış bulunmaktadır. Bunlar arasında 20 civarında özel üniversitede ve 40 civarında devlet üniversitesinde sosyal hizmet bölümleri lisans eğitimi vermektedirler. Bunlara ilaveten İstanbul Üniversitesi ve Erzurum Atatürk Üniversitesi bünyesinde uzaktan eğitim veren açık öğretim programları vardır. Bütün bu bölümler hesaba katıldığında geçen yıl üniversitelerin sosyal hizmet programlarına kayıt yaptıran öğrenci sayısı 6 bin 250 civarındadır. Sosyal hizmet bölümlerinde öğrenci kontenjanları her geçen yıl artmakta iken, bölüm mezunlarının aynı oranda istihdamı gerçekleşmemektedir.

1981 yılında kabul edilen 2547 Sayılı Yükseköğretim Kanunu ile Sosyal Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bölümü kapatılmış, aynı kanun çerçevesinde Sosyal Hizmetler Akademisi Hacettepe Üniversitesi bünyesinde rektörlüğe bağlı Sosyal Hizmetler Yüksekokulu olarak yeniden yapılandırılmıştır. Bu bölüm, 2000'li yıllara kadar Türkiye'de sosyal hizmet alanında eğitim veren tek yükseköğretim kurumu olarak varlığını sürdürmüştür. Sosyal hizmetin kurumsallaşması ve



uygulamaların yaygınlaşması konusunda yeterli bir örgütlenmeye gidilmediği için sosyal hizmet alanında istihdam edilecek nitelikli uzman personele de ihtiyaç duyulmamıştır. Bu iki eğitim kurumundan mezun olanlar da genellikle köy kalkınması, gecekondu çalışması gibi alanlar başta olmak üzere hastanelerde, cezaevlerinde, çocuk bakım yurtlarında, huzurevlerinde, sendikalarda ve fabrikalarda istihdam edilmiştir.

1990'lı yıllar, kırsaldan şehir merkezlerine yapılan göçlerin büyük oranda tamamlandığı ve sosyal politika ihtiyacının çok belirgin bir şekilde ön plana çıktığı dönemdir. Bu dönemde, şehir merkezlerinde halkın yoksulluğu ve günlük ihtiyaçlarını karşılamada çektiği zorluklar, belediyelerin girişimleri ve hemşericilik esasına dayalı, dayanışma derneklerinin katkılarıyla giderilmeye çalışılmıştır. 2000'li yıllar ise, artan sosyal ihtiyaçları karşılamada yereldeki belediyelerin ve dayanışma derneklerinin çabalarının yetersizliğinin fark edildiği, sosyal politika anlamında devlet politikalarının yeniden revize edilmesini gerekli kıldığı bir dönem olmuştur. 2006 yılında sosyal güvenlik reformunun yapılması, 2011 yılında Aile ve Sosyal

Politikalar Bakanlığının kurulması söz konusu ihtiyaçların bir sonucudur. Nitekim sosyal politikadaki gelişmelere paralel olarak bu alanda çalışacak nitelikli uzman personel ihtiyacı da fark edilmiş ve üniversitelerde hızla sosyal hizmet bölümleri kurulmaya başlamıştır. Hacettepe Üniversitesi bünyesindeki Sosyal Hizmetler Yüksekokulu 2002 yılına kadar Türkiye'de sosyal hizmet eğitimi veren tek kurum iken 2002 yılında Başkent Üniversitesi bünyesinde Sosyal Hizmet Bölümü açılarak bu sayıyı ikiye çıkarmış; 2006 yılından itibaren ise birçok üniversitede sosyal hizmet bölümleri açılmaya başlamıştır. Nitekim 2006 yılından 2016 yılına kadar geçen 10 yıllık süre zarfında devlet üniversiteleri ve özel üniversiteler olmak üzere toplam 90 üniversitede sosyal hizmet bölümü açıldığı tespit edilmiştir. Bir tarafta devletin sosyal politika alanındaki düzenlemeleri ve sosyal hizmet alanında çalışacak nitelikli uzman personele ihtiyaç olduğu düşüncesi; diğer tarafta mesleğin popüler olduğuna yönelik algı, sosyal hizmet bölümlerini cazip hale getirdiği gibi yeni sorunları ve tartışmaları da beraberinde getirmiştir.



Sosyal Hizmet Eğitiminin Güncel Sorunları

Güncel verilere göre Türkiye genelinde 100 civarında üniversitede sosyal hizmet bölümü açılmış bulunmaktadır. Bunlar arasında 20 civarında özel üniversitede ve 40 civarında devlet üniversitesinde sosyal hizmet bölümleri lisans eğitimi vermektedirler. Bunlara ilaveten İstanbul Üniversitesi ve Erzurum Atatürk Üniversitesi bünyesinde uzaktan eğitim veren açık öğretim programları vardır. Bütün bu bölümler hesaba katıldığında geçen yıl üniversitelerin sosyal hizmet programlarına kayıt yaptıran öğrenci sayısı 6 bin 250 civarındadır. Sosyal hizmet bölümlerinde öğrenci kontenjanları her geçen yıl artmakta iken, bölüm mezunlarının aynı oranda istihdamı gerçekleşmemektedir. Bu durum, birkaç yıl içerisinde bölüm mezunlarının birikmesi ve istihdam alanında önemli sorunlarla yüzleşme riskini taşımaktadır. Sosyal hizmet anlayışı ve başarılı uygulamalar şüphesiz her toplumun kendi kültürel yapısı, sosyal ihtiyaçları ve değerleriyle bütünlük arz ederek gelişmektedir. Türkiye'de sosyal değişim ve modernleşme sürecinde geleneksel anlayışın

halen varlığını devam ettirmesi, modern toplumlarda ortaya çıkan ve kronikleşen sosyal sorunların oluşmasını ve görünür olmasını geciktirmektedir. Bu durum, bazı klasik sosyal hizmet teorilerinin ve Avrupa'da geliştirilen uygulama pratiklerinin Türkiye'nin mevcut sosyal yapısıyla uyumsuz olabileceği durumlar ortaya çıkarmaktadır. Bu uyumsuzluğun sebep olduğu yorum farkları sosyal hizmet eğitime de etki etmektedir. Mesela üniversitelerde sosyal hizmet bölümleri farklı fakülteler bünyesinde kurulmaktadır. Hali hazırda kurulmuş olan bölümlere bakıldığında; bazıları İktisadi İdari Bilimler Fakülteleri bünyesinde, bazıları da Fen Edebiyat Fakültesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İnsan ve Toplum Bilimleri Fakültesi gibi farklı fakülteler bünyesinde yer almaktadır. 4 yıllık lisans eğitimi veren bu bölümlerin ortak bir müfredatı da söz konusu değildir. Her bölüm kendi bakış açısı çerçevesinde bir müfredat geliştirip onu uygulamaktadır. Mevcut bölümler arasında koordinasyonun sağlanıp ortak bir müfredat geliştirilmesi ve tüm üniversitelerde aynı müfredatın uygulanması, eğitimin niteliğinin artırılması açısından öncelikli bir ihtiyaçtır. Sosyal hizmet bölümlerinden mezun olanların mesleki unvanı, bu alanda sıkça tartışılan konulardan birisidir. Türkiye'de ilk sosyal hizmet eğitim kurumu olan Sosyal Hizmetler Akademisinden mezun olanların diplomalarına ilk yıllar Sosyal Hizmet Mühendisi yazılmış, sonraki yıllarda da bu unvan değiştirilerek Sosyal Hizmet Uzmanı yazılmaya başlamıştır. Bu bölümlerden mezun olanlar da Sosyal Hizmet Uzmanı unvanını kullanmışlar ve meslek bu isimle tanınmıştır. 2005 yılında Bolonya süreci kriterleri dikkate alınarak YÖK yasasında değişiklik yapılmış ve diplomalara unvan yazılmaması, sadece mezun olunan programın adının ve derecenin belirtilmesi kararlaştırılmıştır. Bu düzenlemeyle beraber sosyal hizmet bölümlerinden mezun olanların unvanı meselesi tartışmaya açılmıştır. 2005 yılında yürürlüğe giren 5395 sayılı Çocuk Koruma Kanunu ve 2013 yılında yürürlüğe giren Sosyal Hizmet Merkezleri Yönetmeliği sosyal hizmet bölümü mezunları için yeni bir mesleki unvanı hüküm altına almıştır. Çocuk Koruma Kanunu'nda Sosyal Çalışma Görevlisi adında bir mesleki unvan zikredilmiş ve sosyal hizmet bölümü mezunları da bu kategoriye dahil edilmiştir. Buna göre Sosyal Çalışma Görevlisi; üniversitelerin psikolojik danışmanlık ve rehberlik, psikoloji, sosyoloji, çocuk

gelişimi, öğretmenlik, aile ve tüketici bilimleri ve sosyal hizmet alanlarında eğitim veren bölümlerden mezun meslek mensuplarını ifade etmektedir. Sosyal Hizmet Merkezleri Yönetmeliği'nde de sosyal çalışma görevlisi aynı şekilde tanımlanmıştır. Bu tanımlamalar, sosyal hizmet bölümlerinden mezun olanların mesleki unvanının yasal dayanağını oluşturmaktadır.

Sonuç

Netice itibarıyla ifade edebiliriz ki; Türkiye'de şehirleşme, modernleşme vb. süreçlerin doğal sonucu olan sosyal ihtiyaçlar, sosyal devlet ilkesi gereği, sosyal politikaları şekillendirmekte ve sosyal hizmetler de bu politikaların uygulama biçimi olarak gelişmektedir. Devletin sosyal politikalarını uygulamada uzman ve nitelikli personel ihtiyacına cevap vermek üzere kurgulanan sosyal hizmet eğitimi, sosyal hizmet anlayışının gelişmesine paralel bir seyir izlemektedir. Günümüzdeki uygulamalara bakıldığında; eğitim alanında kaynak üretimi, alt yapı, standardizasyon ve mezunların istihdamı gibi alanlarda önemli sorunlar söz konusudur. Sosyal hizmet bölümü mezunlarının kurumlarda devletin sosyal politikalarının uygulayıcısı olacakları dikkate alındığında; öncelikle sosyal politikaların istikrarı, toplumun ihtiyaçlarına cevap verebilecek hız ve esnekliğe sahip olması, eğitimlerin de kamu pratiğine uyumlu olacak şekilde geliştirilmesi gerekmektedir.

Kaynaklar

- 2547 Sayılı Yükseköğretim Kanunu
- 2828 Sayılı Sosyal Hizmetler Kanunu
- 5395 Sayılı Çocuk Koruma Kanunu
- 7355 Sayılı Sosyal Hizmetler Enstitüsünün Kurulmasına Dair Kanun
- Abdullah Karatay, Cumhuriyet Dönemi Çocuklara İlişkin Politikanın Oluşumu, Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Basılmamış Doktora Tezi, İstanbul, 2007
- Bedreddin Kesgin, Sosyal Politikanın En Önemli Kurumu: Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, İnsan Hakları Yıllığı, C.30, 2012
- Bülent Karakuş, Sosyal Hizmet Mezunlarının Kadro ve Unvanı "Sosyal Hizmet Uzmanı/Sosyal Çalışmacı", Toplum ve Sosyal Hizmet, C.26, S.2, Ekim 2015
- Emre Kongar, İnsanı Yönlendirme ve Sosyal Hizmetler, Hacettepe Üniversitesi Yay., Ankara, 1978
- Kamil Alptekin, Selami Topuz ve Oğuzhan Zengin, Türkiye'de Sosyal Hizmet Eğitiminde Neler Oluyor? Toplum ve Sosyal Hizmet, C.28, S.2, Ekim 2017
- Nadir Özbek, Cumhuriyet Türkiye'sinde Sosyal Güvenlik ve Sosyal Politikalar, Tarih Vakfı Emeklilik Gözetim Merkezi Yay., İstanbul, 2006
- Sosyal Hizmet Merkezleri Yönetmeliği

Farklı bir bakış ile sosyal hizmet ve eğitimi

Dr. Salih Kenan Şahin



1967 yılında Erzurum'da dünyaya gelen Salih Kenan Şahin, 1990 yılında Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun oldu. Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları Kliniğinde Uzmanlık eğitimi, Gebze Yüksek Teknoloji Enstitüsü'nde İşletme Yüksek Lisansını tamamladı. Özel sağlık kuruluşlarında yöneticilik yaptı ve aktif siyasi çalışmalara katıldı. 2005-2009 yılları arasındaki SSK İstanbul Sağlık İşleri Bölge Müdürlüğü sırasında genel sağlık sigortasının kuruluş çalışmalarına katkı verdi. 2009-2019 yılları arasında iki dönem Pendik Belediye Başkanlığı yapan Şahin, İstanbul Medipol Üniversitesinde öğretim üyesi olarak görev yapmaktadır.

Sosyal hizmet ve eğitiminde, dünyadaki muazzam gelişmelere karşın Türkiye'de açık bir ihmalin varlığı dikkat çekicidir. ABD ve diğer gelişmiş ülkelerle birçok alanda rekabet edebilirken, sosyal hizmet konusunda farkı ve durumumuzu anlamak sorunu çözenin ilk adımıdır. ABD'nin ilk bakışta, doğal dinamiklerindeki zayıflığına, aile yapısındaki bozulmaya, kesimler arası yüksek farka, kültürel karmaşaya ve aşırı bireyselleşmeye rağmen sosyal yapısının ayakta olması şaşırtıcıdır. Bunu sağlayan kamu, özel ve STK bünyesindeki sosyal çalışanların güçlü katkısı ile etkili sosyal sistemlerdir. Çalışma alanlarında oldukça yüksek sayıdaki sosyal çalışmacının etkin çabası, sosyal çalışma bölümlerinin toplumun sorunlarına çözüm üreten akademik birikimi ve politik alanda sahanın ihtiyaçları doğrultusunda düzenlemelerde belirleyici konumları, iyi organize sosyal sistemin temelini oluşturmaktadır. ABD'de sosyal çalışanlar her yerde mevcuttur. "Okullar, aile içi şiddet barınakları, evlat edinme ajansları, mahkemeler ve hapishaneler, hastaneler, tedavi merkezleri, devlet kurumları, kârli, kar amacı gütmeyen ve inanç temelli STK'lar, danışma merkezleri, bakım evleri ve uzun süreli bakım tesisleri, evsiz barınakları, uluslararası organizasyonlar, ordu vb."(2). ABD'deki çalışma istatistikleri sahada çalışan sosyal çalışmacıların en güncel sayılarını vermektedir (Tablo 1) (3).

Ülkemiz sosyal açıdan, kurumları dışın-da da toplumsal dayanışmaya sahip. Bu avantaj gibi dursa da, bilinçsiz yapılan sosyal müdahalelerin zararı daha büyük olmaktadır. Sosyal destek amacına ancak profesyonel yaklaşımla ulaşabilir. Toplumdaki yaygın sosyal problemler ortadadır. Aile içi ve toplumun bütün hücrelerine yayılmış şiddet problemi, korunmaya muhtaç çocuklar, çocuklara yönelik ihmal, istismar, gençlik problemleri, bağımlılıkla mücadele, yaşlı problemleri ülke gündeminin üst sıralarındadır. Eğitimde sosyal destek eksikliği, akademik kaliteyi olumsuz etkilemektedir. Cezaevlerindeki mahkûmların denetimli serbestlik gibi topluma kazandırma faaliyetleri, güvenlikçi bakış dışında bir bilinçle göçün yönetimi, herkesin arzu ettiği politikalar. Tüm bunlar sosyal hizmetin kültürel kodlarımıza uygun etkili çözüm önerilerine ihtiyaç duyuyor. Sosyal hizmet uzmanları (SHU)/sosyal çalışmacılar, sosyal politikaların oluşturulmasında da etkili roller almalıdır. Ülkemizdeki SHU sayısını tam olarak ifade eden sağlam veriler maalesef mevcut değildir. Türkiye'deki birçok alanda güncel rakamlara erişmek mümkünken, sosyal hizmet için aynısını söylemek zordur. Bu kadar büyük ihtiyaç ve geniş roller için sayının yetersizliği yanında, kaydın da yetersiz olması ayrıca sorgulama gerektiren bir durumdur.

SHU sayısı ile ilgili sınırlı veri içinde en geçerlisi BİMER cevabı. Çalışmayı derleyenlere teşekkür etmek lazım. "Kamu

kurum ve kuruluşlarında kaç sosyal çalışmacı ve sosyal hizmet uzmanının görev yaptığı BİMER yoluyla Devlet Personel Başkanlığına (DPB) sorulmuştur. BİMER verilerine (Ocak 2015) göre kapsama giren kamu kurum ve kuruluşlarında 3.274 Sosyal Çalışmacı görev yaparken; 190 kapsamındaki kurumlar başlığında Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Yurtdışı Sözleşmeli Personel 5005 Sosyal Hizmet Uzmanı koduyla 17 kişilik Sosyal Hizmet Uzmanı kadrosu bulunmakta olup bu kadroların 16'sı doludur."(5)

Dünyada sosyal hizmet eğitimi yüz yıl önce verilmeye başlandı. Toplumlarda hayırsever ve inanç merkezli düşünceler ile gerçekleştirilen toplumsal dayanışma ve yardımlaşma davranışının göç, kentleşme ve sanayileşme süreci ile birlikte yetersiz kalması, taleplerin niteliğinin bireysel çabayla karşılanamaması ile önce mesleki ardından da

Tablo 1: 2018 Yılında ABD'de Sosyal Çalışmacı İstihdam Rakamları

Çocuk, aile ve okul sosyal çalışmacıları	320.170
Tıp ve halk sağlığı sosyal çalışmacıları	168.190
Ruh sağlığı ve madde bağımlılığı sosyal çalışmacıları	116.750
Diğer sosyal çalışmacılar	57.440
Toplam	662.550



bilimsel bir perspektif kazanmıştır. Hayırseverlik, gönüllülük, vakıf ve sivil toplum esaslı bir sosyal hizmet, eğitimle profesyonel sosyal hizmet mesleğine dönüşmüştür. Akademik eğitiminin ilk örnekleri olarak İngiltere’de 1890’larda, aynı yıllarda Almanya’da, 1899 yılında Hollanda’da ilk sosyal hizmet okulu açılmıştır. 1898’de New York’ta yaz okulu ile sosyal hizmet eğitimi başlamıştır.

“Türkiye ile Amerikan sosyal hizmetinin kurumsal düzeyde ilk karşılaşması büyük olasılıkla Sabiha Sertel’in 1919’da Columbia Üniversitesine bağlı Sosyal Çalışma Okulunda (New York School of Social Work) eğitime gitmesi ile başlamaktadır”(4). “1923 yılında diplomasını alarak ülkemizin profesyonel anlamda ilk sosyal hizmet mezunu olmuştur.”(5) Sertel soyadının yakın Türkiye tarihi açısından önemine binaen, sosyal hizmet tarihi açısından da daha nitelikli araştırmalara değer olduğunu düşünüyorum.

Ülkemizde profesyonel anlamda sosyal hizmet eğitim başlangıcı dış etkiyle olmuştur. *“Sosyal hizmet eğitimi ABD’li ‘uzmanların’ 1950’li yılların sonunda Türkiye’ye gelip, hükümet üyeleriyle görüşüp, zamanın hükümet üyelerinin bu iş için “Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığına uygun bulmaları ve sosyal hizmetlerin ve sosyal hizmet eğitiminin bu bakanlığın çatısı altında yapılandırılmasıyla başlatılmıştır.”(6)*

1957 yılından itibaren Birleşmiş Milletler adına ülkemizde Müşavir olarak bulunan Miss Hersey’in yürüttüğü çalışmalar, dönüm noktasıdır. *“Miss Hersey’in liderliğindeki çalışmalar sonucu Türkiye’de sosyal hizmetlerin bilime uygun olarak ve profesyonel bir şekilde yeniden örgütlenmesi kararı alınmıştır. 1961 yılında, 7355 sayılı Sosyal Hizmet-*

ler Enstitüsü Kuruluşuna Dair Kanun’un 1. maddesinin gereği olarak Sosyal Hizmetler Akademisi kurulmuştur. Böylece ülkemizde ilk kez sosyal hizmet eğitimi başlamıştır.”(7)

Model olarak ABD eğitim modeli seçilmiştir. *“Türkiye’de sosyal hizmet eğitimi ABD’nin girişiyle başlatılmış ve o dönem ABD’sinin sosyal hizmet verilerine ve modeline göre biçimlendirilmiştir.”(6)* En çok eleştirilen öğretim üyesi meselesi, o tarihte de en önemli problemdi. *“Başlangıç yıllarında Türkiye’de sosyal hizmet alanında eğitilmiş öğretim elemanları olmadığından mesleki dersleri, ikili anlaşmalar çerçevesinde Hollanda, İngiltere, Pakistan, Hindistan gibi ülkelere sağlanan öğretim elemanları, temel bilim derslerini Ankara’daki çeşitli üniversitelerden sağlanan öğretim üyelerinden oluşan uluslararası bir kadro yüklenmiş, buna ilaveten Birleşmiş Milletler Eğitim Müşavirleri ile ders programı çalışmaları yapılmıştır. 3. ve 4. sınıflar oluşunca özellikle sosyal hizmet kuram ve yöntem dersleri için deneyimli öğretim elemanları sağlamak amacıyla Amerika Fullbright Komisyonu ile yapılan anlaşma uyarınca sosyal hizmet bölümlerinin olduğu üniversitelerden öğretim üyeleri gelmiş, ders vermelelerinin ötesinde Türk öğretim üyeleriyle beraber çalışmışlardır.”(7)*

1980’e kadar Bakanlıklara bağlı verilen eğitim, YÖK kanunu ile üniversiteler bünyesine aktarılmıştır. *“Sosyal Hizmetler Akademisi, 12 Eylül askeri darbesi sonrası, 1982 yılında YÖK yasası ile Sosyal Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bölümü birleştirilerek Sosyal Hizmetler Yüksekokulu adıyla Hacettepe Üniversitesi’ne bağlanmıştır.”(7) Bölümden, 2016 yılı bahar dönemi itibarıyla 3.997 öğrenci mezun olmuştur.”(7)*

Dünyada sosyal hizmet eğitimi yüz yıl önce verilmeye başlandı.

Toplumlarda hayırsever ve inanç merkezli düşünceler ile gerçekleştirilen toplumsal dayanışma ve yardımlaşma davranışının göç, kentleşme ve sanayileşme süreci ile birlikte yetersiz kalması, taleplerin niteliğinin bireysel çabayla karşılanamaması ile önce mesleki ardından da bilimsel bir perspektif kazanmıştır. Hayırseverlik, gönüllülük, vakıf ve sivil toplum esaslı bir sosyal hizmet, eğitimle profesyonel sosyal hizmet mesleğine dönüşmüştür.



Sosyal hizmet eğitimi, 2002 yılına kadar 41 yıl boyunca 120 öğrenci alınan tek bir kurumla sınırlı kalmıştır. Hâlbuki 2002 yılında sayısı 50'ye ulaşan tıp fakültelerine 4 bin 556 öğrenci alınmaktaydı.(9) Sadece bir okul ile Türkiye'deki SHU açığını karşılamak ne kadar mümkündür? Amerika örneğinde görüldüğü gibi, çok sayıda kurum da kritik hizmetler verme imkânı ve ihtiyacı olan sosyal hizmet alanının sınırlandırılmasının, Türkiye gerçekleri ile izahı mümkün değildir. Bu konudaki değerlendirmelere bakınca, ihmalin nedeni gaflet mi, ihanet mi anlamak mümkün değil.

Bazı akademik çalışmalarda durum gayet net anlatılmıştır. *“Bugün sosyal hizmet eğitiminde yaşanmakta olan akademik personel eksikliğinin ana nedenini bize göre eğitimin yıllarca tek okula mahkûm bırakılmasında aramak gerekir. Tek okulda sürdürülen eğitim ne sahanın ihtiyaç duyduğu sayıda sosyal hizmet uzmanı ne de sosyal hizmet eğitimi ülke geneline yaygınlaştırabilme-ye olanak sağlayacak akademik personel yetiştirebilmiştir.”*(10)

60 yıla varan geçmişte akademik kadroların yetiştirilmesi konusunda da bir darlık olduğu aşikâr. Tomanbay, içerden bir gözle bu durumu şöyle değerlendirmiş. *“Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmet Bölümünün yıllardır, daha başından beri, ‘Küçük olsun benim olsun’ anlayışıyla, yapay ve toplumdaki kopuk gerçekler üreterek ikinci bir okul açılmasını engelleyenler, engellemeye harcadıkları bu zamanlarını bilimsel çalışmalara ayırmış olsalardı bugünkü yaşadığımız akademik kuraklık yaşanmazdı. Sadece bölüm açılması değil. Bilir misiniz? 1983'te kurulan sosyal hizmet yükseköğretim kurumu o gün dar bir düşünce ile sadece ‘Sosyal Hizmet’ olarak açılan tek anabilim dalının sayısı-*

nı bugün, 30 yıla yaklaşan zaman içinde ikiye üçe çıkaramadı. 30 yılda hala tek anabilim dalı! Gülnüçtür bu! HÜ Sosyal Hizmet Bölümünde tüm zamanlar, yeni bölümler açılması, yeni anabilim dalları açılması, yeni yayınlar yapılması yerine, neden yeni bölüm açılmaması, neden anabilim dalının sayısının artırılmaması gerekçelerini üretmeye çalışmakla geçmiştir.”(1)

2002 yılından sonra sosyal hizmet bölümlerinin açılması yönünde olumlu gelişmeler olmuştur ve yıllar sonra Başkent Üniversitesinde Türkiye'nin ikinci sosyal hizmet bölümü eğitime başlamıştır. *“2006 yılından itibaren yeni bölümler açılmaya başlandı. Bu gelişmeye, Sosyal Hizmetler Yüksekokulunun fakülteleşme çabaları, yönetimin yeni bölümlerin açılması için YÖK'e ilettiği talepler, bazı öğretim üyelerinin yeni bölüm açılması için kişisel girişimleri, dönemin SHÇEK Genel Müdürü'nün şahsi gayretleri, hükümetin üniversite politikası, AB-Türkiye Katılım Müzakerelerinin resmen başlatılmış olması ve 5395 sayılı Çocuk Koruma Kanunu'nda yer alan ‘sosyal çalışma görevlisi’ kavramının başlattığı tartışma katkı sağlamıştır.”*(10)

Yeni bölümlerin oluşması bazı çevreler de memnuniyete değil, rahatsızlığa sebep olduğu anlaşılmaktadır. Bu tepki en ağır ifadelerle kaynak kitaplarda yazılmıştır. *“2000'li yıllarla birlikte sosyal hizmet bölümleri habis bir şekilde çoğalmaya başlamıştır”* (4). Uzun zamanın ihmalî neticesinde, doğal olarak bu sayı artışı plansız, programsız ve eğitim için gerekli altyapı oluşturulamadan gerçekleşmiştir. Bazı üniversiteler Hacettepe Üniversitesinden öğretim üyeleri transfer edebilmiştir. Ancak sayısal yetersizlik nedeniyle birçok üniversitemizdeki sosyal hizmet bölümümü akademisyenlerinin çoğu, farklı alanlardan transfer-

Tablo 2: 2011 Yılına Kadar Sosyal Hizmet Bölümü Açılan Üniversiteler ve Açılış Yılları

Sosyal Hizmet Bölümü Açılan Üniversiteler	Açılış Yılı
Hacettepe Üniversitesi	1961
Başkent Üniversitesi	2002
Selçuk Üniversitesi	2006
Sakarya Üniversitesi	2006
Adnan Menderes Üniversitesi	2006
Ankara Üniversitesi	2007
Düzce Üniversitesi	2009
Yalova Üniversitesi	2009
Maltepe Üniversitesi	2009
Uluslararası Kıbrıs Üniversitesi	2010
Kocaeli Üniversitesi	2010
İstanbul Üniversitesi	2011
Arel Üniversitesi	2011
Lefke Avrupa Üniversitesi	2011
Atatürk Üniversitesi	2011

dir. 1961 yılındaki kuruluş aşamasında yaşanan toplama kadrolarla ihtiyacın karşılanmaya çalışılmasının, 50 yıl sonra tekrarlanması elbette acınacak bir durumdur.

Mevcut SHU sayısının tam olarak bilinememesi, kayıtların yetersizliği ve ülkenin gelecek SHU ihtiyacı belirsizliği, temel sorunlardan biridir. *“Türkiye'nin bugün ve gelecekte ne kadar sosyal hizmet uzmanı ihtiyacı vardır?”* sorusunun referans rakamsal değerlendirmelerin mevcut olmayışı, bu konudaki, azdır, çoktur yorumlarını bilimsel temelden yoksun hale getirmektedir. Bu konudaki belirsizlik sosyal hizmet bölümünün gelişimine de katkı sağlamayan sığ tartışmalara malzeme olmaktan başka bir işe yaramamaktadır. Türkiye'nin SHU

ihtiyacına yönelik rakamları birilerinden beklemek kolaycılıktır. Tüm akademik, idari ve mesleki yapı ülkemiz için SHU ihtiyacına yönelik gelecek kestirimi yapılmasına samimi katkı vermelidir. Sosyal hizmette başarılı ülkeleri örnek alan, Türkiye gerçeklerine de uygun, rasyonel bir şekilde SHU sayısı projeksiyonu ile lisans ve lisansüstü eğitim plan taslakları oluşturulmalıdır. Kanaatimce bu çalışmalar üniversitelerce yapılarak, karar vericilere önerilmelidir.

Gerçek ihtiyaç elbette tam olarak söylenemez. Ancak mukayese ile tahmin yapılabilir. Türkiye'nin yaklaşık 4 katı nüfusa sahip ABD ile mukayese edildiğinde en basit ifadesi ile 150 binden fazla SHU ihtiyacı tahmini yapılabilir. Türkiye'de 2018 yılı için (KKTC üniversiteleri dâhil) eğitim faaliyeti veren 45 sosyal hizmet bölümünde 6 bin 302 öğrenci kaydolmuştur (Tablo 3). Bu kontenjanlar ile ABD düzeyine en erken 20 yıl sonra erişebiliriz.

Yeni açılan bölümlerin akademik altyapı yetersizliği en önemli problemdir. 1961 yılında bölümün kurulmasında yaşanan süreç 2010'lu yıllarda tekrar etmiştir ve halen devam etmektedir. Multidisipliner

bir yaklaşımla, akademik ihtiyacı karşılayacak yüksek lisans ve doktora programları artırılmalıdır. Öğrencilerin staj ve uygulamaları eğitimin çok önemli bir parçasıdır. Ciddi sorunlar yaşanan stajların etkin şartlarda yapılabilmesi için kurumlarla üniversiteler ortak çalışma yapmalıdır. Bugüne kadar başka branşlar tarafından ikame edilen alanlarda SHU kadroları açılması başta olmak üzere, mezunların iş piyasasında daha fazla fırsat bulabilmesi için karar vericiler ile etkili iletişim sağlanmalıdır. Üniversiteler bütün bu konuları alternatif boyutlarıyla akademik çalışmalar yaparak desteklemelidir. Sosyal hizmet bölümleri ulusal eğitim standartlarını tespit edecek ve geliştirecek ortak çalışmalar yapmalıdır. Üniversiteler ve meslek örgütleri güçlü iş birlikleri ve dayanışma ile SHU için etkili inisiyatifler ortaya koymalıdır. Sonuç olarak Türkiye'de ihtiyacı her geçen gün daha iyi fark edilen sosyal hizmet, önünde çözülmesi gereken pek çok sorunun yanında parlak bir ufka sahiptir. Bugüne kadar çokça tartıştığı sorunlarını, içine kapanarak, kurumlarla ve toplumla bütünleştirmeyi sağlayamadan çözmek yerine, tüm taraflarla aktif iş birliği yapan yaklaşıma geçerek çözmelidir.

Kaynaklar

- 1) Tomanbay İ.; Sosyal Hizmetler Gerçekten Nereye? Ya Da Sosyal Hizmetler; Nereden Nereye? <https://www.ilhantomanbay.com/2019/02/04/sosyal-hizmetler-gerçekten-nereye/> (Erişim Tarihi: 17.07.2019)
- 2) Ritter DJ, Ritter JA, Vakalahi DHF, Vakalahi HFO, Kieman-Stern M. 101 Careers in Social Work <http://books.google.cz/books?id=EvfpAr5i9cQC> (Erişim Tarihi: 04.04.2019)
- 3) Bureau of Labor Statistics, U.S. Department of Labor. <https://www.bls.gov/ooh/community-and-social-service/social-workers.htm#tab-7> (Erişim Tarihi: 12.04.2019)
- 4) Çiftçi D. Sosyal Hizmete Giriş Zastrow (çeviri 3. baskı). 3. Çiftçi D, editor. Nika; 2015. i.
- 5) Hizmet S, Karakuş B. Kadro ve Unvanı "Sosyal Hizmet Uzmanı / Sosyal Çalışmacı" Position and Title of Social Work Programme Graduates "Sosyal Hizmet Uzmanı" and "Sosyal Çalışmacı" 1971;169-90.
- 6) Tomanbay İ. 1960'lı Yıllardan 2000'li Yıllara Sosyal Hizmet Eğitimi http://yunus.hacettepe.edu.tr/~tomanbay/ilhan_1960li_yillardan_2000li_yillara_SH_egitimi.docx (Erişim Tarihi: 17.07.2019)
- 7) Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmet Bölümü Tarihçe <http://www.shy.hacettepe.edu.tr/tr/menu/tarihce-9> (Erişim Tarihi: 17.07.2019)
- 8) SHU Demeği. Dünden Bugüne Türkiye'de Sosyal Hizmet Mesleği. https://www.rehabilitasyon.com/makale/DUNDEN_BUGUNE_TUR-2_Dp8v_54 (Erişim Tarihi: 17.07.2019)
- 9) Tab R.K. Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Raporu.
- 10) Zengin O. Türkiye'de Sosyal Hizmet Eğitiminde Mevcut Durum: Tespitler, Analizler ve Öneriler. <https://www.researchgate.net/publication/289672747> (Erişim Tarihi: 17.07.2019)

Tablo 3: 2018 Yılı Üniversitelerimizin Sosyal Hizmet Bölümü Kontenjanları

Üniversite Adı	Kontenjan	Üniversite Adı	Kontenjan
Atatürk Üniversitesi (Erzurum)	2112	İstanbul Aydın Üniversitesi	70
Anadolu Üniversitesi (Eskişehir)	565	Lefke Avrupa Üniversitesi (KKTC-Lefke)	70
İstanbul Gelişim Üniversitesi	210	İstanbul Arel Üniversitesi	64
Bingöl Üniversitesi	185	Fırat Üniversitesi (Elazığ)	62
Hacettepe Üniversitesi (Ankara)	185	Sağlık Bilimleri Üniversitesi (İstanbul)	62
Yalova Üniversitesi	134	Uşak Üniversitesi	62
Nişantaşı Üniversitesi (İstanbul)	130	Yıldırım Beyazıt Üniversitesi (Ankara)	62
Uluslararası Kıbrıs Üniversitesi (KKTC-Lefkoşa)	130	Avrasya Üniversitesi (Trabzon)	60
Cumhuriyet Üniversitesi (Sivas)	124	Biruni Üniversitesi (İstanbul)	60
Erzincan Üniversitesi	124	Girne Üniversitesi (KKTC-Girne)	60
Gümüşhane Üniversitesi	124	İstanbul Esenyurt Üniversitesi	60
Sakarya Üniversitesi	124	İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi	60
İstanbul Medipol Üniversitesi	120	Kto Karatay Üniversitesi (Konya)	60
Celal Bayar Üniversitesi (Manisa)	93	Kocaeli Üniversitesi	54
Üsküdar Üniversitesi (İstanbul)	90	Bitlis Eren Üniversitesi	52
Ankara Üniversitesi	82	Kırıkkale Üniversitesi	52
Selçuk Üniversitesi (Konya)	82	Necmettin Erbakan Üniversitesi (Konya)	52
Adnan Menderes Üniversitesi (Aydın)	77	Ondokuz Mayıs Üniversitesi (Samsun)	52
Yakın Doğu Üniversitesi (KKTC-Lefkoşa)	75	Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi (Rize)	52
Maltepe Üniversitesi (İstanbul)	73	Başkent Üniversitesi (Ankara)	50
Düzce Üniversitesi	72	Adıyaman Üniversitesi	41
İstanbul Üniversitesi	72	İstanbul 29 Mayıs Üniversitesi	30
Karabük Üniversitesi	72	Toplam	6.302

Bakımın insan yönü: manevi bakım

Prof. Dr. Ayşe Okanlı



1996 yılında Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulundan mezun olan Ayşe Okanlı, 1999 yılında Psikiyatri hemşireliği yüksek lisansını, 2003 yılında doktora eğitimini Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünde tamamladı. 1997-2016 yılları arasında Atatürk Üniversitesinde çalıştı. 2011 yılında doçent, 2017 yılında profesör oldu. Onkoloji alanında yürüttüğü TUBİTAK BAP projeleri ve uluslararası dergilerde çeşitli çalışmaları bulunan Okanlı, İstanbul Medeniyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı olarak görev yapmaktadır.

Sağlık bakımının amacına ulaşmasında en kapsamlı yaklaşım bütüncül/holistik yaklaşımdır. “Hastalık yoktur, hasta vardır” anlayışını temel alan bu yaklaşıma göre birey; bedensel, zihinsel, duygusal, sosyokültürel, manevi boyutlarıyla bir bütündür. Bu boyutların her biri diğeri ile karşılıklı olarak ilişkili ve birbirine bağımlıdır. Geçmişten günümüze şifa, maddi olarak aranırken, madde ötesi güçlerin yani maneviyatın rolü de hep bu arayışa eşlik etmiştir. İnsanların özellikle hastalık gibi zorlu süreçlerde manevi arayışlar içine girmeleri ve bu konuda hassas yaklaşımlar göstermeleri bu alanın önemli bir güç kaynağı olarak bakımın içinde yer alması gerekliliğini ortaya koymuştur. Kişinin beden, zihin ve duygu yapısını bilmeden o hastaya bir iyileştirme yapabilmenin mümkün olmadığını söyleyen İbni Sina aslında manevi bakımın da özünü açıklamıştır. Maneviyat tanımlanması karmaşık ve zor bir terimdir. Maneviyat tanımlarının özellikle dini ve kültürel faktörlere göre değişebilmektedir. Maneviyat, bireyin kendisi ve diğer insanlarla ilişkilerini, evrendeki yerini, varoluş sebebini dini değerlerini, inançlarını, yaşamın anlamını anlama ve kabul etme çabasıdır. Yaşamın amacını oluşturan, bireye anlamlı gelen unsurları içerir ve insan olmanın önemli bir parçasıdır. Manevî bakım, birçok Avrupa ülkesinde genel sağlık hizmetlerinde ve evde veya kurumda sosyal bakım hizmetlerinde önemli bir

role sahiptir. İbadetler, dualar, bireyi rahatlatan uygulamalar ve diğer manevî tedavi yöntemleri manevî bakım hizmetlerini kapsamaktadır. Ülkemizde özellikle son yıllarda onkoloji alanları başta olmak üzere manevi bakımın önemi ve gerekliliğini vurgulayan çalışmalar dikkat çekicidir. Son yıllarda maneviyatın, hastanın bakımında ve tedavisinde çok önemli bir yere sahip olduğu görülmektedir ve sağlık elemanlarının manevi gereksinimleri doğru tanımlayarak uygulayabilme becerisini geliştirmesi gereklidir. Özellikle konuyla ilgili araştırma sonuçları manevi bakımın gerekliliği ile ilgili sağlık çalışanlarının olumlu düşündüğünü ancak kendilerini bu alanda yeterli hissetmedikleri göstermiştir. Manevi bakım insan olduğumuzu ve insana bakım verdiğimizizi hatırlamakla başlar. İnsan olabilmek çok büyük bir meziyet ve içinde çok önemli değerleri barındırır. Sevgi, şefkat, merhamet, saygı, kabullenme, inanç ve umut gibi. Florence Nightingale sağlık için, “*Manevi gereksinimler vücudu oluşturan fiziksel organlar kadar önemli bir öğedir. Hepimizin gözlemlediği fiziksel durum zihnimizi ve ruhumuzu etkileyebilir*” diyerek manevi gereksinimlerin fiziksel ihtiyaçlar kadar önemli olduğuna vurgu yapmaktadır. Manevi bakım, çok disiplinli, ekip ile iş birliği içinde; hastaların manevi ihtiyaçlarını değerlendiren ve bunları ele alan girişimlerin bütünüdür, temel duygusu sevgidir. Manevi bakım, insanı anlamakla başlamalı, ilişki ve

iletişimle gelişmeli ve ihtiyaç duyulan her yöne göre değişim göstererek bireyselleşmelidir. Uzun zamandır farklı hastalık gruplarıyla yaptığım çalışmalar ve özellikle onkoloji hasta ve yakınlarıyla yaşadığım deneyimler manevi bakımın, bakımın ayrılmaz bir parçası olduğunu ve hastaların inançlarının, dini değerlerinin, hastalığa yükledikleri anlamların tedavi süreci ve sonrasını nasıl etkilediğini açıkça göstermiştir. Hayatın anlamını hastalığı ile öğrendiğini, yapılacak çok fazla bir şey yok denildiğinde aslında hiçbir şey yapılmadığını ve yapılabilecek çok şeyin olduğunu, hiç umutsuzluğa kapılmadığını ve asla pes etmediğini, en önemli gücünü inancından aldığını ifade eden hastalarımız. Hastalıkları aynı fakat yaşam hikâyeleri ve beklentileri farklı bireyler.

Hastalıklarla birlikte ortaya çıkan manevi gereksinimler şu şekilde sıralanabilir:

- Hastalığı anlamlandırma “neden ben” sorusunun cevabını bulma: Meme kanseri tanısı konulan 30 yaşında evli bir kız çocuğu olan D. Hanım ile ilk karşılaşmamda “Neden ben henüz çok gencim ve gerçekten hiç kimseyi bilerek üzmedim kötü bir insan değilim”

- Hastalığa anlam yükleme

- Manevi inançların kabul edildiği, saygı gösterildiği desteklendiği bakım alma,



- "Farklı konulara yoğunlaşma, hastalık, tedavi süreçleri dışında zihnini farklı şeylerle meşgul etme isteği, hastalığım bana gizli yeteneklerimi keşfetmemi sağladı"

- Ölümü kabul etme ve bununla başa çıkma

- Affetme ve affedilme, "beni üzenleri affettim ve şimdi daha iyi hissediyorum"

- Şükretme ve umut etme

Maneviyat ve umut en çok çalışılan alanlardan biridir. Umut bireyin inançları ve güven duygusu üzerinde etkilidir. Umut neyin gerçek ya da mümkün olabileceği ile ilgilidir. Jean-Paul Sartre "Umutsuzluk; insanoğlunun kendine karşı hazırlayabileceği suikastların en korkuncudur, umutsuzluk manevi bir intihardır" sözü, aslında gücün bireyin içinde olduğunu ve bunu açığa çıkarmada desteğe ihtiyaç duyduğunu vurgulamaktadır. Gücünü insan sevgisinden alan mesleklerin özünde maneviyat vardır ve hem bakım alan hem de bakım veren için manevi doyum sağlar. Hastalıklarımız, yaşanan zorluklar

aslında hepimiz için bir gelişme fırsatı ve ruhsal gücümüzü keşfetmemizde farkındalık noktalarıdır. Hz. Mevlana'nın dediği gibi "Sıkıntılar misafirdir, gelir ve gider. Önemli olan gönderenin hatırına misafire sabretmektir".

Sonuç

Manevi bakım, bakımın vazgeçilemeyecek önemli bir parçasıdır. Hasta bakımının manevi boyutunun ele alınması ve sağlık çalışanlarında bu konuda farkındalık oluşturulması çok önemlidir. Manevi bakımın geliştirilmesine yönelik eğitimler, sertifika programları ve özellikle tıp ve sağlık bilimleri eğitim programları içinde yer alması gereklidir. Bu bağlamda teorik bilgilerin uygulamaya dönüştürülmesi ve örnek uygulamaların artırılmasının farkındalık oluşturmada etkili olacağı düşünülmektedir. Sağlık elemanı yetiştiren tüm eğitim kurumlarımızın müfredat programlarını güncelleyerek insanı seven ve değer veren sağlık elemanı yetiştirmeye özen göstermesi önemlidir. Ülkemizde özellikle son yıllarda önemli çalışmalarla sonuçlar ortaya çıkarılmış ancak uygulama alanlarında hala sorunlar yaşanmaktadır. Sağlık çalışanlarının bütüncül

yaklaşımla bakım verebilmesi için bireyin manevi gereksinimlerini doğru saptayabilmesi bireyselleştirilmiş bakım için doğru müdahaleleri planlayıp uygulayabilmesi önemlidir. Mesleki bilgi ve becerilerimizi manevi dokunuşlarla güçlendirme umuduyla.

Kaynaklar

Abuatq A. *Spiritual Care for Critical Care Patients. International Journal of Nursing & Clinical Practices.* 2015; 2(6): 14-18.

Bakır E, Samancıoğlu S, Kılıç SP. *Spiritual Experiences of Muslim Critical Care Nurses. Journal of Religion and Health.* 2017; 5(8): 1-11.

Boztürk, M. ve Ardic, E. *Maneviyat ve Sağlık, G.O.P. Taksim E.A.H.JAREN .* 2017; 3 (Ek Sayı): 39-45.

Çelik A, Özdemir F, Durmaz H, Pasinlioğlu T. *Hemşirelerin Maneviyat ve Manevi Bakımı Algılama Düzeyleri ve Etkileyen Bazı Faktörlerin Belirlenmesi, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi;* 2014 1(3): 1-12.

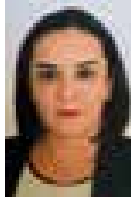
Erişen, M. ve Sivrikaya, S. K. *Manevi Bakım ve Hemşirelik, Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi,* 2017;6(3): 184-190.

Karagül A. *Manevi Bakım: Anlamı, Önemi, Yöntemi ve Eğitimi (Hollanda Örneği). Dini Araştırmalar,* 2012,14(40): 5-27.

Ramezani M, Ahmadi F, Mohammadi E, Kazemnejad A. *Catalysts to Spiritual Care Delivery: A Content Analysis. Iranian Red Crescent Medical Journal.* 2016, 18(3): 58-62.

Tıbbi sosyal hizmet

Dr. Öğr. Üyesi Sayra Lotfi



Tebriz Azad Üniversitesi Psikoloji Bölümünde lisans eğitimi tamamladı. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmet Bölümünde doktorasını tamamladı. Ankara'da Altın Çatı Bakım Evinde psikolog olarak çalıştı. İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Hizmet Bölümünde görev yaptı. 2018 yılından bu yana İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu Sosyal Hizmet Bölümü Başkanı olarak görev yapmaktadır.

Sağlığın tanımı, geçtiğimiz 150 yıl boyunca kültüre ve döneme göre değişiklik göstermiştir. Sağlıklı bireyi tanımlarken temel kriterler; insanların yaşamlarını sürdürebilmelerinden hasta olmamalarına, günlük aktivitelerini yerine getirebilme yeterliliklerinden mutluluk duygusuna sahip olmalarına ve iyilik halinin sağlanmasına kadar değişiklikler göstermiştir (1). Dünya Sağlık Örgütü sağlıklı olma halini; “yalnızca hastalığın olmaması durumu olarak değil, fiziksel, ruhsal ve toplumsal olarak tam bir iyilik hali” şeklinde tanımlamaktadır. Günümüzde Dünya Sağlık Örgütü’nün tanımına en yakın kullanım, Slee (1996) ve diğerleri tarafından yapılmıştır. Slee, sağlığın “iyilik halinin yanı sıra günlük hayatın kaynağı” olduğunu belirtmektedir. Sağlıklı olmak, toplumsal olarak kabul gören çeşitli kriterin yanında bireysel talepleri de içermektedir. Öte yandan sağlıklı olmanın bir kriteri olan iyilik haline ilişkin çeşitli eleştiriler mevcuttur. İyilik halinin kişiden kişiye değişiklik göstermesi ve ölçülmesinin zor olması bunlardan bazılarıdır. Bireyin iyilik halini belirleyen şahsi yaşam alanıdır. Bu, birileri için iş doyumu iken başka birileri için ilişkileri olabilir. İyilik halini olumsuz etkileyen yoksulluk, işsizlik, kültürel normlar, ailevi ilişkiler, politik rejimler ve savaşlar gibi birçok faktör sağlığı etkileyen ortak unsurlar olarak sayılabilir. Ani hastalanmalar, aşı olmak veya haksızlığa uğramak gibi durumlar, iyilik halini birdenbire ve tamamıyla değiştirebilmektedir (2). Tüm bu durumlar göz önüne alındığında bireyin sağlıklı olma halinin biyolojik, psikolojik ve sosyal bileşenlerinin olduğu görülür.

Sağlık alanında geçmişten bugüne yaşanan değişime paralel olarak çeşitli sağlık modelleri ortaya konmuştur. Bunlar tıbbi (medikal) model, sosyal model ve biopsikososyal modeldir. Medikal modele göre

belirtiler bozukluğa (hastalığa) sebep olur ve bu bozukluk ilaçlarla tedavi edilmelidir. “Hastalık her zaman vardır” prensibini benimseyen medikal model, hastalığın nedenlerini araştırmada ve tedaviyi belirlemede önemli bir ilk adım olarak hastalığın teşhisini ve etiketlenmesini vurgular. Geleneksel tıp yaklaşımı adıyla da ifade edilen medikal model; hastalıkları genetik durumlara, virüslere ya da diğer biyomedikal nedenlere dayandırır.

Sosyal model ise hastalıkların nedeni konusunda sosyal ve çevresel faktörlere bakmaktadır. Bu ikinci yaklaşım; iktidar, baskı ve toplumsal dışlanma konularını gündeme getirmektedir. Sosyal model, sosyal hizmetin genel bütüncül yaklaşımıyla iyi uyumlamakla birlikte ruh sağlığı alanında sosyal çalışmanın temel mantığıdır. Ancak tıbbi model kadar etkili değildir (3). “Sadece hastalığın kaynakları üzerinde durulmaz” prensibini benimseyen sosyal yaklaşıma göre hastalığın önlenmesi de önemlidir. Önleme konusunda iki olası yaklaşım mevcuttur: Bunlar savunmasızlık faktörlerini azaltmak veya insanların daha olumlu tepkiler geliştirmelerine yardımcı olmaktır. Böylece bireyin stresli durumlara daha iyi dayanma konusunda direncini artırmak için çalışılır. Bu yaklaşımlar; sosyal dışlanmanın, ırkçılığın ve yoksulluğun etkilerini içeren sosyal faktörlerin çoğunun sosyopolitik boyutunu içerir (4). Biopsikososyal yaklaşıma göre fiziksel ve psikolojik şartlarla sosyal çevrenin şartları birbirlerini etkilemektedir. Bu şartlar, müracaatçı ve ailelerini anlamak ile onlara yardım etmek için dikkate alınmalıdır (5).

Engel’e göre biopsikososyal model; hastalığın biyolojik, sosyal, çevresel, psikolojik ve davranışsal yönlerini ele almaktadır. Bu model; temelde hastalığın biyolojik nedenlerine odaklanan, medikal modelin kapsamını genişletmektedir. Biopsikososyal model, hastalığın tıbbi

olmayan nedenleriyle biyolojik nedenlerini beraber ele alır (6). Sosyal hizmet, temelde birey ve sosyal çevresi arasındaki etkileşime odaklanır; psikososyal ve ekonomik eksenli sorunların ortadan kaldırılması sorumluluğunu taşır. Sosyal hizmet uygulamasının amacı, hasta ve ailesine yönelik psikososyal açıdan desteklemek; birey, aile ve toplumsal düzeylerde refah düzeyini yükseltmek; bireylerin hayatları üzerindeki gücü ve kontrolü artırmak ile sosyal adalet ilkelerini geliştirmektir (7).

Sağlık elamanlarının hastanın sosyal durumu, alışkanlıkları, aile ilişkileri, geliri vb. konularla ilgilenmemeleri üzerine tıbbi sosyal hizmet ortaya çıkmıştır. Sosyal durumu ihmal edilen hastalar ve aileleriyle ilişki kuracak, sorunlarının çözülmesine yardımcı olacak bir meslek elemanının istihdam edilmesinin gereği ortaya çıkmıştır. Tıbbi sosyal hizmet ilk kez 1905 yılında ABD’de Boston Massachusetts General Hospital, New York Bellevue Hospital, Baltimore John Hopkins Hospital, Boston Berkeley Infirmary Hospital gibi hastanelerde resmen uygulanmaya başlanmıştır (8).

Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi’ne göre tıbbi sosyal hizmet; “ayakta ya da yatakta tedavi gören hastaların tıbbi tedaviden etkili bir şekilde yararlanması, sosyal sağlığının korunması ve geliştirilmesi, tedavi sürecinde hastanın ailesi ve çevresi ile ilişkilerinin düzenlenmesi, tedavi sürecini etkileyen psikososyal ve sosyoekonomik sorunlarının zamanında çözülerek sosyal işlevselliğini yeniden kazanması amacıyla yürütülen sosyal hizmet uygulaması”dır.

Sağlık merkezlerinde psikososyal hizmet sunan tıbbi sosyal hizmet uzmanları hastalık hakkında, hastalığın sebebi ile ortaya çıkan psikososyal sorunlar ve bu sorunları ele almada kullanılan müdahale becerileri



konusunda bilgi sahibidir. Öğrenimleri süresince aldıkları eğitim ve beceriler, onları hastalarla çalışmak için yetkinleştirir. Çevresi içinde birey yaklaşımını kullanan sosyal hizmet mesleği, çalışmalarında öncelikle, birey ve çevresi arasında karşılıklı ilişkiyi inceler ve bireyin çevresi ile bu etkileşimden nasıl etkilendiğini ele alır. Sosyal hizmet uzmanları; bireylerin aile, arkadaş, iş, sosyal hizmet kuruluşları, sağlık, eğitim, din, kültür, hükümet gibi unsurlarla dinamik bir ilişki içinde olduğunu kabul eder. Çevresi içinde birey, ilişki kümesi içinde hem neden hem sonuç olarak bir bütündür. Sosyal hizmet uzmanı, önce bireyi sonra çevresini değerlendirmez; aksine bireyin çevresi içinde tedavi görmesi gerektiğini savunur. Müracaatçının psikososyal ihtiyaçlarını ele alırken ilk müdahalesi kişi ve çevresi arasındaki etkileşimi geliştirmektir.

Tıbbi sosyal hizmet uzmanlarının yaklaşımı; hastanın ilişkileri, kaynakları, tanıyı kabullenme ve tedavinin gerektirdiklerini yapma konusundaki yerini daha geniş bir çerçevede değerlendirmesine katkıda bulunur. Hastayla değerli bir insan olarak iletişime geçer; hastalığın

teşhisini kabullenmesine yardım eder ve çevrenin bireyin ihtiyaçlarına cevap verme düzeyini güçlendirecek müdahalelerde bulunur. Tıbbi sosyal hizmet uzmanları hem müracaatçı hem de ailesini bakım konusunda hazırlar. Araştırmalara göre yaşamının sonunda olan ve sevilen bir bireye verilen destek, hem duygusal hem fiziksel anlamda zorlayıcıdır. Bu nedenle aile üyelerinin ihtiyaçlarını bilmek ve bunlara karşı hassas olmak çok önemlidir.

Savunuculuk ile kaynak sağlama, sosyal hizmet uzmanlarının sahip olduğu becerilerdir ve hastalarla çalışırken doğrudan kullanılmaktadır. Tıbbi sosyal hizmet uzmanları, aile üyeleri ve sağlık çalışanları ile hasta haklarını savunuculuk görevi üstlenmekte ve aile üyelerinin ihtiyaçlarını da savunmaktadır. Buna ek olarak hastanın savunuculuğunu üstlenmek için sosyal hizmet uzmanlarının talep edilen ve ihtiyaç duyulan kaynakları sağlama konusunda becerisi olması gerekmektedir. Çevresi içinde birey yaklaşımı, sosyal hizmet uzmanının hastayı ilk değerlendirmesi sırasında başlar ve içinde yaşadığı çevreyi de içerir. Ailenin, yaşanılan çevrenin, devletin ve refah sistemlerinin tanınması,

Tıp alanında, hastalıkların tanısı ve tedavisi sürecinde uzun süre sosyal alan dikkate alınmamıştır. Bu nedenle yirminci yüzyılda ortaya çıkan sosyal hizmet disiplini, en başından itibaren sağlık alanındaki uygulama çerçevesinde bireyin sosyal çevresinin önemini vurgulamıştır. Sosyal hizmet bireyi yalnızca bedensel ve ruhsal bir varlık olarak değil, aynı zamanda sosyal bir varlık olarak görmüş; bireyin sağlık sorunlarının çözümü sürecine bütüncül bir çerçeve ile bakılmasını savunmuştur.



sosyal hizmet uzmanına mevcut kaynaklar ve bu kaynakların nasıl elde edileceği konusunda bilgi verir.

Amerikan Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği (NASW) tarafından hastalara, ailelere ve bakım elemanlarına sunulan sağlık bakım sisteminde karşılaşılan engelleri aşmaya, ön tanıdan başlamak üzere kanser aşamalarının tümünde kaliteli sağlık ve psikososyal hizmetlere erişmeyi kolaylaştırmaya yönelik bireysel yardımlar tanımlanmaktadır. Yönlendirme süreçleri, hemşirelik ve sosyal çalışma için büyük öneme sahiptir. Hemşireler ve sosyal hizmet uzmanlarının hasta yönlendirme süresince mesleki bilgi ve becerileri artmaktadır. Mevcut araştırma sonuçları ve ampirik raporlara göre yönlendirme hizmetlerinden elde edilebilecek en iyi sonuç; yönlendiren kişinin bilgi ve becerisinin temel mesleki eğitimin çok ötesinde olması, toplumsal değerlendirme yapma becerisine sahip olması ve ihtiyaç duyulan bakım ve hizmetlere zamanında erişmeyi engelleyen sistemin engellerini aşmak için müdahaleler geliştirmesi ile alınmaktadır (9).

Hasta yönlendirme hizmetlerinin değişmesi ve gelişmesi nedeniyle tıbbi sosyal hizmet uzmanları hastaları, aileleri, sağlık çalışanlarını ve halkı hasta yönlendirme konusunda bilgilendirme rolüne sahiptir. Hastalar, aileler ve hasta yönlendirme rolünü üstlenen bireyler için en iyi ve istenen sonuçlara ulaşma konusunda zorluklar bulunmaktadır.

Tıbbi sosyal hizmet uzmanları tarafından doğrudan yürütülen hizmetler şunlardır:

- Araştırma ve psikososyal değerlendirme
- Hastalığın kolaylaştırılmasını sağlamak

- Bireyin, ailenin psikolojik danışmanlığı ve grup psikoterapisinin sağlanması
- Taburculuk organizasyonu yapmak
- Öneriler vermek
- Savunmak

Tıbbi sosyal hizmetin sunulması ve etkili uygulanması sanatta ve bilimde olduğu gibi önemlidir. Sosyal hizmet uygulamasının amacı, insanların sorun çözme ve sorunlarla başa çıkma kapasitesini artırma; insanları kaynak, hizmet ve fırsat verebilecek sistemlerle ilişkiye geçirme; bu sistemlerin etkili ve insanca işleyişini sağlama; sosyal politikanın gelişmesi ve ilerlemesine katkıda bulunmadır. Tıbbi sosyal hizmet uygulamaları ise hastanın tıbbi bakımı ve tedaviyi kabul etmesi, sağlık problemleri nedeniyle hasta ve ailesinin yaşadığı stresin azaltılması ve hastanın hastalığı ve içinde bulunduğu koşullar nedeniyle ortaya çıkan problemlerini çözme amacına yönelmiştir. Tüm bu amaçlar; başlangıç, planlama, hizmetin verilmesi, değerlendirme, sonlandırma ve takip aşamalarını kapsayan bir dizi mesleki müdahale sonucunda gerçekleştirilir (10).

Tıbbi sosyal hizmetin odağı hasta bakım etkinlikleri ile ilgilidir. Tıbbi sosyal hizmet, hastanın tedavisi sırasında, hastayı etkileyen sosyal ve duygusal sorunların çözümü ile uğraşır. Sosyal hizmet mesleği, bireyle çalışma ve grup çalışması yönteminin kullanıldığı bir uygulama alanıdır. Onkoloji hastasına yapılan tedaviler bir ekip işidir ve bu ekip içinde sosyal hizmet uzmanları önemli mesleki işlevler üstlenirler (11).

Tıp alanında, hastalıkların tanısı ve tedavisi sürecinde uzun süre sosyal alan dikkate alınmamıştır. Bu nedenle yirminci yüzyılda ortaya çıkan sosyal hizmet disiplini, en başından itibaren sağlık alanındaki

uygulama çerçevesinde bireyin sosyal çevresinin önemini vurgulamıştır. Sosyal hizmet bireyi yalnızca bedensel ve ruhsal bir varlık olarak değil, aynı zamanda sosyal bir varlık olarak görmüş; bireyin sağlık sorunlarının çözümü sürecine bütüncül bir çerçeve ile bakılmasını savunmuştur. Sosyal hizmet uygulamasında, gerek mikro düzeyde bilişsel, psikolojik ve duygusal; gerekse makro düzeyde kültürel, ekonomik ve sosyopolitik uzantıları olan çok yönlü sosyal sorunların çözümünde grup dinamiklerinden yararlanılması ön görülmektedir (12).

Kaynaklar

- 1) Somunoğlu, S. (1999). *Kavramsal Açıdan Sağlık. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 4: 1.
- 2) Top, M.Ş., Özden, S.Y., Efe Sevim, M. (2003). *Psikiyatriye Yaşam Kalitesi. Düşünen Adam*. 16:1. 18-23.
- 3) Hothersall, S., Maas-Lowit, M., & Golightley, M. (2008). *Social Work and Mental Health in Scotland*.
- 4) Platt, L (2007) *Poverty and Ethnicity in the UK*. Bristol: Policy Press.
- 5) Cowles, LAF. (2000). *Social Work in the Health Field, a Care Perspective*. New York: The Haworth Press.
- 6) Gehlert, S., Browne, T.A. (2006). *Handbook of Health Social Work*. New Jersey: John Wiley & Sons Publishing.
- 7) Oral, M. & Tuncay, T. (2012). *Ruh Sağlığı Alanında Sosyal Hizmet Uzmanlarının Rol ve Sorumlulukları. Toplum ve Sosyal Hizmet*, 23: 2.
- 8) <https://slideplayer.biz.tr/slide/2935531/> (Erişim Tarihi: 16.07.2019).
- 9) *Oncology Nursing Society, the Association of Oncology Social Work, and the National Association of Social Workers Joint Position on the Role of Oncology Nursing and Oncology Social Work in Patient Navigation*. (2010). *Oncology Nursing Forum*, 37(3).
- 10) Mutlu, E. (2007). *Hemodiyaliz Hastalarının Sosyo-Demografik Özellikleri, Sosyal Destek Kaynakları VE Hastalık Sürecinin Benlik Saygısına Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi*.
- 11) Yıldırım, B., Acar, M. ve Tuncay, T. (2013). *Onkoloji Alanında Sosyal Hizmet Uzmanlarının Görevleri ve Kanıta Dayalı Değerlendirme. Toplum ve Sosyal Hizmet*, 24, 1.
- 12) Tuncay, T. (2010). *Kanserle Baş Etmede Destek Grupları. Toplum ve Sosyal Hizmet*, 21 (1).



ERİŞKİN-PEDİATRİK KEMİK İLİĞİ VE KÖK HÜCRE NAKLİ MERKEZİ

Hayata tutunanlar...

Modern tıbbın umut veren tedavi yöntemi:
Kök Hücre-Kemik İliği Nakli

GÜNÜMÜZ TEKNOLOJİSİNİN ULAŞTIĞI TÜM İMKANLARA SAHİP MERKEZİMİZDE
KEMİK İLİĞİ VE KÖK HÜCRE NAKLİ
DENEYİMLİ AKADEMİK BİR KADRO TARAFINDAN YAPILMAKTADIR.

► MULTİPL MİYELOM ► LENFOMA (HEMATOLOJİK LENF BEZİ KANSERİ) ► AKUT LÖSEMİ (KAN KANSERİ) ► KRONİK LÖSEMİ
► KEMİK İLİĞİ YETMEZLİĞİ ► APLASTİK ANEMİ ► YAŞLILARDA GÖRÜLEN BİR ÇEŞİT KEMİK İLİĞİ YETMEZLİĞİ OLAN MDS



Kuruluşumuz,
Akademik Tıp Merkezi
Hastanesi olarak
JCI tarafından
akredite edilmiştir.



Afet yönetim süreçlerinde sosyal hizmetler

Hakan Benli



Hacettepe Üniversitesi Fen Fakültesi İstatistik bölümünden 2008 yılında mezun oldu. Kamuoyu araştırmaları sektöründe bir yıl boyunca görev aldı. 2011-2013 yılları arasında Emniyet Genel Müdürlüğü Trafik Eğitim ve Araştırma Dairesinde İstatistikçi olarak çalıştı. 2013 yılında uzman yardımcısı olarak AFAD'a girdi. 2017 yılında AFAD Uzmanı olarak atandı. Suriye krizinin ilk anlarından itibaren gerek saha araştırmaları gerekse göç stratejileri üzerine çalışmalarda bulundu. Halen Bilgi Yönetimi Grup Başkanı olarak görevini sürdürmektedir.

Dr. Mehmet Güllüoğlu



Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun olan Mehmet Güllüoğlu, aile hekimliği, insani sağlık yardımları, Avrupa Birliği projeleri gibi çeşitli eğitim programlarını başarıyla tamamladı. Sivil toplum kuruluşları bünyesinde çok sayıda insani yardım çalışmalarına katıldı. Yeryüzü Doktorları Derneğinde yöneticilik görevlerinde bulundu. 2013-2017 yılları arasında Türk Kızılay Genel Müdürlüğü görevini üstlendi. Türk Kızılay bünyesinde kurulan Göç Hizmetleri Müdürlüğü gibi birçok projenin hayata geçirilmesinde önemli rol oynadı. İstanbul Üniversitesinde Halk Sağlığı doktora programına devam eden ve 2017 yılından bu yana Afet ve Acil Durum Yönetimi (AFAD) Başkanlığı görevini sürdüren Güllüoğlu, aynı zamanda Cumhurbaşkanlığı Sosyal Politikalar Kurulu üyesi olarak çalışmalarını sürdürmektedir.

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.

Afete yönetimindeki iki ana eksen, risk yönetimi ve kriz yönetimidir. Olay meydana gelmeden önce ve sonra riski, olay meydana geldiğinde ise krizi yönetmek temel prensiptir. Her iki durumda da insan odaklı bir anlayış benimsenmektedir. Dolayısıyla afetin insana olan etkilerinin yönetiminde temel eksenlerden biri de sosyal hizmetlerdir. Bu eksenin doğru yönetilmesi hem afete dirençli toplum oluşturmada hem de afetin etkilerinin giderilmesinde kritik bir öneme sahiptir. Afetlerde sosyal hizmetler; zarar gören kişilere, ailelere, gruplara ve topluma sosyal güvenlik, eğitim ve sağlık kapsamında sunulan bütün hizmetleri ifade etmektedir. Sosyal yardımlar ve incinebilir gruplara sağlanan başta rehabilitasyon olmak üzere diğer hizmetler de bu kapsamdadır. Afetlerden zarar gören kişileri, afetin neden olduğu psikososyal etkileri de göz önüne alarak sınıflayan Taylor ve Frazer (1981) temelde beş grup tanımlamıştır:

- Afete doğrudan maruz kalan ve afeti yaşayanlar,
- Afeti yaşayanların aile, akraba ve arkadaşları,
- Afetle mesleki ilişkisi olan afet çalışanları,

- Gönüllüler de dâhil olmak üzere afette yer alan toplum,
- Afetten doğrudan zarar görmeyen ancak özellikle basın vasıtasıyla tanıklık eden kişiler.

Afetten zarar gören kişilere sunulacak sosyal hizmet faaliyetlerinde ilk ve öncelikli grup, kriz yönetiminin de bir gereği olarak afete maruz kalmış kişiler ve yakınlarıdır. Şüphesiz diğer gruplara sunulacak hizmetler de önemli olmakla birlikte akut evrede ilk olarak afete maruz kalmış bireylere ulaşmak ve gerekli desteği sağlamak temel prensiptir. Bu bakımdan afet yönetiminde sunulan sosyal hizmet çalışmaları, afet sonrası iyileştirme faaliyetleri ile sınırlı değildir; tam da müdahale aşamasının ilk anlarından itibaren başlamaktadır.

Afetin ilk anlarında psikososyal destekle başlayan sosyal hizmetler, afetin ardından yıllar sonrasına uzanan bir süreci kapsamaktadır. Afetlerde psikososyal destek; afet sonrası ortaya çıkabilecek psikolojik uyumsuzlukların/bozuklukların önlenmesi, aile ve toplum düzeyinde ilişkilerin yeniden kurulması/geliştirilmesi, etkilenenlerin normal yaşamlarına geri

dönmesi sürecinde kendi kapasitelerini fark etmeleri ve güçlenmelerinin sağlanması, toplumda gelecekte ortaya çıkması muhtemel afet ve acil durumlarla başa çıkma/iyileşme/toparlanma becerilerinin artırılması, yardım çalışanlarının desteklenmesini içeren ve afet döngüsünün her aşamasında yürütülen çok disiplinli hizmetler bütünü olarak ifade edilebilir. Afetler sonrası psikososyal desteğin bir nevi psikolojik ilk yardım olduğu da düşünülebilir. Bu ilk yardım, afet sonrası şartlara adaptasyon sürecini kolaylaştırıcı ve normalleştirme sürecini hızlandırıcıdır. Bu destek, psikolojik ya da psikiyatrik bir tedavi değil tamamlayıcı ve destekleyici bir araçtır. Psikososyal destek, afete müdahalenin ilk aşaması olan arama kurtarma faaliyetleri ile eş zamanlı bir şekilde başlamaktadır. Uzun dönemde ise psikososyal müdahalenin devamı niteliğinde, çeşitli sosyal projeler ve eğitimlerle etkilenen tüm kesimlerin ihtiyaç ve sorunları doğrultusunda harekete geçmelerine ve başa çıkma kapasitelerinin gelişmesine fırsat sağlamaktadır.

Bilindiği üzere ülkemiz son iki büyük afetini sırasıyla 1999 Marmara Depremi ve 2011 Van Depremi ile yaşamıştır. Resmi kayıtlara göre 1999'da 17 bin 480 ve 2011'de ise 644 kişi hayatını kaybetmiştir. Depremlerin büyüklükleri, etkiledikleri alan ve dönemin koşulları gibi parametreler itibarıyla bu iki afet birçok parametre açısından karşılaştırılabilir nitelikte değildir. Ancak psikososyal hizmetler ve bu hizmetlerin koordinasyonu bakımından bir durum değerlendirmesi temel düzeyde yapılabilir. 1999 Marmara Depremi'nde sosyal hizmet müdahalelerine ancak iki gün sonra başlanabilmiştir. Bu müdahaleler genelde dağınık ve karışık olarak sürdürülmüştür. Bu alandaki hizmetlerin sürekliliği sağlanamamış ve temelde organize olamama kanısını oluşturmuştur. Ancak bu çalışmalar sırasında öğrenilenler perspektifinde büyük bir tecrübe ve birikim oluşmuştur. Acı tecrübelerden çıkarılan dersler sonucu eksiklerin giderilmesi için başta kamu olmak üzere tüm sektörler çeşitli girişimler başlatmıştır. 2011 Van Depremi'nde ise 1999'daki tablonun aksine daha iyi bir durum söz konusu olmuştur. Başta psikolojik ilk yardım niteliğindeki psikososyal destek hizmetleri olmak üzere sosyal hizmetler alanındaki süreçler daha iyi koordine edilmiş ve nihayetinde Van Modeli olarak adlandırılan bir destek yapısı oluşturulmuştur. Depremin

büyük oranda etkilediği Van ve Erciş'te yürütülen faaliyetlerde hem bütüncül bir destek programı uygulanmış hem de kadınlar, çocuklar ve engelliler gibi risk gruplarına yönelik özel uygulamalar hayata geçirilmiştir. 2011 Van depremlerine kadar risk grupları özelinde yürütülen çalışmaların yok denecek kadar az olduğu görülmektedir. 1999 Marmara depremlerinde risk gruplarından kadın ve çocuklara özel, az sayıda sosyal faaliyetin olduğu ancak bunların da hem içerik hem de kapsam bakımından yeterli koordinasyon altyapısına sahip olmadığı görülmüştür.

Van depremlerinde sosyal destek girişimleri üç temel aşamada yürütülmüştür. İlk aşama değerlendirme aşaması olup depremin sıfıncı dakikası olarak tabir edilen ilk anlarından itibaren periyodik gözden geçirmelerle ilerleyen bir süreçtir. İkinci aşama psikososyal girişimler olup Van ve Erciş başta olmak üzere diğer illere göç eden afetzedeleri de kapsayan uygulamalardır. Üçüncüsü ise eğitim ve yeterlilik artırma çalışmaları aşaması olup Van ve diğer illerde ruh sağlığı uzmanlarına, sağlık çalışanlarına, kamu kurum ve kuruluş görevlilerine yönelik uygulanmıştır.

Sosyal hizmet uygulamalarının afetten etkilenen gruplara orta ve uzun vadeli etkisini, afet sonrası iyileştirme aşamasındaki sosyal ve ekonomik hizmetler belirlemektedir. Bu aşamadaki uygulamalar içerik bakımından oldukça çeşitlilik göstermektedir. Çeşitlilikle birlikte söz konusu hizmetlerin hedef aldığı gruplar itibarıyla de ölçeği daha büyüktür. Örneğin küçük çaplı bir afette psikososyal müdahale faaliyeti kapsamında ulaşılan kişi sayısı onlarla ifade edilirken iyileştirme safhasındaki sosyal hizmet faaliyetlerinden binlerce kişi faydalanmaktadır.

Orta ve uzun dönemli sosyal hizmet faaliyetleri çerçeve itibarıyla şunları kapsamaktadır:

- Haberleşme hizmetlerinin sürekliliğinin sağlanması,
- Afetzedelerin kısa ve orta dönemde geçici barınma ihtiyaçlarının giderilmesi,
- Gelir kesintisi nedeniyle uygulanacak ayni/nakdi sosyal yardım programları,
- İstihdam ve iş hayatına yönelik faaliyetler,
- Afet bölgesine özel teşvik mekanizmalarının hayata geçirilmesi,
- Eğitim faaliyetlerinin normalleştirilmesi,

- Sağlık hizmetlerinin kesintisiz olarak sürdürülmesi
- Uzun dönemli sosyal rehabilitasyon programları,
- Hak sahiplerine yönelik kalıcı konut çalışmaları.

Daha çok afet yönetiminin müdahale ve iyileştirme süreçlerinde öne çıksa da hazırlık ve risk azaltma aşamalarında da sosyal hizmetleri ve sosyal hizmetler yaklaşımını ihmal etmemek gerekir. Afet öncesindeki yapılacak çalışmalarda sosyal açıdan dezavantajlı grupların ihmal edilmemesi ve afet eğitimi, afet sigortası gibi afete hazırlığın sosyal boyutları olan çalışmalarda, toplumun her kesiminin dikkate alınması yine bir sosyal hizmet olarak değerlendirilmelidir. Bu haliyle afete hazırlık çalışmalarında sosyal hizmetler tek başına ayrıca bir değerlendirme konusu olabilir.

Afet yönetimi, karmaşık yapısı itibarıyla toplumun tüm kesimleri tarafından sahiplenilmesi gereken ve katılımı mecburi kılan bir süreçtir. Bu süreçlerin tümünde sosyal hizmet faaliyetleri önemli bir yer kaplamaktadır. Sosyal hizmetlerin mümkün olan en kapsayıcı biçimde sunulması hem afete dirençlilik hem de toplum nezdinde afet kültürü oluşturma anahtarları arasındadır.

Kaynaklar

AFAD Müdahale, İyileştirme ve Sosyoekonomik Açıdan 2011 Van Depremi, 2014

Altun F. Afetlere Yönelik Sosyal yardım ve Sosyal Hizmetler, 2014;

Altun F. (Çekmece İZÜ Sosyal Bilimler Dergisi Cilt 4 Sayı 8-9; 183 – 197), Afetlerde Psikososyal Hizmetler: Marmara ve Van Depremleri Karşılaştırmalı Analizi, 2016.

Aydın D. Afet Sonrası Psikososyal Destek Uygulamaları, 2013.

Tuncay T. Afetlerde Sosyal Hizmet, 1999 Yılı Marmara ve Bolu-Düzce Depremleri Sonrasında Gerçekleştirilen Sosyal Hizmet Uygulamaları, 2004

Türk Kızılay, Afetlerde Psikososyal Destek Uygulama Rehberi, Acıları Dindirmeye Doğru..., 2008; 3-4

Göçün birbirine karıştırılan öznelere

Şeyma Karakaya



1995 yılında İstanbul'da dünyaya geldi. 2017 yılında İstanbul Üniversitesi Sosyal Hizmet Bölümünden mezun oldu. İstanbul Medipol Üniversitesi Sosyal Hizmet Bölümünde araştırma görevlisi olarak çalışmaya devam eden Karakaya, Türkiye'deki Suriyeli çocukların yaşadıkları sorunların okullaşma süreçlerine etkisi ve okul sosyal hizmeti bağlamında çözüm önerileri konulu tez çalışmasını sürdürmektedir.

Göç, insanı öznesi olarak kabul etmiş bir olay ve olgu olarak birçok disiplinin çalışma konusu olmuştur. Bu disiplinlerden biri olan sosyal hizmet, farklı nedenlerden dolayı göç etmiş bireyi, bireyin içinde bulunduğu çevresini ve göçün meydana geldiği toplumları inceleyerek mikro, mezo ve makro boyutlarda çalışmalar yürütmektedir. Farklı boyutları eş zamanlı inceleyerek bütüncül bir perspektifle çalışan sosyal hizmet disiplini, farklı disiplinlerle de iş birliği yaparak interdisipliner (disiplinler arası) bir yapıyı bünyesinde barındırmaktadır. Son yıllarda Türkiye'nin yakın coğrafyasında gerçekleşen olaylardan dolayı ülkelerinden kaçıp ülkemizin sınırlarından geçiş yapan insan sayısında hızlı bir artış meydana gelmiştir. Aynı zamanda Türkiye'nin transit (geçiş) ülkesi olmaktan varış ülkesi olmaya başlaması ile beraber göç alanında verilmekte olan sosyal hizmetlerin niceliği ve niteliği tartışılmalıdır. Halihazırda yürütülmekte olan sosyal hizmetlerin kalitesini belirleyen unsurlardan önde gelenleri; sosyal hizmet uzmanlarının yeterli bilgi ve beceriye haiz olmaları, göç alanındaki kurumların birbiriyle koordineli çalışmaları, yabancı dil bilen meslek elemanı sayısının yeterli olması olarak sıralanabilir. Tüm bu unsurlar önemli olmakla birlikte, sosyal hizmet uzmanlarının yeterli bilgi ve beceriye haiz olması ayrıca kritik bir önem taşımaktadır. Çünkü yanlış veya eksik bilgiye sahip olan bir

sosyal hizmet uzmanı yanlış müdahale ve yönlendirme yaparak müracaatçısının hayatında telafisi olmayan hatalara yol açabilecektir. Bu bağlamda bu yazı ile göçün medyada, kamuoyunda ve sokakta sıklıkla birbirine karıştırılan temel kavramları hem göç alanında çalışan meslek elemanları hem de göçmenler, sığınmacılar ve geçici koruma altındaki bireylerle yaşamayı gerçekliği haline getirmiş insanlar için aydınlatılmaya çalışılacaktır.

Kimlere Göçmen Diyebiliriz?

Bilindiği üzere göçmen, göç etmiş ya da etmekte olan kişiye denilmektedir. Birbirinden farklı göç türleri olması nedeniyle göçmen profili de çeşitlenmektedir. İnsanların kendi isteğiyle göç edip etmemeleri açısından göç; zorunlu göç ve gönüllü göç olmak üzere ikiye ayrılır. Göç etme nedenleri bakımından ise göçler; mübadele göçleri, işçi göçleri, beyin göçleri şeklinde ayrılabilir. Mübadele göçleri gibi devlet zoruyla göç ettirilme dışında diğer göç türlerinin kişinin daha iyi yaşam standartlarına ulaşma isteği ile gerçekleştiğini görürüz. Bu bağlamda göçmen olarak tanımlayacağımız kişiler daha yüksek ücretli bir işte çalışmak ya da daha iyi bir okulda okumak gibi kişisel refahını artırmak üzere yaşadığı yerden ayrılıp başka bir yere gönüllü olarak gitmiş kişiler olacaktır. Görüldüğü gibi sıklıkla karıştırıldığı ve de birbirinin yerine kullanıldığı üzere

ülkemizde bulunan geçici koruma altındaki Suriyeliler göçmen değildir. Çünkü ülkemizde bulunan Suriyeliler iş, eğitim veya sağlık açısından daha iyi koşullara sahip olmak için göç etmemiş, temel bir hak olan yaşama haklarını korumak için ülkemize sığınmışlardır.

Sığınmacı Kimdir?

Sığınmacı, uluslararası koruma başvurusunda bulunmuş ancak başvurusu sonuçlanmamış kişiye denilmektedir. Kişinin başvurusu, hükümet ya da Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği (BMMYK) temsilcileri tarafından incelenerek kişiye uygun uluslararası koruma türü seçilir veya hiçbir uluslararası koruma standardına uymadığına karar verilir. Uluslararası koruma altına alınmamış sığınmacı, insan haklarına uygun bir yolla ülkelere geri gönderilebilirler.

Mülteci Kime Denir?

Uluslararası kamuoyunda mülteciliğe ilişkin en geniş kabul görmüş tanım 1951 Cenevre Sözleşmesi'nde yapılmıştır. Sözleşmede mülteci, "Irkı, dini, uyruklugu, belli bir toplumsal gruba aidiyeti veya siyasi düşünceleri yüzünden zulme uğrayacağından haklı sebeplerle korktuğu için uyruklugunu olduğu ülkenin dışında bulunan ve bu ülkenin korumasından yararlanamayan ya da söz konusu korku nedeniyle,

yararlanmak istemeyen yahut uyruksuz ise ve bu tür olaylar sonucu önceden yaşadığı yerleşim ülkesinin dışında bulunan, oraya dönemeyen veya söz konusu korku nedeniyle dönmek istemeyen her kişi” (1) olarak tanımlanmaktadır. 1951 sözleşmesi, sözleşmeyi imzalayacak olan taraf ülkelere seçimlik coğrafi sınırlama sunmuştur. Sözleşmeyi imzalayacak olan ülkeler, sadece Avrupa’da gerçekleşecek olaylardan dolayı mültecilik başvurusu almak ya da dünyanın her yerinde gerçekleşecek olaylardan dolayı mültecilik başvurusu almak arasında seçim yapmışlardır. Türkiye bu sözleşmeyi coğrafi sınırlaması ile yani sadece Avrupa’dan gelecek başvuruları incelemek kaydıyla kabul etmiştir. İşte bu sebepten ülkemize gelen ve sığınma talebinde bulunan herkese mülteci diyememekteyiz. Güncel örnek vermek gerekirse, sıkça mülteci olarak anılan ülkemizdeki Suriyeliler, Avrupa dışından geldikleri için mülteci değildir.

Şartlı Mülteci Kimdir?

Şartlı mülteci, 51 sözleşmesinde bulunan mülteci tanımındaki beş unsur (ırk, din, uyruk, bir toplumsal gruba aidiyet ve siyasi düşünceler) sebebiyle ülkesinden ayrılmak durumunda kalmış ve Avrupa dışındaki ülkelere gelen kişilere denilmektedir. Şartlı mülteciler geldikleri ülke ve sığındıkları ülke dışında bir üçüncü ülkeye gitmeleri şartı ile ülkeye kabul edilirler. Üçüncü ülkeye güvenli bir şekilde gidene kadar sığındıkları ülkede kalma izinleri vardır. Şartlı mülteciler de tıpkı mülteciler gibi uluslararası koruma altındadırlar.

İkincil Koruma Nedir?

İkincil koruma da tıpkı mültecilik ve şartlı mültecilik gibi bir uluslararası koruma türüdür. İkincil koruma altındaki kişiler hem Avrupa ülkelerinden gelmemiş hem de mültecilik tanımında bulunan beş unsurdan dolayı sığınmamış fakat yine de ülkesine döndüğünde ölüm cezası, işkence gibi insanlık dışı muameleye maruz bırakılacak olduklarından ülkelerine geri gönderilemezler ve sığındıkları ülkede ikincil koruma statüsüyle barınırlar.

Geçici Koruma Nedir?

Türkiye 2011 yılında Suriye’de ortaya çıkan olaylar sonrasında sınırlarına kit-

lesel halde gelen Suriyelilere yönelik olmak üzere yeni tanımlar, hizmetler ve yasal çerçeveler bulma ihtiyacını hissetmiştir. Türkiye taraf olduğu uluslararası anlaşmalarda ve ulusal mevzuatında Suriyelilere yönelik bir tanımlama bulamadığından yeni tanımlar ve yasal düzenlemeler bulma yoluna gitmiştir.

Dünyada ilk kez Türkiye tarafından oluşturulmuş olan geçici koruma statüsü, ülke sınırlarından kitlesel halde geçiş yapan Suriyelilere yönelik olmak üzere acil ve geçici bir koruma şemsiyesi açma amacını taşımaktadır. Bu ihtiyaca yönelik olarak ilk adım 2013 yılında 6458 sayılı Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu’nun çıkarılması ile atılmıştır. Bu kanunun 91. maddesinde geçici korumanın kimlere verileceği “Ülkesinden ayrılmaya zorlanmış, ayrıldığı ülkeye geri dönemeyen, acil ve geçici koruma bulmak amacıyla kitlesel olarak sınırlarımıza gelen veya sınırlarımızı geçen yabancılara geçici koruma sağlanabilir” (2) ifadesi ile açıklanmıştır. Bu bağlamda ilgili kanuna istinaden Geçici Koruma Yönetmeliği çıkarılarak geçici koruma statüsü oluşturulmuş ve ülkemizde bulunan Suriyelilere, “Geçici Koruma Altındaki Suriyeliler” denilmiştir. Geçici Koruma Yönetmeliği’nde, geçici korumaya ilişkin detaylar, görev yapacak kurumlar ve geçici koruma statüsündekilere verilecek hizmetler açıklanmıştır.

Geçici Koruma Altındaki Suriyelilere Verilen Hizmetler

Geçici Koruma Yönetmeliği’nin altıncı bölümünde “sağlık, eğitim, iş piyasasına erişim, sosyal yardım ve hizmetler ile tercümanlık ve benzeri hizmetler” (3) başlıkları altında açıklanmıştır.

1. Sağlık: Sağlık alanında verilen temel hizmetler: Ücretsiz temel ve acil sağlık hizmetleri, aşı ve koruyucu sağlık hizmetleri, geçici koruma merkezlerinin sağlık koşullarına uygun hale getirilmesi ve psikososyal hizmetlerdir.

2. Eğitim: Eğitim alanında verilen hizmetler: Okul öncesi eğitim, talebe ve yaşa bağlı olarak dil, meslek, beceri edindirme kurslarının açılması ve verilen eğitimin karşılığında kişiye belge verilmesi ile ilk ve ortaöğretim çağındaki çocuklara MEB tarafından eğitim verilmesidir.

3. Çalışma izni: Geçici koruma statüsündekilerin iş piyasasına erişimleri için Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığından çalışma izni almaları gerekmektedir. Çalışma izni aldıktan sonra bakanlar kurulu tarafından belirlenen iş kollarında çalışabilirler.

4. Sosyal yardım: Sosyal yardıma ihtiyacı olan geçici koruma altındaki kişilerin Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığının belirlediği standartlara uymaları koşulu ile sosyal yardım alma hakları vardır.

5. Tercümanlık: Geçici koruma statüsündeki kişi, hak ve hizmetlerde yararlanırken yeterli düzeyde iletişim kuramaması halinde ücretsiz tercümanlık hizmeti alma hakkına sahiptir.

Yukarıda açıklanan Geçici Koruma Yönetmeliği kapsamında verilen hizmetlere ek olarak; uluslararası alanda çalışmalar yapan Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği (BMMYK) de faaliyetlerini sürdürmektedir. BMMYK’nın Türkiye’deki Suriyeliler için kayıt ve mülteci statüsü belirleme, üçüncü ülkeye yerleştirme, koruma, eğitim, toplulukların güçlendirmesi ve kendi kendine yeterlilik, temel ihtiyaçlar, nakit temelli müdahaleler, kamp koordinasyonu ve yönetimi ve toplum farkındalığını artırma alanlarında çalışmaları sürmektedir.

Suriyelilere verilen statüde dahi geçici kelimesinin kullanılması gerçekten de geçici bir süreliğine Türkiye’de kalacaklarının düşünülmesinden kaynaklanmaktadır. Fakat düşünüldüğü gibi olmamış; Suriyeliler yaklaşık 10 yıldır Türkiye’nin ev sahipliğinde kalmaya devam etmişlerdir. Bu durum Suriyelilere için oluşturulan geçici koruma hizmetlerinin tekrar gözden geçirilmesinin gereğini ortaya koymaktadır.

Kaynaklar

1) <http://www.multeci.org.tr/wp-content/uploads/2016/12/1951-Cenevre-Sozlesmesi-1.pdf> (Erişim Tarihi: 12.07.2019).

2) <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/04/20130411-2.htm> (Erişim Tarihi: 13.07.2019).

3) https://www.goc.gov.tr/files/files/03052014_6883.pdf (Erişim Tarihi: 13.07.2019).

Sınır ötesinde sosyal hizmetler

Prof. Dr. Orhan Alimoğlu



1967 yılında Elazığ'da dünyaya geldi. 1990 yılında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesinden mezun oldu. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniğinde tıpta uzmanlık eğitimini tamamladı. 1996-2006 yılları arasında Vakıf Gureba Eğitim ve Araştırma Hastanesinde genel cerrahi uzmanı olarak görev yaptı ve Genel Cerrahi Doçenti oldu. 2008-2012 yılları arasında Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesinde klinik şefi olarak görev yaptı. Bu süre içerisinde Kanada Toronto Üniversitesi St. Michael's Hastanesinde, Avusturya Graz Karl-Franzens Üniversitesinde, Yemen Bilim ve Teknoloji Üniversitesinde, Somali Benadir Üniversitesinde, Uganda İslam Üniversitesinde ve Ürdün Üniversitesinde araştırmalarda bulundu. 2012 yılından bu yana İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesinde görev yapmaktadır.

Uluslararası güçler tarafından kendi ihtiyaçlarına cevap verme üzerine kurulan dünya düzeni; siyasi, ekonomik, politik faaliyetlerle birçok insanı yoksulluk ve fakirlikle yüz yüze bırakmaktadır. Küreselleşen dünyada rekabetçi düzen, insanlar arasında eşitsizlik ve adaletsizliği artırmaktadır. Toplumların cehaleti ve tembelliği bu sürece katkı sağlamaktadır. İnsani yardım, sosyal hizmet gibi birçok vicdani konuya çoğu ülke ya sessiz kalıp umursamaz davranmakta ya da kendi çıkarları doğrultusunda hareket etmektedir.

Türkiye; tarihi, jeopolitik ve stratejik konumu itibarıyla tam olarak merkez ülke konumundadır. Topraklarının bir kısmının Avrupa'da olması ve Balkanlar coğrafyasına yakın ilişkisi nedeniyle kısmen Avrupalı bir yapıya sahipken; Kafkaslar, Orta Asya ve Ortadoğu ile de coğrafi ve tarihsel temelli yakınlığa sahiptir. Bununla birlikte Karadeniz, Ege Denizi ve Akdeniz ile çevrili olması ve birbirinden uzak bölgelere komşu olması, jeopolitik önemini daha da arttırmıştır. Dolayısıyla birçok ülkeden çok daha fazla komşu ülkeye sahiptir. Bunun yansıra özgün ve uzun ömürlü bir siyasi mirasın devamı olarak, potansiyel tarihsel birikiminin ve uluslararası ekonomik, ticari ve yardım faaliyetlerinin de sürdürülmesi gerekmektedir. Bu bağlamda incelendiğinde, sosyal hizmetler açısından birçok ülkeye sınır ötesi yardım faaliyetlerinde bulunması gerekliliği mutlak.

Sosyal hizmet denildiğinde birçok tanımla karşılaşmaktadır. Türk Dil Kurumu'na göre insan nüfusunu yapı, gelişme ve dağılım açısından inceleyen bilim, demografi olarak tanımlanmıştır. Latince kökenli olan sosyal kelimesi kısaca, insanla ilgili olan her şey gibi ifade edilse de birlikte yaşayan ve bundan dolayı birbirine ihtiyaç duyan kişilerin, bedensel ve ruhsal gelişiminin, maddi refahının, yeteneklerinin ve imkânlarının geliştirilmesi ile ilgili konuları kapsamaktadır. Uluslararası Sosyal Hizmet Uzmanları Federasyonu (IFSW) sosyal hizmeti, sosyal değişimi ve gelişimi, uyumu, insanların özgürleştirilmesini ve güçlendirilmesini destekleyen uygulama temelli bir meslek ve akademik disiplindir, şeklinde tanımlamıştır. Sosyal hizmetin ortaya çıkışı temelde herkesin toplumdaki hizmet ve olanaklardan eşit olarak yararlanması inancına dayanır. Sosyal sorunların çözülmesi, sosyal refah düzeyinin artırılması, kaynakların verimli ve eşit bir şekilde dağılımı amacı da taşımaktadır.

Sınır Ötesi Sosyal Hizmetler

Ulusal sınırları aşarak az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelere yönelen sosyal yardımlar, bu ülkelerle olan uluslararası ilişkileri de çok boyutlu olarak etkilemektedir. Türkiye insani ve sosyal yardımlaşmada medeniyet ve tarihsel gelişiminin de getirdiği birikimiyle önemli bir göreve sahiptir. Doğal afetler, savaş, yoksulluk ve toplumsal çatışmalar

nedeniyle zor durumda kalan ülkelere yardımda bulunmak insani bir görev ve uluslararası toplumun istikrarında önemli bir unsur olarak görülmektedir. Bu amaçla din, dil, ırk, cinsiyet, bölge, ulus gibi kavramları önemsemeksizin yardıma ihtiyaç duyulan bölgelere hızlı ve imkân dâhilinde yardım sağlanmalıdır. Bu kapsamda başta AFAD, Türk Kızılayı ve TİKA olmak üzere, sivil toplum kuruluşları da sınır ötesinde sosyal hizmet bakımından önemli katkılar sağlamaktadır.

Küresel İnsani Yardım Raporu'na göre; ülkemiz, gerçekleştirdiği 8,07 milyar ABD Doları tutarındaki resmi insani yardımla 2017 yılında dünyanın en büyük yardım eden ülkesi olmuştur. Türkiye insani yardımların milli gelire oranı temelinde yapılan sıralamada da yüzde 0,85 ile birinci sırada gelirken, en yakın takipçileri Norveç ve Lüksemburg için bu oran sadece yüzde 0,17'de kalmıştır. ABD ise yüzde 0,04 ile 19. sırada yer alır. Türkiye yardımlarını küresel boyutta Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığının (AFAD) çalışmaları ve koordinasyonuyla Avrupa, Asya, Afrika ve hatta Amerika ve Avusturalya kıtalarında insani yardım, arama kurtarma, tahliye-transfer operasyonları yürütmekte; altyapılar kurarak afet yönetimi tecrübelerini aktarmaktadır. TİKA, küresel düzeyde Arakan'dan Somali'ye, Filistin'den Irak'a kadar birçok ülkede hızlı ve etkin projeler hayata geçirerek sosyal hizmetlerde bulunmaktadır. Toplam 46 ülkede yaklaşık 8 milyon 635 bin kişiye insani yardım ulaştıran Türk Kızılayı hem



ulusal hem de küresel kapsamda yardımlar yapmaktadır. 2017 yılında Ukrayna, Somali, Nijerya, Gürcistan, Filistin ve Bosna Hersek'in ulusal derneklerine destek verdi. Somali'ye 13 bin ton, Yemen'e 11 bin ton, Gazze'ye 11 milyon lira değerinde insani yardım ulaştırdı. Bu kuruluşların yanı sıra Türkiye'de STK'lar da uluslararası platformda yardım faaliyetlerini sürdürmektedir. Binlerce kilometre uzakta hiç karşılaşmadıkları, yaşam koşulları hakkında bilgi sahibi olmadıkları birçok ülkeye karşılıksız merhamet ve vicdani duygularla hareket eden ve yardımlaşma faaliyetlerinde bulunan birçok STK mevcuttur. Bununla birlikte hem devlet kuruluşları hem de STK'ların her birinin bireysel hareket etmelerinin yanı sıra bütünlük içinde yardımlaşma faaliyetlerini sürdürmeleri, yapılacak faaliyetlerin daha etkin olmasını sağlayacaktır. Mevcut bütçe ve iş birliklerini bir arada kullanarak gerçekleştirecekleri faaliyetler gerek ulusal gerekse uluslararası alanda kendini gösterecektir. Tüm kuruluşların koordineli bir biçimde iş bölümü yaparak çalışmalarını daha etkili olacaktır.

Sosyal Hizmet Alanları

Güvenli gıdaya, içme suyuna, sağlık hizmetlerine ulaşmakta problemler yaşayan milyonlarca insan, dünyanın

kendilerine uzatacağı yardım elini bekliyor. Türkiye'nin sosyal hizmetler kapsamında yapmış olduğu faaliyetler arasındaki sağlık kamplarının ve sahra hastanelerin kurulup sağlık ve ameliyat hizmetinin verilmesi, ilaç ve tıbbi malzeme yardımlarının yapılması, un, gıda ve giyim malzemesi, kuyu projeleri, iftar ve kurban organizasyonları en başarılı olunan projelerdir. Özellikle dünyada bir başkasına muhtaç olarak yaşayan dul ve yetimlere yönelik projeler önem arz etmektedir. Maalesef hala birçok köy susuz. İnsanlar yürüyerek uzak mesafelerden suyu temin etmekte ve taşıyabildikleri su ile yaşamaya çalışmaktadır. Mümkün olan en yakın sahaya su kuyularının açılması ve sayılarının çoğaltılması için STK ve vakıflar projelerini hızla devam ettirmektedir. Bunların yanı sıra ihtiyaç sahibi ülkelere okul, toplum merkezi, kamu tesisleri inşası, geçim kaynaklarının temini ve desteklenmesi, eğitim, tarım ve sulama gibi alanlarda çalışmalar artırılmalıdır.

Afrika Özelinde Sağlık

1960'lardan önce, Afrika'nın her tarafında sağlık alanında, özellikle de uluslararası desteklerden kaynaklanan gözle görülür bir iyileşme mevcuttu. Ülkelerin birçoğu 1960'larda bağımsızlığını kazanırken, modern sağlık sistemi kısmen korundu.

Küresel İnsani Yardım Raporu'na göre ülkemiz, gerçekleştirdiği 8,07 milyar ABD Doları tutarındaki resmi insani yardımla 2017 yılında dünyanın en büyük yardım eden ülkesi olmuştur. Türkiye insani yardımların milli gelire oranı temelinde yapılan sıralamada da yüzde 0,85 ile birinci sırada gelirken, en yakın takipçileri Norveç ve Lüksemburg için bu oran sadece yüzde 0,17'de kaldı. ABD ise yüzde 0,04 ile 19. sırada yer aldı.



Sosyal hizmetlerin çoğunluğu devlet kuruluşları ve STK'lar tarafından sağlanmaktadır. Akademik dünyanın bu konudaki katkısı çok sınırlıdır. Üniversitelerin sınır ötesi sosyal hizmetlerde hem kendi üniversiteleri içinde açacakları eğitim ve araştırma merkezleri hem de devlet kuruluşları ve STK'lar ile yapacakları iş birliği ile sosyal hizmetler daha akademik ve kalıcı bir seviyeye çıkacaktır.

Ancak bu durum uluslararası katkının zaman içinde azalmasıyla toplumun büyük bir bölümünün yararlanamayacağı bir hale dönüştü. Afrika devletleri, sağlık sistemlerinde belirgin bir çöküşe tanık oldu. Tıbbi altyapı hizmetleri hızlı bir şekilde bozuldu. Aynı zamanda sağlık sektöründe diğer ülkelerde daha iyi yaşam koşulları arayanlar için beyin göçü ile sonuçlandı. Günümüzde hastanelerde ve temel sağlık birimlerinde sağlık profesyonelleri sayısındaki yetersizlik hissedilmektedir. Kaçınılmaz olarak

sağlık bakım maliyetlerinin yükselmesiyle yoksul kişilerin tıbbi hizmetlerden mahrum kaldığı gözlemlenmektedir.

Özellikle Afrika'ya yapılan yardımlar büyük önem arz etmektedir. Birçok ülkede sağlık sisteminin uygun olmayan yapısı, bölgedeki 1980'lerden bu yana yaşanan siyasi-askeri ve ekonomik krizden de büyük ölçüde etkilenmektedir. Bu durum sağlık alanındaki mevcut sorunları daha da ağırlaştırdı. HIV/AIDS, sıtma, çocuk felci, tifo, diyare ile ilgili hastalıklar, kolera, tüberküloz ve beslenme yetersizlikleri gibi hastalıklar ciddi tehlikelere neden olmaktadır. Bu sorunlara ek olarak, doğuştan ve bulaşıcı olmayan hastalıklar da ciddi sağlık sorunları oluşturmaktadır.

Dünyada zenginler ve fakirler arasında sağlık hizmetlerinin sunumu açısından büyük bir adaletsizlik mevcuttur. Sahra Altı Afrika (SAA) dünyanın hastalık yükünün %25'ini taşımasına rağmen dünyanın sağlıkçı insan kaynaklarının sadece %2'sine sahiptir. Mezun olan hekimlerin bir kısmı finansal ve güvenlik nedeniyle ülkelerini terk etmektedir. Yüksek eğitilmiş biyomedikal bilim insanları ve doktorlar laboratuvar, kurum veya finansman eksikliği gibi nedenlerden dolayı yönetim işlerinde çalışmaktadırlar.

Cerrahi Hastalıklar

Tüm küresel sağlık problemleri arasında cerrahi olarak tedavi edilebilir hastalıklar, özellikle kaynakları kısıtlı ülkelerde yaşayan insanların hayatlarına ağır bir yük getirmektedir. Günümüzde bu

tür hastalıklar, Afrika ve Güney Asya ülkelerinde önemli bir halk sağlığı problemi olarak karşımıza çıkmaktadır. Neredeyse iki milyardan fazla insan cerrahi tedaviye yeterli erişime sahip değildir. Üstelik çalışan cerrahlar kırsal bölgelerden daha çok kentsel bölgelerde çalışmakta, bu durum da kırsal alanda halk sağlığı sorununu daha da derinleştirmektedir. Cerrahi olarak tedavi edilebilen hastalıklar, engelliliğin ilk 15 sebebi arasındadır ve buna bağlı olarak sağlıklı yaşam yılları kaybının %15'ini oluşturmaktadır.

Dünyanın birçok bölgesinde, özellikle düşük gelirli bölgelerde, cerrahi işlemler tam eğitilmiş cerrahlar tarafından yapılmamaktadır. Bu alanda eğitilmiş cerrah bulunmadığı için gerekli müdahaleler sağlık profesyonelleri tarafından yapılmaktadır. Düşük gelirli ülkelerde cerrahi işlemleri pratisyen hekimler yerine getirmektedir. 25 SAA ülkesinde hekim olmayan sağlık profesyonelleri çalışmakta ve yarısı cerrahi işlemleri uygulamaktadır. Örneğin Uganda'da 5 devlet hastanesinde yılda 5 binden fazla cerrahi işlemin pratisyen hekimler tarafından yapıldığı bildirilmiştir. Cerrahi hastalıklarının önemli halk sağlığı sorunlarından biri olması ve bu alanın temel sağlık hizmetlerinden olmasından dolayı sosyal hizmetler arasına alınıp değerlendirilmelidir.

Yaşanılan Zorluklar

Sosyal hizmet faaliyetlerinin götürülmek istendiği bölgelerde, kriz ya da savaş olabilmekte, yardım kuruluşları güvenlik

tehdidiyle karşılaşabilmektedir. Yardım yapılan ülkeler genellikle iç savaşın hüküm sürdüğü bölgelerdir. Silahlı çatışmaların yaşandığı bu bölgelerde güvenlik problemleri ile karşılaşmaktadır. İç savaşın yaşandığı ülkelerde politik kararların etkisinden dolayı yapılan sosyal yardım projelerinin iptal edilmesi, ülkeye giriş için izin verilmemesi gibi sorunlar da ortaya çıkmaktadır. Ayrıca lojistik destek yetersizliği, temiz su ve gıdaya ulaşamama, bulaşıcı hastalıklarla karşılaşma oranının yüksek olması, sanitasyon yetersizliğinin olduğu çalışma koşulları, kültürel farklılıkların ve dil sorunun getirdiği iletişim yetersizliği, coğrafi koşul ve iklim farklılıkları sınır ötesi sosyal hizmeti faaliyetlerinin yürütülmesinde karşılaşılan önemli sorunlardır. Yine STK'ların, yerel devletlerin resmi yardım kuruluşları veya yerel STK'lar ile uyum içinde çalışmadıkları durumlarda ortaya bazı problemler çıkmaktadır. Aynı ihtiyaca yönelik bir yardım için birden fazla yardım kuruluşunun bölgeye aynı yardımı götürmesi, o ihtiyaca yönelik yardımların fazlalığına yol açmaktadır.

Dış politikada çıkar elde etme amaçlı da kullanılan dış yardım ve sosyal hizmetler farklı amaçlar için de kullanılmaktadır. Ekonomik ve siyasal çıkar elde etme amaçlı yapılan yardımlar, yerel halka faydalı olmaktan öte yerel yönetimi memnun etme kaygısı gütmektedir. Bu durum yardım faaliyetlerinin ahlaki yapısını bozmakta ve fayda sağlamamaktadır. Özellikle gönüllü faaliyette bulunmak isteyen STK'lar birçok siyasi ve bürokratik problemle karşılaşmaktadırlar. Yurtdışına çıkarken yaşanan vize sorunu, yardım malzemelerinin gümrüklerde bekletilmesi ve taşınması gibi engellerin aşılması gerekmektedir. Sosyal hizmetler kapsamında hazırlanan projelere maddi destek sağlanamaması projelerin önünü tıkamaktadır. Özellikle üniversite, STK ve devlet kuruluşlarının beraber yürüttüğü projelere maddi desteğin sağlanması hem projelerin sayısını artıracak hem de faaliyetlerin kalitesi ve verimliliği artacaktır. Ortak yürütülecek faaliyetler az kaynakla yüksek performansta verimli işlerin çıkmasını sağlayacaktır.

Sonuç ve Öneriler

Yardım kültürü toplumumuzun bir değeridir. Bu kapsamda sınır ötesi sosyal hizmet faaliyetlerinin yürütülmesi için STK ve devlet destekli yardım faaliyetlerinin koordineli bir şekilde

kalıcı ve sürdürülebilir bir politikayla devam ettirilmesi gerekmektedir. Bu amaç doğrultusunda yardım yapılacak bölgelerde yerel üniversite iş birliklerinin sağlanması, üniversitelerde programların açılması ve buralarda kalıcı kurumlar kurularak hem istihdam sahasının oluşturulması hem de düzenli personel için planlı eğitim faaliyetlerinin yürütülmesi gerekmektedir. Buralardaki eğitim ve araştırma merkezleri sayesinde meslek eğitimlerinin verilmesi ve bilimsel veri kullanılarak bu faaliyetlerin yürütülmesi sağlanmalıdır. Ayrıca kolektif sosyal hizmet faaliyetlerinin yapıldığı bölgelerde çalışan ve ortak görev yapan, aynı bilinç ve sorumluluğu paylaşan aktörler, kendi aralarında hızlı, etkili bir şekilde yol alabilmek ve daha yararlı olabilmek adına bir çatı altında güç birliği yapmalıdır. Gerek bilgi gerek mali yük gerekse lojistik destek paylaşımı, yapılacak olan yardımın kalitesini de artıracaktır. Sosyal hizmetlerin çoğunluğu devlet kuruluşları ve STK'lar tarafından sağlanmaktadır. Akademik dünyanın bu konudaki katkısı çok sınırlıdır. Üniversitelerin sınır ötesi sosyal hizmetlerde hem kendi üniversiteleri içinde açacakları eğitim ve araştırma merkezleri hem de devlet kuruluşları ve STK'lar ile yapacakları iş birliği ile sosyal hizmetler daha akademik ve kalıcı bir seviyeye çıkacaktır.

Sonuç

Sınır dışı yapılan sosyal hizmetler, bir siyasi çıkar ya da güdümlü bir dış politika aracı yerine insani ve vicdani bir görev olarak benimsenmelidir. Sadece sınır komşusu olan ya da tarihi, kültürel bağları olan ülkelere değil; yardıma ihtiyacı olan ya da yardım talebinde bulunanlara sosyal hizmetler götürülmelidir. Uluslararası açılımda sosyal hizmet kapsamında bir öncü olan toplumumuz, mevcut hizmet ve faaliyetlerini sürdürerek bu kimliğini devam ettirmelidir. Bunların yanı sıra bu yardım faaliyetlerinde büyük çapta üniversitelere önemli görevler düşmektedir. Sınır ötesi sosyal yardımlar kapsamında eğitim ve araştırma faaliyetlerini sürdürebilecek merkezlerin kurulması ve faaliyete geçirilmesi gerekmektedir.

Not: Yazıya katkılarından dolayı Arş. Gör. Dr. Berna Dinçer'e teşekkür ederim.

Kaynaklar

Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD), Erişim tarihi: 11.07.2019, <https://www.afad.gov.tr/>.

Alasow AD, Fiqi A, Yusuf M, Karaman MI, Damlar A, Eren T, Ankarali H, Alimoglu O. Incidence of Esophageal Cancer in Madina Hospital, Somalia. *International Journal of Human and Health Sciences* 2017; 1: 30-33.

Alimoglu O, Ankarali H, Cigerli O, Shamaileh T, Tuzuner S, Sharif K, Kalkan S, Badru S, Yilmaz M, Ankarali S. Volunteer Surgical Camp at Gomba Hospital in Uganda. *East and Central African Journal of Surgery* 2016; 21(1):45-49.

Alimoğlu O, Leblebici M, Atak T, Sağiroğlu J, Yılmaz Y, Tombalak E, Demirci E, Karaman MI. Ketalar Anesthesia in Surgical Operations: An Experience of Sierra Leone. *Anatolian Clinic the Journal of Medical Sciences* 2018; 23 (2): 84-87.

Bickler S, Ozgediz D, Gosselin R et al. Key Concepts for Estimating the Burden of Surgical Conditions and the Unmet Need for Surgical Care. *World J. Surg* 2010; 34: 374-380.

Development Initiatives, Erişim tarihi: 11.07.2019, <http://devinit.org/wp-content/uploads/2018/06/GHA-Report-2018.pdf>.

Funk LM, Weiser TG, Berry WR et al. Global Operating Theatre Distribution and Pulse Oximetry Supply: an Estimation from Reported Data. *Lancet* 2010; 376: 1055-1061.

Kongar E. Sosyal Çalışma'ya giriş.2007 Ankara: SABEV Yayınları.

Moalim AM, Fiqi AO, Dalmar AA, Eren T, Ankarali H, Karaman MI, Alimoglu O. Factors Associated with Intestinal Obstructions Among Adults in Keysaney Hospital, Mogadishu-Somalia. *International Journal of Human and Health Sciences* 2017;1(2):70-78.

Mullan F, Frehywot S. Non-physicianclinicians in 47 sub-Saharan African Countries. *Lancet* 2007; 370: 2158-2163.

Ohene-Yeboah M, Abantanga F. Inguinal Hernia Disease in Africa: a Common But Neglected Surgical Condition. *West African Journal of Medicine*. 2011; 30 (2): 77-83.

Ozgediz D, GalukandeM, Mabweijano J et al. The neglect of the Global Surgical Work Force: Experience and Evidence from Uganda. *World J Surg* 2008; 32: 1208-1215.

Özürk H, Öztürk S. Türkiye'nin Dış Yardım Stratejisi: Sorunlar ve Öneriler. Bilgesam Yayınları. 2012 ISBN: 978-605-89-672-7-4.

Riviello R, Ozgediz D, Hsia RY et al. Role of Collaborative Academic Partnerships in Surgical Training, Education, Andprovision. *World J Surg* 2010; 34: 459-465.

Sambo LG, Knore AO. *World Health Organization. The African Regional Health Report* 2006; p.163.

Şeker A. Sosyal Hizmete Giriş. 2014; Eskişehir: Açık Öğretim Fakültesi Yayını.

T.C. Dışişleri Bakanlığı, Küresel İnsani Yardım Raporu, Erişim tarihi: 11.07.2019, http://www.mfa.gov.tr/turkiye_nin_inساني-yardimlari.tr.mfa.

TİKA, Erişim tarihi: 11.07.2019, <http://www.tika.gov.tr/tr>.

Türk Dil Kurumu, Erişim tarihi: 11.07.2019, www.tdk.gov.tr/index.

Türk Kızılayı, Erişim tarihi: 11.07.2019, <https://www.kizilay.org.tr/>.

Uluslararası Sosyal Hizmet Uzmanları Federasyonu (IFSW), Erişim tarihi: 11.07.2019, <https://www.ifsw.org/tr/>.

Sultanbeyli Belediyesi örneğinde başarılı göç yönetişimi

Prof. Dr. Bekir Berat Özipek



1989 yılında Hacettepe Üniversitesi Kamu Yönetimi Bölümünden mezun oldu. 2000 yılında Ankara Üniversitesi Siyasal Bilimler Fakültesinde doktoraşını tamamladı. 2007 yılında doçent, 2013 yılında profesör unvanını aldı. Sırasıyla Hacettepe, Kırkkale, Tokat Gaziosmanpařa ve İstanbul Ticaret Üniversitelerinde görev yaptı. Ağırlıklı olarak çağdaş siyasi teoriler, insan hakları, akademik özgürlük, ifade özgürlüğü, din ve vicdan özgürlüğü ve azınlık hakları konularında çalışmalar yürüten; birçok gazete ve dergide güncel yayınlar yapan; serbestiyet.com web sitesindeki yazılarıyla okuyucularıyla buluşan Özipek, İstanbul Medipol Üniversitesi Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi bölüm başkanlığı görevini sürdürmektedir.

Göç olgusunu, insanlık tarihinin başlangıcına kadar götürmek mümkün. Geçmişten günümüze insanlar, savaş, katliam, şiddetli baskı, açlık veya ölüm riski gibi sebeplerle yaşadıkları toprakları terk edip, can havliyle başka diyarla savrulmuşlar. Gittikleri yerlerde herkes aynı gözle bakmamış onlara. Bazıları insanca davranıp, onlar için asgari bir güvence oluşturmak için çaba sarf ederken, bazıları da kötü gözle bakmış, sorun olarak görmüş ve kurtulmaya çalışmış. Bugün de aynı trajedi, dünyanın her yanında farklı etnik, dini, siyasi vb. kimlikler üzerinden yaşanan çatışmalarla görünürlük kazanıyor. Suriyeli sığınmacılar, bunun yaşadığımız zamana yansımaları oluşturuyor. Keşke belirtmeye gerek olmasaydı ama yaşadığımız dünyada da ülkede de devam eden tartışmalar, çok temel bir insani bilgiyi belirtmeyi gerekli kılıyor: O da sığınmanın bir hak ve sığınmacıların da hak sahibi bireyler olduğu. Sığınmacıların sahip oldukları haklar, hem evrensel, doğal hukuktan kaynaklanıyor hem de pozitif hukuktan. Bu anlamda insan onuruna yaraşır bir muamele beklemek sığınmacılar için bir hakkı, başkaları için de yükümlülüğü ifade ediyor.

Sığınmacılara yaklaşım, aynı zamanda, erdemli bir toplumun ve insan onuruna yaraşır bir dünyada yaşama hakkına

elverişli bir sosyopolitik ortamın var olma düzeyi hakkında bilgi verici bir göstergesi de ifade ediyor. Sığınmacıları hak sahibi bireyler olarak görmek ve onlara hüs-nükabul göstermek elbette önemli ama yeterli değıl. Sığınmacıları, yeni geldikleri yere başarılı biçimde dahil edecek, çıkabilecek uyumsuzlukları çözecek ve onları geniş toplumun uyumlu bir parçası haline getirecek politikaları da uygulayabilmek gerekiyor. Bu da sadece devletlerin veya merkezi yönetimlerin değıl, sivil toplumun ve yerel yönetimlerin de sorumluluğunu gerektiriyor. Sığınmacılar ve göçmenler için gerekli insani yaklaşıma sahip olmak çok önemli ama ekonomiden kültüre, çeşitlilik ve çoğulculuktan maddi refaha, göçün taşıdığı çok boyutlu ciddi katkı potansiyelini açığa çıkaracak ve yerleşik olanlarla yeni gelenler arasındaki gerilimleri azaltacak bir perspektif ve pratik de o kadar önemli.

Brunson McKinley, uygun bir şekilde yönetilirse, göçün tüm devletler ve toplumlar için faydalı olabileceğini, aksi halde “toplumlar arasında bir toplumsal gerilim, güvensizlik ve kötü ilişkilerin kaynağı olabileceğini” vurguluyor ve “göçün olumlu etkilerini en üst düzeye çıkarmak ve muhtemel olumsuz sonuçlarını en aza indirmek için etkili yönetim”in gerekliliğine işaret ediyor. Ancak bunu nasıl yapmalı? Yeniden dağıtımçı bir adalet çerçevesinde toplumun tümünü dayanışmaya ikna etmek her zaman kolay olmayabiliyor. Elbette sığınmacılara

ve göçmenlere yönelik temel insani gereklilikleri (beslenme, barınma ve sağlık gibi) sağlama yükümlülüğü, bu anlamda sığınmacı haklarının gereğinin yapılması, başka insanların ikna edilmesine bağlanmamalı. Çünkü Maurice Cranston'ın da belirttiğı gibi haklar herkese karşı ileri sürülebilecek en üstün ahlaki talebi ifade eder ve bu bağlamda sığınmacı olmak da -yeryüzündeki yedir milyar insandan her birinin hayatının bir döneminde kullanabileceğı- bir hak, zımnen düzenlenmiş bir tür evrensel sigorta olarak herkesin saygı duymasını gerektirir. Ancak bunu tespit etmek, bu konuda başarılı bir yönetişimin önemini azaltmaz. Gerilimi gidermenin yolu da başarılı bir göç yönetişiminden geçer. Yeni gelenlerin temel insani ihtiyaçlarını karşılayacak, onlara yeni bir hayat kurmaları, kendileri ve aileleri için güvenli bir yaşam alanı oluşturmaları için elverişli bir ortam sağlayacak, gelenlerle yerleşik olanların uyumuna katkıda bulunacak ve bunu yukarıdan aşağıya değıl, ilgili tüm aktörlerle çok boyutlu bir iletişim içinde gerçekleştirecek bir perspektif, program ve pratikten söz ediyoruz.

Suriyeli Sığınmacılar ve Yerel Düzeyde Başarılı Göç Yönetişimi İhtiyacı

Suriye'deki iç savaş, katliam ve demosid (halkkırım) dehşeti, milyonlarca insanı pek çok ülkeye olduğu gibi Türkiye'ye de savurdu. Türkiye'nin açık kapı politikası iz-

lemesi, ilk aşamada sığınmacılara insani standartlar bakımından dünya ölçülerinin üstünde kamp alanları inşa etmesi ve sonrasında da onların ülke içinde tutunup kendi ayaklarının üzerinde durabilmeleri için fırsat vermesi, tarih önünde çok önemli bir insanlık sınavından başarıyla geçmesi anlamını taşıyordu. Özellikle de maddi imkanları çok daha geniş olduğu halde sığınmacılara kapılarını açmakta veya sığınmacıları kabul eden ülkelerle dayanışmada isteksiz olan batılı büyük devletlerle kıyaslandığında.

Kuşkusuz Suriyeli sığınmacılara karşı tüm ülke blok olarak kucaklayıcı bir tutum sergilemedi. Ayrımcı önyargıyla hareket eden, devletin onları Suriye'ye geri göndermesini isteyen, onların yaşama alanını daraltmaya çalışan kişi ve kurumlar da oldu ve hala da var. Hükümetin sığınmacılarla ilgili olarak önyargıyı giderecek bir bilgilendirme ve kamusal iletişimi gerçekleştiremediği, muhalefetin ise Avrupa'nın aşırı sağcı ve ırkçı partilerinin kalıplarını kullanarak açıkça ayrımcı bir tutum aldığı ve Suriyelilere plaj yasağından işyeri ruhsatı iptaline veya kâğıt topladıkları çekçekleri ellerinden almaya varan uygulamalar yaptığı bir ortamdayız.

Böyle bir ortamda yerel yönetimlerin sığınmacılara pozitif yaklaşımı önemli hale geliyor. Ancak bu tek başına yeterli değil. Sığınmacılara karşı olumsuz bir yaklaşım içinde olmayan pek çok belediyenin başarılı göç yönetimi açısından yetersiz olabildiği, onlarla ilgili faaliyetleri yemek yardımına indirgediği, ancak o kadarını düşünebildiği görülüyor. (Yerel yönetimlerin sığınmacılarla ilgili faaliyetleri çerçevesinde görüşlerini almak istediğim bir belediye yetkilisi, sığınmacılara kayıtsız kalmadıklarını, onlara çorba dağıttıklarını ve evsiz olanlar için soğuk havalarda spor salonlarını açtıklarını söylemişti. Bu konuda yerel yönetimlerin rolüne veya diğer belediyelerin neler yaptıklarına dair bir bilgi ihtiyacının bile farkında değildi.) Kısacası iyi niyet veya dışlayıcı olmamak yetmiyor; bu pozitif yaklaşımı başarılı bir yerel göç yönetimine dönüştürmek gerekiyor.

Yerel kamusal hizmetlerin sunumunda kamudan özele ve diğer sosyal oluşumlara yetki devri anlamına gelen yerel yönetişimin göçe yansımaları ise etkili bir yerel göç yönetişimini gerekli kılıyor. Yerel düzeyde göç yönetişimi, bir yerel yönetimin sınırları içindeki sığınmacı

ve göçmenlerle ilgili performansını ölçmenin yanında, onun diğer konulardaki performansı hakkında da fikir oluşturmayı elverişli kılıyor. Başka bir ifadeyle bir yerel yönetim, göç konusunda devletin, toplumun, göçmenlerin, yerlilerin, göçle ilgili ulusal ve uluslararası aktörlerin, akademinin, medyanın, sivil toplumun, ekonomik ve siyasi karar vericilerin ve diğerlerinin katılımına açık bir çalışma ve iş birliğine dayanan bir ilişkinin orkestrasyonunu gerçekleştirebiliyorsa, göçle ilgili olmayan konularda da benzer bir yönetim kapasitesine sahip olduğunu göstermiş oluyor.

Sultanbeyli Belediyesi Örneği

Sultanbeyli Belediyesi, başarılı bir yerel göç yönetişiminin sadece para ve maddi imkanlar meselesi olmadığını, bundan önce çok daha önemli ve öncelikli olarak bir vizyon ve perspektif meselesi olduğunu en iyi anlatan örneklerden biri, belki de en iyisi. Sultanbeyli, İstanbul'un ağırlıklı olarak alt ve orta sınıflarından insanların yaşadığı, 327 bin 798 kişilik nüfusuyla 42 belediye arasında 23. sırada; 313 milyon TL'lik bütçesiyle 34. sırada; sınırları içindeki Suriyeli sığınmacı sayısı bakımından 10. sırada (21 bin 467) yer alan bir belediye. Buna rağmen, sığınmacılarla ilgili olarak İstanbul Büyükşehir Belediyesinden daha kapsamlı ve çok boyutlu bir entegrasyon hizmetini yürütüyor* ve bunu kurumsallaştırması bakımından da başarılı bir modeli temsil ediyor. Daha somut olarak ne yapıyor? Belediyenin bu kapsamda ele alınabilecek yaklaşım ve uygulamalarını şöyle sıralamak mümkün:

Sığınmacı realitesini tanımak: Sultanbeyli Belediyesi, öncelikle sınırları içindeki sığınmacı gerçeğine gözünü kapatmayıp, bu gerçekten hareket etmeyi başarmış. Diğer pek çok belediyenin yaklaşımından farklı olarak**, sınırları içine sığınmacıların gelmesinden rahatsızlık duymadan, onlara hizmet sunmanın başka sığınmacıları davet edici olması kaygısını taşımadan veya bu yöndeki telkinlere teslim olmadan, Sultanbeyli'deki sığınmacı gerçeğini veri kabul ederek doğru bir başlangıç yapmış.

Hak temelli perspektifle kolektif çalışmayı bütünleştirmek: Sultanbeyli Belediyesi, sığınmacıların hak sahibi bireyler olduğunu ve onlara insan onuruna yaraşır bir biçimde davranmak gerektiğinin farkında

Keşke belirtmeye gerek olmasaydı ama yaşadığımız dünyada da ülkede de devam eden tartışmalar, çok temel bir insani bilgiyi belirtmeyi gerekli kılıyor: O da sığınmanın bir hak ve sığınmacıların da hak sahibi bireyler olduğu. Sığınmacıların sahip oldukları haklar, hem evrensel, doğal hukuktan kaynaklanıyor hem de pozitif hukuktan. Bu anlamda insan onuruna yaraşır bir muamele beklemek sığınmacılar için bir hakkı, başkaları için de yükümlülüğü ifade ediyor.

olan bir belediye başkanına ve onunla aynı kaygıları taşıyan ve kolektif çalışma becerisini gösteren bir kadroyu tesis edebilme başarısını göstermiş. Belediye Başkanı Hüseyin Keskin, başarının tek başına kendisine ait olmadığını, bu konudaki faaliyetleri arkadaşlarıyla birlikte yürüttüklerini vurgularken, dolaylı olarak çağdaş yönetim anlayışının gereği olan iş bölümü, uzmanlaşma, yetki devri ve güç paylaşımı gibi başarıyı getiren bir yönetişimi sağlamış olduklarını da anlatmış oluyor.

Bürokratik sınırlamaları sivil toplumla aşmak: Üçüncü olarak belediye, sığınmacılarla ilgili faaliyetlerde hareket alanını daraltan bürokratik sınırlamaları aşmak için sivil toplumun partnerliğinden yararlanıyor. Bu amaçla kurulan bir de dernek var. Mülteciler Derneği (Mülteciler ve Sığınmacılar Yardımlaşma ve Dayanışma Derneği), Sultanbeyli Belediyesinin sığınmacılara yönelik çalışmalarının tamamına yakınına organize ve finanse ediyor. Derneğin web sitesi, sığınmacılarla ilgili bilgiye ve kayda dayalı sistematik çalışmaları (Mülteciler Derneğinin 2014 yılından beri farklı il ile ilçelerden aldığı başvurular sonucunda ulaşarak kayıt altına aldığı mülteci aile sayısı 4 bin 768, aile üyelerini içeren kişi



Kurumsal İş Birliği ve Proje Desteğiyle Yürütülen Faaliyetlerden Örnekler

- Handicap International ile Rehabilitasyon Merkezinin kurulması;
- Hanan Foundation bin 100 çocuğun yararlandığı sağlık, eğitim, kırtasiye malzemeleri, kıyafet, personel desteği ve okul servis araçlarının maliyetine destek;
- Welthungerhilfe ile 23 bin 706 yararlanıcının faydalandığı eğitim, hukuki destek, koruma, psikolojik destek ve rehberlik desteği ile dezavantajlı kadınlar ve çocuklar için uyum programları. Şiddete maruz kalmış, boşanma veya ölüm sebebi ile çocukları ile yalnız kalıp barınma imkânı bulmamış, aile içinde istismara maruz kalmış kadınlara, varsa çocuklarına barınma imkânı sağlayan Çok Amaçlı Toplum Merkezinin kurulması ve çalıştırılması;
- Sequa ile Mesleki Beceri Geliştirme Projesi;
- Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği ile 25 bin 410 kişinin yararlandığı ve mültecilerin mevcut haklarını bilmeleri ve kendilerine sunulan hizmetlerden etkin bir şekilde yararlanabilmeleri için bilgilendirme ve yönlendirme. Mülteci çocuk ve gençlerin kendi dil ve kültür özelliklerini koruyarak, sosyal uyumlarını güçlendirmek ve akademik başarılarını arttırmaya yönelik çalışmalar;
- Relief International ile bin 500 kişinin yararlandığı fizik tedavi, tekerlekli sandalye, protez ve orteز desteği;
- Arel Üniversitesi ile Suriyeli Kadınları Güçlendirme Projesi kapsamında sertifikalı Türkçe dil eğitimi;
- Deutsche Gesellschaft Für Internationale Zusammenarbeit GmbH (GIZ) desteğiyle bin 923 kişinin yararlandığı Eğitim, Hukuki Destek, Koruma, Rehberlik ve Sosyal Uyum Projesi;
- İstanbul Kalkınma Ajansı desteği ile eğitime erişemeyen/okul dışı kalmış 420 çocuğa destek.

(Kaynak: Mülteciler Derneği)

sayısı ise 23 bin 815 kişi), faaliyet alanının genişliği ve iş birliği yaptığı kurumların çeşitliliği hakkında bilgi veriyor (4).

Küresel maddi kaynak oluşturmak: Derneğin en önemli başarısı, sadece bürokratik süreçlerden bağımsız bir biçimde hızlı çalışma sağlaması değil, aynı zamanda yüzbinlerce dolarlık maddi kaynak sağlayarak, bununla sığınmacılar için paha biçilmez önemde hizmetler haline getirmesi. Eğitimden sağlığa, psikolojik destekten hukuki yardıma ve meslek edindirmeye kadar çok boyutlu ve anlamlı bir bütçe gerektiren faaliyetlerin finansmanının, esas olarak uluslararası kaynak sağlayan örgüt ve STK'lardan geldiğini vurgulamak önemli.

Ciddi bir mali kaynak gerektiren bu ve benzeri faaliyetlerin mütevazı bütçeli bir belediye tarafından yürütülmesi mümkün olamazdı. Grup eşitsizliğini azaltmak için gerekli görülen yeniden dağıtım politikalarının, etnik çatışmayı teşvik edebileceğine ilişkin kaygıları ve özellikle de sığınmacılara yönelik ayrımcı önyargının en önemli kaynaklarından

birinin, onlar bizim ekmeğimizi alıyor, türünden algılara dayandığını göz önüne aldığımızda sığınmacılara yönelik maddi güç gerektiren faaliyetleri ağırlıklı olarak dış kaynaklarla karşılamanın önemi daha iyi anlaşılabilir. Bu bağlamda uluslararası kaynaklardan yararlanmanın diğer bir önemi ise ulusal bütçenin yeniden dağıtımını gündeme getiren çevrelerin sığınmacı karşıtı propagandalarına kapıyı kapatmayı mümkün kılıyor olmasından geliyor.

Sağlanan kaynaklardan başkalarını da yararlandırmak: Sultanbeyli Belediyesinin sığınmacılarla ilgili çalışmalarının özgün bir yanı ise, sığınmacılar için sağlanan dış kaynaklarla yine yürütülen hizmetlerden, herhangi bir haksızlığa meydan vermeksizin yerli halkı da yararlandırmasında somutlaşıyor. Sığınmacılar için sağlanan uluslararası kaynaklarla yürütülen hizmetler için öngörülen sayıda sığınmacı başvuruda bulunmadığında, örneğin meslek edindirme amaçlı kurulan 40 kişilik bir atölyede 10 kişilik bir boşluk olduğunda, bu boşluk Sultanbeyli'nin yerli halkıyla dolduruluyor.



- Sosyal Uyum Etkinlikleri:**
- ❖ Sosyal ve Kültürel Etkinlikler (Sinema, Tiyatro, Konserler...)
 - ❖ Spor Faaliyetleri (Doğa Yürüyüşleri, Futbol Maçları, Turnuvalar)
 - ❖ Atölye Çalışmaları (Sanat, Müzik, Resim, Kodlama Atölyesi)
 - ❖ Geziler (Kültürel ve Tarihi Geziler, Eğlence Merkezi Gezileri)
 - ❖ Farkındalık Çalışmaları (Hak Temelli Atölyeler, Eğitimler, Seminerler, Geri Dönüşüm Atölyeleri)
 - ❖ Özel Gün Etkinlikleri (Kutlama, Konferans, Seminer)

(Kaynak: Mülteciler Derneği Hizmet Rehberi)

Böylece, sığınmacılar için harcanması taahhüt edilen kaynaklardan, onların hakkı ihlal edilmeksizin başka bireyler de yararlandırılıyor. Bu çerçevede örneğin, Çocuk ve Gençlik Merkezinin 4-6 yaş arası öğrencilerin okul önce eğitimlerinin yapıldığı anasınıfında, hizmet verilen 150 çocuğun dörtte birini de Türkiyeli ailelerin çocukları oluşturabiliyor. Bu yönüyle bu faaliyet türü, Türkiyeli ve Suriyeli bireyler ve aileler arasında karşılıklı tanıma ve insani iletişim için zemin oluştururken, aynı zamanda sonuçları bakımından, özellikle ulusal kaynakların sığınmacılara harcandığı yönündeki propagandalarda somutlaşan ve etnik gerilim riski oluşturan yaklaşım ve söylemlerin etkisini azaltmaya da hizmet ediyor.

Önyargıyı giderme amaçlı sosyal etkinlikler yapmak: Sığınmacılara tepki duyan kesimlerin önyargılarını gidermeye yönelik programlardan da başarılı yerel göç yönetişimi kapsamında söz edilmeli. Derneğin Mülteciler Toplum Merkezinde sunulan hizmetler başlığı altında yer verdiği bilgilere göre, Sosyal Uyum Departmanı, Suriyelileri ve yerel halkı bir araya getiriyor; okullarda öğrencilerle, veliler ve esnafa yürütülen çalışmalar iki toplumu buluşturuyor. Sığınmacıların sorunlarını, taleplerini ve çözüm tartışmalarını doğrudan kendi ağızlarından dile getirmelerini sağlayacak ve diyalojik bir müzakereyi mümkün kılacak Mülteci Meclisleri de göç yönetişimi ve demokrasinin gelişmesi açısından da anlamlı bir etkinliği ifade ediyor.

Sonuç

Kültürlerarası beceriler seminerleri kapsamında, Türkiyeli ve Suriyeli çocukların birlikte eğitim aldığı karma sınıflarda görev yapan iki öğretmeni hatırlıyorum. İkisine de basit bir soru sorulmuştu: “Çözüm için ne yapıyorsunuz?” İlk öğretmen, meselenin uluslararası bir sorun olduğundan söz ederek başlamış ve bakanlığın kendilerine ayırdığı kaynaklarla sorunun çözülmeceğini söylemiş ve çözümün ancak makro politikalarla gelebileceğini anlatarak cevaplamıştı. İkinci öğretmen ise makro değişkenlerden hiç söz etmeksizin ve global-politik analizlere girmeksizin, sınıfında çözüm için yaptıklarından bahsetmiş, örneğin Türkçe bilgisi sınırlı olan öğrencilere beden dilini kullanarak konuyu nasıl anlattığından sorunları akran desteğiyle nasıl çözdüğüne kadar pek çok ufuk açıcı tecrübesinden söz etmişti.



Sultanbeyli Belediyesi, kaynak oluşturma ve sorun çözmede etkin ve verimli belediyecilik adına iyi işleyen ve diğer belediyeler tarafından dikkatle izlenmesi gereken başarılı bir sistem kurmuş.

İki öğretmen art arda konuştukları için farkı görmek herkes için kolay olmuştu. Aynı verili koşullarda iki öğretmenden biri başarısızken diğeri başarılıydı. İkinci öğretmen, koşullar ne olursa olsun, tek bir öğretmenin neler yapabileceğini herkese göstermişti. Sultanbeyli Belediyesinin çalışmalarından haberdar olduğumda, ilk aklıma gelen o ikinci öğretmen olmuştu. İnsani bir yaklaşımla başarılı bir yerel yönetim anlayışının bir araya gelmesinin neleri değiştirebileceğini gösteren ve mukayese edilemeyecek ölçüde geniş kaynaklara sahip yerel yönetimlerden çok daha geniş çaplı ve etkili bir pratik ortaya koyabilen bir yerel yönetim birimi olarak, başarılı bir göç yönetişimin de yolunu gösteriyordu. Üstelik de bütçe ve mali imkanlar bakımından son sıralarda gelen bir belediye olarak ve en güç koşullarda bile başarılı bir model inşa etmesinin pekâlâ mümkün olabileceğini göstererek. Suriyeli sığınmacılara yönelik yaklaşımı ve ortaya koyduğu başarılı yönetişim pratiğiyle Sultanbeyli Belediyesi, sadece Türkiye'deki yerel yönetimler için değil, aynı zamanda küresel düzeyde yerel yönetimler için izlenmesi gereken bir modeli temsil ediyor. Bu bakımdan özel olarak incelenmeyi ve Türkiye'den dünyaya ufuk açıcı bir örnek ve küresel ölçekte uygulanabilecek başarılı bir yerel göç yönetişim modeli olarak sunulmayı hak ediyor.

Notlar:

* Belediyelerin çeşitli konulardaki faaliyetlerini raporlaştıran bir kurumun temsilcisi, 2017 yılında, sığınmacılarla ilgili yürütülen hizmetler bakımından İstanbul Büyükşehir Belediyesi (İBB) ile Sultanbeyli arasındaki dramatik farkın raporunu yazarken zorlandıklarından söz



Mülteciler Derneğine bağlı Toplum Merkezi, Sultanbeyli Belediyesi ile koordinasyon içinde, sağlıktan hukuki danışmaya ve beceri kazandırma kurslarına çok boyutlu bir faaliyet yürütüyor. Gönüllü katkılarla, dış kaynaklarla açılan kurslardan, sunulan hizmetlerden Sultanbeyli'nin diğer sakinleri de yararlanıyor.

etmişti. Çünkü bütçe büyüklüğü bakımından sonlarda gelen bir belediyenin, bu alanda İBB'den çok daha fazla faaliyet gösterdiği anlamına gelecek çarpıcı bir gerçekle uğraşmak durumunda kalıyorlardı.

** Afganistanlı göçmenlerle ilgili çalışan bir akademisyen arkadaşım, söz konusu göçmenlerin yaşadığı belediyenin yetkililerine, onlarla ilgili olarak ne tür çalışmalar yürüttüklerini sorduğunda, “bizim Afganlı göçmen problemimiz yok” cevabını aldığını hayretle nakletmişti. O belediye, sorunu realiteyi reddederek aşma çabası içindeydi. Bu bağlamda, realiteyi reddetmemek, çözümün ilk adımı olarak tanımlanabilir. Konumuz açısından bunun önemi, ilk düşmenin doğru iliklenmesine benzetilebilir.

Kaynaklar

Brunson McKinley, “Managing Migration: The ‘Four-box Chart’”, *Migration*, Aralık 2004: 3-4; Aktaran Sara Kalm, “Liberalizing Movements? The Political Rationality of Global Migration Management,” *The Politics of International Migration Management*, Editörler: M. Geiger, -A. Pécoud, Palgrave Macmillan, 2010, ss. 21-44.

Fank de Zwart, “The Dilemma of Recognition: Administrative Categories and Cultural Diversity,” *Theory and Society*, 2005, C. 34, S. 2, s. 137.

Hamit Palabıyık, “Yönetimden Yönetişime: Yönetişim, Kentsel Yönetişim ve Uygulamaları İle Yönetişimde Ölçülebilirlik Üzerine Açıklamalar”, *Yerel ve Kentsel Politikalar*, Editörler: Akif Çukurçayır ve Ayşe Tekel, Çizgi Kitabevi, Konya, 2003, s. 253; Aktaran Mehmet Zahit Sobacı, “Yönetişim Kavramı ve Türkiye’de Uygulanabilirliği Üzerine Değerlendirmeler”, *Yönetim Bilimleri Dergisi Journal of Administrative Sciences*, Yıl 2005, C. 5, S. 1, s. 226.

Maurice Cranston, “İnsan Hakları Nelerdir?”, *Siyasal ve Sosyal Teori*, Ed. Atilla Yayla, Siyasal Kitabevi, Ankara, 1999, ss. 311-316.

Mülteciler Demeği Hizmet Rehberi, <https://muleteciler.org.tr/wp-content/uploads/2018/11/muleteciler-derneği-hizmet-rehberi-TR-ENG.pdf> (Erişim, 18 Temmuz 2019).

Belediyeciliğin sosyal yönü

Öznur Canayakın



1984 yılında Çankırı Orta'da dünyaya gelen Öznur Canan, lisans eğitimlerini 2002-2006 yılları arasında Abant İzzet Baysal Üniversitesi Yapı Öğretmenliği Bölümünde ve Düzce Üniversitesi İnşaat Mühendisliği Bölümünde tamamladı. Aile şirketlerinde yönetici olarak çalıştı. 2014 seçimlerinde Pendik Belediyesi Meclis Üyesi seçildi. Sosyal Destek Hizmetleri, Kültür İşleri ve Temizlik İşleri müdürlüklerinden sorumlu başkan yardımcılığı görevlerini yürüttü. Canayakın halen Pendik Belediyesi Anadolu Yakası Engelli Spor Kulübü Başkanlığı görevine devam etmektedir.

Sosyal hizmet toplumların, ailelerin, bireylerin yaşadıkları çevre koşullarında kendilerinden bağımsız veya kontrolleri dışında gelişen problemlerin ve sorunların ilk etapta önlenmesini, önlenemediği takdirde çözümlenmesini amaçlar. Sadece maddi olmamakla birlikte, manevi ihtiyaçları da karşılamayı, yaşam standardını-kalitesini yükseltmeyi, sosyal refahın iyileştirilmesini hedefleyen ve bunun gereğini yerine getirmeye yönelik yapılan müdahale ve mücadelenin tümünü kapsamaktadır. Milli gelirimizin ve hayat standartlarımızın yükseldiği son çeyrekte, ihtiyaçlarımız ve tüketim alışkanlıklarımızdaki değişim, özellikle büyükşehirde yaşayan halkımızı zorlamaktadır. İstanbul örneğinden hareketle kalabalık ve şehrin size sunduğu imkânların nüfusa oranla düşük seviyelerde kaldığı bir ortamda, aile birliğini korumak ve sürekli kılmak hayli zordur. Merkezi hükümet politikaları ile desteklenen birçok hizmet, yardım ve uygulama özellikle yaşadığımız metropolde tek başına yeterli olmamaktadır. Gelir düzeylerinin ve imkânların farklılığı kıyaslandığında ekonomik, sosyal ve kültürel fırsat eşitliğini en uygun seviyede tutabilecek yegâne unsur yerel yönetimlerdir. Belediyeler, yerelde her anlamda yaşanan yoksulluğun direkt muhatabı olduğundan sosyal belediyecilik yönlerini güçlendirmeye yönelik çalışmalar yapmaya, sunduğu mevcut hizmetlerin kalitesini en üst seviyeye taşımaya mec-

burdur. Zira resmi yanlarının yanında, temsilcisi oldukları siyasi harekete de bu vesile ile destek toplayacaklarını unutmamak gerekir.

Sosyal Belediyecilik Kavramı

Yerel yönetimler, yöneten ile yönetilen arasındaki en dinamik kamusal alanlardır. Merkezi yönetimlerden farklı olarak toplumla sürekli iç içe olma durumu söz konusudur. Bu da toplumsal taleplerin ciddiyetle dikkate alınmasını gerekli kılmaktadır. Toplumsal taleplerin uygulanması ve uygulamalar neticesinde ulaşılacak sosyal refahın ölçülmesi, yönetim erkini daima toplumsal beklentilerin takibine yoğunlaştırmaktadır. Bu durum da toplumcu ve üretken bir belediyeciliğin gerekliliğini ortaya koymaktadır. Toplumun yönetimde söz sahibi olabilmesi ise sivil örgütlenmeyle mümkün olacaktır. Sosyal belediyecilik, sunduğu sosyal nitelikli mal ve hizmetlerle hemşerilere daha iyi bir hayat standardı sunmayı hedefleyen ve onların bütçesine sosyal adalet sağlayıcı biçimde katkı yapan belediyeciliği ifade etmektedir. Bu kapsamda belediyelerin ortaya koydukları sosyal politikalar ve uygulamalarla bir yandan kent halkının refah, huzur ve esenliğini artırarak sosyal barışı, adaleti ve toplumdaki dengeyi sağlaması, diğer yandan da yerel ölçekte sosyal kalkınmayı gerçekleştirmeleri öngörülmektedir.

5393 sayılı Belediye Kanunu ve 5216

sayılı Büyükşehir Belediye Kanunu ile belediyelerin sosyal yaşam içinde aktif hale gelmelerini sağlamaya yönelik olan sosyal belediyecilik kapsamında yapılabilecek hizmetler genel olarak şöyle özetlenebilir: Kimsesizlerin, evsizlerin, sokak çocuklarının ve muhtaç kadınların barınma ihtiyaçlarını karşılamak; öksüzlere çocuk yuvaları ve kreşler yapmak; yaşlılara huzurevleri tesis etmek; sağlık merkezleri, sağlık ocakları, gezici sağlık otobüsleri, ön tanı merkezleri açmak; hastaneler civarında hasta yakınları için misafirhaneler oluşturmak; kültür, sanat ve spor tesisleri açmak; tiyatro, sinema, kütüphane ve kültür merkezlerini mahallelere kadar yaygınlaştırmak; fakir, muhtaç ve yaşam mücadelesi veren kesimlere yönelik aşevleri ve imarethaneler kurmak; engelliler için ulaşım, eğitim ve sosyokültürel ortamlarda kolaylık sağlayıcı tedbirler almak; beceri ve meslek edindirme kursları açmak; park-bahçeler ve piknik alanlarını yaygınlaştırmak; doğal dengeyi koruyan ve çevresel şartları düzenlenmiş ucuz konut alanları üretmek; iş kuracak kadın ve gençlere yönelik rehberlik hizmetleri yapmak, onlara makine ve ekipman desteği sağlamak; tanzim satış mağazaları ve ekmek fabrikaları kurmak; gıda, kömür, ilaç, kırtasiye malzemesi yardımı yapmak; toplumsal gruplar, sivil toplum kuruluşları ve kitle örgütlerine rehberlik edip dayanışma ve yardımlaşmayı geliştirmek; gençlerin, engellilerin ve kadınların toplumsallaşmalarını sağlayacak merkezler açmak.

Kimlere Sosyal Hizmet Verilmelidir?

Sosyal hizmet, insanların hayatlarını idame ettiren ihtiyaç duyduğu gereksinimleri karşılamada zorlandığı, birçok kişi ve çevresine göre dezavantajlı duruma düştüğü hallerde ortaya çıkmaktadır. Yoğun yapılaşma ve yerleşimin olduğu an kentlerde birçok dezavantaj türü ve sebebiyle karşılaşmak mümkündür. Bunların başta geleni; şehri planlarken ve imar ederken sürece yeni yeni dahil ettiğimiz, anlamaya çalıştığımız ve farkındalık düzeyimizi artırdığımız engelli bireylerdir. Kadınlar ve çocuklar dezavantajlı gruplarımız içerisinde korunmaya ve desteklenmeye en fazla ihtiyacı olan kitledir. Eşini kaybetmiş veya evlilik bağı sonlanmış kadınlar, bakmakla yükümlü oldukları çocukları ile tek başına aile birliğini ayakta tutmaya çalışmakta ve her anlamda bunun zorluğunu yaşamaktadırlar. Günümüzde artan boşanma vakaları sebebiyle bu grubun sayısı giderek artmakta, yapılan istatistiklere göre aile ve çevre baskısından ötürü memleketlerine gitmek yerine hayatlarını büyük şehirlerde sürdürme kararı almaktadırlar. Özellikle bebekli annenin (çocuğunu bırakacak kimsesi olmadığı için) çalışamadığı göz önüne alındığında desteklenmesi elzemdir.

Yaşamlarını yardım almaksızın sürdürmeyen, yaş almadan ötürü fiziki ve maddi gücünü kaybeden büyüklerimiz ve yaşlılarımız da bizden sonraki nesillere miras bırakacağımız kadim kültürümüzü öğretme açısından sahip çıkmamız gereken değerlerimizdendir. Kişisel bakımını yapamayan, temizlik ve yemek gibi hayati faaliyetlerini yerine getiremeyen yaşlılarımız, beraberinde yaşadıkları geriatri vb. sağlık sorunları ile bakıma muhtaçlık noktasında insanoğlunun bebeklik dönemine geri döndüğü bir süreç yaşamaktadır. Özellikle eşini kaybedenlerde görülen yalnızlık ve terk edilmişlik hissi ile içinde bulunduğu duygusal dönemin hassasiyeti göz önüne alındığında, çocuklarımıza örnek teşkil etmesi açısından da ihmal edilmemesi gereken bir gruptur.

Düzenli geliri olmayan veya bunu elde edemeyen herkes sosyal hizmetlere gereksinim duymaktadır. Gelir durumunun olmamasının başlıca sebebi işsizliktir. Yaşadığımız kentin nüfusu ile istihdam kaynaklarını karşılaştırdığımızda İstanbul'dan ziyade ilçeler ölçeğinde



bile bunun yeterli olmadığını söylemek mümkündür. Kayıt dışı istihdamın var olduğu ve insan gücünün sömürüldüğü tüm gerçekliğiyle karşımızda durmakta iken, bunun yanında işsizlik probleminin ziyade, iş beğenmeme ve kolay para kazanma arzusu da insanlarda maddi doyumsuzluğa sebep olmaktadır.

Savaş veya ülkelerinde yaşanan karışıklık nedeniyle bize sığınan mülteciler ise sadece ülkemizin değil tüm insanlığın meselesidir. Genel hükümet politikaları ile yardım bağımlısı olmaktan ziyade hayata entegre edilmeye çalışılan, çalışma hayatından sağlık ve eğitime kadar birçok ortamda bizimle aynı havayı teneffüs eden muhacirler de bizimle kıyaslandığında çok fazla dezavantajlı durumdadır. Yaşadıkları evler, hayat standartları, vatansızlık, kaybettikleri yakınları ve en önemlisi istenmiyor olmak yaşanılacak en ağır imtihanlardandır.

Sosyal belediyeçilik pek çok alanda olduğu gibi her geçen gün gelişmektedir. Belediyelerimizin sosyal yardımdan, sosyal hizmete geçiş ve sosyal hizmette kurumsallaşma çabaları artarak devam etmektedir. Ülkemizde de belediyelerimizin çok başarılı sosyal hizmet uygulamaları mevcuttur. Pendik Belediyesi de 700.000 nüfusu, güçlü ekonomik yapısı ve yetişmiş insan kaynağı ile bu konuda başarılı sosyal hizmet örnekleri ortaya koyan belediyelerimizden biridir.

Pendik'te Sosyal Hizmet

1. Aile Çocuk Eğitim Merkezleri (AÇEM)

Pendik'in 7 ayrı bölgesinde hizmet vermekte olan AÇEM ile,

Yerel yönetimler, yöneten ile yönetilen arasındaki en dinamik kamusal alanlardır. Merkezi yönetimlerden farklı olarak, toplumla sürekli iç içe olma durumu söz konusudur. Bu da toplumsal taleplerin ciddiyetle dikkate alınmasını gerekli kılmaktadır. Toplumsal taleplerin uygulanması ve uygulamalar neticesinde ulaşılacak sosyal refahın ölçülmesi, yönetim erkini daima toplumsal beklentilerin takibine yoğunlaştırmaktadır.

Okul Öncesi Eğitim: 4-6 yaş grubu çocuklara yönelik Millî Eğitim Bakanlığı müfredatına uygun eğitim verilmektedir. Haftalık 10 saat verilen eğitimler tamamen ücretsizdir.

Bilim ve Robotik Atölye Eğitimleri: Çocuklarda neden sonuç bağlantısı kurma, zihinsel kapasiteyi artırma ve problem çözme becerilerini geliştirmeye yönelik verilen hizmettir.

Veli Kursları: AÇEM'lerde eğitim gören çocukların ailelerine yönelik değişik branşlarda mesleki ve hobi kursları düzenlenmektedir.



Herkes evinin önünü süpürmeli anlayışından yola çıkarak, en yakınımızdaki ihtiyaç sahipleri için harekete geçme, gönüllü faaliyetler gerçekleştiren bir oluşuma dahil olma, mümkünse her mahallede organizasyonel bir anlayışla sokak gönüllüleri yapılanmasını gerçekleştirdiğimizde, bunu bir de yerel yönetimlerle kol kola yürüttüğümüzde hepimize iyi bir gelecek hazırlamış olacağız.

Aile Eğitim Programları: Mutlu ailelerin oluşması ve devamı için çeşitli konu başlıkları altında, ailelere AÇEM bünyesinde interaktif eğitimler verilmektedir.

2. Yaşlı-Engelli Merkezleri

Engelsiz Atölye: Değişik engel türlerinden 20 engelli kardeşimizin bir arada çalıştıkları ahşap atölyesi yerel yönetimlerde örnek teşkil edecek korumalı iş atölyesi niteliğindedir. Proje ortağı Pendik İyi Yaşam Derneğidir.

Engelsiz Yaşam Merkezi: Engelli bireylerin ihtiyaçları doğrultusunda rehabilitasyon, terapi, iş atölyeleri ve eğitim konularında hizmet vermektedir.

Engelsiz Spor Etkinlikleri: Engelli bireylerin fiziksel ve ruhsal desteği amacıyla, ampute futbol, tekerlekli sandalye basketbol, masa tenisi, başta olmak üzere pek çok branşta engelli sporu desteklenmektedir. Aktifim toplumun içindeyim projesi zihinsel engellilerin fiziksel aktivite ile gelişimini sağlayan özgün bir faaliyetidir.

Yaşlılar Aktivite Merkezi: Yaş alan büyüklerimizin gün içerisinde akranları ile kaliteli zaman geçirmelerini ve sosyalleşmelerini sağlamak amacıyla açılan aktivite merkezidir.

3. Kadın Sığınma ve Çocuk Evleri (Sevgi Evleri)

Çalışma, Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, Pendik Belediyesi ve Gönülver Derneği iş birliği ile gönüllülük esasıyla verilen ve bilgi paylaşımının kısıtlı olduğu hizmetlerdir.

Sevgi Evleri: Gönülver Derneği himayesinde, ailesini kaybetmiş veya aile bütünlüğü bozulmuş çocuklarımızın korunması, barınması, eğitim, sağlık vb. ihtiyaçlarının karşılanmasına yönelik sunulan imkanları ihtiva etmektedir. Pendik'te 11 adet Sevgi Evi bulunmakta olup, ana giderleri ve ihtiyaçlarını Gönülver Derneği gönüllüleri ile Pendik Belediyesi üstlenmektedir.

Kadın Sığınma Evi: Eşinden, ailesinden ve yakın bildiklerinden çeşitli şiddet türlerine maruz kalan kadınlar ve var ise beraberindeki çocukların barınma, eğitim, sağlık vb. günlük yaşamsal ihtiyacını karşılamaya yönelik sürdürülen hizmeti kapsamaktadır. Giderleri Pendik Belediyesi tarafından karşılanmakta

olup, Gönülver Derneği yönetimi üyeleri tarafından desteklenmektedir.

4. Psikolojik ve Pedagojik Danışmanlık

Özellikle okul döneminde problem yaşayan çocuk ve gençlere yönelik verilen hizmetlerdir. Milli eğitim ve sağlık bakanlığı yerel unsurları desteği ile aile merkezli uygulama desteği içermektedir.

- Pedagojik Danışmanlık Hizmeti
- Psikolojik Danışmanlık Hizmeti
- Aile Danışmanlık Hizmeti
- Test Uygulamaları

5. Göçmen Destek Merkezi:

Proje ortağı WALD ve UNHCR ile mülteci vatandaşların eğitim, sağlık, istihdam vb. hususlarda Pendik sınırları dahilindeki tüm komşularıyla eşit imkanlardan istifade etmelerini sağlayan, hukuki ve psikolojik anlamda destek niteliğinde hizmetler sunmaktadır.

6. Sosyal Destek programları

İstihdam Masası ve İşte Pendik Buluşmaları: Belirli periyotlarda düzenlenen insan kaynakları fuarı işverenler ve iş arayanları buluşturmaktadır.

Mesleki Kurslar: Meslek edindirmeye yönelik değişik branşlarda açılan kurslar vatandaşların iş bulmalarını kolaylaştıracak mesleki yeterlilik edindirmeyi amaçlamaktadır.

Taziye Birimi: Cenaze sahiplerinin evrak, yemek, araç, masa-sandalye temini sağlanmakta, acılarını paylaşmak üzere ziyaretler gerçekleştirilmektedir.

Hoş Geldin Bebek: Yeni doğan minik ve aileleri ziyaret edilmekte, bebeğin yetişeceği fiziki ve ekonomik şartlar değerlendirilmekte, ihtiyaç durumunda destek organizasyonu ve kamunun sunduğu hizmetler ile ilgili bilgilendirme yapılmaktadır.

Şehit ve Gaziler: Vatan savunmasında şehit düşen güvenlik güçlerinin ailelerine ve hayatta olan gazilere yönelik sosyal desteklerdir.

Sünnet Organizasyonu: Pendik'te ikamet eden erkek çocuklara yönelik yoğun katılımı gerçekleştirilmekte ve şölenle tamamlanmaktadır.



Evlilik Okulu: Uzun bir aile birlikteliği amacı ile nişanlı ve yeni evli çiftlere yönelik sunulan rehberlik desteğidir.

7. Sosyal Yardımlar

Nakdi Yardımlar: Anlaşmalı bankalardan tedarik edilen sosyal kartlara yatırılan tutarlardır.

Gıda Yardımı: Kumanya ve sosyal kartlara gıda amacıyla yüklenen nakdi yardımlardır.

Asker Aile Yardımı: Vatani görevini yapmakta olan erkeklerin ailelerini mağdur etmemek adına sosyal kartlara yüklenerek verilen nakdi yardımlardır.

Medikal Malzeme Yardımı: Hastalık ve engel durumu olan vatandaşların medikal ihtiyaçlarını karşılamaları için sosyal kartlara yüklenen tutarlardır.

Ev Temizliği: Fiziki olarak iş yapabilme gücü bulunmayan yaşlılar ve engellilere yönelik ev temizliği hizmetidir.

Hasta ve Engelli Nakli: Engelli ve yatalak hastaların hastaneler ve ilgili sağlık kuruluşlarına ulaşımını sağlar

Sıcak Yemek: Evinde yemek yapamayacak kişilere sıcak yemek ulaştırılmaktadır.

Şüphesiz barınma ve yemek ihtiyacı insanoğlunun en temel gereksinimidir. Lakin bu ihtiyaçların yanında sosyal belediyeçilik kavramını tamamlayan ilave unsurlar söz konusudur. Sosyal belediyeçilik; temel ihtiyaçların yanında bireylerin sosyalleşmesinde ve birbirleri ile sağlıklı ilişki kurabilmelerinde önemli katkı sağlayacak kültürel, sportif ve

sanatsal faaliyetleri de içermelidir. Bütüncül bir çerçevede ele aldığımızda psikososyal ve sosyokültürel açıdan zenginleştirilmiş, bireylerin hemcinsleri-akranları ile her alanda fırsat eşitliğini destekleyici hizmet birimleri oluşturmak, etkin çalışmalar yapmak, tüm bunlara imkan sağlayan mekanları inşa etmek yani tesisleşmek gerekliliği kaçınılmazdır. Mekan imkandır ve beraberinde birçok şeyi mümkün kılmaktadır.

Sonuç olarak hayata geçirilecek sosyal hizmet içerikli projeler insanı ve aileyi önceleyen, dezavantajlı bireyleri içine alan, erişimi kolay, ücretsiz veya mümkün olduğunca ekonomik ve onların hayatını kolaylaştıracak politikalarla sürdürülmelidir. "Önlemek çok daha masrafsızdır!" sloganıyla yola çıkarak, yaşanabilecek tüm olumsuz hal ve tutumlara proaktif yaklaşımlar sunulmalıdır. Sosyal yardımları arttırarak devam ettiren anlayıştan, yardım alma haline sebebiyet veren durumların bertaraf edilmesine yönelik çözümlerin bulunması daha etkili olacaktır. Aile kurumunda veya kişilerde yıllara sirayet eden yıpranmışlık durumu düşünüldüğünde uygulanan sosyal hizmetler bütüncül çerçevede ele alınıp sadece sosyal yardımlarla değil, kültürel ve psikolojik desteklerle de zenginleştirilmelidir.

Toplumsal rol paylaşımında, eş ve anne olarak kadınlarımızın sorumluluğunun fazlalığı sebebiyle, sunulacak sosyal hizmet politikalarının kadını önceleyen ve yükünü hafifleten nitelikte olması büyük önem arz etmektedir. Aileyi ayakta tutmak, kadını ayakta tutmaktan geçer. Emekçi ve üretken kelimesinin gerçek manada karşılığı olan kadınlarımızın istihdamını destekleyici formüller, girişimciliğini

arttırmaları amacıyla sunulan kolaylıkların ev ekonomisinden başlayarak ülke ekonomisine sağlayacağı katkı göz ardı edilmemelidir. Bunun yanında bizlerin; yaşadığımız şehre, ilçeye, mahalleye, sokağa ve komşularımıza dair hukukumuzu düşündüğümüzde, günlük hayatta karşılaştığımız birçok dezavantajlı gruba veya bireye (sevimli dostlarımız da dahil olmak üzere) insan olarak sorumluluk taşıdığımızı unutmamamız gerekmektedir. Sosyal hizmet uygulamalarının iyi gelen, fayda sağlayıcı, yük hafifleten taraflarını sadece kurumlara yükümlü kılmak, insanlığımıza da inancımıza da aykırıdır. Toplum yararını önceleyen, gönüllülük esasıyla hizmet veren sivil örgütlenmeler; yerel yönetimin toplumla buluşması, birlikte hareket etmesi ve yönetim organizasyonuna toplumun katılması açısından büyük öneme sahiptir. Gönüllü faaliyetler gerçekleştiren bir oluşumun organizasyon şemasında yerimizi almalıyız.

Kaynaklar

Teater B, (2015). *Sosyal Hizmet Kuram ve Yöntemleri*, Nika Yayın, İstanbul

Adıyaman, A. Turan, DEMİREL, Salim, "Sosyal Belediyeçilik Üzerine Bir İnceleme: Ankara Büyükşehir Belediyesi Örneği", *Dış Denetim Dergisi*, Sayı: 4, 2011, ss.115-129.

Aygen, Murat, "Sosyal Belediyeçilik Üzerine Bir İnceleme: Elazığ Belediyesi Örneği", *Fırat Üniversitesi Harput Araştırmaları Dergisi*, 1:1, 2014, ss. 173-192.

Gunderson, R.2016. "The Will to Consume: cSchopenhauer and Consumer Society." *Critical Horizons* 17 (3-4):376-389.

Dursun, İnci, "Bilge Tüketicilerle Sürdürülebilir Bir Gelecek", *TC Bilim Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı, Kalkınmada Anahtar Verimlilik Dergisi*, Sayı 339, Mart 2017, Sayfa 11

<https://www.pendik.bel.tr/hizmetrehberi/sosyal-destek> (15.07.2019)

http://devlet.com.tr/makaleler/y339-toplumcu_abelediyeçilik_anlayisinin_milli_ve_yerli_kodlan.html

Dünden bugüne sosyal hizmetlerin altın kurumu vakıflar

Prof. Dr. Mehmet İpşirli



1945 yılında Kayseri’de dünyaya geldi. İlk ve orta tahsilini bu şehirde tamamladı. 1967 yılında İstanbul Yüksek İslam Enstitüsünden, 1970 yılında İstanbul Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Tarih Bölümü Osmanlı Müesseseleri ve Medeniyeti Tarihi Kürsüsünden mezun oldu. 1971-1976 yılları arasında Edinburgh Üniversitesinde doktorasını tamamladı. 1976 yılında mezun olduğu kürsüye dönüp 1999’a kadar görev yaptı. 1983 yılında doçent, 1988 yılında profesör oldu. 1983-2014 yılları arasında TDV İslam Ansiklopedisi Projesi’nde çalıştı. 1990 yılında ABD’de, 1991 yılında Londra’da arşiv ve kütüphanelerde araştırmalarda bulundu. 1994-1997 yılları arasında Kuala Lumpur’da International Institute of Islamic Thought and Civilization’da araştırmalar yaptı, dersler verdi. İpşirli, İstanbul Medipol Üniversitesi İnsan ve Toplum Bilimleri Fakültesinde görev yapmaktadır.

Vakıf, “menfaati insanlara ait olmak üzere bir nesneyi (gayrimenkul-menkul) Allah’ın mülkü olarak saklamak” cümlesiyle tarif edilmiştir. Bu tanımlamada iki temel unsur bulunmaktadır: Birincisi herhangi bir ayırım yapılmaksızın topluma hizmet sunma; ikincisi ise Allah’ın mülkü olmak kavramıyla vakfedilen nesnenin her türlü müdahaleden korunarak devamlılığının sağlanmasıdır. Vakıf sistemi, geçmişte bu topraklarda çok büyük hizmetler ifa etmiş ancak bu hizmetlerin çok daha mükemmeline gelecekte gerçekleştirecek bir güç ve potansiyele sahip olan mucizevi bir kurumdur. Bu başarının sırrı ve teminatı ise Türk milletinin özünde ve benliğinde vakıf ruhu ve anlayışının yer etmiş olmasıdır.

9-10. yüzyıllarda İslam’ı din ve kimlik olarak benimseyen Türkler, vakıf kurumunu da kendi hayat tarzlarına çok uygun bularak her alanda vakfı kurum-sallaştırıp sihirli bir formül gibi kullanıp yaygınlaştırdılar. Milletimiz, vakfı insan sevgisinin, paylaşmanın, ötekini anlama ve devlet-millet bütünleşmesinin sembol kurumu yapmıştır. Geçmişten güç ve ilham alan vakıf kurumunu iyi tanımalı, tanıtmalı ve işletmeliyiz. Bu kurum, dün olduğu gibi bugün ve bilhassa yarın için toplumsal refahın temel kurumu ve teminatı olabilir.

Topluma doğrudan dinî ve sosyal hizmetler sunan vakıflara tahsis edilen han, hamam, arasta, dükkan, ev, arazi ve nakit para gibi gelir kaynaklarıyla vakıflar; toplum hayatını kolaylaştıran, istihdam imkanları oluşturan kuruluşlar haline gelmiştir. Çağdaş devletlerde bütçenin arslan payını alan eğitim, sağlık, bayındırlık ve kültür alanları için Osmanlı’da devlet bütçesinden herhangi bir tahsisat ayrılmamış, bu hizmetler vakıflar yoluyla gerçekleştirilmiştir. Çağdaş dünyada ve ülkemizde devletin küçültülmesi, sosyal devlet vasfını kazanması ve sivil toplum kuruluşlarının çoğalıp güçlenmesi herkes tarafından arzu edilmektedir. Fakat bu arzunun gerçekleştirilmesi pek mümkün olmamakta, çeşitli zorluklarla karşılaşmaktadır. Vakıf kurumu tarihi temelleri ile bu konuda gelecek için mükemmel bir çözümdür. Ancak bu hassas müesseseyi, geçmişte birçok örneği görülen yolsuzluklar ve ideolojik müdahalelerden korumak gerekir.

Tarihi Arka Plan

Vakıfları geleceğin güçlü kurumları haline getirmek için geçmişin tecrübesini, olumlu ve olumsuz tatbikatını bilmek gerekir. Tamamıyla topluma hizmet amaçlı bir sosyal kurum olan ve İslam dünyasında büyük rağbet gören vakıf kurumu, Selçuklu ve bilhassa Osmanlı’da devlet

siyaseti olarak sağlanan teşvikler ve muafiyetlerle müstesna bir gelişmeye mazhar olmuştur. Devletin büyümesine paralel olarak vakıflar da hukuki, içtimai, iktisadi, idari ve mimari açıdan çok yönlü gelişmeler kaydetmiştir. Külliye bu gelişmenin topluca görülebileceği en mükemmel örneklerdir.

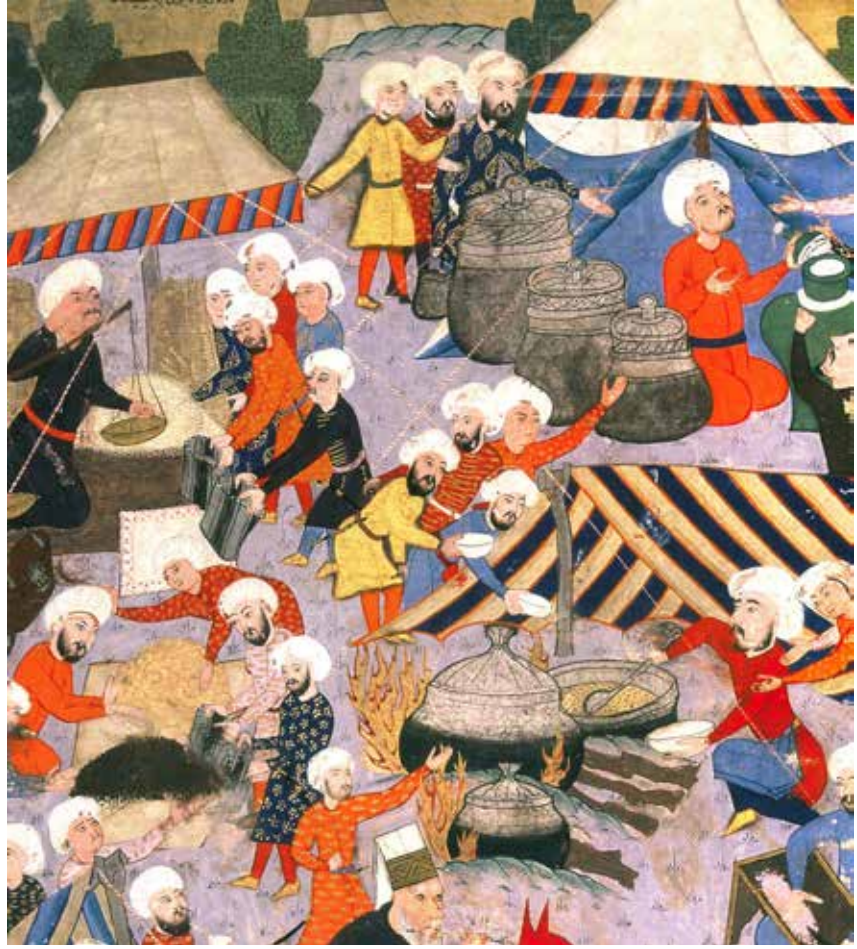
Vakfın menşei konusunda İslam öncesi Türk devletlerinden, Bizans’tan, Sasaniler’den alındığı şeklinde farklı görüşler ortaya atılmıştır. Hâkim görüşe göre; Kuran’ın sadaka, infak, inam, ihsan ve karz-ı hasen gibi toplumsal hayatta dengeyi ve huzuru sağlamayı amaçlayan ilke ve uygulamalardan doğan vakıf sistemi, Hz. Peygamber’in hadisleri ve uygulamalarıyla ilk örneklerini vermiştir. Nitekim hemen hemen bütün Osmanlı vakfiyelerinin giriş kısmındaki şu cümle dikkat çekmektedir: *“İnsan öldüğünde dünya ile irtibatı kesilir, amel defteri kapanır. Şu üç zümre müstesnadır: Sadaka-i câriye (devamlılık arz eden hayır) meydana getirenler, topluma faydalı ilimle uğraşanlar, kendisine dua eden hayırlı evlat yetiştirenler.”* Çeşme, yol, köprü, hastane, cami, mektep vesaire yaptırımlar ile bunların sağlıklı ve kesintisiz şekilde dini ve toplumsal hizmet sunabilmesi için ev, dükkân, han hamam, arazi, nakit para vakfeden kimseler sadaka-i cariye meydana getirmiş olurlar.

H. Peygamber, düstür itti haz edilen çığır açıcı bu hadis-i şerifiyle birlikte ilk uygulamayı da bizzat yerine getirmiş; Medine'de kendisine ait bir hurma bahçesini İslam'ın müdafaası için vakfettiği gibi Filistin'de Halilürrahman şehrinde Temim-i Dârî ve nesli için vakıf tesis etmiştir. Ayrıca her vesile ile sahabeye de bu yönde tavsiyeleri olmuştur. Nitekim H. Ömer'in çok değerli bir hurmalığı bulunduğu ve bunu en iyi ne şekilde değerlendirebileceğini sorması üzerine H. Peygamber, "İstersen geliri fakirlerle dağıtılmak üzere bu hurmalığın aslını vakfet" tavsiyesinde bulunmuş; H. Ömer de öyle yapmıştır. H. Ali'nin de benzer bir vakfının olduğu bilinmektedir.

İslam'ın başlangıcında vakfın tavsiye edilip böylesine rağbet görmesi ilk hukukçuları vakıf hukukunu incelemeye sevk etmiştir. İslam hukukçuları vakfın önemini ve toplum için faydasını kabul etmiş olmakla birlikte hukukî statüsü konusunda farklı görüşler ileri sürmüşlerdir. Mesela Hanefi mezhebine bakıldığında mezhebin kurucusu Ebu Hanife ile iki değerli talebesi olan İmam Ebu Yusuf ve İmam Muhammed farklı görüş ve içtihatlar ortaya koymuştur. Osmanlı dönemi hukukçuları, vakfın kalıcılığı ve dönölmezliği ilkesine sağlam vurgu yapan Ebu Yusuf ile İmam Muhammed'in görüşlerini benimsemiştir.

Emevîler (661-750) ve Abbasiler (749-1258) döneminde vakıfların gerek sayı bakımından arttığına gerekse de hukukî ve idari statülerinin geliştiğine şahit olunmaktadır. Bilhassa Abbasiler zamanında devlet işlerinin görüldüğü divanlar arasında bir Divânü'l-ahbas (Divânü'l-evkaf)'ın mevcudiyeti vakıf meselelerinin en yüksek seviyede idare edildiğini göstermektedir. Abbasi merkezî otoritesinin parçalanmasıyla İran ve Maveraünnehir'de ortaya çıkan Samaniler (819-1005), Harzemşahlar ve Gazneliler (963-1186) gibi devletlerde vakıf müessesesinin her bakımdan gelişmelere mazhar olduğu görülmektedir. Moğol istilası vakıf kurumuna bir darbe vurmuş ancak kısa zamanda bu sarsıntı bertaraf edilmiştir.

Hatta Moğol kökenli İlhanlılar'dan (1256-1353) Ahmed Tegüder (1282-84) vakıfların gelişmesi ve ıslahı konusunda önemli çalışmalar yaptığı gibi Mahmud Gazan Han da (1295-1304) muazzam vakıflar tesis etmiş, bunlara zengin gelir kaynakları tahsis etmiştir. Memluklar



devrinde (1250-1517) de vakıflar sayıca ve tür olarak çok gelişti ve bu konuda hukukî ve idari müesseseler kuruldu.

Büyük Selçuklular ve bilhassa Türkiye Selçuklularında başta sultanlar, saray mensupları ve devlet adamları olmak üzere ileri gelenlerin tesis ettikleri vakıflar ve takip ettikleri vakıf siyaseti (teşvikler, muafiyetler) ülkenin imarı ve bilhassa Anadolu'nun Türkleşmesi ve İslamlaşmasında çok önemli rol oynamıştır. Osmanlılar Anadolu'da idareyi devraldıklarında Anadolu büyük ölçüde alt yapısı tamamlanmış, baştanbaşa vakıf yoluyla kurulup hizmet veren camiler, medreseler, tekkeler, hanlar, hamamlar, köprüler ve kervansaraylarla imar edilmiş durumda idi. Nitekim Selçukluların Anadolu'da takip ettikleri siyaseti ve vakıflar yoluyla fethedilen yerlerin imarı usulünü Osmanlılar Balkanlar'da başarı ile sürdürmüşlerdir. Mesela Osmanlı döneminde sadece Bulgaristan'da 2 bin 356 cami-mescid, 142 medrese, 2 darülkurra, 273 mektep, 174 tekke-zaviye, 42 imaret, 116 han, 113 hamam-ılica-kaplıca, 27 türbe, 24 köprü, 5 kale, 16 kervansaray, 75 çeşme, 22 civarında ise su kemerleri, sebil, saat kulesi, derşane, hastane, kütüphane, musalla vesaire olmak üzere toplam 3 bin 339 eser vakıf yoluyla meydana getirilmiştir.

Osmanlı döneminde vakıfların gelişmesinde en önemli husus, vakıfların bir

devlet politikası olarak çok yönlü teşvik edilmesidir. Padişahlar, valide sultanlar, şehzadeler, padişah hanımları ve kızları tarafından kurulan ve "evkaf-ı selatin" kavramıyla anılan vakıflar, mimari, iktisadi ve sosyal bakımdan en mükemmel ve kapsamlı vakıflardır. Hanedan-ı Âl-i Osman'ın bu davranışı; devlet adamları, varlıklı kimseler hatta orta sınıf için mükemmel bir örnek olmuş, vakıf teşkilinde kadını ve erkeği ile Osmanlı toplumu topyekûn yarış içerisinde olmuştur. Vakıfların devlet tarafından teşvikinin bir diğer unsuru da vakıflara tanınan vergi muafiyetleri ve ayrıcalıklardır. Vergi muafiyetleri vakıfları teşvikte çok önemli bir uygulamadır. Osmanlı'da çok yaygın olan bu hak, bugün de Bakanlar Kurulu kararıyla birçok vakfa tanınmış bulunmaktadır.

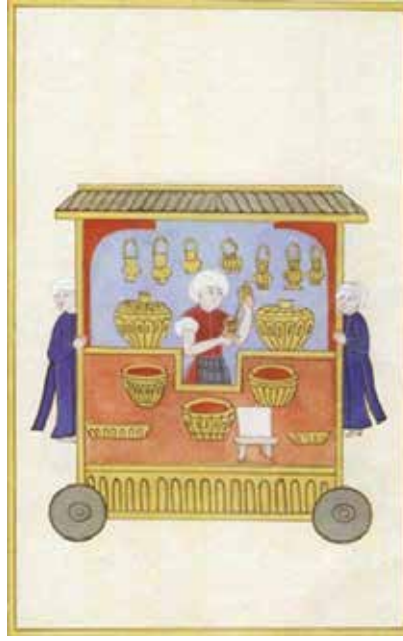
Kadınların Osmanlı toplumunda tesis ettikleri vakıflar konusunda sayısal bir örnek verilmesi yerinde olur. 16. asırda yapılan bir sayıma göre, 1453-1546 arasında İstanbul'da kurulmuş olan 2 bin 515 vakıftan 916'sı yani %36'sının hanımlar tarafından kurulmuş olması fevkalade önemli bir husustur. Bu durum, Osmanlı toplumunda hanımların hukukî ve mali yetkilerinin ne derecede güçlü ve geniş olduğunu göstermektedir. Osmanlı döneminde Halep'te ise bu nispet 16. asırda %36, 18. asırda %40,8'dir. Osmanlı'da hanımların kurduğu vakıflar üzerinde sayısal bir değerlendirme ya-

pan Prof. Gabriel Baer, kadının Avrupa dahil hiçbir toplumda böylesine sosyal ve ekonomik bir faaliyetin içinde olduğunun söylenemeyeceğini haklı olarak belirtmektedir.

Osmanlı sultanlarının tesis ettikleri vakıflar için “evkaf-ı selatin” denilmiştir. Sultan vakıflarında bulunan görevlilerin, burs verilen talebelerin, imaretinden yemek yiyen misafirlerin ve muhtaç kimselerin sayıları yüzlerle ifade edilmiştir. Sadece Süleymaniye Külliyesi’nin 1585-86 yılı bilançosuna göre, bu vakıftan maaş alan personel sayısı 936 kişidir. Bunlara yılda toplam 1milyon 237 bin 546 (%54,5) akçe ödenmektedir. Külliyein kiler ve diğer masrafları ise 1 milyon 486 bin 990 (%45,5) akçe olup toplam gider 2 milyon 724 bin 536 (%100) akçedir. Kiler için alınan ve miktarları tonlarla ifade edilen un, buğday, pirinç, yağ, bal, nişasta, kayısı, badem gibi ürünler ise iktisadî hayat için ayrı bir önem taşımaktadır.

Osmanlıda toplumun her kesimi tarafından vakıf kütüphaneleri kurulması çok yerleşmiş bir gelenektir. Nitekim Fatih Sultan Mehmet, Fatih Külliyesi içindeki sekiz medresenin (Sahn-ı Seman) her birinde birer seminer kütüphanesi, Fatih Camii içinde ilim adamlarının ve bilhassa namaz vakitleri arasında isteyen herkesin yararlanacağı geniş bir halk kütüphanesi, ayrıca Topkapı Sarayı içerisinde İslam ve Hristiyan dünyasının meşhur eserlerinden oluşan bir saray kütüphanesi kurmuş, ayrıca her bir kitaba kendi vakıf mührünü basmıştır. Bu gelenek aralıksız devam etmiş, 18. asırda 1. Mahmut tarafından Ayasofya Camii içinde (1740), Fatih Camii yanında (1742) ve Galatasaray içerisinde (1754) üç kütüphane tesis edilmiştir. Toplumun her kesiminin benzer şekilde vakıf kütüphanesi kurduğu görülmektedir. Bu vakıf kütüphanelerin 130 kadarı bugün Süleymaniye Kütüphanesi’nde toplanmıştır.

Vakıfların böylesine büyümesine ve gelişmesine rağmen alınan bazı tedbirler sayesinde, devletin kontrolü aksamadan devam etmiştir. Devlet, Budin’den Basra’ya, Cezayir’den Kırım’a uzanan geniş Osmanlı coğrafyasında sayıca fevkalade artan ve büyüyen vakıfları daima merkezi idarenin kontrolü altında tutmayı başarmıştır. Bu kontrolü iki önemli ve etkili uygulama ile gerçekleştirmiştir: İlk uygulamayla, vakıf kurucularının belirlediği şartlara göre tayin edilecek bütün görevlilere, Divan-ı Hümayun’dan pa-



dişah tuğrasıyla berat verilmesi esastı. Böylece başkent İstanbul’da bütün vakıf görevlilerinin kayıtları mevcuttu. Diğer uygulamayla göre de vakıfların yıllık muhasebe kayıtlarının, bölge kadıları tarafından onaylanması ve bir nüshasının da merkeze gönderilmesi gerekiyordu.

Vakfın oluşmasında; vâkıf (vakfı kuran), mevkuf (vakfedilen) ve vakfiye (vakıf senedi) temel unsurlardır. Vâkıfın iradesi ve şartları çok önemli görülmüştür. İslam hukukunda bu husus “şart-ı vâkıf nass-ı Bârî gibidir” yani “vakıf yapanın koyduğu şartlar Allah’ın emri gibidir.” cümlesiyle ifade edilmiştir. Vakıf kurucu, bütün şartlarını vakfiyesinde tek tek belirler. Vakfiyeyi kadı ve şahitler huzurunda ifade eder. Vakfiyenin mahkeme defterine kaydedilmesiyle birlikte vakıf, bir daha dönülmemek üzere kesinlik kazanırdı. Vakfiyenin orijinali vakıf kurucusuna verilirdi. Süleymaniye Vakfiyesi’ndeki “Ve cümle evkafın hâsılı ve harcı her yıl Divan-ı Âlî’de paşalar ve kadıaskerler ve defterdarlar ittifaklarıyla ve ma’rifetleriyle sultan-ı zamana arz oluna. Ol dahi şer’i kavim ve şart-ı vâkıf ile âmil ola” ifadesi, bu açıdan çok anlamlıdır. Osmanlı döneminde vakıfların sayısı ve türü çok artmış, vakıflar her zümreye mal olmuştur. Dini, hukuki ve mali alanlardaki gelişmeler yanında, vakıfların yönetim ve denetimine kazandırılan etkin işlerlik fevkalade bir açılım ve gelişmedir. Vakıfların yönetiminde mütevellî (yönetici), nâzır (müfettiş), câbî (tahsildar) ve kadı (denetleyici) doğrudan söz sahibidir. Ancak vakıf muamelesi incelendiğinde; dolaylı olarak padişah, sadrazam, kazasker, şeyhülislam, defterdar vesairenin çeşitli safhalarda, vakfın idaresinde yetki sahibi olduğu görülmektedir. Vakıf personeli gördükleri işlere, verdikleri hizmetlere göre isimler almış olup, Türkçemizde bir kavram zenginliği oluşturmıştır. Ha-

tip, imam, müezzin, vâiz, reisül-huffaz, hâfız, devirhan, yasinhan, cüzhan, ihlashan, salavathan, na’tan, mevlithan, mesnevihan, şiirhan, kayyım, ferraş, musallî, müsebbih, duâgu, mu’arrif, muvakkit, noktacı, sirâcî, hasırcı (hasırî), kandilci (kandilî), bevab, pasban, türbedar, destârî, buhûrî, miftâhî, müderis, muid, danışmend, muallim, mektep halifesi, talebe, şeyh, nâzır, semâzen, hâfız-ı kütüp, kâtib-i kütüp, reisületibbâ, tabip, cerrah, kehhâl, tabbah-ı ilaç, emîn-i sarf, vekil-harc, emîn-i mahzen, kilardar, tabbah, merzâ hâdim (hasta bakıcı), imaret şeyhi, imaret nakîbî, habbaz, hammal-i guşt (et hammalı), nakkad-ı kendüm (buğday arıtıcı), kâse-şû (bulaşıkçı), kâse-keş (garson), ahurî, arpa emini, hammal-ı hatab, kendüm-gûb (buğday döven), nakkad-ı erz (pirinç ayıklayan), aşşâb (Darüşşifa için, ot, kök ve çiçek toplayan), kennâs-ı helâ (tuvalet temizleyen), âbrizî, hâris-i bedesten, hâfız-ı tas, âb-keş (su çeken), meydan şeyhi, meydan ihtiyarı, havacı, korucu, duacı, gümrük memuru gibi... Bu zengin terminoloji, vakıfların hizmet alanının ne kadar geniş ve yaygın olduğunu göstermektedir.

Para vakıfları, Osmanlı döneminde büyük artış göstermiştir. Bu konu 16. asır ortalarında Şeyhülislam Ebussuud Efendi ve Çivizade Efendi ile İmam Birgivî arasında görüş ayrılığına sebep olmuş, her iki taraf da vakıf tarihi, vakıf hukuku gibi konularda çok verimli bilimsel bir tartışmanın içine girmişler ve yazdıkları risalelerle görüşlerini ortaya koymuşlardır. Bu tartışmanın temelinde; devlet hizmetinde ağır sorumluluklar üstlenmiş, topluma çözüm üretmek mevkiinde olan ve halkı tefecilerden korumak isteyen bir şeyhülislam ile takva sahibi bir alimin anlayış farkı bulunmaktadır. Ancak para vakıflarında; mütevellilerin ellerinde birikmiş olan paraların işletilmesi konusunda köklü ve kalıcı çözüm üretilemeyip muâmele-i şer’iyye adı altında hep ara çözümlerle geçiştirilmiştir. Bu durum da toplumda daima bir tedirginlik kaynağı olmuştur (vakıflarda mütevellinin elinde biriken paraların %10-15 ile işletilmesi önemli ve tartışmalı bir konu olup bunun ilkelere, uygulamada aldığı şekiller üzerine ciddi araştırmalar yapılmıştır). Osmanlı döneminde İstanbul’un davalarına bakan İstanbul, Üsküdar, Galata ve Eyüp kazalarına bağlı yirmi yedi mahkeme bulunuyordu. Bunlardan Evkaf-ı Hümayun Müfettişliği ve İstanbul Evkaf Muhasibliği vakıf konularına bakıyordu.

Ayrıca İstanbul'un diğer mahkemelerinde de vakıf davaları ve meseleleri hiçbir zaman eksik olmazdı. Diğer Osmanlı şehirlerinde de durum aynıydı.

Vakıflarda Suistimal ve Müdahale

Vakıf müessesesini yozlaştıran ve vakfa rağbeti azaltan iki felaket vardır. İlk felaket, yolsuzluktur. Allah'ın rızası gözetilerek ulvi duygularla kurulan ve külliyetli bütçelere sahip olan vakıflar, yolsuzluğa çok müsait kurumlardır. Hemen her devirde yolsuzluktan şikayet edilmiş, böylece birtakım tedbirler alınmış ise de bu durum, hiçbir zaman bütünüyle önlenememiştir. Nitekim tarihçi Selânikî, vakıf kurumlarında meydana gelen yolsuzlukları sert bir dille tenkit etmiştir. Selâtin Evkafı Nezaretinin, 1598 yılında Darüssaade Ağası Osman Ağa'ya verilmesiyle birlikte, sultanların vakıflarına ait gelirlerin suistimal edildiğini söylemiştir. Ayrıca bu vakıfların yöneticilerinin rüşvet alınarak yılda iki-üç kere değiştirildiğini bildirmiştir. Bu tutum sonucunda zengin vakıfların adeta borçlu hale geldiğini ve imaretlerinde yemek pişirilemez duruma düştüğünü anlatmıştır. İkinci felaket ise ideolojik müdahaledir. Bunu önlemek ve müdahaleyi lanetlemek amacıyla vakfiye metinlerine çok ağır ifadeler konulmuştur: "... şol kimseki ibdal ve tebdiline say ve ihmâl ve tahviline kasd eyleye... Hak taâlanın ve meleklerinin ve cemî benî âdemin laneti üzerine olsun..." (1430 tarihli Sultan II. Murad Vakfiyesi). Vakfiyelerde çok ağır ve etkili beddualar kullanılmış, bunlar uzun bir liste verilmiştir. Fevkalade zorunlu hallerde vakfa müdahale ve şartların değiştirilmesi, hukuk adamı olarak kadının takdiri ve padişahın onayı ile olmaktadır. Osmanlı'nın son dönemindeki bu nevi müdahalelerin çok yanlış sonuçlar doğurduğu ve böylece Osmanlı Devleti'nin son döneminde, özellikle de cumhuriyetin başlarında pek çok vakfın pervasızca satıldığı bilinmektedir. Tanzimat'a kadar birer sivil toplum kuruluşu (NGO) gibi yönetilirken 1826 yılında Evkaf-ı Humayun Nezaretine bağlanan vakıflar; geliri, gideri ve idaresiyle tamamen devlet kontrolüne alınmıştır. Türkiye Cumhuriyeti bu uygulamayı daha da katılaştırarak devam ettirmiştir. Dini temeli ve çağırışımı sebebiyle, 1926 yılında Medeni Kanun'un kabulünde vakıf terimi terkedilerek metinde "tesis" kelimesi yer almış ve 1967'ye kadar tesis olarak kullanılmıştır. 41 yıl süren bu dönemde -hemen hemen tamamı 1950 sonrası olmak üzere- sadece 202

tesis (vakıf) kurulmuştur. 1967 yılında, hatadan dönülerek Medeni Kanun'daki tesis kelimesi çıkarılıp yeniden vakıf kelimesi kullanılmıştır. Bundan sonra 1976-2007 arasında, 40 yıl zarfında inanılmaz bir artışla 4 bin 500 vakıf kurulmuş, vakıf sayısı 25 kat artmıştır. Bu kelime değişikliği üzerinde durulması ve iyi değerlendirilmesi gereken bir husustur. Bu değişim rahmetli Vehbi Koç'un girişimleriyle gerçekleştiği için o sırada halk arasında "Vehbi Koç Kanunu" olarak anılmıştır.

Günümüz Türkiye'sinde dünya görüşleri, öncelikleri, hizmet alanları farklı ancak çok başarılı işler yapan vakıflar bulunmakta ve her geçen gün yenileri kurulmaktadır. Bu başarılı vakıfları görüp beğenen hayırsever insanlar, buralara önemli mali destekler sağlamakta ve gayrimenkuller vakfetmektedir. Eğitim ve bilim alanında faaliyet gösteren, farklı öncelikleri olan üç vakıf misal olarak verilebilir. İlim Yayma Vakfı: Milli ve manevi değerlere bağlı, çağının bilim, düşünce ve kültürüne vakıf, şahsiyetli nesiller yetiştirmek amacıyla 1952'de kurulan İlim Yayma Cemiyeti, hizmetlerini daha etkili ve geniş çapta sürdürmek; ihtilal ve sıkı yönetim dönemlerinde müdahalelerden kurtulmak için 1973 yılında İlim Yayma Vakfını kurmuştur. Cemiyet ve vakıf ilkeleri doğrultusunda, on binlerce çalışan ancak imkanları kısıtlı gence lisans ve lisans üstü eğitim için yurt içi ve yurt dışında burslar vermekte; yüzlerce öğrenci yurtları ve okullar yaptırarak faaliyetlerini sürdürmektedir. Türk Eğitim Vakfı: Medeni Kanun'daki tesis teriminin vakıf olarak değiştirildiği 1967 yılında Vehbi Koç'un öncülüğünde kurulup, Atatürk ilkelerine bağlı, çağdaş, laik, demokrat gençler yetiştirmeyi ilke olarak benimsemiş olan bu vakıf; yetenekli, maddi imkanları sınırlı on binlerce gence yurt içi ve yurt dışında burslar vermiş ve Türk eğitim hayatına önemli katkılar sağlamıştır. Dikkate değer, hayırlı işlere vesile olmuş Türkiye Diyanet Vakfı: 1977'de kurulan, içeride ve dışarıda binden fazla şubesi olan bu vakıf, Diyanet İşleri Başkanlığının verdiği hizmetleri desteklemek, öncelikle din alanı olmak üzere toplum için faydalı diğer sosyal hizmetleri yerine getirmeyi hedef olarak belirlemiştir. Başlıca faaliyetleri arasında; Hac ve Umre organizasyonu, yurt içi ve yurt dışında cami ve yurt inşası, kitap fuarları düzenleme, İslam Araştırmaları Merkezi (İSAM) kurulması ve İslam Ansiklopedisi hazırlanması, üniversite kurulması, binlerce genç, yetenekli araştırmacıya yurt

içi ve dışındaki araştırmaları için burslar verilmesi bulunmaktadır. Vakıf, kurulduğu günden beri artan bir hızla faaliyetlerine devam etmektedir.

Sonuç olarak, İslam dünyasında çok rağbet gören vakıf müessesesi Osmanlı'da sağlanan teşvikler, kolaylıklar ve muafiyetlerle müstesna bir gelişmeye mazhar olmuştur. Bütünüyle bir sosyal hizmet kurumu olan vakıflar, geçmişin değil geleceğin de mucize kurumları olmaya adaydır. Eğer kıymeti bilinir, geçmişte yapılan hatalardan, kasıtlı ve ideolojik müdahalelerden kaçınılırsa bu milletin -misal olarak zikredilen üç vakfa benzer- binlerce başarılı vakıf kurumunu hayata geçireceğinden hiç şüphe yoktur. Böylece devletin mali bakımdan yerine getirmekte zorlandığı hizmet yükü hafifler; sosyal devlet, sosyal toplum olmada büyük başarılar elde edilmiş olur. Ayrıca insanımız "İnsanların hayırlısı insanlara faydalı olandır" düsturunun mutluluğunu yaşamış olur.

Kaynaklar

- Ahmet Uzunoğlu, "Diyanet Vakfı", DİA, c. 9, s. 460-464.
- Bahaeddin Yediyıldız, "Vakıf", TDV İslam Ansiklopedisi, c.42, s. 479-486.
- E. H. Ayverdi, Avrupa'da Osmanlı Mimarî Eserleri, Bulgaristan-Yunanistan-Amavutluk, IV, İstanbul 1982.
- G. Baer, "Women and Waqf: An Analysis of the Istanbul Tahrir of 1546", Studies in Islamic Society, Contributions in Memory of Gabriel Baer, ed. G. Warburgh-G. Gilbar, pp. 9-28. Haifa 1984.
- H. B. Kunter, H. B. "Türk Vakıfları ve Vakfiyeleri", Vakıflar Dergisi, I, s. 111-115, Ankara 1938.
- İ. Erünsal, Türk Kütüphaneleri Tarihi, Kuruluşundan Tanzimata Kadar Osmanlı Vakıf Kütüphaneleri, Ankara 1988.
- İbrahim Ateş, "Hayrî ve Sosyal Hizmetler Açısından Vakıflar", Vakıflar Dergisi, Ankara.
- J.E. Mandaville, Usurious Piety: The cash Waqf Contraversy in the Ottoman Empire, JMES, X (1979) s. 289-308.
- K. E. Kürkçüoğlu, Süleymaniye Vakfiyesi, Ankara 1962.
- M. İpşirli, "The Wakf its Development n History", The Foundations of Turkey, Ed. Z. Baloğlu, İstanbul 1996, pp.32-39.
- M. İpşirli, M. Tamimi, The Muslim Pious Foundations and Real Estates in Palestine (Evkaf ve Emlâkû'l-Müslimîn fî Filistîn), İstanbul 1982.
- M. F. Köprülü, "Vakıf Müessesesinin Hukukî Mahiyeti ve Tarihî tekâmülü", Vakıflar Dergisi, II, s. 1-35. Ankara 1942.
- Nazif Öztürk, Türk Yenileşme Tarihi Çerçevesinde Vakıf Müessesesi, Ankara 1995.
- Ö. L. Barkan, - E.H. Ayverdi, İstanbul Vakıfları Tahrir Defteri, s. XXX-XXXVIII, İstanbul 1970.
- T. Özcan, Osmanlı para vakıfları: Kanuni Dönemi Üsküdar Örneği, Ankara: Türk Tarih Kurumu, 2003.
- Zehra Tayan, "Cumhuriyet Döneminde Tesisler (Vakıflar), 1926-1967", Gazi Üniversitesi Y.L. Tezi, Ankara 2009.

Avrupa Birliği'nin Türkiye'deki sosyal hizmet sürecine etkisi

Yılmaz Şimşek



1971 yılında Antalya-Gazipaşa'da doğdu. İlk-orta ve lise eğitimini Gazipaşa'da tamamladı. İstanbul Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Kamu Yönetimi Bölümünü 1993 yılında bitirdi. Aynı yıl kaymakamlık sınavını kazanarak 1994'te Niğde Kaymakam Adayı olarak göreve başladı. Kaymakamlık ve vali yardımcılığı görevlerinde bulundu. Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesinde doktora eğitimine devam eden Şimşek, halen Niğde Valisi olarak görev yapmaktadır.

Yirminci yüzyıl, insanlığın kötü tecrübeleriyle dolu bir dönem olarak tarihe geçmiştir. Dünya savaşları, ekonomik ve finansal bunalımlar, terör ve şiddet olayları gibi birçok sorun insanlığın hayat standartlarını ve yaşam olanaklarını olumsuz etkilemiş; gelir dengesizliği dünyada olduğu kadar ülkeler içerisinde de telafisi çok zor yıkımlar meydana getirmiştir. Soğuk savaş döneminde dünyada yaşanan kutuplaşmanın, bir anlamda kapitalizmle sosyalizmin mücadelesi olarak tezahür ettiği söylenebilir. Bu mücadelenin günümüzdeki sonuçlarına göre, dünyada kapitalizm ve kapitalizmin hayat verdiği liberal/neoliberal politikaların galip geldiği bir sistem hâkim olsa da sosyalizmin de etkisiyle ülkeler, vatandaşlarının sosyal sorunlarıyla ilgilenen politikalarla yönelmek durumunda kalmıştır. Diğer taraftan faydacı bir yaklaşımla bu durum ülkelerin lehine görünmektedir. Toplumun dezavantajlı gruplarının ve bu gruplara ilişkin negatif dışsallıkların nihai maliyetlerinin orta ve uzun vadede rehabilitasyon maliyetlerinin önüne geçmesi, sosyal hizmetlerin önemini artıran sebeplerden biri olarak kabul edilmektedir.

Sosyal hizmet sosyal değişmeyi, insan ilişkilerinde sorun çözme ve insanların iyilik halini geliştirmek için onları güçlendirmeyi ve özgürleştirmeyi sağlamak şeklinde tanımlanmaktadır. Sosyal politikalar vasıtasıyla genel olarak

kamu otoritesinin uhdesinde görülen sosyal hizmetler devletin sosyal yapıya dâhil olan unsurlara yönelik özelleşmiş hizmetlerinin bütünü olarak ifade bulmaktadır. Ayrıca vatandaş-devlet ilişkisinin boyutlarını, yönünü ve başarısını da gösteren önemli bir süreci de anlatmaktadır. Özellikle modern devlete ilişkin söylemlerin giderek arttığı günümüzde sosyal hizmetlerin, devletlerin modernite ve gelişmişlik seviyelerine yönelik önemli etkilerinin olduğu söylenebilir. Zira sosyal hizmet uygulamalarının temelini insan hakları ve sosyal adalet ilkeleri oluşturmaktadır.

Sosyal bir varlık olan insan, yaşamı içerisinde başkalarına ihtiyaç duymaktadır. İnsanların birlikte yaşama ihtiyaçları ve karşılıklı bağımlılıkları sosyal hizmetin dayanağını oluşturmaktadır. Bu sebeple sosyal hizmetin amacı; insanlar arasındaki etkileşimi, ilişkilerinin etkinliğini ve kalitesini artırmak için yardım etmek olarak ifade edilebilir. Sosyal hizmet disiplini insanlar arasındaki sosyal işlevselliği artırmaya yönelik faaliyetler yapmaya odaklanmaktadır. Sosyal hizmet her ne kadar tüm insanlığın sosyal işlevselliği ile ilgilense de bir öncelik kuralı esastır. Bu kapsamda toplumun en savunmasız üyelerine, sosyal adaletsizliğe, ayrımcılığa ve baskıya maruz kalan kesimlere öncelik vermektedir. Küçük çocuklar, yaşlılar, yoksullar, zihinsel ve fiziksel engelliler ile cinsiyetleri, etnik yapıları ya da ırkları sebebiyle azınlık olanlar toplumun en savunmasız bireyleri arasında gösterilebilir.

Türkiye'de Sosyal Hizmet Sistemine Kısa Bir Bakış

Osmanlı İmparatorluğu döneminde sosyal hizmetlerle ilgili olarak vakıfların ve mesleki dayanışma amaçlı kurulan loncaların ilk uygulamalar olduğu söylenebilir. Cumhuriyetin ilk yıllarından 1960'lı yıllara kadar Darülaceze, Türkiye Kızılay Derneği ve Çocuk Esirgeme Kurumu bu alanlarda faaliyet yürüten başlıca kurumlar olarak görülmektedir. Yoksullukla mücadele konusunda Türkiye'de 1959 yılında Sosyal Hizmetler Enstitüsü kurulmuştur. 1963 yılında Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğü faaliyete başlamış, illerde Sosyal Hizmet Koordinasyon Kurulları oluşturulmuş ve İl Sağlık Müdürlükleri içerisinde Sosyal Hizmetler Müdürlükleri örgütlenmiştir. Sosyal hizmetler ve sosyal çalışma konusundaki eğitim ihtiyacı nedeniyle 1967 yılında Hacettepe Üniversitesinde sosyal çalışma eğitimine başlanmıştır. Bu iki eğitim kurumu 12 Eylül 1980 askeri darbesi sonrasında birleştirilerek Hacettepe Üniversitesine bağlanmış ve 2000'li yıllara kadar sosyal hizmet alanında yüksek eğitim veren tek kurum olarak kalmıştır.

1983 tarihinde kabul edilen 2828 sayılı yasa ile Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumunun kurulması, sosyal hizmetlerin sunumunda devlete sorumluluk yükleyen ve sosyal hizmetlerde kurumsallaşmanın başladığı bir dönem olmuştur. Sosyal yardım alanında



ilk kapsamlı uygulama olan Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Fonu ise 1986 yılında kurulmuştur. Sosyal yardım faaliyetleri, mülki idare amirleri başkanlığındaki toplam 973 Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı vasıtasıyla gerçekleştirilmektedir. Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Fonu faaliyetleri, Başbakanlık tarafından yürütülmekte iken, 2004 yılında Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Genel Müdürlüğü kurulmuştur.

Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu 2011'de 633 sayılı KHK ile lağvedilerek Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı kurulmuş; SHÇEK'in birimleri, söz konusu bakanlığın farklı hizmet bölümleri arasında paylaştırılmıştır. Temmuz 2018'de, daha önce gerçekleştirilen anayasa değişiklikleriyle kurulan Cumhurbaşkanlığı Hükümet Sistemi çerçevesinde, 7 yıl önce kurulmuş olan bakanlık lağvedilerek bu kez de Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı kurulmuştur.

Türkiye'de sosyal hizmet sunumunda dört birim dikkati çekmektedir. Bunlar:

- Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığına bağlı sosyal hizmet merkezleri,
- Belediyelerin sosyal hizmet birimleri,
- Kaymakamlıklar bünyesinde kurulan sosyal hizmet birimleri ve
- STK'lar tarafından yerine getirilen sosyal hizmet faaliyetleri olarak sıralanabilir.

AB'de Sosyal Hizmet Anlayışı

AB üye ülkelerine münferit olarak bakıldığında sosyal hizmet faaliyetlerini genel olarak yerel yönetim birliklerinin üstlendiği görülmektedir. Eurostat (2019) verilerine göre, sosyal hizmet harcamalarından en büyük payı sırasıyla yaşlılar, hasta ve engelliler almaktadır. Sosyal hizmet sunumunda merkezi yönetimin etkisi nispeten düşüktür. Yerel birimlerce finansal açıdan destek gören sosyal hizmet uygulamalarının toplum tarafından dinsel referanslarla katkı gördüğü söylenebilir.

Diğer bir taraftan Avrupa Birliği, birçok eksikliğiyle dikkat çeken ve üyeleri arasında tam uyumun sağlanmadığı bir sosyal politika izlemektedir. Söz konusu politika değişkenlik göstermiş, önceleri sadece iktisadi birlikteliği sağlamak için gereken alanlarla açıklanabilirken, 2000'lere doğru liberal ekonomik bütünleşme sürecinin meydana getirdiği işsizlik, yoksulluk ve sosyal dışlanmaya karşı bağlayıcılığı bulunmayan önlemlerin alınmasına yönelik bir politika olarak ortaya çıkmıştır. Avrupa Sosyal Modeli olarak adlandırılan bu politika; 1957 Roma Anlaşması, 1961 Avrupa Sosyal Şartı, 1972 Paris Zirvesi, 1986 Avrupa Tek Senedi, 1992 Maastricht Anlaşması, 1997 Amsterdam Anlaşması ve 2001 Stockholm Zirvesi gibi yoğun ve derin müzakereler sonucu olgunlaştırılmıştır.

Avrupa sosyal modeli, ortak ve uyumlu

Soğuk savaş döneminde dünyada yaşanan kutuplaşmanın, bir anlamda kapitalizmle sosyalizmin mücadelesi olarak tezahür ettiği söylenebilir. Bu mücadelenin günümüzdeki sonuçlarına göre dünyada, kapitalizm ve kapitalizmin hayat verdiği liberal/ neoliberal politikaların galip geldiği bir sistem hâkim olsa da sosyalizmin de etkisiyle ülkeler, vatandaşlarının sosyal sorunlarıyla ilgilenen politikalara yönelmek durumunda kalmıştır.

sosyal politikalar kapsamında oluşturulması hedeflenen bir sosyal politikadır. Buna karşın üye ülkeler arası sosyal politika ve uygulamalarda farklılıklar bulunması sebebiyle mutlak manada başarıya ulaşma ihtimalinin düşük olduğu değerlendirilmektedir. Avrupa sosyal modeli, Avrupa ölçeğinde ulusal sosyal sorumlulukların ve birimlerin yerine geçen kendine münhasır uluslar-üstü bir model olarak açıklanabilir. Bu model, işçi ve emekçilerin refahını ön plana alan, refah devletini ilke edinen, bir tür iyiliksever kapitalizm olarak ifade edilebilir.

Avrupa sosyal modelinin üç temel özelliği;

- Ekonomik ve sosyal hakların tüm vatandaşlara asgari düzeyde garanti edilmesi,
- Sosyal adaletin ekonomik etkinlik ve rekabeti arttıracağına olan inanç,
- Karşılıklı saygı ve güvene dayalı olarak hükümet ile sosyal taraflar arasında kurumsallaşmış bir sosyal diyalogun varlığı olarak ifade edilmektedir.
- Avrupa sosyal modelinin dayandığı temel unsurlar 6 başlık altında sıralanabilir:
- Sosyal diyalog: Sosyal tarafların katıldığı tartışmaları, istişareleri, müzakereleri ve ortak eylemleri içermektedir.
- Sosyal uzlaş: Önemli siyasi ve ekonomik kararların en yüksek seviyedeki işçi ve işveren temsilcilerine danışılarak alındığı kurumsal düzenlemeler olarak tanımlanmaktadır.
- Sosyal vatandaşlık: İktisadi refah ve güvenlik hakkından, sosyal mirasın tamamını paylaşma hakkına ve toplumda hâkim olan standartlara uygun modern ve çağdaş bir yaşam sürdürme hakkına kadar uzanan haklar bütünüdür.
- Sosyal koruma: Ülke vatandaşlarının sosyal sorunlara karşı koyabilmeleri için meydana getirilmiş olan bütün toplu transfer sistemleri olarak ifade edilmektedir.
- İstihdam: İş yaşamının kalitesi, eşit davranma, işçilerin yönetime katılımı ve işçilere danışılması gibi alanlarda ortak uygulamalar geliştirilmesini ifade eder.
- Kamu müdahalesi: Unsurların hepsiyle ilintili olan kamu müdahalesidir. Sistemin sigortası olduğu söylenebilir.

Son dönem politikalarına göre sosyal devlet ve sosyal politika etkilerinin zayıfladığı iddia edilebilir. Küreselleşmenin sermayenin hareketliliğini

tetiklemesi sonucu ulusal politikaların sermaye karşısında etkisini yitirmesi bu duruma gerekçe olarak gösterilebilir. Birlik içerisinde de desteklenen çeşitli görüşlerden hareketle, Avrupa sosyal modelinin güç kaybettiği görülmektedir.

AB Sürecinde Türkiye’de Sosyal Hizmetler

Türkiye’nin 31 Temmuz 1959’da Avrupa Birliğine (o dönemki AET) ortaklık başvurusunda bulunmasının üzerinden geçen 60 yıllık serüveni sosyal hizmetler konusuna da yansımıştır. Avrupa Birliği adaylık sürecinde hayata geçirilmesi talep edilen değişiklikler, Türkiye’de sosyal yardım ve sosyal hizmetlerin zayıf durumunu gün yüzüne çıkarmış; bu iki alanla alakalı politik ve akademik çalışmalarda artış gözlenmiştir.

Türkiye’nin yasal düzenlemelere ağırlık vermesi, 1999’daki Helsinki Zirvesi’nde aday ülke olarak ilan edilmesinden sonraki döneme tekabül eder. İş-Kur Yasası, Sosyal Güvenlik Reformu, İş Kanunu’nda esneklik gibi yapısal reformların söz konusu dönemde gerçekleştirildiği görülmektedir. İstihdama, iş güvencesine, işyeri sağlığına ve güvenliğine ilişkin birtakım düzenlemeler hayata geçirilmiştir.

2004 yılında yapılan anayasa değişikliği ile kadın haklarının devlet garantisine alınması sağlanmıştır. Engelliler, yaşlılar ve bakıma muhtaç vatandaşlarla ilgili birçok yasal düzenleme yapılmıştır. Sosyal diyalog ile ilgili olarak devlet, işçi ve işveren temsilcilerini içeren yönetim temelli kurullar oluşturulmuştur.

Diğer taraftan yaşanan birtakım siyasi gelişmeler neticesinde yürütülen müzakere süreçleri aksamalara uğramış ve üyelik konusunda birliğin isteksiz tavrı neticesinde süreçlerde politik nedenlerin yoğun etkisiyle duraklama yaşanmıştır.

Gelinen noktada Avrupa Birliğince; sosyal diyalog, cinsiyet eşitliği ve ayrımcılıkla mücadele alanlarında Türkiye’deki norm ve uygulama düzeninin istenen düzeyde olmadığı; Türkiye’nin bu anlamda yeterli ilerlemeyi kaydetmediği ifade edilmektedir. Bu hoşnutsuzluk AB İlerleme Raporlarında ayrıntılı olarak ifade edilmektedir. Türkiye’nin topluluk hukukundan farklı olarak değerlendirildiği görülmektedir.

Sonuç

Sosyal hizmetler günümüzde, gelişmiş ülkeler için vatandaşlarına sundukları bir lütuf olmaktan ziyade zorunluluk olarak değerlendirilmektedir. Vatandaşlara sunulan sosyal hizmetlerin niteliği, devletlerin demokratikleşme seviyeleri ve gelişmişlik düzeyleri hakkında en sağlam kanıtlar olarak görülmektedir. Yapılan tüm düzenlemelere ve geline ümit vaat edici seviyelere rağmen Türkiye’nin kamusal bir bilince sahip olma noktasında sosyal hizmetler alanında eksiklikleri bulunmaktadır. Bunun sebebini ise merkezîyetçi ve paternalist bir yaklaşıma sahip olan devletin, uzlaştırmacı değil belirleyici rol oynayan yapısında aramak mümkündür.

Avrupa Birliği’nin 60 yıllık serüveninin Türkiye’ye sosyal hizmetlerin kurumsallaştırılması anlamında müspet katkıları olduğu aşikârdır. Buna karşın, dünyada ve ülkelerde, küreselleşme sürecinin de etkisiyle yaşanan siyasi ve ekonomik gelişmelerin Avrupa Birliği’nin sosyal hizmet modelini olumsuz etkilediği görülmektedir. Türkiye ve Avrupa Birliği arasındaki üyelik sürecinin kaldığı yerden devam etmesinin ve reformist politikaların sürmesinin her iki tarafın da fayda sağlayacağı bir durum olduğu ifade edilebilir.

Kaynaklar

- Çilkeya, B. (2010) “Avrupa Birliği Müzakere Sürecinde Türkiye’nin Sosyal Politika ve İstihdam Yaklaşımı”. Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.
- EUROSTAT (2019). “SocialProtectionStatistics”, <https://ec.europa.eu/eurostat>
- Erişim Tarihi: 12.06.2019.
- IFSW (2019). International Federation of Social Workers. <https://www.ifsw.org/> Erişim Tarihi: 12.06.2019.
- Parlak Z. ve Aykaç M. (2004) “AB Sosyal Politikası: Refah Devletinden Avrupa Sosyal Modeline”, Avrupa Birliği Üzerine Yazılar, Ed: Turgay Berksoy, A. Kadir Işık, Birinci Baskı, Sermaye Piyasası Kurulu Yayınları, Ankara.
- Selçuk O. ve Güzel B. (2016) “Sosyal Hizmet Mesleğinin Çalışma Alanı ve Sosyal Hizmet Uygulamasının Türkiye Ölçeğinde Değerlendirilmesi”, Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi, Cilt. 9. , S. 46. , s. 461-469.
- Şaşmaz A. (2019) “Sosyal Hizmet Sunum Sistemi ve Sosyal Hizmet Merkezlerinin İşleyiş ve İşlevlerinin Türkiye ve AB Açısından Kıyaslaması”, Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.
- Taşkın N. Ş. ve Özel H. (2011) “Türkiye’de Sosyal Hizmetlerin Dönüşümü”, Toplum ve Sosyal Hizmet, Cilt: 22,S.2, s. 175-190.
- Tufan B., Sayar, Ö. Ö., & Koçyıldırım, G. (2009). Sosyal Bir Hak Olarak Sosyal Hizmet. Uluslararası Sosyal Haklar Sempozyumu, 76-86.
- Turan E., Aydılek E., Şen A.T. (2016) Avrupa Sosyal Modeli ve Türkiye’deki Sosyal Politikaların Tarihsel Bağlamda Karşılaştırmalı Analizi, Selçuk Üniversitesi Sosyal ve Teknik Araştırmalar Dergisi Sayı: 11,s. 1-17.

Beyin pili takılan 600'den fazla hastamız gibi siz de hastalığın zamanını geriye almak ister misiniz?

Parkinson'da kaybettiklerinizi geri kazanın.

Beyin pili, insan beyni içerisinde herhangi bir noktaya elektrik akımı vererek o bölgenin beyin hücrelerindeki elektriksel aktiviteyi değiştirmeyi sağlayan bir cihazdır. Nöromodülasyon adı verilen bu tedavi yöntemi ile başta Parkinson hastalığı olmak üzere pek çok hareket bozukluğu hastalığını tedavi edebilmek mümkündür.

Parkinsonlu hastalar, beyin pili takıldıktan sonra hastalığın başladığı ilk yıllardaki hallerine dönebilir ve normal hayatlarına kaldıkları yerden devam edebilirler.



Kuruluşumuz,
Akademik Tıp Merkezi
Hastanesi olarak
JCI tarafından
akredite edilmiştir.



medipolsaglik



medipolsaglik



medipolsaglik



MedipolSaglik

Devleti ayakta tutan sosyal hizmet: ABD örneği

Prof. Dr. Abdulkadir Ömer



1962 yılında dünyaya gelen Abdülkadir Ömer, 1985 yılında İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesinden mezun oldu. Aynı yerde iç hastalıkları uzmanlığını tamamladı. Kariyerine araştırmacı olarak Harvard Üniversitesi Joslin Diyabet Merkezinde devam etti. 2013 yılında Massachusetts Üniversitesinde endokrinoloji diyabet ve metabolizma yan dal uzmanlığını tamamladı. 2013-2016 yılları arasında aynı üniversitede yardımcı doçent ve St. Vincent Hastanesinde endokrinoloji uzmanı olarak çalıştı. 2004 yılında doçent, 2016 yılında profesör unvanlarını alan Ömer, Medipol Üniversitesi Uluslararası Tıp Fakültesi Dekanı olarak görev yapmaktadır.

"Amerika'nın içinde bulunduğu bu zor zamanlarda Amerikalılar olarak sosyal adaleti, inançlarımızı takip etmeli, umudumuzu korumalı ve birbirimizi sevmeye yollarını bulmalıyız."

Franklin Delano Roosevelt, 1932

Sosyal çalışmacılık kimilerine göre bir sanat, kimilerine göre bir bilim, kimilerine göre de her ikisidir. Sosyal çalışmacılar (social workers) ne yapar şeklinde sorulan bir soru, tipik bir cevapla diğer insanlara yardım etmek şeklinde ya da özel olarak öncelikle sorunlu çocukları olan ailelere ve çocuklara yardım etmek şeklinde cevaplanabilir. Diğer bir tanımla fakirlere yardım etmek şeklinde de cevaplanabilir. Sosyal çalışmacının ilgilendiği konular çok çeşitli alanları kapsar:

- Fakir veya yardıma muhtaç kişilere ve evsizlere barınma yeri ayırmak ve nakdi destek, sürekli ve sürdürülebilir bir sağlık sigortası kazandırılması.
- Çocuk ve gençlik sorunları: Aile içindeki sorunlardan etkilenen çocuklar; engelli aile bireyleri ve sorunları; okula uyumsuzluk ve derslerde başarısızlığın ardındaki kişisel ailevi ve psikolojik sorunlar; çocuk istismarı, çocukların ihmali, sömürüsü, çocuklara uygulanan iş konusundaki ayrımcılık; erken yaşta gebelik, düşük, intihar; düşük standartlı okullar, okula ulaşım zorlukları; uyuşturucu kullanımının önlenmesi ve gençliğin diğer problemleri.
- Aile sorunları: Aile içi kötü iletişimden kaynaklanan problemler, boşanmalar,

aile içi şiddet ve cinsel istismar.

- Kadın sorunları.
- Fiziksel ve mental sağlık sorunları: AIDS ve benzeri kronik hastalıklar, depresyon, anksiyete ve diğer mental sağlık sorunları olanlara destek ve uyuşturucu kullanımı.
- Yaşlı ve engellilerin sorunları.
- Mülteci sorunları.
- Tüm tabii afetler.

Bu tanımlardan kolaylıkla anlaşılacağı gibi sosyal çalışmacı toplum içindeki çok önemli sorunlarla yakından ilgilenmektedir. Sosyal çalışmacı bahsedilen sorunları inceler, sorunun çözümü için ilgili mercilerle iletişime geçer ve sorunun çözümüne doğrudan veya dolaylı olarak yardımcı olur. Toplumun kanayan yaralarını sarar ve bu sorunların kaynağının kurutulması için politikalar da üretebilir.

ABD'de (ABD) sosyal hizmetler her eyalette, sağlık ve sosyal hizmetler departmanı (department of health and social services) tarafından yürütülmektedir. ABD'de sosyal çalışmacılar genellikle devlet kuruluşlarında, öncelikle okullarda, sığınma barınma evlerinde, evlat edinme kuruluşlarında, mahkemelerde, hapishanelerde, hastanelerde ve tedavi merkezlerinde çalışırlar. Ayrıca kâr amaçlı (özel bakım evleri ile, uzun süreli bakım merkezlerinde) veya kâr amacı gütmeyen

kuruluşlarda (sivil toplum kuruluşlarında), dini inanç temelli kuruluşlarda, danışma merkezlerinde, evsizleri barındıran merkezlerde, uluslararası merkezlerde ve askeri kuruluşlarda çalışabilirler. Sosyal çalışmacılar bu konuda çalışan diğer kuruluşlarla örneğin psikologlarla, araştırmacılarla, akademisyenlerle, okulların ve şirketlerin insan kaynakları ekibi ile yakın iletişim içinde çalışırlar. Siyasetçilerle beraber çalışan uzman sosyal çalışmacılık alanı da vardır.

ABD'de Sosyal Çalışmacılık Tarihinin Kısa Geçmişi

1877: İlk Amerikan yardım organizasyon sistemi kuruldu.

1886: Şikago'da Jane Adams adlı politikacı tarafından ünlü Hull House kuruldu. Bu kuruluş birçok mülteciye ve fakire yardım sağladı.

1898: Colombia Üniversitesi sosyal çalışmacılar için eğitim vermeye başladı. 1916: Bir sosyal çalışmacı olan Janet Rankin, kongreye seçilen ilk kongre üyesi kadın oldu.

1931: Sosyal çalışmacı olan Jane Adams Nobel ödülünü kazandı.

1935: Franklin Roosevelt'in önerdiği sosyal güvenlik kanunu kongreden geçti. İlk defa sosyal güvenlik, işsizlik maaşı (tazminatı), halk yardımı gibi konularda fakirlere ciddi

bir kazanım sağlandı.

1952: Sosyal çalışma eğitimi üzerine bir konsey kuruldu.

1955: Ulusal Sosyal Çalışmacılar Derneği kuruldu.

1965: ABD Başkanı Lyndon Johnson'ın fakirler için büyük toplum ve savaş konulu çalışması başladı. Emekliler ve engelliler için, şu anda ABD'de yürürlükte olan maaş ve sağlık ödemelerinin yer aldığı, Medicare ve Medicaid programları oluşturuldu.

Bugün Amerikan hükümeti iş istatistikleri departmanı verilere göre ABD'de sosyal çalışmacıların yaklaşık dağılımı şu şekildedir:

- Ailelerle ve okuldaki çocuklarla uğraşan sosyal çalışmacılar: 282.000
- Sağlık ve halk sağlığı sosyal çalışmacıları: 124.000
- Ruh sağlığı ve alışkanlık yapıcı madde kullanımı ile ilgili çalışan sosyal çalışmacılar: 122.000
- Diğer meslek alanları: 66.000

Genel düşüncenin aksine ABD'de sosyal çalışmacıların çoğu özel sektör, STK'lar, kâr amacı gütmeyen kuruluşlar ve inanç temelli kuruluşlar tarafından işe alınmakta ve birçoğu da özel çalışmaktadır. Özellikle çocuk koruma servisleri hariç birçok sosyal çalışmacının iş stresi fazla değildir. Sosyal çalışmacıların çoğunun aynı zamanda ruh sağlığı hastalıkları konusunda da mesleki dereceleri vardır. Genel düşüncenin aksine, sosyal çalışmacılar sorunları doğrudan çözüme noktasında değil; uygun kişilerle iletişim sağlanması, hastaların ve ailelerin bilgilendirilmesi ve motivasyonunu artırılması konularında çalışarak hastanın kendi sorunlarını çözmesine yardımcı olmaktadır. Çeşitli yönlerden bakıldığında sosyal çalışmacılar psikologlardan ve sosyologlardan farklıdır.

Sosyal çalışmacının genel özellikleri: İnsanlara yardımcı olmak, mesleki değerlere ve etik kurallara uyum, toplumdaki dini, etnik, kültürel, cinsiyet ve yaş gruplarını iyi tanımak, işine kendini adanmak, hastanın bilgilerini ve sırlarını tam olarak saklamak, kişisel ilişkilerde başarılı olmak, mükemmel analitik ve iletişim deneyimlerine sahip olmak, davranışlarında ve iş yaşamında esnek, dengeli ve yaşam boyu öğrenme isteğine sahip olmak olarak açıklanabilir.

Sosyal çalışmacıların ve sosyal hizmetle-

rin faydaları: Kariyer yapma bakımından birçok fırsatı sunması ve yaşam boyu öğrenme fırsatları sunmasının yanında toplumun değişik kesimlerindeki karmaşık sorunların çözülmesine yardımcı olurlar. Ailede, okulda ve genel olarak toplumda barışın, huzurun ve mutluluğun sağlanmasına ciddi katkı sağlarlar. Toplumda adalet, eşitlik ve insani değerlerin iyileştirilmesine yardımcı olurlar. Bu bakımdan sosyal çalışmacılık değerli bir meslektir.

Sosyal Çalışmacılığın Zor Tarafları: Yukarıda adı geçen konularda uzmanlık sahibi olmak, siyasi ortamlarda çalışmak, sorunlu ailelerle, gruplarla ve çocuklarla çalışmak gerçekten zor bir uğraştır. Sürekli sorunlu insanların sorunlarını dinlemek ve bütün gününü bu şekilde geçirmek kolay bir iş değildir. Sosyal çalışmacılar ciddi, uzun süreli ve nitelikli bir eğitimden sonra ve çoğu eyalette de bir lisansla (resmi mesleki icra etme yetkisi) işe alınmaktadırlar. Sosyal çalışmacıların mesleği akredite edilmiştir. Çalışırken toplumun çekirdek değerlerini, etik kurallarını ve standartlarını özellikle ve daima en önde tutmak zorunda olup, hizmet etme isteklerini sürekli hale getirmek zorundadır. İşlerinde sosyal adaleti, saygınlığı, insana değer vermeyi, insanlar arası ilişkilerin önemini, bütünlüğünü ve yeterliliğini korurlar.

Sosyal Çalışmacılar Nasıl Yetiştiriyor?

ABD'de liseden sonraki kolej döneminde sosyal alanda veya sosyal çalışma alanında (Bachelor of Social Studies veya Bachelor of Social Work-BSW) lisans derecesi alınabilir ve bu derece kişiyi sosyal çalışma alanına dahil eder. Lisans derecesine sahip olan kişiler karmaşık olmayan sorunlarla ilgili işlerde çalışabilir. Sonrasında tamamlanacak bir yüksek lisans (Masters in Social Work-MSW) kişiyi daha ileri donanıma sahip kılar. Kariyerin üçüncü bölümünde bu alanda doktora (PhD) yapılabilir. ABD'de master ve doktora derecelerini Amerikan İşçilik Departmanı (Department of Labor) veya Council on Social Work Education (CSWE) onaylar. Bunun yanında alınan çalışma izni, her eyalette ayrıca gözden geçirilmektedir. Sosyal çalışmacıların ABD'deki meslek kuruluşu Ulusal Sosyal Çalışmacılar Birliği (National Association of Social Workers, NASW) olup, meslekle ilgili her türlü etik kurallarını ve çalışma standartlarını saptar ve denetler. Eya-

letler mesleki çalışma izni vermede ve yenilemede bu kuruluşun standartlarını temel almaktadır.

Özel Alanlarda Sosyal Hizmetler

Çocuklarla ilgili sosyal çalışma alanları: Sosyal çalışmacıların yarısına yakını çocuklarla ilgili konularda faaliyet vermektedir. Amerikan yaşam sisteminde son yıllardaki değişikliklere bağlı olarak tipik ailelerin çocukları yanında tek anne ya da babalı (tek ebeveynli) ailelerin çocukları, evlat edinilmiş çocukların olduğu aileler, aynı cins ebeveynlerin oluşturduğu evliliklerin içinde yer alan çocuklar, büyük anne ve büyük babalar tarafından veya diğer aile bireyleri tarafından büyütülen çocuklar, ikinci veya üçüncü kez evlilik sonucu ortaya çıkan çocuklar, mülteci ailelerin çocukları, değişik etnik, kültürel, dini, inanışa mensup (anne baba farklı dinden) kişilerin evliliklerinden ortaya çıkan çocukların sayısı artmakta ve sıklıkta göze çarpmaktadır.

Çocukları koruma ile ilgili çalışan sosyal çalışmacılar (child protection services): Bu gruptaki çocuklar gerçekten zor ve kompleks sorunlarla karşılaştıkları ve sorunların çözümü uzun zaman ve efor harcamayı gerektirdiği için bu bölümde çalışan sosyal çalışmacılar belli özelliklere sahip olmalıdır. Bu konu devletin sorumluluğu altında olduğu için bu bölümde çalışan sosyal çalışmacılar devlet tarafından görevlendirilmiştir. Burada öncelikle çocuğun menfaatine en iyi yararı sağlayacak kararın alınması amaçlanır. Aynı zamanda ailenin bütünlüğü de göz önünde tutulur. Bu nedenlerle aynı konuda birden fazla sosyal çalışmacının görev yapması gerekebilir.

Evlat edinme ve sorunlu ailesinden alınan çocuğun koruyucu ailelere (foster family) yerleştirilmesi: Sosyal çalışmacılar bu alanda hem bakıma ihtiyacı olan çocukların izlenmesinde hem de bu çocukları evlat edinecek geçici veya kalıcı süre bakımını sağlayacak ailelerin seçiminde rol oynar. Çocuklar yeni ailelerin yanına yerleştikten sonra düzenli olarak aileyi ziyaret ederek çocuğun bakımını izler ve denetler. Çocuk istismarı ile ilgili bir duyuru alındığında ve bir kanıt olduğunda sosyal çalışmacı ailenin izni gerekmeden çocuğu devlet koruması altına alabilme yetkisine sahiptir. Örneğin ABD'de Massachusetts Eyaletinde 11 yaş altında bir çocuğun evde erişkin olmadan (bakıcı veya aile üyeleri) yalnız

bırakılması çocuğun ihmali anlamına gelmektedir. Böyle bir durum saptandığında (örneğin komşulardan şikâyeti), sosyal çalışmacı çocuğu ailesinden izin istemeden alabilme yetkisine sahiptir. Alınan çocuk öncelikle geçici olarak devlet gözetiminde ve koruması altında tutulur daha sonra ailesine dönebilir veya korumacı ailenin yanına yerleştirilir.

Bu alanda çalışan sosyal çalışmacılarda risk saptama ve iyi karar verme deneyimleri, aile ve çocuklarla ilgili konulara hassasiyet, mülakat deneyimleri ve hassas soruları usulüne göre sorabilme kabiliyeti, sorunlu kişilerle iletişimde deneyimli olabilme kapasitesi, iyi yazabilme deneyimi, zor ortamlarda çalışabilme kapasiteleri ve dayanıklılığı, bütün yaştaki insanlarla iyi iletişim kapasitesi, bir çok görevi aynı anda yapabilme ve öncelikleri oluşturabilme kapasitesi, kriz yönetimi ve problem çözme konularında deneyim, stresli ve kriz içindeki ailelerin sorunlarına empati içinde yaklaşabilme, objektif olabilme ve farklı düşünceleri olan kişilere karşı dengeli yaklaşabilme özellikleri, kendi öz bakımını çok iyi yapabilen, duygusal olarak dayanıklı, çok iyi iletişim deneyimleri olan, kültürel olarak hassas ve diğer bir çok kültürel özelliklere saygılı kişiler olması gibi özellikler aranır.

Okul çocukları ile ilgili sorunların çözümünde sosyal çalışma alanları: Bu konuda Americorps, Big Brothers Big Sisters, Boys And Girls Club Of America, Communities In Schools, Teach For America gibi sosyal çalışma grupları mevcuttur. Her eyaletin veya okulun kendine has kuralları olmakla beraber sosyal çalışmacının esas amacı, öğrencilerin aileleri ve toplum (sınıftaki diğer öğrenciler ve öğretmen) arasındaki iletişimini güçlendirerek sorunları çözmek ve öğrencinin başarısını artırmaktır. Çalışma esnasında öğrenciye sosyal, duygusal, davranışsal, uyumsal ve fonksiyonel destek sağlanır. Sosyal çalışmacı, ailelerle okullar ve öğrenciler arasında köprü görevi görmektedir. Özellikle uyuşturucu madde kullanımı, erken yaşta gebelik, ihmal, kendi kendine zarar verme gibi konularda eğitim toplantıları düzenler ve öğrenciye destek sağlayabilirler. Gerekli olduğunda öğrencileri tek tek yakından izlerler. Büyük sorunların ortaya çıkmasını (örneğin uyuşturucu krizine girmek, aşırı doz uyuşturucu kullanımı, intihar teşebbüsleri, etrafa zarar verme) önlerler. Sosyal çalışmacıların öğrencilere yardımı okul zamanı ile sınırlı

değildir. Okul sonrasında öğrencinin gelişimine yönelik derslere destek olacak müzik, dans, sanat, spor grupları gibi gruplar oluşturarak öğrencilere destek sağlanmasına da yardımcı olurlar.

Özel eğitimle ilgili sosyal çalışmalar: Okul içinde fiziksel veya mental sorunları olan öğrenciler gibi özel eğitim gereken durumlarda da sosyal çalışmacılar yardım sağlayabilmektedir.

Üniversitede sosyal çalışma alanları: Üniversitede öğrencilerin sıkça karşılaştığı cinsel taciz, depresyon, derslerle baş etme, okul zamanını en iyi kullanma gibi durumlarda destek sağlanabilmektedir. Sosyal çalışmacılar üniversite tarafından işe alınmaktadır. Son yıllarda ABD’de çok fazla üniversite sosyal çalışmacının değerini daha iyi anlamakta ve onları işe almaktadır. Üniversitede çalışacak sosyal çalışmacıların yeterlilik ve deneyim kriterleri biraz daha farklıdır.

Erişkin ve yaşlıların sorunlarının çözümünde sosyal çalışmacıların rolü: ABD’de önümüzdeki yıllarda erişkinlerle ilgili sosyal çalışmalara ve çalışmacılara çok daha fazla ihtiyaç olacaktır. 2020 tahminlerine göre ABD’de her beş kişiden biri 65 yaş üstünde olacaktır. Amerikan Ulusal Yaşlılık İstismar Merkezinin 2000 yılı verilerine göre, tahminen 65 yaş üstünde bulunan 1-2 milyon Amerikalı, bir çeşit istismara maruz kalmakta, olguların çoğunda istismarın aile üyeleri (çocukları veya eşleri) tarafından yapıldığı bildirilmektedir. İstismar konuları arasında fiziksel veya cinsel istismar, duygusal istismar, ihmal, sömürü ve terk etme gibi konular sıklıkla yer almaktadır. Erişkin koruma programlarında çalışan sosyal çalışmacılar çocuklarda olduğu gibi konuyla ilgili bilgileri toplar, mülakatlar yapar ve sorunu kanuni zemine taşır. Buradaki süreçte erişkin sorunlarıyla çalışan sosyal çalışmacı sorunu kanuni zemine taşırken kişinin onayını almak zorundadır.

Erişkinlerin gününbirlik aktivite merkezlerinde (adult day center) sosyal çalışmacıların rolü: Gününbirlik aktivite merkezleri ABD’de yaşlıların ve bazı grupların toplandığı ve günlük aktivitelerini yaptıkları ve zamanlarını sosyal bir ortamda geçirdikleri merkezlerdir. Özellikle Alzheimer gibi kognitif bozuklukları olanlar için etkin kullanılmaktadır. Burada grubun başında profesyonel sağlık ekibi (hemşire, doktor yardımcısı ve varsa hekim) ve sistemi yürüten kişiler bulunur. Burada sosyal

çalışmacı hastanın ya da kişinin fiziksel ve mental sağlık gereksinimlerinin karşılanmasına ve sosyal izolasyonun azaltılmasına ciddi olarak yardımda bulunmaktadır. Gününbirlik aktivite merkezlerinde eğitimsel, eğlendirici, dinlendirici, oyalayıcı ve öz destek grup aktiviteleri, spor aktiviteleri yer alır.

İkamet yerlerinde sosyal çalışma alanları: ABD’de grup evleri (group homes), yardımla ikamet edilen merkezler (assisted living facility) gibi özel ikamet merkezlerinde sosyal çalışmacılar mukim kişilere destek sağlamaktadır.

Psiko geriatrideki uygulamalar: ABD’de Hastalık Kontrol ve Koruma Merkezinin (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) 2007 verilerine göre 55 yaş üstündeki Amerikalıların %20’sinde depresyon, anksiyete ve demans gibi bozukluklar görülmektedir. Aile hekimlerinin hizmet verilerine göre bu sıklık %37’ye erişebilmektedir. 65 yaş üstü Amerikalılarda sadece demans sıklığı %10’a varmıştır.

Sağlık kuruluşlarında sosyal çalışmalar: ABD’de sosyal çalışmacılar 2003 yılından itibaren sağlık sistemi içinde ciddi görevler almaya başlamışlardır. ABD’de sağlık sistemi komplekstir. Ciddi sayıda kişi hala sigortasız olarak yaşamaktadır. Örneğin 2007 yılındaki verilere göre 47 milyon kişinin sigortası yoktur. Daha sonra genel sağlık sigortasına kayıt yapılması yönünde politika oluşturmalarına rağmen, sigortasız insanların sayısı 2017 yılı itibarı ile 27 milyon olarak bildirmiştir. Teknolojinin ilerlemesi, hizmetteki ayrıntılar, uzmanlık alanlarının sayıca artışı ve hizmetin derinleşmesi sağlık sisteminde maliyeti ciddi olarak artırmıştır. Sosyal çalışmacının bu noktadaki görevi, kişilerin kendilerine en uygun hizmeti seçmesinde rehberlik etmesi olarak söylenebilir. Sosyal çalışmacılar sağlık sistemi içinde hemen her yerde yer almaktadır. Özellikle akut ve kronik hasta bakımı ile ilgili merkezlerde, hastanelerde, rehabilitasyon merkezlerinde, özel ikamet noktalarında, grup evlerinde (group home), kısmi yardımla yaşam merkezlerinde (assisted living) rehabilitasyon merkezlerinde, ev bakımı sistemlerinde, hospis merkezlerinde, doktor muayenesinde ve diğer polikliniklerde sosyal çalışmacılar kolayca kendilerine iş bulabilmekteler. Bu merkezlerde sağlık eğitimi, psikososyal destek, hastalıkla ilgili akut krizlerin önlenmesi (örneğin uyuşturucu kullanımına

bağlı akut zehirlenme veya yoksunluk sendromu) ve özellikli olguların yönetimi konularında hizmet sağlamakta, özellikle hastaya tavsiye verme konusunda ve hastanın seçenekleri görmesi noktasında ciddi yardımlar sunmaktadır.

Hastanelerde ve diğer sağlık kuruluşlarında sosyal çalışma: ABD'de 65 yaş üstü nüfusun %88'inde kalp hastalığı, kanser, felç, diyabet gibi en azından bir kronik hastalık görülmektedir. Bu alanda çalışan sosyal çalışmacılar, hastaların psikososyal durum tespiti, aileye destek hizmetleri, evde bakım, hospis, hastaneden taburcu işlemleri ve benzeri konularda hastalara yardım sağlamaktadır. ABD'de 10 yıllık hekimlik pratiğimde dikkatimi çeken en önemli konulardan biri de hekim ve hemşire gibi sağlık personelinin yanında, sosyal çalışmacıların da hastaneye yatan hastalarla, yatışından itibaren ilgilenmesi ve destek vermesidir. Hastaların özellikle hastaneden taburcu işlemlerinden sonra nereye gideceği, herhangi bir sosyal hakkı olmayanların yeni sosyal hak kazanım işlemleri ve hangi sosyal kuruluşa başvuracakları işlemleri sosyal çalışmacı tarafından yürütülür.

Hastanelerde sosyal çalışmacılar: Sosyal çalışmacılar hastanelerde yeni tanı, travma, kronik hastalıklar gibi konularda direkt hizmet sağlayabildikleri gibi hastaların yardıma ihtiyaç duymadan eski fonksiyonlarına ulaşmalarına ve topluma kazandırılmalarına da yardım sağlarlar. Doktorlara hastanın ruhsal, psikolojik, aile yapısı ile ilgili ciddi bilgiler vererek ciddi bilgi desteği sağlarlar. Hastaların tedavi ve nekahet dönemlerinin sorunsuz şekilde yürütülmesine yardımcı olurlar. Hastalara psikososyal destek sağlarlar. Hasta, yakınları ve ailelerini eğitirler. Böylece onların beklentilerini en gerçekçi şekilde karşılamalarına yardımcı olurlar. Sağlıksız davranış konularında (örneğin sigara alkol vb.) hastaları bilgilendirir, hastaların haklarını anlamalarına yardımcı olurlar. Özellikle ihmal, suiistimal ve psikososyal yüksek risk faktörü gibi durumlarda doktoru bilgilendirirler. Birçok sosyal çalışmacı yaşlılık, çocuk veya bebek hastalıkları, şeker hastaları, kanser, kadın doğum hastalıkları ve ağır yönetimi gibi özellik arz eden durumlarda uzmanlık kazanmışlardır.

Acil polikliniklerde ve hastanelerin acil servislerinde sosyal çalışmacı: Bu konu özel uzmanlık gerektiren bir konudur. Uyuşturucu kullanımına bağlı krizlerin

önlenmesinde, uyuşturucu kullanımına bağlı intoksikasyon veya yoksunluk kriz yönetiminde ciddi bilgiler sağlayarak sistemin çok az sorunla ilerlemesine yardımcı olurlar. Acil servis sosyal çalışmacıları tıbbi ekiple, hasta ve aileleri arasında ciddi bir köprü görevi görürler. Özellikle hastaların acil servisten yoğun bakıma giriş çıkışlarında hasta yakınlarına ciddi bir iletişim ve yardım sağlarlar. Hasta yakınlarına psikolojik ilk yardım desteği verirler, bu noktada hastaların bütün sorularını cevaplayan insanlardır. Örneğin bir kaza sonucu acil servise gelen çocuğun ailesinin bilgilendirilmesi ve Alzheimer dolayısıyla yakınıni kaybeden bir aile üyesinin teskini bunlara tipik örneklerdir.

Halk sağlığı konusunda çalışan sosyal çalışmacı: Bu da önem arz eden bir husus olup burada sosyal çalışmacılar aile planlaması, bebek ve çocukların eğitimi, iş hayatına geçiş, çocuk hastalıkları ve ölümleri, HIV bulaşmasının önlenmesi gibi konularında ciddi destek sağlarlar.

Bunların yanında bazı sosyal çalışmacılar devlet tarafından görevlendirilerek toplumun acil afetlere hazırlık ve yönetiminde, belli bölgelerdeki salgın hastalıklarla uğraşma konularında, toksik veya kimyasal zehirlenme konularında destek sağlarlar. Genel olarak aile içi şiddetin önlenmesi, sağlıklı beslenme, kilo verme, sigaranın bırakılması ve uyuşturucu madde kullanımının önlenmesi ve tedavisi gibi konularda da çalışırlar.

Araştırma ve politika üretme alanlarında sosyal çalışma imkanları: Bu konuda çalışan sosyal çalışmacılar, ABD temsilciler meclisi veya senatosunda kendi alanlarıyla ilgili yeni politika oluşturulması, mevcut sistemde sosyal hakların iyileştirilmesi gibi konularda çalışabilmekte, Amerika Emekli İnsanlar Birliği gibi kuruluşlara danışmanlık yapabilmektedirler. Sosyal çalışmacılar yaşlılık ve ilgili konularda da araştırma yapabilmektedirler. Özellikle üniversitelerde ve STK'larda çalışabilmektedirler.

Ruh sağlığı ve madde bağımlılığı konusunda sosyal hizmetler: Bu konudaki sosyal hizmet faaliyetlerinin geçmişi 50 yıl öncesine dayanmaktadır. 1700'lü yıllardan 1950'lere kadar ruh sağlığı bozuk olan insanlar, kendi izinleri olmaksızın süresiz olarak kalıcı hastanelerde yatırılmakta idi. Dünya Sağlık Örgütü'nün hastalıkların toplum üzerindeki maliyeti

(global burden of diseases) konusundaki sıralamasında erken yaşta ölüm konusunda major depresyon, bipolar depresyon, şizofreni ve obsesif kompulsif bozukluklar gibi dört büyük ruh sağlığı hastalığı yer almaktadır. Uyuşturucu veya keyif verici madde alışkanlığı kullanımı çoğu zaman psikolojik bozukluklarla beraber görülmektedir. 2006 yılı verilerine göre ABD'de 22 milyondan fazla kişinin uyuşturucu veya keyif verici madde bağımlısı olarak yaşamakta olduğu saptanmış ve 2 milyon 500 bin kişinin bu alışkanlıktan kurtulmak için tedavi aldığı bildirilmiştir. 1992 yılı verilerine göre bu hastalıkların tedavisi ve izlenmesi için 245 milyar dolardan fazla para harcanmıştır. Bu alanda çalışan sosyal çalışmacılar özel olarak eğitilmişlerdir. Hastalara, hastalıkları ile ilgili bilgi ve destek vermekte, özellikle uyuşturucu bağımlılığından kurtulma ve bağımlılığın önlenmesi konusunda çaba göstermektedirler.

Klinik sosyal çalışmacı: Hastanelerde, muayenehanelerde, polikliniklerde, barınma yerlerinde öncelikle devlet tarafından istihdam edilmekte, hastalara ve hekimlere ciddi anlamda yardım sağlamaktadırlar. Sonuç olarak hastaların ve ailelerin sağlık sorunlarından kurtulma ve uyuşturucu gibi alışkanlıkları bırakma şansları artmaktadır.

İşyerlerinde sosyal hizmetler: 1970'li yıllardan sonra ABD'de işverenler çalışanlarına sosyal hizmetler sunmaya başlamışlardır. Çalışanlara herhangi bir sosyal konuda; örneğin aile içi şiddet, sorunlu çocuk, evde kronik sorunların yönetimi, evlilik sorunları, kronik sağlık sorunlarının yönetimi gibi konularda destek verebilmektedir.

Askeri alanda çalışan sosyal çalışmacılar: Bu alanda çalışan kişiler askeriye tarafından işe alınarak askerlere, ailelerine, çocuklarına, evsiz kalmış emekli askerlere (veterans) fiziksel ve mental rehabilitasyon, uyuşturucu bağımlılığı, yaşlılık, post travmatik stres bozukluğu konularında; hapse girip çıkan emekli askerlerin topluma yeniden entegrasyonunda ve kadın sağlığı konularında yardım sağlamaktadırlar.

Kaynaklar

101 Careers in Social Work. Ritter JA, Halaevolu FOV, Kiernan-Stern M. Springer NY 2009. ISBN: 978-0-8261-5405-7.

<https://www.mass.gov/topics/health-social-services> giriş tarihi: 1.7.2019.

Kanada sosyal refah sistemine genel bakış

Sami Divleli



1980 yılında İstanbul'da dünyaya gelen Sami Divleli, Kanada Manitoba Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesinde lisans eğitimini tamamladı. Kanada'da hizmet sektöründe çalışma hayatına başladı. Pendik Belediyesi iştirakinde yöneticilik yaptı. 2019 yılına kadar Pendik Belediyesinde başkan yardımcılığı görevini yürüttü. Doktora çalışmalarına devam eden Divleli, özel bir şirkette Dijital Dönüşüm Ofisini yönetmektedir.

Aleena Othman



1993 yılında Kanada Toronto'da dünyaya gelen Aleena Othman, lisans eğitimini Toronto York Üniversitesinde sağlık yönetimi alanında tamamladı. Dünyadaki sağlık sistemleri ve yönetimleri konusunda araştırmalar yaptı. Türkiye'nin sağlık politikası hakkında da çalışmalar yapan Othman, 2015 yılından bu yana hasta bakım yöneticisi olarak görev yapmaktadır.

Kanada tüm dünyada örnek sosyal refah devletlerinden biri olarak tanınmaktadır. Kanada sosyal refah sisteminin temel amacı, Kanadalıların zorlukları aşmalarına ve hayatlarını yeniden inşa etmelerine destek olmaktır. Sistem, kısa ve uzun süreli zorluklar sırasında vatandaşlarına yardımcı olmak üzere tasarlanmıştır. 1960'lardan bu yana uygulanan "Kanada sosyal refah sistemi", milyarlarca dolarlık devlet merkezli bir sistemdir. Sistemin ana programları sosyal yardımlar; Kanada çocuk vergisi ödeneği, yaşlılık güvenliği, garantili gelir ekleri, iş sigortası, emeklilik planları, işçi tazminatı, halk eğitimi, sosyal konut ve diğer sosyal hizmetlerden oluşmaktadır. Kazalar, hastalıklar, ölüm, işsizlik, şiddet, evsizlik, emeklilik gibi planlı desteklerin yanı sıra grev gibi öngörülemez olaylar için de destek uygulamaları vardır. Kanada sosyal refah sistemi, çok çeşitli kaynakları olan karmaşık bir kurumdur. Kanada'da sosyal refah temel bir tartışma konusu değildir. Ancak politika yapımcılar, sosyal refah sistemini farklı hedef grupları açısından farklı yaklaşımlarla oluşturmuşlardır. Sosyal refah için iki temel sistem vardır: Rezidüel sistem ve kurumsal sistem. Her ikisi de belirgin bir şekilde farklıdır.

Rezidüel sistem, yardımın asgari düzeyde olması gerektiğini ve yalnızca mevcut kaynakların, birey zor olduğunda yardımcı olmak için kullanılan bir sistemdir. Sistem yararlanmaya çalışanlar için zor ve elverişsizdir. Rezidüel sistem, birey zor olduğunda yardımcı olmayı, bireyin zor durumu düzelince artık kendilerine yardım edilmemesi gerektiği yaklaşımı ile çalışır. Kurumsal sistem, her bireyin belirli bir sağlık ve yaşam standardına sahip olması gerektiğini ve her bir Kanadalı bireyin uygun görülen yaşam standardının altına düşmesini engellemek için önemli kaynakların ortaya konması gerektiğini savunur. Kurumsal sistem daha karmaşık bir tasarıma ve yapıya sahiptir. Proaktif olarak bireyin yaşam standardını tehdit eden sorunları önceden tespit etmeye çalışır ve buna yönelik sosyal güvenlik ve sosyal hizmet destekleri sağlar. Her iki sistem de tüm Kanadalıların farklı ihtiyaçlarını karşılamak için birlikte çalışmaktadır.

Sosyal refah sisteminin iki ana kolu sosyal güvenlik programları ve sosyal hizmetlerdir. Her iki kol da, Kanadalıların değişik ihtiyaçlarını düzenli bir şekilde belirlemek için ana insan gücü olarak sosyal çalışmacıları kullanır. Kanada Sosyal Çalışmacı görev alanları aşağıdaki şekilde tanımlanır:

- Sosyal problemlerin değerlendirilmesi, iyileştirilmesi ve önlenmesi ile bireylerin sosyal fonksiyonlarının güçlendirilmesi ve paydaşlarla iletişim kurulması.
- Sosyal hizmet uzmanı ve müşteri arasında kurulan bir ilişki içinde doğrudan danışmanlık hizmetlerinin sağlanması.
- Diğer profesyonellerle iş birliği içinde yapılanlar da dahil olmak üzere, insani hizmet programlarının geliştirilmesi, tanıtılması ve sunulması.
- Sosyal koşulları ve eşitliği iyileştirmeyi amaçlayan sosyal politikaların geliştirilmesi ve teşvik edilmesi.

Kanada sosyal refah sistemi, geçtiğimiz yüzyıl boyunca büyüdü ve aynı zamanda çok büyük değişim ve dönüşüm geçirdi. Sosyal politika açısından birçok düzenlemeleri de içeren sosyal destek kavramını merkeze aldı. Neo-liberalizme geçiş, sosyal refah sisteminin serbest piyasada birçok mücadele ve zorluklarla karşı karşıya kalmasına neden oldu. Ancak bu yeni sistem büyük şirketler tarafından da desteklendi. İşyerine geri dönmeleri için insanları destekleme modelinin ekonomiye katkı sağlaması, sosyal refah sisteminin, iş dünyasında da etkili olmasını sağladı. Bu iş birliği, bireyi ekonomik sisteme yük olarak kabul



etmek yerine, yeniden kazandırma modeliyle, iktisadi alanda, ekonomik yapıyı güçlendirdi.

Sosyal refah sisteminin ana odaklarından biri istihdamdır. İstihdam programları, becerilerini araştırmak, geliştirmek ve her türlü engelin üstesinden gelmelerine yardımcı olmak için bireyleri destek almaya teşvik etmektedir. İş bulma konusunda bireylere, vergi indirimi ve gelir pirim ve çeşitli teşvikler de sağlanmaktadır. 2000'li yılların başlarında, Başbakan Paul Martin önderliğinde, tüm eyaletler tarafından sağlık hizmetlerini güçlendirmek için 10 yıllık bir planın uygulamaya konulması kabul edildi. Bu sayede sağlık hizmetleri sosyal refah fonu, 41 milyar dolar arttı ve yerel eğitim, sağlık ve barınma için 5,1 milyar dolar daha destek sağlandı. Sivil toplum, sosyal dayanışma ve inisiyatifler de büyük gelişmeler göstermiştir. Çorba mutfakları ve gıda bankaları gibi sosyal programlar, büyükşehirlerde artan sayıdaki evsizlerin ihtiyacını karşılamaya çalışmaktadır. Yerel hizmetler ayrıca engellilik, zihinsel sağlık ve bağımlılık alanlarında çeşitli destekleyici programlar da sunmaktadır.

Kanada sosyal refah programı birçok evrede dönüşürken, büyük zorluklarla da karşılaşmaya devam ediyor. Zorluklardan başta geleni yaşlanan nüfustur.

Kanadalı yaşlıların uzun süreli, evde bakımı, emekli aylıkları ve yaşlılık güvenliği gibi programları daha çok fon gerektirmektedir. Diğer önemli konuda; yerli nüfus aborjinler için yeterli barınma koşulları, eğitim ve temiz içme suyu temel desteklerin sağlanmasıdır. İstatistiklerine göre, sosyal yardım kullananların sayısının yirmi yılda %55 artması da endişe verici bir durumdur. Rakamlar fırlasa da kullanıcıların yarısının yardımdan ayrılarak işe dönmesi sayesinde finansal açıdan sürdürülebilmektedir. Sosyal refah sistemi birçok zorlukla karşı karşıya olmasına rağmen, Kanadalıların desteği ile başarısını sürdürüyor.

Kaynaklar

Al, B. E., Hoberg, G., & Simeon, R. (2014). *Degrees of Freedom: Canada and the United States in a Changing World*. Montreal: McGill-Queens University Press.

Clement, W., & Vosko, L. F. (2014). *Changing Canada: Political Economy as Transformation*. Montréal: McGill-Queens University Press.

Helmes-Hayes, R. C., & Curtis, J. E. (1998). *The vertical mosaic revisited*. Toronto: University of Toronto Press.

MYLES, J. (2002). *How to Design a "Liberal" Welfare State: A Comparison of Canada and the United States*.

How to Design a "Liberal" Welfare State: A Comparison of Canada and the United States. Retrieved June 18, 2019.

Roberts, A. R., & Watkins, J. M. (2009). *Social workers desk reference*. Oxford: Oxford University Press.

Kanada sosyal refah programı birçok evrede dönüşürken, büyük zorluklarla da karşılaşmaya devam ediyor. Zorluklardan başta geleni yaşlanan nüfustur. Kanadalı yaşlıların uzun süreli, evde bakımı, emekli aylıkları ve yaşlılık güvenliği gibi programları daha çok fon gerektirmektedir.

Aile sigortası

Hüseyin Çelik



1965 yılında Afyon'da dünyaya gelen Hüseyin Çelik, 1987 yılında İstanbul Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Kamu Yönetimi Bölümünden mezun oldu. 8, 9, 10 ve 11. Kalkınma Planlarının hazırlanmasında görev aldı. SSK Genel Müdürlüğünde müfettiş, Acıbadem Sağlık Grubunda satın alma ve lojistik, pazarlama ve kurumsal iletişim ile hastane direktörlükleri yaptı. Aile, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığının Sosyal Güvenlik Reform Projesi'nde danışmanlık yaptı. 2013-2017 yıllarında Sağlık Bakanlığında Müsteşar Yardımcılığı yapan Çelik, kurucusu olduğu özel bir şirkette çalışmaktadır.

Hakan Oğuz Arı



1973 yılında Eskişehir'de dünyaya gelen Hakan Oğuz Arı, Hacettepe Üniversitesi İİBF Sağlık Yönetimi Bölümünden mezun oldu. 2003 yılında Hıfzıssıhha Mektebinde göreve başladı. 2011-2013 yılları arasında Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğünde sağlık ekonomisi ve finansmanı alanında çalışmalar yürüttü. OECD, Dünya Sağlık Örgütü ve Dünya Bankası gibi uluslararası kuruluşlarla ortaklaşa yürütülen birçok proje, eğitim ve araştırmalarda aktif görev aldı. 2013-2017 yılları arasında Sağlık Bakanlığı müsteşarlık makamında danışman olarak görev yapan Arı, halen Türkiye Sağlık Politikaları Enstitüsünde uzman olarak çalışmaktadır.

Sosyal güvenlik, bir ülke halkının bugününü ve yarınını güvence altına almayı amaçlayan ve bu ikisi arasında sıkı bir birlik ve uyum kurmuş olan kurumlar bütünüdür. Başka bir ifadeyle sosyal güvenlik; bir mesleki, fizyolojik veya sosyo-ekonomik riskten ötürü geliri veya kazancı sürekli veya geçici olarak kesilmiş kimselerin geçinme veya yaşama ihtiyaçlarını karşılayan bir sistemdir (1). Uluslararası Çalışma Örgütü'nün (ILO) yaptığı tanımlamaya göre ise sosyal güvenlik; bireylerin hastalık, meslek hastalığı, iş kazaları, sakatlanma, işsizlik, yaşlılık, ölüm, analık, çocuk sayısının artması gibi durumlarda geçici veya sürekli olarak kazançtan yoksun kalmaları halinde korunmalarına ilişkin genel önlemler sistemidir (2). Aile sigortası ise toplumun temel yapı taşı olan aileyi korumayı hedeflemektedir. Aile sigortasıyla, ülkemizdeki tüm vatandaşların bir sosyal güvenlik sistemi ile ilişkilendirilerek sosyal koruma sağlayan bir sistem geliştirilmesi, vatandaşların yoksulluktan ve yoksulluğun olumsuz etkilerinden korunması amaçlanmaktadır.

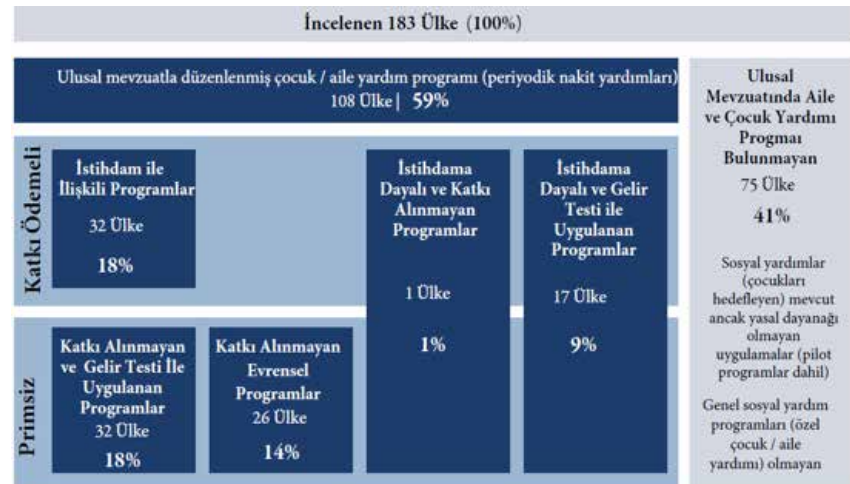
1. Aile Sigortasına İlişkin Uluslararası Sözleşmeler

Günümüzde tüm ülkelerin belirli bir sosyal güvenlik sistemi mevcuttur. Türkiye'de anayasal hükümler uyarınca devletin en önemli görevlerinden biri sosyal devlet olmanın gereklerini yerine getirmektir (3). Aile yardımları, 102

No'lu ILO Sözleşmesinin 39 ile 46. maddeleri arasında düzenlenmiştir. Sözleşme, aile yardımlarının kapsamını ve hangi hallerde gerçekleştirileceğini tanımlamaktadır. Bu yardımlar, kanunla belirlenmiş sigortalı olma şartlarını ve staj süresini tamamlamış olan kişilere periyodik ödemeler yapılması veya çocukların yiyecek, giyecek, barınma, tatil yapma ihtiyaçlarının karşılanması, ailelere evlerini geçindirebilmeleri için yardım edilmesi veya bu yardımların bir karması şeklinde ailelere sağlanması olarak belirlenmiştir. Türkiye, sözleşmede hastalık ödeneklerine, ihtiyarlık yardımlarına, iş kazalarıyla meslek hastalıkları halinde yapılacak yardımlara, maluliyet yardımlarına ve ölüm yardımlarına ilişkin

bölmelerine ait mükellefiyetlerini kabulü; sağlık yardımlarına ve analık yardımlarına ilişkin bölümlere ait mükellefiyetlerin ise geçici istisna hükümlerinden yararlanmak suretiyle kabulü kaydıyla onaylamış ve 29 Ocak 1975 tarihinde yürürlüğe koymuştur (4). Türkiye sözleşmede belirtilmiş olan ve bir sosyal güvenlik sistemi tarafından kapsanması gereken temel alanlardan sadece ailevi yükler (sosyo-ekonomik riskler) başlığını kapsam dışında tutmuştur. Bununla birlikte, Avrupa Sosyal Şartının 16. maddesi de aile yardımlarını öngörmekte olup Türkiye söz konusu maddeyi onaylamıştır (5). Sosyal güvenlik sistemimiz aile sigortasını içermemesi yönüyle ILO'nun 102 No'lu Sözleşmesinin gerisinde kalmaktadır (6).

Şekil 1: Dünya Ülkelerinde Ulusal Mevzuatta Yer Alan Çocuk ve Aile Yardım Programlarına Genel Bakış (Program Türüne ve Kapsamına Göre), 2012/2013



(Kaynak: ILO, World Social Protection Report 2014/15, Building Economic Recovery, Inclusive Development and Social Justice, Geneva, 2014.)

2. Aile Sigortası Ülke Uygulamaları

Sosyal koruma, çocuklar ve aileler için yoksulluğun önlenmesi ve azaltılmasında, eşitsizliklerin giderilmesinde ve çocuk haklarının gerçekleştirilmesinde esastır. Son gelişmelere rağmen, dünyanın birçok yerinde çok fazla çocuk yoksulluk içinde yaşamakta ve en temel haklardan mahrum kalmaktadır. Aslında dünyanın pek çok yerinde çocuklar ve çocukları olan aileler, hem parasal hem de diğer yoksulluk biçimleri bakımından nüfusun diğer gruplarından daha fazla risk altındadır. Bu nedenle çocukların ve ailelerin faydalanacağı yardımlar da dahil olmak üzere, çocuklar ve aileler için gelir güvencesini sağlayacak önlemlerin artırılması için daha fazla çaba gösterilmesi gerekmektedir. Mevzuatla tanımlanmış belirli çocuk ve aile yardım programları 108 ülkede var olmakla birlikte genellikle nüfusun sadece küçük gruplarını kapsamaktadır. 75 ülkede bu tür programlar mevcut değildir. 102 No'lu ILO Sözleşmesinde çerçevesi tanımlanmış olan aile yardımlarının temel amacı, çocukların refahını ve ailelerinin ekonomik istikrarını sağlamaktır (7). Aile yardımları, çeşitli sosyal koruma programları veya bunların kombinasyonlarını içerir (bkz. Şekil 1).

Bazı ülkeler ebeveynlerin istihdamı veya gelir durumundan bağımsız olarak tüm çocukları kapsayan evrensel çocuk hakları sağlamakta ve bunu genellikle genel vergilendirmeye finanse etmektedir. Sağlanan yardımlar genellikle sabit ödemeler şeklindedir. Ancak yardım oranları ailenin sahip olduğu çocukların yaşı veya ailedeki toplam çocuk sayısı dikkate alınarak farklılaştırılabilir. Bazı ülkelerde, çocuklarla ailelere vergi iadeleri veya negatif gelir vergisi sağlayarak, yardımlar tamamen veya kısmen vergi sistemi yoluyla düzenlenir. İstihdam kapsamında olan vatandaşlar için sağlanan çocuk veya aile yardımları genellikle katkılarla finanse edilir, sosyal sigorta programları ile düzenlenir ve çoğunlukla kayıtlı ekonomideki çalışanları kapsar (7). Almanya'da aile yardımları sosyal yardım olarak uygulanmaktadır. Aile yardımları bir veya birden fazla çocuğu olan ebeveynlere, aileleri ile bütün bağları kesilmiş olan çocuklara ve tam yetimlere verilmektedir. Aile yardımlarının finansmanı devlet tarafından sağlanmaktadır. Fransa'da aile yardımlarından ülkede yerleşmiş olanların tamamı yararlanabilmektedir.

Tablo 1: Türkiye'de Aile Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Tarafından Sunulan Sosyal Yardım Programları

	Yardım Türü	Açıklamalar
Aile Yardımları	Gıda Yardımları	İhtiyaç sahibi ailelerin temel gıda ihtiyaçlarının karşılanması amacıyla sosyal yardımlaşma ve dayanışma vakıflarınca verilen desteklerdir.
	Barınma Yardımları	Oturulamayacak derecede eski bakımsız ve sağlıksız evlerde yaşayan muhtaç vatandaşlara evlerinin bakım ve onarımı için aynı veya nakdi olarak yapılan yardımlardır.
	Sosyal Konut Projesi	Sosyal güvencesi olmayan, muhtaç durumda bulunan vatandaşlara Toplu Konut İdaresi Başkanlığı (TOKİ) aracılığıyla ev yapımını kapsamaktadır.
	Yakacak Yardımları	2003 yılından itibaren Türkiye Kömür İşletmelerinden sağlanan kömür sosyal yardımlaşma ve dayanışma vakıfları aracılığı ile ihtiyaç sahibi ailelerin kışlık yakacak ihtiyacının karşılanması amacıyla hane başına en az 500 kg olmak üzere dağıtılmaktadır.
	Eşi Vefat Etmiş Kadınlara Yönelik Yardım Programı	Düzenli nakdi yardım programının hedef kitlesi 3294 sayılı kanun kapsamında olan eşi vefat etmiş kadınlar olarak belirlenmiştir.
	Muhtaç Asker Ailelerine Yönelik Yardım Programı	2013 yılında Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığıınca zorunlu askerlik hizmetini yürüten er ve erbaşların ihtiyaç sahibi ailelerine yönelik düzenli nakdi yardım programı başlatılmıştır. Askere giden kişi evli ise, programdan resmi nikâhli eşi faydalandırılır. Askere giden kişi bekâr ise başvuru önceliği annenindir; anne hayatta değil ise baba başvuru da bulunabilir.
	Öksüz ve Yetim Yardımı	Annesi veya babası vefat etmiş çocuklara yönelik yürütülen düzenli ve nakdi sosyal yardım programıdır.
	Doğum Yardımı	Türk vatandaşlarına ve mavi kart sahiplerine, canlı doğan birinci çocuğu için 300.TL, ikinci çocuğu için 400.TL, üçüncü ve sonraki çocukları içinse 600.TL tutarında doğum yardımı yapılmaktadır.
Eğitim Yardımları	Eğitim Materyali Yardımı	Sosyal yardımlaşma ve dayanışma vakıfları aracılığıyla yardıma muhtaç ailelerin çocuklarının önlük, ayakkabı, kıyafet, çanta, kırtasiye gibi temel okul ihtiyaçları karşılanmaktadır.
	Şartlı Eğitim Yardımı	Nüfusun en yoksul %6'lık kesiminde yer alan ve maddi imkânsızlıklar nedeniyle çocuklarını okula gönderemeyen ailelere, çocuklarının okula devam etmeleri şartıyla, Şartlı Eğitim Yardımı yapılmaktadır. Aylık ödeme miktarları: - İlköğretime devam eden erkek öğrenci için aylık 35 TL - İlköğretime devam eden kız öğrenci için aylık 40 TL - Ortaöğretime devam eden erkek öğrenci için aylık 50 TL - Ortaöğretime devam eden kız öğrenci için aylık 60 TL düzeyindedir.
	Öğle Yemeği Yardımı	1997 yılında başlatılan 8 yıllık temel eğitimdeki taşımali eğitim uygulaması kapsamında okulların bulunduğu merkezlere taşınan yoksul öğrencilere öğle yemeği verilmesini içeren bu program 2003-2004 öğretim yılından itibaren kaynağı Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Fonu'ndan karşılanmak üzere il ve ilçe milli eğitim müdürlükleri tarafından yürütülmektedir.
	Ücretsiz Kitap Yardımı	2003-2004 eğitim-öğretim yılından itibaren kaynağı Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Fonu'ndan aktarılmak suretiyle MEB tarafından ilköğretim öğrencilerinin kitapları ücretsiz verilmektedir.
	Öğrenci Barınma, Taşıma, İlaçe Yardımı	Taşımali sistem dışında kalan ilköğretim ve ortaöğretim öğrencilerinin ulaşım, öğle yemeği, barınma vb. ihtiyaçlarına yönelik sosyal yardımlaşma ve dayanışma vakıflarınca verilen desteklerdir.
	Engelli Öğrencilerin Okullarına Ücretsiz Taşınması	Bu yardım 2004-2005 eğitim öğretim yılından itibaren uygulanmaktadır.
Yaşlı ve Engellilere Yönelik Yardımlar	Yaşlılık Yardımı	2022 sayılı kanun doğrultusunda 65 yaşını doldurmuş olan, - Nafaka bağlanmamış veya nafaka bağlanması mümkün olmayan, 2828 sayılı kanun kapsamında harçlık almayan, - Sosyal güvenlik kurumlarından bir gelir veya aylık hakkından yararlanmayan, - Uzun vadeli sigorta kollarına tabi olacak şekilde çalışmayan, - Kendisi ve eşi dikkate alınmak suretiyle kişi başına düşen ortalama aylık geliri, asgari ücretin aylık net tutarının 1/3'ünden az olan Türk vatandaşlarına bağlanır.
	2022 sayılı Kanun Kapsamında Uygulanan Engelli Yardımları	Bu kapsamda; %40-%69 arası oranında engeli bulunan vatandaşlarımıza yönelik ödemeler %70 ve üzeri oranda engeli bulunan vatandaşlarımıza yönelik ödemeler 18 Yaş Altı Engelli Yakını Yardımı yapılmaktadır.
	Silikozis Hastalarına Yapılan Yardımlar	Mayıs 2011'e kadar 3 aylık sürede başvuru yapan kişilere yönelik sürdürülen yardımlardır. Bu yardımlara yeni başvuru alınmamaktadır.
	Evde Bakım Yardımı	2828 sayılı kanunun ek 7. maddesi hükmü ve ilgili mevzuatı gereği yürütülen evde bakım yardımına ilişkin iş ve işlemler Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlükleri tarafından yerine getirilmektedir.

Aile ödenekleri her çocuk için sağlanmakta ve ödeneğe hak kazanmak için iki çocuk geçindirme şartı bulunmaktadır. Aile yardımları genel sisteme tabidir ve finansman kaynağı sosyal sigortalar için ödenen paylardan karşılanır. İsveç'te aile yardımları, tüm ebeveynlere çocuk sahibi olma durumuna göre ödenen sabit bir çocuk yardımı ve daha geniş bir ilave aile ödemesi şeklinde vergilerle finanse edilen, zorunlu ve genel bir program dâhilinde yürütülmektedir (8).

3. Türkiye'de Aile Sigortası Kapsamında Sayılabilecek Yardımlar

Türkiye'de hâlihazırda hem merkezi yönetim hem de yerel yönetimler tarafından farklı yasal düzenlemelere göre birbirinden farklı sosyal yardım programları yürütülmektedir. Mevcut durumda Sosyal Yardımlar Genel Müdürlüğü, Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Vakıflar Genel Müdürlüğü, Milli Eğitim Bakanlığı, Yüksek Öğrenim Kredi ve Yurtlar Kurumu Genel Müdürlüğü, yerel yönetimler ve sivil toplum kuruluşları çeşitli sosyal yardım faaliyetleri yürütmektedir (9). Ülkemizde devlet memurları 657 Sayılı Kanun'un 201. Maddesi uyarınca aile yardımı alabilmektedir. Aile yardımının memura sağlanabilmesi için ilk şart memurun evli olması, ikinci şart ise eşinin sigortalı olarak bir kurum veya kuruluşta çalışmıyor olmasıdır. Ayrıca memurun çocuğu varsa çocuk sayısına göre aile yardımı miktarı da artmaktadır. Çocuk sayısı ve çocukların yaşları da sağlanacak aile yardımının belirlenmesinde göz önüne alınan diğer kriterlerdir. Bu anlamda yapılmakta olan bir diğer yardım türü ise asgari geçim indirimi (AGİ) uygulamasıdır. AGİ devletin bir işçinin kendisi ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler için uyguladığı gelir vergisi indirimidir. Diğer bir tanımla AGİ on altı yaşını doldurmuş her çalışanın elde ettiği gelirin bir kısmının vergiden muaf tutulmasıdır. AGİ hesaplanırken çalışanın medeni durumu, varsa eşin çalışma durumu, çocuk sayısı ve çocukların yaşları dikkate alınır. Bu indirim her sene yeniden hesaplanarak yayımlanır. Tablo 1'de Aile Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı tarafından Türkiye'de vatandaşlara sunulmakta olan sosyal yardım programları toplu bir halde sunulmaktadır (10).

Ülkemizde halen ILO'nun 102 No'lu Sosyal Güvenlik Sözleşmesi hükümleri

	Yardım Türü	Açıklamalar
Özel Amaçlı Yardımlar	Aşevleri	Aşevleri sosyal yardımlaşma ve dayanışma vakıfları tarafından işsizliğin ve yoksulluğun belirgin olarak yaşandığı yerlerde yaşlı, engelli, kimsesiz ve muhtaç vatandaşlarınıza günlük sıcak yemek verilmesi amacıyla işletilmektedir.
	Afet Yardımları	Toplumsal hayatın hiç beklenmedik bir anda ortaya çıkan ve insanlar tarafından da engellenemeyen, normal hayatı ve insan faaliyetlerini durduran veya kesintiye uğratan doğal, teknolojik veya insan kaynaklı olaylar nedeniyle ortaya çıkan temel ihtiyaçların karşılanmasına yönelik sosyal yardımlaşma ve dayanışma vakıflarınca verilen desteklerdir.
	Acil Durum Yardımları	Normal hayat akışı içinde bir anda ortaya çıkan, toplumun bir kesiminin veya bir hanenin faaliyetlerini ya da yaşamını olumsuz etkileyen olaylar ve bu olayların oluşturduğu kriz halleri nedeniyle ortaya çıkan temel ihtiyaçların karşılanmasına yönelik sosyal yardımlaşma ve dayanışma vakıflarınca verilen desteklerdir.
	Terör Zararı Yardımı	Terör olaylarından etkilenen, evlerini terk etmek zorunda kalan ve temel ihtiyaçlarını karşılamakta güçlük çeken vatandaşlarımızın acil ihtiyaçlarının karşılanması amacıyla sosyal yardımlaşma ve dayanışma vakıflarınca verilen desteklerdir.
	Şehit Yakınları ve Gazilere Yönelik Yardımlar	Şehit yakınları ve gazilerimizin acil ve temel ihtiyaçlarının karşılanması amacıyla sosyal yardımlaşma ve dayanışma vakıflarınca verilen desteklerdir.
Sağlık Yardımları	Engelli İhtiyaç Yardımları	Sosyal güvenceden yoksun engelli vatandaşların topluma uyumunu kolaylaştıracak her türlü araç gereç ihtiyaçlarının karşılanmasına yönelik yürütülen bir sosyal yardım programıdır.
	Genel Sağlık Sigortası (GSS) Prim Ödemeleri	Sosyal güvencesi olmayan ve gelir kriteri şartını sağlayan vatandaşların sağlık sigortası primleri bakanlık tarafından Sosyal Güvenlik Kurumuna (SGK) ödenir.
	Genel Sağlık Sigortası Katılım Payı Ödemesi	Sosyal güvencesi olmayan ve gelir kriteri şartını sağlayan vatandaşların katılım payı ödemeleri bakanlık tarafından karşılanmaktadır.
	Şartlı Sağlık Yardımı	Şartlı Sağlık Yardımı kapsamında, nüfusun en yoksul kesiminde yer alan ailelere 0-6 yaş arası çocuklarını düzenli olarak sağlık kontrollerine götürmeleri şartı ile düzenli nakit para yardımı yapılmaktadır. Doğumun hastanede yapılması halinde bir kereye mahsus 75 TL, Düzenli muayenelerin yapılması halinde doğumdan önce aylık 35 TL ve Doğumdan sonra 2 kereye mahsus 35 TL yardım yapılmaktadır.
Yabancılarla Yönelik Yardımlar	Sosyal Uyum Yardımı	Sosyal Uyum Yardımı, Avrupa Birliği (AB) tarafından finanse edilen ve BM Dünya Gıda Programı (WFP), Türk Kızılayı ve Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı arasında oluşturulan ortaklıkla uygulanan bir yardım programıdır.
	Yabancılarla Yönelik Şartlı Eğitim Yardımı	2000'li yılların başından bu yana Türk toplumundaki dezavantajlı ailelere, çocuklarını okula düzenli şekilde göndermeleri şartıyla, Şartlı Eğitim Yardımı (ŞEY) desteği sağlanmaktadır.

gereğince aile yardımı olarak ifade edilen ve ikinci bölümde belirtilen yardımlar (her korunan bireye periyodik ödemeler yapılması veya çocuklara yiyecek, giyecek, mesken, tatil geçirme yerleri veya ev idaresinde yardım sağlanması) aile sigortası ismi verilmeksizin ailelere yiyecek, barınma ve ev idaresi ihtiyaçlarını karşılanmasına yönelik yardımlar sağlanmaktadır. Ek olarak ailelere sosyal konut sahibi olabilme yardımı, yakacak yardımları, eşi vefat etmiş kadınlara yönelik nakdi destek yardımları, muhtaç asker ailelerine yönelik yardım programı, öksüz ve yetim yardımı ile doğum yardımı da sağlanmaktadır. Gelirin daha adil dağılımı ve yoksulluğun azaltılması amacıyla yürütülmekte olan sosyal yardım programlarının aile sigortası yapısı kapsamında bütünleşik bir anlayışla ele alınması hâlinde, daha etkin bir sosyal güvenlik ve sosyal yardım politikası tesis etmenin ve uygulamanın mümkün olacağı düşünülmektedir.

4. Türkiye için Aile Sigortası

Türkiye için aile sigortasında kapsanacak kişiler: Aile sigortası, Genel Sağlık Sigortasına benzer bir şekilde zorunlu olarak tüm nüfusu kapsamalıdır. Aile sigortasının, hizmet akdi ile bir veya birden fazla işveren tarafından çalıştırılanlar, hizmet akdine bağlı olmaksızın kendi adına ve hesabına bağımsız çalışanlar, kamu idarelerinde çalışanlar, emekliler, yoksul statüsündeki vatandaşlar, herhangi bir sosyal güvence sistemine tabi olmayan varlıklı nüfus gurubu gibi toplumun tüm katmanlarını kapsayacak bir yapılanma olması önem taşımaktadır.

Sağlanacak aile sigortası yardımları: Aile sigortası kapsamında Türkiye'de, ailelerin ve çocuklarının yiyecek, giyecek, barınma, ulaşım, eğitim, sağlık, tatil yerleri veya ev idaresinde ihtiyaç duyulacak kalemlerin karşılanabilmesi için gerekli olan ödemelerin veya bu ödemelerin bir



karması şeklinde periyodik olarak asgari yaşam standardı gelirine sahip olmalarını sağlayacak ödemelerin gerçekleştirilmesi sağlanabilir. Ödemeler ailenin sahip olduğu çocuk sayısı, ailenin hanedeki kişi başına düşen geliri, TÜİK tarafından hesaplanan yoksulluk sınırı, aile yoksulluk ve açlık sınırı değerleri gibi rakamlar göz önünde bulundurularak belirlenebilir. Gelir getirici bir işte çalışmayan veya çalışamayan, herhangi bir gelire sahip olsa da belirlenen eşik değerinin altında olan ve muhtaç olan aileler, Aile Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı aracılığı ile aile sigortasından yararlandırılarak sosyal devlet anlayışının pekiştirilmesi sağlanabilecektir. Kamu otoriteleri tarafından hâlihazırda sağlanmakta olan sağlık hizmetleri, eğitim hizmetleri diğer fon ve kamu uygulamaları tarafından karşılanmakta olduğundan aile sigortası tarafından vatandaşlara sağlanacak hizmetler kapsamında yer almaması önerilmektedir.

Finansman kaynağı: Aile sigortası finansmanında dünya ve Avrupa uygulamalarında farklı sistemler söz konusudur. Bazı ülkeler aile sigortası harcamalarını genel vergiler aracılığı ile finanse ederken bazıları ise istihdama dayalı prim ödemesiz ve bir gelir testine dayalı sistemlerle finanse etmektedir (Şekil 1). Türkiye’de hayata geçirilmesi önerilen aile sigortası giderlerinin, Genel Sağlık Sigortası sistemi kapsamı ile aynı şekilde tanımlanması suretiyle primlerle finanse edilmesi önerilmektedir.

Sonuç

Ülkemizde hala ağırlıklı olarak Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı

tarafından çeşitli kurumlarca sosyal yardım uygulamaları gerçekleştirilmektedir. Bu yardımlar Tablo 2’de de özetlendiği gibi aile yardımları, eğitim yardımları, yaşlı ve engellilere yönelik yardımlar, özel amaçlı yardımlar, sağlık yardımları ve yabancılara yönelik yardımlar kategorileri altında bulunan çok çeşitli programlar ile sunulmaktadır (10). Türkiye’de ILO 102 No’lu Sosyal Güvenlik Sözleşmesi hükümleri ile diğer Avrupa ülkelerinde olduğu gibi uluslararası standartlara uygun aile ve çocuk yardımları sunan bir sosyal güvenlik mekanizmasının sağlanması amaçlanmaktadır. Ayrıca anayasanın 60. maddesi ile tüm vatandaşların sosyal güvenlik hakkına sahip olduğu belirtilmiş ve devlet bu güvenliği sağlamak amacıyla gerekli tedbirleri almak ve teşkilatı kurmakla görevlendirilmiştir. Bu anlamda Türkiye’de aile ve çocuk yardımlarını kapsayacak bir aile sigortası kurulması anayasal hükümlerin yerine getirilmesi bağlamında kamusal bir görev olarak değerlendirilebilir. Aile sigortasıyla hedeflenenlerin başında, sosyal yardımların amaç dışı bireylerin zenginleşmesine ya da ekonomik üretkenliğin azaltılmasına meydan vermeyecek şekilde bütünleşik bir yapıda reforma tabi tutulması gelmektedir. Sistemin sigorta anlayışıyla devletin tek taraflı verdiği ve bir hakka dönüşmeyen yardım anlayışı ile değil, sigorta yaklaşımı ile ele alınarak hak anlayışı ile tasarlanması ve bunun vergilerle değil de primlerle finanse edilmesinin yolunun açılması, prim ödeyemeyecek durumda olanların primlerinin GSS örneğinde olduğu gibi devlet tarafından ödenmesi önerilmektedir. Yapılan bu değerlendirmeler sonucunda, Türkiye’de

hem uluslararası hukuka ve imzalanan sözleşmelere uyum sağlanabilmesi hem de vatandaşlara bütüncül bir şekilde sosyal güvenlik hizmetlerinin sunulabilmesi için aile yardımları olarak nitelendirilebilecek aile sigortası uygulamasının hayata geçirilmesi, bir öncelik ve gereklilik olarak ele alınmalıdır.

Kaynaklar

- 1) Cahit Talas, *Toplumsal Ekonomi*, 7. Basım, Ankara, Imge Kitabevi Yay., 1997, s.398.
- 2) ILO, *Introduction to Social Security*, Geneva, International Labour Office Publication, 1984, s.3.
- 3) Fırat Muhammet Sabir, *Türkiye’de Sosyal Güvenlik Kurumu Bütçesi ve Sosyal Güvenlik Açıkları*, TBB Dergisi 2016 (127), s.319
- 4) ILO Türkiye Ofisi, *102 No’lu Sosyal Güvenlik (Asgari Standartlar) Sözleşmesi*, https://www.ilo.org/ankara/conventions-ratified-by-turkey/WCMS_377270/lang--tr/index.htm (Son Erişim Tarihi: 14.05.2019).
- 5) Avrupa Konseyi, *Avrupa Sosyal Şartı*, 18 Ekim 1961.
- 6) Altıntaş Cenkhan, *Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) ve Uluslararası Sosyal Güvenlik Teşkilatı (ISSA) Tarafından Yayınlanan Uluslararası Belgelerde Sosyal Güvenliğin Kapsamı Ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi*, *Sosyal Güvenlik Uzmanları Derneği, Sosyal Güvenlik Dergisi / Sayı 7*, s.48.
- 7) ILO, *World Social Protection Report 2014/15, Building Economic Recovery, Inclusive Development and Social Justice*, Geneva, 2014.
- 8) Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı, *Avrupa Birliğinde Sosyal Güvenlik*, Ankara, 2012.
- 9) İncedal Sümer, *Türkiye’de Yoksulluğun Boyutları: Mücadele Politikaları ve Müdahale Araçları, Aile ve Sosyal Politikalar Uzmanlık Tezi*, Ankara, 2013.
- 10) Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı-Sosyal Yardımlar Genel Müdürlüğü, <https://ailevecalisma.gov.tr/sygm/programlarimiz/sosyal-yarim-programlarimiz/> (Son Erişim Tarihi: 14.05.2019).

Sosyal çalışma ve çocuklara yönelik hizmetler

Doç. Dr. İsmail Barış



1956 yılında Gölcük'te dünyaya geldi. İlk, orta ve lise eğitimini Kocaeli'de tamamladı. Kocaeli Üniversitesi Sevk ve İdarecilik Bölümünden ve Uludağ Üniversitesi İlahiyat Fakültesinden mezun oldu. Kariyeri boyunca belediye başkan yardımcılığı, Belediyeler Birliği Genel Sekreterliği, belediye başkanlığı, başbakan danışmanlığı, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü gibi görevlerde bulunan Barış, 2014 yılından bu yana Üsküdar Üniversitesi Sosyal Hizmet bölümünde öğretim üyesi olarak görev yapmaktadır.

Hem Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi'ne hem de Türk Ceza Kanunu'nun 2005 tarih ve 5237 sayılı maddesine göre göre çocuk, "henüz 18 yaşını doldurmamış kişi" anlamına gelmektedir. Ayrıca 2005 tarih ve 5395 sayılı Çocuk Koruma Kanunu'na göre çocuk "erken yaşta ergin olsa bile, 18 yaşını doldurmamış" kişi olarak belirtilmiştir (1). Çocuk koruma, çocukları hasara ve istismara karşı koruyacak devlet ve devlet dışı kuruluşların önlemleri için kullanılan ortak bir terimdir. Çocuk korumanın ilk nüveleri tarihsel olarak 19. yüzyılda ortaya çıkmıştır. Çocukların korunması çağdaş zorunlu eğitimin bir ifadesidir. Bununla birlikte çocuğun bakımı toplumsal bir sorundan kaynaklı ihtiyaç haline gelmiştir. Prensip olarak devletler çocuk korumayı sağlamaktan mesuldür. Birleşmiş Milletler (BM) düzeyinde 1989'da imzalanan Çocuk Hakları Sözleşmesi; çocuklara sosyal, ekonomik, siyasi ve kültürel haklar, sağlık, eğitim, kültürel kimlik ve ifade özgürlüğü haklarının verilmesi yanında çocukları şiddet, ihmal ve istismara karşı korumaya ve çıkarlarını gözetmeye dayanmaktadır. Çocuk hakları sözleşmesine rağmen çocuk hakları dünya çapında şaşırtıcı derecede ihlal edilmektedir. Bu ihlaller beslenme eksikliği, eğitimden mahrum bırakma, zorla çalıştırma, silahlı çatışmalarda kullanma ve cinsel istismar örnekleriyle kendini göstermektedir. Dünyadaki

asimetrik gelişim, küreselleşme ve uluslararası alanda sosyal eşitsizliğin yoğunlaşması tüm bunlara gerekçe olarak gösterilmektedir (2).

Türkiye'de çocukların haklarını evrensel çerçevede belirleyen çocuk haklarına dair sözleşme 1995 yılında yürürlüğe girmiştir. Amerika ve Somali haricinde bu antlaşmaya tüm ülkeler dahil olmuştur. BM Çocuk Hakları Sözleşmesi, çocukların on sekiz yaşına kadar eğitim hakkı, katılım hakkı, gelişme hakkı, korunma ve tanınma haklarını açıklamaktadır. BM'ye göre 90'lardan itibaren insani gelişmedeki düşüşün nedenleri başında HIV/AIDS ve diğer bulaşıcı hastalıkların yayılması, gelir seviyesindeki düşüş, sosyal, eğitim ve sağlık alanlarındaki gerileme, doğal kaynakların yanlış kullanımı, işsizlik, yoksulluk gelmekte; dolayısıyla gelişmekte olan ülkeleri etkisi altına almaktadır. Globalleşme ile beraber hızla değişen toplumda çocuklar, yaşlılar ve hastalar kendine yer bulamamaktadır. Devletin merkezi yönetimden geri çekilmesi ile artan yoksulluk ve işsizlik nedeniyle daha iyi kazanç fırsatları ve iyi bir yaşam arayışı içinde birçok kırsal bölge sakini mevsimlik işçi olarak veya temelli olarak kente göç etmektedir. Diğer yandan ebeveynlerin savaş, yoksulluk ve iş bulmak için yakın komşu ülkelere göçüyle çocukların hızlı bir şekilde kendi başlarına sosyalizasyonları gerçekleşmektedir. Milyonlarca insan gecekondü bölgelerinde insanlık dışı

koşullarda elektriksiz, susuz yaşamaktadır. Çoğu göçmen kayıt dışı sektörde düşük verimlilik, düşük kazanç, kötü çalışma koşulları altında çalışmakta, çocuklar ise fiziksel ve zihinsel kapasitelerinin çok ötesinde çalışmaktadırlar (2).

Yaşam alanı 18 yaşına kadar sokaklar olan çocuklar ailelileriyle ya kısmen temasta ya da hiç bağlantısı olmadan yaşamakta ve zaman içerisinde kendi davranış kurallarını ve değerlerini geliştirmektedirler. Bu çocuklar şiddet ve sömürü kurbanı olmakta, psikososyal dengesi genellikle ağır hasar görmektedir. Çocuk işçiler grubu, enformel çalışmanın en düşük olduğu sektörlerde ağır koşullarda çalışmakla hem sağlık gelişimleri tehlike içerisinde hem de eğitim haklarından mahrum yetişmektedirler. Diğer sorun alanlarında; maddi sıkıntıda olan aileler kız ve erkek çocuklarının bedenlerini satarak gelir elde etmektedir. Sıklıkla çocuklar evde cinsel saldırıya maruz kalabilmekte, kimi alkol ve uyuşturucu bağımlısı olabilmektedir. Sahipsiz çocuklar insan tacirlerinin eline düşebilmektedir. Suç kaçakçıları tarafından hedeflenen çocuklar sömürgecilere büyük kazanç sağlamakta, organize çeteler için çalışmaktadırlar (3).

Sosyoekonomik düzeyin alt seviyede olduğu ve düzensiz yapılaşmanın yaşandığı kentler de, sokakta yaşayan çocukların problemlerinin üretildiği

yerler haline gelmektedir. Uzun vadeli alınacak olan önlemlerle sokak çocuklarının yeniden sokakta yaşamasını engelleyici birtakım tedbirler alınmalıdır. Parçalanmış, şiddetin var olduğu, toplumun temel taşı oluşturulan ailenin varlığını koruması ve güçlendirilmesi bu noktada önem arz etmektedir. Çocukların sokağa düşme nedenleri; yoksulluk, eğitimsizlik, çarpık kentleşme, göç, aile içi şiddet olarak görülmektedir (4).

Sosyal Çalışma-Çocukla Çalışma İlişkisi

Sosyal çalışma, bilimsel bir disiplin olmasının yanı sıra sosyal eğitimciler olarak adlandırılan meslek grubuna dâhildir. Sosyal çalışma pratikte sosyal sorunları çözmeyi, azaltmayı veya önlemeyi amaçlayan bir meslektir. Sosyal çalışma, işlevsel olarak uygulanan bir sosyal politika biçimi olarak da anlaşılabilir. Uluslararası bağlamda temel tanımı Kanada Melbourne'da Uluslararası Sosyal Çalışma Federasyonu (IFSW) tarafından 2014 yılında önerilmiştir. Buna göre sosyal çalışma; "sosyal değişimi, sosyal gelişmeyi, sosyal uyumu, insanların güçlendirilmesini ve özgürleştirilmesini teşvik eden, uygulamaya dayalı profesyonel ve akademik bir disiplindir". Sosyal adalet ilkeleri, insan hakları, toplu sorumluluk ve çeşitliliğe saygı sosyal çalışma için önemlidir. Sosyal bilimler, beşerî bilimler ve yerel bilgiden beslenen eklettik bilgi temeline sahiptir (5).

Çocukla çalışma, sosyal çalışmanın klasik bir faaliyet alanıdır. Sosyal çalışma için çocuk, gençlik ve aile sınırsız çalışma alanı sunmaktadır. Bu alanlar kamu, özel ve STK'lar ile çeşitlenmiştir. Bugün sosyal çalışma insanla çalışan meslek olarak, bireyin yaşamında meydana gelen sosyal, ekonomik, psikolojik, hukuki veya insani yönden mağduriyet durumlarında müdahalelerini gerçekleştirmektedir. Çocuk ve gençlik refahında çalışma alanları şunlardır: Suça sürüklenen, sokakta çalışan, istismara uğrayan, engelli, göçmen, bağımlı, herhangi bir tehlike durumunda koruma altına alınan ve diğer sorun alanlarından etkilenen çocuklarla çalışmak. Örnek olarak, ailenin çocuk için bir tehdit oluşturduğu durumda çocuk, sosyal çalışmacı tarafından başarılı bir şekilde desteklenip koruma altına alınmalıdır. Sosyal çalışmacının yaz-



mış olduğu rapor neticesinde almış olduğu kararlar çocuğun geleceğine de yön vermektedir. Bu bağlamda Çocuk Koruma Kanunu 5395 sayılı yasa uyarınca tanımlara uymak ve çocuğun yüksek yararını gözetmek gereklidir. "Korunma ihtiyacı olan çocuk; bedensel, zihinsel, ahlaki, sosyal ve duygusal gelişimi ile kişisel güvenliği tehlikede olan, ihmal veya istismar edilen ya da suç mağduru çocuğu" ifade etmektedir (6). Çocuk Koruma Kanunu'nun 5. Maddesine göre çocuklara yönelik güvenlik tedbirleri aşağıda belirtildiği gibidir (7).

- a. Danışmanlık tedbiri ile çocuğun içinde yaşadığı aileye çocuk yetiştirme konusunda yol göstermek ve danışmanlık hizmeti vermek,
- b. Eğitim tedbiri ile çocuğun eğitiminin devamına, iş ve meslek edinmesi için çeşitli kurslara yönlendirme veya işe yerleştirilmesine öncülük etmek,
- c. Bakım tedbiri ile çocuğun bakımı aile tarafından gerçekleştirilemeyecekse, onun herhangi bir resmi veya özel bakım imkânından ya da koruyucu aile hizmetlerinden yararlanmasını sağlamak,
- d. Sağlık tedbiri ile çocuğun fiziksel ve ruh sağlığının korunması amacıyla tıbbi bakım veya rehabilitasyonunun sağlamak, eğer bağımlı ise tedavilerini yaptırmak,

BM'ye göre 90'lardan itibaren insani gelişmedeki düşüşün nedenleri başında HIV/AIDS ve diğer bulaşıcı hastalıkların yayılması, gelir seviyesindeki düşüş, sosyal, eğitim ve sağlık alanlarındaki gerileme, doğal kaynakların yanlış kullanımı, işsizlik, yoksulluk gelmekte; dolayısıyla gelişmekte olan ülkeleri etkisi altına almaktadır. Globalleşme ile beraber hızla değişen toplumda çocuklar, yaşlılar ve hastalar kendine yer bulamamaktadır.



e. Barınma tedbiriyle, kalacak yeri olmayan çocuklu kimselere veya hayatı tehlikede olan hamile kadınlara yönelik barınma yeri sağlamak.

Çocuklarla gerçekleştirilen sosyal çalışmada ebeveynlere belirli koşullar altında verilen eğitim danışmanlığı ve eğitim desteği, koruyucu bakım ve evde eğitim önlemleri sağlanmaktadır. Mesleğin psikososyal destek boyutunda çocuk ve gençlere empati ve hassasiyetle yaklaşmak, onların görüşlerine, tutumlarına ve motivasyonlarına saygı göstermek, aile geçmişlerini tanımak, farklı dünyalarını ve gençlik kimliklerini anlamak, bağımlılık ve şiddet nedenlerini belirlemek gerekir. Sosyal çalışmacı etkin bir müdahale yapmak için şu hususları dikkate almalıdır (8):

- Bilimsel bulguları ve uygun yöntemleri dikkate alarak bağımsız, önleyici ve müdahale odaklı çalışmak,
- Topluluk ve grupları eğitim çalışmalarıyla bilgilendirmek, desteklemek ve geliştirmek,
- Müracaatçıların yetkilendirilmesine veya kendi kendine yardım etme potansiyellerine destek vermek,
- Yasal ve mali hususları dikkate alarak sosyal sorunları tanımlayıp analiz etmek ve ortakların katılımıyla hedeflenen yaklaşımları belirlemek ve karşı önlemler almak.

Türkiye'ye Bir Bakış

Türkiye İstatistik Kurumunun nüfus verilerine göre Türkiye'de 0-18 yaş aralığında 23 milyona yakın çocuk yaşamaktadır. Bu sayı, toplam nüfusun yüzde 28'ine tekabül etmektedir (9). İçişleri Bakanlığı Göç İdaresi Genel Müdürlüğü verilerine göre Haziran 2019 tarihi itibarıyla 0-18 yaş aralığında 1,6 milyonun üzerinde Suriyeli çocuk bulunmakta, bu oran Suriyeli nüfusun %46,23'ünü oluşturmaktadır (10).

Türkiye, son yıllarda sosyal politikanın özellikli alanlarına dahil olan eğitim, sağlık, kültür, sosyal koruma, sosyal yardım ve sosyal hizmetlerde kapasitesini oldukça genişletmiştir. Çocuk refahı alanındaki güncel gelişmelerin geçmiş yıllara oranla oldukça ilerlediğini söylemek mümkündür. Örneğin Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu zamanında, aile ortamına en uygun model olarak, koğuş tipi çocuk yuvalarının yerine oluşturulan ve faaliyete geçen çocuk evleri sitesi ve sevgi evleri çocukların sosyalleşmesi ve toplumla bütünleşmesi açısından önemli bir adım olarak güncelde başarılı bir şekilde varlığını sürdürmektedir. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı verilerine göre 2002'de 200 yetiştirme yurdu ve çocuk yuvasında yaklaşık 20 bin çocuk bulunuyorken, 2019 Mayıs ayı itibarıyla 14 bin 75 çocuğun bakımı ilgili kuruluşlar tarafından sağlanıyor. Farklı sebeplerle ailesinin yanında bakımları mümkün olmayan çocuklar

için sürdürülen koruyucu aile ve evlat edinme hizmetlerine öncelik verilirken, kuruluş bakımına ise son seçenek olarak destek verilmektedir. Bu bağlamda 2002'de 500 koruyucu aile yanında 515 çocuk bulunuyorken, 2019 yılı Haziran ayı itibarıyla 5 bin 583 koruyucu aile yanında 6 bin 833 çocuğun bakımı sağlanmaktadır. Diğer yandan aileyi koruma odaklı verilen Sosyal ve Ekonomik Destek (SED) kapsamında çocukların kurum bakımına alınmadan ekonomik destek sayesinde aile bütünlüğü korunmaktadır. Buna göre 2002 yılında 12 bin 75 çocuk SED desteğinden faydalanırken Mayıs 2019 itibarıyla 128 bin 827 çocuk ailelerinin yanında bu hizmetten yararlanmaktadır (11).

Türkiye'de 2018 yılında UNICEF ve Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı ortak bir çalışma yürüterek ulusal çocuk bakım sisteminin güçlendirilmesi amacıyla vaka analizleri gerçekleştirmiştir. Diğer yandan Çocuk Koruma İlk Müdahale ve Değerlendirme birimleri için bir eylem planı oluşturmuştur. Buna göre çocuk koruma alanında risk ve ihtiyaç analizleri yapılmış ve hizmet veren merkezlerde çalışmakta olan 320 uzman personele eğitim verilmiştir. Bakanlığa bağlı 172 çocuk bakım kurumunda değerlendirme standartları ve kurum bakımı hizmet kaliteleri güçlendirilmiştir. Anka Programı ile çocuklara psikososyal destek birimi oluşturularak 193 saha çalışanına çocuk destek merkezlerinde eğitimler verilmiştir. Öte yandan adalet sistemi-

nin çocukların yararına tesis edilebilecek yeni düzenlemeler ile çocuk dostu uygulamalar ve çocukların ihtiyaçlarını belirleyebilecek, onları güçlendirebilecek bir denetimli serbestlik sistemi oluşturulmuştur. Adalet Bakanlığı çalışanları, çocuk koruma merkezlerini, koruma derneği çalışması sonucunda çocuk dostu müdahaleleri öğrenmeye yönelik eğitilmişlerdir (12). Çocuk koruma hizmetleri kapsamının bir uygulayıcısı olan Aile Sosyal Destek Programı (ASDEP) personellerine yönelik ihtiyaç analizi, vaka yönetim sistemlerinin güçlendirilmesi çalışmaları yapılmıştır. Geçtiğimiz günlerde Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanı Selçuk, 2019 yılı içerisinde bin yeni ASDEP personeli alınacağını açıklamıştır (13).

2018 yılı itibarıyla Rehabilitasyon ve Çocuk Destek Merkezlerinden (ÇODEM) bin 557 çocuk faydalanmıştır. Sokakta yaşayan ve çalıştırılan çocuklar için 130 mobil ekibin desteği ve saha çalışması ile 11 bin 760 çocuğa uygun müdahaleler gerçekleştirilmiştir. Sosyal çalışma modellerinden yararlanan 45 binin üzerinde genç kamuda istihdam edilmiştir. Ülke genelinde yardıma muhtaç vatandaşlara 283 milyar TL sosyal yardım yapılmıştır (14).

Almanya'da çocuk ve gençler Sekizinci Sosyal Hukuk Kitabı (SGB VIII), Çocuk ve Gençlik Refahı Yasası (KJHG) adı altında güvence altına alınmıştır. Almanya'da sosyal politika uygulamaları bağımsız kuruluşlar, kilise kökenli vakıflar (Diakonie, AWO, Caritas), gençlik dairelerinin tahsis politikalarına ve belediyelerin finansman politikalarına bağlı olarak işlemektedir (15).

Son on yılda koruma altındaki çocuk ve ergen sayısı önemli ölçüde artmıştır. Koruma altındaki çocukların yaklaşık dörtte üçü sosyal yardım alan ailelerden, yarısından fazlası ise tek ebeveynli hanelerden oluşmaktadır. Alman gençlik dairelerinde çocuğu koruma altına almak için iki seçenek vardır: Bir kuruluş bakımı altına alma veya koruyucu aile yanına yerleştirme. Federal İstatistik Ofisi verilerine göre 2008 yılında 58 bin 690 çocuk kuruluş bakımı altında yaşarken 2018 yılında bu sayı 95 bin 585'e yükselmiştir (16). 2017 Aralık verilerine göre yaklaşık 81 bin çocuk koruyucu ailede bakım altına alınmış, 2008 yılı ile karşılaştırıldığında yüzde 35 artış göstermiştir (17). 2018 yılında Federal

Almanya Hükümeti, eyaletler ve belediyeler tarafından, çocuk ve gençlerin refahı için toplam 45,12 milyar avro harcanmıştır. Bir önceki yıla göre harcama %11 civarında artmıştır (18).

Bu karşılaştırmaya göre Almanya'da kuruluş bakımı ve koruyucu aile bakımıyla yaşayan koruma altındaki çocuk sayıları Türkiye'ye oranla daha yüksektir. Koruyucu aile sayısının fazlalığı toplumda çocuğun refahı için yüksek bir duyarlılık olduğu gerçeğini yansıtan bir gelişmedir. Türkiye'de çocuğun ailesi yanında bakılması ve SED programı ile aile bütünlüğü korunmaktadır. Diğer yandan Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığının son yıllarda süreklilik ve kalıcılık esaslı toplum çalışmaları gelecek için umut vericidir.

Sonuç

Sosyal çalışmacının müracaatçıya, devlete ve kendi mesleğine karşı üçlü görev anlayışı mevcuttur. Dolayısıyla bireyin ve mikro sistemin ihtiyaçlarını karıştırmada devletin mevcut sosyal politikalarına göre müdahaleler gerçekleştirirken, mesleğinin bilimsel ve etik kodlarını insan hakları çerçevesinde değerlendirir. Aşağıdaki hususlar sosyal çalışmacının etkin ve sürdürülebilir bir uygulama yürütebilmesi için çocukla çalışmada gereklidir.

- Çocuk ve gençlerin yaşam koşullarını iyileştirmede uygun stratejilerin belirlenmesi için makro düzeyde sosyal, politik ve kültürel yapıların etkisi araştırılmalıdır.
- Diğer bir analiz seviyesi ailenin mezo uzantısına dayanır. Burada değişen aile yapısı, normlar, aile üyeleri arasındaki ilişki yapılarını dikkate almak esastır.
- Mikro düzeyde ise kök neden analizin odağı bireysel psikoloji üzerinedir. Anne-çocuk-ebeveyn ilişkisinin tasarımı, etkili ve sürdürülebilir strateji önemlidir (19).

Dünyadaki zor yaşam koşullarında olan çocukların hayatlarını iyileştirmek ve desteklemek için; insan haklarının gözetilmesi, asgari sosyal standartlar oluşturulması, bu yükümlülüğün uluslararası standartlara taşınması gereklidir. İnsanlara felaket, savaş ve diğer kriz durumlarında sosyal uyum, eğitim,

sağlık hakkından yararlanma ve sübvansiyon ilkesini uygulamalıdır. Çocuk ve gençlerin yeteneklerinin ve başarılarının tanınması, onların yaşamlarıyla başa çıkmalarına yardım etmek ve güçlendirmek açısından önemlidir.

Kaynaklar

- 1) Akyüz E, *Çocuk Hukuku*, Pegem Yayıncılık, Ankara, 2016: 511.
- 2) Kerber-Ganse W, *Kinderrechte und Soziale Arbeit, Zeitschrift für Sozialpolitische Politik im Bildungs-, Gesundheits-, und Sozialbereich, Widersprüche* 107, 2008: 65-76.
- 3) *Fachkonzept: Soziale Arbeit mit Kindern und Jugendlichen in Schwierigen Lebenslagen, Caritas International*, 2008: 11-13.
- 4) Banş İ, *Sokakta Yaşayan Çocuklar ve Aileler (İstanbul Örneği) Sosyoloji Konferansları Dergisi*, 2009, Cilt 0, Sayı 39: 111.
- 5) file:///C:/Users/crea/Downloads/Fachkonzept_Kinder_und_Jugendliche.pdf <https://www.ifsw.org/what-is-social-work/> (Erişim tarihi: 1 Temmuz 2019).
- 6) İçli T. G, *Çocuk Suç ve Sokak, Sokakta Yaşayan Suç İşleyen ve Suça Maruz Kalan Çocuklar, Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü yayınları*, Ankara 2009: 6.
- 7) Akyüz E, *Çocuk Hukuku*, Pegem Yayıncılık, Ankara, 2016: 529.
- 8) Böwer M, Kotthaus J, *Praxisbuch Kinderschutz, Professionelle Herausforderungen Bewältigen*, Beltz Juventa, Weinheim Basel, 2018: 52.
- 9) <https://www.cnntrk.com/ekonomi/turkiye-nufusunun-yuzde-28i-cocuk> (Erişim tarihi: 2 Temmuz 2019).
- 10) <https://multeciler.org.tr/turkiyedeki-suriyeli-sayisi/> (Erişim tarihi: 2 Temmuz 2019).
- 11) <https://www.ailevecalisma.gov.tr/chgm/haberler/koruma-alt%C4%B1ndaki-14-bin-C3%A7ocu%C4%9Fumuza-aile-ortam%C4%B1sa%C4%9F%C4%B1yoruz/> (Erişim tarihi: 2 Temmuz 2019).
- 12) <https://www.unicef.org/turkey/media/7351/file/UNICEF%20T%C3%9CRK%C4%B0YE%20YILLIK%20RAPORU%20-%202018.pdf> (Erişim tarihi: 2 Temmuz 2019).
- 13) <https://www.ailevecalisma.gov.tr/tr-tr/haberler/bakan-selcuk-4-bin-321-personel-istihdamigerceklestirecegiz/> (Erişim tarihi: 1 Temmuz 2019).
- 14) <https://www.ailevecalisma.gov.tr/haberler/aile-calisma-ve-sosyal-hizmetler-bakanligi-butcesi-tbmmde-kabul-edildi/> (Erişim tarihi: 3 Temmuz 2019).
- 15) Albert S, *Subjekt Orientierte Jugendarbeit*, Juventa Verlag, Weinheim und Münih, 1997: 102.
- 16) <https://www.spiegel.de/panorama/gesellschaft/heimkinder-zahl-in-deutschland-waechst-seit-jahren-stark-an-a-1207610.html> (Erişim tarihi: 2 Temmuz 2019).
- 17) <https://www.sueddeutsche.de/leben/pflegefamilien-pflegekinder-jugendaemter-1.4427565> (Erişim tarihi: 2 Temmuz 2019).
- 18) https://www.bgw-online.de/SharedDocs/Downloads/DE/Medientypen/Wissenschaft-Forschung/BGW55-83-130_Trendbericht-Kinder-und-Jugendhilfe_Download.pdf?__blob=publicationFile (Erişim tarihi: 2 Temmuz 2019).
- 19) Bernasconi S S, *Soziale Arbeit und Menschenrechte: Vom Beruflichen Doppelmandat zum Professionellen Tripelmandat*, Verlag Barbara Budrich, Opladen, 2017: 12.

Çocuk istismarının önlenmesi

Yılmaz Tunç



1971 yılında Bartın'da dünyaya geldi. İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesinden mezun oldu. AK Parti Pendik kurucu ilçe başkanlığı ve Pendik Belediyesi meclis üyeliği, AK Parti genel merkez teşkilat başkan yardımcılığı, siyasi ve hukuki işler başkan yardımcılığı görevlerinde bulundu. 23, 24, 25, 26 ve 27. dönemlerde Bartın milletvekili seçildi. TBMM Adalet Komisyonu sözcülüğü, Meclis Araştırma ve Soruşturma Komisyonlarında başkanlık, başkan vekilliği ve sözcülük görevlerinde bulundu. Tunç, TBMM Adalet Komisyonu Başkan Vekilliği görevine devam etmektedir.

Çocuklar gerek uluslararası sözleşmelerde gerekse ülkelerin kendi mevzuatlarında toplumun 18 yaşın altındaki kesimini oluşturmaktadır. Bu yönüyle baktığımızda ülkemiz ve dünya nüfusunun üçte biri çocuklardan oluşmaktadır. Çocuklar savaşımlardan, terörden, yoksulluktan, ahlaki yozlaşmadan ve her türlü hak ihlalinin en çok zarar gören, çevresindeki tehlikelere karşı toplumun en savunmasız kesimidir. Güçlü bir gelecek, sağlıklı bir aile yapısı ve sağlıklı bir toplum ile mümkündür. Sağlıklı bir toplum ve huzurlu bir gelecek için, çocuklarımızı çevreden gelmesi muhtemel tehlikelerden korumak ve yetişmelerini olumsuz etkileyen hususları bertaraf etmek; onların haklarını koruyan tedbirleri almak gerekir. Çocukların, yaşam hakkı başta olmak üzere, sağlık, eğitim ve barınma hakları ile her türlü istismara karşı korunma hakları, uluslararası sözleşmeler, anayasa ve kanunlarla güvence altına alınmıştır. Bu nedenle çocuk hakları, hukukun öncelikli konusu olup, çocuklara yönelik kötü muamelelerin önlenmesi bir insanlık vazifesidir. Çocukların büyüme ve gelişimini, fiziksel ve psikolojik sağlıklarını olumsuz yönde etkileyen her türlü davranış, çocuk istismarıdır. Çocuğun sağlığına, yaşamına, gelişimine veya onuruna zarar veren ya da zarar verebilme olasılığı yüksek, kasıtlı fiziksel güç kullanılmasıyla ortaya çıkan kötü muamele durumuna fiziksel istismar; çocuğun ihtiyaç duyduğu ilgi, sevgi ve bakımdan mahrum kalması ve bunun çocuk üzerinde psikolojik sorunlara neden olması durumuna duygusal istismar; çocuğun

kendisinden büyük bir kişi tarafından cinsel doyum aracı olarak kullanılmasına cinsel istismar; çocuğun sağlık, barınma, beslenme, giyim, eğitim ve gözetim gibi hayati ihtiyaçlarının kendisine bakmakla yükümlü kişilerce karşılanmaması durumu da çocuğun ihmali olarak adlandırılır. Tüm bunlar çocuk istismarı kapsamında değerlendirilmektedir. Çocukların istismar ve ihmalden korunması öncelikli olarak anne ve babaların görevi olsa da alınması gereken tedbirler ve bu tedbirlerin uygulanmasının takibi bakımından bu husus devletin asli görevleri arasındadır. Başta cinsel istismar olmak üzere çocuk istismarının her türü bütün dünyada önemli bir sorun olarak karşımızda durmaktadır. Zaman zaman ülkemiz gündemine düşen ve milletçe hepimizi derinden yaralayan, çocukların cinsel istismarına ilişkin olaylar, bu hususta yapılması gerekenleri yeniden gözden geçirmemize ve bu çirkin olayları ülkemiz gündeminden çıkarmak için etkili tedbirlerin alınması hususunda, toplumda büyük bir duyarlılığın oluşmasına neden olmuştur.

Ülkemiz 1990 yılında BM'nin çocuk haklarına ilişkin sözleşmesini imzalamış, 2007 yılında Avrupa Konseyinin çocukların cinsel istismar ve sömürüye karşı korunmasına ilişkin sözleşmesine (Lanzarote Sözleşmesi) dâhil olmuştur. Bunun dışında çocuklarla ilgili uluslararası sözleşmelerin tamamına taraf olmuştur. 2010 yılında yapılan anayasa değişikliği ile de anayasanın 41. maddesinin başlığı çocuk haklarını vurgulayacak şekilde Ailenin Korunması ve Çocuk Hakları olarak değiştirilmiş ve "Her çocuk, korun-

ma ve bakımdan yararlanma, yüksek yararına açıkça aykırı olmadıkça, ana ve babasıyla kişisel ve doğrudan ilişki kurma ve sürdürme hakkına sahiptir" fıkrası ile "Devlet, her türlü istismara ve şiddete karşı çocukları koruyucu tedbirleri alır" fıkraları eklenmiştir. Yine anayasanın 61. maddesinin dördüncü fıkrasında "Devlet, korunmaya muhtaç çocukların topluma kazandırılması için her türlü tedbiri alır" hükmü yer almaktadır. Mevzuatımızda yapılan tüm iyileştirmelere ve alınan önlemlere rağmen dünya genelinde olduğu gibi ülkemizde de çocuğa yönelik kötü muamele bütünüyle önlenememiştir. Bu durum TBMM'nin de harekete geçmesine neden olmuş, 2016 yılında TBMM'de başta cinsel istismar olmak üzere çocuklara yönelik her türlü istismar olaylarının araştırılarak alınması gereken önlemlerin belirlenmesi amacıyla meclis araştırma komisyonu kurulmuştur. Komisyon adli tıp, hukuk, eğitim, rehberlik, sosyal hizmet, çocuk ve ergen ruh sağlığı başta olmak üzere çocuk hakları ve çocuk istismarı alanında çalışmaları olan akademisyenleri, kamu kurumlarının temsilcilerini, baroları, STK temsilcilerini, WHO, ILO, UNICEF gibi uluslararası kuruluşların temsilcilerini dinleyerek bilgi edinmiş, ayrıca çocuk izlem merkezleri, Çocuk Kapalı Ceza İnfaz Kurumu ve çocuk eğitim evi gibi TBMM dışında da araştırmalar ve inceleme ziyaretleri gerçekleştirmiştir. Yapılan araştırma sonunda hazırlanan rapor, çocuk istismarı konusunda sorunun tüm boyutlarını ele alan ve alınması gereken tedbirlerle ilgili somut öneriler sunan önemli bir kaynak olup çözüme

ve uygulamaya ışık tutmaktadır. Komisyonun önerileri arasında yer alan, TBMM bünyesinde çocuk hakları ile ilgili daimî bir ihtisas komisyonunun kurulmasıyla, çocuk hakları ile ilgili uygulamalarda meclis denetimi ve çocuğun üstün yararının yasama süreçlerinde de gözetilmesi sağlanabilecektir.

Çocuk istismarının, yasama ve ulusal çocuk politikasını ilgilendiren boyutu önemli olduğu gibi bugüne kadar gerçekleştirilenlere ilaveten alınması gereken hukuki ve adli tedbirler vardır. Son yıllarda çocuğun cinsel istismarı suçunu işleyenlere verilecek cezalarda önemli artışlar yapılmıştır. Bu cezalar AB ülkeleri ile kıyaslandığında iki kat fazla olup cezaların her olay sonrasında artırılması bu suçların azalmasında etkili olmamaktadır. Çocuk istismarının önlenmesinde asıl önemli olan, çocuklarımızı istismardan korumak için alınması gereken tedbirler olup bunların başında da eğitim gelmektedir. Eğitimle ilgili alınması gereken tedbirlerin de etkin bir şekilde uygulanması sağlanmalıdır. Aile ve sosyal politikalarla ilişkin tedbirlerden sağlık alanındaki tedbirlere; medya ve iletişim alanında alınması gereken tedbirlerden çalışma, emniyet ve güvenliğe kadar birçok alanda alınması gereken tedbirler vardır. Ulusal çocuk politikasının daha etkin hale getirilebilmesi, ilgili kurum ve kuruluşların denetim ve koordinasyonunun tek elden sağlanması için çocuk koruma koordinasyon merkezinin kurulması gerekmektedir. Vali ve kaymakamların koordine ettiği Çocuk Koruma Koordinasyon Kurullarının etkin işletilmesi, bu kurullarda görev alan kurum ve kuruluş temsilcilerinin çocuk koruma hususunda ilgili ve eğitilmiş kişilerden tespit edilmesi, bu kurulların çocuk istismarı konusunda bireyleri, aileleri ve toplumu aydınlatarak faaliyetlerini artırmaları gerekmektedir.

Çocukların bulunduğu her ortam risk alanıdır. Çocuklara hizmet veren kurum ve kuruluşlar, çalıştırdıkları kişileri titizlikle seçerek çocuk istismarı konusunda eğitmeli, anne ve babalara da gebelikten itibaren çocuk istismarı konusunda eğitimler verilmelidir. Sosyal medyada, görsel ve yazılı basında çocuk istismarı hakkında hazırlanacak kamu spotlarıyla toplum bilinci artırılmalıdır. Çocukların internetin zararlı içeriklerine erişimini kısıtlayacak tedbirler alınmalıdır. Çocuklar bedenlerini nasıl koruyacakları konusunda bilinçlendirilmelidir. Çocuk-

lara küçük yaştan itibaren, aile içinde ve okul döneminde müfredat içerisinde zorunlu olarak yer alacak ders ve konularla bedensel, zihinsel ve cinsel gelişimlerine uygun eğitim verilmelidir. Okullarda velilere çocuk gelişimi, ebeveyn-çocuk etkileşimi, acil durumlar ve istismar konulu eğitimler verilmelidir. Üniversitelerde çocuk ile ilgili alanlarda personel yetiştiren tüm bölümlerde çocuk ihmal ve istismarı ile ilgili konular müfredata dâhil edilmelidir. Okullarda rehber öğretmenlerinin sayısı artırılarak, rehber öğretmenlerin öğrencilerle geçirdikleri özel zaman dilimleri oluşturulmalıdır. Karma eğitim verilen okullarda hem kadın hem erkek rehber öğretmen atanmasına dikkat edilmelidir. Kamu ve özel sektörde çalışan tüm öğretmenler zorunlu olarak, çocuk istismarı konusunda periyodik olarak hizmet içi eğitimden geçirilmeli ve farkındalıkları artırılmalıdır. Çocuklara yönelik barınma hizmeti veren pansiyon, yurt benzeri işletmelerin ruhsatlandırma ve denetiminin Millî Eğitim Bakanlığına, yükseköğretimde de Gençlik ve Spor Bakanlığına verilmesi olumlu bir adım olmuştur. İstismar vakalarında, ilgili kurumların ortak kullanımına açık kişisel bilgi güvenliğinin sağlandığı ortak bir veri tabanı oluşturulmalıdır. Çocukların yardıma ihtiyacı duyduğu anda kolayca erişebilecekleri ücretsiz aile çocuk yardım çağrı merkezi kurulmalıdır.

2012 yılında Başbakanlık genelgesi ile çocuk istismarının önlenmesi ve istismara uğrayan çocuklara bilinçli ve etkin bir şekilde müdahale edilmesi amacıyla öncelikli olarak cinsel istismara uğramış çocukların ikincil örselenmesini asgariye indirmek, adli ve tıbbi işlemlerin, bu alanda eğitilmiş kişilerden oluşan bir merkezde ve tek seferde gerçekleştirilmesini temin etmek üzere; Sağlık Bakanlığına bağlı hastaneler/kurumlar bünyesinde Çocuk İzlem Merkezlerinin (ÇİM) kurulması sağlanmış olup halen Sağlık Bakanlığının koordinesinde 41 merkezde hizmet verilmektedir. Bu merkezlerin tüm illerimizde yaygınlaştırılması, Çocuk İzlem Merkezlerindeki sosyal çalışmacıların sayısının artırılması ve adli görüşmecisi olarak görev alacak personelin yeterlilik kurulunca ön elemeyden geçirilmesi, ayrıca bu personelin yeterliliğinin periyodik takibi de yapılmalıdır. Çocukların her türlü istismardan korunması sosyal hizmetin en temel alanlarından biridir. Çocuk istismarının önlenmesi için öncelikle anne ve babaların

eğitimi önemlidir. Çocuklara iki yaşından itibaren mahremiyet eğitimi verecek olan anne ve babadır. Bu nedenle anne ve babaların çocuk istismarı hususunda eğitilmiş olması gereklidir. Gerek okulda çocuklara gerekse ailede anne ve babalara, bu eğitimi verecek olan yeterli sayıda sosyal hizmet uzmanının yetiştirilip görevlendirilmesi gereği açıktır. İstismar vakalarının meydana gelmesinden sonra da istismar mağduru çocukların adli süreçte örselenmeden ifadelerinin alınması gerekir. Bu nedenle soruşturma aşamasında Çocuk İzlem Merkezlerinde veya Cumhuriyet Savcılıklarında, kovuşturma aşamasında da adliyelerde maddi gerçeğin ortaya çıkarılmasında istismar konusunda yetkin yeterli sayıda sosyal hizmet uzmanının görevlendirilmesi gerekmektedir.

Çocukları her türlü istismardan korumak için geliştirilecek olan politikaların belirlenmesinde sosyal hizmet uzmanlarının yapacağı danışmanlık önem arz etmektedir. Çocukları istismardan koruyucu ve önleyici çalışmaların gerçekleştirilmesinde büyük öneme haiz sosyal hizmet uzmanlarının nicelik ve niteliğini artıracak tedbirleri almak gereği açıktır. Ülkemizde son 10 yıla kadar sosyal hizmete olan ihtiyacımızı karşılayacak yeterli uzman yetiştirmenin ihmal edildiği bir gerçektir. Üniversitelerimiz çeşitli nedenlerle sosyal hizmet bölümü açmaya yeni başlamış olup, çocuklara yönelik hizmet veren tüm kurumların, ailelerin ve toplumun sosyal hizmete olan ihtiyacının karşılanarak uzun yılların ihmalinin ortadan kaldırılacak olması sevindiricidir. Çocukların korunması, çocuk sevgisi ve onların en iyi şekilde yetiştirilmesi konusunda hassas olan bir medeniyet anlayışına sahibiz. Bugünün çocukları yarının büyükleridir. Hayatımızın neşe kaynağı olan çocuklarımız geleceğimize, geleceğimizi karartmamak için gerekeni yapmak, bize emanet olan çocuklarımızı her türlü kötülükten korumak zorundayız. Çocuk haklarının ihlal edilmediği, tüm dünya çocuklarının her türlü kötü muameleden, savaşımlardan, terörden, yoksulluktan, istismardan korunduğu bir dünya dileğiyle...

Kaynaklar

TBMM. (2016). *Başta Cinsel İstismar Olmak Üzere Çocuklara Yönelik Her Türlü İstismar Olaylarının Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu Raporu*. Ankara: TBMM.

TUNÇ, Y. (2018, Şubat 25). *Bir İnsanlık Suçu: Çocuk İstismarı*. Star Gazetesi, s. 8.

Gençlik ve madde kullanımı

Prof. Dr. Hakan Coşkunol



Lise eğitimini Ankara Fen Lisesinde, Tıp Fakültesini Ege Üniversitesinde bitirdi. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları anabilim dalında tıpta uzmanlık eğitimi tamamladı. Ege Üniversitesi Çocuk ve Ergen Madde Bağımlılığı Merkezini kurdu. 2008 yılında kurulan Ege Üniversitesi Madde Bağımlılığı, Toksikoloji ve İlaç Bilimleri Enstitüsü'nün kurucu başkanı olarak çalıştı. Temel ilgi alanları arasında bağımlılık danışmanlığının mesleki tanımının geliştirilmesi, bağımlılıkta çok disiplinin oluşturulması, yaygınlaştırılması konuları olan Dr. Coşkunol, Ege Üniversitesi Madde Bağımlılığı Merkezinde araştırma ve eğitim çalışmalarını sürdürmektedir.

Bağımlılık yapıcı madde kullanımı tüm dünyada ciddi bir halk sağlığı sorunudur. Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi (UNODC) 2015 yılında dünyadaki yetişkin nüfusun yaklaşık yüzde 5'inin en az bir kez madde kullandığını belirtmektedir. Daha da endişe verici olan, bu madde kullanıcılarının yaklaşık 29,5 milyonunun veya küresel yetişkin nüfusun binde 6'sının madde kullanım bozukluklarından etkilenmesidir. Bu durum madde kullanımının, sorunlar oluşturmaya başladığı ve tedavi gerektirebilecek noktada zarar verdiği anlamına gelmektedir. Madde kullanımının neden olduğu zararın büyüklüğünü değerlendirmemiz için, madde kullanımının neden olduğu erken ölümlerin sayısının sadece 2015 yılında 28 milyon kişi olduğuna bakmamız yeterlidir. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde çeşitli önlemlerin alınmasına rağmen madde kullanımı gittikçe artmaktadır.

Madde Kullanım Biçimleri

Madde kullanım biçimleri geniş bir yelpaze üzerinde yer alır. Çalışmaların birçoğunda bir kişinin madde kullanmadığı kabul edildiğinde kastedilen kişinin yaşantısında hiç madde kullanmadığı veya son bir yıl içinde hiç kullanmadığıdır. Kullanım bozukluğu tanısı koyarken sadece madde kullanımının olup olmadığını sorgulamak, tanısal değerlendirme için yeterli değildir. Bu sebeple madde kullanımına eşlik eden/edebilecek

sorunları da göz önünde bulundurmamak gerekmektedir. Bir maddenin sorunsuz olarak kullanımı (sosyal kullanım) bazı şartlara bağlıdır. Burada önemli ölçütlerden birisi kullanımla ilgili olarak kişinin sorun yaşamaması ve/veya bu kullanım biçiminin devam etmesi durumunda ileride kişinin madde kullanımı ile ilişkili bir sorunla karşı karşıya kalmayacak olmasıdır. Buradan bakıldığında, kullanımında sorun olduğuna yönelik yüksek düzeyde kanıtların bulunduğu maddelerin düşük düzeylerdeki kullanımları dahi sosyal kullanım olarak değerlendirilemez. Örneğin günde 2-3 sigara içmek sağlık sorunlarına yol açabilirken, hafta sonu partide ekstazi kullanmak hem sağlık hem de adli sorunlara yol açabilir. Yasal olarak kısıtlanmış olan maddelerin kısıtlama ölçütlerine uyulmadan kullanımı da sosyal kullanım olarak değerlendirilmemelidir. Madde kullanım biçimine yönelik adlandırmalarda da kötüye kullanım, zararlı kullanım, bağımlılık, madde kullanım bozukluğu gibi farklılıklar bulunmaktadır. Madde kullanım biçiminin sorun olabilmesi için kişinin ya madde kullanımından dolayı sıkıntı/huzursuzluk yaşaması ya da madde kullanma biçiminin sosyal/ mesleki işlevselliğini bozması gerekmektedir.

Gençler ve Madde Kullanımı

Birleşmiş Milletler tarafından tanımlandığı üzere, gençler 15 ve 24 yaşları arasındakiler olarak kabul edilmektedir. Madde kullanımı dünyanın her yerinde gençleri daha fazla etkilemektedir. Genç-

ler madde kullanabilir, madde yetiştirme ve üretimine dahil olabilir veya kurye olarak kullanılabilirler. Kişisel, mikro (aile, okul ve akranlar) ve makro (sosyoekonomik ve fiziksel) çevre seviyelerinde gençlerin madde kullanımına karşı savunmasız olduğu çok sayıda faktör vardır. Araştırmalar, erken (12-14 yaş) ve geç (15-17 yaş) dönem ergenliğin madde kullanımının başlaması için kritik bir risk dönemi olduğunu öne sürmektedir. Birçok genç, ergenlikten genç yetişkinliğe kadar gelişimlerinin farklı aşamalarında iyi hissetmek, sosyalleşmek, kişisel ve sosyal uyumsuzluklarda yaşayabilecekleri sosyal ve psikolojik zorluklarla başa çıkmak için madde kullanımına gereksinim duyabilirler.

ABD'de 12-20 yaşları arasında 22 bin 955 gencin katıldığı 2016 yılında yapılan madde kullanımı ve sağlık ulusal çalışmasının sonuçları Tablo 1'de verilmiştir. Yaşam boyu madde kullanımı %56,3 olarak bulunurken en yüksek oranda kullanılan maddeler esrar (%51,8), sakınleştiriciler (%14,5), kokain (%11,3) ve uçucu maddelerdir (%9,8). Bu çalışma her yıl düzenli olarak tüm yaş gruplarının kapsayacak şekilde yapılmaktadır.

1995 yılında Alkol ve Uyuşturucu Kullanımına Yönelik Avrupa Okul Anketi Projesi (ESPAD) olarak bilinen ilk büyük ölçekli Avrupa okul anketi, 26 ülkeyi kapsayan bir uygulama ile gerçekleştirildi. O zamandan bu zamana her dört yılda bir ESPAD anketi artan sayıda yeni ülkelerin katılımlarıyla uygulanmaya ve



Tablo 1: ABD’de Madde Kullanımı ve Sağlık Ulusal Çalışmasının Gençlerde Yasadışı Madde Kullanım Oranları (SAMSHA, 2017)

Madde Adı	Yaşam Boyu (%)	Geçen Yıl (%)	Geçen Ay (%)
Madde Kullanımı	56,3	37,7	23,2
Esrar	51,8	33,0	20,8
Kokain	11,3	5,6	1,6
Taş (Taş)	1,1	0,3	0,0
Eroin	1,6	0,7	0,3
Hallusinojenler	17,2	6,9	1,9
LSD	8,3	3,4	0,6
PCP	0,7	0,0	0,0
Ekstazy	11,6	3,5	0,9
Uçucu Madde	9,8	1,4	0,4
Metamfetamin	2,4	0,8	0,2
Sakinleştirici ve diğer ilaç kullanımı	-	14,5	4,6

raporlanmaya devam edilmektedir. Bu kapsamda 1995’te 26 ülke, 1999’da 30 ülke, 2003’te 35 ülke, 2007’de 35 ülke (2008’de artı 5 ülke), 2011’de ise 39 ülke yer almıştır. ESPAD birçok ülkedeki bağımsız araştırma ekiplerinin ortak bir girişimi olup bu hâliyle gençlerde madde kullanımına dair dünyadaki en büyük uluslararası araştırma projesidir. ESPAD 1993 yılında, İsveç Alkol ve Diğer Uyuşturucu Bilgi Konseyinin (CAN) inisiyatifi, Avrupa Konseyindeki Pompidou Grubunun desteğiyle kurulmuş, ayrıca Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığını

İzleme Merkezi (EMCDDA) iş birliğinde çalışmalarını yürütmektedir. ESPAD’a Türkiye 1995 (İstanbul) ve 2003 (6 şehir) yıllarında dâhil oldu. Ancak anket ülkemizde en fazla altı ilde uygulanabildi ve devamlılığı söz konusu olamadığından etkin bir veri alımı ve karşılaştırılması da gerçekleştirilemedi.

ESPAD’ın 2015 yılında yaptığı çalışmanın raporu, 24’ü Avrupa Birliği üyesi olan 35 Avrupa ülkesinden 96 bin 46 öğrencinin sağladığı bilgilere dayanmaktadır (Tablo 2). 2009 yılında İzmir ilinde 5 bin 641

Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi (UNODC) 2015 yılında dünyadaki yetişkin nüfusun yaklaşık yüzde 5’inin en az bir kez madde kullandığını belirtmektedir. Daha da endişe verici olan, bu madde kullanıcılarının yaklaşık 29,5 milyonunun veya küresel yetişkin nüfusun binde 6’sının madde kullanım bozukluklarından etkilenmesidir.

lise öğrencisini ele alan bir alan çalışmasında gençlerde yaşam boyu madde kullanım oranı %3,2 olarak bulunmuştur. Lise öğrencilerinde sakinleştirici haplar (%1,5) ve esrar (%1,3) en çok kullanılan maddeler olup, sigara kullanımı %29,7 ve alkol kullanımı ise %33,9 oranındadır. TUBİM ise 2011 yılında lise grubunda yaptığı araştırmada 32 ilde 11 bin 812 öğrencinin verilerini ele alarak araştırmasını yapmıştır. Bu çalışmada ise alkol kullanımı %5,7, sigara kullanımı %5,1 olarak bulunmuş olup, esrar (%1,2) ve uçuucu madde (%0,5) en yaygın kullanılan maddeler olarak bulunmuştur (Tablo 3).

Esrar, tütün ve alkolün ardından genç insanlar arasında en çok kullanılan madde olarak kabul edilir. Epidemiyolojik araştırmalar ağırlıklı olarak yüksek gelirli ülkelerde esrarın algılanan kolay erişilebilirliğinin, düşük bir zarar riski algısı ile birleştiğini göstermektedir. Bu da tütün ve alkolden sonra esrarı en çok kullanılan madde yapmaktadır. Kullanımı genellikle geç ergenlikte başlar ve genç erişkinlerde zirvelere ulaşır. Tıbbi araştırmalar, 16 yaşından önce esrar kullananların, ani fiziksel hasar riski ve kişilik bozuklukları, anksiyete ve depresyon dahil olmak üzere uyuşturucu kullanımı bozuklukları ve ruh sağlığı bozukluklarına karşı artan risk ile karşı karşıya olduğunu göstermektedir. Esrar kullanan insanların yaklaşık yüzde 9'u esrar kullanım bozukluğu geliştirirken, ergenlikte kullanımını başlatanlarda oran

yüzde 18'e çıkmaktadır. Her gün esrar içenlerin ise yarısından fazlasında esrar kullanımı bozuklukları gelişir

Üniversite Öğrencilerinde Madde Kullanımı

Çocukluktan erişkinliğe geçiş dönemi olan gençlik dönemi, bireyin hayatındaki en önemli süreçlerden biridir. Fiziksel ve psikolojik değişimlerin, erişkinliğe özgü rollerin ve sorumlulukların kazanıldığı dinamik bir dönemdir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 10-19 yaşlar arasında adolesan, 15-24 yaşlar arasında genç ve 10-24 yaşlar arasında gençlik olarak tanımlamaktadır ve bu dönem üreme sağlığı sorunları başta olmak üzere, madde kullanımı, beslenme bozuklukları, ruhsal sorunlar ve riskli davranışların sıklıkla görüldüğü önemli gelişimsel dönemlerden biridir. Ülkemizde üniversite okuyan gençlerin büyük çoğunluğu 18-25 yaş arasındadır bu dönem gençlik tanımına uymaktadır.

Sigara kullanımı: Üniversite öğrencilerinde sigara kullanım oranları %30-40 arasındadır. Nikotin sigaraları ve elektronik sigara yanı sıra %20 gibi yüksek oranlarda nargile kullanımı da olabilmektedir. Tütün ile esrarın sigara biçiminde kullanımı da %15 civarındadır. Sigara içenlerin yaklaşık yarısı sigara içmeyi bırakmak istediklerini belirtmektedir. Yaşı küçük olan üniversite öğrencilerinin nargile kullanımı orantısız olarak daha yüksektir.

Alkol kullanımı: Avrupa'da üniversite öğrencilerinde alkol kullanım oranları %50-90 civarındadır. Haftada 1-5 birim arası alkol kullanımı, alkol kullanıcılarının %80'indeki içme biçimi olurken alkol kullanıcılarının %10'u da haftada 20 birimin üstünde alkol tüketmektedir. Alkol tüketimi erkeklerde daha yüksek miktarlarda olabilmektedir. Kendini daha iyi ve rahat hissetmek temel içme sebebi olup, stres seviyesini düşürmek de önemli bir nedendir. "İçtiğim zaman daha iyi bir zaman geçirmekteyim" düşüncesi de içmek için gerekçelerden birisi olmaktadır. Üniversite öğrencilerinden alkol kullananların %70'i alkol tüketimi nedeniyle alkol kullandıkları geceyi hatırlayamama deneyimi yaşamışlardır. Alkol kullananların %25'i daha az alkol almayı isteyip istemedikleri sorulduğunda "evet" yanıtı verirken %5'i ise üniversitede okurken alkol tüketimi nedeniyle yardım almayı amaçladıklarını belirtmiştir. Ancak üniversite öğrencilerinin yarısından fazlası alkol alımını azaltmaya yardımcı olmak için nereden ve nasıl destek alacağından haberdar değildir.

Madde kullanımı: Almanya'da üniversite öğrencilerinde madde kullanım oranı %20-55 arasında değişmektedir. Madde kullanımı olanların çoğunluğu erkektir. Yasadışı ya da yasal eğlence amaçlı madde kullanımının lisans yılına göre arttığını görülmektedir. Avrupa ve ABD'de düzenli olarak kullanılan en

ABD'de 12-20 yaşları arasında 22 bin 955 gencin katıldığı 2016 yılında yapılan madde kullanımı ve sağlık ulusal çalışmasının sonuçları Tablo 1'de verilmiştir. Yaşam boyu madde kullanımı %56,3 olarak bulunurken en yüksek oranda kullanılan maddeler esrar (%51,8), sakinleştiriciler (%14,5), kokain (%11,3) ve uçuucu maddelerdir (%9,8).

Tablo 2: 24 Avrupa Birliği Üyesi Avrupa Ülkesinde Lise ve Dengi Öğrencilerde Alkol, Sigara ve Madde Kullanımı Verileri

Madde Adı	Yaşam Boyu Kullanım Oranı (%)	Maddeye Algılanan Ulaşabilirlik (%)	Erken Yaşta Başlangıç* (%)
Sigara Kullanımı	46	61	23
Alkol Kullanımı	80	78	47
Alkol Zehirlenmesi	40	-	8
Herhangi bir Madde Kullanımı	18	-	-
Esrar	16	30	3
Ekstazy	2	12	1
Amfetamin	2	9	1
Methamfetamin	1	7	1
Kokain	2	11	1
Taş (Taş)	1	8	1
LSD veya diğer halusinojenler	2	-	-
Eroin	1	-	-
GHB	1	0	3

* 13 ve altı yaşlarda kullanımı olan kişilerin oranıdır.

yaygın maddeler esrar, metilendioksimetamfetamin (MDMA), kokain ve uçuculardır. Maddenin iğne biçiminde kullanımı üniversite öğrencilerinde çok az olarak raporlanmaktadır. Keza iğnelerin paylaşılması da bildirilmemektedir. Maddeler genellikle kendi arkadaşlarından veya kampus dışı bir satıcıdan alınmaktadır. Destek hizmetleriyle ilgili olarak, öğrenciler çoğunlukla bilgi sahibi olmamaktadır. Uyuşturucuların etkileri ve madde karşıtı hizmetlerin daha iyi tanıtımı hakkında daha fazla bilgi istediklerini belirtmekte olup bu durum lisans yılına göre artma eğilimindedir. Üniversite öğrencilerinde çoklu madde kullanımı, kullanıcıyı daha fazla sağlık ve sosyal risk altına sokarak, bağımlılık davranışının potansiyel bir göstergesidir. Bu alt grubun üyeleri, özellikle bu davranış kalıplarını değiştirmeye odaklanan müdahalelerden faydalanabilir. Avrupa'da yapılan araştırmalara göre diğer öğrencilerle yaşayan öğrencilerin problemleri madde kullanımı kalıpları geliştirme riski yüksektir ve/veya diğer yüksek riskli davranışlarda bulunma riskini arttırmıştır. Ebeveynleri ile yaşayanların ise yasal veya yasa dışı maddeleri kullanma riskinin daha düşük olduğu gösterilmektedir. Bu sonuçlar, maddeye erişime yardımcı olan ev arkadaşları aracılığıyla yasal ve yasadışı maddelere daha fazla erişim ya da erişim için daha fazla akran baskısına maruz kalma ile ilişkili olabilir. Bu bulgular aynı zamanda nargile kullanımı gibi daha moda olan davranışların ve akran baskısının genç öğrencilerde oluşturduğu algı farklılığı ile de ilişkisi olabilir.

Türkiye'de Üniversite Öğrencilerinde Sigara, Alkol ve Madde Kullanımı

Üniversite öğrencilerinde madde kullanımı halk sağlığı ve öğrenim yaşamı açısından dikkatle ele alınması gereken bir sorundur. Önemli bir sağlık sorunu olan sigara içme alışkanlığının öğrenciler arasındaki sıklığını belirlemek amacıyla Türkiye'de yapılan çeşitli araştırmalarda üniversite öğrencilerinde %27,9 - %73,2 arasında değişen farklı oranlar bildirilmiştir. Alkol kullanımı ve alkol zehirlenmesi de üniversite döneminde sıklıkla yaşanabilmektedir. Türkiye'de üniversite öğrencilerinde yapılan çalışmalarda alkol kullanımı %26,7 - 76,0 arasında değişen oranlarda bildirilmektedir. Ülkemizde, üniversite öğrencilerinde madde deneyimi 1990-2003 yıllarında %6,0 - %8,6, 2004 - 2009 yıllarında %3,0-%9,2, 2010 yılından sonra yapılan çalışmalarda %4,7 - %27,2 olarak bulunmuş olup kullanımın her geçen yıl arttığı görülmektedir. Oranlar arasındaki bu önemli farklılıklar temelde çalışmalarda farklı yöntemlerin uygulanmasından da kaynaklanmaktadır. Gençlerde cinsiyet, arkadaş ortamı, okul yaşantısı, kişisel özellikler, aile özellikleri, toplumsal ve çevresel faktörler gibi sigara, alkol ve madde kullanımına yol açabilecek birçok faktör bulunmaktadır. Cinsiyet faktörünün rolü incelendiğinde, kadınlarda genetik faktörlerin, fizyolojik ve hormonal yapının farklılığı özellikle kadının alkol kullanımının erkeklerden farklı olmasına yol açmakta; toplumsal açıdan kadına atfedilen roller de sigara, alkol ve madde kullanımını etkileyebilmektedir. Erkeklerde yaşam

boyu sigara, alkol ve madde deneme prevalansı kadınlara göre daha sıktır. TUBİM 2011 yılı Türkiye'de Genel Nüfusta Tütün, Alkol ve Madde Kullanımına Yönelik Tutum ve Davranış Araştırması'na göre, madde en çok aile ve arkadaş çevresinden sağlanmakta ve sıklıkla bir arkadaşın evinde kullanılmaktadır. Bu nedenle, öğrencilerin eğitim hayatında kiminle birlikte yaşadığının, yaşam alanının madde deneyimini etkilemesindeki önemi değerlendirilmelidir. Öğrencilik döneminde arkadaşlarıyla birlikte kalkanlarda, yalnız yaşayanlarda madde kullanımının artması, yurttaki kalkanlarda ise madde kullanımının daha düşük olması beklenmektedir. Gençlerde risk alma davranışlarında cinsiyet faktörü özelliklerden biridir. Riskli davranışlar ve madde kullanımı arasındaki ilişki, bir riskli davranışın başka bir riskli davranışa yol açabileceğini düşündürür. Bu nedenle riskli davranışlarda bulunan genç yetişkinlerde madde kullanımının, madde kullanım sorunu ile gelen genç yetişkinlerde de diğer riskli davranışların değerlendirilmesi gerekir.

Üniversite Öğrencilerinin Madde Kullanımına Bağlı Olumsuz Sonuçları

Madde kullanımı, üniversite öğrencilerine bir dizi olumsuz sağlık, davranışsal ve sosyal sonuçlar yaşama riski oluşturmaktadır. Üniversite öğrencileri arasında madde kullanımı morbidite ve mortalitesi hakkında temsil edici veriler bulunmakla birlikte her yıl Amerika'da yaklaşık 1000 üniversite öğrencisinin madde doz aşımından öldüğü tahmin edilmektedir. Üniversite öğrencisi madde kullanıcıları, madde kullanımı nedeniyle fizyolojik ve psikolojik tolerans gelişmesi, yan etkilerin varlığına rağmen maddenin kullanımı ve devam eden sosyal, mesleki ya da yaşamsal faaliyetleri ile karakterize bir dizi madde kullanım bozukluğu sorunu geliştirme riski altındadırlar. Üniversite öğrencilerinin %9,4'ünün esrar kullanım bozukluğu ölçütlerini karşıladığını ve bu sayının geçtiğimiz yıl esrar kullanıcıları arasında %24,6'ya çıktığını ortaya koymuştur. Madde kullanım bozukluğu gibi bir tanının olmamasına rağmen, esrar kullanımının olması yasal ve sağlık sorunları da dahil olmak üzere geniş bir yelpazedeki olumsuz sonuçlarla ilişkili bulunmaktadır. Esrar ve alkol kullananların sadece alkol kullananlara kıyasla sınavlarda daha kötü performans gösterdikleri, daha fazla ders devam-

Tablo 3: Türkiye'de lise öğrencilerinde sigara, alkol ve madde kullanım oranları

Madde kullanımı	Coşkunol (2011)			TUBİM (2014)
	Kadın	Erkek	Toplam	Toplam
Sigara	27,4	32,0	29,7	5,1
Alkol	29,6	38,3	33,9	5,7
Esrar	0,7	1,8	1,3	1,2
Uçucu	0,4	0,8	0,6	0,5
Eroin	>0,1	0,2	0,1	0,2
LSD	>0,1	0,1	0,1	>0,1
Ekstazy	0,4	0,7	0,6	-(*)
Kokain	0,1	0,1	0,1	>0,1
Kodein	>0,1	0,3	0,1	-(*)
Sakinleştirici	1,9	1,1	1,5	-(*)
Uyarıcılar	0,1	0,5	0,3	0,3
AnabolikSteroidler	0,5	1,1	0,8	-(*)

(*) TUBİM araştırmasında bu maddelerin oranlarına yönelik veriler ilgili diğer madde kullanımları içinde ele alınmıştır.



Türkiye’de yapılan çeşitli araştırmalarda üniversite öğrencilerinde %27,9-%73,2 arasında değişen farklı oranlar bildirilmiştir. Alkol kullanımı ve alkol zehirlenmesi de üniversite döneminde sıklıkla yaşanabilmektedir. Türkiye’de üniversite öğrencilerinde yapılan çalışmalarda alkol kullanımı %26,7-76,0 arasında değişen oranlarda bildirilmektedir. Ülkemizde üniversite öğrencilerinde madde deneyimi 1990-2003 yıllarında %6,0-%8,6; 2004-2009 yıllarında %3,0-%9,2; 2010 yılından sonra yapılan çalışmalarda %4,7-%27,2 olarak tespit edilmiş olup kullanımın her geçen yıl arttığı görülmektedir.

sızlığının olduğu ve daha fazla hafıza problemi bildirdikleri görülmüştür. Son bir yıl içinde esrarı beş veya daha fazla kez kullandığını bildiren öğrencilerin %40,1’i dikkat ve yoğunlaşma sorunu yaşadığını ve %13,9’unun esrar kullanımı nedeniyle ders devamsızlığı olduğu bildirilmiştir. Esrar kullanıcıları ayrıca üniversitede daha düşük notlar almakta ve sınıf kaybı yaşamaktadırlar. ABD’de 3 bin 720 üniversite öğrencisinin dört yıl boyunca izlendiği uzun süreli bir çalışma, madde kullanımının genel olarak eğitim düzeyinin kontrol altına alınmasından sonra bile okul başarısızlığının yordayıcısı olduğunu ortaya çıkartmıştır. Öğrencilerin ders çalışması ve başarısı madde kullanım davranışıyla ilişkili olduğunu belirtilmiştir. Madde kullanımı daha az olan kız öğrencilerin ders devamı ve başarısı daha fazladır.

Olumsuz sağlık sonuçları ile evden uzakta eğitim görmeyi birbirine bağlayan nedensel yollar karmaşıktır. Uyum zorlukları, öğrencilerin yeni olumsuz ortamlara doğru yönelimleriyle ilgili faktörler olarak görülmekte olup bu durum da artan alkol ve uyuşturucu kullanımına yol açabilir. Öğrenciler arasında içinde bulunduğu durum nedeniyle içine kapanma, sosyalleşmeye yönelik bir motivasyon ve daha hedonistik ve daha az sosyal olarak kısıtlanmış davranışlar alkol ve madde kullanımının artmasına yol açabilir.

Madde Kullanımı Tedavi ve Önleme Yaklaşımları

Walters, geri bildirimin içmenin normatif algılarını değiştirdiği ve sosyal nedenlerle içen öğrenciler arasında daha etkili olabileceğini bildirmiştir. Başka bir gözden geçirmede, üniversite öğrencilerine alkol kullanımını azaltmaya yönelik müdahalelerin etkinliğini değerlendirmiş ve alkol kullanımını ve kötüye kullanımı azaltmak için normatif geribildirim içeren müdahalelerin kullanımı için bazı ampirik destekleri rapor etmiştir. Bireysel yüz yüze geribildirim alkolle ilişkili sorunlarda azalmaya neden olduğunu ortaya koyulmuştur.

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite öyküsü olan ve tıbbi olmayan psikostimulan kullanım öyküsü olan ergenlerde 4 yıllık bir lisans derecesi elde etme ihtimalinin önemli derecede düşük olduğu ve erişkin yaşantıda madde kullanım bozukluğu gelişme oranlarının önemli ölçüde yüksek olduğu görülmüştür. Bu olgularda dikkat eksikliği tedavisinin uygulanmasının olası riskleri daha da azaltabileceği öngörülmektedir.

Bir dini bağlantının olması ile madde kullanımı olması arasında farklı özellikler bildirilmektedir. Madde kullanıcısı olan üniversite öğrencilerinin kümeleyen bir çalışmada sadece alkol kullanıcılarında

dini özellikler koruyucu olarak bulunurken bazı çalışmalarda dini uygulama ile yasal ve yasadışı maddelerin tüketimi arasında koruyucu bir ilişki olduğunu görülmektedir.

Üniversite öğrencilerinde belirli kullanıcı alt grupları ile ilişkili sosyodemografik ve eğitim ile ilgili özelliklerin belirlenmesi, hedefe yönelik müdahalelerin geliştirilmesi için yararlı olabilir. INSIST çalışmasında da gerçekleştirilen bu tür hedefli müdahalelerin bir örneği, çevrimiçi temelli sosyal norm müdahaleleridir. Bu müdahale biçimi, insanları daha geniş toplumun davranışlarıyla karşılaştırıldığında davranışları hakkında bilgilendirmek için çevrimiçi geri bildirim kullanır. INSIST çalışmasının bir parçası olarak, her katılımcı (bu özellikle de en çok sorunlu madde kullanımı olan öğrencileri içerir) e-posta yoluyla kişiselleştirilmiş bir geri bildirim almışlardır. Bu tür müdahalenin sosyal toplum baskısının azalmasına yol açabileceğini ve muhtemelen madde kullanımının azalmasına neden olabileceğini düşündürmektedir. Normatif davranışlara odaklandıklarında, sosyal norm müdahaleleri, çoklu madde kullanımının ve belirli özelliklere sahip bireylerin (erkek, genç yaş grupları, diğer öğrencilerle birlikte yaşayan öğrenciler) ele alınmasında özellikle değerli olabilir.

Kaynaklar

Akmatov M, Mikolajczyk R, Meier S, Krämer A. Alcohol Consumption Among University Students in North Rhine-Westphalia, Germany. Results from a Multicenter Cross-Sectional Study. *J Am Coll Heal*. 2011; 59:620-6.

Altıntoprak E, Akgür SA, Yüncü Z, Sertöz ÖÖ, Coşkunol H. (2008) Kadınlarda Alkol Kullanımı ve Buna Bağlı Sorunlar. *Türk Psikiyatri Derg* 2008; 19(2):197-208.

Ansari WE, Valleron-Holbech L, Stock C. Predictors of Illicit Drug/s Use Among University Students in Northern Ireland, Wales and England. *Glob J Health Sci*. 2015;7(4):18-29.

Aresia G, Mooreb S, and Martaa E (2016) Drinking, Drug Use, and Related Consequences Among University Students Completing Study Abroad Experiences: A Systematic Review, Substance Use & Misuse, 51:14, 1888-1904, DOI: 10.1080/10826084.2016.1201116.

Berkowitz AD. The Social Norms Approach: Theory, Research, and Annotated Bibliography. Trumansburg: Berkowitz. 2004;2014.

Bordoff B, (2017) The Challenges and Limitations of Diagnosing and Pharmacologically Treating ADHD in University Students *Psychol. Inj. and Law* (2017) 10:114–120.

Budney, A. J. (2007). Are Specific Dependence Criteria Necessary For Different Substances: How Can Research On Cannabis Inform This Issue? In J. B. Saunders, M. A. Schuckit, P. J. Sirovatka, & D. A. Regier (Eds.), *Advancing the Research Agenda for DSM-V. Diagnostic Issues in Substance Use Disorders: Reining the Research Agenda for*

DSM-V (pp. 221–235). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Caldeira, K.M., Arria, A. M., O'Grady, K. E., Vincent, K. B., & Wish, E. D. (2008). The Occurrence of Cannabis Use Disorders and Other Cannabis-Related Problems Among First-Year College Students. *Addictive Behavior*, 33(3), 397–411. <http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2007.10.001>.

Coşkunol H (2017) Bağımlılık Yapan Maddeler ve Madde Kullanım Biçimleri. 581-584. Temel ve Klinik Psikiyatri. Editör. Oğuz Karamustafaloğlu.

Coşkunol H, Yıldız U (2011) Ergenlerde Sigara, Alkol ve madde Kullanımı, Hazırlayıcı ve Koruyucu Etmenler, ISBN: 9789754838511, 2011.

Çamur D, Üner S, Çilingiroğlu N, Özcebe H.(2007) Risk Taking Behaviors of Students from Different Faculties in a University. *Toplum Hekimliği Bülteni* 2007; 26:32-38.

Dayı A, Güleç G, Mutlu F. (2015) Eskişehir Osman-gazi Üniversitesi Öğrencilerinde Sigara, Alkol Ve Madde Kullanım Yaygınlığı. *Dusunen Adam: The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences* 2015; 28:309-318.

Fager J, Mazurek MB. (2004) The Effectiveness of Intervention Studies to Decrease Alcohol Use in College Undergraduate Students: an Integrative Analysis. *Worldviews on Evidence-Based Nursing* 2004;1(2):102–19.

Gomes FC, de Andrade AG, Izbicki R, Moreira Almeida A, Oliveira LG. Religion as a Protective Factor Against Drug Use Among Brazilian University Students: a National Survey. *Rev Bras Psiquiatr*. 2013;35(1):29–37. doi: 10.1016/j.rbp.2012.05.010.

Görgün S, Tiryaki A, Topbaş M. (2010) Üniversite Öğrencilerinde Madde Kullanma Ve Anne Babaya Bağlanma Biçimleri. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2010; 11:305-312.

Hendershot, C. S., Dillworth, T. M., Neighbors, C., & George, W. H. (2008). Differential Effects of Acculturation on Drinking Behavior in Chinese- and Korean-American College Students. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 69(1), 121–128. doi: 10.1016/j.biotechadv.2011.08.021.Secreted.

Hibell, B., Andersson, B., Bjarnason, T., Ahlström, S., Balakireva, O., Kokkevi, A., & Morgan, M. (2004). The ESPAD report 2003. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries. Stockholm: CAN.

Hibell, B., & Guttormsson, U. (2013). A Supplement to the 2011 ESPAD Report – Additional Data from Bosnia and Herzegovina (Federation of Bosnia and Herzegovina), Kosovo (under UNSCR 1244) and the Netherlands. Stockholm, Sweden: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs.

Hingson, R., & White, A. (2010). Magnitude and Prevention of College Alcohol and Drug Misuse: US College Students Aged 18–24. *Mental Health Care in the College Community*: Wiley-Blackwell, 289–324. <http://dx.doi.org/10.1002/9780470686836.ch15>.

Holt M, Powell S. (2017) Healthy Universities: a Guiding Framework for Universities to Examine the Distinctive Health Needs of its own Student Population Perspectives in Public Health January 2017 Vol 137 No 1 53-58.

Karaçam Ö, Totan T. Ege Üniversitesi Öğrencileri Arasında Bağımlılık Yapıcı Madde Kullanımının Çok Boyutlu Ölçekleme Yöntemiyle İncelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2014; 15:116-123.

Kelly AB, Evans-Whipp TJ, Smith R, Chan GC, Toumbourou JW, Patton GC, et al. A Longitudinal Study of the Association of Adolescent Polydrug Use, Alcohol Use and High School Non-Completion. *Addiction*. 2015;110(4):627-35.

Martinez JA, Sher K J, Wood P K. (2008) Is Heavy Drinking Really Associated with Attrition From College? The Alcohol-Attrition Paradox. *Psychology*

of Addictive Behaviors. 2008; 22:450-456.

McAlaney J, Bewick B, Hughes C. The International Development of the 'Social Norms' Approach To Drug Education and Prevention. *Drug-Educ Prev Policy*. 2011;18(2):81-9.

Neighbours, C., Atkins, D. C., Lewis, M. A., Lee, C. M., Kaysen, D., Mittmann, A., & Rodriguez, L. M. (2011). Event-specific Drinking Among College Students. *Psychology of Addictive Behaviors*, 25, 702–707. doi:10.1037/a0024051.

Ögel K, Tamar D, Çakmak D. (1998) Madde Bağımlılığı Sorununda Türkiye'nin Yerine Bir Bakış. *Türk Psikiyatri Derg* 1998; 9:301-307.

Primack BA, Kim KH, Shensa A, Sidani JE, Barnett TE, Switzer GE. Tobacco, Marijuana, and Alcohol Use in University Students: A Cluster Analysis. *J Am Coll Heal*. 2012;60(5):374-86.

SAMSHA (2017). Center for Behavioral Health Statistics and Quality. 2016 National Survey on Drug Use and Health: Detailed Tables. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville, MD.

Schilling L, Zeeb H, Pischke C, et al (2017) Licit and Illicit Substance Use Patterns Among University Students in Germany Using Cluster Analysis Schilling et al. Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy 12:44 DOI 10.1186/s13011-017-0128-z.

Shedler J ve Block J (1990), "Adolescent Drug Use and Psychological Health: A Longitudinal Inquiry", *American Psychologist*, vol. 45, No. 5 (1990), pp. 612–630.

Süngü H. Üniversite Öğrencilerinin Zararlı Madde Kullanımına İlişkin Tutumları. *Mutafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2014; 11(36):167-194.

Tannkulu AÇ, Çarman KB, Palancı Y, Çetin D, Karaca M. The Prevalence of Cigarette Smoking Among University Students in Kars and Risk Factors. *Turkthoracj* 2009; 10:105- 106.

TEDS (2014) United States, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Behavioral Health Statistics and Quality. "Age of Substance Use Initiation Among Treatment Admissions Aged 18 to 30", The TEDS Report, (Rockville, Maryland, July 2014).

Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (TUBİM) Raporu 2013. http://www.umd.b.pol.tr/TUBIM/Documents/TC3%BCrkiye%20Uyu%C5%9Fturucu%20Raporu_2013_TR.pdf Erişim tarihi: Eylül 10, 2016.

Turhan E, İnandı T, Özer C, Akoğlu S. (2011) Üniversite Öğrencilerinde Madde Kullanımı, Şiddet Ve Bazı Psikolojik Özellikler Türkiye Halk Sağlığı Dergisi 2011;9(1), 33-44

Ulukoca N, Gökgöz Ş, Karakoç A. (2013) Klinik Araştırma Kırklareli Üniversitesi Öğrencileri Arasında Sigara, Alkol Ve Madde Kullanım Sıklığı. *Firat Tıp Dergisi* 2013; 18:230-234.

United Nations Office on Drugs and Crime, World Drug Report 2017 (ISBN: 978-92-1-148291-1, eISBN: 978-92-1-060623-3, United Nations publication, Sales No. E.17.XI.6).

United Nations Office on Drugs and Crime, World Drug Report 2018 (United Nations publication, Sales No. E.18.XI.9).

Walters ST, Neighbors C. (2005) Feedback interventions for college alcohol misuse: what, why and for whom?. *Addictive Behaviors* 2005;30(6):1168-82.

Yalçın M, Eşsizoglu A, Akkoç H, Yaşan A, Gürgen F. (2009) Dicle Üniversitesi Öğrencilerinde Madde Kullanımını Belirleyen Risk Faktörleri. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2009; 12:125-133.

Yüksel N, Dereboy Ç, Çifter İ. (1994) Üniversite Öğrencileri Arasında Madde Kullanımı. *Türk Psikiyatri Derg* 1994; 5:283-286.

Yaşlılara yönelik sosyal hizmet sunumlarında neredeyiz?

Prof. Dr. Vedat Işıkhani



1966 yılında Mardin'de dünyaya gelen Vedat Işıkhani, ilk, orta ve lise öğrenimini İzmir'de tamamladı. 1990 yılında Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulundan lisans, 1993 yılında H.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsünden Bilim Uzmanlığı (MSW) derecesini aldı. 1998 yılında aynı enstitüden doktora (PhD) derecesini aldı. 2003 yılında doçent; 2009 yılında profesör ünvanını aldı. Sosyal hizmetin temel alanları, sosyal politika, sosyal sorunlar, tıbbi sosyal hizmet ve endüstriyel sosyal hizmet gibi alanlar başta olmak üzere onu SSCİ'de yayınlanmış ve çeşitli kongrelerde sunulan çok sayıda çalışması mevcuttur. 2018 yılında Cumhurbaşkanlığı Sosyal Politikalar Kurulu Üyeliğine atandı.

Yaşlılık, engellenmesi mümkün olmayan biyolojik, kronolojik ve sosyal bir süreçtir. Günümüzde insan ömrünün uzaması ve yaşlı nüfusun artması nedeniyle yaşlılık daha da önemli hale gelmiştir. Yaşlılar, medeniyetimizde ve geleceğimizde; bilgi ve deneyimleriyle öne çıkan bilge, güngörmüş, ak saçlı, ak sakallı kişiler olmuştur. Yaşlılık "Bireyin fiziksel ve bilişsel fonksiyonlarında bir gerileme; sağlığın, gençliğin, güzelliğin, üretkenliğin, gelir düzeyinin, saygınlığının, rol ve statünün, bağımsızlığının, arkadaşların, eş ve yakınlarla ilişkisinin, sosyal yaşantının ve sosyal desteklerin azalması ve kaybı gibi bu döneme özgü pek çok sorunun yaşandığı bir kayıplar dönemidir" (1). Toplumsal ve demografik değişim süreci yalnızca ekonomik anlamda değil, aynı zamanda sosyal bir dönüşüme de neden olmuştur. Bu sosyal dönüşümün merkezinde aile kurumu yer almıştır. Geleneksel aile kurumu içinde, yaşlının konum ve statüsü güvence altındadır. Yaşlı kişi, ailenin en bilgili ve tecrübeli kişisi olarak saygı duyulan ve aynı zamanda ihtiyaçları giderilen kişidir. Toplumsal düzeyde yaşanan yoksulluk, işsizlik, göç, bağımlılık, ruhsal hastalıklar vb. sorunlar aile kurumunu olumsuz etkilemiştir. Toplumsal değişim sürecinde çekirdek aile, tek ebeveynli aile, birleşik aile, parçalanmış aile gibi farklı aile yaşam biçimlerinin ortaya çıkması ile yaşlının ailedeki yeri ve sta-

tüsü değişmiştir. Bugün yaşlılar, ailenin dışında kaldıkları ve yalnızlaştıkları için ihtiyaçlarının karşılanması noktasında, sosyal devletin desteğine daha fazla ihtiyaç duymaktadır. Tüm istatistikler dünya nüfusunun giderek yaşlandığını göstermektedir. Ülkemizde de yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı giderek artmaktadır. TÜİK verilerine göre ülkemizdeki yaşlı nüfus oranı 2018 yılında %8,8 olmuştur (2). Yaşlılarımızın yaşamlarını, öncelikle bulundukları ortamda sağlık, huzur ve güven içinde sürdürmeleri; toplum içinde kendilerini idare edebilmeleri, üretken ve saygın bir şekilde mutlu bir yaşam sürdürmeleri ve dolayısıyla hayattan kopmamaları en önemli sosyal politika hedeflerimizdendir. Bu çalışmanın amacı, yaşlanan nüfusa paralel olarak dünyada ve ülkemizde yaşlılara yönelik sosyal hizmet yaklaşımlarının ne olduğuna ve ülkemizin yaşlılara yönelik bu hizmetlerdeki durumuna yönelik bir analizde bulunmaktadır. Çalışmanın sınırlılığı gereği yaşlılara sunulan sosyal refah ve sosyal güvenlik hizmetleri kapsam dışında bırakılmıştır.

Dünyada Yaşlılara Yönelik Sosyal Hizmetler

Her ülke ekonomik, sosyal ve kültürel özelliklerine göre yaşlılara yönelik kendine özgü sosyal politikalar düzenlemiştir. Bu sosyal politikalar ise dünya genelinde; yaşlıların mümkünse evlerinde bakılmaları, kurum bakımı hizmetleri, emek-

lilik hizmetlerinin düzenlemesi, çalışma hayatında karşılaştıkları ayrımcılık gibi farklı sorunlarının giderilmesi ve sosyal hizmetler kapsamında yapılan düzenlemeler olarak sınıflandırılabilir (3). Buna bağlı olarak, dünyada yaşlı nüfus oranının fazla olduğu bölgelerde, aktif ve sağlıklı yaşlanma hizmetlerinin ve stratejilerin geliştirildiği görülmektedir.

Bazı Ülkelerde Yaşlılara Yönelik Sosyal Hizmet Uygulamaları

Dünyada birçok yaşlı insan fonksiyonel aktivitelerini yitirmekte, evde yardım almakta veya bakım evlerine gitmektedir. Örneğin Amerika'da yaşlıların bakımının kendi evlerinde yapılmasına yönelik hizmetler yaygındır. ABD'de yaşlılar için geliştirilmiş; özel tıp merkezi ve ev atmosferinde kurulmuş tedavi edici merkez hizmetleri sunulmaktadır. Bu çalışmanın sınırlılığı dikkate alınarak, İsveç ve İngiltere gibi gelişmiş ülkelerde yaşlılara yönelik sosyal hizmetlerin genel yapısı hakkında kısa bilgiler sunulmaktadır.

İsveç

İsveç nüfusu giderek yaşlanmaktadır. Ancak bu yaşlıların çoğu, sağlıklı ve kendi evlerinde aktif yaşam sürmektedir. Yaşlılar için sağlık ve sosyal bakım, İsveç refah politikasının önemli parçasıdır. 2030 yılında İsveç'te yaşlı nüfus oranının %23 olması beklenmektedir. İsveç'te

yaşlı bakım hizmetlerinin amacı, yaşlıların kendi evlerinde mümkün olduğunca uzun ve sorunsuz bir hayat yaşamalarını sağlamaktır. Yaşlıların yaşamını kolaylaştırmak için çeşitli destekler sunulmaktadır. Örneğin evlere hazır yemek dağıtımı yapılmaktadır. Yaşlılar, günlük yaşamın ihtiyaçları ile baş edemeyecek duruma geldiklerinde; belediyelerin ev yardım hizmetlerine başvurmakta ve bu tür hizmetler için herhangi bir bedel ödememektelerdir. Bu yardımlar da yaşlının ömrü boyunca devam etmektedir. Belediyeler, ihtiyacı olan yaşlılar için günlük aktiviteler ve rehabilitasyon hizmetleri sunmaktadır. Günlük aktiviteler, yaşlıların evlerinde yaşamlarını devam ettirmelerine yardım etmektedir. İsveç hükümeti, geleceğin en büyük sorunlarından biri olarak görülen yaşlılık sorunlarının çözümü konusunda yeni stratejiler geliştirmek için Geleceğin Komisyonu adı verilen anayasal bir topluluk kurmuştur. 65 yaş üstü grubun sağlık ve sosyal bakımlarının karşılanmasında, evde ve sağlık merkezlerindeki bakımlarının koordinasyonlarının güçlendirilmesinde geleceğe yönelik yatırımlarını artırmaktadır. Ayrıca sağlığa iyi gelen müzik, boyama, film, okuma gibi faaliyetler de teşvik edilmektedir. Üniversiteler ve sağlık otoriteleri ile yakın işbirliği içerisinde, sağlık ve sosyal hizmetler alanında araştırma ve geliştirme yapmak için ulusal bir merkez kurulmuştur (4).

İngiltere

İngiltere'deki 60 yaş ve üstü kişilerin sayısının, 2030'a kadar 20 milyonu geçmesi ve 65+ yaş grubundakilerin sayısının önmümüzdeki 17 yıl içinde %40'ın üzerine çıkarak yaklaşık 16 milyonu aşması beklenmektedir (5). Yaşlı bakımı konusu, İngiltere'nin yaşlılara yönelik sosyal politikalarının ilk sıralarında yer almaktadır. Sosyal bakım, sosyal hizmetler ve sosyal yardımlar, yaşlı bakımı için devlet tarafından sosyal politikalar aracılığıyla sunulan hizmetlerdir. İngiltere'deki sosyal hizmet uygulamaları evde bakım, huzurevleri ve bakımevleri şeklinde gruplandırılmıştır. Aynı zamanda gönüllü kuruluşlar, yerel yönetimler, özel kurumlar ve ulusal sağlık kuruluşları da bakım hizmeti sunmaktadır. Kamu kurumlarının büyük bir çoğunluğu yerel yönetimlere bağlıdır. Ancak bir kısmı da merkezi hükümet tarafından yönetilmektedir. İngiltere'de yaşlı bireylerin bakım ihtiyacını karşılamaya yönelik ilk



uygulama, evde bakımdır. Evde bakım hizmeti alabilmek için birtakım şartların sağlanması gerekmektedir. Bu şartların ilki, herhangi bir engel ya da rahatsızlığı olmayan yaşlıların en azından 65 yaşını geçmiş olması zorunluluğudur. Birleşik Krallık'ta 4 bin 699 huzurevi bulunmaktadır. Ayrıca bakıcılık hizmetinin verilmediği 6 bin 23 yerleşim evi bulunmaktadır. Evde bakımdan yararlanan 65+ grubundaki bireylerin sayısı 421 bin 100 kişidir (bakıcılık hizmetini içeren). İngiltere'de 85+ yaş grubundakilerin sadece %14,8'i bakım evinde yaşamaktadır. Bakım evine kabulden, ölüme kadar geçen ortalama süre 462 gündür. Bakım evlerinde 3 yıldan fazla yaşaya bireylerin oranı yaklaşık %27'dir (6).

Ülkemizde Yaşlılara Yönelik Sosyal Hizmetler

Günümüzde yaşlılık dönemiyle ilgili en önemli sosyal sorunların başında, yaşlıların bakımı gelmektedir. 65 yaş ve

Toplumsal düzeyde yaşanan yoksulluk, işsizlik, göç, bağımlılık, ruhsal hastalıklar vb. sorunlar aile kurumunu olumsuz etkilemiştir. Toplumsal değişim sürecinde çekirdek aile, tek ebeveynli aile, birleşik aile, parçalanmış aile gibi farklı aile yaşam biçimlerinin ortaya çıkması ile yaşlının ailedeki yeri ve statüsü değişmiştir.

üzerindeki her yaşlının -hasta ve bakıma muhtaç olmasa da- hastalanma riski ve fiziksel yetersizlikleri nedeniyle yardıma ihtiyaç duyma olasılığı artmaktadır. Yaşlıların bakımları ya kurumlar ya da aile ve akrabalar tarafından gerçekleştirilmektedir (9). Dünyada olduğu gibi ülkemizde de hızla artan yaşlı nüfusu, bu alanda hızlı ve kararında sosyal politikaların planlanması gerekliliğini ortaya koymaktadır. Sosyal hizmet, insanların problem çözme, başetme ve gelişme kapasitelerini artırmayı; müracaatçıları kaynak, hizmet ve imkan sağlayacak sistemlerle buluşturmayı; sistemlerin etkili ve insancıl olarak işlev görmesini sağlamayı ve sosyal politikaların gelişimi ve ilerlemesi için katılımda bulunmayı amaçlayan bir meslektir (7). Son zamanlarda, sosyal hizmetin yaşlılık alanında, "gerontolojik sosyal hizmet" kavramı kullanılmaya başlanmıştır. Gerontolojik sosyal hizmet alanında çalışan sosyal hizmet uzmanları (SHU), yaşlıların ve ailelerinin yaşam kalitesini güçlendirmelerine ve sürdürmelerine yardımcı olmaktadır. SHU'lar ileri yaşlarda fiziksel ve duygusal iyilik halini engelleyen fiziksel, psikososyal, ailesel, kültürel, ekonomik, örgütsel ve toplumsal faktörlerin ortadan kaldırılması süreçlerinde yaşlı, ailesi ve kurumlarla birlikte çalışır. Bu alanda çalışan SHU'lar; yaşlının onurunu güçlendirmek, kendi kendisine karar vermesine yardımcı olmak, kişisel olarak doyum ulaşmasını sağlamak, yaşam kalitesini artırmak, en üst düzeyde işlevselliğini sağlamak ve mümkün olduğu ölçüde, içinde bulunduğu yaşam koşullarını iyileştirmeye odaklanmaktadır. Yaşlının sorunlarla başa çıkma ve problem çözme kapasitesini artırmaya yönelik müdahaleler, gerontolojik sosyal hizmetin en temel hedefidir. Yardım hizmetlerine duyulan gereksinimin genellikle kriz durumlarında artması ve ortaya çıkması sebebiyle, gerontolojik SHU'ların meydana gelen değişikliklerin ve kayıpların psikososyal anlamına; yaşlı ve ailesi tarafından yaşanan biyolojik, psikolojik, bilişsel ve sosyal faktörlerin anlamlarına özel bir ilgi göstermesi gerekmektedir. Gerontolojik SHU'lar yaşlı birey ve gruplarla doğrudan çalışmanın yanı sıra, yaşlılara yönelik hizmet sunan örgütlerin ve diğer kuruluşların geliştirilmesi için de çalışmalar yapar. Bu çalışmalar yönetim, toplum örgütlenmesi, politika, program geliştirme ve değerlendirme, kaynak geliştirme, stratejik planlama şeklinde sıralanabilir. Bu roller etkili ve verimli hiz-



met sunan sistemlerin geliştirilmesinde ve daha işlevsel olabilmesinde önemlidir (8). Ülkemizde yaşlılara yönelik sosyal hizmetler; sosyal bakımı, uzun süreli bakımı ve psikososyal desteği kapsamaktadır. Sosyal bakım konusunda en güçlü hizmet modelimiz huzurevleridir. Ülkemizde yaşlılara sunulan sosyal yardım ve sosyal hizmet politikalarının amacı, yaşlının bağımlılığını azaltarak sosyal çevresiyle iletişimini koparmadan aktif, üretken ve mutlu bir yaşam sürmesini temin etmektir. Bu sebeple Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı (AÇSHB), ekonomik desteklerle ihtiyacı olan yaşlı veya yakınlarını güçlendirmeye çalışmaktadır. Ayrıca yaşlılara yönelik psikososyal destek sunmaya, dayanışma hizmetleri ve bakım ihtiyacı olan yaşlılara; evde bakım hizmetleri, gündüzlü bakım hizmetleri ve yatılı bakım hizmetlerini vermeye çalışmaktadır. Günümüzde, AÇSHB tarafından yaşlılara yönelik verilen bu hizmet modellerine ve yararlanıcıların sayısına bakıldığında şöyle bir tablo ortaya çıkmaktadır:

• **Huzurevleri ve Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri:** Huzurevleri, sağlıklı yaşlılara huzurlu bir ortamda bakmak ve korumak; psikolojik, sosyal, fiziksel ve moral ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla kurulmuştur. Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezlerinde ise tek başına ihtiyaçlarını gideremeyen, bir başkasının bakımına ve yardımına ihtiyacı olan yaşlılar için aktif sosyal bakım hizmetleri, psikososyal ve tıbbi rehabilitasyon programları ve geniş kapsamlı bakım tedavi hizmetleri sunulmaktadır. AÇSHB tarafından işletilen 15 bin 47 kişi kapasiteli 147 Huzurevi ile Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezinde 13 bin 894 yaşlıya hizmet sunulmaktadır. Toplam 395 yaşlı bakım kuruluşunda 26 bin 501 kişiye yatılı bakım hizmeti sunulmaktadır (10).

• **Alzheimer Hastası Yaşlılar Gündüzlü Bakım Merkezleri:** Bu merkezler, ailesinin yanında yaşayan Alzheimer hastası yaşlıların evde tek başına kalmasından kaynaklanan riskleri ortadan kaldırarak, yaşlının güvenliğini sağlamak amacıyla kurulmuştur. Demans hastalıklarının artması nedeniyle günümüzde bu tür merkezlere daha fazla ihtiyaç duyulmaktadır. Bakanlığın bu yönde zaman kaybetmeden çalışmalara başlaması gerekmektedir.

• **Yaşlı Hizmet Merkezleri:** Bu merkezler, yaşamını evinde sürdüren yaşlıların; boş zamanlarını çeşitli aktivitelerle değerlendirmelerini, sosyal ilişkilerini artırma ve günlük yaşam aktivitelerini geliştirmelerini desteklemektedir. Böylece yaşam kalitelerinin yükseltilmesine, kendi sosyal ortamlarından kopmadan sağlıklı bir şekilde yaşamlarını sürdürmelerine yardımcı olunmaktadır.

• **Yaşlı Dayanışma Merkezleri:** Yaşlı dayanışma merkezleri; yaşlıların bir araya gelerek sohbet etmeleri, ortak alan ve sorunlarını paylaşabilmeleri, sorunlara yönelik birlikte çözüm yolları aramaları, boş zamanlarını verimli bir şekilde geçirmeleri ve yalnızlık duygusu hissetmemeleri için uygun bir ortam hazırlamakta böylece yaşlıların sosyalleşmesini kolaylaştırmaktadır.

• **Telebakım (Teledestek) Hizmeti:** Telebakım, teledestek, telesağlık veya yaşam destek hizmetleri, bireyin ihtiyaç anında önce sesle sonra gerekli araçlar vasıtasıyla en hızlı biçimde ihtiyaç sahibine ulaşılmasını sağlayan sistemdir. AÇSHB yaşlıya yönelik tele bakım hizmetleri için Alo 183 destek hattı ile hizmet vermektedir.

• **Yaşlı Yaşam Evleri:** Bu hizmetten yararlanacak yaşlıların ihtiyaçları ve

sosyokültürel özellikleri dikkate alınarak düzenlenmektedir. Daha çok şehir merkezlerinde ve toplu yaşam alanları içerisinde, tercihen müstakil ev veya apartman dairelerinde kurulmaktadır. İçerisinde 24 saat esasıyla görev yapan bakım elemanlarının bulunduğu ve 3-6 kişinin birlikte kaldığı evlerdir. Bakanlık kuruluşlarına bağlı 36 Yaşlı Yaşam Evinin toplam kapasitesi 144 olup 142 kişiye hizmet vermektedir.

• **Yaşlı Destek Programı (YADES):** Büyükşehir belediyelerinin yaşlılara için, özellikle evde ve gündüzlü bakım hizmetlerine yönelik gerçekleştireceği projeleri finanse etmek üzere YADES Programı hayata geçirilmiş ve bugüne kadar YADES kapsamında 21 bin 490 yaşlı hizmet almıştır.

• **Evde Bakım Hizmetleri:** Ailede yaşlıya bakım verenlere ödenen evde bakım ücreti uygulaması ile ekonomik olarak yaşlının ihtiyaçlarının karşılanması hedeflenmiştir. Ülkemizde yaşlı ve ailesine yönelik en önemli ve en yaygın hizmet türlerinden birisidir. Yaşlılardan, bakıma muhtaç engelli durumuna gelmiş olan ve kurum bakımını talep etmeyen yaşlılar için 1.305,97 lira evde bakım ücreti ödenmektedir. 2006 yılında başlatılan bu hizmetten Nisan 2019 itibarıyla 65 yaş üstü 145 bin 288 yaşlı yararlanmıştır.

Sonuç

Günümüzde ekonomik, demografik, sosyal ve kültürel tüm göstergeler, yaşlı nüfusun giderek arttığını göstermektedir. Dünyada yaşlılara yönelik sosyal hizmetler ülkeden ülkeye değişmektedir. İnsan ömrünün uzamasıyla birlikte, yaşlıların ihtiyaçlarının karşılanması ve sorunlarının çözümüne dair farklı hizmet modellerinin uygulanmaya başlandığı görülmektedir. Türkiye’de 17 yıllık AK Parti iktidarında; genelde sosyal politikalar, özelde ise yaşlılara yönelik politikalarda çok büyük başarılar elde edilmiştir. Modernleşme sürecinde, yaşlılarımızın sosyal dünyadan kopmamaları ve aktif bir yaşlanma süreci geçirmeleri için gayret gösterilmektedir. Yaşlılara dönük sosyal politikalarımız ve milletimizin her ferdine insanca bir yaşam sunma, sosyal politika hedeflerimizin önemli bir parçasıdır. Yaşlılarımızın topluma katılımlarını sağlamak amacıyla, sağlıklı yaşlanma ve aktif yaşlanma politikalarını ülkemize kazandırmakla kalmayıp; onların hayat-

larını kolaylaştıracak yaşlı dostu şehirler, üniversitelerde geriatri bölümleri, evde bakım hizmetleri ve evde sağlık hizmetleri gibi çalışmalar geliştirilmektedir. Yine bu hizmetlere her geçen gün daha iyilerini ekleyerek, yaşlıların yaşam kalitelerinin artırılmasına çalışılmaktadır. Yaşlıların temel ihtiyaçlarına yönelik hizmet modellerinin sürdürülmesinde çeşitli sorunlar yaşanmaktadır. Birçok AB ülkesinde ve İngiltere gibi gelişmiş ülkelerde sosyal koruma kapsamında devletlerin ayırdığı bütçeler giderek azalmaktadır. Bu kapsamda yaşlılara ayrılan bütçe de giderek azalmakta; finans kısıntıları, nitelikli personele duyulan ihtiyaç gibi sorunlar devam etmektedir. Ülkemizde durum farklıdır. Yaşlı nüfus oranımız artmaya devam etmektedir. Ancak sosyal koruma harcamalarında, 2002 yılından bugüne kadar herhangi bir kısıtlama ya da tasarruf söz konusu olmamıştır. Tam tersi sosyal yardımlar başta olmak üzere, tüm sosyal bütçe kalemlerinde vatandaşımızı rahatlatmayı ve huzuru sağlamayı amaçlayan, destekleyici politikalar uygulanmıştır. Evde bakım konusunda Türkiye’nin gösterdiği başarı taktire değerdir. Yaşlının ve engellinin yaşadığı yerde korunmasını, desteklenmesini ve güçlendirilmesini amaçlayan bu uygulamanın organizasyonu diğer ülkelere örnek gösterilmektedir.

Dünyada yaşlılara yönelik en önemli hizmet modellerinin; kurum bakımı, evde bakım ve psikososyal hizmetler üzerinde yoğunlaştığı görülmektedir. Bu aşamada SHU’ların merkezlerde, huzurevlerinde, evde bakım hizmetlerinin sunumunda; yaşlının temel ihtiyaçlarının karşılanma (sağlık, psikososyal destek, manevi) sürecinde ve yaşam kalitesinin artırılmasında çok önemli rolleri bulunmaktadır. Hatta yaşlının vefatından sonra, yas sürecinde ailenin manevi destekleyicisi konumunda olmalıdır. SHU’lar yaşlıların ihtiyaç duyduğu; danışmanlık, sağlık, psikososyal, manevi, uyum süreçlerinde yaşlının yanında olmalıdır. Gerekli koşullarda yaşlı ailesiyle birlikte çalışarak mesleki sorumluluğunu yerine getirmelidir. Ülkemizde yaşlılara sunulan sosyal hizmetlerdeki bu olumlu tabloya rağmen yaşanan temel bazı sorunların üzerine gidilerek kaliteli bakım anlayışının yerleştirilmesine çalışılmalıdır. Örneğin huzurevleri yaşlı bireyler için kaliteli bir yaşlılık döneminin geçireceği yerler olarak görülmeğe çok; sığınacak bir yer anlamında değerlendirilmektedir. Bu nedenle toplumumuzun olumlu tutumlar

geliştirmesini sağlamak, huzurevi ve bakımevlerinin yaşamın son durağı olarak görülmesini engellemek için çalışmalar yapılmalıdır. Kurum bakımı kapsamında verilen yaşlı hizmetlerinin sunumu, yeterli eğitimi almamış yardımcı hizmetliler tarafından yürütülmektedir. Bu bağlamda yaşlı bakım hizmetlerinde istihdam edilecek eğitimli ve nitelikli personele ihtiyaç duyulmaktadır. Yaşlı bakım programlarından mezun olan gençler için geleceğin önemli çalışma alanlarından biri olduğu vurgulanarak gençler motive edilmelidir. Yaşlıları koruyucu hukuki düzenlemelerle, hem kurumlardaki hem de toplumdaki yaşlı ihmal ve istismar cezalarının caydırıcı özelliği artırılmalıdır.

Bireylerin yaşadıkları ve anılarını biriktirdikleri evlerinde; güvenli ve sağlıklı bir şekilde yaşlanmaları ve -yerinde yaşlanma ilkesine göre- yaşlılık dönemlerini de burada geçirmeleri için, evde bakım hizmetlerinin organize edilmesi ve yaygınlaştırılması büyük bir önem taşımaktadır. Yaşlılarımızın, kültürel değerlerimize uygun biçimde; çocuklarından, torunlarından ve sosyal çevrelerinden koparılmadan, üretken, aktif, sağlıklı ve mutlu bir yaşam sürebilecekleri hizmetleri geliştirmek ve refahlarını yükseltmek öncelikli sosyal hizmet politika hedefimiz olmalıdır.

Kaynaklar

- 1) Konak, A., ve Çiğdem, Y. (2005). Yaşlılık olgusu: Sivas Huzurevi Örneği, C.Ü. Sosyal Bilimler Dergisi, 29 (1): 23-63.
- 2) TÜİK. (2018). İstatistiklere Yaşlılar Raporu, Ankara.
- 3) Taşçı, F. (2010). Yaşlılara Yönelik Sosyal Politikalar: İsveç, Almanya, İngiltere Ve İtalya Örnekleri, Çalışma ve Toplum 1: 175-198.
- 4) Zıplar, Ü.T. (2015). Dünya’da ve Türkiye’de Yaşlılık Hizmetleri, Çankırı Karatekin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 6 (2): 173-194.
- 5) Age UK (2018). Later Life in the United Kingdom, January, 2018, s:3-17.
- 6) Mortimer, J., ve Green, M. (2015). Briefing: The Health and Care of Older People in England 2015, Age UK, October.
- 7) Pincus, A., ve A. Minehan. (1973). Social Work Practice: Model and Method. Hasca, III. F. E. Peacock.
- 8) Duyan V., Özgür, Ö.S., Özbulut, M. (2008). Sosyal Hizmeti Tanımak ve Anlamak: Sosyal Hizmet Uzmanları ve Sosyal Hizmet Alanında Çalışanlar İçin Bir Rehber. SHU Demeği Genel Merkezi Yayınları, Ankara.
- 9) Adak, N. (2003). Yaşlıların Gayri Resmi Bakıcıları Kadınlar, Aile ve Toplum, Ekim-Aralık: 81-87.
- 10) AÇSHB, (2018). Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 2018 Faaliyet Raporu, Ankara.

Engellilerin rehabilitasyonunda ergoterapinin yeri

Dr. Öğr. Üyesi Devrim Tarakcı



1977 yılında Sinop, Gerze’de dünyaya geldi. İstanbul Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulunda lisans eğitimini tamamladı (1999). 1999-2002 yılları arasında İstanbul Üniversitesinde araştırma görevlisi olarak çalıştı. 2002-2003 yıllarında askerlik görevi için Gülhane Askeri Tıp Fakültesi, Bilkent Rehabilitasyon ve Bakım Merkezinde nörolojik rehabilitasyon ünitesinde koordinatör olarak görev aldı. 2004-2013 yılları arasında birçok özel eğitim ve rehabilitasyon merkezinin kuruculuğunu ve fizyoterapi koordinatörlüğünü yaptı. 2013 yılında İstanbul Üniversitesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon bölümünde doktora eğitimini tamamladı. Aynı yıl İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon bölümünde yardımcı doçent olarak çalışmaya başladı. 2014 yılından bugüne İstanbul Medipol Üniversitesi Ergoterapi Bölüm Başkanlığı görevini yürüten Tarakcı, pediatrik fizyoterapi, ergoterapi ve teknolojik rehabilitasyon üzerinde çalışmalarını sürdürmektedir.

Ergoterapi, kişinin günlük yaşamdaki bağımsızlığını ve toplumsal katılımını artırmak için anlamlı ve amaçlı aktiviteleri kullanan ve müdahale sürecinde kişiyi merkeze alan bir sağlık profesyoneli olarak tanımlanmaktadır. Ergoterapistler herhangi bir nedenle günlük yaşamda bağımsızlığı etkilenmiş ve/veya toplumsal katılımı kısıtlanmış kişiler ile çalışırlar. Kişiyi, çevreyi ve aktiviteyi analiz ederek bireyin istek ve ihtiyaçlarına yönelik özel aktivite temelli müdahale programları oluşturan ve bireyin fonksiyonelliği ve toplumsal katılımını artırıcı çalışmalar yapan; ev, okul ve işyerlerinin kişiye özel düzenlenmesinde müdahalelerde bulunan; herhangi bir sebeple toplumdan dışlanan kişilerin hayata ve topluma yeniden adapte olmasını sağlayan sağlık profesyonelleridir.

Dünyada 100 yıllık geçmişi olan bu mesleğin ülkemizdeki geçmişi henüz çok yenidir. 2011 yılında Sağlık Bilimleri Fakültesi bünyesinde lisans eğitim programı olarak açılan ve 4 yıllık lisans eğitim sürecinde farklı bilgi ve yeteneklere sahip olan ergoterapistler, interdisipliner rehabilitasyon ekip elemanı olarak sağlık sistemi içinde yerini almaya başlamıştır. Şu anda Türkiye’de toplam 10 üniversitede ergoterapi bölümü bulunmakta olup bu

üniversitelerden mezun olanların sayısı yaklaşık 400 kadardır. Yaşam döngüsüne bakıldığında ergoterapistlerin yeni doğan bir bebekten palyatif bakıma kadar bütün yaşam döngülerinde aktif rol aldığını görmekteyiz. Engelli rehabilitasyonu ise çalışma alanlarının temeli oluşturmaktadır. Farklı yaş gruplarında engellilere yönelik ergoterapi yaklaşımları şu şekilde özetlenebilir:

1. Çocuk ve genç engelli bireylerde:

Erken dönemden itibaren çocukların gelişimlerinin takip edilmesi ve aktiviteleri gerçekleştirebilmeleri için gerekli becerilerin kazandırılması uygulama hedeflerindendir. Ergoterapistler engelli çocukların büyüme ve gelişmeleri için önemli fırsatlar içeren oyun temelli uygulamalar ile çalışmaktadır. Bu müdahaleler ile beceri gelişimi ve katılımın güçlendirilmesi sağlanmaktadır. Ergoterapistler tarafından, engelli bireyin ailelerine de günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlık, günlük yaşamın düzenlenmesi, okul katılımının güçlendirilmesi ve çocukların becerilerinin ebeveynler tarafından nasıl desteklenmesi gerektiği konularında danışmanlık hizmeti verilmektedir. Klinik uygulamalar kapsamında çocuğun durumu, kişisel özellikleri ve çevresi göz önünde bulundurularak birey merkezli uygulamalar gerçekleştirilir.

2. Orta ve ileri yaş engelli bireyde:

Engelli bireyin algı, dikkat, bellek, dil, problem çözme, mantık, soyutlama, görsel-algısal ve görsel-uzaysal bilgi, öğrenme gibi bilişsel fonksiyonlarını içeren süreçlerdeki kayıpları, modeller çerçevesinde ele alarak fonksiyonu geri kazandırma ve bireyin günlük yaşama katılımını artırmaya yönelik ergoterapi müdahaleleri uygulanmaktadır. Ergoterapi müdahaleleri ile bilişsel, psikolojik ve fiziksel fonksiyonların artırılması, karşılaşılabilecek mimari engeller ve sosyokültürel çevrenin kısıtlamalarına karşın katılımı sağlamak için; çözümler üretmek, aktiviteyi kolaylaştırarak rehabilitasyona farklı ve bütüncül bir bakış açısı kazandırılmaktadır. Ergoterapistler, engelli bireyin rehabilitasyonunda görev alan diğer dinamik interdisipliner bağlantılar geliştirerek daha üretken, daha sağlıklı yaşamın sağlanmasında kişi merkezli ve bütüncül bir yaklaşım kullanır. Üretim, günlük yaşam ve sosyal alanlarda daha bağımsız ve daha mutlu bir yaşam için bireyin güçlüklerle başa çıkabilme potansiyeline odaklanır.

Rehabilitasyon, engellilik ve katılım:

Ergoterapinin sağlık sistemine getirdiği en büyük katkılardan birisi, Dünya Sağlık Örgütü’nün sağlık tanımında da belirttiği gibi kişiyi etkileyen sağlık faktörleri ya da bozuklukların kişinin katılımına etkisini



Engellilerde Ergoterapi Uygulama Örneği

bütüncül olarak ele alınmasıdır. Engelli bireyin yaşı ve rolleri ile uyumlu katılım düzeyinin artırılmasıdır. Örneğin çocuk yaştaki bireyin yaşlıları ile oyuna dahil olması iken, çalışan bireyde mesleki rolün sürdürülmesi ve sosyal aktivitelere katılımın desteklenmesidir. Engelli bireyler için eğitime erişimi artırmak, ev temelli bakım ve eğitim hizmetleri sağlamak, istihdam teşvikleri sağlamak, çevre koşullarını ve planlamasını iyileştirmek ve kamusal alanları kullanıcı dostu hale getirmek, ülkemizin engellilere yönelik stratejik planında da yer almaktadır. Stratejik plan doğrultusunda katılım odaklı çalışan sosyal hizmet uzmanı, psikolog gibi rehabilitasyon ekibinin diğer üyeleri ile iş birliği içinde çalışılmalı ve konuya ait ortak projeler geliştirilmelidir. Ülkemiz rehabilitasyon ekibinin yeni bir üyesi olan ergoterapistin ve ergoterapistin sağladığı hizmetlerin yaygınlaşması ve bilinir hale gelmesi sağlandıkça engelli bireylere verilecek hizmetlerin kalitesi artacaktır. Bu kapsamda İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ergoterapi Bölümü ve Bağcılar Belediyesi Engelliler Sarayı iş birliği ile 2 yıldır yaptığımız Bağcılar Belediyesi Engelliler Sarayı Ergoterapi Hizmetlerinin Geliştirilmesi başlıklı projemizin çıktıları ve engelli bireylerden gelen geri dönüşler görüşlerimizi destekler niteliktedir (Resim 1).

Mesleki rehabilitasyon ve ergoterapi:

Mesleki rehabilitasyon, doğuştan veya sonradan hastalık, kaza gibi nedenlerle bedensel veya ruhsal sağlığı geçici ya da kalıcı olarak bozulmuş ve çalışma yeteneklerini kaybetmiş kişilerin fonksiyonel yeteneklerini tıbbi, sosyal, fiziksel, psikolojik ve işe yönelik yeniden en

yüksek seviyeye çıkarmak için yapılan koordineli çalışmaların tümü olarak tanımlanmaktadır. Engelli bireyin uygun bir işe yerleştirilmesi, korunması, mesleki danışmanlık, mesleki eğitim, en uygun iş alanının seçilmesi hizmetlerini kapsar. Ülkemizde bu kapsamda bakanlıkların desteği ile belediyeler, sivil toplum kuruluşları ve üniversitelerin çabaları sonucunda güzel mesleki rehabilitasyon örnekleri görmekteyiz. Ergoterapinin dünyada en çok çalıştığı alanlardan birisi olan mesleki rehabilitasyonda amaç engelli bireyin fonksiyonlarının değerlendirilmesi, beceri ve yeteneklerinin ortaya çıkarılması, varsa eski işine yoksa ekonomik anlamda kendisine bir döngü sağlayacak yeni işin belirlenmesi için kapsamlı ve metodolojik bir çalışma planlanmasıdır. Burada üzerinde durulması gereken ve mesleki rehabilitasyonun temeli olan bu süreçten geçen engelli bireylerin yeni işinden ekonomik bir kazancının olması, hayatını normal bireyler gibi sürdürebilir olmasıdır. Konu ile ilgili çalışmaların çoğaltılması, sosyal hizmet anlayışı, engelli bireyin hayata ve ülke ekonomisine katılımını artıracaktır.

ErgoActive: İstanbul Medipol Üniversitesi Ergoterapi Bölümü tarafından uygulanan bir proje kapsamında farklı sensörleri kullanarak, engelli bireyin yapmak istediği aktiviteyi sanal ortamda deneyimlemesini ve aktiviteyi geliştirmesini sağlayan; bu esnada ergoterapistle analiz şansı veren bir sistem geliştirilmiştir. ErgoActive sistemi ile aktivite analizleri yapıp değerlendirmeler diğer ekip elemanları paylaşılarak rehabilitasyon sürecinin hızlanması sağlanmaktadır. Ergoterapistlerin farklı engel grupları için evrensel asistif teknolojilerin dünyada olduğu gibi

Dünyada 100 yıllık geçmişi olan bu mesleğin ülkemizdeki geçmişi henüz çok yenidir. 2011 yılında Sağlık Bilimleri Fakültesi bünyesinde lisans eğitim programı olarak açılan ve 4 yıllık lisans eğitim sürecinde farklı bilgi ve yeteneklere sahip olan ergoterapistler, interdisipliner rehabilitasyon ekip elemanı olarak sağlık sistemi içinde yerini almaya başlamıştır. Şu anda Türkiye’de toplam 10 üniversitede ergoterapi bölümü bulunmakta olup bu üniversitelerden mezun olanların sayısı yaklaşık 400 kadardır.

Bağcılar Belediyesi ve İstanbul Medipol Üniversitesi arasında imzalanan protokol gereğince Bağcılar Belediyesi Engelliler Sarayında bir yıl süreyle ergoterapi destek hizmeti verilmiştir. Bağcılar Belediyesi Engelliler Sarayı, Bağcılar'da ikamet etmekte olan engelli bireylere 37 branşta eğitim vermektedir. Sertifikalı ve sertifikasız kurslara devam etmekte olan engelli bireylere ergoterapi hizmetinin sağlanması Bağcılar Belediyesi Ergoterapi Hizmetlerinin Geliştirilmesi projesi kapsamında gerçekleştirilmiştir.

Ülkemiz içinde kişi bazlı ve adaptif olması yönünde çalışmalarda aktif olarak yer alması beklenmektedir. Engelli bireylerin günlük yaşam ve katılımını destekleyecek teknolojik çözümler ulaşılabilir ve erişilebilir hale gelmiş olacaktır (Resim 2).

Ergoterapistlerin Türkiye'de Engelli Hizmetlerindeki Katkısı

Sağlık Bakanlığı: 2015 yılından bu yana Sağlık Bakanlığı bünyesinde kamu hastanelerine ve Toplum Sağlığı Merkezlerine (TSM) ergoterapist ataması yapılmaktadır. Kamu hastanelerine atanan ergoterapistler ergonomi, pediatrik rehabilitasyon, görme engellilerin rehabilitasyonu, nörolojik rehabilitasyon, el rehabilitasyonu, yoğun bakım üniteleri ve Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde (TRSM) psikiyatrik rehabilitasyon gibi farklı alanlarda görev yapabilmektedir. TSM'lere atanan ergoterapistler koruyucu rehabilitasyon içinde aktif bir şekilde çalışmaktadır. Koruyucu rehabilitasyon kapsamında gebeler, anneler, okul çağı



ErgoActive Mutfak Aktiviteleri Çalışma Örneği

çocukları, yaşlı bireyler gibi herhangi bir tanı almamış bireylerle çalışabilmektedirler. Bireylerin ilgi, istek ve ihtiyaçları dikkate alınarak gerekli ergoterapi ve rehabilitasyon müdahaleleri yapılmaktadır. Şu anda İstanbul, Trabzon, Adana, Bilecik, Çorum, İzmir, Van, Diyarbakır gibi şehirlerde ergoterapistlere kamu hastaneleri aracılığıyla ulaşılabilir hale gelmektedir.

Milli Eğitim Bakanlığı ve Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezleri: Ergoterapistler Milli Eğitim Bakanlığınca rehberlik ve araştırma merkezlerinde bireylerin günlük yaşam aktivitelerine katılımlarını geliştirmek amacıyla hizmet sunan personel olarak tanımlanmıştır. MEB'e bağlı özel eğitim ve rehabilitasyon merkezlerinde ergoterapistin görevi; engelli çocuğun değerlendirmesini, günlük yaşam aktivitelerini, postür, denge, ince motor becerilerini, dikkat, dikkati sürdürme, modülasyon, duyu entegrasyonu, manipülatif beceriler, görsel motor kontrol, praksi (motor planlama), oyun becerileri, sağ-sol ayrımı, orta hattı çaprazlama, oküler-motor kontrol, görsel uzaysal algılama, hafıza, oryantasyon, planlama, yazı yazma eğitimi gibi akademik becerileri de içeren fiziksel, bilişsel-algisal becerilerin kazandırılması veya geliştirilmesi ile toplumsal entegrasyonlarını sağlamaktır. Tanımlama yapılmasına rağmen, engelli modüllerinde görevlendirmeleri yoktur. Zorunlu olmayan personel statüsünde görev almaktadırlar. Yeni yapılacak düzenlemeler ile ergoterapistlerin de özellikle engelli bireylerin sosyal hayat ve katılım ile ilgili modüllerinde görev alması özel eğitim hizmetlerini daha kaliteli hale getirecektir.

Aile, Çalışma ve Sosyal Politikalar Bakanlığı: Bakanlık bünyesinde huzurevleri, özel bakım merkezleri, umut evleri, bakım, rehabilitasyon ve aile danışma merkezleri,

çocuk yuvaları ve kadın koruma evleri ergoterapistlerin çalıştığı merkezlerdir. Huzurevlerinde ergoterapistlerin görevleri arasında; yaşam alanı olan huzurevinin yaşlıya ve ihtiyaçlarına uygun düzenlenmesi; bilişsel-fiziksel ve psikososyal becerilerin korunması ve desteklenmesi, eşlik eden hastalıkların neden olduğu bozuklukların rehabilitasyonunda aktif olarak yer almak; yaşlı bireyin üretken yaşlanmasının desteklenmesi; kendine bakım aktivitelerini bağımsız sürdürebilmesi için rehabilitasyon desteğinin verilmesi; az görme rehabilitasyonunun yapılması; sosyal katılımın sağlanması; aile bireyleri ile etkileşimin devam ettirilmesi bulunmaktadır. Engelli bakım merkezlerinde ayaktan veya yatarak hizmet alan engelli bireyler için; engelli bireyin istek ve ihtiyaçlarını temel alarak yemek yeme, giyinme vb. günlük yaşam aktivitelerinin eğitimi; hafıza, dikkat, yürütücü fonksiyonlar için bilişsel rehabilitasyonun uygulanması; manuel becerikliliğin, manipülasyon ve el becerilerinin artırılması; gerekli yardımcı teknolojik cihaz değerlendirmesini yapmak, önermek ve yardımcı cihazın eğitimini vermek; sosyal katılımı sağlamak amacıyla bireysel ya da grup müdahaleleri yapılabilmektedir. Ergoterapistin engelli bireylerin katılımını destekleyen diğer bir rolü; erişilebilirlik için gerekli değerlendirmeleri yapması ve interdisipliner bir ekiple birlikte erişilebilirliğin sağlanmasında görev alması şeklinde karşımıza çıkmaktadır.

Engelli Bireylere Yönelik Ergoterapi Hizmetlerinin Geliştirilmesi Projesi ve Kazanımları

Bağcılar Belediyesi ve İstanbul Medipol Üniversitesi arasında imzalanan protokol gereğince Bağcılar Belediyesi Engelliler Sarayı'nda bir yıl süreyle ergoterapi destek



hizmeti verilmiştir. Bağcılar Belediyesi Engelliler Sarayı, Bağcılarda ikamet etmekte olan engelli bireylere 37 branşta eğitim vermektedir. Sertifikalı ve sertifikasız kurslara devam etmekte olan engelli bireylere ergoterapi hizmetinin sağlanması Bağcılar Belediyesi Ergoterapi Hizmetlerinin Geliştirilmesi projesi kapsamında gerçekleştirilmiştir. Proje 5 basamaktan oluşmuştur:

1. Engelli Bireyleri Tarama Aşaması
2. Engelli Bireylere Bakım verenleri Tarama Aşaması
3. Ev/Okul/İşyeri Ziyareti
4. Bireysel Ergoterapi Müdahalesi
5. Grup Ergoterapi Müdahaleleri

Ergoterapi ve rehabilitasyon aşamalarına göre destek hizmeti verilecek fiziksel, zihinsel, iştirme ve görme engelli gruplarına ait var olan problemlerin tespiti; oluşabilecek problemlerin önlenmesi ve günlük yaşamda bağımsızlık seviyesini artırmak; el beceri ve kognitif fonksiyonlarını artırmak; mesleki rehabilitasyon ve istihdam olanaklarını artırmak; bu bireylere bakım veren kişilerin, engelli bakım verme konusunda bilgi ve bilinç düzeylerinin artırılması; bakım verenlerin bel ve boyun sağlığının korunması, oluşmuş problemlere ergoterapi ve rehabilitasyon müdahalesi; oluşabilecek problemlere koruyucu ergoterapi yaklaşımlarının uygulanması amacıyla organizasyonel bir yapı inşa edilmiştir. Projenin pilot

uygulanması kapsamında İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ergoterapi bölümü Kasım 2017-Mayıs 2018 tarihleri arasında 24 hafta/1 gün boyunca uygulamalar yapmıştır. Engelliler Sarayında ilk değerlendirmesi alınmış engelli bireylerin evine ev ziyaretleri yapılmıştır. Ev değerlendirme formuna göre engelli bireyin katılımı için çevresel ve sosyal engellerin analizi yapılmış, ev içi fiziksel düzenlemeler önerilmiş, aile ile iletişimde olarak engelli bireyin ve bakım verenin hayatını kolaylaştıracak ev içi müdahaleler yapılmış ve engelli bireyin ailesine psikososyal destek verilmiştir. Gerekli raporlamalar engelli bireye ve aileye verilmiştir. Engelli bireylerin bireysel değerlendirmelerinden sonra birbirleriyle grup oluşturulabilecek bireylere bazı rehabilitasyon hizmetleri için grup oluşturularak müdahale edilmesi planlanmıştır. Bakım verenlerin bireysel değerlendirmelerinden sonra gruplar halinde eğitimler gerçekleştirilmiştir. Tüm katılımcıların sorunlarına yönelik olarak bireysel destek hizmeti verilmiş, gerekliliği durumunda ergoterapi programı uygulanması yapılmıştır. Bireysel desteğin yanı sıra Engelliler Sarayında açılmış veya açılacak olan atölye grup eğitimlerinden hangisine katılması gerektiği ile ilgili bireyin fonksiyonel becerilerine, istek ve ihtiyaçlarına uygun yönlendirme yapılmıştır. Bu sayede bireylerin mesleki rehabilitasyonunun sağlanmasında, bireyin değerlendirilmesinin yapılması, işin gerektirdiklerinin tanımlanması, uygun işe yerleştirme, işin takibi gibi aşamalar konusunda verilecek mesleki rehabilitasyon hizmetlerin temeli planlanmıştır. Proje kapsamında tekerlekli sandalye kullanan

21 yaşındaki Spina Bifida'lı bir bireye öğretilen tekerlekli sandalyeden yatağa transfer becerisi sonrasında; *"Transfer tahtası konusunda çok rahat edeceğimi düşünüyorum. Bunu öğrenmeden önce kendimi ne kadar tehlikeye attığımı anladım. Deneme yaptıktan sonra tekerlekli sandalyeden yatağıma rahat ve kolay geçebileceğimi gördüm. Transfer tahtasını en kısa zamanda hayatıma geçireceğimi biliyorum. İleride bu benim için çok faydalı olacak."* (N.B.) dediği kaydedilmiştir.

Sonuç

Ergoterapistler sağlıklı veya bir engele sahip tüm bireylerle çalışan? sağlık profesyonelleridir. Normal gelişim basamaklarının takip edilmesi, aktivite-rol dengesinin korunması, engelliğin önlenmesi ve engellilikle birlikte yaşamın devam ettirilebilmesi, yerinde ve sağlıklı yaşlanma için ergoterapiye duyulan ihtiyacın önemi artarak devam edecektir.

Kaynaklar

Crepeau, E. (2003). *Analyzing Occupation and Activity: A way of Thinking About Occupational Performance*. In E. Crepeau, E. Cohen and B. Schell (Eds.), *Willard & Spackman's Occupational Therapy* (pp. 189-202).

<https://www.aota.org/About-Occupational-Therapy/Erişim-Tarihi> 10.07.2019.

Resmî Gazete, 22 Mayıs 2014, Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik, Sayı 29007.

Tarakcı & Tarakcı. *Rehabilitasyonda Teknoloji*. İstanbul Tıp Kitabevi-2019.

Yaşlılar İçin Ergoterapi, Hedef Yayınları, 2017, ISBN 978-605-9877-65-7.

Denetimli serbestlikte sosyal hizmetin rolü

Prof. Dr. Yeter Demir Uslu



1978'de Ankara'da dünyaya geldi. İlk, orta ve lise öğrenimini Beypazarı'nda tamamladıktan sonra 1999 yılında Selçuk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Kamu Yönetimi Bölümünden mezun oldu. İşletme doktorasının ardından özel sektörde ve İller Bankası Genel Müdürlüğünde çeşitli görevlerde bulundu. 2011-2014 yılları arasında Ordu Üniversitesinde İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi İşletme Bölüm Başkanlığı ve Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdür Yardımcılığı görevlerini üstlendi. 2013 yılında yönetim ve strateji alanında doçent oldu. 2015-2016 yılları arasında Giresun Üniversitesinde İşletme Bölümü Öğretim Üyeliği ve Dekan Yardımcılığı yapan Uslu, 2016 yılından bu yana İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde Sağlık Yönetimi Bölüm Başkanlığı görevini sürdürmektedir.

Tarihe baktığımızda 18. yüzyıla kadar işlenen suça karşı verilen cezaların temelinde “öç alma” isteği yer almaktadır. 19. yüzyıl ortalarına doğru, suçluların cezaları için oluşturulan hapisane sistemi çoğunlukla uygulanmış, bu yöntem ile toplumdaki suç oranının düşeceği ve giderek arındırılacağı düşünülmüştür. Yapılan alan çalışmaları, “cezaevlerinin suç işleyen bireylere ders vermediğini ve suçlarından dolayı herhangi bir pişmanlık hissettirmediğini” ifade etmektedir. Sanayi devrimiyle birlikte kırsal alanlara oranla şehirlerdeki suç oranlarının artması cezaevlerindeki hükümlü sayılarının artışına neden olmuş, dolayısıyla ceza infaz yöntemlerinin alternatiflerinin belirlenmesi üzerine araştırmalara başlanmıştır.

20. yüzyılın başlangıcıyla birlikte sosyal refah sistemi çalışmalarının hız kazandırılmasıyla reformlar gün yüzüne çıkmış ve toplum temelli rehabilitasyon araştırmalarına yönelim gösterilmiştir. Günümüzdeki uygulamalara bakıldığında öncelikle çocuk adalet sistemi olmak üzere, sistem uygulamalarında onarıcı adalet (restorative justice) yaklaşımı uygulanmaktadır (1). Onarıcı adalet çerçevesinde değerlendirmeye alınan denetimli serbestlik; suçlu bireyin kanunla çatışan davranışlarının değiştirilerek tekrar suç işlemesinin önüne geçmeyi amaçlar ve bu yöntemle toplumun ko-

runmasına katkı sağlamayı hedef alır. Bu yaklaşım sayesinde suç işleyen bireye hem yapmış olduğu davranışlarının olumsuz etkilerinden hem de mağdur kişiye verdiği zararın sonuçlarından bahsedilerek bilinçlendirilmesi sağlanmakta; bununla birlikte mağdur bireyin de hakkı savunulmaktadır. Denetimli serbestlik, en kısa şekilde tanımlamak gerekirse toplum temelli bir adli sistemdir. Diğer bir deyişle hükümlülerin işledikleri suç sırasında göstermiş oldukları davranışları değiştirmeyi hedefleyerek tekrar aynı suçu işlemesinin önüne geçilmesi ve zarar gören bireylerin maruz kaldıkları zararların giderilmesi ve bu yöntemle toplum refahının koruma altına alınması olarak da tanımlanabilmektedir.

Denetimli serbestlik hapis cezasının alternatifi olarak uygulanabilir. Bu sistemin başlıca iki amacı bulunmaktadır. Birincisi hükümlüyü ceza infaz kurumunda tutmak yerine buna alternatif bir yol olarak hükümlüye adli açıdan sorumluluk verilerek toplum arasındaki takibini yapmaktır. İkincisi ise aynı suçun tekrarlanmamasına yönelik, hükümlüye uygulanacak olan rehabilitasyon çalışmalarıdır. Bu bağlamda sosyal hizmet kavramını tanımlamak ve öneminden bahsetmek gerekmektedir. Sosyal hizmet; “insan hakları ve sosyal adalet ilke esaslarına dayalı, sosyal değişimi başlatan, insanların iyilik halinin artırılması amacıyla insan ilişkilerini güçlendirmeyi, özgürleştirmeyi ve problemlerin çözümünü destekleyen

ve bu amaç doğrultusunda insan davranışına ve sosyal düzene ilişkin teorilerden yararlanarak insanların etkileşim içinde olduğu çevreleriyle ortak noktalarına müdahale eden bir meslek ve disiplin” olarak tanımlanabilmektedir (2). Sosyal hizmetin temel odak noktasını çevresi içinde birey yaklaşımı oluşturmaktadır.

Uluslararası Sosyal Hizmet Uzmanları Federasyonunun (IFSW) tanımına göre sosyal hizmet mesleği, “hak ve sosyal adalet ilkeleri dahilinde birey, aile, grup ve toplulukların iyilik hallerini sağlamayı amaçlayan ve mevcut iyilik halini artırmaya yönelik çalışmaları yürüten, bireyleri güçlendirmeyi ve özgürleştirmeyi temel hedefleri arasına alan meslek grubudur” (3). Sosyal hizmet bakış açısı bireyi hem kendi çevresiyle hem de yaşadığı toplumun tarihiyle, kültürüyle, egemen ideolojisiyle, sosyoekonomik durumuyla ilişkisi içinde değerlendirmektedir (4-5). Nitekim denetimli serbestlik; psikososyal yardım tekniklerinin bireylere uygulanmasıyla sorunların ortadan kaldırılmasına, suçlunun çevresine adapte olabilmesine, sosyal ve hukuksal sorumluluk bilinci oluşturulmasına, kurallara uymak için rehberlik hizmetleri verilmesine ve suçlunun ceza süresi boyunca toplumdan uzaklaştırılmadan ve özgürlüğü kısıtlanmadan ıslah edilmesine yönelik çözüm önerileri arayan bir ceza adalet sistemidir (6). Bahsi geçen uygulama ve yöntemlerle fail formel sisteme dahil edilmemekte, işlenmiş olan suçtan

dolayı failin kendi kişiliğine kötülük atfedilmemektedir. Davranış ya da suç kötülenmektedir. Dolayısıyla fail suçlu damgasıyla damgalanmamaktadır. Böylece faile yapmış olduğu kötü davranıştan ve hatasından dönebilme, kendini düzelterek tekrar suç işlememe ve suça karışmama doğrultusunda fırsat tanınmaktadır (7). Günümüzdeki denetimli serbestlik uygulamalarının adalet sistemimize dahil edilmesi 2005 yılını bulmuştur. Ülkemizdeki denetimli serbestlik uygulamalarında çoğunlukla yetişkin suçluların ıslahıyla ilgili çalışmalara yer verilmektedir.

Denetimli serbestlik uygulamalarını kısaca özetlemek gerekirse şunları sayabiliriz:

- Adli kontrol ve adli kontrol yükümlülüklerinin uygulanması (bireyin soruşturma ve kovuşturma sürecinde cezaevinde kalması yerine belirlenen gün ve saatlerde çevresindeki en yakın karakola ya da denetimli serbestlik şubesine giderek imza vermesi gibi),
- Eğitim kurumu veya programına devam edebilme yaptırımı ya da yükümlülüğünün uygulanması (mahkemeler tarafından bireylere verilecek başlıca eğitimlerin tamamlanması ya da meslek edinme programlarına yerleştirilmesinin sağlanması gibi),
- Çalıştırma yaptırımı ve yükümlülüğünün uygulanması (hapis cezasının alternatifi olarak belirlenen konum doğrultusunda herhangi bir parkın temizliğinin ya da bir okulun boya işlerinin yaptırılması gibi),
- Özel infaz usulleri ve güvenlik tedbirlerinin uygulanması (ev hapsi gibi),
- Tedavi ve denetimli serbestlik tedbirinin uygulanması,
- Denetim, rehberlik ve psikososyal yardım hizmetlerinin uygulanması,

Değişim sürecinin etkin bir şekilde yürütülebilmesi, bireyin ve ailesinin de katılımıyla birlikte değerlendirilecek bir ön görüşme sonrasında mümkün olacaktır. Başlatılacak bu planlı değişim sürecinin iyi işletilmesini sağlayacak olan sosyal hizmet uzmanı uygulamada birtakım ilkeleri göz önünde bulundurmalıdır (8):

- Sosyal hizmet uzmanı ilk olarak dikkatini bireyin tanımını yaptığı, algıladığı ve

tecrübe ettiği biçimde bireyin sorununa ya da endişesine odaklamalıdır.

- Sosyal hizmet uzmanı, durumun bahsedilen yönlerine ve bireyi etkileyen yakın çevresine dikkat etmelidir.
- Sosyal hizmet uzmanı birden fazla seviyede müdahalede bulunabileceği bilincinde olmalıdır.
- Sosyal hizmet uzmanı farklı teknikleri, bakış açılarını ve hizmetleri uygulamaya daima hazır olmalıdır.

Sosyal çalışmacı olarak da ifade edebildiğimiz kişilerin söz konusu rehabilitasyon ve denetimlilik sürecindeki rolleri şunlardır:

- Denetimli serbestliğe tabi olan hükümlülerin rehabilite edilip topluma yeniden kazandırılması ve hükümlü bireylerin işlediği suç davranışından kurtulmasına yardımcı olmak adına rehberlik faaliyetleri.
- Şartlı olarak serbest bırakılan hükümlülerin yaşadığı toplumdaki kaynakları etkili bir biçimde kullanmaları için danışmanlık hizmeti.
- Ülke genelindeki toplum korumasını sağlamak adına proje geliştirmek, panel, sempozyum, seminer gibi etkinliklere katılım sağlamak ve sosyal politikaların oluşturulması sürecinde görev almak gibi çalışmalar yapmak.
- Adalet ve özellikle ceza infaz sisteminin içerisinde sosyal çalışmacıların yer alabilmesi, sosyal çalışmaya ihtiyacı olan tüm toplumlarda olduğu gibi hükümlü ve tutukluların da sağlanan hizmete kolayca ulaşabilmelerini sağlar.

Sonuç olarak birer sistem temsilcisi şeklinde de adlandırılacak sosyal hizmet uzmanları, hükümlü bireyler için toplumumuzda geçmişten bu yana yapılan suçlu damgasının yok edilmesi, işlediği suça bakılmaksızın bireylerin insan olmaları gerçeğini değiştirmediklerini ve rehabilitasyonları sonucunda ıslah edilerek toplumumuza kazandırılacaklarının insanlarımıza aktarılması, suçun yinelenmesinin önüne geçilebileceğini nitekim toplum korumasının ve iyilik halinin devamının sağlanması gibi önemli konuları kendilerine görevler edinmişlerdir.

19. yüzyıl ortalarına doğru suçluların cezaları için oluşturulan hapisane sistemi çoğunlukla uygulanmış, bu yöntemle toplumdaki suç oranının düşeceği ve giderek arındırılacağı düşünülmüştür. Yapılan alan çalışmaları, cezaevlerinin suç işleyen bireylere ders vermediğini ve suçlarından dolayı herhangi bir pişmanlık hissettirmediğini ifade etmektedir.

Kaynaklar

- 1) Uluğtekin, S. (1991). *Hükümlü Çocuk ve Yeniden Toplumsallaşma*. Ankara: Bizim Büro Basımevi.
- 2) Duyan, V. (2012). *Sosyal Hizmet Temelleri Yaklaşımları Müdahale Yöntemleri*. Ankara: SHUD Yayınları.
- 3) IASSW, I. IFSW (2016) *Global Agenda for Social Work and Social Development: Second Report. Promoting the Dignity and Worth of Peoples* (<https://www.iassw-aiets.org/global-agenda>).
- 4) ADAMS, Robert ve Lena Dominelli (2009). *Sosyal Hizmet Temel Alanlar ve Eleştirel Yaklaşımlar*, (çev.) T. Tuncay, Nika, Ankara.
- 5) BARBRA, Teaater (2015), *Sosyal Hizmet Kuram ve Yöntemleri: Uygulama İçin Bir Giriş*, (çev.) A. Karatay, Nika, Ankara.
- 6) Yavuz, H. A. (2012). *Denetimli Serbestliğin Türk Ceza Adalet Sistemindeki Tarihsel Gelişim Süreci*. TBB Dergisi, 100, 317-342.
- 7) Uludağ, Ş. (2011). *Onarıcı ve Cezalandırıcı Adalet: Paradigma Değişikliğini Tetikleyen Şartlar*. Polis Bilimleri Dergisi, 13(4), 127-151.
- 8) Sheafar, B. W., & Horejsi, C. J. (2014). *Techniques and Guidelines for Social Work Practice Çeviri*. Ankara: Nika Yayınları.

Türkiye’de kadına yönelik şiddetle mücadele ve kadın sığınma evleri

Dr. Öğr. Üyesi Duygu Öztürk



Hacettepe Üniversitesi Uluslararası İlişkiler Bölümünden mezun oldu (2004). 2014 yılında Bilkent Üniversitesinden doktora derecesini aldı. Türkiye Kadın Dernekleri Federasyonu (TKDF) İstanbul Temsilciliği görevini üstlenen Dr. Öztürk, halen İstanbul Medipol Üniversitesi Siyaset Bilimi ve Uluslararası İlişkiler Bölümünde görev yapmaktadır.

Her ne kadar kadına yönelik şiddetin az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin meselesi olduğu yönünde yaygın bir inanış olsa da kadına yönelik şiddet ve aile içi şiddet her ülkede karşımıza çıkan evrensel bir meseledir. Kadına yönelik şiddetin tarihinin, insanlık tarihi kadar eski olduğunu düşünmek yanlış olmayacaktır. Bununla birlikte ancak 20. yüzyıldan itibaren kadına yönelik şiddet, özellikle de aile içi şiddet bir özel alan meselesi olmaktan çıkmış ve kamusal alan meselesi olarak değerlendirilmeye başlanmıştır. Kadına yönelik şiddetin bir kamusal alan meselesi olarak değerlendirilmesi yani politik bir mesele olarak görülmesi ve yaygınlaştırılmasında özellikle ikinci dalga feminizmin ve kadın hareketinin etkisi büyüktür (1).

Bir kamusal alan meselesi olan, aynı zamanda halk sağlığı sorunu olarak da değerlendirilen kadına yönelik şiddetle mücadelede Birleşmiş Milletler, Dünya Bankası ve Dünya Sağlık Örgütü başta olmak üzere çok sayıda uluslararası örgüt de yer almaktadır. Uluslararası örgütler, devlet kurumları ve sivil toplum örgütleri ile iş birliği yaparak, kadına ve kız çocuklarına yönelik şiddetle mücadele etmeye destek vermekte, kadının insan haklarının korunması konusunda evrensel bir yaklaşımın oluşturulmasına öncülük etmektedirler.

Kadına yönelik şiddetin dünya genelinde yaygınlığı ve tarihinin çok eski olduğunun bilinmesi ile birlikte güvenilir rakamlara ulaşmak çok kolay değildir. Bu durumda birçok faktörün etkisi vardır. Örneğin şiddetin kavramsallaştırılmasının modern dünyanın bir tanımlaması olması, geçen zamanla birlikte değişen etik ve ahlaki değerlerin şiddetin tanımıyla birlikte şiddet türlerini genişletmesi ve insanlar arasında şiddete yönelik farkındalığın zaman içerisinde değişiyor olması kadına yönelik şiddete dair verilerin güvenilirliğini etkilemektedir (2). Fakat bununla birlikte kadına yönelik şiddete dair yapılan saha araştırmalarıyla oluşturulan veriler, şiddetin yaygınlığı ve nedenleri konusunda bilgi sağlamakta ve şiddetle mücadelede hükümetlerin etkili politikalar üretmeleri için hayati öneme sahip olmaktadır.

Kadına yönelik şiddet meselesinde en güvenli yer diye bilinen ev, çoğu kadın için en güvensiz mekâna dönüşmektedir. Kadına yönelik şiddetin ağırlıklı olarak hane içinde, çoğunlukla da eşlerden veya baba, dede ya da abiden geldiği görülmektedir. Dünya genelinde kadınların ortalama %35’i hayatları boyunca fiziksel ya da cinsel şiddete maruz kaldıklarını belirtmektedir (3). Bu oran ulusal düzeyde yapılan farklı çalışmalarda %70’lere kadar çıkabilmektedir. Hane içi şiddetin en vahim noktasını kadın cinayetleri oluşturmaktadır. Birleşmiş Milletler, 2017 yılında cinayete kurban

giden kadınların sayısını 87 bin olarak açıklamıştır. Bu sayının %58’i yani 50 binden fazlası eşi ya da başka bir ailesi üyesi tarafından öldürülen kadınlardır (4).

Aile içi şiddetin hangi şartlarda daha yaygın olarak ortaya çıktığını anlamaya çalışan çok sayıda ulusal ve uluslararası araştırma mevcuttur. Farklı faktörler üzerinden açıklamalar yapan çalışmalar, şiddet uygulayan erkek ve şiddet gören kadın için belli prototipler önerememektedir. Bu durum, aile içi şiddetin aslında toplumun her kesiminde ve dünyanın her yerinde ortaya çıkabileceğini göstermektedir. Bununla birlikte çalışmalar, küçük yaşlarda şiddete maruz kalmanın hayatın daha sonraki aşamalarında şiddet uygulama ihtimalini önemli şekilde artırdığını göstermektedir. Birleşmiş Milletler ve Promundo’nun 2016 yılında yaptıkları bir araştırmaya göre, babalarının annelerine şiddet uyguladığını gören ve kendisi de şiddete uğrayan erkek çocukların yetişkin hayatlarında eşlerine ve çocuklarına şiddet uygulama eğilimlerinin yüksek olduğu görülmüştür (5).

Hangi kadınlar daha çok şiddete maruz kalmaktadır sorusu da dünya genelinde çok sayıda çalışmada araştırılmıştır. Bu bakımdan eğitim, yaş, yerleşim yeri ve ekonomik bağımsızlık gibi çeşitli faktörler üzerinde durulmaktadır. Farklı yerel çalışmalar şiddetin hangi ortamlarda daha sık karşımıza çıktığı ve hangi faktörlerin şiddete maruz kalmayı kolaylaştırdığı



yönünde farklı sonuçlara ulaşmaktadır. Diğer bir deyişle, eğitim düzeyi ve sosyoekonomik statüsü yüksek, şehirli kadın aile içi şiddete uğramamaktadır gibi bir yargı her çalışmada bilimsel olarak doğrulanamamaktadır. Bu da şu sonucu doğurmaktadır: Toplumun her kesiminde hane içi şiddet görülebilmektedir, nerede daha fazla veya az olduğunu ise ortaya çıkarmak aslında çok kolay değildir.

Şiddet verileri kişisel beyan üzerinden oluşturulduğu için kadınların maruz kaldıkları şiddeti beyan etmeleri ve şiddet türlerinin farkında olmaları büyük önem taşımaktadır. O nedenle kadınların hane içinde maruz kaldıkları şiddetin farkında olmaları kadar, bu şiddeti dile getirmede açık davranmaları da büyük önem taşımaktadır. Bazı kadınlar uğradıkları şiddeti farklı sebeplerle -özellikle utanma, sosyal baskı, sosyal statü, çaresiz hissetme gibi- saklayabilmektedir. Bu durumla birlikte, farklı şiddet türlerinin farkında olmak, şiddete maruz kaldığını dile getirdikten sonra yasalar ve kurumlar tarafından korunacağını bilmek de şiddetin beyan edilmesini kolaylaştırmaktadır. Çünkü çoğu kadın şiddete maruz kaldığını söyledikten sonra bu durumu cezalandıran, kadını koruyan yasaların ve kurumların eksikliğinden beyanı sonrasında yalnızlaşacağını düşündüğü için çoğu zaman yaşadığı şiddeti dile getirmekten kaçınmaktadır.

Bu bakımdan gelişmiş ülkelerde şiddet üzerine yapılan araştırmalarda kadına yönelik şiddetin beklenenin aksine yüksek düzeylerde çıkması, kadınların şiddet konusunda yüksek farkındalıkları ile birlikte yasal ve kurumsal koruma ve destek ile de ilgilidir. Aynı zamanda kadına yönelik şiddeti meşrulaştıran ya da haklı gösteren ataerkil toplum yapısı, gelenekler ve toplumsal alışkanlıklar da şiddetin beyan edilmesini olumsuz etkileyen temel faktörler arasında yer almaktadır.

Kadına yönelik şiddet, aynı zamanda temel insan haklarının da ihlalidir. Bununla birlikte, kadınların eşit şartlarda ve haklarla hayatın her alanına katılımının desteklenmesi ve sağlanması, sürdürülebilir kalkınma için büyük önem taşımaktadır. Kadına yönelik şiddet önlenmeden kadınların insan haklarının korunması, eşit şartlarda hayata katılımları mümkün olamamaktadır. Bu durumun da farkındalığıyla çok sayıda uluslararası örgüt, kadına yönelik şiddet ile mücadelede yerlerini net olarak belirlemiştir. Uluslararası anlaşmalar bakımından kadına yönelik şiddetle mücadele için iki önemli sözleşme mevcuttur. İki Birleşmiş Milletler Kadınlar Karşı Her Türü Ayrımcılığın Ortadan Kaldırılması Sözleşmesi (CEDAW) (1979), ikincisi ise İstanbul Sözleşmesi olarak da anılan Kadına Yönelik Şiddet ve Aile İçi Şiddetin

Dünya Bankasının 2019 verilerine göre, dünya genelinde kadınların %35'i hayatları boyunca fiziksel ya da cinsel şiddete maruz kaldıklarını belirtmiştir. Bu oran, ulusal düzeyde yapılan farklı çalışmalarda %70'lere kadar çıkabilmektedir. Hane içi şiddetin en vahim noktasını kadın cinayetleri oluşturmaktadır. Birleşmiş Milletler, 2017 yılında cinayete kurban giden kadınların sayısını 87 bin olarak açıklamıştır. Bu sayının %58'i yani 50 binden fazlası eşi ya da başka bir ailesi üyesi tarafından öldürülen kadınlardır.

Önlenmesi ve Bunlarla Mücadeleye Dair Avrupa Konseyi Sözleşmesi (2011)'dir. BM'ye üye ülkelerin önemli çoğunluğu CEDAW'ı imzalanmış olsa da dünya genelinde uygulamalarda önemli eksikliklerin devam ettiği görülmektedir.

Türkiye'de Kadına Yönelik Şiddet

Dünya genelinde olduğu gibi Türkiye'de de kadına yönelik şiddet, uzun yıllar bir özel alan meselesi olarak değerlendirilmiştir. Konu, ancak 1980'li yılların ikinci yarısında kamusal alan meselesi olarak değerlendirilmeye başlanmıştır. Bu durumda 1987 yılında İstanbul'da yapılan Dayığa Karşı Dayanışma Yürüyüşü'nün önemi büyüktür. Yaklaşık 2 bin 500 kadının bir araya geldiği yürüyüşün sebebi, Çankırı'da bir hâkimin dayak nedeni ile kocasından boşanmak isteyen bir kadının davasını "kadının sırtından sopayı, karnından sıpayı eksik etmemeli" diyerek reddetmesidir (6). Bu tarihten itibaren aile içi şiddet kadın örgütlerinin kamusal alanda mücadele verdikleri temel meselelerden biri haline gelmiştir. Kadına yönelik şiddetin yasa yapıcılarca kamusal alan meselesi olarak değerlendirilmesi biraz daha zaman almış, bu durum ise kadına yönelik şiddetle mücadele etmede politika üretilmesini ve yasal düzenlemeleri geciktirmiştir.

Türkiye'de kadına yönelik şiddet üzerine ulusal çapta yapılmış araştırma sayısı oldukça azdır. Ayşe Gül Altınay ve Yeşim Arat'ın 2006-2007 yılları arasında yürüttükleri, nitel ve nicel verilerden oluşan araştırma Türkiye genelinde kadına yönelik şiddet üzerine yapılan ilk çalışmalarındandır. Bu araştırmaya göre, Türkiye'de her üç kadından biri fiziksel şiddete maruz kalmaktadır (7). Türkiye İstatistik Kurumunun 2014 yılında gerçekleştirdiği araştırmada ise kadınların %35'i eşlerinden ya da partnerlerinden fiziksel şiddet gördüklerini söylemişlerdir. Benzer bir şekilde Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü'nün rakamlarına göre kadınların %42'si şiddet gördüğünü söylemiştir (8). Bu rakamlara psikolojik, ekonomik ve cinsel şiddet verileri de eklenince oranlar önemli derecede artış göstermektedir. Bu araştırmalar beyana dayalı araştırmalar olduğu için, istatistiksel olarak şiddet oranları; şiddetin farkında olma, maruz kalınan şiddeti kabullenmeme ve aile içi şiddeti ifade etmekten kaçınmama gibi durumlardan doğrudan etkilenmektedir.

Dünya geneline benzer şekilde Türkiye'de de aile içi şiddetin en vahim noktasını kadın cinayetleri oluşturmaktadır. Kadın cinayetlerine dair rakamlar herhangi bir resmi kurum tarafından sağlanmamaktadır. Rakamlar sivil toplum örgütlerinin basına yansıyan haberlere dayanarak oluşturdukları bir istatistiki bilgidir. Basına yansımayan cinayetlerin de olduğu düşüncesiyle, aslında rakamların verilen istatistiklerden daha fazla olabileceği fikri de doğmaktadır. 2017 yılında kayıtlara geçen kadın cinayetleri sayısı 409'dur (9). 2018 yılında ise bu rakam 440 olmuştur (10). Kadın cinayetleri meselesinde en can alıcı nokta cinayetlerin artarak devam ediyor olmasıdır. 2008 yılında istatistiklere 80 olarak yansıyan sayı, 2018 yılında 400'leri geçmiştir. 2008 yılından 2018 yılı başına kadar en yakınındaki erkekler tarafından hayatına son verilen kadınların sayısı ise 2 bin 337 olmuştur (11). Kadın cinayetleri gerçekten artıyor mu, yoksa toplumsal görünürlüğü mü artıyor sorusuna farklı cevaplar verilse de öldürülen kadın sayıları konusunda farklı veriler sunulsa da hiçbir kadın cinayeti başta olmak üzere kadına yönelik şiddetin, önlenmesi gereken toplumsal bir mesele olduğu gerçeğini değiştirmemektedir.

Türkiye'de Kadına Yönelik Şiddeti Önlemede Yasal ve Kurumsal Düzenlemeler

1987 yılındaki yürüyüş ve yürütülen "Dayığa Hayır" kampanyası ile aile içi şiddet, farklı platformlarda kamuoyunun gündeminde yer almaya başlamış ve nihayetinde siyasilerin de gündemlerine girmiştir. Kadına yönelik şiddet ve de aile içi şiddetle mücadelede öncelikli öneme sahip olan yasal düzenlemeleri değerlendirmek gerekir. Bu bağlamda, kadına yönelik şiddetle mücadelede en önemli yasal düzenlemelerden birisi 1998 yılında yürürlüğe giren 4320 sayılı Ailenin Korunmasına Dair Kanun'dur. Her ne kadar ailenin korunmasına dair kanun olarak geçse de aslında aile içi şiddetin önlenmesi ve şiddet görenlerin korunmasına dair bir kanundur. Sonrasında 2001 yılında yenilenen Medeni Kanun, 2004 yılında yenilenen Ceza Kanunu ve aynı dönemlerde yeniden düzenlenen bazı anayasa maddeleri; toplumsal cinsiyet eşitliğini gerçekleştirmeye, aile içi şiddetle mücadele etmeye ve önlemeye dair yasal düzenlemelerdir (12). Devlet düzeyinde kadına yönelik şiddetle mücadelede kritik önem

taşıyan adımlardan bir diğeri, Temmuz 2006'da yayınlanan Çocuk ve Kadınlara Yönelik Şiddet Hareketleriyle Töre ve Namus Cinayetlerinin Önlenmesi için Alınacak Tedbirler başlıklı başbakanlık genelgesidir. Kadına yönelik şiddetle mücadelenin bir devlet politikası halini aldığı genelgede, şiddeti önleme ve şiddet gören kadın ve çocukların korunmasına dair alınacak tedbirler, sorumlu kurumlar, koordinasyon ve iş birlikleri belirtilmiştir (13).

Türkiye, kadına yönelik şiddetle mücadelede taraf olduğu uluslararası anlaşmalardan doğan sorumluluklarını yerine getirecek şekilde de yasal düzenlemeler yapmıştır. 2012 yılında 6284 sayılı "Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun" yürürlüğe girmiştir. Bu kanun kadına yönelik şiddetin önlenmesi ve şiddete maruz kalan kadının korunması için yapılacakları, kimlerin sorumlu olduğunu ve alınacak tedbirleri detaylı bir şekilde ortaya koymuştur.

Yasal düzenlemelerin yanı sıra kadına yönelik şiddetle mücadeleyi kurumsallaştırma adına devlet organlarında düzenlemeler yapılmıştır. Bu bağlamda, 1990 yılında Başbakanlık Kadının Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü (KSSGM) kurulmuş, 2004 yılında Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü (KSGM) olarak yeniden yapılandırılmıştır. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı altında yer alan KSGM, bakanlık düzeyindeki düzenlemeler sonucunda Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı altında yer almaya başlamıştır. Ayrıca kadın konukları adı altında kadın sığınma evleri açılmaya başlanmış, Şiddet Önleme ve İzleme Merkezleri (ŞÖNİM) ile Aile Danışma Meclisleri, Toplum Merkezleri kurulmuştur.

Türkiye'de Kadın Sığınma Evlerinin Durumu

Aile içi şiddetle mücadelede, şiddetin önlenmesi ve tamamen ortadan kaldırılması için siyasi otoritenin kararlılığı, bu yönde yapılan yasal düzenlemeler ve bu yasal düzenlemelerin uygulamaya yansımaları meselenin bir yüzünü oluştururken; şiddete maruz kalan kadının ve varsa çocuklarının şiddet ortamından uzaklaştırılması, şiddetten uzak ve güvenli bir yaşam alanında korunmaya ve rehabilitasyona alınması meselenin diğer yüzünü oluşturmaktadır. Şiddet



gören kadın korunabileceğini bildiği surette şiddetin dile getirilmesi daha kolay olacak ve bu durum doğrudan aile içi şiddetle mücadeleyi daha etkili kılacaktır. Bu bakımdan kadın sığınma evleri aile içi şiddetle mücadelede önemli yere sahiptir. İsmi ister sığınma evi olsun, ister sığınak ya da kadın konukevi veya misafirhane olsun; asıl önemli olan bu yerlerin şiddet mağduru kadın ve çocukların şiddetten uzaklaştırıldığı, hayati tehlikelerinin ortadan kaldırıldığı ve hayata yeniden sağlıklı bireyler olarak dönebilmeleri için psikolojik ve mesleki destek başta olmak üzere gerekli desteğin sağlandığı mekanlar olmalarıdır.

Türkiye’de kadın sığınma evlerinin açılması, hem cinsiyete dayalı şiddete karşı oluşan kadın hareketinin hem de Avrupa Birliği üyeliği sürecinde Türkiye’nin gerçekleştirdiği yasal değişikliklerin ortak ürünüdür (14). Aile içi şiddete maruz kalan kadınların şiddetten uzaklaştırılması ve korunmasında sığınma evleri düşüncesi 1980’ler sonrasında şiddete hayır kampanyası döneminde, kadın hareketi tarafından somut önlem olarak benimsenmiştir (15). Daha sonraki dönemlerde kadına yönelik şiddetle mücadelede ortaya konan siyasi irade

ve yasal düzenlemelerde Türkiye’nin Avrupa Birliği üyelik sürecinin etkisi yadsınamayacak değerdedir.

Türkiye’deki ilk kadın sığınma evleri belediyeler ve sivil toplum örgütleri tarafından kurulmuştur. Bu bağlamda 1990’lı yılların başında İstanbul Bakırköy ve Şişli Belediyeleri ilk kadın sığınma evlerini açan belediyeler olmuşlardır (16). Sivil toplum ayağında ise, aile içi şiddeti görünür kılmak, sorgulamak ve aynı zamanda şiddet gören kadına destek vermek için sığınma evi açma amacıyla aynı dönemde İstanbul’da Mor Çatı, Ankara’da Kadın Dayanışma Vakfı kurulmuştur. Kadın Dayanışma Vakfı, Altındağ Belediyesinin desteğiyle, Mor Çatı ise devlet desteği ile ilk kadın sığınaklarını açmışlardır (17). Sivil toplum kuruluşları, yönetmekte oldukları kadın sığınma evleri için dönem dönem maddi sıkıntılar yaşamış, farklı kamu ve özel paydaşlardan destek alarak sığınakları açık tutmak için üstün çaba sarf etmişler ve hala zorlukların üstesinden gelmeye devam etmektedirler. Belediyeler ve sivil toplum kuruluşlarının yanı sıra Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığına bağlı kadın konuk evleri ile valilik ve il özel idarelerinin de kadın sığınma evleri mevcuttur.

Şiddet verileri kişisel beyan üzerinden oluşturulduğu için kadınların maruz kaldıkları şiddeti beyan etmeleri ve farklı şiddet türlerinin farkında olmaları büyük önem taşımaktadır. O nedenle kadınların hane içinde maruz kaldıkları şiddetin farkında olmaları kadar, bu şiddeti dile getirmede açık davranmaları da büyük önem taşımaktadır. Bazı kadınlar uğradıkları şiddeti farklı sebeplerle -özellikle utanma, sosyal baskı, sosyal statü, çaresiz hissetme gibi- saklayabilmektedir.

2018 yılı verilerine göre, Bakanlığa bağlı 110, belediyelere bağlı 32, Göç İdaresi Genel Müdürlüğüne bağlı 1 olmak üzere toplamda 3.454 kapasiteli 144 kadın sığınma evi bulunmaktadır. Nüfusa oranla bakıldığında 8 bin üzerinde yatak kapasitesi olması gerektiğinden, sığınma evlerinin kapasitelerinin ihtiyacın altında kaldığı kolaylıkla fark edilmektedir.



2005 yılında kabul edilen 5393 sayılı Belediye Kanunu'nun 14. maddesinde belirtildiği üzere, büyükşehir belediyeleri ile nüfusu 100 binin üzerindeki belediyeler, aile içi şiddet mağduru kadınlar ve çocuklar için konukevi açmakla yükümlüdür. Fakat bu kategoride yer alan çoğu belediyenin sığınma evi bulunmamakta, sığınma evi olanların ise kapasiteleri yetersiz kalmaktadır. Kanun, bu belediyeler dışında kalan belediyeler için de hizmet önceliklerini değerlendirerek kadınlar ve çocuklar için konukevi açabileceklerini belirtmektedir.

2018 yılı verilerine göre, Bakanlığa bağlı 110, belediyelere bağlı 32, Göç İdaresi Genel Müdürlüğüne bağlı 1 olmak üzere toplamda 3454 kapasiteli 144 kadın sığınma evi bulunmaktadır (18). Nüfusa oranla bakıldığında 8 bin üzerinde yatak kapasitesi olması gerektiğinden,

sığınma evlerinin kapasitelerinin ihtiyacın altında kaldığı kolaylıkla fark edilmektedir. Ayrıca kanuna göre 237 belediyede sığınma evi olması gerekirken, sadece 32 belediyede sığınma evi bulunmaktadır (19). Kanuna rağmen belediyeler tarafından açılan sığınma evi sayısının çok düşük kalmasının temel nedenleri, yaptırım olmaması ve belediyelerin sığınma evleri ile fazladan bir mali yükümlülük ve sorumluluk altına girmede isteksiz olmalarıdır.

Kadın sığınma evlerinin sayısal yetersizliği ile birlikte, niteliksel durumları da aile içi şiddetle mücadelede sığınma evlerinin yerini etkilemektedir. Hem sığınma evi çalışanlarının hem de sığınma evleri ile iletişim ve iş birliği halinde olan kolluk kuvvetleri ve hastane personelleri başta olmak üzere farklı paydaşların şiddet, toplumsal cinsiyet eşitliği, yasal düzenlemeler

ve uygulama aşamaları hakkında yeterli bilgiye sahip olmaları gerekmektedir. Kocasından şiddet gören ve polise başvuran kadının, yasalar ve koruma hakkında doğru yönlendirilmesi ve yalnızlaştırılmaması, sığınma evlerinin gizliliğine ve sığınma evlerindeki kadınların kimlik karartma uygulamalarına azami derecede dikkat edilmesi gerekmektedir. Sığınma evlerinin yerlerinin, hem orada kalan kadınlar ve çocukların hem de bulunduğu mahallenin güvenliği için gizli tutulması gerekmektedir. Fakat birçok yerde sığınma evlerinin yerleri bölge insanları tarafından bilinmekte, gizliliğe dikkat edilmemektedir. Bu durum güvenlik açığı ortaya çıkararak, sığınma evlerinin aile içi şiddetle mücadelede etkinliğini zayıflatmaktadır. Kadın sığınma evlerinin hem sayısı hem de nitelikleri artırılarak aile içi şiddetle mücadelede daha etkin bir pozisyona gelmeleri sağlanabilir.



Sonuç

Aile içi şiddetle mücadelede ve şiddet mağduru kadın ve çocukların korunmasında kadın sığınma evlerinin yeri vazgeçilmezdir. Sığınma evlerinin açılması konusunda siyasi idarenin varlığı ve gerekli yasal düzenlemeler ilk adımı oluşturmaktadır. Ülkemizde yasal düzenlemeler bakımından herhangi bir eksikliğin olmadığı söylenebilir. Sıkıntılarının yasal düzenlemelerden ziyade, uygulama süreçlerinde yaşandığını söylemek yanlış olmayacaktır.

Sığınma evleri, aile içi şiddet mağduru kadın ve çocukların öncelikle şiddet ortamından uzaklaştırılmasını ve onları sığınma evi sonrasındaki hayata hazırlama hedefini taşımaktadır. Aile içi şiddetle mücadelede kadın sığınma evlerinin etkinliklerinin artırılması, şiddetsiz aile ve şiddetsiz bir topluma ulaşmak için

azami değere sahiptir. Bu açıdan kadın sığınma evlerinin eksiklikleri, güçsüz yanları ortaya çıkarılmalı, dünya genelinde benzer yapılarıdaki toplumlardan etkin örneklerle bakılarak düzenlemeler yapılmalıdır. Kadın sığınma evlerinin sayıları nüfusun oranına uygun şekilde artırılmalı, kapasiteleri geliştirilmelidir.

Sığınma evi çalışanları başta olmak üzere kamu ve özel paydaşların şiddetle mücadele, toplumsal cinsiyet eşitliği ve yasal düzenlemeler hakkında bilgi düzeyleri artırılmalıdır. Paydaşlar arasındaki koordinasyon da kadın sığınma evlerinin etkinliğini artıracaktır. Bu bakımdan hastane, kolluk kuvvetleri, bakanlık, ilgili kadın dernekleri, sivil toplum kuruluşları ve barolar arasındaki iletişim ağları genişletilmeli ve derinleştirilmelidir. Birçok şiddet vakası, ilk başvuru yerlerinden olan hastane ya da kolluk kuvvetlerinin yetersiz ya da yanlış bilgilendirmesi ile sessizliğe gömülmekte, şiddet karşısında bir kadın daha yalnızlaşmakta ve belki de bir kadın cinayeti daha yaşanmaktadır. Özellikle alan çalışmaları yapan sivil toplum kuruluşları, kamu kurumları ve belediyelerin bilgi alışverişleri, deneyim paylaşımları ve ortak hareket etmeleri desteklenmelidir. Aile içi şiddetle mücadelede devlet kurumlarının ve hükümetlerin kararlılığı, aynı zamanda yeterli kaynak aktarımı bu mücadelenin etkinliğini artıracaktır.

Bütün bunların yanı sıra, en az bu kapasite geliştirici adımlar kadar önemli olan bir diğer önlem ise, kamuoyunun sığınma evleri hakkındaki yanlış ve olumsuz düşüncelerinin değiştirilmesidir. Sığınma evlerinin boşanmaları artırdığı dolayısıyla aile bütünlüğünü bozduğu algısı hem kamuoyunda hem de uygulayıcılarda görülebilmektedir. Şiddetin olduğu ailelerde aile bütünlüğünün olmadığı ve sığınma evlerinin amacının şiddet gören kadın ve çocukları korumak olduğu unutulmamalıdır. Bu bağlamda amacın şiddetten arınmış ailelerin desteklenmesi olduğu vurgulanmalıdır.

Kaynaklar

- 1) *Feminizmin tarihsel gelişimi için bkz. J. Donovan, Feminist Teori. İletişim Yayınları, 2015*
- 2) *Şiddet üzerine kısa bir kavramsal tartışma için bkz. G. Çelik, Öldüren Erkek(lik)ler. Nota Bene Yayınları, 2017*
- 3) *Gender Based Violence (Violence against Women and Girls) http://www.worldbank.org/en/topic/socialdevelopment/brief/violence-against-women-and-girls (Erişim Tarihi: 20.06.2019)*

4) *United Nations Office on Drugs and Crime, Global Study on Homicide 2018, s: 10. https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/GSH2018/GSH18_Gender-related_killing_of_women_and_girls.pdf (Erişim Tarihi: 22.06.2019)*

5) *UN Women and Promundo, Understanding Masculinities: Result from the International Men and Gender Equality Survey (Images) Middle East and North Africa Egypt, Lebanon, Morocco, Palestine, s: 16. https://imagesmena.org/wp-content/uploads/sites/5/2017/05/IMAGES-MENA-Multi-Country-Report-EN-16May2017-web.pdf (Erişim Tarihi: 22.06.2019)*

6) A. G. Altınay ve Y. Arat, *Türkiye'de Kadına Yönelik Şiddet. Punto Baskı, 2008, s:17*

7) A. G. Altınay ve Y. Arat, *Türkiye'de Kadına Yönelik Şiddet. Punto Baskı, 2008*

8) Ş. Toktaş ve Ç. Diner, "Shelters for Women Survivors of Domestic Violence: A View from Turkey, Women's Studies, Cilt 44, s: 611, 2015.

9) *Kadın Cinayetlerini Durduracağız Platformu 2017 Veri Raporu. http://kadincinayetlerini-durduracagiz.net/veriler/2845/kadin-cinayetlerini-durduracagiz-platformu-2017-veri-raporu (Erişim Tarihi: 28.6.2019)*

10) *Kadın Cinayetlerini Durduracağız Platformu 2018 Veri Raporu. http://kadincinayetlerini-durduracagiz.net/veriler/2869/kadin-cinayetlerini-durduracagiz-platformu-2018-veri-raporu (Erişim Tarihi: 28.6.2019)*

11) *Son 10 Yılda 2337 Kadın Şiddet Görevi Haya-tını Kaybetti. https://www.ntv.com.tr/kadina-siddet/son-10-yilda-2337-kadin-siddet-gorev-hayatini-kaybetti,IlrCsnm8G0KFBXRnyWuE8A (Erişim Tarihi: 28.6.2019)*

12) H. H. Çalı, "Aile İçi Şiddet: Bir Kamu Politikası Analizi," *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Cilt 16, No 2, s: 19, 2012*

13) *http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2006/07/20060704-12.htm (Erişim Tarihi: 30.06.2019)*

14) Ş. Toktaş ve Ç. Diner, "Shelters for Women Survivors of Domestic Violence: A View from Turkey, Women's Studies, Cilt 44, s: 620, 2015

15) A. G. Altınay ve Y. Arat, *Türkiye'de Kadına Yönelik Şiddet. Punto Baskı, 2008, s: 18*

16) Ş. Toktaş ve Ç. Diner, "Shelters for Women Survivors of Domestic Violence: A View from Turkey, Women's Studies, Cilt 44, s: 620, 2015

17) A. G. Altınay ve Y. Arat, *Türkiye'de Kadına Yönelik Şiddet. Punto Baskı, 2008, s: 21-22*

18) *Bakanlıktan "137 Sığınma Evi Yetmiyor" Haberi Açıklama. http://www.milliyet.com.tr/bakanlik-tan-137-siginma-evi-yetmiyor-ankara-yerelhaber-3018269/ (Erişim Tarihi: 10.07.2019)*

19) *Türkiye'de Kadın Sığınma Evlerinin Durumu. https://www.ntv.com.tr/kadina-siddet/turkiyede-kadin-siginmaevlerinin-durumu,j20-010ZIEWJr1wpKZveIQ (Erişim Tarihi: 11.07.2019)*

Prof. Samastı: Bugünün tıbbi fitratımıza aykırı ilerliyor

Ömer Çakkal

Istanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Mustafa Samastı ile SD Dergisi için bir röportaj gerçekleştirdik. Yarım asırlık akademik tecrübesi, uzun yıllara dayanan yöneticilik deneyimi, sendikacılık ve STK faaliyetleri ile Samastı Hoca değerli bilgilerini SD okurları ile paylaştı.

Mustafa Hocam öncelikle sizi kısaca tanıyabilir miyiz? Ailenizden, çocukluğunuzdan bahsedebilir misiniz?

Trabzon kökenli bir aileden geliyorum. Ailem 1950'de Trabzon'dan batıya doğru gelmiş. Ben Sakarya'da dünyaya geldim. Çocukluğum 5 yaşına kadar bir köyde geçti. Babam imamlık yapıyordu. Farklı farklı yerlere giderdik. Trakya'da ilkokulu okudum. Sonra ailem İstanbul'a göç etti. Vefa Lisesinde ortaokulu tamamladım. Sonrasında ise Cerrahpaşa Tıp Fakültesi yolculuğum başladı.

Cerrahpaşa Tıp Fakültesindeki eğitiminiz nasıl geçti? Kimlerden ders aldınız, arkadaşlarınız arasında kimler vardı?

1969-1970 yılında Cerrahpaşa'ya girdim. Okul, İstanbul tıptan yeni ayrılmıştı. O dönemde kadrosunda Ekrem Kadri Unat, Meliha Terzioğlu, Ayhan Songar, Feyyaz Berkay gibi çok güçlü, dönemin önde gelen hocaları vardı. Efsane hocalardı gerçekten. Onlar bizlere çok değer kattılar. Farklı bakış açıları ve yönetim tarzları vardı. Bazı hocalar yüzeysel, bazı hocalar da çok derin konulara girebiliyorlardı. Kendimize ortalama bir ayar tuturmaya çalıştık.

Akademik ve mesleki yaşamınız nerede geçti? Bu süreci nasıl değerlendirirsiniz?

Cerrahpaşa'dan mezun olduğumda mikrobiyoloji ana bilim dalında çalışmaya başladım. Ekrem Kadri Hoca'nın tavsiyesi ile Edirne Tıp Fakültesine gitmiştim. Tıp tarihini araştırmak istiyordum. Hoca bana tavsiyelerde bulundu. Tıp tarihi derslerinde bana ters gelen anlatımlar görmüştüm. Hocalarla takışmalarım olmuştu. Ekrem Kadri Hoca bana hak verdi. "Geçimini sağlayacak bir mesleğin olsun, tıp tarihiyle de ilgilenirsin" dedi ve beni arşiv memuru kadrosuyla işe başlattı. Ben de uysal bir insandım, kabul ettim. Edirne Tıp Fakültesi yeni kurulmuştu, orada açılan bir kadroyla asistan olarak işe başladım. Edirne Tıp'ta önce temel bilimlerde kadro açmışlardı, daha sonra da klinik bilimlerde yer açılınca o kadroya müracaat ettim. İç hastalıkları ana bilim dalını kazandım. Bunu duyan Ekrem Kadri Onat Hoca bana küstü. Hoca bana küsünce ben de dayanamadım, vazgeçtim. Yine aynı ana bilim dalında çalışan Fuat Vural, Edirne Tıp Fakültesinin dekanıydı. Vazgeçtiğimi duyunca o da bana küstü. Böyle bir süreçten sonra mikrobiyolojide kaldım. Ben kliniğe niyetlenmişim, nasipte temel bilimler varmış. Ben başladığımda sadece laboratuvar kliniği vardı. Bizler enfeksiyon kliniğini açtık. O kliniğin nöbetini ilk ben tuttum, asistanken. Mikrobiyoloji ve enfeksiyon hastalıkları bir aradaydı. Ben askerlik hariç 2015'e kadar Cerrahpaşa'da kaldım. Edirne Tıp Fakültesi, Cerrahpaşa'nın içindeydi. 2011 yılında Medeniyet Üniversitesinden

kurucu dekanlık teklif edildi. Ben kabul etmedim. Olmamak için direndim. Bu işi daha iyi yapacak bir isim önerdim. O arkadaşla pek sıcak bakmadılar ve görevi kabul etmem için ısrar ettiler. Ben de kurucu dekanlığı kabul ettim. 2015 ile 2018 yılları arasında kurucu dekanlık yaptım. YÖK vekaleten dekanlık olayına sıcak bakmayınca ben de Cerrahpaşa'ya geri döndüm. İhsan Karaman Hoca'nın rektörlüğünde tekrar açılan kadro ile Medeniyet Üniversitesine geçerek dekanlık görevine devam ettim. 2018 yılında da yaştan dolayı emekli oldum. Şu an sözleşmeli olarak mikrobiyoloji ana bilim dalı öğretim üyesi görevimi sürdürüyorum. Meslekte 45. yılımdayım.

Çok teşekkürler Hocam. Müsaadenizle sizinle ülkemizde tıp eğitiminin dün, bugün ve yarınını biraz konuşmak isteriz. Bu noktada birkaç cümleyle neler söylersiniz?

Eski tıp eğitiminin klasik, kozmopolit tek tip bir eğitimi vardı. Dünün tıbbında sınırlı sayıda tıp fakültesi vardı. 1933 yılında İstanbul Üniversitesindeki reform ile tıp fakültesi kuruldu. Ardından 1945'te Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi açıldı. Sonra onlara İzmir, Trabzon, Erzurum ve Diyarbakır eklendi. Geldiğimiz noktada aşağı yukarı 70 tıp fakültesi açıldı. Bu durumun hem olumlu hem de olumsuz taraflarına değinecek olursak; başlangıçta çok nitelikli, duayen hocalar vardı. Birdenbire fakültelerin sayısı artınca akademisyenlik tecrübesi olmayan yeni mezunlar göreve başladılar. Bugünse hiç üniversite tecrübesi olmayan, Sağlık



Fotoğraflar: Ufuk Karatoprak

Bakanlığı hastanelerinde çalışırken dışardan doçent unvanını almış kişilerin akademik kadrolara geçmesi ile ortaya çıkan çok ittifaklı kültürün sıkıntılarını çekiyoruz. Hocalık yapmamış, öğrencisi olmamış arkadaşlar bir anda doçent ve profesör kadrosunda yerini alıyor. Geçtiğimiz yıllarda hazırlanan çekirdek eğitim programları ile tıp eğitiminin dağınık yapısına müdahale edildi. Yani tıp fakültelerinin asgari seviyede bir ortak noktada buluşmaları bununla beraber kendi özgü fikirlerini de koruması istendi. Şu an o çekirdek eğitim programlarında yapay zekâ önemli bir yer alacak gibi gözüküyor. Hocalık, çok minimal düzeye düşecek gibi görünüyor. Belki de kurumsal yapıların da anlamının azaldığı, yetenek ve kabiliyetlerin öne çıkacağı bir yere giriyoruz. Dün; sorgulanmayan bir tıp, sorgulanmayan bir hocalık sistemi vardı. Bugün artık gerek altyapının, gerek sistemin buna uygun olması gerekiyor. Artık amfi derslerinde teorinin önemi azalıyor; bunun yerine bire bir usta-çırak ilişkisi önem kazanıyor. Sanayi devriminden sonra ortaya çıkan gelişmelere bilgi çağı denildi ama biz o bilgi çağını yanlış düşündük. Bilgi sahibi olmak büyük bir şey olarak gözüktü fakat bilgi sahibi olmanın bir önemi yok. Düşünce ve fikir sahibi olmak daha kıymetli. Çok bilgili ama o bilgiyi kullanıp da fikir üretemeyen bir nesil yetiştirdik. Dünyadaki

pek çok ülkeden daha bilgili mezunlar veriyoruz. Fakat üretimimiz son derece kısıtlı ve dışa bağımlı. Bu açıdan tıp fakültelerinde sadece hekimlik eğitimi değil; ülkenin sağlık alanından, sağlık sisteminden, üretiminden, araştırmasından da sorumlu bir eğitim verilmesi de gerekiyor.

“Yol ve köprüler yaptık ama gönül köprüleri kuramadık”

Bu noktada şunu merak ediyoruz Hocam: Dekanlık/ idarecilik süreciniz bakış açınıza neler kattı? Ülkemizde idarecilikte ana zorluklar neler; bunlar nasıl aşılar?

İdarecilik bana çok şey kattı. İkiye ayırarak söylersem, az miktarda pozitif tecrübe büyük bir miktarda da negatif tecrübe edindim. Negatif derken, ülkemizde işlerin nasıl doğru işlemediğini, nerelerde tıkanıldığını, nerelerde sorun olduğunu ancak idareci olduğunuzda anlıyorsunuz. Ben bunu şuna benzetiyorum: Ülkemizde Cumhuriyet’in kuruluşundan itibaren tren yolları, otoyollar, köprüler yapıldı. Ama buna paralel olarak insanların aralarındaki köprüler, yollar gelişmedi. Tam tersine Osmanlı’dan itibaren bu ülkenin insanları, farklılıklarını bir ayırışma nedeni olarak görme noktasında

sürekli kıskırtıldı ve bu durum hala devam ediyor. Kurumlar arasında da yeterli iletişim sağlanamıyor. İdarede de bunu görüyoruz. Rektörlükle, dekanlıkla, üniversitelerle YÖK arasında, devletin diğer kurumları arasında son derece soğuk ve zayıf ilişkiler var. Oysa birbirinin aynısı şeylerle bir bütün olamaz. Bütün dediğimiz şey, farklı parçalardan oluşan bir şeydir. Sıcak ve teşvik edici ilişkilerden ziyade engelleyici tavırları daha fazla. Yani örnek vermek gerekirse; biz kendi çocuğumuza bile teşvik edici, onu motive edici olmak yerine onun kafasına vuruyoruz. Bunun gibi kurumsal ilişkilerde de negatif unsurlar daha fazla rol oynuyor. Kurumların gelişmesi zorlaşıyor. Dünyayla yarışmak noktasında devlette bir hantallık var. Sürekli hızlanan bir dünyada en basit bir ihaleniz bile yıllarınızı alabiliyor. Özel sektör imkanlarıyla hızlı bir şekilde yol alırken devlette ise bu hantallık ciddi şekilde dünya ile yarışmamızı engelliyor. Bunun dışında dünyada fonksiyonel bir yaklaşım var. Yani her insan kendine özgü alanlarda gelişirken bizde sistem, bir insandan akşama kadar başka bir insana bakmasını, araştırma yapmasını ve öğrencilerle ilgilenmesini bekliyor. Bu beklenti noktasında da maalesef tıp fakültelerinin daha çok angarya kısmı göz önünde oluyor. Araştırma olayı geri plana atılıyor.

“Ülkemizde Cumhuriyet’in kuruluşundan itibaren tren yolları, otoyollar, köprüler yapıldı. Ama buna paralel olarak insanların aralarındaki köprüler, yollar gelişmedi. Tam tersine Osmanlı’dan itibaren bu ülkenin insanları, farklılıklarını bir ayırışma nedeni olarak görme noktasında sürekli kıskırtıldı. Kurumlar arasında da yeterli iletişim sağlanamıyor. İdarede de bunu görüyoruz. Rektörlükle, dekanlıkla, üniversitelerle YÖK arasında, devletin diğer kurumları arasında son derece soğuk ve zayıf ilişkiler var.”



Ülkemizin mikrobiyoloji alanında yetiştirdiği önemli uzmanlardan birisiniz. Sizce mikrobiyoloji alanındaki çalışmalarda Türkiye’nin yeri nedir?

Ben ülkemizdeki mikrobiyoloji alanının insan sağlığı ile alakalı kısmını konuşmak istiyorum. Biz daha çok teşhis ve tedavide önemli yönlendirici oluyoruz. Ama teknoloji olarak mikrobiyoloji benim asistanlık dönemimde daha çok el yordamı ile yürütülen, şimdilerde daha çok tıbbi aletlerle yürütülen bir iş haline geldi. Tıbbi teknoloji kullanıyoruz fakat üretemiyoruz. Bunun yerli imkanlarla geliştirilmesi gerekiyor.

Mikrobiyoloji alanındaki çalışmaların dünya sağlığına doğrudan ve dolaylı katkılarını nasıl açıklarsınız?

Mikrobiyoloji toplum sağlığının en önemli ayaklarından birisi. Geçmişte de daha çok enfeksiyon gibi hastalıklara yakalanıyorduk. Geçmişte bu hastalıkların çoğu tıbbi çalışmalarla değil, mühendislik alanındaki çalışmalar ile önlenmiştir. Mikrobiyoloji çözüm önerileri açısından güzel ve önemli bir araç. Bugün mikrobiyoloji, kurumlardaki ve bireylerdeki enfeksiyonların çözümünde çok önemli yere sahip oldu. Mikrobiyoloji artık çözüm odaklı çalışıyor.

Lise ve üniversite yıllarınızda hayatınıza dokunan hocalar arasında kimler vardı?

Cerrahpaşa’da akademik olarak birçok arkadaşla çalışma imkânı buldum. Harun Cansız, Rektörümüz Yunus Söylet, sivil toplum örgütlerinde birlikte çalıştığımız öğretim görevlisi Şefik Dursun... Recep Öztürk Hoca benden ders aldı. Diğer arkadaşlarım Çapa kökenli oldukları için Cerrahpaşa’da buluştuk ve hayatımıza da dokundular tabii.

Gelenekle olan bağınızı güçlü tuttuğunuzu biliyoruz. Bu noktada Kadri Unat gibi hocalarla çalışmak nasıl bir tecrübeydi? Devamında sormak isterim: Tıp biliminde usta-çırak ilişkisinin önemi nedir?

İnsanın iç dünyasında çok farklı kabiliyetler vardır. Ama biz bunları buluşturmak yerine birine ağırlık veririz. Sevecen bir insan; sadece mesleğine odaklanmış, çok hırslı ve çok kötü bir insan haline gelebiliyor. Çok kabiliyetli ama insani ilişkileri olmayan, aile ve toplumsal hayatı bozuk olan insanlar ba-

şarısız olurlar. Kadri Unat iyi bir aile reisi, asistanlarına ve etrafındaki insanlara kol kanat geren, ülkenin sosyal ve kültürel sorunları ile ilgilenen, tarihine, kültürüne, irfanına katkıda bulunabilen son derece değerli bir insandı. Onun sert görünümü altında babacan tavrı bizleri oldukça iyi bir dostluğa götürdü. Uzun yıllar birlikte çalıştık Cerrahpaşa’da. Birçok ortak çalışmamız oldu. Ekrem Kadri Hoca özgüveni çok yüksek bir hocaydı. Onun özgüveni içerisinde biz de özgüvenli hissediyorduk kendimizi. Onun varlığında kendimizi güçlü görüyorduk. Onun kaybı sonrası kendimizi adeta öksüz gibi hissettik.

“Mülki Tıbbiye” kitabını Ekrem Kadri Unat Hoca ile birlikte yayımladınız. Bu kitap hangi düşüncenin ürünü; Ekrem Hoca’nın bu kitabı yayımlamaktaki amacı neydi?

Şöyle bir anekdot anlatmak isterim: Ben mezun olduğumda Ekrem Kadri Unat’a tıp tarihi çalışmak istiyorum dediğimde, Hoca, “Önce bir mesleğin olsun” diyerek iş bulmamı sağlayınca benim tıp tarihi çalışma düşüncem aklımdan uçup gitti. Fakat Hoca bunu hiç unutmadı. Aradan 10 yıl geçti, tıp tarihi hocası yıllık izne ayrıldı. Kadri Unat, görev için beni önererek vekaletin bana verilmesini sağladı. Fırsat buldukça beni tıpla ilgili çalışmalara teşvik etti. Başka çalışmalarımız da oldu. ‘Mülki Tıbbiye’ onlardan biri. Hoca, Mektebî Tıp eğitimi ile ilgili bir kitap olmadığından dolayı böyle bir kitap çıkarmak istiyordu. Batılı pek çok gelişmenin arkasında tercümeler yoluyla öğrenilen Müslüman bilim insanlarının buluşları yatar. Batılılar bu bilim adamlarının çalışmalarını kendi isimleriyle yayımlayarak üzerini kapatırlar. Kadri Unat, tarihte bilinmeyen, üstü örtülü kalan, Müslüman bilim insanlarıyla ilgili pek çok örnekler vermiştir bize. Hoca tarihe meraklıydı, bir yabancının 1930’lu yıllarda keşfettiği ya da bulduğu bir yeniliğin aslına 300 sene önce başka bir din adamı tarafından bulunduğunu ortaya çıkarmak ve bir kitapta onları derlemek istediğini söylerdi. Rıza Gencer’in tıp tarihiyle ilgili tek bir kitabı var. Ama bu kitap askeri tıp mektebi ile alakalı. Sivil tıp mektepleri ile alakalı hiçbir eser yok. Bu boşluğu doldurmak için kolları sıvadı, birlikte çalıştık. Maarif salnameleri, kütüphaneler, arşivler derken çalışmalar iki yılımızı aldı ve kitabı hazırladık. Fakat kitabın yalnızca bir defa baskısı yapıldı.



Unat'tan unutulmaz hatıra ve sözler var mı aklınızda?

Göreve geldiğim zamandan beri Unat Hoca'nın alışkanlıklarını hala devam ettiririm. Hoca'nın kapısı daima açıktı. Kapıyı kapalı görürseniz Hoca'nın kesin bir rahatsızlığı vardır. Onun dışında insana çok değer verirdi. Hademelere kadar tüm çalışma arkadaşlarının tecrübelerinden yararlanırdı. Ben bilirim demez, çöpçü yeri temizlerken bile ondan yararlanmasını bilirdi. Çok çalışkan biriydi. Hoca, babasını hiç görmemişti. Şöyle düşünün: 70 yaşında bir hocanızın evine gidiyorsunuz ve hocanın evinde bir mektup sakladığını görüyorsunuz. Mektup, Hoca'nın Kafkas Cephesi'nde şehit düşen babasından gelmiş. Hoca bu manada manevi kimliği oturmuş bir insandı ki bana göre o mektup onun için yol gösterici olmuştu. Son derece edebi bir üslupla yazılan, memleketin içine düştüğü durumları anlatan bir mektuptu. Hoca'nın "Ateş Ekrem" lakabı vardı. Enerjisi epey yüksekti. Ateş ismi daha lisede konulan lakaptı. Biraz yorgun ve bitkin gördüğümüz zaman "Hocam galiba biraz rahatsızsınız" dediğimizde "Ağaçlar ayakta ölür" cevabını verirdi. Nitekim evinde Ekmeleddin İhsanoğlu ile birlikte hazırladıkları Osmanlıca-Türkçe Lügat çalışması sırasında vefat etti. Gerçekten de dediği gibi ayakta öldü.

Osmanlı'da tababetin ve tıp ilminin gelişmesinde vakıfların çok önemli bir yere sahip olduğu biliniyor. Buradan hareketle modern tıp ile modern vakıf anlayışı konularında neler söylersiniz?

Osmanlı'da pek çok toplumsal hizmet -buna çeşmeler, ibadethaneler, mektepler, medreseler, hastaneler dahil- sosyal toplumun kurmuş olduğu vakıflar eliyle gerçekleştiriliyordu. Merkezi devlet daha çok devletin savunması, savaşlar, ordu gibi konularla ilgileniyordu. Bugün geldiğimiz noktada hasta-doktor ilişkisi, Sanayi Devrimi ile paralel olarak bir yatırım alanı, sektör haline gelerek çıkar ilişkisi haline dönüştü. Hasta hakları davaları, tazminat davaları gibi hukuki teminatlar geçmişe göre her ne kadar gelişmiş olsa da hekimler eskiye göre daha maharetli, daha güçlü ve titiz çalışsalar da güven ilişkisi zayıflamış, her an bir endişe içerisindeyiz. İnsanlara şifa vermenin etkinlik kadar güven ve rahatlık vermesi de lazım. Hastanın rahatlaması ve güven duyması, doktorun da manevi olarak kendini rahat ve güvende hissetmesi lazım. Mesele iki taraflı. Güven vermek için güvende olmak lazım. Olmayan şeyi veremezsiniz. Doktor olarak siz endişe içerisindeyseniz, hastaya da endişe verebilirsiniz. Günümüzde bu noktada hasta-hekim ilişkilerinde araya hukuk, tıp

"Sadece mikroplar değil molekülü değişmiş şeyler de ciddi hastalıkların nedeni olabiliyor. Bugün artık genetiği değiştirilmiş organizmalar, müdahale edilmiş yapılar var. Tıpta bir ilke vardır: Öncelikle zarar vermemek. Bu suni ve kurgulanmış yapıların, molekülerlerin zarar vermeme noktasında hiçbir güvencesi yok. Bir aspirinin bile zararlarının ne olduğunu hala tam olarak bilmiyoruz. Bugünün tıbbi fitratımıza aykırı bir şekilde ilerliyor."

sektörü, ilaç sektörü, medikal sektör ve pek çok şey girdi. İlişkiler sıkıntılı hale gelmiş durumda.

Prof. Dr. Fahri Ovalı'ya sizi sorduğumda “filozof, bilge, derviş doktordur” dedi. Felsefeyi, hikmeti, tasavvufu hekimlikte mezcetmek hakkında neler söylersiniz?

Hekim kelimesini incelediğimizde karşımıza hikmet çıkar. Hikmet çok geniş bir kavram. Naçizane şöyle ifade edersek: Doğru bir bilgi ve bu bilginin doğru yerde, doğru zamanda, uygun şekilde kullanılması. Hekimlik insana bütüncül yaklaşmak, hem vücut bütünlüğünü hem manevi bütünlüğünü dikkate almaktır. Doktorluk ise biraz daha teknik yönü ile insana değil, bedene yönelik bir çabadır. Gördüğümüz gibi bunun eksik tarafları var. Hikmet esasında insanı görmek, insanı keşfetmek, insanı tanımak ve insan olmak demektir. İnsan olmak için kendi sınırlarını, gücünü, zafiyetlerini, eksiklerini, kusurlarını, fark etmek gerekir. Bunu fark ettiğinizde zaten başkalarıyla kötü bir iletişime giremezsiniz. Kendinizi hesaba çektiğinizde, kendi hatalarınızı dikkate aldığınızda başkalarının hatalarına sıra gelmez zaten. O bakımdan insanın haddini bilip biraz daha insan olduğu zaman Rabbini de bilmesi gerekir. Bu birbiriyle bağlantılı bir şey. İyi ki zaatlarımız var ve bunu kendimizi fark ediyoruz. O yüzden hikmet haddini bilmekle başlayan bir süreç. Denge meselesi çok önemli. Allah Kuran'da da mizan kavramına yani dengeye ihtimam gösterir. Sakın dengeleri bozmayın. Dış dengeler, iç dengeler... Ben sağlığı buna benzetiyorum. O denge bozulduğu zaman yiyip içtiklerimiz de sosyal ilişkilerimiz de aile hayatımız da bedensel veya ruhsal sağlığımız da bozuluyor.

“İyi hekim insanlara pozitif değer katan hekimdir”

Peki hekimin görevi nedir Hocam? İyi hekim nasıl olur, özellikleri nelerdir?

Bana göre iyi hekim insanlara pozitif değer katan hekimdir. İnsanlara derken o insanların en yakınındakine, önce kendisine yararlı olmaktan bahsediyorum. Sağlıklı yaşam noktasında ailesine, tanıdıklarına iyi model olmak gerekir. Kendisine hayrı olmayan kişi başkasının hayatına nasıl dokunur? Hekimin iki özelliği vardır: Hastalara doğru hizmeti sunmak ve toplumda rol model olmak.



Maalesef model olma noktasında hekimlerimiz iyi değiller. Yanlış davranışlar, sigara içme alışkanlığı vb. Biz sağlık sektöründeki insanların karşısındaki insana ne kattığına bakmalıyız. Hekim dokunduğu kişiyi kendi yanına yani karşı tarafa geçirmeli, hekimler toplumumuza rol model olmalıdır.

Hekimler ne gibi okumalar yapmalıdır? Tıp dışında neleri bilmelidir?

İyi hekim olmanın bir başka boyutu da global olarak dünyanın, ülkemizin, mahallemizin sağlığını bozan faktörler noktasında bilgi sahibi olmak. En basiti içtiğimiz sular, fırından aldığımız ekmekler, kullandığımız malzemeler ve eşyalarla alakalı, sağlığı tehdit eden bir husus varsa bunların bilgisine sahip olmak ve etkileyicisi olmak zorundayız. Ülkenin sağlık politikasının nasıl olması noktasında, yapılan yanlışlar noktasında da sorumluluk sahibi olmamız gerekiyor. Mesleğimizi ilgilendiren konularda, dünyadaki gelişmelerle ilgili söz sahibi olmalıyız. Yanlışların karşısında fikir beyan etmeliyiz, doğruları teşvik etmeliyiz. Sağlık ekonomisi, sağlık politikası, insanla ilgili insani bilimler, sosyal bilimler, toplumların yapılarının tanınması, psikolojik sağlık vb. bir hekimin bunları bilmesi gerekir. Beden sağlığı bir teknisyenlik hizmetidir.

Dini ilimlerle ve Arapça tedrisatla yakından ilgilendiğinizi biliyoruz. Dini ilimlerde sizi kimler etkiledi?

Dini ilimlerden yararlanmaya çalışıyoruz. Liseden itibaren farklı insanlarla, farklı araştırmalarla dini bilimlerle meşgul oldum. Pozitif arkadaş ortamının etkisiyle, beraber bir şeyler yapma imkânı var. Türkiye kapalı toplumdan yavaş yavaş, tercümeler noktasında, dini ilimlere açıl-

“Cerrahpaşa'da asistanken arkadaş gruplarımız vardı, sürekli bir araya gelirdik. Ben o dönem epey çalıştım, hafta sonu da çalışırdım. Cerrahpaşa'da Marmara Denizi'ni gören geniş bir balkon vardı. Bu balkonda arkadaşlarla otururduk. Benim de adı 'İstanbul Fatihi' olan davlumbazlı büyük bir mangalım vardı. Sabah, namazı kılar sonra mangalı yakardık. Kahveler közde pişerdi. Hamsileri, aralarına defne yaprağı koyarak yaptırdığım ince şişlere dizerdim. Pişirip ekmek arası yerdik.”

maya başladı. Hasan Ali Benna, Seyyid Kutup gibi alimlerin etkilerinin ve aynı zamanda çatışmaların da yoğun olduğu bir dönemdi. Medeniyetler farklılıkların yüzleşmesi ile gelişir. Savaşlar bile medeniyetlerin etkileşime geçmesine neden olmuştur. Tabi Türkiye'de yavaş yavaş kapalı toplumdan, fikir sahibi toplum yapısına geçildiği yıllarda biz

de gençlik heyecanı ile bunlardan etkilenmeye başladık. Şöyle bir şey var: Mevlana'nın metaforu gibi Kuran ve hadis çizimden çıkmamak kaydıyla, faklı fikirlerle açılarak tek bir kanalda bulunmamaya çalıştım. Tek bir kişiyi rol model almamaya çalıştım. Herkesin farklı yönlerini alıyorum. Hala da böyle devam ediyorum. Öğrencilik yıllarımızda Necip Fazılların, Sezai Karakoçların sohbetlerine, konferanslarına katıldık, heyecan duyardık.

Tıp tarihi bugünün doktorları için ne ifade ediyor? Nasıl istifade etmeliler?

Osmanlı tıbbının önemli noktası doğal, bitkisel ilaçlardı. Bu alan, bugün için de çok değerli bir alan. Çünkü şunu gördük ki doğal olan yapılarda moleküller aralarındaki ilişkiler de doğal oluyor. Yapılardan birinin doğallığını bozduğunuz zaman sıkıntılar doğuyor. Örneğin, fitratına uygun olmayan yemlerle beslenen hayvanların durumu böyle. Yani normalde etobur olan hayvanlara, hayvan menşeli kemik ve yemler verildiğinde onlarda deli dana hastalığı ortaya çıkıyor. Şunu gördük sadece mikroplar değil moleküllü değişmiş şeyler de ciddi hastalıkların nedeni olabiliyor. Bugün artık genetiği değiştirilmiş organizmalar, müdahale edilmiş yapılar var. Tıpta bir ilke vardır: Öncelikle zarar vermemek. Bu suni ve kurgulanmış yapıların, moleküllerin zarar vermeme noktasında hiçbir güvencesi yok. Bir aspirinin bile zararlarının ne olduğunu hala tam olarak bilmiyoruz. Bugünün tıbbi fitratımıza aykırı bir şekilde ilerliyor.

Sendika ve STK çalışmalarınızla da anılıyorsunuz. Sendika ve STK çalışmalarınızdan bahseder misiniz?

Öğrencilik yıllarımda sosyal faaliyetlere meraklıydım. Cerrahpaşa'da asistan olduğum zaman arkadaşlarla Çemberlitaş'ta Mefkûreci Tıbbiyeliler Derneği isimli bir mekânımız vardı. Açılımı idealist tıpçılar derneği. 12 Eylül döneminde kapatıldı. Özellikle doktorların, yardımcı sağlıkçıların ve hemşirelerin çok ciddi sorunları oluyordu. Daha çok işçi sendikalarının faaliyetleri ve ideolojik çalışmaları vardı. Yine o sendikalara iyi bakmayan İslami kesim vardı. Bu şartlar altında talepler gelince biz de İstanbul'da bir sendika çalışmasına başladık. Bireysel değil ortak bir paydada birleştik arkadaşlarla. Birleşik Sağlık-Sen'i kurduk. Ankara'da Sağlık-Sen vardı. İstanbul şubesi yoktu.

Sağlık-Sen'in kurucu İstanbul Başkanı oldum. Epey süre başkanlığını yaptım. Yeterli sayıya ulaşıncaya Anadolu'da şubeler açıldı. Sendika hareketleri hak arama kuruluşları olarak anılıyor ama bizler çözüm hareketi olarak benimsedik. Çözüm odaklı çalışmalar yaptık. Sonrasında çözüm odaklı sendika olmak da yeterli gelmemeye başladı. Sistem odaklı sendika olmanız lazım. Yanlış bir sistem varsa, bu sistemin üretmiş olduğu çatıdaki sorunlara çözüm üretmek çok anlamlı değil. Türkiye'deki en büyük sorun sistem.

STK ve sendika çalışmaları sağlık sektörünü ve bilimsel üretimi nasıl etkiler?

Sendikalar güçlü yapılar. Bu gücü hem ekonomi hem de siyasi erk üzerinde görebilirsiniz. Ben sendika yanında Üniversite Öğretim Elemanları Derneğinin de kuruculuğu ve daha sonra uzun yıllar başkanlığını yaptım. Sendika adına yaptığınız talepler siyasi yapı tarafından iltifat görürken vakıf ya da dernek adına yaptığınız talepler çok fazla kıymet görmüyor. Dolayısıyla sendikanın böyle bir gücü var. Sendikalar hak arama yerine çözüm odaklı davrandığı zaman bu imkanlarını temel konularda araştırmalar için veya akademisyenleri teşvik için kullanabiliyor. Ülkenin birtakım sorunlarının analizinde, raporlanmasında ve araştırmalarda sendikaların ciddi bir rolü olabiliyor. Sendikalar ülkemizde maalesef daha çok üyelerinin belli bir makama getirilmesi konusunda pragmatik davranarak çalışmalar yapıyor. Sendikaların gerçekte sorunlara sistemli bir yaklaşım göstererek çözüm üretmesi, araştırma yapması ve raporlama yapması gerekir. Özetle sistem odaklı, sorun çözmeye yönelik faaliyetler yürüten sendikalara ihtiyaç var.

“İstanbul Fatihli adlı mangalımda Cerrahpaşalı hocalara hamsi yapardım”

Sizi tanıyanlar gerek dost meclisleri gerek hocalık gerekse idarecilik sürecinde sakın, kızmayan bir yapınız olduğunu söylüyor. Oysa siz de hırçın Karadeniz'in bir evladısınız, Trabzonlusunuz. Kemalleme sürecinizi sorsam...

Benim Trabzonlu olup Adapazarı'nda dünyaya gelmem, sonrasında farklı yerlerde farklı insanlarla ve kültürlerle tanışmam sakın bir yapıda olmamı

sağladı herhalde. Bunun yanı sıra dini değerlerle, Kur'an ikliminde hadislerden aldığımız ahlaki değerler katkı sağladır diye düşünüyorum. İnsanların kusurlarını görmek yerine pozitif bir iletişimin doğru olduğuna inanıyorum. Bir kilo elmanın çürüğüyle ilgilenmek yerine sağlam tarafıyla ilgilenilmeli. Her insanın kusuru vardır. Bizim için önemli olan faydalı kısımları. Negatif taraflara çok kafa yormamak lazım. Yolda giderken güzel bir çiçek görürseniz o çiçekten istifade edersiniz ama bir çöp gördüğünüz zaman onun kötü görüntüsüne konsantre olmazsınız. Yani insanların olumsuz taraflarına takılıp kalmak sizi de mutsuz eder başkalarını da. Aynı olmak mümkün değil, farklılıklar insanları zenginleştirir.

Dost meclisleriniz de meşhurmuş...

İnsan ayırt etmeksizin bulduğum her ortamda insanlarla dost meclisi kurabildim. Hayat Sağlık ve Sosyal Hizmetler Vakfı'nın kuruculuğunu ve uzun yıllar boyunca başkanlığını yaptım. Sonra vakıf bünyesinde Yeryüzü Doktorları oluşturuldu. Buna benzer işlerde faaliyet yürütürken doktor ve öğrenci arkadaşlarla sohbetlerimiz oluyordu. Şu anda iki haftada bir biraya geldiğimiz çalışma grubumuz var. İmkân olduğunda arkadaşlarla bir araya gelip fikirlerimizi paylaşıyoruz.

En renkli sorumu sona sakladım: Hamsi, künefe, çiğ köfte gibi yemeklere maharetiniz olduğunu işittim. Nasıl geliştirdi bu maharetinizi?

Cerrahpaşa'da asistanken arkadaş gruplarımız vardı, sürekli bir araya geldik. Ben o dönem epey çalıştım, hafta sonu da çalışırdım. Cerrahpaşa'da Marmara Denizi'ni gören geniş bir balkon vardı. Bu balkonda arkadaşlarla otururduk. Benim de adı 'İstanbul Fatihli' olan davlumbazlı büyük bir mangalım vardı. Sabah, namazı kılar sonra mangalı yakardık. Kahveler közde pişerdi. Hamsileri, aralarına defne yaprağı koyarak yaptırdığım ince şişlere dizerdim. Pişirip ekmek arası yerdik. Kütüphane müdürü arkadaşlarımız vardı. Asistanlık döneminde Güneydoğulu, Urfalı çok fazla arkadaşım vardı. Çiğ köfte ve künefe yapmayı onlardan öğrendim. Daha sonra da Urfalı oldum ben, hanımdan ötürü. Arkadaşlara da hava atıyordum "Ben sizin gibi hasbelkader Urfalı değil, gerçek Urfalıyım" diye.

Afiliye kurumlarda uzmanlık eğitiminde yönetsel sorunlar ve ihtiyaçlar

Doç. Dr. Güven Bektemür



1969 yılında Giresun'da doğdu. İlk ve orta öğrenimini aynı yerde tamamladı. 1993 yılında Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun oldu. 1998 yılında aynı üniversiteden göğüs hastalıkları uzmanlığını aldı. 2006 yılına kadar çeşitli hastanelerde göğüs hastalıkları uzmanı olarak çalıştıktan sonra 2009 yılına kadar Sağlıkta Dönüşüm Programı Saha Koordinatörü olarak görev yaptı. 2009-2012 yılları arasında Sağlık Bakanlığında sırasıyla Personel Genel Müdür Yardımcısı, Personel Genel Müdür V. ve Yönetim Hizmetleri Genel Müdürü olarak görev yaptı. 2012-2016 tarihleri arasında Beyoğlu Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreteri olarak görev yapan Dr. Bektemür 2016 yılından beri Sağlık Bilimleri Üniversitesinde Rektör Danışmanı ve Sağlık Yönetimi Bölümü Öğretim Üyesi olarak görev yapmaktadır.

Ülkemiz tıpta uzmanlık eğitiminde gerek standartlar gerekse kalite açısından önemli mesafeler kat etmiş olsa da hâlâ arzu edilen seviyeye ulaşabilmiş değildir. Özellikle uygulanan eğitimin belirlenen standartlarda verilip verilmediğinin izlenmesi, denetlenmesi ve koordine edilmesi hususlarında teknik alt yapı ve mevzuat eksikliklerinin olduğu aşikârdır. Sağlık Bakanlığına ait kurum ve kuruluşlar ile devlet üniversitelerinin ilgili birimlerinin birlikte kullanıma başlamasından sonra tıpta uzmanlık eğitiminde kalite yükselmesiyle birlikte ilave idari sorunlar da ortaya çıkmıştır. Özellikle Sağlık Bilimleri Üniversitesi gibi çok sayıda afiliasyonu olan makro bir organizasyon yapısına uygun mevzuatın güncellenmemesi başka sorunları da beraberinde getirmiştir. Bakanlığın üst yönetiminin değişim hızının, mevcut sorunların çözümüne menfi tesiri olmuştur. Birlikte kullanım kapsamında uygulanan tıpta uzmanlık eğitiminde idari sorunları üç başlık altında toplayabiliriz.

- Mevzuat ile ilgili sorunlar
- Uygulama ile ilgili sorunlar
- Paydaş kurumların eğitim sürecinin yönetimine dair bakış farklılıklarından doğan sorunlar

Aşağıda maddeler hâlinde bu sorunlar

ortaya konmuş, bazılarına öneriler getirilmiş bazıları da tartışmaya açılarak en iyi çözüm yoluna ulaşılması amaçlanmıştır.

1. Eğitim ve sağlık tesisi işletiminin yetki ve sorumluluğu konusunda bir kargaşa mevcuttur. Birlikte kullanımı düzenleyen 3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu Ek-Madde 9'da *"Birlikte kullanımdaki sağlık tesislerinde tıpta uzmanlık ve lisans eğitimleri, Sağlık Bakanlığı uzmanlık öğrencilerinin eğitimi de dâhil olmak üzere, ilgili mevzuata göre ilgili fakülte dekanının yetki ve sorumluluğunda yürütülür. Birlikte kullanıma geçilen sağlık tesisleri, Bakanlığın tâbi olduğu mevzuat uyarınca işletilir ve tesis, üniversitenin görüşü alınarak Bakanlıkça atanan başhekim tarafından yönetilir"* denmektedir. Kanun açıkça eğitim görevini üniversiteye işletmeciliği ise Sağlık Bakanlığına vermektedir.

İlgili kanuna uygun olarak 16 Haziran 2017 tarihinde yayımlanan Sağlık Bakanlığının Ait Kurum ve Kuruluşlar ile Devlet Üniversitelerinin İlgili Birimlerinin Birlikte Kullanımı ile İşbirliği Usul ve Esasları Hakkında Yönetmeliğin 10. maddesinin 1. Bendi şu şekildedir: *"Birlikte kullanımdaki tesislerde dekan tarafından hastane yöneticisinin de görüşü alınarak her uzmanlık eğitimi programı yürütülen birim için uzmanlık eğitimi mevzuatındaki şartları haiz bir program yöneticisi ile bir*

idari sorumlu görevlendirilir. Program yöneticisine aynı zamanda idari sorumluluk görevi de verilebilir." Böylece program yöneticisi ve idari sorumlu belirleme yetkisi dekana verilmiştir. Bu yönetmelikte program yöneticisi belirlenmesinin dekana verilmesi yerinde bir düzenlemedir ancak idari sorumluluk yetkisinin başhekimde olması gerekirdi. Yönetmelikte bu yönde bir değişiklik yapılması beklenirken maalesef 08/05/2018 tarihinde yayımlanan değişiklikle *"Birlikte kullanımdaki tesislerde başhekim tarafından her uzmanlık eğitimi programı yürütülen birim için uzmanlık eğitimi mevzuatındaki şartları haiz bir program yöneticisi ile bir idari sorumlu görevlendirilir. Program yöneticisine aynı zamanda idari sorumluluk görevi de verilebilir"* denilerek kanuna aykırı düzenleme yapılarak tıpta uzmanlık eğitiminin yönetiminde dekanda olması gereken yetki ve sorumluluk kaybolmuş ve sürecin işleyişi bozulmuştur. Bu değişikliğin neticesinde;

- Program yöneticilerini başhekim belirlemeye başladıktan sonra program yöneticileri değişiklikleri dekanlığa bildirilmemeye başladı.
- Yeterince verimli olmayan program yöneticileri değiştirilmek istendiğinde dekan yetkisiz sorumlu durumuna düşmüş oldu.

- Zamanında belirlenmeyen asistan tezleri için dekanların elinde hiçbir yaptırım gücü kalmadı.
- Tıpta Uzmanlık Kurulu, yetkilendirme derecesi değişen programları artık dekanlık üzerinden değil Sağlık Müdürlüğü üzerinden doğrudan hastanelere yazmaya başladı.
- Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Yönetmeliğine göre Anabilim/Bilim dalı Başkanına verilmesi gereken program yöneticiliği görevinin başhekim tarafından başka bir kişiye verilmesinin önü açılmış oldu.

Sorunun Çözümü: Birlikte kullanım yönetmeliğinde program yöneticisini belirleme yetkisi dekana, idari sorumluyu belirleme yetkisi başhekime verilmesi şeklindeki bir değişiklikle bu sorun rahatlıkla çözülebilir.

Not: Bu yazının yayına hazırlanma aşamasında birlikte kullanım yönetmeliğinin 8/5/2018 tarihli ve 30415 sayılı Resmî Gazetede yayınlanan değişikliklerini bazı üniversitelerin Danıştay'a götürmesi neticesinde Danıştay 15. Dairesinin 2018/2622 Esas No'lu kararı ile asıl yönetmeliğin 10. Maddesinin 1. Fıkrası, yani program yöneticisini Başhekimin belirleme yetkisi kanuna aykırı bulunarak iptal edilmiştir.

2. Eğitim sorumlusu kavramı ile ilgili karışıklık mevcuttur. Mer'i mevzuatı incelediğimizde 3359 sayılı kanun Ek Madde-1'de şu ifadelerle yer verildiği görülür: "Eğitim ve araştırma hastanelerinde eğitim görevlilerinden biri hastane yöneticisi tarafından bir yıllık süre için ilgili birimin eğitim sorumlusu olarak görevlendirilir, idari sorumlusu ise aynı süreyle ilgili daldaki uzmanlar arasından seçilir. Birimin eğitim sorumlusuna idari sorumluluk görevi de verilebilir."

3359 sayılı kanun Ek Madde-9'da ise şöyle denilmektedir: "Dekan, hastane yöneticisinin görüşünü alarak varsa profesör, yoksa doçent unvanını haiz öğretim üyelerinden birini, doçent de yoksa yardımcı doçent veya eğitim görevlilerinden birini eğitim sorumlusu olarak görevlendirir. Başhekim aynı zamanda üniversite yönünden sağlık uygulama ve araştırma merkezi müdürü sayılır." Tıpta Ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği'nde aşağıdaki madde yer almaktadır:

Program

MADDE 8 – (1) Programlardaki eğitim, Kurul tarafından ilan edilen ve eğitim standartlarını da içeren çekirdek müfredatı karşılayacak şekilde olmak zorundadır.

(2) Program yöneticisi;

a) Üniversitelere ve Gülhane Askeri Tıp Akademisine bağlı uzmanlık ana dallarındaki programlarda anabilim dalı başkanı, uzmanlık yan dallarındaki programlarda bilim dalı başkanı,

b) Eğitim ve araştırma hastanelerinde ilgili dalın eğitim sorumlusu,

c) Birlikte kullanım protokolü ile çalışan Bakanlık hastanelerinde tıp fakültesi anabilim/bilim dalı başkanları,

ç) Adli Tıp Kurumunda kurum başkanı olur.

Program yöneticisi ilgili dalda eğitici olmak zorundadır. Anabilim veya bilim dalı başkanı ya da eğitim ve araştırma hastanelerindeki eğitim sorumlusu ilgili dalda uzmanlık eğitici niteliğini haiz değilse, o dalda başka bir eğitici kurum yöneticisi tarafından program yöneticisi olarak belirlenir. Sağlık Bakanlığına Ait Kurum ve Kuruluşlar ile Devlet Üniversitelerinin İlgili Birimlerinin Birlikte Kullanımı ile İşbirliği Usul

ve Esasları Hakkında Yönetmelik'te şöyle denmektedir: "Eğitim hizmetlerinin aksamadan yürütülmesi için Dekan, (Değişik ibare: RG- 8/5/2018-30415) başhekimin görüşünü alarak varsa profesör yoksa doçent unvanlı öğretim üyelerinden birini, doçent de yoksa yardımcı doçent veya eğitim görevlilerinden birini ilgili sağlık tesisinin eğitiminden sorumlu olarak görevlendirir."

Yukarıdaki metinler incelendiğinde eğitim sorumlusu kavramının daha ziyade uzmanlık eğitimi verilen kliniklerde, uzmanlık eğitiminden sorumlu kişi yani bir diğer ifadeyle program yöneticisi için kullanıldığı görülmektedir. Fakat birlikte kullanım yönetmeliği hazırlanırken 3359 sayılı kanunun Ek Madde-9'daki metnin eksik yazılmasından dolayı (metnin başında her eğitim kliniği için yazılması gerekirdi) eğitim sorumlusu ifadesi ile metinden bir kişi anlaşıldığı gerekçesiyle Sağlık Bakanlığına Ait Kurum ve Kuruluşlar ile Devlet Üniversitelerinin İlgili Birimlerinin Birlikte Kullanımı ile İşbirliği Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik'te ilk kez farklı bir kavram getirilmiş ve sağlık tesisinin eğitim sorumlusu olarak kavramı kullanılmıştır.

Sorunun Çözümü: 3359 sayılı kanunun Ek Madde 9'daki ilgili fıkranın başına her eğitim kliniği için ifadesi eklenerek sorun çözülebilir.





3. Eğitimde dekanın yetki ve sorumluluğunu dolaylı olarak başhekimine göçerten diğer bir metin, Sağlık Bakanlığına Ait Kurum ve Kuruluşlar ile Devlet Üniversitelerinin İlgili Birimlerinin Birlikte Kullanımı ile İşbirliği Usul ve Esasları Hakkında Yönetmeliğin 10. Maddesinin 5. Bendidir: “*Program yöneticisi, programa dâhil olan tüm eğitimcilerle birlikte eğitim programını hazırlayarak, Başhekimin uygun görüşü ile birlikte ana dallarda ilgili anabilim dalı başkanı, yan dallarda ise bilim dalı başkanı ve anabilim dalı başkanı aracılığıyla Dekana sunarak eğitim programını onaylatır. Eğitim programı değişikliğinde de Başhekimin uygun görüşü alınır.*”

Yönetmeliğin mevcut hâlinde başhekim eğitim programlarını hazırlamada tam yetkili hâle getirilmiş olup dekanlık sadece onay makamına dönüştürülmüştür.

Sorunun Çözümü: Yönetmelikte geçen “uygun görüşü” ifadesi “görüşü” şeklinde düzeltilerek sorun aşılabılır.

Not: Bu yazının yayına hazırlanma aşamasında birlikte kullanım yönetmeliğinin 8/5/2018 tarihli, 30415 sayılı Resmî Gazetede yayımlanan değişikliklerini, bazı üniversitelerin Danıştay’a götürmesi neticesinde Danıştay 15. Dairesinin 2018/2622 Esas No’lu kararı ile asıl yönetmeliğin 10. Maddesinin 5. fıkrasında geçen “uygun” ibaresi iptal edilmiştir.

4. Sağlık Bilimleri Üniversitesinin kuruluş kanunu olan Yükseköğretim Kurumları Teşkilat Kanunun ek 158.

maddesinin beşinci fıkrası aşağıdaki şekliyle değiştirilerek üniversitenin öğretim üyelerinin atanmalarında ve akademik yükselmelerinde Sağlık Bakanlığının talebinin alınması zorunlu hâle gelmiştir. “Üniversiteye tahsis edilecek öğretim elemanı kadroları, temel bilimler hariç olmak üzere, birlikte kullanılan eğitim ve araştırma hastanesinin eğitim birimleri ihtiyacı ve nitelikleri dikkate alınarak, Sağlık Bakanlığının talebiyle, rektörün önerisi üzerine mütevellî heyeti tarafından il bazında belirlenir ve öğretim üyesi atamaları bu kadrolara yapılır.” Bu değişikliğin işleyişte ilave sorunlara yol açabileceği öngörülmektedir.

Sorunun Çözümü: Metinde geçen talebiyle ifadesi talepleri de dikkate alınarak şeklinde düzeltilerek çıkabilecek sorunların önüne geçilebilir.

5. Resmî Gazetede 16 Haziran 2017 tarihinde yayımlanan “Sağlık Bakanlığına Ait Kurum ve Kuruluşlar ile Devlet Üniversitelerinin İlgili Birimlerinin Birlikte Kullanımı ile İşbirliği Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelikte” Bilimsel Araştırma Projeleri (BAP) paylarının kaldırılması bilimsel araştırma faaliyetlerini son derece olumsuz etkilemiş ve konuyla ilgili henüz yeni bir düzenleme yapılmamıştır.

6. Birden fazla afiliasyonu olan üniversitelerde program yöneticisinin kimin olacağı belirsizdir.

Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Yönetmeliğinin 8. Maddesinin 2. bendi şu şekildedir:

(2) Program yöneticisi;

a) Üniversitelere ve Gülhane Askeri Tıp Akademisine bağlı uzmanlık ana dallarındaki programlarda anabilim dalı başkanı, uzmanlık yan dallarındaki programlarda bilim dalı başkanı,

b) Eğitim ve araştırma hastanelerinde ilgili dalın eğitim sorumlusu,

c) Birlikte kullanım protokolü ile çalışan Bakanlık hastanelerinde tıp fakültesi anabilim/bilim dalı başkanları,

ç) Adli Tıp Kurumunda kurum başkanı,

Sağlık Bilimleri Üniversitesi gibi birden fazla afiliasyonu olan üniversitelerde anabilim dalı başkanının çok sayıda programın yöneticisi olması fiilen mümkün olmadığından ve uygulamada bu yönde olmadığından ilgili maddede düzenlemeye ihtiyaç vardır.

7. Sağlıkla İlgili Bazı Kanun Ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun ile 3359 sayılı kanun Ek Madde-9 eklenen fıkrada şöyle denilmektedir:

“Birlikte kullanıma konu sağlık tesisleri için bu maddede belirtilen esaslar çerçevesinde birden fazla üniversite ile de protokol yapılabilir. Birlikte kullanımdaki hastanenin başhekimisi tarafından üniversitenin tıp fakültesi ve dış hekimliği fakültesi öğretim elemanları ve bunların kadrosunda bulunan öğretim elemanı dışındaki diğer personelle, ilgili fakülte dekanının

görüşü alınarak, yürütülecek hizmetlere ilişkin en fazla üç yıl süreli ayrı ayrı sözleşme imzalanabilir. Bu fakültelerin dışındaki üniversite personeli ile de rektörün görüşü alınarak sözleşme yapılabilir. Bu sözleşmelerde, sunulacak hizmetin niteliği, performans hedefleri ve süresi yer alır. Öğretim elemanlarıyla yapılan sözleşmelerde mezuniyet öncesi ve mezuniyet sonrası eğitim ile bilimsel çalışmalara ilişkin yetki ve sorumluluklar ayrıca belirtilir. Süresi biten sözleşmeler yenilenebilir. Sözleşme bitim tarihinden bir ay önce tarafların aksine yazılı bildirimi yoksa sözleşme kendiliğinden birer yıllık sürelerle uzar."

Sözleşme imzalanmayan üniversite öğretim üyeleri;

- Birden çok hastane ile afilyasyonu olan üniversitelerde öğretim üyeleri kapı kapı hastaneleri dolaşarak kendilerine yer mi arayacaklar?

- Öğretim üyesi, ilgili hastanede çalışmak istemezse diğer bir hastane başhekimisi ile sözleşme imzalayabilecek mi?

- Hekim açığının olduğu ülkemizde hastanelerde sözleşme imzalayan öğretim üyeleri mesleklerini nasıl icra edecekler?

- Afiliye hastanelerde sadece üniversite personeli sözleşmeli statüye getirmek ne derece doğrudur? Bakanlık kadrosunda olan eğitim görevlileri ve başasistanlar sözleşmesiz çalışırken aynı kişiler üniversite kadrosuna geçince sözleşme dayatması yapmak teşvik edici görünmemektedir.

8. Birlikte kullanımı düzenleyen 3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu Ek-Madde 9 şu şekildedir: "Birlikte kullanımdaki sağlık tesislerinde tıpta uzmanlık ve lisans eğitimleri, Sağlık Bakanlığı uzmanlık öğrencilerinin eğitimi de dâhil olmak üzere, ilgili mevzuata göre ilgili fakülte dekanının yetki ve sorumluluğunda yürütülür. Birlikte kullanıma geçilen sağlık tesisleri, Bakanlığın tâbi olduğu mevzuat uyarınca işletilir ve tesis, üniversitenin görüşü alınarak Bakanlıkça atanan başhekim tarafından yönetilir." Uygulamada şu ana kadar birlikte kullanılan hastanelerde başhekim atamalarında Sağlık Bakanlığının üniversitenin görüşü-

nü almadığı görülmektedir. Özellikle üniversite kadrosunda olmayan başhekimlerle uzmanlık eğitiminin koordinasyonunda daha çok sıkıntı yaşanmaktadır.

9. Üniversite kadrosunda bulunan öğretim üyelerinin görevlendirme ve ek ödeme sorunları:

Sağlık Bakanlığına Ait Kurum ve Kuruluşlar ile Devlet Üniversitelerinin İlgili Birimlerinin Birlikte Kullanımı ile İşbirliği Usul ve Esasları Hakkında Yönetmeliğin Madde7-(3) (Değişik: RG- 8/5/2018-30415)'te "Sağlık Bilimleri Üniversitesi tarafından, eğitim ve araştırma hastanelerine öğretim elemanı ve diğer kadroların dağılımının yapılmasında ve bunların atama ve görevlendirmelerinde; YÖK tarafından belirlenen kriterler de dikkate alınmak suretiyle ilgili branşta yapılan planlamalara ve/veya personel dağılım cetveline göre Bakanlığın uygun görüşü alınır" denilmektedir.

Yönetmeliğin bu maddesi kapsamında Sağlık Bilimleri Üniversitesinin tıpta uzmanlık eğitiminde öğretim üyesi eksikliği olan yerlere hızla görevlendirme ve atama dinamizmi bozulmuş bir öğretim üyesinin ihtiyaç olan yere görevlendirilmesi için aylarca beklemek zorunda kalınmıştır.

Zaman zaman üniversitenin muvafakati alınmadan bazı İl Sağlık müdürleri tarafından üniversite kadrosundaki öğretim üyeleri farklı bir hastaneye görevlendirilmektedir.

Olağanüstü hallerde (Afrin, Kilis vb.) ihtiyaca binaen birlikte kullanımda olan üniversite kadrosundaki öğretim üyelerinin 2547 sayılı Kanunun 38. maddesi uyarınca görevlendirilemelerinde yaşadıkları ek ödeme mağduriyetlerinin giderilmesi gerekmektedir.

10. Sağlık Bakanlığı ve YÖK arasında mutabık kalınan birlikte kullanıma yönelik yeni tip protokol düzenlenmesine ihtiyaç vardır. Yeni birlikte kullanım protokolü yapılamamasından dolayı örneğin Sağlık Bilimleri Üniversitesi için Adana ve Kayseri Şehir Hastanelerinde görev yapan öğretim üyeleri henüz yasal statüye kavuşturulmamıştır.

11. Afiliye hastanelerin uzmanlık eğitimi süreçlerinde Sağlık Bakanlığı ile

yapacağı yazışmalarda bir algoritma oluşturulması gerekmektedir. Çünkü hastaneler Tıp Fakültesi Dekanlığı ile İl Sağlık Müdürlüğü arasında ikilemde kalmaktadırlar.

12. Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Yönetmeliği gereğince Sağlık Bakanlığının yönetmeliğin yayınladığı tarih olan 26.04.2014 itibarıyla üç yıl içinde yürürlüğe koyması gereken Uzmanlık Eğitim Takip Sistemi (UETS) maalesef uygulamaya konulmadığından verilen eğitimin takibi ve koordinasyonunda sıkıntılar yaşanmaktadır.

13. Birlikte kullanım protokol metinlerinde, birlikte kullanılan hastanenin isimlendirilmesinde üniversitenin isminin geçeceği açıkça belirtilmişken Bakanlık Makamının 28/05/2018 tarihli ve 020-773 sayılı onayına istinaden yazışmalarda ve tabelalarda üniversitenin ismi kaldırılmış durumdadır. Bu ve benzeri sorunların iki tarafın mutabakatıyla mevzuata uygun çözülmesi yerinde olacaktır.

Not: Bu makalenin büyük bir bölümü Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi tarafından düzenlenen TUEK2018 Çalıştayı'nda sunulmuş ve bildiri kitapçığında basılmıştır.

Kaynaklar

Temel Sağlık Hizmetleri Kanunu. Kanun no:3359. <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin1.aspx?MevzuatKod=1.5.3359&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=&Tur=1&Tertip=5&No=3359>. (Erişim Tarihi: 20.02.2019)

Sağlık Bakanlığına Ait Kurum ve Kuruluşlar ile Devlet Üniversitelerinin İlgili Birimlerinin Birlikte Kullanımı ile İş Birliği Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik. <https://www.mevzuat.gov.tr/Metin.aspx?MevzuatKod=7.5.23658&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=Sa%C4%9F%C4%B1k%20Bakanl%C4%B1%C4%9F%C4%B1na%20Ait%20Kurum%20ve%20Kurulu%C5%9F%20ile%20Devlet%20C3%9Cniversitelerinin%20%C4%B0lgili%20Birimlerinin%20Birlikte>. (Erişim Tarihi: 20.02.2019)

Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği. <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.aspx?MevzuatKod=7.5.19629&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=t>. (Erişim Tarihi: 20.02.2019)

Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarına Ait Kurum ve Kuruluşlar ile Devlet Üniversitelerinin İlgili Birimlerinin Birlikte Kullanımı ile İş Birliği Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. Resmi Gazete, 18/05/2018 sayı: 30415.

Yükseköğretim Kurumları Teşkilat Kanunu Ek-Madde 158. <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.2809.pdf>. (Erişim Tarihi: 20.02.2019)



Karikatür: Dr. Orhan Doğan



Kansere karşı akıllıyız.

Çünkü, kansere karşı doğru ve etkili mücadele için yanımızda, onkologlar, cerrahlar, radyoterapistler, nükleer tıp ve radyoloji uzmanları, girişimsel radyologlar ve ilgili branş hekimlerinden oluşan, kişiye özel bir planlama yaparak multidisipliner yaklaşımla hareket eden bir kanser konseyi ve onların en büyük yardımcısı akıllı ve ileri teknoloji var.

KANSER TEDAVİSİNDE KULLANILAN İLERİ VE AKILLI TEKNOLOJİ



ROBOTİK CERRAHİ



TRUEBEAM



CYBER KNIFE



GAMMA KNIFE



INTRAOPERATİF
RADYOTERAPİ



BRAKİTERAPİ



PET-CT

► ONKOLOJİK CERRAHİ ► TIBBİ ONKOLOJİ ► RADYASYON ONKOLOJİSİ ► PEDIATRİK ONKOLOJİ
► HEMATO ONKOLOJİ [ERİŞKİN HEMATO ONKOLOJİ - PEDIATRİK HEMATO ONKOLOJİ]



Kuruluşumuz,
Akademik Tıp Merkezi
Hastanesi olarak
JCI tarafından
akredite edilmiştir.



**MEDİPOL
MEGA**
MEDİPOL MEGA
HASTANELER KOMPLEKSİ



medipolsaglik



medipolsaglik



medipolsaglik



MedipolSaglik



2019 YKS TÜRKİYE 1'İNCİSİ MEHMET BERKE İŞLER | 2018 YKS TÜRKİYE 1'İNCİSİ HALİL HAZAR GELENER (TÜBİTAK EK PUANIYLA)
2017 LYS TÜRKİYE 1'İNCİSİ BEYZA GÜRBÜZ | 2016 LYS TÜRKİYE 1'İNCİSİ İBRAHİM ETHEM HAMAMCI

1 YKS Türkiye 'incisi ve daha nice Medipol Üniversitesi'nde.

Geçtiğimiz dört yılda olduğu
gibi bu yıl da YKS şampiyonları
Medipol'ü seçti.
Gençlerimizin başarılarıyla
gurur duyuyoruz.



444 85 44
WWW.MEDIPOL.EDU.TR



MEDİPOL
UNV-İSTANBUL
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ