

SAĞLIK VE SOSYAL POLİTİKALARA BAKIŞ

Hakemli Dergi - Süreli Yayın



**Etik Karar Verme Sürecinde
Etkili Olan Faktörler**

Prof.Dr. Çiğdem ARIKAN

**Türkiye Sağlık Sistemi Finansal
Açıdan Sürdürülebilir Mi?**

*Mehmet ATASEVER
Zafer KARACA
Mustafa ÖRNEK*

**Bir Tıp Fakültesi Hastanesinde
Elektromanyetik Alan Haritası
Çıkarılması ve Elektromanyetik
Alan Bulunan Yerlerde Çalışanların
Sağlık Durumları**

*Prof. Dr. Mustafa Necmi İLHAN
İnş. Müh. Volkan ERKAN
Prof. Dr. Meltem ÇÖL*

**Türkiye'nin Sağlık Turizm
Performansının TOPSIS
Yöntemiyle Değerlendirilmesi**

*Tevfik BULUT
Gani DURUR*

**İnsani Erdemleri Yüceltmek İçin
Sosyal Hizmet**

Zeki KARATAŞ

ISSN: 2459-1068
1 / 2017-1

ISSN: 2459-1068
1/ 2017-1

SAĞLIK VE SOSYAL POLİTİKALARA BAKIŞ



Sağlık-Sen
Stratejik Araştırmalar Merkezi Enstitüsü
Hakemli Dergi - Süreli Yayın

SAĞLIK-SEN Adına
İmtiyaz Sahibi
Metin MEMİŞ
Genel Başkan

Genel Yayın Yönetmeni
Mustafa ÖRNEK

Editörler
Prof. Dr. Mustafa Necmi İLHAN
Doç. Dr. Mehmet Merve ÖZAYDIN
Dr. Özcan KARS
Mehmet GÖZLÜ

Yayın Kurulu
Metin MEMİŞ, Semih DURMUŞ, Kemal ÇIRAK, Himmet BAYAR,
İdris BAYKAN, Abdülaziz ASLAN, Fatih SEYRAN, Mehmet
ATASEVER, Hasan GÜLER, Zafer KARACA, Elif İŞLEK, Mustafa
BİLİR, Tarkan ZENGİN, Fatma AKAY, Nihan READY,
Onur Burak BARKAN, Defne DEMET

Tasarım
Sedat ALTUĞ

Baskı

İletişim
SAĞLIK-SEN GENEL MERKEZİ
GMK Bulvarı Özveren Sok. No:23
Demirtepe - ÇANKAYA /ANKARA
Tel: 444 1995 Faks: 03122308365
www.sagliksen.org.tr • www.sasam.org.tr

SAĞLIK VE SOSYAL POLİTİKALARA BAKIŞ DERGİSİ
REVIEW OF HEALTH AND SOCIAL POLICY

BAHAR 2017 • CİLT:1 • SAYI:1

ISSN 2459-1068

BU SAYIDAKİ HAKEMLERİMİZ
(Alfabetik Sıraya Göre)

Doç. Dr. Elif DİKMETAŞ YARDAN	Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Yrd. Doç. Dr. Kazım Barış ATICI	Hacettepe Üniversitesi
Doç. Dr. Mehmet Merve ÖZAYDIN	Gazi Üniversitesi
Prof. Dr. Necdet SAĞLAM	Anadolu Üniversitesi
Dr. Özcan KARS	Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı
Yrd. Doç. Dr. Özlem ÖZER	Mehmet Akif ERSOY Üniversitesi
Doç.Dr. S. Haluk ÖZSARI	Acıbadem Üniversitesi
Yrd. Doç. Dr. Sebahattin TEKİNGÜNDÜZ	Mersin Üniversitesi
Doç.Dr. Tarık TUNCAY	Hacettepe Üniversitesi

Sağlık-Sen Stratejik Araştırmalar Merkezi Enstitüsü'nün ücretsiz yayın organıdır. Yılda iki kez yayımlanır. Yazıların sorumluluğu yazarlarına aittir. 6 ayda bir ücretsiz dağıtılır. 1500 adet basılmıştır.

Free publication of Sağlık-Sen Strategic Research Center. Published twice a year. Authors are responsible for the content of their articles. Journal, will be distributed every six months and printed 1500 copies.

BİLİMSEL DANIŞMA KURULU
(Alfabetik Sıraya Göre)

Prof. Dr. Çiğdem ARIKAN	Yıldırım Beyazıt Üniversitesi
Prof. Dr. Efsun KARABUDAK	Gazi Üniversitesi
Doç. Dr. Ercüment ERBAY	Hacettepe Üniversitesi
Doç. Dr. Fatma Deniz SAYINER	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Prof. Dr. Fevzi ALTUNTAŞ	Yıldırım Beyazıt Üniversitesi
Prof. Dr. Haydar SUR	Üsküdar Üniversitesi
Prof. Dr. Hilmi ÜNSAL	Gazi Üniversitesi
Prof. Dr. İbrahim AYDINLI	YÖK
Prof. Dr. İsmet ŞAHİN	Hacettepe Üniversitesi
Prof. Dr. Merdiye ŞENDİR	Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Doç. Dr. Mustafa SAĞSAN	Yakın Doğu Üniversitesi
Prof. Dr. Mustafa ORCAN	Yıldırım Beyazıt Üniversitesi
Doç. Dr. Mücahit AVCİL	Adnan Menderes Üniversitesi
Doç. Dr. Naile BİLGİLİ	Gazi Üniversitesi
Prof. Dr. Necdet SAĞLAM	Anadolu Üniversitesi
Prof. Dr. Nevin Atalay GÜZEL	Gazi Üniversitesi
Prof. Dr. Nilgün SARP	Üsküdar Üniversitesi
Doç. Dr. Osman ŞİMŞEK	Gazi Üniversitesi
Prof. Dr. Özkan ÜNAL	Atatürk EAH
Doç. Dr. Rıza GÖKLER	Yıldırım Beyazıt Üniversitesi
Doç. Dr. Selahattin KAYNAK	19 Mayıs Üniversitesi
Prof. Dr. Sibel Erkal İLHAN	Ankara Üniversitesi
Prof. Dr. Süleyman ÖZDEMİR	İstanbul Üniversitesi
Doç. Dr. Tarık TUNCAY	Hacettepe Üniversitesi
Prof. Dr. Tevfik Şükrü YAPRAKLI	Atatürk Üniversitesi
Prof. Dr. Vedat İŞIKHAN	Hacettepe Üniversitesi
Prof. Dr. Yavuz SANİSİOĞLU	Yıldırım Beyazıt Üniversitesi
Dr. Zeki KARATAŞ	Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi

İÇİNDEKİLER

- Etik Karar Verme Sürecinde Etkili Olan Faktörler 8
Effective Factors In Ethics Decision Making Process
Prof.Dr. Çiğdem ARIKAN
- Türkiye Sağlık Sistemi Finansal Açıdan Sürdürülebilir Mi? 42
Is Turkish Health Care System Financially Sustainable?
Mehmet ATASEVER
Zafer KARACA
Mustafa ÖRNEK
- Bir Tıp Fakültesi Hastanesinde Elektromanyetik Alan Haritası
Çıkarılması ve Elektromanyetik Alan Bulunan Yerlerde
Çalışanların Sağlık Durumları 51
Electromagnetic Field Mapping and Health Status of Workers
Exposed to Electromagnetic Fields in a University Hospital
Prof. Dr. Mustafa Necmi İLHAN
İnş. Müh. Volkan ERKAN
Prof. Dr. Meltem ÇÖL
- Türkiye'nin Sağlık Turizm Performansının TOPSIS Yöntemiyle
Değerlendirilmesi..... 82
Evaluation Of Turkey's Health Tourism Performance
With TOPSIS Method
Tevfik BULUT
Gani DURUR
- İnsani Erdemleri Yüceltmek İçin Sosyal Hizmet..... 100
Social Work To Elevate Humanitarian Virtues
Zeki KARATAŞ

Kıymetli Sağlık ve Sosyal Hizmet alışanları,

SASAM, Sağlık ve Sosyal Hizmet alışanları Sendikası'nın politika ve uygulamalarının akademik altyapısını oluşturmayı amaçlayan, sağlık, sosyal politika ve işgücü politikalarına ilişkin küresel ölçekte ve Türkiye leğinde kanıta dayalı bilgi üreten, kaynağı çalışanların alın teri olan, alanında ilk ve tek strateji kuruluşudur.

Sağlık, sosyal ve işgücü politikalarını bilimsel çalışmalar işığında ağdaş standartlara kavuşturacak akılcı çözümler üretmek sağlık ve sosyal hizmet çalışanlarının haklarını geliştirmeyi hedefleyen politikalar üretmek, SASAM'ın öncelikli amaçları arasındadır.

SASAM bilimsellik, bağımsızlık, güvenilirlik, tarafsızlık, değerlere bağlılık, paydaşlık ve katılımcılık ile çözüm odaklılığı kendine ilke edinmiştir.

Kısa bir aradan sonra akademik yüzü ile sizlere ulaşan Bakış Dergimizin bu sayısında Türkiye Sağlık Sisteminin Finansal Srdrlebilirliğinden, Sağlık Turizmi Performansının lmne, niversite Hastanesi rneğinde Elektromanyetik Alanların Belirlenmesinden, İnsani Erdemleri Yüceltmek İçin Sosyal Hizmete, Etik Karar Verme Sürecinde Etkili Faktörlere Sağlık ve Sosyal Hizmet alanlarında oldukça zengin ve doyurucu ieriğimizle sizlere ulaşıyoruz. Dergimize bilimsel katkılarımızın artarak sürmesini bekliyoruz.

Prof. Dr. Mustafa Necmi İlhan
Editör

Etik Karar Verme Sürecinde Etkili Olan Faktörler

Effective Factors In Ethics Decision Making Process

Çiğdem Arıkan*

ÖZET

Sosyal hizmet uygulama kuruluşlarının alanı geniştir: Hastaneler (ayakta ve yataklı tedavi klinikleri, gündüz hastaneleri,vb.), tesisler, sağlık merkezleri,vb. Bu kuruluşlarda sosyal hizmet uzmanları bir dizi fonksiyonu yerine getirmekte, hizmet alanlara müdahale etmekte ve onlara çeşitli hizmetler sağlamaktadırlar. Ancak bazen neyin doğru veya yanlış olduğuna ve etik olarak ne yapmaları gerektiğine karar vermekte güçlük çekmektedirler.

Hizmet alanların hakların korumak ve etik, sosyal hizmet uygulamasının en önemli konularından biridir. Bu konular aynı zamanda insan hizmetleri profesyonelleri arasında da ana problematik meselelerdendir. Bu makale, sosyal hizmet uygulamasındaki etik ikilemleri, değer çatışmalarını, etik karar verme sürecini, etik karar verme modellerini tartışmayı amaçlamaktadır.

Anahtar Sözcükler:

Etik, etik ikilem, etik karar verme, ,etik karar verme modelleri

ABSTRACT

The range of social work practice settings is broad: hospitals (out patient and in patient clinics,day hospitals, etc.), institutions, health centers, etc. In these settings, social workers carry out a series of functions and intervene with clients and provide them various services. But sometimes they have difficulty deciding what is right or wrong and what they have to do ethically.

Protection of clients' rights and ethics is one of the most important themes in social work practice. These themes are also major problematic issues among human service professionals. This article aims to arguing ethical dilemmas, value conflicts, ethical decision making process, ethical decision making models in social work practice.

Keywords:

Ethics, ethical dilemma, ethical decision making, hierarchy of ethical rights, ethical decision making models

* Prof. Dr., Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü,

**“İyi insanlar olmak için çabalamak zorundayız...
İyilik daima iyi olma tercihini içerir”**

Liv Ullman (akt. Kenyon 1999,s.21)

21. yüzyılda, tüm ülkelerde küresel olarak yaşanmakta olan terör ve şiddet, yoksulluk, işsizlik, ruh ve beden hastalıkları, madde bağımlılıkları gibi sorunlar sosyal hizmet uzmanlarının hizmet sunduğu kişi, grup ve yerel toplulukların çok boyutlu ve çok çeşitli sorunları aynı anda yaşamalarına yol açmaktadır. Dolayısıyla sosyal hizmet mesleği, ağırlıklı olarak eskiye kıyasla çok daha karmaşık etik sorunlarla, etik ikilemlerle ve etik ihlallerle ilgilenmeye odaklanmaya başlamıştır.

Sosyal hizmet uzmanları gibi insani hizmetlerde görevli olan profesyoneller, tüm çalışmalarında etik ikilemlerle karşılaşma riski altındadırlar. Hangi sorun alanında çalışırlarsa çalışsınlar, hizmet alanların (müracaatçıların) yaşadıkları güçlüklerle yönelik mesleki müdahalede bulunurken bazen kendileri etik ikilemler yaşayabilirler bazen de hizmet alanların daha önceden yaşadıkları etik sorunları aşmalarına yardımcı olabilirler. Bu hassas durum, profesyonellerin karar verme sürecinde etik bir duruş geliştirmelerini zorunlu kılmaktadır. Başka deyişle, etik karar verebilmek için mevcut durumu geniş açıdan irdelemeleri ve pek çok faktörü eş zamanlı olarak dikkate almaları gerekmektedir.

Öte yandan mesleki müdahalelere konu olan sorunlar çok faktörlü olduğu için farklı disiplinlerin rolü de göz ardı edilmemelidir. Dolayısıyla çok disiplinli bir bakış açısına dayalı müdahaleler etkili olacaktır.

Etik Karar Vermenin Temel Dayanakları

Etik karar vermenin birtakım temel dayanakları vardır. Bu dayanaklar genelde tüm profesyonellerin özelde de sağlık alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının daha sağlıklı kararlar alabilmelerine, yetkinliklerinin artmasına, kendilerini karar verme sürecinde yalnız ve güçsüz hissetmemelerine yardımcı olmaktadır. Başka deyişle etik karar vermenin temeli bu dayanakların da güçlü olmasına bağlıdır. Bir anlamda bu dayanaklar, bir binanın taşıyıcı kolonları gibidir. Onlar çok güçlü olursa etik karar verme süreci de güçlü olacaktır. Bu temel dayanaklar, genel olarak etkili bir hesap verme mekaniz-

ması, yasal düzenlemelerin güçlü olması, siyasal bağlamda karar verici konumda olanların tutarlılığı, profesyonelin çalıştığı örgütün iklimi, mesleki donanımı güçlendirmeye yönelik etkinlikler, profesyonelin içinde yer aldığı toplumda var olan sivil inisiyatif şeklinde sıralanabilir. Bunların, profesyonellerin etik karar vermelerini ciddi biçimde etkileyen başlıca faktörler olduğu düşünülebilir.

“ETİK, ‘ne söylediğimiz’ hakkında değil, ‘ne yaptığımız’ hakkındadır.”

Etik karar vermeyi etkileyen en önemli faktörlerden biri, profesyonellerin mesleki müdahalelerini gerçekleştirirken hesap vermek zorunda olduklarını onlara hatırlatan **etkili hesap verme mekanizmasının** varlığıdır. Etik ihlallerin oluşmasında ve sürmesinde böyle bir hesap verme mekanizmasının yetersizliği veya olmayışı önemli rol oynamaktadır. Pek çok toplumda gerek makro düzeyde (toplumda) gerekse mikro düzeyde (çeşitli kuruluşlarda,vb.) etik ihlallere yol açan böyle bir sorunla karşılaşmaktadır.

Sağlık alanında da kimi zaman çeşitli etik ihlallerle karşılaşılabilir. Söz gelimi bir sağlık kuruluşunda çalışan memurun, hizmet almaya gelen vatandaşı azarlaması, hizmeti daha hızlı yapmak için farklı beklentiler içine girmesi ve hizmet alanı bu beklentilerini karşılamaya zorlaması (örn. hediye beklemesi, kendisinin veya bir yakının işini halletmesini istemesi,vb.), hizmeti zamanında ve gerektiği gibi yapmaması, yapılacak işlemleri vatandaşın anlayacağı biçimde anlatmaması, gereken belgelerin neler olduğunu tam olarak söylememesi,vb. etik ihlaller arasındadır. Öte yandan hastaları ve yakınlarını aşağılamak, cinsel tacizde bulunmak, uygun olmayan tedaviyi önermek, sağlık açısından doğabilecek riskleri açıklamadan belirli bir tedaviye zorlamak, hatalı tedavi ve ilaç protokolü önermek, tedavinin ardından izleme çalışmalarını yapmamak, hastanın izni olmaksızın onu çeşitli araştırmalar için denek yapmak, tıbbi yayın yapmak amacıyla hastanın iznini olmaksızın onun görüntülerini yayınlamak, klinikte yatan veya ayakta tedavi görmekte olan hastaları kendi araştırmalarında kullandıkları ölçeklere veya soru kağıtlarına cevap vermeye- doğrudan veya dolaylı olarak- zorlamak, gerekmediği halde tomografi, MR veya ultrason çektirtmek, yan etkileri konusunda yeterince bilgilendirmeden hastalara ilaç vermek, hastanın mahremiyetini ihlal etmek (örn. yoğun bakımdaki hastaların görün-

tülerini kaydetmek ve bunları sosyal medyada kullanmak), hastayı tedavisini bırakmakla, vb. tehdit etmek, tedaviyi gerekli olandan kısa kesmek, hazır olmadığı halde hastayı hastayı erken taburcu etmek veya buna zorlamak önemli etik ihlaller arasında sayılmaktadır.

Bu tür etik ihlaller eğer etkili bir hesap verme mekanizması yoksa yıllar boyunca sürüp gitmektedir. Herhangi bir meslek elemanı, kendisinin bu durumda hiçbir bedel ödemediğini, hatta daha da “güçlendiğini”, başkalarını (özellikle kendisinden güçsüz olanları) baskı altına aldığını, sindirdiğini gördükçe bu tür etik ihlalleri daha da artırmaktadır. Etkili bir hesap verme mekanizmasının varlığı, bu açıdan caydırıcı olmaktadır.

Etik karar verebilme becerisinin kazanılması, etik ihlallerin oluşmaması açısından zorunludur. Öte yandan böyle bir beceriye sahip olan kişinin çalıştığı kurumda yaşanmakta olan etik ihlalleri de fark etmesi ve ilgili makamlara bildirmesi daha kolaylaşacaktır. Dolayısıyla profesyonellerin etik duyarlılığı (farkındalığı) daha da artacak ve böylece etik ihlallerin- belki tümüyle ortadan kalkmasa bile - daha az yaşandığı bir örgüt iklimi oluşacaktır.

Etkili hesap verme mekanizması, toplumda **güçlü yasal düzenlemelerin varlığı** ile işlevsellik kazanır. Bir toplumda güçlü yasal düzenlemeler, etik karar verme sürecinin temel dayanaklarından biridir. Güçlü yasal düzenlemeler, etik ihlallerin önüne geçmede en etkili faktörlerden arasındadır. Etik ihlallere karşı böyle düzenlemeler olmaması halinde sorunlar ve mağduriyetler giderek artacaktır. Buna karşılık etkili yasal çerçevenin varlığı caydırıcı rol oynayacaktır. Yasaların ve yönetmeliklerin güncel gelişmeler ışığında yeniden düzenlendiği bir toplumda profesyonellerin daha cesaretle kararlar alabileceği düşünülebilir.

Ancak yasal düzenlemelerin zayıflığı halinde çoğu kez yasal boşluklar doğabilmektedir. Bu boşluklardan yararlanılarak bazen etik ihlallerde bulunulduğu da gözlenmektedir. Dolayısıyla yasal düzenlemelerin dikkatle ve sürekli gözden geçirilmesi gereklidir. Kimi zaman da yasal düzenlemeler çok kapsamlı olmakla birlikte kağıt üzerinde kalabilmekte ve uygulamaya konulmamaktadır. Bunda siyasal kararsızlıklar ya da çıkar çatışmaları da etkili olabilmektedir. Oysa yasal düzenlemeler yoluyla hesap vermenin kaçınılmaz olduğunun bilinmesi, etik ilkelere bağlılığı daha da güçlendirecektir.

Siyasal bağlamda karar verici konumda olanların tutarlılığı bir başka önemli faktördür. ‘‘Tutarlılık’’la anlatılmak istenen, etik ihlallerin üzerine gitmekte gecikmemek, zafiyet göstermemek ve ihlallerin ortadan kalkması için kararlılık ve sabırla mücadele etmekten vazgeçmemektir. Siyasal tutarlılık ve kararlılık, karar verici konumdakilerin etik duyarlılıklarının yüksek olmasıyla bağlantılıdır. Bu boyutta farkındalıkları düşük olanların, toplumda sağlam bir etik alt yapı oluşturmakta etkili olabilmeleri beklenemez. Öte yandan, özellikle oy kaygısı, çıkar çatışmaları gibi çeşitli nedenlerle etik ihlaller görmezden gelinebilmektedir. Pek çok ülkede örneklerine rastlandığı gibi, yolsuzlukla, rüşvetle,vb. mücadeleyi önemli hedefleri arasında gören ve hatta sloganlaştıran kimi siyasal partiler, hatta seçim kampanyalarının en önemli maddesi olarak etik dışı davranışlarla mücadeleyi vurgulayanlar, iktidar olduktan sonra bu yönde adım atamayıp siyasal kararlılık gösteremeyebilmektedirler.

Örgüt iklimi ise çalışanların etik karar vermelerini destekleyebileceği gibi bazen engelleyebilir de. Özellikle örgüt hiyerarşisinin tepesindeki yöneticilerin etik ilkelere bakışı,algılayışı, bunlara verdiği önem örgüt işleyişini olumlu ya da olumsuz etkilemektedir. Demokratik bir işleyiş temeline oturmayan bazı kuruluşlarda etik karar verme sürecinde atılması gereken adımlar zaman kaybı olarak nitelendirilebilir. Bu adımlar gereksiz bir çaba olarak algılandığı sürece etik sorunlar göz ardı edilebilir. Buna bağlı olarak etik ihlaller doğabilir. Örgüt daha kolaycı ve yüzeysel bir bakışla mesleki olarak ne gibi adımlar atılacağını, hangi davranış kurallarına uyulacağını belirleyebilir. Dolayısıyla çalışılan örgütün politikalarının da profesyonellerin etik karar verme süreçlerini doğrudan etkiledikleri söylenmelidir.

Bunların yanı sıra çalışılan ortamda uygulanabilir davranış kuralları da etik karar verme sürecini olumlu etkileyen faktörlerden biridir. Standardize edilmiş, sağlam bilimsel, mesleki ölçütlere dayalı kurallar örgüt iklimini olumlu etkileyecek, çalışanların huzurunu ve verimliliğini arttıracaktır. Buna karşılık, uygulanabilir olmayan veya uygulanması çok zor olan davranış kuralları ise gerçekçi olmayan, katı düzenlemelere işaret etmektedir.

Uygulanabilir olmayan davranış kurallarını dayatan bir örgüt ikliminin oluşmasında:

- etik duyarlılığı/farkındalığı olmayan,
- mesleki bilgi ve becerisi kısıtlı,
- iletişim becerileri zayıf
- çatışmacı (örn. agresif veya pasif agresif),
- insan hakları ihlaline, mobbinge eğilimli,
- özgüveni ve özsaygısı düşük yöneticilerin payı da çok büyüktür.

Bu tür olumsuzluklar genellikle örgüt ikliminin daha da bozulmasına, çalışanların birbirleriyle ve hizmet alanlarla ilişkilerinde çatışmalara yol açmaktadır. Söz gelimi çalışanları mesai saatleri dışında sürekli çalışmaya zorlamak, kapasitesinin üzerinde iş yüklemek (örn. mesleki görüşme sayısını ve sıklığını -mesleki standartların dışında-artırmak), mesleki bilgi ve becerisiyle uyumlu olmayan işlerde çalıştırmak, insan onuruna yakışmayan çalışma ortamında ve koşullarında çalışmaya zorlamak gibi çeşitli olumsuzlukların olduğu bir iş ortamında profesyonellerin etik ihlallerde bulunma riskleri artabilir. Böyle bir ortamda çalışanların tükenmişlik sendromu yaşamaları, sorunu daha da büyütebilir. Fiziksel ve zihinsel olarak tükenmişlik, sosyal hizmet uzmanları arasında da yaygın olan bir durumdur. Böyle bir durumda tükenmiş olan çeşitli meslek elemanlarının, 'etkisiz/verimsiz yardımcıları' dönüşmesi kaçınılmaz olacaktır: işe gelmeme, öfkelenme, istifa etme, işe devam etse de verimliliğin düşmesi gibi pek çok sorun ortaya çıkacak, böylece meslek ve çalışılan örgüt, yatırım yaptığı kişileri kaybedecektir.

Bu nedenle demokratik bir işleyişin egemen olduğu örgüt iklimi ve buna dayalı olan gerçekçi, ele alınan soruna etkili müdahale edebilmeyi kolaylaştıran uygulanabilir davranış kuralları, profesyoneller arasında tükenmişliğin ve etik ihlallerin oluşmasını önleyici 'koruyucu bir kalkan' işlevi görmektedir.

Mesleki donanımı güçlendirmeye yönelik etkinlikler de etik karar vermenin temel dayanakları arasında yer almaktadır. Hizmet içi eğitim programlarının düzenlenmesi, vaka toplantıları yapılması, çeşitli bilimsel etkinliklere, kurslara,vb. katılımın desteklenmesi ve bu tür etkinliklerin sürekli ve düzenli olarak gerçekleştirilmesi, etkinliklere dair geri bildirimlerin alınması, etki analizlerinin yapılması yararlı olmaktadır. Bu tür etkinlikler, yalnızca profesyonellerin

hizmet alan kişi ve grup ve topluluklara yönelik müdahalesini -güncel gelişmeler ışığında-güçlendirmekle kalmayacak, onların etkili iletişim kurabilme becerilerini daha da arttıracaktır. Etkili iletişim becerileri güçlendikçe, görüşme tekniklerinin daha etkili kullanılması, mesleki müdahale stratejilerinin daha ayrıntılı ve sağlam belirlenmesi söz konusu olacaktır. Dolayısıyla etik sorunlara yol açabilecek adımlar atılması riskinin azalması, mevcut etik sorunların daha kolay yönetilebilmesi söz konusu olabilecektir.

Gerek tüm çalışanların birbirleriyle iletişim ve etkileşimlerinin olumlu olması gerekse bireysel düzeyde kendini ifade edebilme, sorun çözebilme, sorunlarını fark edebilme, içgörü geliştirebilme kapasitesinin güçlü olması bu açıdan düşünülebilir. Mesleki donanımı güçlendirmeye yönelik etkinlikler, profesyonellerin birbirlerini daha iyi tanımalarına ve yakınlaşmalarına, aralarında yaşanmış olan olumsuz durumları (kırgınlık,vb.) aşabilmelerine de zemin hazırlayacaktır. Dolayısıyla çalışma ortamında daha huzurlu ve verimli olabileceklerdir. Bu da kendilerinden hizmet alanlara karşı daha güçlü bir etik duyarlılıkla yaklaşmalarına neden olacaktır

Etkili hesap verme mekanizmasının, güçlü yasal düzenlemelerin, siyasal bağlamda karar verici konumda olanların tutarlılığının, sağlıklı bir örgüt ikliminin, mesleki donanımı güçlendirmeye yönelik etkinliklerin yanı sıra **sivil inisiyatif** de etik karar verme sürecini olumlu etkilemektedir. Bir toplumda etik bilinci, duyarlılığı yüksek sivil inisiyatifin varlığı etik karar vermenin temel dayanaklarından- dır. Etik duyarlılığı yüksek vatandaşların, sivil toplum örgütlerinin olması, profesyonelleri etik ihlallerde bulunmak açısından caydırıcı olmaktadır. Özellikle gelişmiş ülkelerde etik alt yapının sağlam olmasında sivil inisiyatif son derece etkili olmaktadır. Buna karşılık az gelişmiş veya gelişmekte olan ülkelerde bu açıdan ciddi bir eksiklik söz konusudur. Böyle bir eksikliğin de etik ihlallerin oluşumunda ve sürmesinde payı büyüktür. Örgütlü toplum, vatandaşlık bilincinin yüksek olduğu toplumdur. Bu tip bir toplumda herhangi bir kuruluşta bir meslek elemanının yol açtığı etik sorun daha görünür olmakta ve çeşitli sivil toplum kuruluşları, vatandaşlar böyle bir sorunun varlığını seslendirmekte ve aşılmasına yönelik adımlar atılması için ilgili kişi ve kuruluşları zorlamaktadırlar. Dolayısıyla meslek etiğinin güçlendirilmesi ve etik ihlallerin önlenmesi için baskı grubu olarak işlevde bulunmaktadırlar. Bu tür baskı gruplarının

varlığı ilgili kişi ve kuruluşları uyarmakta, etik ihlallere yönelik caydırıcı rol oynamaktadır. Aynı zamanda hükümetler, politika belirleyiciler için de yeni etik mevzuat geliştirme, daha etkili etik alt yapı oluşturma açısından da motive edici olmaktadır.

Sosyal hizmet uzmanları, Bateman (2006)'ın da dikkat çektiği gibi, tüm mesleki müdahalelerinde-gerek etik karar verme sürecinde gerekse savunuculukta,vb.- hizmet alanların çıkarlarının en üst düzeyde korunmasını, arzu ve beklentilerinin göz ardı edilmemesini, sürece dair düzenli bilgilendirilmelerini, tüm etik yönergelere uyulmasını, gizliliğin korunmasını, içten davranılmasını, dürüst ve tarafsız önerilerde bulunulmasını hedeflemektedirler.

Sosyal hizmet uzmanlarının mesleki müdahalede buldukları kişiler (hizmet alanlar), çoğunlukla pek çok sorunla karşı karşıya kalmış, örselenmiş, baskı altına alınmış, ötekileştirilmiş insanlardır. Bu durum onların ruh sağlıklarını da olumsuz etkilemektedir. %50'sinin veya daha çoğunun ruhsal bozuklukları olduğu ileri sürülmektedir (Huxley 2006). Dolayısıyla böyle bir gruba yönelik çalışmalarda etik duyarlılık yaşamsal önem taşımaktadır; çünkü etik karar verme sürecindeki herhangi bir aksaklık, bu grubun sıkıntılarını daha da artıracaktır.

Mesleki müdahalede bulunan grubun yukarıda sıralanan özellikleri, onların güçlendirilmeleri gerektiğinin en temel göstergesidir. Kendilerini güçsüz hisseden kişi, grup, aile ve topluluklarla çalışırken onların haklarına odaklanılmalıdır. Başka deyişle etik ilkelere dayalı mesleki müdahalede bulunmak hedefleniyorsa 'hak temelli' bir yaklaşım benimsenmelidir.

Bu açıdan hizmet alanların hakları üzerinde de durulmalıdır. Çoğu kez gözden kaçırılmakla birlikte, hizmet alanların da önemli hakları vardır (Miley, O'Melia ve DuBois, 1998, s.136): Hizmet alanların kendilerine saygıyla davranılma, mahremiyetlerinin korunması, değişim sürecinde aktif katılımında bulunma, kültürel farklılıklara duyarlı bir tedavi alma, toplumsal kaynaklardan adil şekilde yararlanma, kendi açılarından, karşı duruşlarını görme, bilgi toplama ve analiz etmeye katılma, kendi hedeflerini oluşturma, sosyal hizmet uzmanlarının istediğine direnç gösterme, çeşitli alternatif müdahaleler arasından seçim yapma, hem kendileri hem de sosyal hizmet uzmanı için belirlenen rol ve sorumlulukların dağılımını müzakere

etme, değerlendirme süreçlerinde işbirliği yapma, müdahale için ayrılan süreyi (takvimi) belirlemeye yardım etme ve maliyetleri bilme gibi hakları bulunmaktadır.

“Karakterin hakkındaki hükmünü:

a) sana iyi bir şey yapamayacak (çıkar sağlayamayacak) olanlara ne kadar iyi davrandığına,

b) seninle mücadele (kavga) edemeyecek olanlara nasıl davrandığına göre ver”

(Anonim. akt. Kenyon, 1999, s.148).

Bunların yanı sıra gizlilik etik ilkesi de ayrıca vurgulanmalıdır. Etik adımlar atma çabasında olan bir sosyal hizmet uzmanı için gizlilik etik ilkesi yaşamsaldır. Sosyal hizmet uygulamasında etik karar verme sürecinin temel yapı taşıdır. Hatta mesleki başarının merkezinde gizlilik etik ilkesinin olduğu da ileri sürülmektedir (Kenyon, 1999, s.136). Ancak gizliliğin sınırlarının nerede başlayıp nerede biteceğine dair etik ikilemlerle de sıklıkla karşılaşmaktadır. Dolayısıyla gizlilik açısından istisnai durumlardan başlıcalarının bilinmesi sosyal hizmet müdahalesinin etik temellerini güçlendirecektir. Miley, O’Melia ve DuBois (1998, s.142) bu istisnai durumları şöyle sıralamaktadırlar:

- Çocuk istismarı ve ihmaline dair tanıklık
- Yaşlı istismar ve ihmali raporlaştırmaya ilişkin yasal hükümler
- Hizmet alanların kendilerine veya başkalarına zarar verme tehditleri
- Hizmet alanların acil hizmet ihtiyaçları
- Vasilik duruşmaları veya bilgi istenen emanet etme prosedürleri
- Meslektaşlarla, danışmanlarla ve avukatlarla konsültasyon
- Hizmet alanlar tarafından sosyal hizmet uzmanlarına karşı açılan davalar
- Yasalar ve yönetmeliklerce tanımlanan diğer istisnalar

Gizlilik ilkesinin insanla ilgili her alanda olduğu gibi sağlık alanında da özenle korunması, her bir vakanın kendi özellikleri içinde dikkatle, tüm değişkenleri irdelenerek ele alınması gereklidir. Aksi

halde hem hizmet alanın ve ilgili tarafların hem de sosyal hizmet uzmanının ve ekip üyelerinin yaşamlarını tehdit eden birtakım sonuçlarla karşılaşılabilir. Gizlilik ilkesine bir sağlık kuruluşundan örnek vermek gerekirse kural olarak, klinik bilgi, hastanın öncelikle yazılı onayı ile verilmeli eğer hasta sözel olarak izin vermiş ise bu durum kayıtlara geçirilmelidir. Her bir izin, verilecek bilginin bir parçası ile ilgilidir ve daha sonra her bilgi istenmesi durumunda izin yenilenmelidir. İzin verilmiş olması yasal engeli ortadan kaldırmış olur ancak bilginin verilmesi ile ilgili klinik engel ortadan kalkmış olmaz. İzin verilmiş olması bilginin verilmesini zorunlu kılmaz. Bazı durumlar dışında, eğer klinisyen bilgi verilmesinin zararlı sonuçlar doğuracağını düşünüyorsa bilgi vermeyi reddedebilir (Sadock, Sadock ve Ruiz, 2016, s.1383).

Sadock ve diğerlerinin (2016), “Psikiyatri: Davranış Bilimleri/ Klinik Psikiyatri” adlı kitabında gizlilik etik ilkesine verilen klasik örneğe, Tarasoff Vakasına ayrıntılı olarak yer verilmiştir. Tarasoff vakasının bu çalışmada da aktarılması, etik karar verme sürecinin ne denli bıçak sırtı ayrıntıları olduğunu kavramak açısından önemli görülmektedir:

“Kaliforniya Üniversitesi Ruh Sağlığı Kliniğine ayaktan kendi isteğiyle başvuran Prosenjiit Poddar isimli öğrenci, terapistine yine bir öğrenci olan Tatiana Tarasoff isimli kişiyi öldürme isteğinden söz eder. Terapist, bu niyetin ciddiyetinin farkına varmış ve Kaliforniya yasalarına göre bir meslektaşı ile birlikte kişinin 72 saat boyunca psikiyatri acil ünitesinde gözlem altında tutulması kararını vermiştir. Terapist kampüs polisine sözel olarak ve yazı yazarak Poddar’ın tehlikeli olduğu ve yakalanması gerektiği bilgisini vermiştir.

Terapistin denetmeni (supervisor), gizliliğin ihlali ve Poddar’ın tedavisine zarar vereceği konusunda endişeye kapılmış ve terapistin önerilerini reddederek Poddar ile ilgili tüm kayıtları yok etmek istemiştir. Aynı zamanda kampüs polisi Poddar’ı gözaltına almış ancak ‘o kızdan uzak duracağı’ yönünde söz vermesi üzerine serbest bırakmıştır. İki ay sonra daha önce söylediğini yapmış ve Tatiana’yı öldürmüştür. Bunun üzerine genç kadının anne-babası üniversiteye ihmal davası açmıştır.

Sonuç olarak Kaliforniya Yüksek Mahkemesi ayrıntılı bir incelemeyle ve 14 ay gibi uzun bir süreden sonra hekim veya psikotera-

pistin hastanın, bir kişi için potansiyel tehlike oluşturduğuna inandıklarında, tehlike altında olan kişiyi uyarmaları gerektiği kararına varmıştır.

Bu karar ile terapistin yüklenen sorumluluk, olgunun özelliklerine göre tehlike altındaki kişiyi uygun bir biçimde uyarmaktır. Bu nedenle mahkeme açık bir şekilde terapistin, öldürülmesi planlanan kişi veya tehlike altındaki diğer kişilerle ilgili polisi bilgilendirebileceğini veya bu gibi durumlarda alınması gereken diğer önlemlerin uygulanması gerektiğini belirtmiştir.

Tarasoff 1 kuralına göre terapistin görevi, hastanın fantazilerini değil, başkalarına zarar vermekle ilgili gerçek niyetini bildirmesi ve bu durumu yönetebilmesidir.

1982 yılında Kaliforniya Yüksek Mahkemesi, Tarasoff ile Kaliforniya Üniversitesi Mütevelli Heyeti arasındaki davada (Tarasoff 2 olarak bilinir) verdiği ilk kararın sınırlarını genişleterek uyarmak yanında korumanın da bir görev olduğunu belirtmiştir.”

Etik karar verme sürecini tehlikeye sokabilecek çeşitli durumlar vardır. Özellikle çeşitli psikolojik değerlendirme hataları profesyonellerin değerlendirmelerini, etik karar verme adımlarını olumsuz etkilemektedir. Munro (1999 akt.Daniel, 2006) bu tehlikeye işaret etmektedir. Çocuk ölümlerine dair raporlar üzerinde yaptığı bir incelemeye dayalı olarak potansiyel açıdan ölümcül sonuçları olabilecek şu tür hatalara rastlandığını ileri sürmektedir:

- Fikrini değiştirmeye dirençli olmak, risk değerlendirmesini yenido gözden geçirmekte başarısız kalmak
- Dikkatini, daha çok kendi inançlarını destekleyen kanıtlara yöneltmek
- Kendi inançlarını destekleyen kanıtları aramak
- Destekleyici kanıtlara, karşıt kanıtlara kıyasla daha az eleştirel olmak.

Yukarıda da vurgulandığı üzere, profesyonellerin mevcut psikolojik donanımlarının mesleki müdahale sürecinde kendilerini olumsuz etkileyebileceği göz ardı edilmemelidir. Etik bir sorunla karşılaştıklarında-özellikle bu sorun çok karmaşık ise-objektif değerlendirme yapmaktan uzaklaşma tehlikesi vardır. Daniel (2006), sosyal hizmet

uzmanları açısından bu tür bir tehlikeye seçici dikkatin, grup polari-zasyonunun ve stereotipinin yol açabileceğini vurgulamaktadır.

Bunların yanı sıra karar verecek olan profesyonelin, irdelenen so-runun tüm özelliklerini ve sorunu yaşayan insanı ve ilgili tarafları et-raflıca anlayamadan karar verme eğiliminde olması ve soruna ilişkin çeşitli önyargıları da etik ihlallere yol açabilir. Bu nedenle, karar ve-ricinin değer sisteminin ve tercihlerinin tüm değerlendirme sürecini biçimlendireceği, atılacak her bir adımı ve sonuçta seçilen eylem tercihini etkileyeceği ileri sürülmektedir (Mattison, 2000). Böyle bir etkilenme, sosyal hizmet mesleğinin önemli vurgularından biri olan “çevresiyle birlikte birey” odağından sapmamayı, tüm yönleriyle insanı anlamayı gerektirir. Akbaş (2014, s.23)’ın vurguladığı gibi, “sosyal çalışmanın, öncelikle birey, aile, grup, topluluk, toplum ve örgüt düzeylerinde kendi köprülerini kurması ve bu düzeylerde elde ettiği verileri bilimsel tezlere ve sonuçlara ulaştırması gerekir. Bu-nun için sosyal çalışmanın ‘insana yardım’ etme çabasını önceleyen bir ‘insanı anlama’ çabasını hayata geçirme gereği vardır.”

Bizler, hizmet alana yönelik mesleki müdahalemizde bunları göz ardı edemeyiz. Ancak sosyal hizmet uzmanları da hizmet alan gibi, içinde yaşadığı toplumun özelliklerinden etkilenmektedirler. Etnik köken, mezhep, dinsel inanç ve bunlardan kaynaklanan çeşitli değer-ler, önkabuller, beklenti ve umutlar hatta korku ve kaygılar etik karar verme sürecinde profesyoneli etkileyebilir. Böyle bir olasılığın sü-re-ci olumsuz etkilememesi, profesyonelin, özgeçmişine, yetişme sü-re-cine, değer sistemine dair farkındalığının (self awareness) yüksek olmasıyla bağlantılıdır. Dolayısıyla “insanı anlama”yı hedefleyen bir mesleğin mensuplarının öncelikle “kendini anlama”yı hedefle-miş olmaları gereklidir. Böylece hizmet alanlarla daha kucaklayıcı, empatik, dayanışmacı, eşitlikçi ve içten bir bağ kurmaları mümkün olabilir. Lishman (2015), sosyal hizmet uzmanlarının hem sosyal hizmete ilişkin nedenlerini ve geçmiş deneyimlerini güvence altına almak hem de kendilerinin başkaları üzerindeki etkisini anlayabil-mek için de farkındalık ve eleştirel düşünme kapasitelerini geliştir-meleri gerektiğini vurgulamaktadır.

Buna karşılık, kendisinin yalnızca güçlü yanlarını gören, güçsüz yanlarını yok sayan ya da önemsemeyen, bunlarla yüzleşmeyen, “değişimin” öncelikle kendisinde başlaması gerektiğine inanmayan

veya bunu öteleyen, başka deyişle kendisini anlamak yerine anlayamayan bir uzmanın, hizmet alanla böyle "sahici" bir bağ kurması kolay değil hatta imkansızdır. Bu nedenle sosyal hizmet uzmanının etik kararlar verebilmesinin en önemli unsurlarından biri de onun kendi kendisiyle kurduğu ilişkidir. Kuçuradi (2006,s. 149), kişinin kendisiyle ilişkisinin, aslında kendine özgü bir etik ilişki olduğunu ileri sürer ve şöyle devam eder:" Kişinin kendine yönelik eylemleri, kendine ilişkin kararları, kendine yaptığı muamele, yaşamına yön vermesi hep bu ilişki çerçevesi içinde oluşur. Bu ilişki, aynı zamanda kişinin başkalarına yönelik eylemlerinin oluşmasında, en belirgin şekilde de bir eylemin değerini belirleyen noktalarda rol oynar."

**"İlim, ilim bilmektir,
İlim, kendin bilmektir.
Sen kendini bilmezsin
Bu nice okumaktır?"**

Yunus Emre

Çeşitli sosyal hizmet kuruluşlarında 'temel karar verici' konumunda olan sosyal hizmet uzmanları, güç ve kontrolü çoğu kez ellerinde tutmaktadırlar. Dolayısıyla hizmet sundukları kişi ve gruplara karşı etik duyarlılıklarının zayıf olması halinde çok ağır etik sorunların doğması riski vardır. Sosyal hizmet uzmanı, hizmet alanın içgörü gelişiminin hızlanmasını, farkındalığının güçlendirilmesini ne kadar hedefliyorsa kişisel içgörü ve farkındalığının artmasını da o kadar hedeflemelidir. Bu ise gerek meslek yaşamında gerekse özel yaşamında sürekli kendisini sorgulaması ve kendisiyle hesaplaşmasıyla mümkündür. Böyle bir hesaplaşma, uzmanın kendisini, tutumlarını ve önyargılarını sürekli anlamaya ve denetlemeye çalışmasını da kolaylaştıracaktır. Öte yandan, farkındalık, hizmet alanla ilişkilerin sağlıklı gelişmesini mümkün kılacaktır. Farkındalık bizim kişisel sorunlarımızla hizmet alaninkileri ayırtmamanızı sağlayacaktır. Kendi sorunlarımızı hizmet alaninkilere yansıtıp yansıtmadığımızı görmemizi, "ego sınırlarımızı" iyi belirlememizi, neyin bize, neyin hizmet alana ait olduğunu başarıyla ayırtmamanızı kolaylaştıracaktır (Burnard, 1989,s.39).

Etik karar verme sürecinde sosyal hizmet uzmanları, meslek yaşamları boyunca vermiş oldukları etik kararları yeniden hatırlayıp gözden geçirmektedirler. Böylece geçmişteki hatalarından veya ba-

şarılarında yeni durumlar için ders çıkarmakta ve güçlü bir etik duruş sergilemektedirler. Deneyimli sosyal hizmet uzmanları bu açıdan daha avantajlıdır. Buna karşılık mesleğe yeni başlayan sosyal hizmet uzmanları -deneyimsizliklerinden ötürü-daha dezavantajlıdır. Ancak bu dezavantajlı oluş, büyük ölçüde süpervizyon, vaka tartışmaları,vb. yoluyla aşılabilmektedir.

Sosyal hizmet mesleğinde etik karar verme süreci hakkında değerli çalışmaları olan Mattison (2000,s.201-212), ‘‘Ethical Decision Making: The Person in the Process’’adlı makalesinde sosyal hizmet uzmanının, kendi etik tercihlerinin farkında olmasının, kendi değer kalıplarına ilişkin bir farkındalık geliştirmesinde ilk adım olduğunu ileri sürmektedir. Bu adımı, mevcut etik ikilemi analiz etmek izlemektedir. Böyle bir analiz, uygulama sorunu ile bunun etik yönlerini, vakanın bilimsel ve teknik yönlerini ayrı ayrı irdelemeyi gerektirmektedir. Etik yönlerin irdelenmesinde değer bileşenlerinin tanımlanması ve değerlendirilmesi önemlidir. Mattison, buradan hareketle, refleksiyon ve öz farkındalık sürecine devam edilmesini önermektedir. Bu süreçte de kararı etkileyen faktörler belirlenmelidir. Bu faktörler hizmet alanla ilgili faktörler (bireysel) ve örgütle ilgili faktörlerdir (profesyonel). Daha sonra ise karar verme sürecindeki sistematik adımları izleme ve bir çözümü seçme söz konusu olmaktadır. Karar verme sürecinde analitik bir yönerge kullanımı gerekmektedir. Sonuçta da eylem tercihi üzerine düşünmek ve bu amaçla yapılan etik tercihin geçmişte yapılan tercihlerden nasıl farklılaştığını tartmak, değerlerine ilişkin farkındalığını daha da güçlendirmek hedeflenmelidir. Bu çabayı göstermek suretiyle karmaşık etik ikilemler daha iyi analiz edilip yönetilebilir.

Mattison, söz konusu çalışmasında, etik ikilemleri analiz etmek amacıyla bir model tasarlamıştır. Bu modele göre süreç, sosyal hizmet uzmanının vakanın tüm detaylarını araştırmasıyla ve hizmet alanının mevcut koşullarını bütüncül olarak anlayabilmek için ihtiyaç duyulan bilgileri toplamasıyla başlamaktadır. Sosyal hizmet uzmanları, etikle ilgili bir karar verdikten sonra o vaka özelinde kendi değer tercihlerinin nasıl yansıdığını irdelemelidirler. Sosyal hizmet uzmanlarının değer yönelimleri ve etik ikilemlere yönelik kişisel yaklaşımları hakkında daha çok şey öğrenebilmeleri, şu soruları cevaplamakla başlayacaktır (Mattison 2000):

- “Kişisel değerlerim veya felsefem, tercih ettiğim eylem seçeneğini ne derece etkiledi?

- Yasal zorunluluk bu vakada kararımı ne derece etkiledi?

- Yasal zorunluluk dışında hareket etmeye istekli miydim? (yasal zorunluluk dışına çıktığımda hizmet alan, daha fazla yararlanacak olsaydı yine de yasal zorunluluk dışına çıkararak hareket etmek ister miydim)

- Kurum politikasına bağlılık bu vakada kararımı ne derece etkiledi?

- Kurum politikası, hizmet alana karşı diğer yükümlülüklerimle çatışsaydı kurum politikasının dışında hareket etmeye istekli olur muydum?

- Kurumdaki rolüm, eylem seçimimi ne derece etkiledi?

- Vaka, hizmet alanın self determinasyonu ve paternalizm arasında bir çatışma içerseydi, hangi değer benim için daha önde olacağına hükmederdim?

- Bu vakada, yaptığım eylem seçiminde şunlardan hangisini daha önemli gördüm? :

a. Çeşitli eylem seçimlerimden her birinin müracaatçıya ve müracaatçı sistemine olası maliyetlerini ve yararlarını değerlendirmek

b. Prosedürel uygulamalara (uygulama kurallarına/iş görme usulüne) çok titizlikle bağlı kalmak.

- etik karar vermelerinin çalıştıkları kuruluştaki üstlendikleri rollerden etkilenip etkilenmediğini düşünmeleri gereklidir. İdari bir görev üstlendiklerinde veya herhangi bir idari görevleri olmadığında eylem tercihleri farklılaşmakta mıdır?”

Yukarıda sıralanan soruları kendilerine sorabilmek, eleştirel düşünme becerisinin ve cesaretinin gelişmiş olmasını da gerektirmektedir. Bu tür soruları içtenlikle cevaplamaları halinde sosyal hizmet uzmanlarının gelecekte etik karar verme sürecinde değer tercihlerinin ne derece etkili olduğunu fark etme ve daha sağlıklı etik kararlar alma şansları artacaktır.

Etik Karar Verme Süreci

“Ebeveynler evlatlarına yalnızca iyi nasihatte bulunabilirler veya onları doğru yöne yerleştirebilirler; fakat kişinin karakterini en son biçimlendirmek, kendi elindedir”

Anne Frank 1944 (akt. Kenyon,1999,s.75)

Etik karar verme süreci gelişigüzel, adeta ilhamla gerçekleşen bir süreç değildir. Ancak kapsamlı mesleki bilgi temeline, güçlü bir etik teori birikimine dayalı, sistematik olarak belirli adımların atılmasıyla etik kararlar verilebilir. Sosyal hizmet eğitim programlarında çok çeşitli etik teorilerle ve etik kavramsal donanımla beslenen uzmanlar bu yönde sağlam adımlar atabilirler. Gerek mesleki yönergeler gerekse yasal düzenlemeler etik karar verme sürecinde dikkate alınmaktadır. Bunları izlemek, etik ikilemleri daha yetkin biçimde ele almayı sağlayacaktır. Böylece etik ihlallerde bulunma riski azalacaktır; çünkü etik karar verme süreci, çeşitli çatışmaların yoğun olarak yaşanabileceği bir süreçtir. Bu çatışmalar içsel veya dışsal nitelikli olabilmektedir.

Toplumsallaşma sürecinde çocukluktan itibaren öğrenilen ve içselleştirilen çeşitli değerler (kişisel değerler) vardır. Bunların yanı sıra mesleğin öne sürdüğü çeşitli değerler (mesleki değerler) de bulunmaktadır. Değerler, mesleğin insan hakkında ne düşündüğüne ilişkin inançlarıdır ve değerler insanların tercih ve kabul ettiği inançlar olup kanıtlanmaları gerekmemektedir. Ne olduğundan çok ne olması istendiğidir (Kut, 1988,s. 39). Değerler etik karar verme adımlarının atılmasında yaşamsal önem taşımaktadır; çünkü bilinmektedir ki mesleki ilkeler, etik karar verme sürecinin temel dayanaklarıdır ve bu ilkeler yaygın kabul görmüş değerlerin temelini oluşturduğu etik kurallardır (Shardlow, 2009).

Mesleki müdahale sürecinde kişisel değerler ile mesleki değerler zaman zaman birbirleriyle çatışmaktadır. Bu durum içsel çatışma (internal conflict) olarak tanımlanmaktadır. İçsel çatışma, profesyonelin, bir şeyi yapmasını destekleyen kişisel değerlerine karşı mesleki değerlerinin başka bir şey yapması gerektiğini düşündüğünde doğmaktadır. Öte yandan dışsal çatışma (external conflict) şu durumlarda karşımıza çıkmaktadır: “Doğru olduğunu düşündüğüm şeye karşılık, çalıştığım kurumun politikası farklı bir şey yapmamı isteyebilir. Ya da doğru olduğunu düşündüğüm şeyi, çalıştığım hiz-

met alan kişi yanlış bulabilir. Mesleğimin bir etik standardı vardır fakat ben o standardı onaylamayabilirim” (Kenyon, 1999,s.14).

Kısaca belirtmek gerekirse değerler, sosyal hizmet müdahalesinde kilit konumdadır. Ancak bir profesyonel olarak sosyal hizmet uzmanının içsel ve dışsal değer çatışmalarının da farkında olması daha sonra oluşabilecek güçlükleri önleyebilmek için gereklidir. Sosyal hizmet uzmanının sahip olduğu değerler, etik karar verme sürecinde seçilecek modeli belirlemede ve bunun ardından gerçekleştirilecek eylemde yaşamsal rol oynamaktadır (Guttman, 2006, s.169).

Etik Karar Verme Sürecinde Öncelikle Sorulması Gereken Sorular

“Etik, bir kişinin nasıl davranması gerektiğini gösteren zorunluluklara, ahlaki görevlere dayalı evrensel mesleki ilişki kurma kurallarıdır. İyiyi kötüden , doğruyu yanlıştan ve uygun olanı, uygun olmayandan ayırt edebilme becerisiyle ilgilenir.” Jim Lich-tman 1996.

Mesleki etik, bir mesleki roldeyken eylemleri bu role yakışır şekilde uygulama anlamına gelmektedir. Yine mesleki etik, ahlaki kurallar, sosyal normlar ve ilişkili insanların üzerinde anlaştıkları parametrelerden köken almaktadır (Sadock ve diğ., 2016, s. 1392). Bir başka tanıma göre de etik, ne yapmak veya yapmamak gerektiği hakkında birey veya grubun mesleğinde kullanmak üzere benimsemiği kurallar, standartlar ve ahlaki ilkeler bütünüdür. Etik, değerlerimizi bir yönergeye dönüştürür (Kenyon, 1999, s.6).

Etik karar verme süreci, vakalar karmaşıklaştıkça daha da zorlaşmaktadır. Bazı sorunlar daha kolay çözülebilmektedir. Ancak bazı vakalarda profesyonelin, sahip olduğu değerlerden hangisinin öne geçeceğine karar vermesi zordur; çünkü hangi karar verilirse verilsin, ilgili taraflardan birinin zarar görmesi kaçınılmaz olmaktadır. Böyle bir durum, etik ikilemi (ethical dilemma) yansıtmaktadır. Etik ikilem, genel olarak temel değerlere göre biçimlenen mesleki görev ve sorumlulukların çarpıştığı bir durum olarak tanımlanmaktadır. Birbirleriyle yarışan değerlerin olduğu her durum, etik ikilemi düşündürmektedir. Mesleki sorumluluğa bağlı olarak atılacak adımın ardından ne tür sonuçlar çıkacağı belirsizdir. Bu nedenle, adım atmadan önce bazı sorulara yanıt aranmalıdır. Mesleki müdahaleyi

gerçekleştiren bir profesyonelin kendi kendine sorması gereken bu sorular şöyle sıralanmaktadır (Lamberton ve Minor, 1995, s.333 akt. Pehlivan Aydın, 2002, s.35-36):

-Bu doğru mu?

Verilecek karar veya atılacak adım doğru mudur yoksa yanlış mıdır sorusuna yanıt aranmalıdır.

-Bu adil mi?

Aynı durumda olsaydı, kendisi hakkında verilen kararın veya atılan adımın ‘’adil’’ olduğunu kabul eder miydi sorusu yanıtlanmalıdır.

-Zarar görececek birisi varsa bu kimdir?

Kimin bu durumdan kazançlı veya zararlı çıkacağı sorusu yanıtlanmalıdır.

-Verdiğiniz karar, gazetelerin birinci sayfasında yer alsaydı kendinizi rahat hisseder miydiniz?

Bu soruya hayır yanıtı verilmişse o zaman da ‘niçin?’ sorusu yanıtlanmalıdır.

-Ailenize, çocuğunuza ya da akrabalarınıza bunu söyler miydiniz?

Verilen karar veya atılan adım yakın çevre tarafından öğrenildiğinde rahatsızlık yaratacak mıdır sorusu yanıtlanmalıdır.

-Olay nasıl kokuyor?

Verilen kararın veya atılan adımın sonuçlarının neler olabileceği, ‘’kötü kokulara’’ yol açıp açmadığı sorusuna yanıt aranmalıdır.

Bu tür soruları kendi kendine açıkça sorup dürüstçe yanıtlayabilen bir profesyonelin etik ihlallerde bulunma riski azalacaktır. Kendini, kararlarını ve eylemlerini sorgulayabilme, etik karar verme gücünü artıracaktır. Buna karşılık, etik ihlalleri normalleştirme hatta meşrulaştırma eğiliminde olan bir profesyonelin böyle soruları göz ardı etme eğiliminde olacağı da açıktır.

Aşağıda yer alan vakada bir psikiyatri kliniğinde gerçekleşen çok karmaşık bir etik ikilem ve buna dayalı olarak sosyal hizmet uzmanının kendisiyle olan yüzleşmesi çarpıcı biçimde ortaya konmaktadır (Banks ve Nohr, 2012, s.77-79):

“Kırsal bir alanda kurulu 30 yataklı hastane ünitesinde psikiyatrik sosyal hizmet uzmanı olarak çalışırken Carson ile tanıştım. O sırada üç yıl süren sosyal hizmet yüksek lisans programını yeni tamamlamıştım. Hizmet alanları psikotrop/psikiyatrik ilaç almaya teşvik ederken **ikna** ile **baskı** arasındaki çizgiyi sık sık sorguluyordum.

C'nin hastaneye yatırıldığı günün sabahında, hemşireler O'nun geceki davranışlarından çok sarsıldıklarını açıkladılar. Duvara dışkıyla yazı yazmıştı. Çırlıçıplak soyunmuş, hemşireler ilaçlarını vermeye çalışırken cinsel ve fiziksel olarak agresif davranmıştı. C, ilaçları bir hemşirenin suratına fırlattıktan sonra hemşireler kendisine zorla Haldol enjeksiyonu yapmışlardı. ‘Başkaları için tehlike oluşturması’ kriteri nedeniyle bu tür bir zor kullanım gerçekleştirilmişti. Antipsikotik ilaç (Haldol) , agresif davranışını azaltmak ve işlevselliğini stabilize etmeye yardımcı olma amacıyla kullanılmıştı.

C, 40 yaşında bipolar bozukluğu olan bir adamdı. Bu hastaneye yatışından üç yıl önce de bir devlet hastanesine yatırılmıştı. C, kente yakın prestijli bir şirkette çalışan zeki ve iyi eğitilmiş bir kişiydi. Hastaneye yatırılış nedeni, ‘sokakta ve iş yerinde dans etmesi ve diğer manik semptomları da içeren çığgın davranışları nedeniyle geçici alıkoyma kararı’ idi.

C, hastanede kaldığı sürece ‘çığgın değil canlı ve yaratıcı olduğu’ iddiasını sürdürdü. Diğer insanların, herhangi bir sapma davranışını tolere edemediklerini hissediyordu.

Mahkeme, C'nin zorla hastaneye yatırılmasına karar vermişti. Karar, müracaatçının, bir psikiyatrist tarafından taburcu edilmemesi halinde hastanede tutulacağını belirtiyordu. Mahkeme sürecinde C, bipolar bozukluk teşhisini kabullenmişti. O'na göre ‘kimyasal bir dengesizliği’ vardı. Bu nedenle de lityum almayı zaten kabul etmişti; çünkü lityum vücudunda eksik olan doğal bir tuzdu. Ancak herhangi bir antipsikotik ilaç kullanmayı reddetmişti. Geçmişte bu ilaçları aldığı kadar yan etkileri olduğunu tecrübe etmişti. Ayrıca gerçeklikten kopmadığını ve başka ilaçlara ihtiyacı olmadığını düşünüyordu.

Carson’la çalışırken ortaya çıkan **etik ikilem**, psikiyatristin, C'nin lityumun yanı sıra düşük dozda bir nöroleptikten de yararlan-

nacağı yönündeki görüşü olmuştur. Psikiyatrist, sosyal hizmet uzmanını C'ni bu ilave ilaçları da içmeye ikna etmesi için görevlendirmiştir. Psikiyatrist, C'nin ilaçları içmeyi reddetmekte devam etmesi halinde tedaviye zorlama kararı alınabileceğini açıkladı.

Tedaviye zorlama kararı, bu hastanede çalışan sosyal hizmet uzmanı olarak benim için bir ikilemdi. Bana göre ilaçları içip içmeme konusunda en son kararı vermesi gereken kişi, C idi. Oysa C kararlaştırılan ilacı almayı reddettiğinde hemşirelerden biri elleri kolları bağliken Ona ilacı enjekte ediyordu.

C, lityum almayı hiç bırakmamıştı. Ancak çok açıktı ki tek başına lityum Onun mevcut semptomlarını hafifletmiyordu. Benim ikilemim, lityuma ilaveten kullanacağı ilaçların potansiyel yararlarını anlattıktan sonra Onun 'bilgilendirilmiş' kararını/onamını (informed decision) beklemek miydi değil miydi? Bununla birlikte, dengesiz duygudurumu nedeniyle bilgilendirilmiş karar verip veremeyeceğinden de emin değildim. Benim için ikilemi daha da karmaşıklaştıran, C'nin **legal eylem tehdidi**di. Daha önce hastanede kalırken zorla Haldol enjekte edilmesinden ötürü kızmıştı. Servisteki diğer hastaları da ekip üyelerine karşı kışkırtıyordu. Servis, hastalarla ekip arasındaki 'biz ve onlar' atmosferi nedeniyle oldukça huzursuzdu. Bu arada psikiyatrist, C'ı ilaçlarını içmeye ikna konusundaki isteksizliğimi açıklamam üzerine C'dan etkilendiğime inanmıştı. C'nin da beni 'sistemin bir kölesi/hizmetçisi' olarak suçlayıp durmasından da artık yorulmaya başlamıştım. C'nin sadece sessiz olmasını istemeye başladığımı da fark etmiştim. Bu ise benim **self determinasyona** dair profesyonel değerlerimi sarsmıştı.

Her zaman, 'müracaatçının kendi kaderini belirlemesi' değerine tutkuyla bağlıydım. Diğer ekip üyelerinin bu durumla ilgili içsel çatışmalarım hakkında çok az şey bildiklerini ve C'ı bir çılgin olarak gördüklerini ve mutlaka ilaç kullanması gerektiğine inandıklarını fark ettim.

Bir hafta sonra psikiyatrist, Depakote ve lityum kombinasyonuna bağlı olarak C'nin düzeldiğine kanaat getirdi. Bir dahaki sefere bizim geçici alıkoyma kararını daha erken almamızı ve Onunla bir diyaloga ve tartışmaya girmekten kaçınmamızı belirtti. Daha sonra da C'ı taburcu etti.

Bu taburculuktan birkaç hafta sonra, C, hastane ekibi tarafından kendisine uygulanan tedaviye ilişkin birkaç günde bir tehdit telefonları etmeye ve tehdit mektupları göndermeye başladı. En çok suçladıklarından biri de bendim. Bana aşağılayıcı notlar gönderdi. Onun lityuma ek olarak bazı ilaçlar almasını reddetme hakkını psikiyatriste karşı savunmadığımı düşündüğüm için bu benim için bir darbeydi. C ile çok zaman geçirmiştım. Sersemlemiş ve tedirgin olmuştum. Bu durumda yapabileceğim başka şeyler olup olmadığını sorguluyordum.

*Bu vakadan çıkardığım ders şu oldu: **En rahatsız olduğumuz uygulama tecrübeleri, gerçekte bizim için en verimli öğrenme fırsatları olmaktadır.***

Birkaç yıl sonra çok büyük bir üzüntüyle Carson'ın öldüğünü öğrendim. Yine zorla hastaneye yatırılmaya çalışılırken polise fiziki mukavemette bulunduğu için öldürülmüştü..."

Etik Karar Verme Modellerine Genel Bir Bakış

Kim tarafından geliştirilmiş ve hangi perspektiften hareket ediyor olursa olsun tüm etik karar verme modelleri, öncelikle etik ilkeler hiyerarşisini merkeze almaktadır. Böylece etik ikilemlerin karmaşıklığı karşısında daha tutarlı, sistematik ve sağlam adımlar atılabilmektedir. Etik ikilemler karşısında etik karar verebilmek için atılacak adımlardan biri de -o sorunla ilgili- etik ilkeleri sıralamaktır. Loewenberg ve Dolgoff tarafından yazılmış olan "Decisions for Social Work Practice" adlı kitapta (1996) bu sıralama, etik ilkeler hiyerarşisi kavramlaştırması çerçevesinde gündeme gelmiştir. Hiyerarşik olarak üstte yer alan bir ilke, alttakinden daha önemlidir. Başka bir deyişle, öncelikle o ilkeyle ilgili adım atılmalıdır. Bir benzetme yapılacak olursa, adeta 'yangında ilk kurtarılabilecek olan"dır. Etik ilkeler sıralaması şöyledir:

- 1. İlke:** İnsanların temel ihtiyaçlarının karşılanması hakkı
- 2. İlke:** Doğru ve eşit davranılma hakkı
- 3. İlke:** Serbest seçim yapma ve özgürlük hakkı
- 4. İlke:** İncinecekse de en az düzeyde incinme veya hiç incinmeme hakkı

5. İlke: İyi bir yaşam kalitesi olan yaşamı sürdürme hakkı

6. İlke: Mahremiyet ve gizliliklerini koruma hakkı

7. İlke: Gerçeği (doğruyu) ve kendileriyle ilgili tüm bilgiyi bilme hakkı

Etik karar verme sürecini kolaylaştırmak, mesleki müdahaleyi daha sağlam bir temele oturtmak amacıyla çeşitli etik karar verme modelleri geliştirilmiştir. Bazı modellerin uygulanabilirliği güç ve zaman alıcı iken bazılarının çok daha işlevsel olduğu ileri sürülmektedir. Bu modellerin bazı ortak noktaları vardır (Guttman, 2006,s.169):

-Herhangi bir etik ikileme mevcut durumu ve değerleri analiz edebilecek nitelikte sistematik bir yaklaşım sunarlar

-Verilen etik kararı uygulamak için kullanılabilir bir yaklaşım sunarlar

Patricia Kenyon (1999,s.16-20), farklı etik çalışmalara dayalı olarak kapsamlı bir etik karar verme modeli geliştirmiştir. Söz konusu model on adımdan oluşmaktadır. Bu adımlara bağlı kalan bir profesyonelin etik ihlallerden kaçınabilmesi kolaylaşacaktır. Kenyon'ın geliştirdiği modeli ayrıntılı olarak ele almak yararlı olacaktır. Modelin başlıca adımları aşağıda yer almaktadır:

1. Adım: Sorunu Tanımla

-Etik sorun veya ikilemi tanımla.

-Kimler katılıyor? (Taraflar kimlerdir?).

-Sorunun oluşumundaki rolleri/payları nelerdir?

-Bu sorunla hangi yönlerden ilgililer?

-Bu 'kimin' ikilemidir?

-Soruna ayrıca neler katılıyor? Risk altında olan nedir?

-İlgili durumsal özellikler nelerdir?

-Bu ne tip bir sorundur?

2. Adım: Etik Yönergeleri Gözden Geçir

-Ulaşılabilir tüm etik yönergeleri ve yasal standartları incele.

- Sorunla ilgili kişisel değerlerini tanımla.
- Sorunla ilgili toplumun veya topluluğun değerlerini tanımla.
- İlgili profesyonel standartları tanımla.
- İlgili kanun ve yönetmelikleri tanımla.
- Bu yönergeleri uygula.

3. Adım: Çatışmaları Araştır

- Çatışmaları araştır.
- İçsel çatışmalarını tanımla.
- Dışsal çatışmalarını tanımla.
- Bu çatışmaları en aza indirgeyip indirgeyemeyeceğine karar ver.

4. Adım: Çatışmaları Çöz

- Eğer ihtiyaç olursa kararın için yardım ara.
- Meslektaşlarına, üniversiteye veya denetmenlere (supervisor) danış.
- İlgili mesleki literatürü tara.
- Meslek örgütlerinden veya mevcut etik komisyonlardan danışmanlık iste.

5. Adım: Eylem Alternatiflerini Oluştur

- Tüm alternatif eylem tarzlarını oluştur.

6. Adım: Eylem Alternatiflerini Gözden Geçir ve Değerlendir

- Hizmet alanın ve diğer katılanların tercihlerini, onların değerleri ve etik inançları açısından incele.
- Hizmet alanın ve onun için önemli diğer kişilerin değer ve inançlarıyla uyumlu olmayan alternatifleri dışla
- Diğer ilgili yönergelerle uyumlu olmayan alternatifleri dışla.
- Kaynak veya destek bulunamayan alternatifleri dışla.

- Evrensellik, aleniyet ve adalet etik ilkelerine dayalı testleri geçmeyen eylem alternatiflerini dışla.
- Geriye kalan kabul edilebilir eylem alternatiflerinin olası sonuçlarını tahmin et.
- Geriye kalan kabul edilebilir eylem alternatiflerini öncelik sırasına göre diz.

7. Adım: Tercih Edilen Eylemi Seç ve Değerlendir

- En iyi eylem tarzını seç.
- Kararını değerlendir.

8. Adım: Eylemi Planla

- Eylem planı geliştir ve eylemi gerçekleştir.

9. Adım: Sonucu Değerlendir:

- Gerçekleşen eylemi ve sonucu değerlendir.

10. Adım: Çıkardığın Sonuçları (Dersleri) Gözden Geçir:

- Ne öğrendin?
- Gelecekteki etik kararlar için çıkardığın dersler var mıdır?

Yukarıda sıralanan adımlar doğrultusunda etik karar vermek daha kolaylaşacaktır. Bununla birlikte, bu adımları hemen tümüyle içselleştirmek ve uygulamaya aktarmak beklenmemelidir. Etik karar verme süreci zamanla deneyim ve beceri kazandıkça daha netleşecektir. Özellikle sonuçlanmış olan çeşitli vakalarda etik kararların gözden geçirilmesi profesyonelin daha da yetkinleşmesine ve kendine güvenmesine neden olacaktır. Ancak unutulmaması gereken bir şey vardır: ‘‘Bir etik ikileme en iyi çözümü buldum’’ dememek... Etikle ilgili çalışmalar yapanlar da çok karmaşık bir etik ikilem karşısında tek bir ‘doğru’ olmadığını ısrarla vurgulamaktadırlar (Kenyon, 1999, s.16, Kirst-Ashman ve Hull, 1999,s. 438, Forester-Miller ve Davis, 2005). Bununla birlikte o vaka özelinde en uygununu, işlevselini ve tüm ayrıntılarıyla gözden geçirilmiş olanını bulma çabasından vazgeçilmemelidir.

“Eylem ilerde gerçekleşecek olsa bile, mümkün olduğunca şimdi karar verin. Gözden geçirilmiş bir karar, son dakikada verilen karardan daha iyidir.”

William B. Given, Jr.
(akt.Kenyon, 1999,s.4)

Kenyon’ın geliştirdiği modelin yanı sıra Reamer’in geliştirdiği etik karar verme modelinden de söz edilmelidir. Reamer’in modeli, temelde çok eski deontolojik bir ilkeye, ‘öncelikle zarar verme’(primum non nocere) ilkesine dayanmaktadır. Doğrudan doğruya yaşamın kendisine, sağlığa, vb. tehdit oluşturan her duruma, eyleme karşı çıkmaya yönelik ilkeler en başta gelmekte, öncelik taşımaktadır. Reamer, sosyal hizmet uzmanlarının karşılaştıkları etik ikilemleri başarıyla aşabilmeleri için yedi adımdan oluşan bir model önermektedir (Reamer, 1999 akt. Guttman, 2006,s.177):

- 1. Adım:** Sosyal hizmetin değerlerini ve yükümlülüklerini içeren birbirleriyle çatışma halindeki ihtilafli etik sorunları tanımlamak
- 2. Adım:** Karardan etkilenebilecek bireyleri, grupları ve örgütleri tanımlamak
- 3. Adım:** Kullanılabilecek tüm eylem araçlarını ve her birine dahil olan karakterleri ve bunların potansiyel olumlu ve olumsuz tüm yönlerini geçici olarak tanımlamak
- 4. Adım:** Eylemi destekleyen ve karşı çıkan kanıtları (nedenleri) kapsamlı olarak tanımlamak
- 5. Adım:** Meslektaşlarla ve uzmanlarla istişare etmek
- 6. Adım:** Karar vermek ve karar verme sürecini kayda dökmek
- 7. Adım:** Sonucu izlemek ve değerlendirmek

Bir başka etik karar verme modeli de Kirst- Ashman ve Hull tarafından geliştirilmiştir. Söz konusu modele ilişkin ayrıntılara aşağıda yer verilmektedir (1999,s. 437-441):

1. Adım: Sorunu Tanı: Kirst- Ashman ve Hull’a göre potansiyel bir etik ikilemle yüzleşirken atılacak adım, sorunu tanımdır. Her etik ikilem farklıdır ve her uzman farklı algılayıp farklı değişkenlere odaklanabilir. Buna bağlı olarak sonuçta farklı bir seçim yapabilir. Bilindiği gibi, her zaman yalnızca tek mükemmel çözüm yoktur.

2. Adım: İlgili Değişkenleri Araştır: Etik ikileme ile ilgili tüm karmaşık değişkenler araştırılmalıdır. Ne tür sorunlar olduğu, çalışılan kurumun ne yönde etkilendiği, etik ikilemin niteliği ve niçin oluştuğu, işlevsel bir çözüme ulaşmayı sağlayabilecek başka ne tür değişkenler olabileceği gibi hususlar derinlemesine ve her yönüyle düşünülmelidir.

3. Adım: Başkalarından Geri Bildirim Al: Etik ikileme dair alanında uzmanlaşmış kişilerle içtenlikle görüş alışverişinde bulunulmalı, beyin fırtınası yapılmalıdır. Böylece sorun, farklı açılardan görülebilir ve sonunda üstesinden gelinebilir.

4. Adım: İkileme Hangi Değerlerin ve Etik Standartların Uygulanabileceğini Belirle: Etik ikileme en uygun düşecek değerler ve etik standartlar değerlendirilip seçilmelidir. Sosyal hizmet mesleğinin etik ilkelerinden hangilerinin ihlal edildiğini araştırmak da gereklidir ; çünkü böyle bir araştırmanın ardından karşılaştığımız durumun bir etik ikileme mi yoksa yalnızca etik bir sorun mu olduğu ortaya konulabilir. Kirst-Ashman ve Hull, etik ikilemin-tanım gereği- birbirleriyle yarışan, mükemmel olmayan çözümlere işaret ettiğini oysa etik bir sorunun açık/net bir çözümü olduğunu vurgulamaktadırlar. Başka deyişle etik bir sorun nispeten basitken etik ikileme son derece karmaşık olabilir.

5. Adım: Yerleşik Etik İlkeler Temelinde İkilemi Değerlendir: Etik ikileme yüzleşme sürecinde değerlere dayanan ilkeler hiyerarşisi oluşturabilir. Etik ikilemin hiçbir zaman mükemmel sonuçları olmayan durumları kapsadığı hatırlanmalıdır. Her ikileme, etik ilkeler arasında bazı çatışmaları içerdiği için onların tümüne dayalı durmak imkansızdır.

6. Adım: İzlenecek Olası Alternatifleri Belirle ve Düşün: Bu ikilemi çözmek için ne yapılabileceği, ne tür yaratıcı fikirler geliştirilebileceği, başka insanların fikirleri, destekleri ile yardımcı olup olamayacakları da düşünülmelidir.

7. Adım: Her Alternatifin Artılarını ve Eksilerini (lehte ve aleyhte yönlerini) Tart: Sosyal hizmet uygulamasında etik ikilemleri çözmek açısından, her bir alternatifin artılarını ve eksilerini ölçüp biçmek, tartmak yaygın bir perspektiftir.

8. Adım: Karar Ver: Sonuç olarak izlenecek en iyi yolla ilgili bir

karar verilmelidir. Etik ikilemeyle yüzleşmede esas olan, bu etik ikilem hakkında ciddi biçimde düşünmektir. Banks (2006, s.154-155) tarafından aşağıda aktarılan vaka, etik karar verme sürecinde nelere dikkat edileceğini göstermektedir (Banks, Rest'in 'etik' terimi yerine 'ahlak' terimini kullandığını, bu terimlerin birbirlerinin yerine de kullanılabileceğini belirtmiştir):

“Carla Jones 87 yaşında Afro-Caribbean kökenli bir kadındır. Güney Scotland'daki küçük bir kasaba merkezine yakın sakin bir mahallede tek başına yaşamaktadır. O mahallede yaşayan tek siyah kişidir. Bir evde bakım çalışanından destek almaktadır ve günlük olarak kendisini yalnızca tam zamanlı bir işi ve dört küçük çocuğu olan kızı ziyaret etmektedir. Alzheimer hastalığı tanısı almıştır ve giderek artan biçimde tarihleri ve saatleri karıştırmakta, ilaçlarını almayı unutmakta, yemekleri ocakta bırakmakta ve pek çok kez üzerine bir şey giymeden evden dışarı çıkıp dolaşmaktadır. Son olaylardan biri de geçenlerde kızı onu eve getirmeye çalıştığı için vücudunda ciddi kesikler ve çürükler oluşmasına neden olup hastaneye kaldırılmasına yol açacak kadar şiddete yönelmesi olmuştur. Kızı ve komşular giderek daha fazla endişelenmeye başlamışlar ve onun acilen psikiyatrik bir hastaneye yatırılması için sosyal hizmet uzmanı tarafından bir değerlendirme yapılmasını talep etmişlerdir. Bayan Jones şimdiye dek durumunun değerlendirilmesi için hastaneye gitmeyi reddetmiştir ve kızının kendisiyle daha fazla vakit geçirmesi gerektiğine inanmaktadır.”

Banks, yukarıda aktardığı vakayı analiz ederken Rest'in ahlaki davranış kavramının dört bileşenini dikkate almıştır. Bayan Jones vakasından hareketle, karmaşık bir etik ikilemi yansıtan herhangi bir vakayı değerlendirirken sosyal hizmet uzmanının belirli ahlaki (moral) özellikler taşımasının, etik karar vermesini kolaylaştıracağı söylenebilir. Bir sosyal hizmet uzmanının ‘’olmazsa olmaz’’ ları arasında olduğu için bu özelliklere aşağıda yer vermenin de yararlı olacağı düşünülmektedir (Rest,1994, s.22-26. akt. Banks, 2006,s.156-157):

1. Ahlaki duyarlılık (moral sensitivity)

Ahlaki duyarlılık, eylemlerimizin başkalarını nasıl etkileyeceğinin farkında olmaktır. Bir profesyonel uygulayıcının en önemli ahlaki niteliklerinden biri empati ve bir durumun ahlaki önemini kav-

rama yeteneğidir. Banks, bunun ‘ahlaki algı’ (moral perception) ile bağlantısını vurgulamıştır. Bu özelliği taşımayan bir profesyonelin, karşı karşıya olduğu bir vaka ile çalışırken yalnızca yasaları uygulamakla yetinmesi, başka deyişle etik olmayan yasalara körü körüne bağlı kalması gibi tehlikeler vardır. Oysa Bayan Jones vakası özelinde yalnızca yasal düzenlemeleri veya ruh sağlığı değerlendirme ölçütlerini dikkate alması yeterli değildir. Aynı zamanda Bayan Jones’un evinde kalabilme özgürlüğünü, korkularını, zihin karışıklığını da dikkate almalıdır.

Buna benzer bir vaka da Kenyon (1999,s. 171-172) tarafından aktarılmaktadır:

‘Alan çalışmamı Yaşlı Koruma Hizmetlerinde (YKH) yaparken 90’larındaki Bayan Doe bize rapor edilmişti. Hamam böceklerinin istila ettiği pis bir apartmanda yalnız yaşıyordu. Çok zayıftı; fakat kendisine hizmet verilmesini reddediyordu. YKH, fiziksel ve zihinsel durumunu değerlendirmek üzere Onu kendi isteği dışında yerel bir hastanenin acil servisine götürdü. Her iki değerlendirme de herhangi bir patoloji göstermemesine rağmen kurum denetmenim, onu korumak amacıyla, doktora Bayan Doe’yu hastaneye yatırması için ısrar etti.

Pek çok vakada YKH ile çalışmış olan doktor, hastaneye kabulünü meşrulaştırmak için daha ayrıntılı bir inceleme yapmak üzere Onu hastaneye yatırmayı kabul etti. Doktor, bu durumun yasal ancak etik olmadığını ima etti. Hastaneye yatırmanın gerçek nedeni tıbbi değil; arzusu dışında yaşamını sürdürebileceği yeni bir yerde yaşaması için YKH’nin düzenleme yapabilmesine zaman tanımaktı.

Denetmenim(supervisor), Bayan Doe’nun yardımıyla yaşayabileceği bir kuruluştaki veya bakımevinde yaşamasını istiyordu. Bayan Doe ise evinden ayrılmak veya sahip olduklarını kaybetmek istemiyordu. O hastanedeyken denetmenim mahkemeye başvurdu ve yeğenin -o yöredeki tek akrabası-Onun vesayetini alması için bir mahkeme kararı çıkarttı. Yeğen, YKH’nin önerdiği her şeyi yapmaya istekliydi. Bayan Doe’nun kız kardeşi de 90’larındaydı, yaklaşık 322 km uzakta yaşıyordu ve Bayan Doe’nun bağımsız yaşama ve kendi kararlarını verme hakkını destekliyordu fakat yakınına gelmesine veya birlikte yaşamaya istekli değildi.”

Karşılaşılan sorunları çok yönlü değerlendirmek ve duyarlılıkla ele almak etik karar verme açısından yararlı olacaktır.

2. Ahlaki Sorgulama veya Karar Verme (Moral Reasoning-Judgement)

Ahlaki değerler ve çeşitli eylem tarzlarıyla ilgili olarak eleştirel karar verebilme yeteneğidir. Bu yetenek, hangi eylemin ahlaken uygun olacağına karar vermek açısından önemlidir. Yine böyle bir yetenek -yasal görünse dahi- alınacak kararların insan haklarına, etik ilkelere ne kadar uygun olduğunu da sorgulanmasını öne almaktadır. Böyle değilse neler yapılabileceği (yasal değişiklikler için çalışmak, sivil inisiyatifi harekete geçirmek,vb.) de düşünülmelidir.

Ahlaki sorgulama veya karar verme, atılacak adımlar için danışma mekanizmasını da kullanabilmeyi gerektirir. Danışılacak kişi ve grupların ahlaki sorgulama veya karar verme açısından yetkinlikleriyle öne çıkmış olmaları gerekmektedir. Bu niteliği taşımayanlara danışmak ise ele alınan sorunun daha da karmaşıklaşmasına, sürecin iyi yönetilememesine hatta etik ihlallere neden olabilecektir.

3. Ahlaki Motivasyon (Moral Motivation)

“Kalbinde çınar adında bir merhamet taşıyan insan olabilmelidir.” Mehmet Akif Ersoy

Rest (1994, s. 24 akt. Banks, 2006, s.158), ‘ahlaki motivasyonu, ahlaki değerleri, ahlaki olmayan değerlerin önüne koymak’ olarak tanımlamaktadır. Örnek olarak da Hitler ve Stalin’i vermektedir: Onların ahlaki başarısızlıkları, farkındalık veya sorgulama bozukluklarından çok, ahlaki değerleri diğerlerinin önüne koymaktaki yetersizliklerinden kaynaklanmaktadır.

4. Ahlaki Karakter (Moral Character)

“Doğru kimse, hak ve gerçek olanı anlatan bir dile sahip kimsedir”. Zünnun-ı Mısrî

Cesaret, azim ve yüksek özgüven gibi belirli kişilik özelliklerine sahip olmak, bizleri ahlaklı davranmaya hazırlar. Bununla birlikte ahlaken duyarlı, doğru ahlaki kararlar alabilen, ahlaki değerlere öncelik tanıyan bir kişinin baskı altında cesareti kolayca kırılıyorsa, akli çeliniyorsa, iradesi zayıfsa başka deyişle zayıf karakter ne-

deniyle ahlaki başarısızlık oluşabilir (Rest, 1994, s. 24 akt. Banks, 2006,s. 158). Banks (2006, s. 158), Bayan Jones vakasında sosyal hizmet uzmanının, kızını, annesinin evde bakımının hala sağlanabileceğine ikna etmek için de çabalayabileceğini, pahalı ve zaman alıcı olsa da çeşitli hazırlıklar yaparak yeterli destek sağlayabileceğini vurgulamaktadır. Bauman (1994,s.18 akt. Hugman, 2003) da **‘ahlaki bir duruş sergilemenin, ‘Öteki’ için sorumluluk almak, onun ne olduğundan veya ne yaptığından bağımsız olarak onun yararına eylemde bulunmak olduğunu**” ileri sürmektedir.

Etik karar verme sürecinde bu tür çabalar, sosyal hizmet uzmanının belirli özellikleri taşıması halinde başarıya ulaşacaktır. Kut (1988, s. 91)’a göre *‘sosyal hizmet uzmanı, hayatı seven, mücadeleden kaçınmayan, duygulu fakat duygularını kontrol altına alabilen, sıcak fakat gerçekçi, peşin hükümlü olmayan, insanları ayırt etmeden kabul edebilen bir kişidir.*” Sosyal hizmet uzmanlarının çoğunlukla baskı altında olan, güçsüz bırakılmış, pek çok sorunla karşı karşıya kalan çeşitli kişi ve gruplarla çalıştıkları bilinmektedir. Bu tür kişi ve gruplarla -sözelimi yoksul kadınlarla- çalışırken etik duyarlılığa sahip olmanın önemi açıktır (Arıkan, 2017,s.91). Bu duyarlılık, sosyal hizmet uzmanlarının birtakım niteliklere sahip olmasını da gerektirir. Clark (2006 akt. Parrot,2010,s.60)’a göre -özellikle baskı karşıtı sosyal hizmet açısından- bir sosyal hizmet uzmanının uygun olan ve uygun olmayan çeşitli nitelikleri vardır. Uygun nitelikleri arasında yeni beceriler öğrenmeye açıklık, sosyal adalete bağlılık, güçlendiricilik, ahlaklı oluş, çeşitli sosyal durumlarda yetkinlik bulunmaktadır. Uygun olmayan nitelikler arasında ise teknik olarak yeterli/yetkin olmayış veya beceriksizlik, ayırmacı ve ihmalkar oluş, aşırı kontrolcü oluş, zayıf ahlaki karakter, sosyal iletişimde/bağlantı kurmakta yetersizlik yer almaktadır.

Bu noktada, *‘insanın değişime açıklığı’* da göz ardı edilmemelidir. Yukarıda sıralanan çeşitli özellikler zamanla kazanılabilir. Eğitim süreci, eğitimin niteliği, yaşam boyu çıkarılan dersler, karşılaşılan insanlar, yaşam olayları, vb. bir insanı -olumlu yönde-değiştirebilir. Özellikle *‘değişmeye dirençli olmayan’* insanların eğitim sürecine girdikten sonra çok değiştikleri, kendilerini bireysel ve akademik açıdan çok geliştirebildikleri de bir gerçektir. *‘Değişmeyen tek şey, değişimin kendisidir’* ifadesi doğrultusunda şöyle söylenebilir: değişim, yaşam boyudur ve hizmet alanın *‘değişimine’* inanan

bir mesleğin mensuplarının hiç değişmeyeceğini kabul etmek önyargılı bir yaklaşım olacaktır.

“İnsanları sadece ceza ile yönetirseniz, onlar bir daha yanlış yapmazlar; ancak şeref ve utanma duygusuna da sahip olmazlar. İnsanları erdemle ve etik kurallar ile idare ederseniz, o zaman onlar hem şeref ve utanma duygularına sahip olurlar hem de doğruyu ve iyiyi yapmaya çalışırlar” Konfüçyüs

Etik karar verme sürecinde çeşitli etik karar verme modellerinden bazılarında bu çalışmada yer verilmiştir. Söz konusu modeller etik adımların atılmasını kolaylaştırmaktadır. Bununla birlikte modellerde sıralanan adımların ezberlenmesi beklenmemelidir ve uygun da değildir. Bu adımların temel özelliklerinin anlaşılması, ele alınan etik ikilemin niteliğine göre davranılması yararlı olacaktır. Zaten deneyim kazanıldıkça bu adımların daha kolay atılabileceği de bilinmektedir.

Etik karar verme açısından sosyal hizmet etiğine ilişkin gelişmelerin ne yönde olacağı da önemlidir. Sosyal hizmet etiğinin mesleki müdahalelerde oynadığı rol üzerinde daha fazla durulması, etik değer ve ilkelerin öneminin daha ısrarlı vurgulanması halinde gelecekte mesleğin saygınlığı ve güvenilirliği daha da artacaktır. Reamer (1997, s.340-348) da 21.yüzyılda sosyal hizmet etiğinin nasıl bir gelişim izleyeceğine ilişkin önemli görüşleri sürmektedir. Ona göre artık sosyal hizmette, hizmet alanların ahlaklarından çok, köklü etik sorunlarla ilgilenilmeye odaklanılacaktır. Sosyal hizmet etiğine dair yüzeysel olarak listelenmiş değerleri ezberleyip kabul etmekten çok daha fazla şey vardır. Bazı sosyal hizmet uzmanlarının etik olmayan ve hatalı eylemlerde buldukları daha fazla anlaşılmaya başlanmıştır. Sosyal adalet ve baskıyla ilgili etik konuların 21. yüzyılda daha öne çıkacağı anlaşılmaktadır.

“Etik eğitiminin amacı, öğrencilerin davranışını değiştirmek değil, onların etiğin doğasını kavramalarını sağlamaktır. Böylece kendileri etik ikilemleri analiz edecek yaklaşımlar geliştirebilirler.”
Norman Linzer 1990 (akt. Kenyon, 1999,s. 15)

Reamer’a göre 21. yüzyılda sosyal hizmet eğitim programlarında etikle ilgili konular arasında değer çatışmaları, etik ikilemler, etik karar verme daha ağırlık taşınmalıdır. Halen bu konulardaki eğitimi

derinlemesine, kapsamlı ve planlı bir biçimde veren eğitim programları azdır. Sosyal hizmet eğitim programlarında sosyal hizmet etiğiyle ilgili dersler verilmekle birlikte çoğu programda bu dersler bulunmamaktadır. Hem eğitim programlarında bu derslere yer verilmeli hem de ders programlarında yer alan çeşitli derslerde etikle ilgili konular doyurucu bir şekilde ele alınmalıdır. Etik teori ve etik karar verme süreci çok daha kapsamlı biçimde işlenmelidir.

Öte yandan sosyal hizmet öğretim elemanları, alanda çalışan sosyal hizmet uzmanlarıyla güçlü bir işbirliği içinde alandaki etik sorunları yüzeysel değil derinlemesine tartışmalıdırlar. Sosyal hizmet eğitim programlarında şu dört ana konu ciddi biçimde ele alınmalıdır: 1. profesyonel değerler ve değerler arasındaki çatışmalar 2. etik ikilemler 3. etik karar verme 4. etik suistimaller.

Etik karar verme yetkinliğinin kazanılması açısından önemli bir husus da hizmet içi eğitim programlarıdır. Genel olarak başta sağlık alanı olmak üzere çeşitli alanlarda etkinlik gösteren pek çok kuruluştaki doğrudan etikle ilgili hizmet içi eğitim programları bulunmamaktadır. Öte yandan mevcut hizmet içi eğitim programlarında ele alınan konular arasında etik daha yüzeysel olarak işlenmektedir. Oysa bu programlar sosyal hizmet uzmanları için adeta birer can damarıdır. Etik ikilemler, etik ihlaller, etik karar verme süreci hakkında belirli aralıklarla gerçekleştirilecek derslerin yararlı olacağı çok açıktır.

Sonuç

Gerek lisans ve lisansüstü programlar, gerekse hizmet içi eğitim programları aracılığıyla etik teorilere, değer çatışmalarına, etik ihlallere ve etik karar verme modellerine ilişkin bilgi birikiminin artırılması ve etik ikilemlere dair çok sayıda vaka tartışmalarının düzenli olarak gerçekleştirilmesi halinde sağlık alanında sosyal hizmet açısından etik karar verme sürecindeki başarı hızla artacaktır. Bununla birlikte genel olarak şu da söylenmelidir: etik eğitiminin üniversite düzeyinde başlaması, hem etik değerlerin hem de ilkelerin içselleştirilmesi açısından geç kalındığının bir göstergesidir. Bu durumda özellikle değerler eğitiminin olabildiğince erken yaşlarda çocuklara verilmesi gerektiği gerçeğinin göz ardı edildiği ve bu nedenle etik

ilke ve değerlerin içselleştirilmesinin çok daha zorlaşacağı söylenebilir.

Bireyin farklılığına ve biricikliğine inanan ve kabul eden, onun onurunu merkeze alan, bireyin-hedefleri doğrultusunda- değişim ve gelişim kapasitesine inanan, onu anlamaya çalışan, sosyo-ekonomik statü, din, dil, ırk, cinsiyet ve mezhep açısından ayırimcılık yapmayan ve damgalamayan, mesleki zorunluluk olmadıkça gizlilik ilkesinden ödün vermeyen bir sosyal hizmet uzmanının etik duruşa sahip olduğu düşünülmektedir. Sosyal hizmet mesleğine adım atacak olanların bu etik duruşu geliştirecekleri umut edilmektedir. Böylece etik karar verme sürecinde karşılaşılan engeller daha rahat aşılabilecektir.

KAYNAKLAR

- Adams, R., L. Dominelli ve M. Payne (2015). Sosyal Hizmet: Temel Alanlar ve Eleştirel Tartışmalar (çev.ed. T.Tuncay). Ankara: Nika Yayınevi.
- Akbaş, E. (2014). Sosyal Çalışmada Çağdaş Eleştirel Perspektifler Ankara: SABEV Yayını: 51 Sosyal Çalışma Dizisi:39.
- Arıkan, Ç. (2016). Aile İçi Kadına Yönelik Şiddet: Nedenleri, Sonuçları ve Çözüm Önerileri. Ankara: SASAM Analiz Yıl: 2 Sayı:6 Mart. 1-28.
- Arıkan, Ç., Ş. Kolay Çepni ve Ç. N. Varlıklar Demirkazık (2017). Yoksulluğa Dair. Ankara: Vizyon Yayınevi.
- Aydın Pehlivan, İ.(2002). Yönetmel, Mesleki ve Örgütsel Etik. (3.b.) Ankara: PEGEM Yayıncılık.
- Banks, S. (2006). Ethics and Values in Social Work. (3rd.ed.) New York: Palgrave MacMillan.
- Banks, S. ve K. Nohr (eds.) (2012). Practising Social Work Ethics around the World.: Cases and Commentaries. London: Routledge.
- Bateman, N. (2006). ‘‘Welfare Rights Practice’’ Companion to Social Work (M. Davies. Ed.)(6th ed.) MA: Blackwell Publishing. 132-139.
- Bauman, Z. (1994). Alone Again: Ethics after Certainty. London: Demos.
- Burnard, P. (1989). Counselling Skills for Health Professionals. London: Chapman and Hall.
- Clark, C (2006) ‘‘Moral Character in Social Work’’. British Journal of Social Work, 36(1), 75-89.
- Daniel, B. (2006). ‘‘Psychology and Social Work.’’ Companion to Social Work (M. Davies. Ed.)(6th ed.) MA: Blackwell Publishing. 330-341.
- Forester-Miller, H. ve T. Davis (2005). A Practitioner’s Guide to Ethical Decision Making. American Counseling Association Ethics Committee.

- Guttman, D. (2006). *Ethics in Social Work: A Context of Caring*. New York: The Haworth Press.
- Hugman (2003). "Professional Values and Ethics in Social Work: Reconsidering Postmodernism?" *British Journal of Social Work*. 33, 1025-1041.
- Huxley, P. (2006). "Mental Illness" *Companion to Social Work* (M. Davies. Ed.) (6th ed.) MA: Blackwell Publishing. 64-71.
- Johnson, L. C. (1995). *Social Work Practice: A Generalist Approach* (5th ed.). Boston: Allyn and Bacon.
- Kenyon, P. (1999). *What Would You Do? An Ethical Case Workbook for Human Service Professionals*. CA: Brooks/Cole Publishing Company.
- Kirst-Ashman, K.K. ve G.H.Hull (1999). *Understanding Generalist Practice* (2nd.ed.) Chicago: Nelson-Hall Publishers.
- Kuçuradi, İ. (2006). *Etik* (2.b). Ankara: Türkiye Felsefe Kurumu. Türk Felsefesi ya da Simurg Dizisi:5.
- Kut, S. (1988). *Sosyal Hizmet Mesleği: Nitelikleri, Temel Unsurları, Müdahale Yöntemleri*. Ankara
- Lamberton, L.H. ve L. Minor (1995). *Human Relations: Strategies for Success*. Chicago: Irwin Mirror Press.
- Lishman, J. (2015). "Kişisel ve Mesleki Gelişim" *Sosyal Hizmet: Temel Alanlar ve Eleştirel Tartışmalar* (R. Adams, L. Dominelli, M. Payne). (çev.ed. T.Tuncay/ bölüm çev. A.Aykara). Ankara: Nika Yayınevi. 427-443.
- Mattison, M. (2000). "Ethical Decision Making: The Person in the Process." *Social Work*. 45(3). 201-212.
- Miley, K.K., M. O'Melia ve B. DuBois (1998). *Generalist Social Work Practice: An Empowering Approach*. (2nd ed.) MA: Allyn and Bacon.
- Munro, E. (1999). "Common errors of reasoning in child protection work" *Child Abuse and Neglect*. 23(8). 745-58.
- Parrot, L. (2010). *Values and Ethics in Social Work Practice*. (2nd.ed.). Glasgow: Learning Matters Ltd.
- Reamer, F. G. (1997). "Ethical Issues for Social Work" *Social Work in the 21st Century* (ed.by M. Reisch, E. Gambrill) California: Pine Forge Press.340-349.
- Reamer, F.G. (1999). *Social Work Values and Ethics*. (2nd.ed.) New York: Columbia University Press.
- Sadock, B. J., V. A. Sadock ve P. Ruiz (2016). *Psikiyatri: Davranış Bilimleri/ Klinik Psikiyatri* (çev.ed. A. Bozkurt). (11. b.) Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri.
- Shardlow, S.M.(2015). "Değerler, Etik ve Sosyal Hizmet" *Sosyal Hizmet: Temel Alanlar ve Eleştirel Tartışmalar* (R. Adams, L. Dominelli ve M. Payne). (çev.ed. T. Tuncay/böl.çev. Ç. Öngen). Ankara: Nika Yayınevi. 71-82.
- Sheafor, B. W. ve C.R. Horejsi (2006). *Techniques and Guidelines for Social Work Practice*. (7th ed.) Boston: PEARSON.

Türkiye Sağlık Sistemi Finansal Açıdan Sürdürülebilir Mi?

Is Turkish Health Care System Financially Sustainable?

Mehmet ATASEVER*

Zafer KARACA**

Mustafa ÖRNEK***

ÖZET

Türkiye’de toplumun sağlık durumu son 10-15 yılı içerisinde sağlık hizmetinin sunumunda ve kapsamında uygulamaya konan yapısal reformlarla birlikte önemli ölçüde iyileşme sağlanmıştır. Sağlık hizmetlerine yapılan harcamalarının daha yüksek ve daha etkili olması, bu iyileşmelerin önemli bir kısmının sebebi olarak görülmekle birlikte sürdürülebilir olması da önemli bir konu haline gelmiştir. Bu bağlamda finansal sürdürülebilirliğin bir ölçümü olarak Türkiye’de ekonomik büyüme göstergeleri içerisinde sağlık harcamalarının temel makro göstergelerinin karşılaştırılması çalışmanın konusunu oluşturmuştur. Yapılan analizler sonucu ortaya çıkan temel yargı, Türkiye’de sağlık harcamalarının finansal sürdürülebilirlik sorunu oluşturmadığıdır.

Anahtar Kelimeler: Kamu Harcamaları ve Sağlık, Sürdürülebilirlik, Sağlık Harcamaları

ABSTRACT

The health status of the population in Turkey has improved considerably in the last 10-15 years due to the structural reforms implemented in health service delivery. The fact that health expenditures are higher and more effective with being sustainable is considered as the reason for significant part of these improvements. In this context, this paper studies the comparison of basic macro indicators of health expenditures in economic growth indicators in Turkey as a measure of financial sustainability. The conclusion, after analysis, is that health expenditures don't pose a financial sustainability problem.

Key Words: Public Expenditures and Health, Sustainability, Health Expenditures,

* KİK Üyesi, Maliye Bakanlığı, mhatasever@gmail.com

** Uzm, Sağlık Bakanlığı, zaferkaraca06@gmail.com

*** Genel Başkan Yardımcısı, Sağlık-Sen, ornek-mustafa@hotmail.com

Giriş

Dünyada bir yandan sağlık harcamaları artarken öte yandan da ülkeler sağlık sistemlerinin sürdürülebilir olması için yeni arayışlara girmektedir. Bu arayışlar; kişiye odaklılık, hakkaniyet, maliyet etkililik, hasta güvenliği ve kalite gibi değişim unsurlarını barındırmaktadır.

Bu değişimin temel noktasında sürdürülebilirlik ve artan maliyet baskılarına karşı sağlık sistemin finansal gücü yer almaktadır. Sistemin finansal gücü etkileyen en önemli unsurların başında, kaynakların kıt olması, girdi maliyetlerindeki değişim, artan ve yaşlanan nüfus, istihdam edilen sağlık personelindeki artış, malpraktis davalarının/risklerinin oluşturduğu maliyetler, yeni teknolojiler/yatırımlar, değişen hastalık yükü, kanser gibi maliyeti yüksek hastalıklardaki artış, artan beklentiler, makroekonomik dengeler gibi sağlık harcamalarını etkileyen faktörler gelmektedir. Bu faktörler özelinde ülkeler sağlık harcamaları tanımlanması ve izlenmesi son yıllarda politika belirleyicilerin önemle üzerinde durdukları konulardan biri olmuştur. Bu faktörlerin sonucu olarak birçok Avrupa ülkesinde sağlık harcamalarının gayri safi yurt içi hâsıla (GSYİH) içindeki payı oldukça yükselmiştir (Atasever, 2014).

Çoğu ülkede olduğu gibi, Türk sağlık sisteminde harcamaları artışı son dönemde finansal sürdürülebilirlik adına önemli bir tartışma konusu haline gelmiştir. Bu bağlamda Türkiye sağlık sisteminin finansal sürdürülebilirlik açısından analiz edilmesi önem arz etmektedir. Bu çalışmanın amacı; Türkiye sağlık sisteminin finansal sürdürülebilirliğini resmi olarak yayınlanan ulusal göstergelerle birlikte analiz ederek durum değerlendirmesi yapmaktır.

1. Sağlık Sistemlerinde Finansal Sürdürülebilirlik

Ülke ekonomileri için makroekonomik dengelerin sağlanması kadar, en azından bu dengelerin sürdürülebilir olması da önemli bir konu haline gelmiştir. Son yıllarda sürdürülebilirlikle ilgili olarak gündeme gelen konuların en başında sağlık hizmetlerinde finansal sürdürülebilirliktir. Özellikle uzun dönemde sağlık finansmanının sürdürülebilirliği son yıllarda makroekonomik politikaya ilişkin analizlerin odağına oturmaktadır. Şu durumda bir ülkede sağlık politikalarının belirlenmesi ve başarılı bir şekilde uygulanması açısından finansal sürdürülebilirliğin önemi yadsınamaz bir hal almaktadır.

Sağlık sistemin temel amacı toplumun sağlık düzeyini yükseltmek ve geliştirmektir. Bu amaca ulaşmak için sağlık tüm vatandaşlarca erişilebilir, hakkaniyetli, kaliteli ve sürdürülebilir olması ge-

rekmetedir (Akdağ, 2011). Sağlık hizmetlerinde sürdürülebilirliğin temel unsuru ise sağlık politikası tartışmalarının merkezinde olan finansal sürdürülebilirlik olmaktadır. Finansal sürdürülebilirlik artan maliyet baskıları ile sınırlı kaynaklar arasında bir dengeyi gerektirmektedir (Thomson 2009;akt. Özer ve ark. 2015:21).

Sağlık hizmetlerinde erişilebilirliğin artması, sağlık sektöründe emek ve teknolojinin yoğun olma özelliğinin maliyet artışına etkisi, yaşlanan nüfus ile birlikte kronik hastalık yükünün ve uzun dönemli bakım ihtiyacının artması, yaşam biçimi ve çevresel faktörlerin oluşturduğu tehditler hizmet arzına ve kalitesine yönelik beklentilerin artması gibi faktörler hem maliyet baskılarını ve sağlık harcamaları artırmakta, hem de ülkeleri sağlık sisteminde yeni arayışlara zorlamaktadır (Özsarı, 2013).

Sağlık sisteminde finansal sürdürülebilirlik kavramı, sağlık sisteminin kendisinden beklenen sorumluluklarını yerine getirebilmesi için yeterli kaynak toplayabilmesi ve topladığı kaynaklarla sağlık statüsünü korumak ve sağlık statüsünü geliştirme sorumluluğunu yerine getirebilme kabiliyeti olarak tanımlanabilir (Kalkınma Bakanlığı, 2014;93).

Başka bir ifadeyle sağlık sisteminin faaliyetlerine devam edebilmesi için fonların yeterli seviyede devam edebilme kapasitesi finansal sürdürülebilirlik olarak tanımlanabilir. Nihayet Türkiye sağlık sisteminde 2003 yılından itibaren uygulanmakta olan “Sağlıkta Dönüşüm Programı”nın amacı, kaliteli ve çağdaş sağlık hizmetlerini adil ve hakkaniyetli bir şekilde halka sunan, yüksek sağlık giderlerine karşı etkin mali koruma sağlayan ve finansal olarak sürdürülebilir bir sistem kurmaktır (Sülkü, 2011).

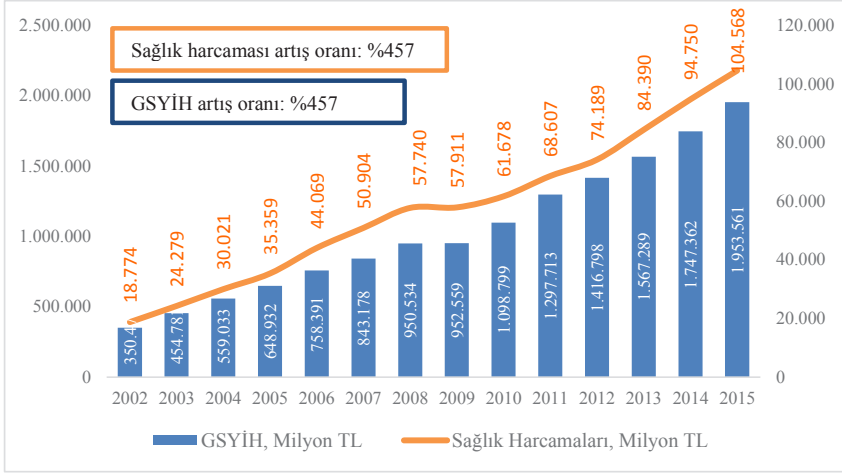
Sağlık hizmetlerine olan talebin sürekli artış eğiliminde olması sağlık hizmet sunumu için var olan finansman, insan kaynağı ve diğer kaynaklar azaldıkça “sürdürülebilirlik açığı” ortaya çıkmakta ve bu açık giderek büyümektedir. Uzun vadede hayatta kalmak için sağlık sistemlerinin hedeflerini karşılayacak yeterli kaynağa sahip olması ve değişen çevreye uyum sağlayabilmesi gerekmektedir (Sağlam ve ark, 2015).

2. Türk Sağlık Sisteminde Finansal Sürdürülebilirlik

Sağlık sisteminde finansal sürdürülebilirlik değerlendirilirken ve ölçülürken ağırlıklı olarak sağlık harcamaları ve kaynakları ile ilgili göstergeler kullanılır. Sürdürülebilirlikle ilgili ortaya konan en yaygın göstergeler; toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki oranı, kamu sağlık harcamalarının GSYH'ye oranı, kamu sağlık har-

camalarının kamu gelirleri içindeki oranı (Rugery 2006; akt. Özer ve ark. 2015:37), kamu sağlık harcamalarının ortalama büyüme oranına karşılık GSYİH'deki büyüme oranı (Skinner ve Rovere 2011; akt. Özer ve ark. 2015:37), faiz dışı kamu sağlık harcaması içindeki sağlık harcamasının oranı, vergi gelirleri oranı ile kamu sağlık harcaması artış oranlarıdır.

Grafik 1. Sağlık Harcamaları ile GSYİH Artış Oranlarının Karşılaştırılması, TL, (%), (2002-2015)Türkiye



Kaynak: TÜİK

2002- 2015 döneminde GSYİH ve sağlık harcaması %457 oranında artış göstermiştir (Grafik 1). Bu dönemdeki sağlık harcamaları artışının genel olarak GSYİH artışı ile aynı oranda hareket ettiğini söylemek mümkündür.

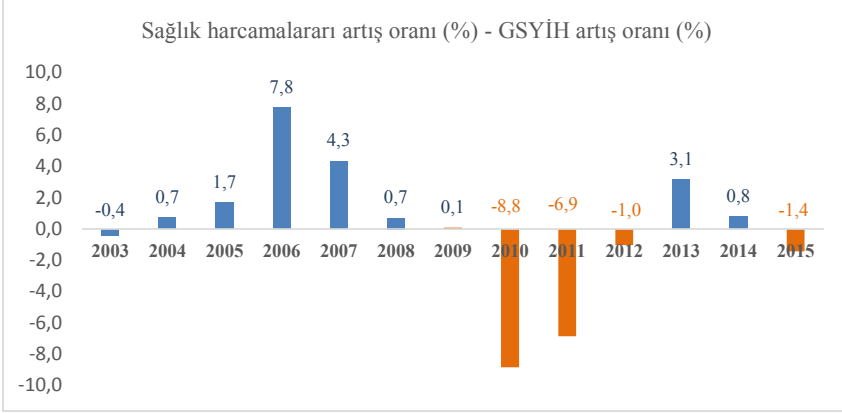
Sağlık harcamalarının hızlı yükselmesine rağmen toplam sağlık harcamaları ile kamu sağlık harcamalarındaki artışların, Türkiye'deki ekonomik büyüme hızlı (GSYİH artışı) olduğu için karşılanabilir düzeyde kaldığı söylenebilir (OECD, 2008:13).

Eğer harcamaların ortalama büyümesi GSYİH ortalama büyümesinden daha fazla oluyor ise ve bu durum giderek artış gösteriyorsa sürdürülebilirlik problemi/riski var demektir. Bu harcamalar ekonominin diğer bileşenlerindeki harcamalardan daha hızlı oranda büyürse GSYİH daha büyük payı bu nedenle tükenir. Ve refah artışı sağlayan diğer emsal hizmet harcamalarına yer kalmayacağı endişesi oluşur (Thomson 2008; akt. Özer ve ark. 2015:37).

Sağlık harcamaları artış oranları dönemler itibariyle incelendiğinde GSYİH üzerindeki en yüksek artış 2006 dönemi içinde %7,8 ora-

nıyla gerçekleşmiştir. Bu dönemden sonra düşme eğilimi gösterse 2013-2014 yıllarında GSYİH artış oranının üzerinde artış göstermiştir. Son yıl olan 2015 yılında ise sağlık harcamaları GSYİH artış oranından %1,4 daha az büyümüştür. (Grafik 2).

Grafik 2. Sağlık Harcamalarının ve GSYİH Artış Oranları İle Karşılaştırılması, (%), 2002-2015, Türkiye



Kaynak: TÜİK verileri kullanılarak yazarlar tarafından hesaplanmıştır. *

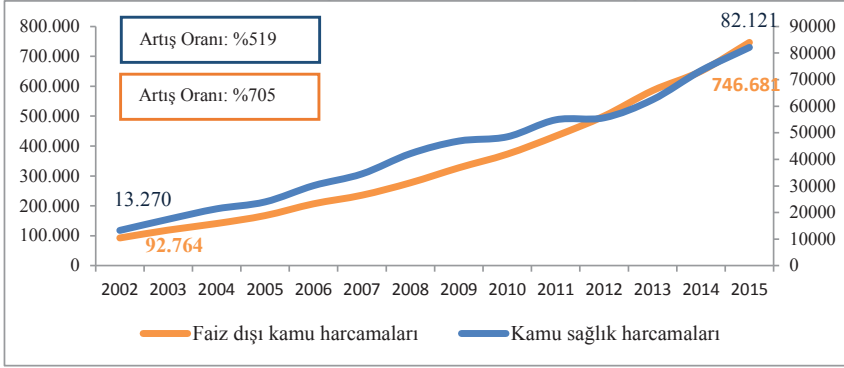
Sağlık harcamalarına 10 yıllık büyüme ortalamasına göre GSYİH'nın altında büyüme göstermiştir. Son 10 yıllık büyüme ortalaması GSYİH % 11,8 sağlık harcamaları %11,6 büyümüştür (*). Son üç yıllık büyüme ortalaması GSYİH % 11,3 iken sağlık harcamaları %12,1 dir (*). Yükselen bu eğilim artan sağlık harcaması yükünü gösterirken kaynak temelli olmadan sürdürülebilirlikte delil olarak kabul edilemez.

Sürdürülebilirliğin harcama – kaynak bazlı göstergeleri kamu sağlık harcamalarının kaynak tabanında daha hızlı artıp artmadığını temelinde cevap aranmaktadır. Kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcaması içindeki payı son yıllarda düşme eğilimi içinde olsa da 2002 yılında %70,7 iken 2015 yılında %78,5'e yükselmiştir (TÜİK, 2016). Bunun en önemli nedeni "Sağlıkta Dönüşüm Programı" ile beraber vatandaş odaklı uygulanan sosyal politikalar sonucu çoğu sağlık hizmetinin ödeme gücü olmayan vatandaşlar için bile erişilebilir hale getirilmesi, acil sağlık hizmetleri ve aşılama gibi halk sağlığı hizmetlerinin yaygınlaştırılması ile aile hekimliği sistemine geçilmesi olduğunu söylemek mümkündür (Atasever, 2015). Bununla birlikte gelir seviyesi yükseldikçe toplam sağlık harcamaları içerisindeki kamu payının arttığı, geriye kalan sağlık harcamaları

içerisinde ise cepten yapılan ödemelerin (out of pocket expenditures) azaldığı ve özel sigortaların payının arttığı görülmektedir (Kalkınma Bakanlığı, 2014).

Kamu sağlık harcamalarının genel kamu harcamaları içinde çok büyük pay alıp almadığı ve artış ya da azalış eğilimde olması sağlık sisteminin sürdürülebilirliği açısından önemli bir kanıt teşkil eder. Bunun yanı sıra kamu harcamalarındaki büyüme oranlarının ölçümünü incelemek yararlıdır. Bu yaklaşım kaynak tabanında büyümeyi ölçmek için kamu sağlık harcaması büyüme oranı ve kamu sağlık harcaması büyüme oranı karşılaştırılmalıdır (Di Matteo ve Di Matteo, 2012; Özer ve ark. 2015:39).

Grafik 3. Faiz Dışı Kamu Harcaması ve Kamu Sağlık Harcaması, (%),Milyon TL, 2002-2015, Türkiye

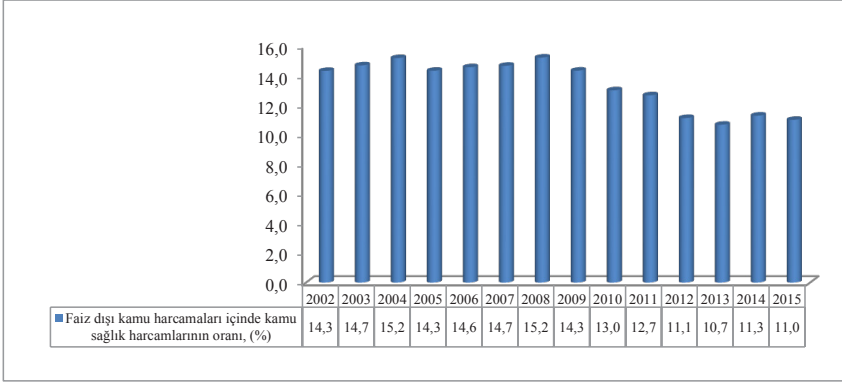


Kaynak: TÜİK ve Kalkınma Bakanlığı verileri kullanılarak yazarlar tarafından hesaplanmıştır.

Türkiye’de nominal olarak kamu harcaması son 13 yılda % 705 kamu sağlık harcamaları ise % 519 oranında artış göstermiştir (Grafik 3). Son 13 yıllık kamu sağlık harcaması artış oranına göre kaynak temelinde kamu harcaması büyüme oranından düşük olduğundan finansal sürdürülebilirlik probleminin olmadığı söylenebilir.

Faiz dışı kamu harcamaları içinde kamu sağlık harcamaları karşılaştırıldığında kamu harcamalarının artış eğilime rağmen kamu sağlık harcaması 2002 yılında %14,3 den 2015 yılında %11’e gerilemiştir (Grafik 4). Bu oranlar kamu sağlık harcamalarının, kamu harcamalarından daha az büyüdüğünü göstermektedir.

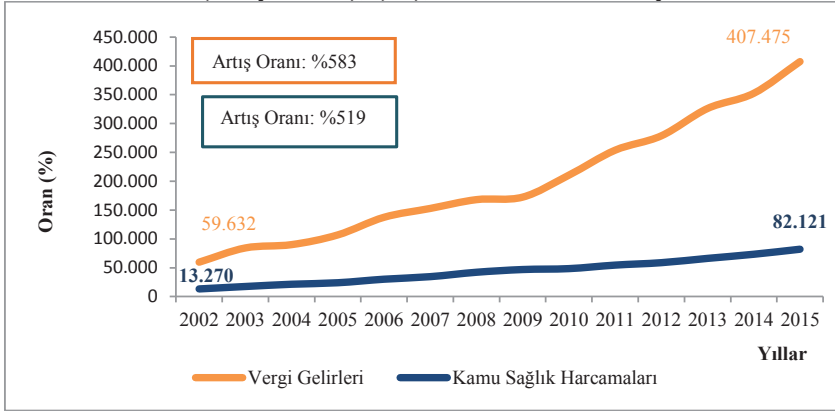
Grafik 4. Faiz Dışı Kamu Harcamaları İçinde Kamu Sağlık Harcamalarının Oranı, (%). 2002-2015, Türkiye



Kaynak: TÜİK ve Kalkınma Bakanlığı verileri kullanılarak yazarlar tarafından hesaplanmıştır.

Türkiye’de nominal olarak kamu sağlık harcaması son 13 yılda %519 vergi gelirleri ise %583 oranında artış göstermiştir (Grafik 5). Son 13 yıllık kamu sağlık harcaması artış oranının kaynak temelinde vergi gelirleri büyüme oranından düşük olduğundan finansal sürdürülebilirlik probleminin olmadığını söylemek mümkündür.

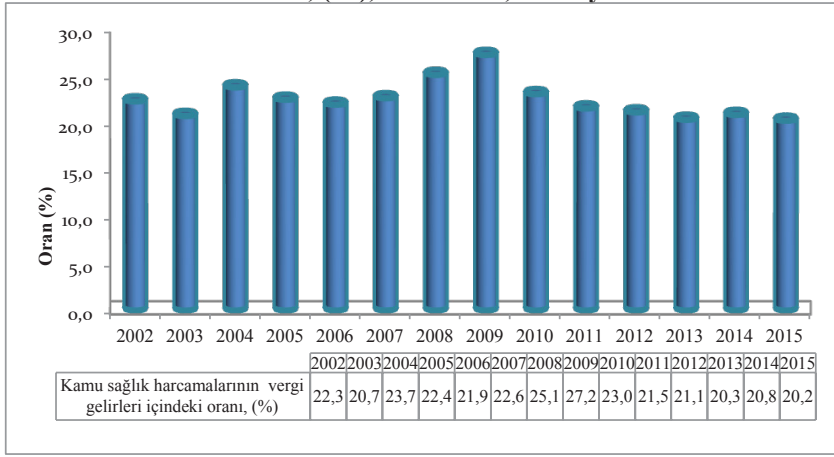
Grafik 5. Vergi Geliriyle Kamu Sağlık Harcamalarının Karşılaştırılması, (milyon TL), (%), 2002-2015, Türkiye



Kaynak: BUMKO ve TÜİK verileri kullanılarak yazarlar tarafından hesaplanmıştır

Vergi gelirleriyle kamu sağlık harcamaları karşılaştırıldığında vergi gelirlerinde ki artışa rağmen 2002 yılında %22,3 den 2015 yılında %20,2’ye gerilemiştir (Grafik 6). Son 13 yıllık kamu sağlık harcamasının vergi gelirleri içindeki oranı son yıllarda düşme eğilimi içindedir. Bu kanıt da sağlık harcamalarının sürdürülebilirlik problemi oluşturmadığını göstermektedir.

Grafik 6. Kamu Sağlık Harcamalarının Vergi Gelirleri İçindeki Oranı, (%), 2002-2015, Türkiye



Kaynak: BUMKO ve TÜİK verileri kullanılarak yazarlar tarafından hesaplanmıştır.

3. Sonuç ve Değerlendirme

Bu çalışmada ilk olarak toplam sağlık harcamalarının büyüme oranı ile GSYİH' büyüme oranları karşılaştırılmış 2002 yılına göre nominal olarak sağlık harcamaları ve GSYİH 2015 yılında %457 oranında artış göstermiştir. Bu bulgu sağlık harcamalarına Gayri Safi Hâsıla artış oranına denk oranlarda arttığını göstermektedir. Diğer taraftan son üç yıllık büyüme ortalaması GSYİH % 11,3 iken sağlık harcamaları %12,1 dir. Buradan sağlık harcamaları GSYİH dan hızlı büyüdüğü tespitinde bulunulmuş ancak sağlık sisteminin finansal sürdürülebilirliği açısından tek başına delil olarak kabul edilmemiştir ve kaynak temelli kanıtlara yönelinmiştir.

Kaynak temelli kanıtlar da kamu sağlık harcamalarının faiz dışı kamu harcamaları karşılaştırıldığında Türkiye'de kamu sağlık harcaması son 13 yılda %419 vergi gelirleri ise %583 oranında artış göstermiştir. Bununla birlikte vergi gelirleri içindeki kamu sağlık harcamaları oranı 2002 yılında %22,3 den 2015 yılında %20,2'ye ve faiz dışı kamu harcamaları içinde sağlık harcamalarının payı ise 2002 yılında %14,3 den 2015 yılında %11,0'e gerilemiştir. Bu bulgular Türkiye sağlık sisteminin sağlık harcamalarını kamu finansmanında kaynak temelli problem olmadığını göstermektedir.

Diğer taraftan sağlık sisteminin finansmanında kamunu payı 2002 yılında %70,7 iken 2015 yılında %78,5'e yükselmiştir. Kamu finansmanındaki bu artışın sosyal devlet olgusu içinde hareket eden Türkiye'nin 'de 2002 yılından sonra uygulamaya konulan Sağlıkta

Dönüşüm Programı (SDP) önemli payı vardır. Zira, sosyal güvenlik sandıkları birleştirilerek Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) altında toplanarak neredeyse nüfusun tamamının sosyal güvenlik kapsamına alınması sağlanarak sağlık hizmetinden faydalanmasının sağlanmasında ve sağlık hizmet sunucularının Sağlık Bakanlığı çatısı altında toplanması birlikte sağlık hizmet sunumunda kaliteli, erişilebilir ve hakkaniyetli hale getirilmesinde kamu finansmanın etkisi büyüktür.

Tüm bu açıklama ve kanıtların ışığında Türkiye sağlık sisteminde sağlık harcamalarının finansal açıdan sürdürülebilirlik sorunu yaşamadığı yargısına ulaşılmıştır. Diğer taraftan sağlık harcamalarının GSYİH artışıyla orantılı bir yükseliş trendi sergilemesi yanında sağlığa ayrılan kaynakların, sağlığa ilişkin alt yapının varlığı, bir ülkenin ekonomik büyümesinde ve kalkınmasında önemli bir unsur olarak değerlendirilmektedir.

KAYNAKLAR

- Akdağ R. (2011), (Kavuncubaşı Ş, Mollahaliloğlu S.), Kamu Hastanelerinin Genel Verimlik Değerlendirmesi, Araştırma Raporu, Sağlık Bakanlığı, Ankara
- Atasever M. (2014), Türkiye Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Harcamalarının Analizi 2002-2013 Dönemi, Ankara
- Atasever M. (2015), Türkiye Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Harcamalarının Analizi 2002-2013 Dönemi sunumu, Bolu
- BUMKO (<http://www.bumko.gov.tr/> erişim tarihi: 15.09. 2016
- Kalkınma Bakanlığı (2014), Sağlık Hizmetlerinin Etkinliğinin Artırılması ve Mali Sürdürülebilirlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu, Ankara.
- OECD (2008), Sağlık Sistemi İncelemesi-Türkiye, OECD ve Dünya Bankası
- Özer Ö, Yıldırım H. ve Yıldırım T. (2015), Sağlık Sistemlerinde Finansal Sürdürülebilirlik, Absam Yayınları, Ankara
- Özseri Haluk (2013), Üniversite Hastaneleri, Sürdürülebilirlik ve Göçler Ayrılığı, Sağlık Düşüncesi Tıp Kültürü Dergisi, 20, s.40-43
- TÜİK (2016), <http://www.tuik.gov.tr/Start.do> erişim tarihi: 15.09. 2016
- Sağlam N., Atasever M. ve Korkut A. (2015), The Efficiency of Public Health Expenditure in Turkey Between 2003 and 2013, Journal of Modern Accounting and Auditing, May 2015, Vol. 11, No. 5, 269-282 doi: 10.17265/1548-6583/2015.05.003
- Sülkü, Seher Nur. (2011). Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi ve Sonrasında Sağlık Hizmetlerinin Sunumu, Finansmanı ve Sağlık Harcamaları. Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında Sağlık Harcamalarının Gelişiminin İncelenmesi, Türkiye. T.C. Maliye Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı, SGB Yayınları.

Bir Tıp Fakültesi Hastanesinde Elektromanyetik Alan Haritası Çıkarılması ve Elektromanyetik Alan Bulunan Yerlerde Çalışanların Sağlık Durumları

Electromagnetic Field Mapping and Health Status of Workers Exposed to Electromagnetic Fields in a University Hospital

Mustafa Necmi İLHAN*

Volkan ERKAN**

Meltem ÇÖL***

ÖZET

Günümüzde sağlık bilimleri ve bu alanda kullanılan teknoloji hızla ilerlemekte, ayrıca bu teknolojinin kullanımı da hızla artmaktadır. Sağlık alanında kullanılan teknoloji hem hizmeti sağlayanları hem de hizmetten yararlananları etkilemektedir. Öte yandan bu durumun beraberinde bazı sorunları da getirmesi doğaldır. Bunlardan bir tanesi de elektrikle çalışan tüm cihazlarda ortaya çıkan EMA'lardır. Bu araştırmanın amacı bir üniversite hastanesinin elektromanyetik alan haritasını çıkarmak ve hastanede elektromanyetik alan bulunan yerlerde çalışanların sağlık durumlarını belirlemektir. Elektromanyetik Alan Haritası Çıkarılması için tüm hastane binası ve dekanlık binasında ölçüm yapılmıştır. Araştırmada EMA yayabilecek cihazların bulunduğu yerlerde çalışan toplam 124 kişiden 121'ine (%97,5) ulaşılmış, aynı kurumda çalışan kişilerden 124 kişilik bir kontrol grubu daha oluşturulmuş ve araştırma anketi bu gruba da uygulanmıştır. Hastanenin EMA haritasının çıkarılması

* Prof. Dr., Gazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İş ve Meslek Hastalıkları Bilim Dalı, mnihan@hotmail.com

** İnş. Müh., Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İş Sağlığı ve Güvenliği Anabilim Dalı, vlknerkn@hotmail.com

*** Prof. Dr., Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı,

için, her katta en uzun koridorun uç bölümlerinde ve ortasında yerden 90 cm yükseklikte ölçüm yapılmıştır. Yapılan ölçümlerde EMA düzeyi hastane binasında $1,1\pm 0,1$ ile $1,4\pm 0,4$ miliGauss arasında saptanmıştır. EMA'ya sunuk kalan grupta araştırılan yakınmalardan başağrısı, bulanık görme, çarpıntı, gözde batma, kaşıntı, sulanma, iştme azlığı ile halsizlik ve yorgunluk yakınmaları kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fazla görülmüştür. Araştırmanın sonuçları genel olarak literatürde yer alan EMA ölçüm değerleri ve sağlık etkileri ile benzerdir.

Anahtar sözcükler: EMA (elektromanyetik alan), Sağlık Çalışanları, İş Sağlığı, Hastalık, Yakınma

ABSTRACT

Today health sciences and the related technology advance quickly, besides the use of this technology increases sharply. The technology used in the field of health effects both the service supplies and the users of these services. However, it is natural that disadvantage bring some problems. One of these problems is the EMF generated by all electrical devices. This is a descriptive study conducted in a university medical faculty and of the hospital. For electromagnetic mapping, measurements were done in whole hospital building and Dean's building. In the study, 121(%97,5) of the 124 workers working in the environments with equipment that may cause electromagnetic field (EMF) were reached. One hundred twenty four workers who work in the same building but not in the units where medical technological equipment were as controls and surveyed. In order to prepare the EMF map, measurements were done 90 cm above the ground and the two ends plus the mid-point of the longest aisle on every floor were measured. The EMF values were found to be between $1,1\pm 0,1$ ile $1,4\pm 0,4$ miliGauss. Allergic diseases were significantly higher among the workers exposed to EMF than the control group. The prevalences of headache, blurred vision, palpitation, itching, stinging and excessive tearing of eyes, hearing disturbances and fatigue were significantly higher among EMF exposed when compared to the control group. The results of the study are consistent with the EMF measurement levels and health effects in the literature in general.

Key words: EMF (electromagnetic fields), Health workers, Occupational Health, Disease, Complaint

1. Giriş

Dünyamızda giderek artan teknoloji kullanımı gündelik yaşamı ve çalışma yaşamını kolaylaştırmakla birlikte, teknolojinin ortaya çıkarabileceği sağlık sorunları çok açık değildir. Gelişmiş toplumlarda yaşayan bireyler sürekli olarak fiziksel, kimyasal, biyolojik ve psikososyal etmenlerle karşılaşmakta ve etkilenebilmektedirler.

Toplum sağlığını etkileyen fiziksel etmenler arasında iyonlaştırıcı olmayan radyasyon da bulunmaktadır. Elektrik ve manyetik alanlar gibi iyonlaştırıcı olmayan radyasyonun etkilerinden kaçınmak oldukça zordur. Son yıllarda yapılan epidemiyolojik araştırmalarda, elektromanyetik alanların (EMA) sağlık üzerine bazı etkileri olduğu gösterilmesine rağmen, deneysel çalışmalarda hücresel düzeydeki etkiler henüz kesin olarak ortaya konulmamıştır (Frank ve Silesin 1998; DSÖ, 2007). Bu konuda daha fazla araştırma yapılmasına gereksinim vardır.

EMA'ların kanser, davranış değişiklikleri, hafıza zayıflaması, Parkinson ve Alzheimer hastalıklarını artırmasının yanısıra, depresyon ve intihar görülme sıklığında artışa neden olduğu bildirilmektedir. Bunlara ek olarak göz, deri ve kas-iskelet sistemi üzerine olumsuz etkileri olduğu bildirilmektedir (DSÖ, 1999; DSÖ 2007).

Günümüzde toplumun tamamı, elektromanyetik alanlara (EMA) sunuk kalmaktadır. Elektrikle çalışan her cihaz EMA oluşturmaktadır. Manyetik alan elektrikli aletlerin yakınında en güçlü olup, aletten uzaklaştıkça azalmaktadır. Bu aletlerin üreticileri, insan sağlığına zararı olmadığını ileri sürerken, bazı araştırmalar da tersine insan sağlığına zarar verdiği belirtilmektedir. (DSÖ, 1993; Frank ve Silesin 1998; DSÖ, 1999; DSÖ, 2007).

1.1. Genel Bilgiler

1.1.1. Elektromanyetik Alan Oluşumu ve Genel Özellikleri

Elektrik prizine bağlı bir cihaz açıldığında, içinden elektrik akımı geçerek, verilen elektrik kaynağı gücü ile orantılı olarak manyetik alan oluşmaktadır. Manyetik alan elektrikli cihaza çok yakın oluşmakta, cihazın yakınında çok güçlü olmakta, uzaklaştıkça şiddeti azalmaktadır. Bu alan kolaylıkla ortadan kaldırılamamakta ve şiddeti azaltılamamaktadır (DSÖ, 2007; DSÖ, 2008)

Elektromanyetik Alanlar EMA kısaltması ile gösterilmektedir. Elektriksel ve manyetik alanlar tek başına ve birlikte oluşabilirler; ancak elektrik ve manyetik alanların biyolojik etki biçimleri ve özellikleri birbirinden farklıdır. Elektrik alanlar, iletici bazı maddelerle (ağaç, bina, deri vb) ile zayıflarken; manyetik alanlarda böyle bir durum söz konusu değildir. Ortak özellikleri ise kaynaktan uzaklaştıkça azalmalarıdır (Cowan ve Gidlestone, 1995)

Manyetik alanları elektrik akımının akışı oluşturur. Manyetik alan birimi Tesla (T) ya da Gauss'dur (G). Aşağıda EMA birimleri arası ilişki sunulmuştur (Prata, 1993; Frank ve Silesin 1998; Fife, 1998, Sanalan, 1999; Australia Public Health and Environmental Service, 2000

$$\begin{aligned} 1 \text{ T} &= 10000 \text{ G} \\ 1 \text{ mikroT} &= 10 \text{ miliG} \\ 0,1 \text{ mikroT} &= 1 \text{ miliG} \end{aligned}$$

Bireylerin EMA ile karşılaşması elektrik enerjisinin kullanımı veya elektrik iletimi olan cihazların etrafında bulunulması ile gerçekleşir. (DSÖ, 2007)

DSÖ (2007) toplum için EMA Kaynaklarını aşağıdaki gibi sıralamaktadır:

- a) Radar, navigator vb yön bulucu aletler
- b) Güvenlik sistemleri (metal dedektörleri vb)
- c) Elektrikle çalışan trenler ve raylar
- d) Yüksek gerilim hatları ve ana dağıtım kabloları
- e) TV ve radyo yayınları
- f) Mobil telefon baz istasyonları

ABD'de yapılan epidemiyolojik çalışmalarda evlerde izin verilecek EMA düzeyi 2-2,5 mG olarak değerlendirilmiş, bu düzeyin üstünde EMA'a sahip evlerde yaşayanlar EMA'dan etkilenenler olarak değerlendirilmiştir. Ancak 2 mG her ne kadar güvenlik sınırı olarak kabul edilse ve laboratuvar çalışmalarında bu düzeyin altında sağlık

etkileri gözlenmese de, bu durum 2 mG'un altının tam güvenli olduğu anlamına gelmemektedir. Bu değerin altının göreceli olarak güvenli olduğu söylenebilir, ancak uzun dönemli etkilenim sonuçları henüz bilinmemektedir (Cowan ve Gidlestone, 1995; Fife, 1998, Vaizoğlu, 2001).

Evlerdeki EMA etkilenimi evin yakınında yüksek gerilim hattı bulunması, evde çalışan elektrikli cihaz sayısı, binanın/evin elektrik kablo sistemine bağlıdır. Floresan lamba, televizyon, saç kurutma makinesi, buzdolabı, bulaşık makinesi, elektrikli battaniye, traş makinesi vb elektrikli cihazlar EMA kaynağıdır (Vaizoğlu, 2001).

Bu cihazların aynı anda çalışması sonucu bir anda yüksek EMA düzeylerine ulaşılabilir, ancak kısa sürede yüksek şiddetli EMA vücutta kümülatif etki yapmamaktadır.

İşyerinde ise elektrikle çalışan cihaz daha fazla sayıdadır ve bu cihazlar sürekli çalışmaktadır. Ayrıca çok fazla cihaz için çok fazla elektrik telinin de ortamda bulunması etkilenimi artırmaktadır. Özellikle elektrik hattı döşeyen, jeneratörlerde çalışan, kaynak işi yapan işçiler için daha fazla etkilenim söz konusudur. Ofis çalışanları daha düşük düzeyde EMA ile birlikte çalışmakta, genellikle bilgisayar ve fotokopi makinesi çalıştığından evdekinden daha fazla EMA ile karşılaşmaktadır. Sağlık Hizmetleri sektöründe EMA düzeyleri ve etkilerini araştıran yeterince çalışma bulunmamaktadır (Bracken ve Paterson, 1996; Foster et al., 1996, Macca et al., 2002; Hanada, 2007; Franvo et al., 2008)



Şekil 1: Elektromanyetik etki spektrumu

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs322/en/index.html>

Erişim: 27 Nisan 2008

1.1.2. Elektromanyetik Alanların Sağlık Etkileri

1.1.2.1. Etki Mekanizması

Elektromanyetik alanların etki mekanizması henüz tam açıklanmış değildir. Günümüzde hücre zarındaki reseptör moleküllerin EMA'ya çok duyarlı olduğu bilinmektedir. EMA hücrenin iyonik bileşimini değiştirmekte, DNA sentezini, RNA transkripsiyonunu ve hücrenin hormon ve nörotransmitterlere yanıtını değiştirmektedir. Sıralanan etkilerin çoğu yüksek şiddetli ve uzun süreli sunuk kalma sonucu ortaya çıkmaktadır (DSÖ, 2007; DSÖ, 2008)

EMA'nın insan fizyolojisi ve davranışları üzerinde etkili olduğu vurgulanmakta; gönüllüler üzerinde yapılan çalışmalarda, kan basıncı, EKG, kalp hızı, kan biyokimyası ve vücut ısısını az da olsa etkilediği gösterilmiştir (DSÖ, 2007).

İnsan vücudu elektrik bir organizmadır ve vücuttaki kimyasal reaksiyonlar elektrik reaksiyonlarıdır. Beden yeryüzü gibi elektrik alan oluşturmakta; oluşan elektrik alan alternatif akımlı cihazlar ve yüksek gerilim hatlarından etkilenmektedir. Bedenin elektrik aktiviteleri EEG, EKG, EMG vb tetkikler ile ölçülebilmektedir. Fizik kurallarına göre, küçük bir elektrik akımı büyük bir EMA'ya çok yakınsa değişime uğrayabilmektedir. Bu değişikliğin EMA'nın insan bedenini etkilemesinin nedeni olduğu düşünülmektedir (Fife, 1998).

Ancak; hücredeki metabolik olaylar sonucunda, EMA'ın oluşturduğu enerjinin çok daha fazlasının vücutta oluştuğu bilinmekte, bu düşük enerjinin de DNA üzerinde mutasyona neden olamayacağı da savunulmaktadır (DSÖ, 2007; DSÖ, 2008).

1.1.2.2. EMA Sağlık Etkilerine İlişkin Tarihsel Gelişim ve

Genel Bilgi:

İlk kez 1972'de Rusya'da halsizlik, baş ağrısı ile EMA'nın ilişkili olabileceği belirtilmiştir (Grünner, 1980)

1979'da Epidemiyolog Wertheimer ve Fizikçi Lieper (1979) tarafından lösemi başta olmak üzere çocukluk dönemi kanserlerinin,

içinden yüksek elektrik akımı geçen elektrik tellerinin eve yakınlığı ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Bundan sonra EMA zararlı sağlık etkileri ile ilgili önemli çalışmalar aşağıda sıralanmıştır (DSÖ, 1993; DSÖ, 1997; Vaizoğlu, 2001):

1982’de ABD’de 1950-1979 arasında ölen işçileri incelenmiş; EMA’ya sunuk kalan 19 işçiden 11’inin ölüm nedeninin lösemi olduğu belirlenmiştir.

1986’da İsveç’te EMA’a sunuk kalan sıçan fetuslarının, sunuk kalmayanlara göre daha fazla doğumsal anomaliye sahip olduğu ortaya konmuştur.

1988’de ABD’de haftada 20 saatten fazla bilgisayar karşısında çalışan kadınlarda düşük riskinin 2 kat arttığı gösterilmiştir.

1989’da ABD’de kablo döşeme işinde çalışan işçilerde tüm kanser risklerinin arttığı gösterilmiştir.

1990’da Epidemiyolog Savitz, elektrikli battaniye kullanan gebe kadınların çocuklarında, kullanmayanlara göre kanser riskinde %30 artış olduğunu göstermiştir.

DSÖ’ye göre (1993, 1999, 2007) elektrostresle ilişkili olabilecek sağlık sorunları aşağıda sıralanmaktadır:

Genel yakınmalar	Başağrısı, halsizlik, yorgunluk, huzursuzluk, uyku bozuklukları, bulantı
Sinir sistemi etkileri	Santral ve sempatik sinir sisteminde fonksiyonel bozukluklar, konsantrasyon bozukluğu, EEG değişiklikleri, terleme eğilimi, parmaklarda titreme, hipotansiyon
Kalp/Dolaşım sistemi etkileri	Hipotoni/hipertoni, taşikardi, EKG değişiklikleri
Kan sistemine etkileri	Periferik kanda niteliksel ve niceliksel değişiklikler
Reaksiyon zamanı	Reaksiyon zamanında değişiklikler, uyarıcı etki

Çizelge 1: Elektrostrese Bağlı Oluşabilecek Sağlık Sorunları

1.1.2.3. EMA ve Kanser:

EMA'nın neden olduğu düşünülen sağlık etkileri içerisinde en fazla kanser için kanıt bulunmaktadır (DSÖ, 2007)

EMA ve kanser ilişkisi henüz çok açık olmamakla birlikte Dünya Sağlık Örgütü 2002'den bu yana EMA'ı Grup 2B (olası) Kanserojenler grubunda sınıflandırmaktadır (DSÖ, 2008). Kanıtlar EMA'nın doğrudan kanser oluşturmadığını; ancak başka bir etken nedeni ile başlayan kanserin ilerlemesine neden olduğunu savunmaktadır. Bu nedenle EMA'ya sunuk kalma ile kanserli olgu sayısının korelasyon gösterdiği savunulmaktadır. Bu etkinin bağışıklık sisteminin baskılanması ile ortaya çıktığı öne sürülmektedir. Başlangıçta söz konusu olan görüşlerin aksine DNA bağlarının serbest radikallerden etkilenmesinde radyo dalgaları ve EMA etkisi olduğunu ileri süren görüşler de bulunmaktadır (Vaizoğlu 2001).

1979'da Wertheimer ve Leiper ilk kez çocukluk kanserleri ile yüksek gerilim hatları arasında bağlantı olduğunu gösterdiler. EMA çalışmalarında evdeki kablo sistemi anlık ya da 24 saatlik bildirimler gibi durumlar esas alınmış olup; kanser riskinin kullanılan yöntemle yakından ilişkili olduğu belirlenmiştir. Bu durum da nedensel ilişkinin sorgulanmasına neden olmuştur (Gordis, 1996).

Ancak etkilenim için doz cevap eğrisinin varlığı, sürekli/aralıklı etkilenim, latens durumları çok net açıklanabilmiş değildir (Vazioğlu, 2001). Dolaylı yaklaşımla etkilenimin ölçülmesi ile ilgili sorunlar nedeni ile etkilenim biyoizleri üzerinde yoğunlaşmıştır. Biyoizlerin kullanılması, hafıza ve yöntem kısıtlılıklarını engellemekte, kişilerin emilim ya da metabolizmaların bağlı farklılıkları ortadan kaldırmaktadır (Ahlbom, 1988).

EMA kanser ilişkisinin metaanalizini yapan ve 13 makaleyi değerlendiren çalışmada lösemi ve sinir sistemi tümörlerinde artışa neden olduğu belirlenmiştir (Washburn et al., 1994)

İşyerlerine ilişkin 100 adet çalışmanın çoğunda EMA'lar ile lösemi ve beyin tümörleri arasında bağlantı olduğu gösterilmiştir (Güler ve Çobanoğlu, 1994). İşyerlerinde yapılan çalışmalarda farklı sonuçlar bulunmuş; Kanada-Fransız grubu elektrik ve telefon işlerinde çalışanlarda lösemi ile bağlantı göstermiş (Armstrong et al., 1994), ABD'de ise beyin tümörü ile ilişki gösterilmiştir (Savitz ve Loomitz,

1995). İsveç'te yapılan bir çalışmada ise lösemi ve beyin kanseri riski yüksek bulunmuştur (Floderus et al., 1993).

ABD'de 2007 yılında yapılan bir sistematik derlemede Dünya genelinde yılda görülen 2400 çocukluk çağı lösemisinden 100 tanesi EMA'ya atfedilmektedir (Khifets et al., 1996).

1.1.3. Halk Sağlığı Açısından Durum

Toplumlarda konuyla ilgili risk algılaması ve tepkiler değişmektedir. Başlangıçtaki abartılı yaklaşımlar, özellikle firmalarca da el altından desteklenebilmektedir. Kamuoyu da başlangıçta gösterilen tepkinin boyutunda bir uygulama görmediğinde giderek duyarsızlaşabilmektedir (Vaizoğlu, 2001).

DSÖ kırktan fazla ülkenin katılımıyla başlattığı EMA çalışmasının kapsamına risk algılama ve risk iletişimini de almıştır (DSÖ, 2007). Sağlık tehlikesi ve sağlık riski birbirinden farklı kavramlar olup; sağlık tehlikesi, bir kişinin sağlığına zarar verme potansiyeli taşıyan bir durumken; risk, kişinin belli bir tehlikeden zarar görme olasılığını tanımlar (Bilir ve Yıldız, 2004).

Canlılar için sıfır risk söz konusu değildir; kişiler riskleri genellikle ihmal edilebilir, kabul edilebilir, göze alınabilir ya da kabul edilemez olarak değerlendirmektedir. Algılama; kişinin yaşı, cinsiyeti, kültür ve eğitim düzeyi ile yakından ilişkilidir. Risk algısı, istemli/istemli etkilenme, kişinin kontrolünde olması/kontrolü yitirme duygusu olması, konuya yabancı olma/teknik boyutlarını bilme durumu, korkma/korkmama, adil bulma/bulmamaya göre değişebilmektedir (Bilir ve Yıldız, 2004).

1.1.4. EMA ve Çalışma Yaşamı İlişkisi:

EMA'ya işyerinde sunuk kalanlarda beyin tümörü, erkek meme kanseri, lösemi riskinde artış, kromozom kırığı ve teratojen etki ortaya çıkabileceği gösterilmiştir (Cohen, 2004).

En iyi korunma yolu, kaynaktan olabildiğince uzakta bulunma, yetkisiz personelin EMA kaynakları çevresinde bulunmaması; aralıklı ortam EMA ölçümleridir. Biyolojik izlem güçtür, ancak olası hastalıklar, yakınmalar ile erken tanı sağlanabilir (Cohen, 2004).

Rusya’da yapılan bir çalışmada demiryolu işçilerinde EMA’ya sunuk kalanlarda koroner kalp hastalıklarının daha fazla görüldüğü saptanmıştır (Pitssyna et al., 1996).

Yapılan iş ile ilgili olarak, en çok EMA’ya sunuk kalma elektrikçiler, kablo döşeme işlerinde çalışanlar, makine test ediciler, öğütme, ezme makinesinde çalışanlarda görülmektedir (Bracken, 1996; Gobba, 2004).

İsviçre’de yapılan bir kohort çalışmasında EMA’ya sunuk kalan demiryolu çalışanlarında lösemnin 2,4 kat, beyin tümörlerinin 5,1 kat daha fazla görüldüğü belirlenmiş, ancak beyin kanserinde doz-yanıt ilişkisi gösterilmemiştir (Minder and Pfluger, 2001).

Kanada’da çok merkezli yapılan bir olgu-kontrol çalışmasında EMA ‘ya sunuk kalan çalışanlarda bir beyin kanseri tipi olan glioblastome multiforme riskinde 5,3 kat artış olduğu, ancak diğer beyin kanserleri için bir risk artışı söz konusu olmadığı belirlenmiştir (Villeneuve et al., 2002).

Danimarka’da yapılan epidemiyolojik bir çalışmada, Amyotrofik Lateral Skleroz hastalığı ile yüksek şiddette EMA’ya sunuk kalma arasında bir ilişki bulunmuş, ancak diğer nörodejenarif hastalıklarla bir ilişki saptanmamıştır (Johansen, 2004).

DSÖ, elektromanyetik alana sunuk kalmada baş ağrısı, anksiyete, intihar girişimi, depresyon, bulantı, yorgunluk ve libido kaybının raporlandığını bildirmektedir. Ancak gürültü ve diğer çevresel etmenlerin de benzer etkilere neden olabileceğinin de göz ardı edilmemesini önermektedir (DSÖ, 2007).

1.1.5. Elektromanyetik Alan Ölçümü

EMA ölçümü EMA metre, SDF metre veya Gaussmetre ile yapılabilir. Gaussmetreler, elektrik akımına bağlı manyetik alanları mili-Gauss olarak ölçmektedir. Piyasada ölçüm aralığı çok farklı Gaussmetreler bulunmasına karşın, miliGaussun 1/10’unu ölçen cihazlar tercih edilmelidir (Prata, 1993; Cowan ve Gidlestone, 1995; Riley, 1995; Fife, 1998; Sanalan, 1999).

EMA ölçümünde köşelerden ve orta noktadan ve yerden 90 cm yukarıdan (bel hizası) ölçüm yapılması önerilmektedir (Riley, 1995).

Elektromanyetik alanların yön değişim hızına frekans denir ve

Hertz (Hz) ile ifade edilir. 1 Hertz saniyede bir döngüdür; 1 Megahertz (MHz) saniyede bir milyon değişimin karşılığıdır. Elektrik gücünün saniyede 60 Hz olması, sistemdeki akımın saniyede 60kez yön değiştirdiğini göstermektedir. AM radyo frekansı 1 MHz, FM radyo frekansı ise 100 MHz'dir. Mikrodalga fırınları 2450 MHz, X ışınları 1 milyon MHz'dir. Hücresel telefonlar 860-900 MHz'de çalışmaktadır (Vaizoğlu, 2001)

2. Araştırma Yöntemi

2.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Elektromanyetik Alan Haritası Çıkarılması için araştırmanın evreni tüm hastane binası ve dekanlık binasıdır.

Sağlık durumu değerlendirmesi için, bilgisayar, yazıcı, fotokopi makinesi vb ofis malzemeleri dışında tıbbi teknoloji cihazlarını kullanılan birimlerde her bölümün sorumluları ile görüşülmüş, bölümde kullanılan cihazların kullanılma süresi, imalat tarihi vb sorgulanmış ve cihaz çevresinde EMA ölçümü ve anket uygulaması yapılmıştır. Bu aşamada ölçümün yapıldığı cihazın bulunduğu odada çalışan toplam 124 kişiden 121'ine (%97,5) ulaşılmıştır. Ankete katılmayan 3 kişiden 2'si katılmak istemediğini belirtmiş, 1 kişiye doğum izni nedeni ile ulaşılamamıştır.

Araştırmada aynı kurumda çalışan ancak tıbbi teknoloji cihazları kullanılan birimlerde çalışmayan kişilerden (kan alma, eczane, hasta yatış, sekreterlik, dekanlık, depo vb) 124 kişilik bir kontrol grubu oluşturulmuş ve araştırma anketi bu gruba da uygulanmıştır.

2.2. Araştırmanın Hipotezleri

Araştırmanın hipotezleri aşağıda sıralanmaktadır.

- Tıbbi teknolojik cihazları kullanan ya da çevresinde çalışanlarda, ortamdaki EMA düzeyinin yüksek olması nedeni ile; Alerjik hastalıklar, Akciğer hastalıkları, Böbrek hastalıkları, Kalp hastalıkları, Diyabet, Hipertansiyon, Kanser, Kısırlık, Migren hastalıkları daha fazla görülür.
- Tıbbi teknolojik cihazları kullanan ya da çevresinde çalışanlarda ortamdaki EMA düzeyinin yüksek olması nedeni ile; başağrısı, bulanık görme, gözde batma, kaşıntı, sulanma, kulakta ağrı, çınlama,

sıcaklık hissi, işitme azlığı, çarpıntı, halsizlik, yorgunluk, deride döküntü, mide rahatsızlığı, nefes darlığı, sersemlik, sinirlilik, unutkanlık, cinsel isteksizlik yakınmaları daha fazla görülür.

- Tıbbi teknolojik cihazları kullanan ya da çevresinde çalışanlarda ortamdaki EMA düzeyinin yüksek olması nedeni ile; kadınların üreme sağlığı özellikleri etkilenir.
- EMA oluşturan tıbbi teknoloji cihazlarından uzaklaştıkça ölçülen EMA şiddeti azalır.
- Tıbbi teknolojik cihazları kullanan ya da çevresinde çalışanlar arasında, bu cihazlarla çalışmayanlara göre farklı olan hastalık ve yakınmaların varlığında, çalışma zamanı, günlük çalışma süresi, çalışılan cihazın günlük çalışma süresi, çalışılan yer ile cihaz arasındaki uzaklık, cihazın yanı (1-2 cm), 30 cm, 50 cm ve oda dışından ölçülen EMA değerleri etkilidir.

2.3. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

2.3.1. Bağımlı değişkenler

- Tanısı konmuş hastalıkların varlığı (Alerjik hastalıklar, Akciğer hastalıkları, Böbrek hastalıkları, Kalp hastalıkları, Diyabet, Hipertansiyon, Kanser, Kısırlık, Migren)
- Çeşitli yakınmaların varlığı (Baş ağrısı, Bulanık Görme, Gözde Batma, kaşıntı, sulanma, Kulakta Ağrı, çınlama, sıcaklık hissi, İşitme Azlığı, Çarpıntı, Halsizlik, Yorgunluk, Deride döküntü, Mide rahatsızlığı, Nefes darlığı, Sersemlik, Sinirlilik, Unutkanlık, Cinsel isteksizlik)
- Kadınların üreme sağlığı özellikleri

2.3.2. Bağımsız değişkenler

- EMA olan yerde çalışma / çalışmama
- Çalışma zamanı, günlük çalışma süresi,
- Çalışılan cihazın günlük çalışma süresi,
- Çalışılan yer ile cihaz arasındaki uzaklık,
- Cihazın yanı (1-2 cm), 30 cm, 50 cm ve oda dışından ölçülen EMA değerleri (miliGauss)

2.4. Araştırma Anketi ve Uygulama Yöntemi

Sağlık durumu değerlendirmesi için, tıbbi teknolojik cihaz kullanan yerlerde çalışanlar (EMA grubu) ve çalışmayanlara (kontrol grubu) ankete katılmaları için izinleri alındıktan sonra yaş, görev vb kişisel özellikleri, çalışma süreleri vb mesleki özellikleri sorgulayan sorular ile EMA ile ilişkili olabilecek hastalık ve yakınmaları sorgulayan bir anket uygulanmıştır. Anketin uygulanmasından sonra EMA grubunda yer alanların çalıştıkları yerlerde çalışılan cihazın hemen yanından (1-2 cm), 30 cm, 50 cm ve oda dışından EMA değerleri ölçülmüştür.

2.5. Araştırma Verilerinin Düzenlenmesi ve Analizi

Veriler SPSS 11.5 (Chicago, Illionis USA) istatistiksel analiz programına yüklenerek değerlendirilmiştir. İstatistiksel karşılaştırmalarda, niceliksel değişkenler için Mann-Whitney U testi, t testi ve varyans analizi, niteliksel değişkenler için ki-kare testi ve Fisher testi kullanılmıştır. $p < 0,05$ olması istatistiksel olarak farklı kabul edilmiştir.

2.6. Araştırmada Karşılaşılan Güçlük ve Kısıtlılıklar

Ölçümlerin yapılması sırasında kimi cihazların kullanım sürelerinin ve modellerinin bilinmemesi, hasta yoğunluğu nedeniyle birimlere birkaç kez gidilmesi dışında belirgin zorlukla karşılaşılmamış, çoğu çalışanın ölçümlerin yapılması ve anketlerin doldurulmasında istekli davrandığı gözlenmiştir. Araştırmada yalnızca işyerindeki EMA varlığı ve ilişkili olabilecek sağlık sorunları incelenmiştir, çalışanların evlerinde bulunabilecek EMA'nın değerlendirilmemesi araştırmanın kısıtlılığı olarak değerlendirilebilir

3. Bulgular

3.1. Elektromanyetik Alan (EMA) Haritası

Araştırmada EMA haritası çıkarabilmek için, hastanede bulunan 14 katta toplam 57 yerde yapılan EMA ölçüm sonuçlarının katlara ve birimlere göre dağılımı Çizelge 2'de sunulmaktadır. EMA düzeyi hastane binasında $1,1 \pm 0,1$ ile $1,4 \pm 0,4$ mG arasında değişmektedir.

En düşük ölçüm değerleri, Genel Cerrahi ve Adli Tıp bölümlerinde saptanmışken; en yüksek düzey, Anjiyografi, Patoloji, Merkez laboratuvarı ve Radyoloji Bölümlerinin olduğu katlarda saptanmıştır.

Çizelge 2: Katlara ve birimlere göre ortalama EMA ölçüm sonuçları

Katlar	Birimler	EMA şiddeti (Ort.±ss) (miliGauss)
Kat 0	Poliklinikler, Hasta yatış, idari bölümler	1,1±0,2
Kat 1	Beyin cerrahi, Nükleer tıp	1,3±0,2
Kat 2	Fiziksel tıp ve rehabilitasyon, Nefroloji	1,3±0,1
Kat 3	Diyabet ve obesite polikliniği, Anesteziyoloji ve Rean.	1,2±0,2
Kat 4	Psikiyatri, Çocuk Ruh Sağlığı, Nöroloji, Enf. Hast.	1,1±0,2
Kat 5	Ortopedi ve travmatoloji, Hematoloji	1,2±0,1
Kat 6	Kardiyoloji, Kalp ve Damar Cerrahi, Göğüs Cerrahi	1,2±0,1
Kat 7	Genel cerrahi	1,1±0,1
Kat 8	İç hastalıkları	1,2±0,3
Kat 9	Kadın hastalıkları ve doğum	1,2±0,2
Kat 10	Çocuk sağlığı ve hastalıkları	1,1±0,2
Kat 11	Göğüs hastalıkları, Dermatoloji	1,3±0,3
Kat 12	Çocuk cerrahi, Üroloji	1,2±0,2
Kat 13	Göz hastalıkları	1,3±0,3
Kat 14	Kulak burun boğaz, Plastik ve Rekonstruktif cerrahi	1,2±0,2
Kat 15	Yenidoğan servisi	1,2±0,3
A Blok Kat 1	Radyoloji	1,4±0,4
A Blok Kat 2	Transplantasyon ve diyaliz merkezi	1,4±0,2
A Blok Kat 3	İşitme bozuklukları merkezi	1,2±0,1
A Blok Kat 4	Uyku bozuklukları merkezi	1,1±0,2
A Blok Kat 5	Adli tıp	1,1±0,1
B Blok Kat 0	Radyasyon onkolojisi	1,3±0,3
B Blok Kat 4	Anjiyografi	1,4±0,2
D Blok Kat 3	Ameliyathane, yoğun bakım	1,4±0,3
D Blok Kat 4	Anjiyografi, Patoloji, Merkez laboratuvarı	1,4±0,4
Dekanlık	Anfiler, İdari bölümler	1,2±0,3

Çizelge 3: EMA ve kontrol grubunda yer alanların çalıştıkları birimlere göre dağılımı

EMA Grubu (n=121)					
Birim	Sayı	Birim	Sayı	Birim	Sayı
Acil labor.	2	Genel labor.	34	PUVA	1
Ameliyathane	10	Hemodiyaliz	3	Retina	2
Anjiyografi	2	Mamografi	3	Skopi	2
Banka	4	MR	2	Seroloji labor.	1
Bilgi işlem	4	Nefroloji labor.	1	SPECT	1
Eforlu EKG	2	Nöroloji labor.	2	Sterilizasyon	1
Endokrin labor.	2	Nükleer tıp	10	Tomografi	3
Endoskopi	6	Ortopedik reh.	1	USG	6
FTR ayaktan tdv.	5	Pet CT	1	Yoğun Bakım	10

Kontrol Grubu (n=124)					
Birim	Sayı	Birim	Sayı	Birim	Sayı
Arşiv	3	Kan alma	3	Şoför odası	5
Dekanlık	12	Kantin/Yemekh.	9	Temizlik	29
Depo	2	Medikal Market	2	Yataklı servis	23
Hasta yatış	4	Poliklinik	32		

EMA grubunda en çok yer alan görev grupları, teknisyen (%31,5), doktor (%30,6), hemşiredir (%13,3). Kontrol grubunda en çok yer alan gruplar ise hemşire (%32,2), doktor (%15,4), memur/sekreterdir (%13,0). Çizelge 4’de EMA ve kontrol grubunda yer alanların görevlerine göre dağılımı sunulmuştur. EMA ve kontrol grubundakilerin görevde çalışma süreleri ortalamaları birbirinden farklı değildir ($t=0,446$; $p=0,656$); $8,9\pm 6,4$ yıl (ortanca 8,2) ve $8,6\pm 6,7$ yıl (ortanca 7,1). EMA ve kontrol grubundakilerin birimde çalışma süreleri ortalamaları birbirinden farklı değildir ($t=0,357$; $p=0,722$); $6,4\pm 5,6$ yıl (ortanca 4,9) ve $6,1\pm 6,5$ yıldır (ortanca 3,2).

3.2. Yakınmalar

EMA ve kontrol gruplarında başağrısı, bulanık görme, çarpıntı, gözde batma, kaşıntı, sulanma, işitme azlığı ile halsizlik ve yorgunluk yakınmalarının görülme sıklığı farklıdır ($p<0,05$). EMA grubunda sıralanan yakınmaların tamamı, daha fazla görülmektedir. EMA ve kontrol gruplarında sırasıyla başağrısı %43,8 ve %22,6, bulanık

Çizelge 4: EMA ve kontrol grubunda yer alanların görevlerine göre dağılımı.

Görev	EMA		Kontrol	
	Sayı	Yüzde*	Sayı	Yüzde*
Doktor	37	30,6	19	15,4
Fizyoterapist	5	4,1	-	-
Garson/Kantinci/Çaycı	-	-	9	7,2
Güvenlik görevlisi	-	-	7	5,6
Hastabakıcı/Hizmetli	2	1,6	15	12,1
Hemşire	16	13,3	40	32,2
Laborant/Biyolog	15	12,3	4	3,2
Memur/Sekreter	8	6,6	16	13,0
Şoför	-	-	5	4,0
Teknisyen	38	31,5	9	7,3

*Kolon yüzdesi

Çizelge 5: EMA ve Kontrol gruplarının yakınmaları

Yakınmalar	EMA		Kontrol		İstatistik değerleri χ^2 ; p**
	Sayı*	Yüzde*	Sayı*	Yüzde*	
Baş ağrısı	53	43,8	28	22,6	12,562; 0,001
Bulanık görme	21	17,4	10	8,1	4,783; 0,029
Cinsel isteksizlik	7	5,8	8	6,5	0,047; 0,828
Çarpıntı	20	16,5	8	6,5	6,034; 0,014
Deride döküntü	7	5,8	2	1,6	0,100
Gözde batma	24	19,8	10	8,1	7,099; 0,008
Gözde kaşıntı	30	24,8	10	8,1	12,546; 0,001
Gözde sulanma	26	21,5	15	12,1	3,876; 0,049
Halsizlik	56	46,3	35	28,2	8,551; 0,003
İşitme azlığı	20	16,5	10	8,1	4,083; 0,043
Kulakta ağrı	7	5,8	2	1,6	0,100
Kulakta çınlama	11	9,1	6	4,8	1,715; 0,190
Kulakta sıcaklık hissi	6	5,0	1	0,8	0,064
Mide yakınması	40	33,1	41	33,1	0,001; 0,999
Nefes darlığı	12	9,9	6	4,8	2,320; 0,128
Sersemlik	7	5,8	2	1,6	0,100
Sinirlilik	48	39,7	36	29,0	3,076; 0,079
Unutkanlık	38	31,4	38	30,6	0,017; 0,898
Yorgunluk	74	61,2	49	39,5	11,473; 0,001

*Adıgeçen yakınması olanların sayısı ve yüzdesi verilmiştir.

** χ^2 değeri olmayanlar Fisher testi ile analiz edilmiştir.

görme %17,4 ve %8,1, çarpıntı %16,5 ve %6,5, gözde batma %19,8 ve %8,1, gözde kaşıntı %24,8 ve %8,1, gözde sulanma %21,5 ve %12,1, işitme azlığı %16,5 ve %8,1, halsizlik %46,3 ve %28,2, yorgunluk %61,2 ve %39,5 sıklıkta görülmektedir.

Cinsel isteksizlik, deride döküntü, kulakta ağrı, çınılama, sıcaklık hissi, mide yakınması, nefes darlığı, sersemlik, sinirlilik, unutkanlık yakınmaları açısından ise gruplar arasında fark bulunmamaktadır ($p>0,05$).

3.2.1. EMA Grubunda Yer Alanların Çalışma Koşulları ve EMA ile Karşılaşma Durumları

EMA grubunda çalışanlar için halen çalıştıkları cihazlarla çalışma süresi ortalama $3,6\pm 4,2$ yıl (ortanca 2), günlük çalışma süresi ortalama $6,8\pm 3,4$ saattir (ortanca 8).

Çalışılan cihaz günlük ortalama $10,7\pm 6,9$ saat (ortanca 8) çalışmakta, çalışılan yer ile cihaz arasındaki uzaklık ortalama $38,2\pm 29,5$ cm'dir (ortanca 30).

EMA şiddeti cihazın 1-2 cm yakınında ortalama $2,1\pm 3,0$ miliGauss iken, cihazdan 30 cm uzaklıkta ortalama $1,4\pm 0,5$ miliGauss, 30 cm uzaklıkta ortalama $1,3\pm 0,3$ miliGauss, oda dışında ortalama $1,2\pm 0,2$ miliGauss olarak ölçülmüştür.

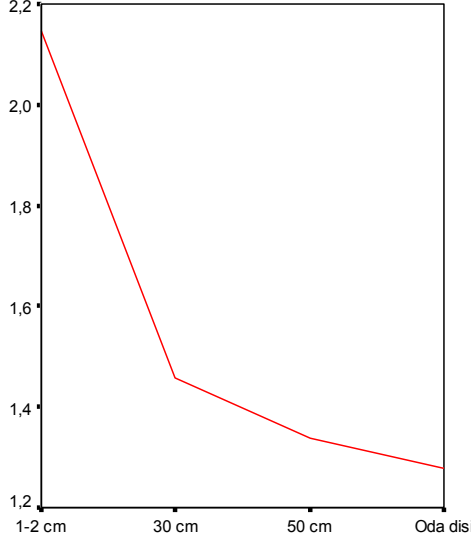
Çizelge 6'da EMA grubunda yer alanların çalışma koşulları ile EMA ile karşılaşma koşulları sunulmaktadır.

Çizelge 6: EMA grubunda yer alanların çalışma koşulları ile EMA ile karşılaşma durumları

Çalışma Koşulları	Ort±ss	Ortnc
Çalışma zamanı (yıl)	$3,6\pm 4,2$	2
Günlük çalışma süresi (saat)	$6,8\pm 3,4$	8
Çalışılan cihazın günlük çalışma süresi (saat)	$10,7\pm 6,9$	8
Çalışılan yer ile cihaz arasındaki uzaklık (cm)	$38,2\pm 29,5$	30
EMA şiddeti (miliGauss) 1-2 cm	$2,1\pm 3,0$	1,5
30 cm	$1,4\pm 0,5$	1,5
50 cm	$1,3\pm 0,3$	1,4
Oda dışı	$1,2\pm 0,2$	1,1

Cihazların yanında yapılan ölçümlerde cihazların 1-2 cm yakınında en yüksek şiddette saptanan EMA şiddeti, cihazdan uzaklaştıkça 30 cm uzaklığa kadar daha keskin biçimde azalmakta, cihazın 30 cm'den sonra daha yumuşak bir şekilde azalmaktadır.

Grafik 1'de EMA şiddeti ile uzaklık ilişkisi sunulmuştur.



Grafik 1: EMA şiddeti ile uzaklık ilişkisi

3.2.2. EMA Grubunda Yer Alanların Kontrol Grubu ile Fark Saptanan Tanısı Konmuş Hastalık ve Yakınmalarının Çalışma Koşulları ve EMA ile Karşılaşma Durumlarına Göre Değerlendirilmesi

3.2.2.1. Alerjik hastalık olma durumuna göre, çalışma koşulları ile ilgili özellikler

Çizelge 10'da Alerjik hastalık olma durumuna göre, cihazlarla toplam çalışma süresi, günlük çalışma süresi, kullanılan cihazın günlük çalışma süresi, cihaz ile devamlı çalışılan yer arasındaki uzaklık ile cihaz çevresi EMA ölçüm değerleri sunulmaktadır.

Alerjik hastalık olma durumuna göre yalnızca cihazın 50 cm dışından yapılan EMA ölçümü fark etmektedir ($t=2,128$; $p=0,035$); Alerjik hastalığı olanlarda, olmayanlara göre EMA düzeyi daha yüksektir.

Çizelge 7: Alerjik hastalık olma durumuna göre, cihazlarla toplam çalışma zamanı, günlük çalışma süresi, kullanılan cihazın günlük çalışma süresi, cihaz ile devamlı çalışılan yer arasındaki uzaklık ile cihaz çevresi EMA ölçüm değerleri ortalamaları.

Çalışma Koşulları ile İlgili Özellikler	Alerjik Hastalık		İstatistik değerleri
	Yok	Var	
	Ort.±ss	Ort.±ss	t ; p
Çalışma zamanı (yıl)	3,6±4,3	3,4±4,0	0,187; 0,852
Günlük çalışma süresi (saat)	6,8±2,9	6,8±4,9	0,022; 0,982
Çalışılan cihazın günlük çalışma süresi (saat)	10,7±6,7	10,8±8,1	0,067; 0,947
Çalışılan yer ile cihaz arasındaki uzaklık (cm)	39,6±29,6	31,9±28,9	1,115; 0,267
EMA şiddeti (miliGauss) 1-2 cm	2,1±3,1	2,1±2,9	0,082; 0,935
30 cm	1,4±0,4	1,5±0,8	0,709; 0,480
50 cm	1,3±0,1	1,4±0,6	2,128; 0,035
Oda dışı	1,2±0,2	1,3±0,2	0,619; 0,537

3.2.2.2. Başağrısı yakınması olma durumuna göre, çalışma koşulları ile ilgili özellikler:

Çizelge 8’de başağrısı yakınması durumuna göre, cihazlarla toplam çalışma süresi, günlük çalışma süresi, kullanılan cihazın günlük çalışma süresi, cihaz ile devamlı çalışılan yer arasındaki uzaklık ile cihaz çevresi EMA ölçüm değerleri sunulmaktadır.

Basağrısı durumuna göre incelenen değişkenlerde fark saptanmamıştır.

Çizelge 8: Başağrısı yakınması durumuna göre, cihazlarla toplam çalışma zamanı, günlük çalışma süresi, kullanılan cihazın günlük çalışma süresi, cihaz ile devamlı çalışılan yer arasındaki uzaklık ile cihaz çevresi EMA ölçüm değerleri ortalamaları.

Çalışma Koşulları ile İlgili Özellikler	Basağrısı		İstatistik değerleri
	Yok	Var	
	Ort.±ss	Ort.±ss	t ; p
Çalışma zamanı (yıl)	3,5±4,0	3,8±4,6	0,307; 0,759
Günlük çalışma süresi (saat)	6,5±2,7	7,2±4,1	0,943; 0,348
Çalışılan cihazın günlük çalışma süresi (saat)	11,1±7,3	10,3±6,6	0,615; 0,540
Çalışılan yer ile cihaz arasındaki uzaklık (cm)	42,6±32,6	32,7±24,3	1,846; 0,067
EMA şiddeti (miliGauss) 1-2 cm	1,7±1,6	2,7±4,2	1,852; 0,066
30 cm	1,4±0,8	1,5±0,5	0,361; 0,719
50 cm	1,3±0,4	1,3±0,2	0,042; 0,966
Oda dışı	1,3±0,2	1,3±0,2	0,213; 0,832

3.2.2.3. Çarpıntı yakınması olma durumuna göre, çalışma koşulları ile ilgili özellikler

Çizelge 9'da Çarpıntı yakınması durumuna göre, cihazlarla toplam çalışma süresi, günlük çalışma süresi, kullanılan cihazın günlük çalışma süresi, cihaz ile devamlı çalışılan yer arasındaki uzaklık ile cihaz çevresi EMA ölçüm değerleri sunulmaktadır.

Çarpıntı durumuna göre cihazla arada bulunan uzaklık ($t=3,450$; $p=0,001$) ile cihazın 1-2 cm yanından ($t=2,784$; $p=0,006$) ve 30 cm yanından ($t=2,885$; $p=0,005$) yapılan EMA ölçümleri fark etmektedir. Çarpıntı yakınması olanlarda cihazla arada bulunan uzaklık daha kısa, cihazın 1-2 cm yanından ve 30 cm yanından yapılan EMA düzeyleri daha yüksektir.

Çizelge 9: Çarpıntı yakınması durumuna göre, cihazlarla toplam çalışma zamanı, günlük çalışma süresi, kullanılan cihazın günlük çalışma süresi, cihaz ile devamlı çalışılan yer arasındaki uzaklık ile cihaz çevresi EMA ölçüm değerleri ortalamaları.

Çalışma Koşulları ile İlgili Özellikler	Çarpıntı		İstatistik değerleri t ; p
	Yok Ort.±ss	Var Ort.±ss	
Çalışma zamanı (yıl)	3,4±3,9	4,7±5,9	1,255; 0,212
Günlük çalışma süresi (saat)	6,8±3,6	6,8±1,8	0,001; 1,000
Çalışılan cihazın günlük çalışma süresi (saat)	10,7±6,8	11,0±8,0	0,225; 0,822
Çalışılan yer ile cihaz arasındaki uzaklık (cm)	42,2±30,5	18,3±11,0	3,450; 0,001
EMA şiddeti (miliGauss)	1-2 cm	1,8±2,0	3,9±5,9
	30 cm	1,4±0,2	1,8±1,2
	50 cm	1,3±0,2	1,4±0,6
	Oda dışı	1,3±0,2	1,2±0,2
			1,523; 0,130

3.2.2.4. Bulanık görme yakınması olma durumuna göre, çalışma koşulları ile ilgili özellikler

Çizelge10'da bulanık görme durumuna göre, cihazlarla toplam çalışma süresi, günlük çalışma süresi, kullanılan cihazın günlük çalışma süresi, cihaz ile devamlı çalışılan yer arasındaki uzaklık ile cihaz çevresi EMA ölçüm değerleri sunulmaktadır.

Bulanık görme durumuna göre yalnızca cihazın 1-2 cm yanından yapılan EMA ölçümü fark etmektedir ($p=0,002$); bulanık görme yakınması olanlarda EMA düzeyi daha yüksektir.

Çizelge10: Bulanık görme durumuna göre, cihazlarla toplam çalışma zamanı, günlük çalışma süresi, kullanılan cihazın günlük çalışma süresi, cihaz ile devamlı çalışılan yer arasındaki uzaklık ile cihaz çevresi EMA ölçüm değerleri ortalamaları.

Çalışma Koşulları ile İlgili Özellikler	Bulanık görme		İstatistik Değerleri
	Yok	Var	
	Ort.±ss	Ort.±ss	t ; p
Çalışma zamanı (yıl)	3,5±3,9	4,1±5,6	0,595; 0,553
Günlük çalışma süresi (saat)	6,8±3,0	6,9±5,0	0,138; 0,890
Çalışılan cihazın günlük çalışma süresi (saat)	10,8±6,8	10,1±7,7	0,454; 0,651
Çalışılan yer ile cihaz arasındaki uzaklık (cm)	38,4±29,5	37,1±30,6	0,182; 0,856
EMA şiddeti (miliGauss)			
1-2 cm	1,7±1,6	3,9±6,3	3,126; 0,002
30 cm	1,4±0,4	1,5±0,8	0,943; 0,347
50 cm	1,3±0,3	1,3±0,2	0,200; 0,842
Oda dışı	1,3±0,2	1,3±0,2	0,860; 0,392

3.2.2.5. Gözde batma yakınması olma durumuna göre, çalışma koşulları ile ilgili özellikler

Çizelge 11’de gözde batma durumuna göre, cihazlarla toplam çalışma süresi, günlük çalışma süresi, kullanılan cihazın günlük çalışma süresi, cihaz ile devamlı çalışılan yer arasındaki uzaklık ile cihaz çevresi EMA ölçüm değerleri sunulmaktadır. Gözde batma durumuna göre incelenen değişkenlerde fark saptanmamıştır.

Çizelge 11: Gözde batma durumuna göre, cihazlarla toplam çalışma zamanı, günlük çalışma süresi, kullanılan cihazın günlük çalışma süresi, cihaz ile devamlı çalışılan yer arasındaki uzaklık ile cihaz çevresi EMA ölçüm değerleri ortalamaları.

Çalışma Koşulları ile İlgili Özellikler	Gözde batma		İstatistik Değerleri
	Yok	Var	
	Ort.±ss	Ort.±ss	t ; p
Çalışma zamanı (yıl)	3,8±4,2	2,6±4,3	1,206; 0,230
Günlük çalışma süresi (saat)	6,9±3,6	6,6±2,4	0,367; 0,715
Çalışılan cihazın günlük çalışma süresi (saat)	10,5±7,0	11,3±6,9	0,473; 0,637
Çalışılan yer ile cihaz arasındaki uzaklık (cm)	39,4±30,7	33,5±24,1	0,880; 0,380
EMA şiddeti (miliGauss)			
1-2 cm	1,9±2,5	3,1±4,6	1,720; 0,088
30 cm	1,4±0,4	1,5±0,8	1,229; 0,222
50 cm	1,3±0,2	1,4±0,6	1,925; 0,057
Oda dışı	1,2±0,2	1,2±0,2	0,812; 0,419

3.2.2.6. Gözde sulanma yakınması olma durumuna göre, çalışma koşulları ile ilgili özellikler:

Çizelge 12’de gözde sulanma durumuna göre, cihazlarla toplam çalışma süresi, günlük çalışma süresi, kullanılan cihazın günlük çalışma süresi, cihaz ile devamlı çalışılan yer arasındaki uzaklık ile cihaz çevresi EMA ölçüm değerleri sunulmaktadır.

Gözde sulanma durumuna göre yalnızca cihazın 1-2 cm yanından yapılan EMA ölçümü fark etmektedir ($t=1,996$; $p=0,048$); Gözde sulanma yakınması olanlarda EMA düzeyi daha yüksektir.

Çizelge 12: Gözde sulanma durumuna göre, cihazlarla toplam çalışma zamanı, günlük çalışma süresi, kullanılan cihazın günlük çalışma süresi, cihaz ile devamlı çalışılan yer arasındaki uzaklık ile cihaz çevresi EMA ölçüm değerleri ortalamaları.

Çalışma Koşulları ile İlgili Özellikler	Gözde sulanma		İstatistik Değerleri t ; p
	Yok	Var	
	Ort.±ss	Ort.±ss	
Çalışma zamanı (yıl)	3,6±4,1	3,6±4,8	0,031; 0,975
Günlük çalışma süresi (saat)	7,1±3,4	5,7±2,9	1,786; 0,077
Çalışılan cihazın günlük çalışma süresi (saat)	10,9±6,7	10,0±8,2	0,565; 0,573
Çalışılan yer ile cihaz arasındaki uzaklık (cm)	39,1±30,2	35,4±27,8	0,566; 0,572
EMA şiddeti (miliGauss)			
1-2 cm	1,8±2,4	3,2±4,6	1,996; 0,048
30 cm	1,4±0,4	1,0±0,7	1,006; 0,316
50 cm	1,3±0,2	1,4±0,6	1,166; 0,246
Oda dışı	1,3±0,2	1,3±0,2	0,806; 0,422

3.2.2.7. İşitme azlığı yakınması olma durumuna göre, çalışma koşulları ile ilgili özellikler:

Çizelge 13’te İşitme azlığı durumuna göre, cihazlarla toplam çalışma süresi, günlük çalışma süresi, kullanılan cihazın günlük çalışma süresi, cihaz ile devamlı çalışılan yer arasındaki uzaklık ile cihaz çevresi EMA ölçüm değerleri sunulmaktadır.

İşitme azlığı durumuna göre günlük çalışma süreleri fark etmektedir ($t=2,814$; $p=0,006$); İşitme azlığı yakınması olanlarda günlük çalışma süreleri daha uzundur. Benzer şekilde cihazın 1-2 cm yanından yapılan EMA ölçümü de fark etmektedir ($t=3,296$; $p=0,001$); işitme azlığı yakınması olanlarda EMA düzeyi daha yüksektir.

Çizelge 13: İşitme azlığı durumuna göre, cihazlarla toplam çalışma zamanı, günlük çalışma süresi, kullanılan cihazın günlük çalışma süresi, cihaz ile devamlı çalışılan yer arasındaki uzaklık ile cihaz çevresi EMA ölçüm değerleri ortalamaları.

Çalışma Koşulları ile İlgili Özellikler	İşitme azlığı		İstatistik
	Yok	Var	Değerleri
	Ort.±ss	Ort.±ss	t ; p
Çalışma zamanı (yıl)	3,4±4,9	34,6±5,5	1,202; 0,232
Günlük çalışma süresi (saat)	6,4±2,5	8,7±5,8	2,814; 0,006
Çalışılan cihazın günlük çalışma süresi (saat)	10,7±7,1	10,7±6,4	0,016; 0,987
Çalışılan yer ile cihaz arasındaki uzaklık (cm)	39,5±30,7	31,9±22,7	1,045; 0,298
EMA şiddeti (miliGauss)			
1-2 cm	1,7±1,6	4,2±6,4	3,269; 0,001
30 cm	1,4±0,4	1,5±0,8	0,991; 0,324
50 cm	1,3±0,3	1,3±0,2	0,954; 0,342
Oda dışı	1,3±0,2	1,3±0,2	0,848; 0,398

3.2.2.8. Halsizlik yakınması olma durumuna göre, çalışma koşulları ile ilgili özellikler

Çizelge 14’te halsizlik durumuna göre, cihazlarla toplam çalışma süresi, günlük çalışma süresi, kullanılan cihazın günlük çalışma süresi, cihaz ile devamlı çalışılan yer arasındaki uzaklık ile cihaz çevresi EMA ölçüm değerleri sunulmaktadır.

Halsizlik durumuna göre yalnızca günlük çalışma süreleri fark etmektedir ($t=1,991$; $p=0,049$); Halsizlik yakınması olanlarda günlük çalışma süreleri daha uzundur.

Çizelge 14: Halsizlik durumuna göre, cihazlarla toplam çalışma zamanı, günlük çalışma süresi, kullanılan cihazın günlük çalışma süresi, cihaz ile devamlı çalışılan yer arasındaki uzaklık ile cihaz çevresi EMA ölçüm değerleri ortalamaları.

Çalışma Koşulları ile İlgili Özellikler	Halsizlik		İstatistik
	Yok	Var	Değerleri
	Ort.±ss	Ort.±ss	t ; p
Çalışma zamanı (yıl)	4,1±4,7	3,1±3,6	1,251; 0,213
Günlük çalışma süresi (saat)	6,2±2,7	7,5±3,9	1,991; 0,049
Çalışılan cihazın günlük çalışma süresi (saat)	10,2±6,7	11,3±7,3	0,893; 0,374
Çalışılan yer ile cihaz arasındaki uzaklık (cm)	41,2±31,3	34,8±27,3	1,197; 0,234
EMA şiddeti (miliGauss)			
1-2 cm	2,3±3,6	2,0±2,4	0,535; 0,594
30 cm	1,5±0,5	1,5±0,5	0,078; 0,938
50 cm	1,4±0,4	1,3±0,2	1,123; 0,264
Oda dışı	1,3±0,2	1,3±0,2	1,625; 0,107

4. Tartışma

Çalışmada yapılan ölçüm sonrasında EMA düzeyinin hastane binasında $1,1\pm 0,1$ ile $1,4\pm 0,4$ mG arasında değiştiği belirlenmiş olup, bu değerler önerilen sınır değerlerin altındadır (Cowan ve Gidlestone, 1995; Fife, 1998; DSÖ, 2007). Ancak haritada belirtilen değerler her katın ortalama değerleridir ve koridorlarda yapılan ölçümlerin sonuçlarıdır.

Tıbbi aletlerin hemen yakınında (1-2 cm) EMA düzeyi ortalama $2,1\pm 3,0$ mG olarak ölçülmüştür. Bu değer ise güvenlik sınırı olarak önerilen 2 mG'un hemen üzerindedir. Öte yandan 2 mG'un bile güvenlik sınırı olduğu henüz kesin kanıtlanabilmiş değildir (Cowan ve Gidlestone, 1995; Fife, 1998; DSÖ, 2007).

Araştırmada tıbbi cihazların başında çalışan grupta (EMA grubu), Alerjik Hastalık görülme sıklığı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde, kontrol grubundan fazla bulunmuştur. Johansson (2006) İsveç'te EMA'dan etkilenen kişilerde Elektrohipersensitivite Sendromunun görülebileceğini ve daha önceden bir dermatolojik hastalığı olmayan bu kişilerin derilerinde alerjik hastalıklara benzer bulgular saptamıştır.

Bir başka çalışmada elektrik aşırı duyarlılığı olan kişilerde kızarıklık, kaşıntı vb deri belirtilerinin fazla olduğu ve bu yakınmaların elektrik hatlarına yaklaştıkça arttığı belirlenmiştir (National Electrical Safety Board, 1996; Gangi and Johanson 2000). İtalya'da yapılan bir çalışmada da benzer biçimde EMA'dan etkilenen işçilerde alerjik deri bulguları saptanmıştır (Gobba, 2003).

Araştırmada alerjik hastalıktan başka, sorgulanan yakınmalardan baş ağrısı, bulanık görme, gözde batma, kaşıntı, sulanma, işitme azlığı, çarpıntı, halsizlik ve yorgunluk yakınmaları da tıbbi cihazların başında çalışan grupta istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla görülmüştür. DSÖ, elektromanyetik alana sunuk kalmada baş ağrısı, anksiyete, depresyon, bulantı, yorgunluk ve libido kaybının raporlandığını bildirmektedir. Ancak gürültü ve diğer çevresel etmenlerin de benzer etkilere neden olabileceğinin de göz ardı edilmesini önermektedir (DSÖ, 2007).

Araştırmada EMA'ya sunuk kalan grupta, kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı olduğu belirlenen ve yuka-

rıda sıralanan hastalık ve yakınmaların; cihaz ile çalışma zamanı, günlük çalışma süresi, çalışılan cihazın günlük çalışma süresi, çalışılan yer ile cihaz arasındaki uzaklık ile cihazın 1-2 cm, 30 cm, 50 cm yakını ve oda dışından ölçülen EMA düzeyleri gibi çalışma koşulları özelliklerine göre farklı olup olmadığı araştırılmış ve buna göre;

Alerjik hastalığı olanların cihazdan 50 cm uzaklıkta ölçülen EMA düzeyinin daha yüksek olduğu, bulanık görme, gözde kaşıntı ve sulanma ile çarpıntı yakınmaları olanların çalıştığı cihazların 1-2 cm yakınında EMA düzeyinin daha yüksek olduğu, çarpıntı yakınması olanların cihaza çok yakın çalıştığı, halsizlik ve işitme azlığı yakınması olanların günlük çalışma süresinin daha fazla olduğu istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı olarak belirlenmiştir. Baş ağrısı, gözde batma ve yorgunluk yakınmalarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark belirlenmemiştir.

EMA'nın şiddeti cihazlara yaklaştıkça artmakta olup, hastalık ve yakınmaların, cihaza daha yakın çalışanlarda ve cihazın çevresinde EMA düzeyi daha yüksek çıkanlarda daha fazla görülmesi beklenen bir durumdur, ancak çalışmamızda bazı hastalık ve yakınmalar için bu durumun geçerli olması, hastalık ve yakınmaların ortaya çıkmasında EMA'nın farklı etkiler ile kişileri etkilediğini düşündürmektedir. Nitekim, literatürde de EMA için farklı etki mekanizmalarından bahsedilmektedir (Reiter, 1993; Fife, 1998; Toitou et al., 2003).

5. Sonuç Ve Öneriler

Araştırma, bir üniversite hastanesinde EMA haritası çıkarılması ve EMA bulunan yerlerde çalışanların sağlık durumlarının belirlenmesini amaçlamıştır.

Bu amaçla yapılan ölçümlerde EMA düzeyi hastane binasında $1,1 \pm 0,1$ ile $1,4 \pm 0,4$ miliGauss arasında saptanmıştır. En düşük ölçüm değerleri, Genel Cerrahi ve Adli Tıp bölümlerinde saptanmışken; en yüksek düzey, Anjiyografi, Patoloji, Merkez laboratuvarı ve Radyoloji Bölümlerinin olduğu katlarda saptanmıştır.

EMA'ya sunuk kalan grupta görülmesi beklenen yakınmalardan başağrısı, bulanık görme, çarpıntı, gözde batma, kaşıntı, sulanma, işitme azlığı ile halsizlik ve yorgunluk yakınmaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fazla görülürken; cinsel isteksizlik, deride dö-

küntü, kulakta ağrı, çınılama, sıcaklık hissi, mide yakınması, nefes darlığı, sersemlik, sinirlilik, unutkanlık yakınmaları ise gruplar arasında benzer sıklıkta belirlenmiştir.

EMA ve Kontrol gruplarında yer alan kadınların adet düzensizliği, menapoza girme durumu, ölü doğum ve istemsiz düşük sayıları arasında farklılık yoktur.

EMA grubunda çalışanlar için halen çalıştıkları cihazlarla ortalama çalışma süresi, $3,6\pm 4,2$ yıl (ortanca 2), günlük çalışma süresi ortalama $6,8\pm 3,4$ saattir (ortanca 8). Çalışılan cihaz günlük ortalama $10,7\pm 6,9$ saat (ortanca 8) çalışmakta, çalışılan yer ile cihaz arasındaki uzaklık ortalama $38,2\pm 29,5$ cm'dir (ortanca 30).

EMA şiddeti cihazın 1-2 cm yakınında ortalama $2,1\pm 3,0$ miliGauss iken, cihazdan 30 cm uzaklıkta $1,4\pm 0,5$ ortalama miliGauss, 50 cm uzaklıkta ortalama $1,3\pm 0,3$ miliGauss, oda dışında ortalama $1,2\pm 0,2$ miliGauss olarak ölçülmüştür.

EMA bulunan yerlerdeki çalışma koşulları hastalık ve yakınmaların ortaya çıkmasında etkili olabilmektedir; alerjik hastalığı olanların cihazdan 50 cm uzaklıkta ölçülen EMA düzeyinin daha yüksek olduğu, bulanık görme, gözde kaşıntı ve sulanma ile çarpıntı yakınmaları olanların olmayanlara göre, çalıştığı cihazların 1-2 cm yakınında EMA düzeyin daha yüksek olduğu, çarpıntı yakınması olanların cihaza çok yakın çalıştığı, halsizlik ve iştme azlığı yakınması olanların günlük çalışma süresinin daha fazla olduğu istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı olarak belirlenmiştir. Baş ağrısı, gözde batma ve yorgunluk yakınmalarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark belirlenmemiştir.

Henüz etkileri tam olarak ortaya konmamış olan EMA ile ilgili olarak DSÖ başta olmak üzere, dünyada bir çok farklı kuruluşça etki mekanizmasından, olası sağlık etkilerine ve risk hesaplanmasına kadar bir dizi çalışma yürütülmektedir. Kuşkusuz günlük yaşamda da EMA ile bireyler karşılaşmakta ve etkilenmektedir. Ancak mesleki sunuk kalmanın hukuksal, tıbbi ve sosyal boyutları bulunmaktadır.

Sağlık iş kolu ve sağlık çalışanları fiziksel, biyolojik, kimyasal ve psiko-sosyal olarak sağlığa zararlı olabilecek bir çok etmenle bir arada bulunmaktadır. Sağlığa zararlı etkisi olabilecek bu etmenlerin bir çoğu bilinmekle birlikte EMA gibi yeni etmenlerin de sağlık et-

kilerinin araştırılması ve varsa zararlı etkilerinin ortaya konması hukuksal ve tıbbi bir zorunluluktur. 2004/40/EC sayılı AB direktifinde de EMA'ya sunuk kalan işçiler için risk değerlendirmesi yapılması gerektiği ile sağlıklarının izlenmesi ve eğitimlerinin sağlanması gerektiği belirtilmektedir.

Bu gerekçe ile sağlık çalışanlarının işe giriş ve periyodik muayenelerinin yapılması, gereğinde hastalık dönüşü ve işe başlama muayenelerinin yapılması, ortaya çıkabilecek sağlık sorunlarından korunmada ve erken tanıda en önemli yöntemlerdir. Sağlık kuruluşlarında kurulacak işyeri sağlık birimlerinde görev yapacak işyeri hekimleri ve diğer sağlık personeli hem tıbbi korunma önlemlerinin alınmasında ve sağlık eğitiminde hem de işlerin yürütüldüğü birimlerde yapılacak değerlendirmelerle, çalışanlar için olası riskleri saptamada çok yararlı olacaktır. Bu nedenle sağlık kuruluşlarında işyeri sağlık birimi ve işyeri hekimi bulunmasının zorunlu hale getirilmesi önerilmektedir.

Ayrıca EMA'nın gerek işyerlerinde, gerekse çevrede ölçülmesi ve ölçüm sonuçlarına göre gereken yerlerde önlem alınması ve halkın EMA konusunda bilgilendirilmesi önerilmektedir. Ulusal düzeyde, kimi ülkelerde olduğu gibi bir EMA izlem ve değerlendirme merkezi kurulması, bu merkez için en uygun çatının Sağlık Bakanlığı olduğu, ancak başta Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Çevre Bakanlığı, Üniversiteler ve Sivil Toplum Örgütleri ile birlikte eşgüdüm içerisinde çalışması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- AHLBOM, A., (1988). A review of the epidemiologic literatures on magnetic fields and cancer, *Scand J Work Environ Health*, 14, p:337-343.
- ARMSTRONG, B., THÉRIAULT, G., GUÉNEL, P., DEADMAN, J., GOLDBERG, M., HÉROUX, P., (1994). Association between exposure to pulsed electromagnetic fields and cancer in electric utility workers in Quebec, Canada, and France, *Am J Epidemiol*, 140, p:805-820.
- AUSTRALIA PUBLIC HEALTH AND ENVIRONMENTAL SERVICE, (2000). *Electric and Magnetic Fields from Electric Power: Is There a Health Hazard ? Radiation Protection Branch, Public and Environmental Health Service, Adelaide, South Australia.*

- BİLİR, N., YILDIZ, A.N., (2004). Risk Değerlendirmesi, Risk Yönetimi ve Risk İletişimi, İş Sağlığı ve Güvenliği Hacettepe Üniversitesi Yayını, BİLİR, N., YILDIZ, A.N. ed. p:77-89. Ankara.
- BRACKEN, T.D., PATTERSON, R.M., (1996). Variability and consistency of electric and magnetic field occupational exposure measurements. *J Expo Anal Environ Epidemiol.* 6, p:355-374
- CHEVALIER, A., SOUQUES, M., COING, F., DAB, W., LAMBROZO, J., (1999). Absenteeism and mortality of workers exposed to electromagnetic fields in the French Electric City Company. *Occup Med (Lond).* 49, p:517-524.
- COHEN, C., (2004). Injuries Caused by Physical Hazards, *Current Occupational and Environmental Medicine* 3rd ed., J. LaDou Ed., Lange Medical Books/McGraw-Hill, USA p:122-152.
- COWAN, D., GIDLESTONE, R., (1995), *Safe as Houses*, Gateway Books, Bath, UK.
- ENVIRONMENTAL PROTECTION AGENCY (EPA), (1990). Evaluation of the potential carcinogenicity of electromagnetic fields, Washington DC, USA.
- EUROPEAN UNION, (2004). Directive 2004/40/EC of the European Parliament of the Council, Official Journal of European Union, p:L184/1-9
- FIFE, B., (1998). Health hazard of electromagnetic radiation, Health Wise Publication, Colorado Springs, USA.
- FLODERUS, B., PERSSON, T., STENLUND, C., WENNBERG, A., OST, A., KNAVE, B., (1993). Occupational exposure to electromagnetic fields in relation to leukemia and brain tumors: a case-control study in Sweden. *Cancer Causes Control*, 4, p:465-476.
- FOSTER, K.R., SOLTYS, M., ARNOFSKY, S., DOSHI, P., HANOVER, D., MERCADO, R., SCHLECK, D., (1996). Radiofrequency field surveys in hospitals. *Biomed Instrum Technol.* 30, p:155-159.
- FRANCO, G., PERDURI, R., MUROLO, A., (2008). Health effects of occupational exposure to static magnetic fields used in magnetic resonance imaging: a review. *Med Lav.* 99, p:16-28.
- FRANK, A.L., SLESIN, N. (1998). *Nonionising Radiation*, Maxcy-Rosenau-Last, Public Health and Preventive Medicine, WALLACE, R.B. ed, p:526-535, Stanford.
- GANGI, S., JOHANSSON, O., (2000). A theoretical model based upon mast cells and histamine to explain the recently proclaimed sensitivity to electric and/or magnetic fields in humans, *Med Hypotheses*, 54, p:663-671.
- GOBBA, F., (2003). Hypersensitivity syndrome *G Ital Med Lav Ergon*, 25, p:371-372.

- GOBBA, F., ROCCATTO, L., VANDELLI, A.M., BESUTTI, G., GHERSI, R., NICOLINI, O., (2004). Occupational exposure to 50 Hz magnetic fields in workers employed in various jobs. *Med Lav.*, 95, p:475-85.
- GORDIS, L., (1996). *Epidemiology*, W.B. Saunders Co, Philadelphia, USA
- GRUNNER, O., (1980). Intermittent electromagnetic fields and their effect on awareness and headache, *Fysiater Revmatol Vestn*, 58, p:206-215.
- GÜLER, Ç., ÇOBANOĞLU, Z. (1994). Elektromanyetik Radyasyon, Çevre Sağlığı Temel Kaynak Dizisi, Sağlık Bakanlığı Yayın No:32, Sağlık Bakanlığı TSH Gen. Müd., Ankara
- HANADA, E., (2007). The electromagnetic environment of hospitals: how it is affected by the strength of electromagnetic fields generated both inside and outside the hospital, *Ann Ist Super Sanita*. 43, p:208-217.
- HEALTH CANADA. (1997). *Clinical and Consumer Radiation Hazards, Radiation Protection Bureau*, Ottawa, Canada.
- HUGHES, J.T., (1994). Electromagnetic fields and brain tumours: a commentary. *Teratog Carcinog Mutagen*. 14, p:213-217.
- JAUCHEM, J.R., (1997). Exposure to extremely-low-frequency electromagnetic fields and radiofrequency radiation: cardiovascular effects in humans. *Int Arch Occup Environ Health*. 70, p:9-21.
- JOHANSEN, C., (2004). Electromagnetic fields and health effects--epidemiologic studies of cancer, diseases of the central nervous system and arrhythmia-related heart disease. *Scand J Work Environ Health*. 30 Suppl 1, p:1-30.
- JOHANSSON, O., (2006). Electrohypersensitivity: state-of-the-art of a functional impairment, *Electromagn Biol Med*, 25, p:245-258
- KHEIFETS, L., AFIFI, A.A., SHIMKHADA, R., (2006) Public health impact of extremely low-frequency electromagnetic fields. *Environ Health Perspect*, 114, p:1532-1537.
- KHEIFETS, L., AHLBOM, A., JOHANSEN, C., FEYCHTING, M., SAHL, J., SAVITZ, D., (2007). Extremely low-frequency magnetic fields and heart disease. *Scand J Work Environ Health*. 33, p:5-12.
- KNAVE, B., (2001). Electromagnetic fields and health outcomes. *Ann Acad Med Singapore*. 30, p:489-493.
- LI, C.Y., LIN, R.S., WU, C.H., SUNG, F.C., (2000). Occupational exposures of pharmacists and pharmaceutical assistants to 60 Hz magnetic fields. *Ind Health*. 38, p:413-419
- LOSCHER, W., MEVISSSEN, M., (1995). Linear relationship between flux density and tumor co-promoting effect of prolonged magnetic field exposure in a breast cancer model. *Cancer Lett*, 96, p:175-180.

- MACCÀ, I., SCAPELLATO, M.L., PERİNİ, M., VİRGİLİ, A., SAİA, B., BARTOLUCCI, G.B., (2002). Occupational exposure to electromagnetic fields in physiotherapy departments, *G Ital Med Lav Ergon.* 24, p:444-446.
- MILES, I., (1989). From IT in the home to home informatics, Forester, T ed., *Computers in the human context: Information technology, productivity and people.* Massacuthes, USA, p:198-212.
- MİNDER, C.E., PFLUGER, D.H., (2001). Leukemia, brain tumors, and exposure to extremely low frequency electromagnetic fields in Swiss railway employees. *Am J Epide miol.* 153, p:825-835.
- NATIONAL INSTITUTES OF ENVIRONMENTAL HEALTH SCIENCES, (NIEHS) (1998). Health effects from exposure to power-line frequency electric and magnetic fields, NIEHS, USA.
- NATIONAL RADIATION PROTECTION BOARD, (1992). Electromagnetics field and the risk of cancer: report of an advisory group on non-ionising radiation, Documents of the NRBP 3-1, Didcot, UK.
- NORDSTRÖM, S., BİRKE, E., GUSTAVSSON, L., (1983) Reproductive hazards among workers at high voltage substations. *Bioelectromagnetics.* 4, p:91-101.
- PHİLİPS, K.L., MORANDİ, M.T., OEHME, D., CLOUTİER, P.A., (1995). Occupational exposure to low frequency magnetic fields in health care facilities, *Am Ind Hyg Assoc J.* 56 p:677-685.
- PTİTSYNA, N.G., VİLLORESİ G., KOPYTENKO, Y.A., KUDRİN, V.A., TYASTO. M.I., KOPYTENKO, E.A., IUCCI, N., VORONOV, P.M., ZAITSEV D.B., (1996). Coronary heart diseases: assessment of risk associated with work exposure to ultralow-frequency magnetic fields. *Bioelectromagnetics.* 17, p:436-44.
- REITER, R.J., (1993), Static and extremely low frequency electromagnetic field exposure: reported effects on the circadian production of melatonin. *J Cell Biochem,* 51, p:394-403.
- RILEY, K., (1995). Tracing EMF's in building wiring and grounding, *Magnetic Sciences International,* Tucson, USA.
- SANALAN, Y., (1999). Nükleer olmayan radyasyon da var, *Elektromanyetik Kirlilik Etkileri Sempozyumu,* p:1-4, Ankara.
- SAVITZ, D.A., LOOMIS, D.P., (1995). Magnetic field exposure in relation to leukemia and brain cancer mortality among electric utility workers. *Am J Epidemiol,* 141, p:123-134.
- SOBEL, E., DAVANIPOUR, Z., SULKAVA, R., ERKİNJUNTTİ, T., WİKSTROM, J., HENDERSON, V.W., BUCKWALTER, G., BOWMAN, J.D., LEE, P.J., (1995).

- SZADKOWSKA-STANČZYK, I., ZMYŚLONY, M., (2000). Occupational exposure to electromagnetic fields and its health effects in electric energy workers. *Med Pr.* 51, p:637-652.
- TOUITOU, Y., LAMBROZO, J., CAMUS, F., CHARBUY, H., (2003). Magnetic fields and the melatonin hypothesis: a study of workers chronically exposed to 50-Hz magnetic fields, *Am J Physiol Regul Integr Comp Physiol.* 284, p:1529-1535.
- VAİZOĞLU, S.A, (2001), Yüksek gerilim hatlarına ve diğer faktörlere bağlı düşük frekanslı elektromanyetik kirlilik durumunun ve bazı sağlık etkilerinin belirlenmesi, Yayınlan mamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- WASHBURN, E.P., ORZA, M.J., BERLİN, J.A., NICHOLSON, W.J., TODD, A.C., FRUMKIN, H., CHALMERS, T.C., (1994). Residential proximity to electricity transmission and distribution equipment and risk of childhood leukemia, childhood lymphoma, and childhood nervous system tumors: systematic review, evaluation, and meta-analysis, *Cancer Causes Control*, 5, p:299-309.
- WERTHEIMER, N., LEEPER, N., (1979). Electrical wiring configurations and childhood cancer, *Am J Epidemiol*, 109, p:273-284.
- WHO EUROPEAN CENTRE FOR ENVIRONMENT, (1995). Concern for Europe's tomorrow, health and the environment in the WHO European region, Stuttgart, Germany.
- WHO, (1999). International EMF Project, Health and environmental effects of exposure to static and time varying electric and magnetic fields, WHO, Geneva, Switzerland.
- WHO, (2008). Extremely Low Frequency Fields, Environmental Health Criteria No:238, WHO, Geneva, Switzerland.
- WHO, What are electromagnetic fields ?, WHO, Geneva, Switzerland, (<http://www.who.int/peh-emf/about/WhatisEMF/en/print.html> Erişim tarihi: 27.04.2008)
- WHO,(2007) Electromagnetic fields and public health, exposure to extremely low frequency electromagnetic fields, Fact Sheet No:322, WHO, Geneva, Switzerland.
- ZMYŚLONY, M., MAMROT, P., POLİTAŃSKİ, P., (2004). Exposure of nurses to electromagnetic fields, *Med Pr.* 55, p:183-187.

Türkiye'nin Sağlık Turizm Performansının TOPSIS Yöntemiyle Değerlendirilmesi

Evaluation Of Turkey's Health Tourism Performance With TOPSIS Method

Tevfik BULUT*
Gani DURUR**

ÖZET

Sağlık turizminin gelişmesi, ülke sınırlarını aşması, dinamik ve sürekli olarak genişleme trendinde olması ve dünya ölçeğinde artan bir pazar payına sahip olması, sağlık turizm sektörünü rekabet yoğun bir yapıya dönüştürmüştür. Sağlık turizmi milli gelire olan katkısı, döviz geliri ile cari açığı azaltması, istihdam sağlaması, etkin bir pazarlama ve tanıtım aracı olarak kullanılması açısından da ülke ekonomileri içinde önemli bir paya sahiptir. Bu özellikleriyle sağlık turizmi çok yakından takip edilmesi, ulusal düzeyde değerlendirilmesi ve inovatif çözümler geliştirilmesi gereken stratejik bir sektör haline gelmiştir. Ulusal düzeyde sağlık turizm performansının değerlendirilmesi ve inovatif çözümler geliştirilmesi, karar alıcıları çok kriterli ve kompleks farklı problemlerle karşı karşıya getirmektedir. Karar alıcıların bu problemlere en kısa sürede çözüm üretmek zorunda olmasından dolayı çok kriterli karar verme (ÇKKV) yöntemlerinin kullanılması, kritik rol

* Sorumlu Yazar: Sanayi ve Teknoloji Uzmanı, Bilim, Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı, tevfik.bulut@sanayi.gov.tr

* Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Sosyal Araştırma Yöntemleri Bilim Uzmanlığı Yüksek Lisans Öğrencisi

** Sağlık Uzman Yardımcısı, Sağlık Bakanlığı, gani.durur@saglik.gov.tr

oyunmaktadır. Bu çalışmada, performans kriterleri ve bu kriterlerin önem düzeyi belirlendikten sonra ÇKKV yöntemlerinden biri olan TOPSIS yöntemi kullanılarak Türkiye'nin sağlık turizm performansı değerlendirilmiştir. Çalışma sonucunda, Türkiye'nin sağlık turizm performansının 2015 yılına ait çeyrek dönemler arasında farklılık gösterdiği ve doğrusal bir gelişme göstermediği saptanmıştır.

Anahtar Sözcükler: sağlık turizmi, çok kriterli karar verme, ÇKKV, performans analizi, TOPSIS

ABSTRACT

The development of health tourism, exceeding the country's borders, dynamic and constantly being on the expansion trend and having a growing market share worldwide have transformed the health tourism sector into a competition dense structure. Health tourism also have a significant share in terms of contribution to national income, reduction of the current account deficit through foreign exchange earnings, providing employment, use as effective marketing and promotional tool. With these characteristics, health tourism has turned into a strategic sector that should be followed very closely, evaluated at national level and developed innovative solutions. At national level, the assessment of health tourism performance and developed innovative solutions bring decision-makers faced with different problems which are multi-criteria and complex. Because decision-makers have to produce solutions to these problems as soon as possible, the use of multi-criteria decision making (MCDM) methods plays a critical role. In this study, after determining performance criteria and the level of importance of these criteria, Turkey's health tourism performance have been evaluated using TOPSIS method which is one of the MCDM methods. As a result of the study, it has been determined that Turkey's health tourism performance has varied and hasn't show a linear development between the quarters of the year 2015.

Key Words: health tourism, multi-criteria decision-making, MCDM, performance analysis, TOPSIS.

1. Giriş

Küresel arenada en hızlı gelişim gösteren ve büyüme trendinde olan sektörler arasında turizm sektörü başat bir yapıya bürünmüştür. Günümüzde bu sektör dünya gayri safi hasılası içerisinde önemli rol oynayan bir aktör konumuna gelmiştir (İTO Raporu, 2007, s.4). Turizm ve onun bileşenlerinden olan sağlık turizmi de milli gelire ivme kazandırılması, döviz gelirleri ile cari açığının azaltılması, istihdam oluşturulması, etkin bir pazarlama ve tanıtım aracı olarak kullanılmasında elzem bir yapıya sahiptir. Bu özellikleriyle sağlık turizmi ülke ekonomileri içinde önemli bir paya sahiptir ve artan oranda pay sahibi olmaya da devam etmektedir.

Küreselleşen ekonomide, sağlık turizminin gelişmesi, ülke sınırlarını aşması, dinamik ve genişleme trendinde olması ve dünya ölçeğinde artan bir pazar payına sahip olması, bu sektörü yoğun rekabetçi bir yapıya dönüştürmüştür. Sektörün yoğun rekabetçi yapısı, başarıya ulaşmak için kaliteyi artırmayı, yeniliklerle birlikte trendleri takip etmeyi, uluslararası standartlara sahip olmayı ve nihai olarak mevcut kaynakları iyi pazarlayabilmeyi ve marka olmayı elzem hale getirmiştir (BAKA, 2013, s.11). Bahsedilen amaçlara yönelik olarak son dönemlerde Türkiye’de kurumsal boyutta önemli yapılanmalar yaşanmıştır. Türkiye’de sağlık turizm yapılanması, “Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü” bünyesinde 2010 yılında “Sağlık Turizmi” birimi kurulması ile ivme kazanmıştır. Daha sonrasında, söz konusu birim, 02/11/2011 tarihli ve 28103 (Mükerrer) sayılı “Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname” kabul edilerek Sağlık Bakanlığı’nın yeniden yapılandırılması kapsamında; “Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü” bünyesinde “Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı” olarak yapılandırılmıştır (Resmi Gazete, 2011, md.8.). Sağlık turizmi ile ilgili devlet politikalarının ağırlık kazanması ise 06/07/2013 tarihli ve 28699 (Mükerrer) sayılı “Onuncu Kalkınma Planının (2014-2018) Onaylandığına İlişkin Karar” ile başlamıştır (Resmi Gazete, 2013). 10. Kalkınma Planı üçüncü bölüm Öncelikli

Dönüşüm Programları (ÖDP) kapsamında Sağlık Turizminin Geliştirilmesi Programı'nın amacı ve kapsamı, hedefleri, göstergeleri, bileşenleri ve programdan sorumlu kurum/kuruluşlar belirlenmiştir. Bu amaçla 07/02/2015 tarihli ve 29260 sayılı Genelge ile "Sağlık Turizmi Koordinasyon Kurulu" oluşturulmuştur (Resmi Gazete, 2015). Kurul, 2015 yılından bu yana faaliyetlerini devam ettirmektedir. Bunların yanında, Kültür ve Turizm Bakanlığınca hazırlanan "Türkiye Turizm Stratejisi 2023" çalışmasında da sağlık turizminin geliştirilmesine yönelik hedefler belirlenmiştir (Topuz, 2012, s.16).

Diğer taraftan, sağlık turizminin ülke ekonomileri açısından önemi ve Türkiye'de son yıllarda gerçekleştirilen sağlık turizm yapılanmaları bahsedilenler ışığında bütüncül bir yaklaşımla ele alındığında sağlık turizmi, ulusal düzeyde performansının değerlendirilmesi ve inovatif çözümler geliştirilmesi gereken stratejik bir sektör haline gelmiştir. Bundan dolayı karar alıcılar sürekli olarak çok kriterli ve kompleks farklı problemlerle karşılaşmaktadır. Karar alıcıların bu problemlere en kısa sürede çözüm üretmek zorunda olmasından dolayı çok kriterli karar verme (ÇKKV) yöntemlerinin kullanılması kritik bir öneme sahiptir.

Bir analitik yöntemler topluluğu olan ÇKKV yöntemleri farklı özelliklere sahip seçenekler arasından en iyi alternatifin belirlenmesinde kullanılır (Yılmaz Türkmen ve Çağıl, 2012, s.63). Bu yöntemler, özel ve kamu sektöründeki karar alıcılara karar verme aşamasında destek sağlamaktadır.

Karar verme sürecinde kullanılan yöntemlerden biri olan TOPSIS, diğer bir ifadeyle "Technique for Order Preference by Similarity to Ideal Solution", seçenekler içinden optimal olanın belirlenmesine olanak tanıyan bir tekniktir. Bu yöntemle karar alırken belirlenen bir seçeneğin pozitif ideal çözüme yakın olması, negatif ideal çözüme ise uzak olması beklenir (Lai, Liu and Hwang, 1994, s.486-500).

Hwang ve Yoon tarafından 1981 yılında geliştirilmiş ÇKKV yöntemlerinden TOPSIS günümüzde en yaygın kullanılan yöntemlerden

biridir (Hwang and Yoon, 1981). Bu yöntemin kullanım alanlarına örnek olarak, İstanbul ilinde sağlık performansının değerlendirilmesi (Karadayı and Karsak, 2014, s.228-233), 4x4 arama ve kurtarma aracı seçimi (Şahin ve Akyer, 2011, s.72-78), çimento fabrikalarının finansal performanslarının değerlendirilmesi (Ertuğrul ve Karakaşoğlu, 2009, s.702-715), bankaların üretim firmalarının kredibilitelerini değerlendirmesi (İç ve Yurdakul, 2010, s.567-574), bankacılık sektöründeki finansal performansın değerlendirilmesi (Seçme, Bayrakdaroğlu ve Kahraman, 2009, s.11699-11709), Borsa İstanbul'da işlem yapan turizm işletmelerinin finansal performanslarının değerlendirilmesi (Özçelik ve Kandemir, 2015, s.97-114), risk analizi (Tsaur, 2011, s.4295-4304), tedarikçi seçimi (Boran, Genç, Kurt and Akay, 2009, s.11363-11368), bankacılık sektöründe hizmet kalitesinin değerlendirilmesi (Ustasüleyman, 2009, s.33-43), yatırımların finansal açıdan değerlendirilmesi (Tolga, 2008, s.359-371), teknoloji firmalarının finansal performanslarının değerlendirilmesi (Dumanoğlu ve Ergül, 2010, s.101-111), heterojen kablosuz ağlarda enerji verimli şebeke seçimi (Chamodrakas and Martakos, 2012, s.1929-1938), sanal kurumsal ortak seçimi (Ye, 2010, s.7050-7055), otomotiv firmalarının performans ölçümü (Yurdakul ve İç, 2003, s.1-18), havayolları işletmelerinin performanslarının değerlendirilmesi (Akaya, 2004, s.15-29), Türkiye'deki kamu bankalarının performanslarının değerlendirilmesi (Demireli, 2010, s.101-112) çalışmaları gösterilebilir.

TOPSIS yöntemine göre performans değerlendirmesi aşağıda belirlenmiş adımlara göre yapılmaktadır (Yıldırım ve Önder, 2015).

Adım 1: Karar matrisinin (A) oluşturulması

Karar vericiler tarafından oluşturulan karar matrisi (A) $m \times n$ boyutlu bir matristir. Matrisin satırlarında karar noktaları gösterilirken sütunlarda ise faktörlere yer verilir. Bu matris eşitlik (1)'de gösterilmiştir.

$$A_{ij} = \begin{matrix} & \text{Faktörler} & & & \\ & \begin{bmatrix} a_{11} & a_{12} & \dots & a_{1p} \\ a_{21} & a_{22} & \dots & a_{2p} \\ \cdot & & & \cdot \\ \cdot & & & \cdot \\ \cdot & & & \cdot \\ a_{m1} & a_{m2} & \dots & a_{mp} \end{bmatrix} & \text{Karar Kriterleri} & \\ & & & & & \end{matrix} \quad (1)$$

Adım 2: Matrisin Normalizasyonu

Bu adımda, her bir a_{ij} değerlerinin ($a_{11}, a_{21}, a_{31} \dots a_{m1}$) kareleri alınarak bu değerlerin toplamından oluşan sütun toplamları bulunur ve her bir a_{ij} değeri ait olduğu sütun toplamının kareköküne bölünür. Bu işlem ile birlikte normalizasyon işlemi yapılır. İşlemle ilgili notasyon eşitlik (2)'de gösterilmiştir.

$$N_{ij} = \frac{a_{ij}}{\sqrt{\sum_{i=1}^m a_{ij}^2}} \quad (i = 1, \dots, m \text{ ve } j = 1, \dots, n) \quad (2)$$

Daha sonra eşitlik (3)'deki normalize matris elde edilir.

$$N_{ij} = \begin{bmatrix} a_{11} & a_{12} & \dots & a_{1p} \\ a_{21} & a_{22} & \dots & a_{2p} \\ \cdot & & & \cdot \\ \cdot & & & \cdot \\ \cdot & & & \cdot \\ n_{m1} & n_{m2} & \dots & n_{mp} \end{bmatrix} \quad (3)$$

Adım 3: Ağırlıklandırılmış normalize matrisin (V) elde edilmesi

Normalize edilmiş matrisin her bir değeri w_{ij} gibi bir değerle ağırlıklandırılması yapılır. Burada w_{ij} değer toplamları 1'e eşit olması gerekir. Diğer bir deyişle $\sum_{i=1}^n w_i = 1$ 'dir. Matrisin normalize edilmesinden sonra elde edilen n_{ij} değerleri w_{ij} ağırlıkları ile çarpılması sonucu eşitlik (4)'te belirtilen ağırlıklandırılmış normalize matris bulunur.

$$V_{ij} = \begin{bmatrix} w_1 n_{11} & w_2 n_{12} & \dots & w_n n_{1p} \\ w_1 n_{21} & w_2 n_{22} & \dots & w_n n_{2p} \\ \cdot & & & \cdot \\ \cdot & & & \cdot \\ \cdot & & & \cdot \\ w_1 n_{m1} & w_2 n_{m2} & \dots & w_n n_{mp} \end{bmatrix} \Rightarrow V_{ij} = \begin{bmatrix} v_{11} & v_{12} & \dots & v_{1p} \\ v_{21} & v_{22} & \dots & v_{2p} \\ \cdot & & & \cdot \\ \cdot & & & \cdot \\ \cdot & & & \cdot \\ v_{m1} & v_{m2} & \dots & v_{mp} \end{bmatrix} \quad (4)$$

Adım 4: İdeal çözümlerin bulunması

Bu adımda, amaç maksimizasyon ise her bir sütuna ait maksimum değerler olan pozitif ideal çözüm değerleri belirlenir. Daha sonra ise yine her bir sütuna ait minimum değerler elde edilerek negatif ideal çözüm değerleri belirlenmiş olur. Eğer minimizasyon amaçlanıyorsa elde edilen değerler tam tersi olacaktır. Pozitif ideal çözümlere ilişkin notasyon eşitlik (5)'te ve negatif ideal çözümlere ilişkin notasyon ise eşitlik (6)'da gösterilmiştir.

$$A^* = \{\max_i v_{ij} \text{ olmak üzere}\} \quad (5)$$

$A^* = \{v_1^*, v_2^*, \dots, v_n^* \text{ olmak üzere}\}$ her bir sütuna ait maksimum değerler,

$$(A^-) = \{\min_i v_{ij} \text{ olmak üzere}\} \quad (6)$$

$(A^-) = \{v_1^-, v_2^-, \dots, v_n^- \text{ olmak üzere}\}$ her bir sütuna ait minimum değerler,

Adım 5: Uzaklık değerlerinin hesaplanması

Pozitif ideal ve negatif ideal noktalara olan uzaklık değerleri hesaplanırken öklidyen uzaklıktan yararlanılmaktadır. Öklidyen uzaklığın hesaplanması ile ilgili notasyon eşitlik (7)'de gösterilmiştir (Alpar, 2011).

$$d_{ij} = \sqrt{\sum_{k=1}^p (x_{ik} - x_{jk})^2} \quad (7)$$

Burada;

x_{ik} : i. gözlemin k. değişken değeri

x_{jk} : j. gözlemin k. değişken değeri

p : değişken sayısını göstermektedir.

Eşitlik (7)'deki notasyon, pozitif ideal uzaklığın hesaplanması için geliştirilecek olursa eşitlik (8) ve negatif ideal uzaklığın hesaplanması için geliştirilecek olursa eşitlik (9) kullanılır.

$$S_i^* = \sqrt{\sum_{j=1}^n (v_{ij} - v_j^*)^2} \quad (8)$$

$$S_i^- = \sqrt{\sum_{j=1}^a (v_{ij} - v_j^-)^2} \quad (9)$$

Burada karar noktası sayısı kadar S_i^* ve S_i^- olacaktır.

Adım 6: Nispi yakınlığın (C_i^*) elde edilmesi

İdeal çözüme nispi yakınlığının bulunmasında pozitif ideal ve negatif ideal uzaklıklardan faydalanılır. İdeal çözüm için nispi yakınlık C_i^* ile gösterilir. Burada C_i^* değeri $0 \leq C_i^* \leq 1$ aralığında değer alır ve $C_i^*=1$ ilgili karar noktasının ideal çözüme mutlak yakınlığını, $C_i^*=0$ ise ilgili karar noktasının negatif ideal çözüme mutlak yakınlığını gösterir. İdeal çözüme nispi yakınlığın hesaplanmasında eşitlik (10) kullanılır.

$$C_i^* = \frac{S_i^-}{S_i^- + S_i^*} \quad (10)$$

2. Araştırma

Bu çalışmanın temel amacı, ÇKKV yöntemlerinden TOPSIS kullanılarak Türkiye'nin sağlık turizm performansının değerlendirilmesidir. Bununla birlikte çalışmanın alt amacı ise değerlendirme yapacaklar için dikkate alınması gereken kriterleri ve bu kriterlerin önem düzeyini belirlemektir.

Çalışma kapsamında, literatür taraması ve uzman görüşleri doğrultusunda değerlendirme kriterleri belirlenmiştir. Uzmanlardan oluşan bir ekip tarafından kriterler belirlendikten sonra bu kriterlerin birbirlerine olan göreceli üstünlükleri ve önem ağırlıkları ortaya konulmuştur. Bu çerçevede, 5 kriter kabul edilerek 3'er aylık 4 çeyrek dönem üzerinden başarı sıralaması yapılmaya çalışılmıştır.

2.1. Veri Hazırlama

Çalışma kapsamında, Sağlık Bakanlığı Yabancı Hasta Takip Sistemi ve TÜİK veri tabanından elde edilen 3'er aylık 4 çeyrek dönemlik (2015 1. çeyrek-2015 4. çeyrek) veriler kullanılmıştır. Kullanılan veri seti ve kaynakları Tablo 1'de gösterilmiştir. Elde edilen verilerin hesaplanmasında "Microsoft Office Excel 2010" kullanılmıştır.

Tablo 1. Kullanılan Veri Seti ve Kaynakları

Veri Seti	Sorumlu Kuruluş	Kaynak
Yurtdışından Gelen Hasta Sayısı	Sağlık Bakanlığı	http://sbu.saglik.gov.tr/sbyabanci
Hizmet Güven Endeksi	TÜİK	http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?alt_id=1103
Enflasyon Oranı (%)	TÜİK	http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist
Yurtdışında İkamet Eden Yabancı Ziyaretçi Sayısı Turizm Geliri (\$)	TÜİK	http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?alt_id=1072
Yurtdışında İkamet Eden Yabancı Ziyaretçi Sayısı	TÜİK	http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?alt_id=1072

Yapılan çalışmada, toplam 5 kriter belirlenmiştir. Bu kriterler ve kısaltması Tablo 2’de sunulmuştur.

Tablo 2. Karar Problemine Ait Kriterler ve Alternatifler

Kriterler	Kriter Kodu	Alternatifler	Alternatif Kodu
Yurtdışından Gelen Hasta Sayısı	YDGHS	1. Çeyrek	Q1
Hizmet Sektörü Güven Endeksi Ortalaması	HSGEO	2. Çeyrek	Q2
Enflasyon Oranı (%)	EO	3. Çeyrek	Q3
Yurtdışında İkamet Eden Yabancı Ziyaretçi Sayısı Turizm Geliri (\$)	YDYZS-TG	4. Çeyrek	Q4
Yurtdışında İkamet Eden Yabancı Ziyaretçi Sayısı	YDYZS		

Kriterlerin seçiminde kriterler arasındaki nedensellik ilişkisi ve reel etkinin ölçülmesinin hedeflenmesi etkili olmuştur. Bu kapsamda belirlenen kriterler ve belirlenen bu kriterlerin yer alma nedenleri aşağıda açıklanmıştır.

Kriter 1: Yurtdışından gelen hasta sayısı (YDGHS)

Yurt dışından gelen hasta sayısı, ülkemizde sağlık turizmi hizmeti sunulan ve kayıtlara giren T.C vatandaşı olmayan kişi sayısını belirtmektedir. Araştırma kapsamında bu kritere yer verilmesinin nedeni, çalışmanın temel veri setini oluşturmasından kaynaklanmaktadır.

Kriter 2: Hizmet sektörü güven endeksi ortalaması (HSGEO)

Çalışma kapsamında ele alınan diğer bir kriter, sektörel güven endeksleri içinde yer alan hizmet güven endeksi’dir. Bu endeks ile

hizmet sektörlerine uygulanan aylık işyeri eğilim anketleri, belirtilen sektörlerde örnekte kapsanan 10+ çalışana sahip özel sektör girişim yöneticilerinin; girişimin mevcut duruma ilişkin değerlendirmelerini ve yakın gelecek için beklentilerinin ölçülmesi amaçlanmaktadır. Hizmet sektörü güven endeksi içinde yer alan faaliyetler “seyahat acentesi, tur operatörü ve diğer rezervasyon hizmetleri ve ilgili faaliyetler hava yolu taşımacılığı, taşımacılık için depolama ve destekleyici faaliyetler, konaklama, yiyecek ve içecek hizmeti faaliyetleri, bilgi hizmet faaliyetleri, hukuk ve muhasebe faaliyetleri, idare merkezi faaliyetleri; idari danışmanlık faaliyetleri, reklamcılık ve piyasa araştırması, kiralama ve leasing faaliyetleri, istihdam faaliyetleri” gibi faaliyetleri kapsamaktadır. Hizmet sektörü güven endeksi 0-200 aralığında değer alabilmekte, endeksin 100’den büyük olması sektörün mevcut ve gelecek döneme ilişkin iyimserliğini, 100’den küçük olması ise kötümserliğini göstermektedir (www.tuik.gov.tr, 10.10.2016). Bu kriter içinde yer alan hizmetler, sağlık turizm hizmetlerini kapsadığından ve sağlık turizm hizmetleri ile etkileşim içerisinde olduklarından söz konusu kritere yapılan çalışmada yer verilmiştir.

Kriter 3: Enflasyon oranı (EO)

Enflasyon kriteri açısından konu ele alınır ise şöyle bir durum ortaya çıkacaktır; enflasyon oranı yüksek olursa dış turizm talebinde de fiyata bağlı bir gerileme görülür. Turistik mal ve hizmet üretiminde kullanılan girdi fiyatlarının maliyet enflasyonundan etkilenecek artması faktör maliyetlerinin artmasına ve böylece turizm sektörünün etkilenmesine neden olmaktadır. Ülkede enflasyon sonucu oluşan fiyat istikrarsızlığı dış turizm açısından da güvensiz bir ortamın yaratılmasına ve bu nedenle de potansiyel turizm talebi üzerinde caydırıcı etkiye yol açmaktadır (İçöz, 1991, s.19-21).

Ekonomide bir ürün ya da hizmetin talebini ilk olarak etkileyen faktörün o ürün ya da hizmetin kendi fiyatı olması Talep Kanunu’nun normal sonucu olarak kabul edilmektedir. Bu nedenle turizm talebi turistik mal ve hizmet fiyatlarının bir fonksiyonu olarak görülmektedir. Bu fonksiyonel ilişki eşitlik (11)’de gösterilmiştir.

$$D_t = f(P_t) \quad (11)$$

Eşitlik (11)'de Dt turizm talebini, Pt ise turistik mal ve hizmetlerin fiyatını göstermektedir. Diğer mal ve hizmetlerde olduğu gibi talep kanununa uygun olarak, turistik mal ve hizmetlerin fiyatları ile turizm talebi arasındaki ilişki ters yönlüdür. Turistik mal ve hizmetlerin fiyatının artması turizm talebinde azalışa neden olurken, turistik mal ve hizmetlerin fiyatının azalması turizm talebini artıracaktır (İçöz, Kozak, 2002, s.105).

Enflasyonun bahse konu etkileri bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilerek çalışmada bu kritere yer verilmiştir.

Diğer kriterlerin aksine, çalışmada enflasyon kriterinin oran verisi olarak ele alınmasının nedeni, finansal performansın TOPSIS yöntemiyle değerlendirilmesinde oran verilerinin literatürde yaygın olarak kullanılmasından kaynaklanmaktadır.

Kriter 4 ve 5: Yurtdışında ikamet eden yabancı ziyaretçi sayısı turizm geliri (YDYZS-TG) ve yurtdışında ikamet eden yabancı ziyaretçi sayısı (YDYZS)

Bu kriterlere çalışmada yer verilmesi, kriterler arasındaki çift taraflı nedensellik ilişkisinden kaynaklanmaktadır. Erkan, Kara ve Harbalıoğlu (2013, s.1-20)'na göre turizm gelirleri ile turist sayısı arasında çift taraflı nedensellik ilişkisi vardır. Literatürde bu kriterlerin değerleri arasında korelasyon yüksek olsa da çalışma kapsamında söz konusu kriterlere yer verilmesindeki amaç, bu iki kriterin sağlık turizmi üzerindeki reel etkisinin belirlenmeye çalışılmasından kaynaklanmaktadır.

2.2. Yöntemin Uygulanma Adımları

Yöntemin uygulanması, 6 adımda tamamlanmaktadır.

Adım 1: Karar matrisi

Karar matrisinin oluşturulması, TOPSIS yönteminin ilk adımını oluşturmaktadır. Bu kapsamda performans göstergeleri için 5 kriter belirlenmiştir. Kriterlerin ağırlıkları, alanında uzmanlar tarafından yapılan değerlendirmelerin aritmetik ortalamasına göre hesaplanmıştır. Belirlenen karar kriterleri ve kriterlere ait ağırlıklar Tablo 3'te gösterilmiştir.

Tablo 3. Karar Matrisi

AĞIRLIK	0,2	0,2	0,2	0,3	0,1
DÖNEM	YDGHS	HSGEO	EO	YDYZS-TG	YDYZS
Q1	71.192	98	3	3.814.817	4.314.332
Q2	74.931	106	1,68	6.662.826	9.637.458
Q3	75.137	102	1,38	9.893.997	14.761.540
Q4	90.281	93	2,43	5.067.284	6.878.830

Adım 2 ve 3: Matrisinin normalizasyonu ve ağırlıklandırılmış karar matrisinin elde edilmesi

Sütunlardaki her değer ilgili sütundaki değerlerin kareler toplamının kareköküne bölünmesiyle tek paydaya indirgendikten sonra normalleştirilmiş karar matris değerleri bulunmuştur. Bulunan standart matris kriterleri ağırlık katsayıları (W) ile çarpılarak ağırlıklandırılmış karar matrisi elde edilmiştir. Elde edilen matris değerleri Tablo 4'te sunulmuştur.

Tablo 4. Karar Matrisinin Normalleştirilmesi ve Ağırlıklandırılması

DEĞER	DÖNEM	YDGHS	HSGEO	EO	YDYZS-TG	YDYZS
Normalleştirilmiş	Q1	0,4550	0,4921	0,6771	0,2824	0,2223
	Q2	0,4789	0,5306	0,3792	0,4932	0,4965
	Q3	0,4802	0,5091	0,3115	0,7324	0,7605
	Q4	0,5770	0,4661	0,5484	0,3751	0,3544
Ağırlıklandırılmış	Q1	0,0910	0,0984	0,1354	0,0847	0,0222
	Q2	0,0958	0,1061	0,0758	0,1480	0,0497
	Q3	0,0960	0,1018	0,0623	0,2197	0,0761
	Q4	0,1154	0,0932	0,1097	0,1125	0,0354

Adım 4: Pozitif ve negatif ideal çözümlerin bulunması

Ağırlıklı karar matrisinde her sütundan ideal çözüm için pozitif ideal ve negatif ideal çözüm için negatif ideal değerler seçilerek pozitif ideal (A*) ve negatif ideal (A-) çözüm setleri belirlenir ve aşağıdaki tabloda ilk satır pozitif ideal, ikinci satır ise negatif ideal çözüm setini göstermekte olup, bu veriler Tablo 5'te gösterilmiştir.

Tablo 5. İdeal Çözümler

A*	0,1154	0,1061	0,0623	0,2197	0,0761
A-	0,0910	0,0932	0,1354	0,0847	0,0222

Adım 5: Uzaklık değerlerinin hesaplanması

Her faktöre ait sütundaki değerlerden pozitif ideal ve negatif ideal değerler çıkarılarak pozitif ideal ve negatif ideal çözüme uzaklık değerleri hesaplanır. Elde edilen pozitif ve negatif ideal çözüme uzaklık değerleri Tablo 6’da gösterilmiştir.

Tablo 6. Pozitif ve Negatif İdeal Çözüme Uzaklık Değerleri

UZAKLIK DEĞERİ	DÖNEM	YDGHŞ	HSGEO	EO	YDYZS-TG	YDYZS
Pozitif İdeal	Q1	0,000595	0,000059	0,005347	0,018224	0,002897
	Q2	0,000385	0,000000	0,000183	0,005148	0,000697
	Q3	0,000375	0,000018	0,000000	0,000000	0,000000
	Q4	0,000000	0,000166	0,002246	0,011488	0,001649
Negatif İdeal	Q1	0,000000	0,000027	0,000000	0,000000	0,000000
	Q2	0,000023	0,000166	0,003550	0,004000	0,000752
	Q3	0,000025	0,000074	0,005347	0,018224	0,002897
	Q4	0,000595	0,000000	0,000662	0,000774	0,000175

Adım 6: İdeal çözüme göreli yakınlığın (C_i^*) elde edilmesi

Her döneme ait uzaklık değerlerinin kareleri toplamının karekökleri alınarak her dönemin pozitif ve negatif ideal çözümlere olan ortalama uzaklıkları hesaplanır. En son yakınsaklık oranları (C_i^*) ilgili dönemin negatif ortalama uzaklığının pozitif ve negatif ortalama uzaklıkları toplamına bölünerek bulunur. Yüksek yakınlık, sıralamada öncelik anlamına gelmekte olup, yakınlık değerlerine göre yapılan çözüme yakınlık sırası Tablo 7’de gösterilmiştir.

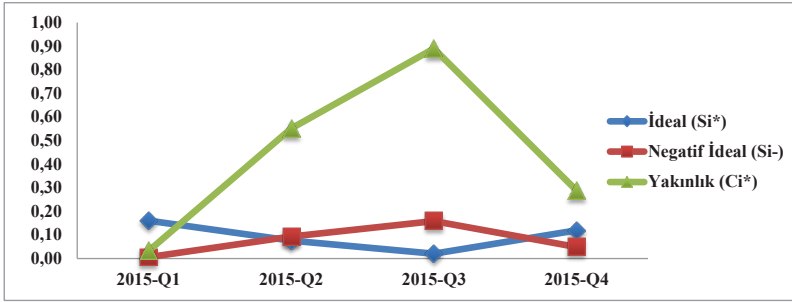
Tablo 7. Çözüme Yakınlık Sırası

DÖNEM	S_i^*	S_i^-	C_i^*	%	SIRA
Q1	0,165	0,005	0,0306	3	4
Q2	0,080	0,092	0,5350	60	2
Q3	0,020	0,163	0,8915	100	1
Q4	0,125	0,047	0,2736	31	3

3. Sonuç ve Değerlendirme

Çalışmada, Türkiye'nin sağlık turizm performansının ölçülmesine yönelik 5 kriter belirlenmiştir. Daha sonra bu kriterlere göre 2015 yılının 3'er aylık 4 dönemi TOPSIS yöntemiyle değerlendirilmiş ve her bir dönemin başarı düzeyi sıralanmıştır.

Bu çerçevede, söz konusu dönemlerde sağlık turizminde Türkiye'nin en başarılı dönemi 2015 yılının 3. çeyreği (Q3) olduğu görülmüştür. Diğer dönemlerin başarı sıralaması ise, 2. çeyrek (Q2) (%60), 4. çeyrek (Q4) (%31) ve 1. çeyrek (Q1) (%3) olduğu tespit edilmiştir. TOPSIS sonuçlarına göre Türkiye'nin sağlık turizm performansına ait başarı düzeyleri çeyrek dönemler itibariyle Şekil 1'de gösterilmiştir.



Şekil 1. Dönemler İtibariyle Başarı Düzeyleri

2015 yılına ait çeyrek dönemler itibariyle TOPSIS sonuçları incelendiğinde; Türkiye'nin söz konusu dönemlere ait sağlık turizm performansının her dönem için farklılık gösterdiği ve doğrusal bir gelişme göstermediği görülmektedir.

Çalışma kapsamında elde edilen sonuçlar sadece 2015 yılını kapsadığından Türkiye'nin sağlık turizm performansının değerlendirilmesi açısından yetersizdir. Ancak farklı yılların aynı çeyrek dönemlerine ait verilerin de yapılan çalışma kapsamına alınması, sağlık turizm performansının daha sağlıklı değerlendirilebilmesi ve sağlık turizm performansı hakkında daha fazla çıkarımlarda bulunulması açısından gelişime açık bir nitelik taşımaktadır.

Çok kriterli karar verme yöntemlerinin kullanılmasıyla merkezde politika yapıcıların ve karar alıcıların alacağı kararların verimli, etkin ve etkili olması sağlanabilir. Aynı zamanda doğru alternatiflerin seçilerek cari açığın azaltılmasında önemli rol oynayan sağlık turizminin performansı artırılabilir. Yapılan çalışmada çeyrek dönemler itibariyle karşılaştırma yapılması, genelde çeyrek dönemler halinde veri üreten başta TÜİK olmak üzere diğer kurum ya da kuruluşların ilgili verileriyle karşılaştırma yapabilmeye de imkan tanımaktadır.

Sağlık turizmine yönelik olarak yapılan bu çalışmanın, diğer sağlık sektörlerinin performans değerlendirilmesinde de uygulanabileceği ve yapılacak çalışmalarda gerek makro gerekse mikro ölçekteki karar vericilere performans ölçümünde ve değerlendirilmesinde katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

- Akkaya, G. C. (2004). Finansal Rasyolar Yardımıyla Havayolları İşletmelerinin Performansının Değerlendirilmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi. İ.İ.B.F. Dergisi. 19(1):15-29.
- Alpar, R. (2011). Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistiksel Yöntemler. (3. bs.). Ankara: Detay Yayıncılık.
- Batı Akdeniz Kalkınma Ajansı (BAKA). (2013). Sağlık Turizmi Sektör Raporu. s.11.
- Boran, F. E., Genç, S., Kurt, M. and Akay, D. (2009). A Multi-Criteria Intuitionistic Fuzzy Group Decision Making For Supplier Selection With Topsis Method. Expert Systems with Applications. 36(8):11363–11368.
- Chamodrakas, I. and Martakos, D. (2012). A utility-based fuzzy TOPSIS method for energy efficient network selection in heterogeneous wireless networks. Applied Soft Computing. 12(7):1929–1938.
- Demireli, E. (2010). Türkiye’deki Kamu Bankaları Üzerine Bir Uygulama. Dokuz Eylül Üniversitesi. Girişimcilik ve Kalkınma Dergisi. 5(1):101-112.
- Dumanoglu, S. ve Ergül, N. (2010). “İMKB’de İşlem Gören Teknoloji Şirketlerinin Mali Performans Ölçümü”. Mufad Journal. 48:101-111.
- Erkan, B, Kara, O. ve Harbalioğlu, M. (2013). Türkiye’de Turizm Gelirlerinin Belirleyicileri. Akademik Bakış Dergisi. 39:1-20.

- Ertuğrul, İ. ve Karakaşoğlu, N. (2009). Performance Evaluation Of Turkish Cement Firms With Fuzzy Analytic Hierarchy Process And TOPSIS Methods. Expert Systems With Applications. 36 (1):702-715.
- <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21834> Erişim Tarihi: 10.10.2016.
- <http://sbu.saglik.gov.tr/sbyabanci> Erişim Tarihi: 26.01.2016.
- <http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist> Erişim Tarihi: 29.09.2016.
- http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?alt_id=1103 Erişim Tarihi: 29.09.2016.
- http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?alt_id=1072 Erişim Tarihi: 29.09.2016.
- Hwang, C. L. and Yoon, K. (1981). Multiple Attribute Decision Making: Methods and Application. NewYork:Springer-Verlag Berlin Heidelberg.
- İç, Y.T. ve Yurdakul, M. (2010). Developments Of A Quick Credibility Scoring Decision Support System Using Fuzzy TOPSIS. Expert Systems With Applications. 37 (1):567-574.
- İçöz, O. (1991). Enflasyonun Turizm Sektörüne Etkileri. Anatolia Turizm Araştırmaları Dergisi. 2(1):19-21.
- İstanbul Ticaret Odası (İTO). (2007). Türkiye’de Turizm Ekonomisi Raporu. s.4.
- Karadayı, M. A. and Karsak, E. E. (2014). Fuzzy MCDM Approach for Health-Care Performance Assessment in Istanbul. Proceedings of The 18th World Multi-Conference on Systemics, Cybernetics and Informatics (WMSCI). Orlando, Florida, USA. II:(228-233).
- Lai, Y. J., Liu, T. Y. and Hwang, C. L. (1994).TOPSIS for MODM. European Journal of Operational Research. 76(3):486-500.
- Özçelik, H. ve Kandemir, B. (2015). BİST’de işlem gören turizm işletmelerinin finansal performanslarının değerlendirilmesi. Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi.18(33):97-114.
- Resmi Gazete (2011). Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, Karar Sayısı: KHK/663, Tarih: 02/11/2011, Resmi Gazete, Ankara.
- Resmi Gazete (2013). Onuncu Kalkınma Planının (2014-2018) Onaylandığına İlişkin Karar, Karar No: 1041, Tarih: 06/07/2013, Resmi Gazete, Ankara.
- Resmi Gazete (2015). Sağlık Turizmi Koordinasyon Kurulu, Genelge No: 2015/3, Tarih: 07/02/2015, Resmi Gazete, Ankara.
- Seçme, N.,Y., Bayrakdaroğlu A. and Kahraman, C. (2009). Fuzzy Performance Evaluation In Turkish Banking Sector Using Analytic Hierarchy Process And TOPSIS. Expert Systems With Applications. 36(9):11699–11709.

- Şahin, Y. ve Akyer, H. (2011). Ülke Kaynaklarının Verimli Kullanımı: 4x4 arama ve kurtarma aracı seçiminde AHS ve TOPSIS yöntemlerinin uygulaması. Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi. 3(5):72-78.
- Tolga, A.Ç. (2008). Fuzzy Multicriteria R&D Project Selection With A Real Options Valuation Model. Journal Of Intelligent & Fuzzy Systems. 19(4,5):359-371.
- Topuz, N. (2012). Türkiye Sağlık (Medikal) Turizmi Stratejisi 2023. Uzmanlık Tezi. T.C. Kültür ve Turizm Bakanlığı. Ankara.
- Tsaur, R. C. (2011). Decision risk analysis for an interval TOPSIS method. Applied Mathematics and Computation. 218(8):4295–4304.
- Türkmen Yılmaz, Sibel ve Çağıl, G. (2012). İMKB'ye Kote Bilişim Sektörü Şirketlerinin Finansal Performanslarının TOPSIS Yöntemi İle Değerlendirilmesi, Maliye Finans Yazıları. 26(95):59-78.
- Ustasüleyman, T. (2009). Bankacılık Sektöründe Hizmet Kalitesinin Değerlendirilmesi: AHS-TOPSIS Yöntemi. Bankacılar Dergisi. 69:33-43.
- Ye, F. (2010). An extended TOPSIS method with interval-valued intuitionistic fuzzy numbers for virtual enterprise partner selection. Expert Systems with Applications. 37(10):7050–7055.
- Yıldırım, B. F. ve Önder, E. (2015). Çok Kriterli Karar Verme Yöntemleri. (2.bs.). Bursa: Dora Yayıncılık.
- Yurdakul, M. ve İç, Y.T. (2003). Türk Otomotiv Firmalarının Performans Ölçümü ve Analizine Yönelik TOPSIS Yöntemini Kullanan Bir Örnek Çalışma. Gazi Üniversitesi, Müh. Mim. Fakültesi Dergisi. 18(1):1-18.

İnsani Erdemleri Yüceltmek İçin Sosyal Hizmet

Social Work To Elevate Humanitarian Virtues

*Zeki KARATAŞ

ÖZET

İnsan davranışını anlamaya ve açıklamaya çalışan disiplinler genellikle insanın ve toplumun hastalıklı, sorunlu ve yetersiz yönleri üzerinde daha çok durmuşlardır. Medikal yaklaşım olarak adlandırılan bu bakış açısı günümüzde varlığını sürdürmeye devam etmektedir. Ruhsal bozuklukların ve hastalıkların teşhis ve tasnifinde kullanılan uluslararası ölçütler de insanda yanlış olanı bulmaya yönelik düzenlenmiş olup “insanda doğru olan nedir?” sorusuna yer vermemiştir. Sosyal hizmet disiplini de bireyin sosyal işlevsizlikleri üzerine yoğunlaşarak iyileştirme çabalarına ağırlık vermiştir. Matematiksel ifadeyle; hayat doğrusu üzerinde negatif yönde olan insanı nötrleştirmek için hizmet modelleri sunmuş ve bunda da kısmen başarılı olmuştur. Ancak insan manevi boyutu olan bir varlık olduğu için bu boyutu güçlendirilmeden uzun süre nötr kalarak yaşaması mümkün değildir. Bu nedenle insanın temel erdem ve güçlerinin desteklenmesi ve geliştirilmesi gerekmektedir. Bu çalışmanın temelini sosyal hizmet uygulamalarında insani erdemlerin nasıl ele alınması gerektiği konusu oluşturmaktadır. Affedicilik, yardımseverlik, şükür ve alçakgönüllülük gibi dört temel erdem insanın sosyal işlevselliği üzerindeki etkisi değerlendirilmektedir.

Sosyal hizmet uygulamaları, insan hakları ve sosyal adalet ilkeleri temel alınarak yerine getirilir. Sosyal hizmet uzmanları müracaatçıları ile çalışırken insan onurunu koruma ve yüceltme adına insan davranışlarına ve sosyal sistemlere ilişkin bilgi ve değer temelinden hareketle özgürleştirme ve sosyal değişim becerilerini ortaya koyarlar. İnsan davranışına dair fikirler ortaya koyan yaklaşımlar insanı bir kaç boyutuyla ele alarak tanımlamış, çoğu zaman insanın manevi erdemler boyutunu ihmal etmişlerdir. Hayatı yaşamaya değer kılan erdemler insanda iyi olana vurgu yapması bakımından, sosyal hizmet disipli-

* Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, İİBF, Sosyal Hizmet Bölümü Öğretim Üyesi, zeki.karatas@erdogan.edu.tr

ninde güçlendirme yaklaşımına farklı bir boyut kazandıracaktır. Psiko-sosyal ve ekonomik sorunlarla mücadele eden insanların temel ihtiyaçlarının karşılanması yanında iyi olan yönlerinin desteklenip geliştirilmesi gerekmektedir. Bu bildirinin temel amacı; sorunları nedeniyle benlik saygısı ve kendilik değeri düşük olan risk grubu bireylerin insani erdemlerinin geliştirilmesi sayesinde yeniden işlevsel bir yaşama kavuşmalarına yardımcı olacak uygulamalara zemin hazırlamaktır.

Anahtar Sözcükler: İnsan onuru, erdemler, sosyal hizmet, güçlendirme

ABSTRACT

Disciplines which try to understand and explain human behavior have generally discussed the aspects of humans and societies regarded as insufficient, weak, and problematical. Today, this perspective named medical approach still exists. Also, international criteria used to diagnose and classify psychological disorders and illnesses have been identified to find the bad sides of human beings. However, an answer for the question “what aspects of humanity are good?” has not been sought. Similarly, the discipline of social work focuses on social dysfunctions of individuals and efforts to help them recover from these dysfunctions. In other words, it offers service models to neutralize individuals in the negative direction and partially succeeds. Nonetheless, humans, who have a spiritual dimension, cannot survive if this dimension is not strengthened. Therefore, humans’ basic virtues and powers should be supported and developed. The present study discusses how to deal with humanitarian virtues in social work practices. In the study, the effect of four major virtues which are forgiveness, helpfulness, gratitude, and modesty on humans’ social functioning is evaluated.

Social services are provided taking into consideration human rights and the principle of social justice. Social work specialists use their emancipation and social change skills to save and elevate human dignity while working with their clients. Approaches which bring forward ideas related to human behavior discuss several dimensions of human beings and mostly neglect the dimension of spiritual virtues. Virtues, which make life valuable to live, will add a different dimension to the reinforcement approach in the discipline of social service. Besides meeting basic needs of the individuals who have psychosocial and financial problems, it is necessary to support and improve their good sides. The aim of this study is to form a basis for the practices which will help at-risk people with low self-esteem and self-worth to lead a functional life again.

Key Words: human dignity, virtues, social work, reinforcement

Giriş

Sosyal hizmet; risk grubu birey, grup ve toplulukların sosyal işlevselliklerini yeniden kazanmaları için insan davranışına ve sosyal sistemlere ilişkin bilgilerden yararlanarak sorunlara müdahale eden beceri ve değer temeli olan bir meslektir. Sosyal hizmet mesleği tüm insanların onurunun eşit olduğu gerçeğinden hareket ederek insan haklarını sağlamak ve sosyal adaleti hâkim kılmak için çalışır, politika ve programlar geliştirir. Bireyin yaşadığı sorunların temelinde sosyal çevre ve bireyi kuşatan sistemlerdeki yetersizlikler olduğunun bilincinde olan sosyal çalışmacılar, bireyin etkileşim içinde olduğu sistemlere de müdahale eder. Sosyal çalışmacılar bir yandan sorunlarla uğraşırken diğer yandan da bireyin güçlü yönlerine vurgu yaparak insanın özünde var olan karakter güçlerin ve erdemlerin geliştirilmesi konusunda da çalışmalar yaparlar.

Sosyal hizmet insan davranışına ilişkin eklettik telakkisini ağırlıklı olarak psikoloji disiplininin aktarır. Ancak psikolojinin tanımladığı insan, psikanaliz ve davranışçılık yaklaşımın savunduğu gibi sadece uyaranlara pasif tepkiler veren bir varlık konumunda değildir. İnsan tercihte bulunan, karar veren etkin bir varlıktır. Hatta olumsuz koşullarda ve yardımsız kaldığında bile özgür iradesiyle tercihte bulunmaktadır. Zorluklar içinde de olsa insanın temel hedefi anlamlı bir hayat yaşamaktır. İnsanın anlamlı ve huzurlu bir hayat sürebilmesi manevi boyutta bazı erdemlere sahip olmasıyla mümkündür. Erdemler ile sağlık ilişkisini araştıran çalışmalarda, erdemlerin umutsuzluk ve depresif eğilimleri azaltabileceğine dair bulgular elde edilmiştir. Örneğin Seligman, Rashid ve Parks (2006) bu konuda yaptıkları araştırmalarda cömertlik, şükür, alçakgönüllülük ve yardımseverlik gibi erdemlerin depresyonu ve umutsuzluğu anlamlı bir şekilde azalttığını ve mutluluğu arttırdığını bulmuşlardır. Seligman'a (2007) göre bencilliğin artması ve değerlerden uzaklaşılması insanı işlevsizleştirmektedir. Erdemlerin geliştirilmesi sonucu bireyin prososyal davranışlarda bulunması psikolojik dayanıklılığı ve başa çıkma gücünü arttırmaktadır. Özellikle korunmaya muhtaç ve suçla sürüklenen çocuklar, şiddet mağduru kadınlar, bakıma muh-

taç engelliler gibi risk grubu bireylerle çalışılırken erdemlerin iyileştirici gücünden yararlanmak sosyal hizmet uygulamalarını daha etkili kılacaktır.

Bencilliğin ve bireyselliğin ön plana çıktığı günümüzde insani erdemlere duyulan ihtiyaç her geçen gün daha da artmaktadır. Affedicilik, yardımseverlik, alçakgönüllülük ve şükür gibi temel erdemlerin geliştirilmesi sayesinde insanın daha anlamlı bir yaşam süreceği gerçeği sosyal hizmet uygulamalarında erdemlere yer verilmesinin önemini ortaya koymaktadır.

Erdemler İnsanlık Âlemini Terk Mi Ediyor?

İnsanlık âlemi, küreselleşme ve neoliberal politikalarla hızlı bir dönüşüm yaşamakta ve geleneksel olan ne varsa modernlik adı altında yok oluşa doğru sürüklenmektedir. 1980’lerde gündeme gelen neoliberal küreselleşme politikalarının 35 yıllık uygulama dönemi, iki ana sonuç üretmiştir: Birincisi, gelir dağılımındaki adaletsizliğin dünya genelinde artması ve toplumsal sınıflar arasındaki eşitsizlik ve çelişkilerin derinleşmesidir. Küreselleşme sürecinde sermayenin giderek tekelleşmesi, mülksüz, işsiz ve geçim araçlarından yoksun bırakılan kitlelerin çoğalmasına ve yaşam koşullarının daha da ağırlaştırılmasına neden olmuştur. Sermaye birikim sürecinin doğasında yatan zenginliğin merkezileşmesi ile yoksulluğun yayılması arasındaki bu ters orantı, toplumsal sınıfların evrensel düzeyde yeniden üretildiğine; sermaye sınıfının daralmasına karşılık, emeğinden başka geçim aracı olmayan kesimlerin genişlediğine işaret eder. Küreselleşmenin ortaya çıkardığı ikinci sonuç ise, uluslararası bağımlılık ve sömürü ilişkilerinin derinleştirilmesidir. Bu ise, küreselleşmenin bağımlı ülkelerin halkları için bir anlamı daha olduğunu; bunun uluslararası bağımlılık ve sömürü ilişkilerinin yeniden yapılandırılması demek olduğunu; küreselleşmenin aynı zamanda bir yeniden sömürgeleştirme süreci olduğunu ortaya koyar. Küreselleşmenin bu her iki sonucu da, onun bir sermaye stratejisi olmasıyla ve emperyalist bir karakter taşımasıyla bağlantılıdır (Özdek, 2012).

İnsanlığa refah ve demokrasi getirme iddiasında bulunan küresel güçlerin, gelişmekte olan ülkelere yönelik politik ve ekonomik müdahaleleri sonucunda; Dünya nüfusunun % 46'sı; 2,5 milyar insan, günlük 2 doların altında bir gelire yaşamak zorunda kalmıştır. UNICEF verilerine göre, dünyada yoksulluk yüzünden her gün 34 bin çocuk hayatını kaybetmektedir. Dünyanın en yoksul 48 ülkesinin gayr-i safi milli hasılası dünyanın en zengin 3 insanının servetlerinin toplamından daha azdır. Gelişmiş ülkelerdeki nüfusun % 20'si dünyadaki malların % 86'sını tüketmektedir. Dünyada her yıl silahlara harcanan paranın % 1'inden daha azı ile bütün çocuklar okula gitmesi sağlanabilirdi (Arpacıoğlu & Yıldırım, 2011). Bu ve buna benzer istatistikler, modern dünyada insanlığın geldiği son aşamayı göstermesi bakımından ibret vericidir.

3 Eylül 2015 tarihinde Suriye kökenli üç yaşındaki Aylan bebeğin cesedinin Türkiye'de Bodrum Sahili'nde kıyıya vurması insani değerlerin nerede olduğunun bir kez daha sorgulanmasına neden olmuştur. Ortadoğu'da Arap Baharı olarak başlayan değişim eğiliminin iç savaşa dönüşmesi ülkelerini terk etmek zorunda kalan milyonlarca insanı mülteci ve sığınmacı konumuna getirmiştir. Küreselleşmenin güçlü aktörleri olarak kabul edilen Avrupa ve Amerika Birleşik Devletleri özellikle Ortadoğu'dan akın eden mülteci sorunu karşısında duyarsız davranmış ve Türkiye yaklaşık 2,5 milyon Suriyeli mülteciye tek başına ev sahipliği yapmak zorunda kalmıştır. Mülteciler ve daha pek çok konuda gelişmiş ülkelerin duyarsız kalması insan hakları ve insani değerler konusunda medeni ülkelerin konumunun bir kez daha gözden geçirilmesi gerektiğini göstermiştir. Türkiye ise kadim bir medeniyet geleneğinin temsilcisi olarak insani erdemlerin bu coğrafyada hala daha yaşıyor olduğunun müşahhas örneğini mütevazı uygulamalarıyla tüm dünyaya göstermeye devam etmektedir. Bu nedenle insani erdemlerin daha da güçlendirilmesi için sistematik sosyal hizmet çalışmalarına ihtiyaç duyulmaktadır. Bu bildiride ele alınan insani erdemler kavramının sosyal hizmetle ilişkisi ortaya konularak, daha sonra yapılacak çalışmalara yol gösterici olması umut edilmektedir.

İnsani Erdemler ve Sosyal Hizmet İlişkisi

Erdem (fazilet), asırlar boyunca din ve felsefenin ana konularından birisi olmuş ve insanın iyi olma halini etkileyen unsurların ne olduğu üzerine din adamları ve filozoflar görüşlerini dile getirmişlerdir. Tarihsel süreçte pek çok düşünür erdemini insanın bireysel ve sosyal hayatı için taşıdığı değere işaret etmiştir. Erdeme dayalı bir yaşantının bireysel iç huzuru ve sosyal uyumu arttırdığı vurgulanmıştır. Erdemlerin sistematik olarak ilk tanımının Doğu dünyasında Konfüçyüs tarafından M.Ö. 500'li yıllarda yapıldığı belirtilmektedir. Batı dünyasında ise erdemlerden açık bir şekilde ilk bahseden kişi Platon (M.Ö. 427-347) olarak kabul edilir. Platon Cumhuriyet adlı kitabında ideal şehrin özelliklerinden bahsederken hikmet, cesaret, itidal (ölçülülük) ve adaletin idari sistemde olması gereken temel unsurlar olduğunu dile getirmiştir. Bundan dolayı erdem, insan için en iyi olanın gerçekleştirilmesidir (Ayten, 2014; Ocak, 2011).

Erdemlerden ilk bahseden olmasa da Aristo, erdemleri güçlü bir şekilde vurgulayan, sınıflandıran, derecelendiren ve mutlulukla bağlantısını kuran filozofların başında gelmektedir. Aristo'ya göre; istemli bir davranış olan ve akıl tarafından belirlenen erdem ifrat (aşırılık) ve tefrit (yüzeysellik) arasında orta yolu bulabilme becerisidir. Aristo erdemleri karakter ve düşünce erdemleri olarak iki ana kategoride değerlendirmiştir. Karakter erdemleri olarak cesaret, itidal, cömertlik, sükûnet, adalet, doğruluk gibi değerleri; düşünce erdemleri olarak da bilgelik, akli başında olma, anlayış ve doğru karar alma gibi vasıfları ön plana çıkarmıştır. Aristo bu fikirleri ile kendisinden sonra gelen Doğu ve Batı düşünürlerini etkilemiştir (Aristoteles, 2014).

İslam felsefe tarihinde Farabi, İbni Sina ve İbni Miskeveyh gibi filozoflar, el-İsfahanî ve Gazali gibi mutasavvıflar erdem-erdemsizlik konusuyla ilgilenmişler, erdemleri kemale erme süreciyle ilişkilendirmişlerdir. Hikmet, iffet, cesaret ve adalet gibi erdemler üzerinde duran İslam düşünürleri erdemlerin eğitim ve tecrübe yo-

luyla kazanıldığına vurgu yapmışlardır. Gazali (1058-1111) erdemi, nefsin güçlerini orta düzeyde (sırat-ı müstakim), dengeli kullanma durumu olarak görmüştür. Örneğin Gazali'ye göre; öfke gücünün fazlalığı atılganlığı, eksikliği korkaklığı ve kararında kullanılması ise cesareti ortaya çıkarır (Corbin, 2013).

Aydınlanma döneminde Spinoza (1632-1677) Etika isimli ünlü eserinde başta sevgi olmak üzere diğerkâmlık, alçakgönüllülük, cömertlik, cesaret, şükran ölçülülük, affedicilik, insanlık gibi erdemlere yer vermiştir. Erdem ve mutluluğu kişinin tabiatına uygun davranmasıyla bağlantılandıran Spinoza'ya göre erdem bizatihi amaçtır ve insan için en faydalı şeydir. Kişi kendisine faydalı yani erdemli oldukça başkalarına da yararlı olur. Spinoza'nın görüşleri erdem üzerine çalışan 20. yüzyıl psikoloji düşünürlerini de etkilemiştir (Ayten, 2014).

Günümüzde erdemleri yeniden psikolojinin konusu yapan pozitif psikoloji ekolü temsilcileri olmuştur. Pozitif psikolojinin öncülerinden kabul edilen Cristopher Peterson ve Martin Seligman; değerden ve insana dair olumlu olandan uzaklaşan, insanı kusurlu bir varlık olarak gören ana akım psikolojinin mantıkçı pozitivist anlayış tarafından yönlendirildiğini belirtmiştir. Gerçek ile değer arasında keskin bir ayırım yapan psikoloji, din ve felsefenin konusu olduğu gerekçesiyle değerler üzerinde yeterince durmamaktadır. Psikologlar "hayatı yaşamaya değer kılan şeyle" ilgilenmek yerine daha çok patolojik durumlar ve yetersizlikler üzerine yoğunlaşmışlardır. Bu görüşü ispatlamak için Myers (2000), 1887'den bu yana elektronik veri tabanlarında psikoloji alanında yayınlanan makalelerin özetlerini inceleyerek bir değerlendirme yapmıştır. Bu değerlendirmeye göre, öfke üzerine 8.072, kaygı üzerine 57.800, depresyon üzerine 70.856 makale yazılmasına rağmen neşe üzerine 851, mutluluk üzerine 2.958, hayat memnuniyeti üzerine 5.701 çalışma yapılmıştır. Bir başka ifadeyle, psikolojide yaklaşık 14 olumsuz konuya karşılık, 1 olumlu konu çalışılmıştır. Bu verilerden de anlaşıldığı üzere, tarihsel süreçte psikologlar daha çok olumsuzluklar üzerine yoğunlaşmış hayatın olumlu tarafını ihmal etmişlerdir. Seligman'a göre üzüntü

konusundaki 100 makaleye karşılık mutluluk konusunda sadece 1 makale bulunmaktadır. Özellikle iki büyük dünya savaşı sonrasında insanın olumsuz yönüne, hastalıklarına ve çözüm yollarına odaklanan psikoloji daha çok ruh hastalığının tedavisine yoğunlaşmış, insanda iyi olanın ve potansiyelin bulunup geliştirilmesi şeklindeki diğer bir amacını ihmal etmiştir (Ayten, 2014).

Psikolojide yaşanan bu gelişmelerin bir benzeri sosyal hizmet alanında da yaşanmıştır. Başlangıçta sosyal hizmet alanında; medikal model olarak adlandırılan ve ağırlıklı olarak psikanalitik yaklaşımdan etkilenen, sadece sorunların teşhisi ve tedavisiyle uğraşılan bir anlayış benimsenmiştir. Mary Richmond'un 1917 yılında yayımlanan Sosyal Teşhis adlı kitabı sosyal hizmetin ilk yöntem kitabı olarak kabul edilmektedir. Mary Richmond (1861-1928) kitabında sosyal teşhisi; "müracaatçının durumu ve kişiliği ile ilgili olabilecek en kesin tanımlamayı yapmaya çalışmak" olarak kavramsallaştırmıştır. Medikal yaklaşımda insanların yaşadıkları koşullara ve çevrelerine uyum sağlayamamalarının nedeni olarak bireysel ve içsel yetersizlikler görülmüştür (Zastrow, 2013).

1960'lı yıllarda sosyal çalışmacılar medikal yaklaşımın yararlılığını sorgulamaya başlamış ve müracaatçıların sorunlarında çevresel faktörlerin de en az içsel faktörler kadar önemli olduğunu dile getirmişlerdir. Bu paradigma değişiminden sonra sosyal hizmette reform anlayışı hâkim olmaya başlamış ve güçlendirme yaklaşımı gündeme gelmiştir. Güçlendirme yaklaşımıyla birlikte sosyal çalışmacılar sadece problemleri tespit etme ve tanımlamayla kalmayıp, müracaatçıların yeterli oldukları alanları ortaya çıkartma ve sosyal aksiyon öğelerini de içeren çözümler bulmaya başlamışlardır. Yardıma muhtaç ve güçsüz durumda olan müracaatçının güçlendirilmesinin temel amacı, onun hayatının kontrolünü kendisinin sürdürdüğü inancını ve var olan potansiyellerine güvenme hissini geliştirmesine yardımcı olmaktır. Erdemler de insanda potansiyel olarak var olan ancak eğitim ve deneyim yoluyla geliştirilmesi gereken özellikler olduğu için sosyal çalışmacılar bazı müracaatçı gruplarıyla çalışırken bu boyutu dikkate almak durumundadırlar (Teater, 2015).

Sosyal çalışmacılar sıklıkla kendilik değeri ve benlik saygısı düşük bireylerle çalışmaktadır. Bireyden ve/veya sosyal çevreden kaynaklanan nedenlerle uzun süre risklere maruz kalmak, insani ve ahlaki değerlerde aşınmalara neden olmakta, insan onuru zedelenmektedir. Risklerle kuşatılmış bir hayat yaşamak bir süre sonra umutsuzluğa neden olmakta ve öğrenilmiş çaresizlik durumunu ortaya çıkarmaktadır. Özellikle suça sürüklenen ya da sistematik şekilde şiddete maruz kalan bireyler kendilerine ve başkalarına olan güvenlerini yitirmekte, topluma yabancılaşmaktadırlar. Bu insanları yeniden işlevsel hale getirmek, sosyal çevreyle birlikte bireyde planlı değişim sürecini başlatmakla mümkündür. Bireyin insani erdemlerini ortaya çıkarma ve geliştirme çalışması bu planlı değişim sürecinin temel hedeflerinden birisidir.

Güçlendirme Çalışmalarında Erdemlerin Etkisi

“İnsanda iyi ve doğru olan nedir” sorusuna cevap arayan pozitif psikoloji yaklaşımı temsilcilerinden Peterson ve Seligman 2000 yılında Aksiyonda Değerler Enstitüsü (Values in Action Institute) bünyesinde bir proje geliştirdiler. Bu proje kapsamında insanın temel erdem ve güçlerini belirleyen araştırmacılar, iyi bir hayatı mümkün kılan altı temel erdemi oluşturan yirmi dört karakter gücünü tespit ettiler. Peterson ve Sligman’a göre erdemler, insan varlığının temelini oluşturur ve iyi bir hayat için istikamet belirler. Erdemler binlerce yıldır Sokrates, Platon, Aristoteles, Augustine, Aquinas, Kindî, Farabi, İbni Sina ve İbni Rüşd gibi filozofların dile getirdiği, bireyi iyi insan yapan temel karakter özellikleridir. Hikmet/bilgelik (wisdom), cesaret (courage), insanlık (humanity), adalet (justice), ılımlılık/itidal (temperance), aşkınlık (transcendence) altı temel erdemdir. Karakter güçleri ise erdemleri görünür kılan ve tanımlayan psikolojik içeriklerdir. Örneğin; hikmet erdemine üreticilik, merak, öğrenme arzusu, açık fikirlilik gibi güçler görünürlük kazandırmaktadır. Bu şekilde yirmi dört tane olan karakter güçlerini birey elde eder, yönlendirir ve hayatında onlara sık sık başvurur. Peterson ve Seligman tarafından pek çok kadim dinî ve felsefi gelenek taranarak

hazırlanan bu erdem ve güçler listesi, psikolog, eğitimci ve sosyal çalışmacılara aile, toplum, okul/kurum ve iş yaşamında insanların geliştirilebilecek yönlerinin belirlenmesi ve bu potansiyellerin keşfedilip geliştirilerek olası patolojilerin ve olumsuzlukların önlenmesi için bir rehber niteliğindedir (Peterson & Seligman, 2004; Ayten, 2014).

Sosyal hizmetlere ihtiyaç duyan insanların temel özelliklerinden birisi de içinde buldukları durum ve başlarına gelen olaylar nedeniyle yaşamlarının olağan akışının bozulmuş olmasıdır. Yaşamları üzerindeki kontrolü kaybeden ve istemedikleri bir yaşamı sürdürmek zorunda kalan müracaatçıların önem attıkları ve bağlandıkları anlamlar zarara uğrar. Çoğu zaman “neden ben?” sorusunu sorarak başına gelenleri anlamlandırmaya, yaşadığı acı ve stresle başa çıkmaya çalışırlar. İnsanın acıda da anlam bulabileceğini belirten Viktor E. Frankl, insanın anlam arayışının, içgüdüsel itkilerin ikincil bir ussallaştırması olmadığını aksine yaşamın temel bir güdüsü olduğunu vurgular. Çünkü anlam hedefler, inançlar, iyi oluş, tatmin olma gibi pek çok psikolojik yapıyı içine aldığı için bireyin sosyal yaşama uyum sağlamasında, aidiyet duygusunu hissetmesinde ve öz denetimi gerçekleştirmesinde önemli bir rol oynamaktadır (Frankl, 2009; Paloutzian & Park, 2013).

Bireyin olağanüstü durumlarla karşılaştığı dönemde sergilediği başa çıkma çabasında erdemlerin önemli bir fonksiyonu vardır. Pek çok psikolog iyimserlik, umut, hikmet, affetme, şükür, alçakgönüllülük, yardımseverlik ve mizah gibi erdemlerin başa çıkma sürecinde olumlu bir etkisinin olduğunu savunmuştur. Örneğin Peterson ve Seligman (2004) umut gücüne sahip iyimserlerin seçenekler arasındaki en iyisini ümit ettikleri için olumsuzluklarla karşılaştıklarında, pes etmeksizin hedeflerine ulaşmak adına yeni bir yol arayışına girdiklerini vurgulamıştır. İyimser kişi olumsuzluklarla karşılaştığında bu durumu genellemez, kişiselleştirmez ve dışsal nedenlerle açıklama eğilimi gösterir. Kötümser ise olayı geneller, içsel nedenlerle açıklar ve kalıcı olduğunu düşünür (Ayten, 2014).

Sosyal hizmet alanında müracaatçılara içinde bulunduğu durumun değişeceği konusunda umut aşılacak ve iyimser bir bakış açısı kazandırmak sorunun çözümü açısından avantaj sağlamaktadır. Örneğin daha önce madde bağımlılığı tedavisini denemiş ancak başarısız olmuş bir gencin yeniden tedavi sürecine dâhil olabilmesi için umut ve iyimserlik içerikli motivasyonel görüşmelere ihtiyacı vardır. Aynı şekilde aile içi şiddet nedeniyle kadın konukevine yerleşmek talebiyle başvurmuş müracaatçıların alışkın oldukları sosyal çevreden ayrılmaları nedeniyle yaşadıkları korku ve belirsizlik durumundan kurtulabilmesi için umuda ve iyimserliğe ihtiyaçları vardır.

Sorunlarla başa çıkmada affetme, alçakgönüllülük, şükür ve yardımseverlik gibi erdemlerin kültürel şartlara bağlı olarak etkili olduğuna dair araştırmalar yapılmıştır. Örneğin Pargament ve Rye (1998) tarafından affetme erdeminin, olumsuz durumun üstesinden gelme ve ötekiyle olan ilişkinin tamiri sürecinde özellikle anlamın kaybolduğu bir aşamada başa çıkma sürecine katkıda bulunduğu dile getirilmiştir. Başa çıkma sürecinde şükürün de rolü olduğuna dair pek çok araştırma yapılmıştır. Robert Emmons (2009); depremzede ve hastalar üzerindeki gözlemlerine dayanarak olumsuz durumunu, daha kötü durumda olan başkalarıyla kıyaslayarak şükredenlerin sorunlarıyla başa çıkmada daha pozitif olduklarını vurgulamıştır. Başkalarına yardım etme ise özellikle kişi zor durumda kaldığında ortaya çıkan bir erdemdir. Birey zorluklarla karşılaştığında kaygısını gidermek ve daha büyük belalardan uzak olmak amacıyla yardım etme davranışında bulunabilmektedir. İnsanlar yaşamda zor zamanlar yaşadıkları, anlam ve kontrol duygusunu kaybettikleri, teselli arayışına girdikleri dönemlerde erdemlerden önemli ölçüde destek almaktadırlar (Aytan, 2014).

Sosyal Hizmet Uygulamalarında Dört Temel Erdem

Sosyal hizmet; insan onurunu yücelterek insanların iyi olma hallerini geliştirmeye, bireyi güçlendirmeye ve özgürleştirmeye çalı-

şan, bu nedenle insanların çevreleriyle etkileşim noktalarına müdahale eden bir meslektir. Sosyal hizmet müdahalesi uygulanırken, insan davranışına ilişkin bilgi temeli ağırlıklı olarak psikoloji ekollerinden yararlanılarak sosyal hizmetin temel yaklaşımları çerçevesinde birey-sosyal çevre ilişkisinden kaynaklanan sorunlara çözüm bulunmaya çalışılır (Duyan, 2012). Son yıllarda pozitif psikoloji ekolü; insanın olumlu yönlerine vurgu yaparak insanda potansiyel olarak var olan erdemlerin başa çıkma sürecinde nasıl bir katkı sağladığı konusunu araştırmaya başlamıştır. İnsanın işlevsel yönüne odaklanan bilimsel bir çalışma alanı olarak pozitif psikoloji, insanın negatif yönüne dair özellikle davranışçılık, psikanaliz ve diğer yaklaşımlarda vurgulanan görüşler ile insanın olumlu yönleri arasında bir bütünleşme kurarak, psikoloji alanında gerek kavramsal çerçevede gerekse terapi süreçlerinde uzun yıllar süregelen dengesizliği onarma çabası içindedir (Ayten, 2014).

Psikolojinin hümanist eğilimine paralel olarak sosyal hizmet disiplini de ekolojik sistem yaklaşımı yanında güçlendirme yaklaşımından yararlanarak bireyin pozitif yönüne vurgu yapmıştır. Bu paradigma değişimiyle birlikte sosyal çalışmacı bireyi hastalığı, yetersizliği ve eksikliği olan yardıma muhtaç birisi olarak görmenin ötesinde, iyi olma halini geliştirme potansiyeli olan ve kendi kararlarını alabilecek kapasiteye sahip insan olarak görmeye başlamıştır. Güçlendirme yaklaşımının erdemlerle desteklenmesi her müraaatçının özünde var olan iyi olma halinin geliştirilmesi açısından önemli bir yere sahiptir. İnsan özünde iyi bir varlıktır ve yeterince desteklenirse fabrika ayarlarına dönme konusunda çaba sarf edecek potansiyelindedir.

Sosyal hizmet uygulamalarında erdemlerden yararlanma iki şekilde olabilir: Birincisi koruyucu-önleyici hizmetler kapsamında bireyin yılmazlık (resilience) özelliğinin geliştirilmesi açısından erdemlerden destekleyici psikolojik faktörler olarak yararlanılabilir. İkincisi ise müdahale aşamasında bireyin ruh sağlığının yeniden işlevsel duruma gelmesi ve kendisiyle ilgili pozitif düşünceler geliştirilmesi için erdemlerin iyileştirici etkisinden istifade edilebilir.

Bu bölümde; örnek olması açısından affedicilik, şükür, yardım-severlik ve alçakgönüllülük gibi erdemlerin güçlendirme yaklaşımı çerçevesinde nasıl ele alınabileceği tartışılmaktadır. Sosyal hizmetin bireyle ve grupla çalışma yöntemleri kullanılarak bireyin olağandışı durumlara uyum sağlaması noktasında bu dört temel erdemden yararlanılabileceği düşünülmektedir. Aşağıda bu erdemlerle ilgili tanımlara ve açıklamalara yer verilerek erdemlerin sosyal hizmet uygulamalarına nasıl aktarılabileceğiyle ilgili öneriler sunulmaktadır.

Affedicilik

Affetme başkasının yararına yapılan prososyal davranışlar çerçevesinde, 1960'lı yıllardan itibaren sosyal psikoloji alanında bilimsel çalışma konusu yapılan erdemlerden birisidir. Genel olarak affetme, kişinin kendisine ve çevresine zarar veren olumsuz duygulardan gönüllü olarak vazgeçmesi, bu duyguların nötrleşmesi, hatta olumlu duygulara dönüşmesi olarak tanımlanmaktadır. Affetmeyle ilgili yapılan çalışmalarda üzerinde durulan temel konu; kişinin kin, nefret ve öfke gibi olumsuz duygularını kontrol etmesi sonrasında başkasını düşünerek prososyal bir tutum içerisinde bulunmasıdır. Psikolog Rye ve Pargament (2002) affetmeyi şu şekilde tanımlamıştır: “Bireyin kendisine karşı yapılmış haksızlığa cevap olarak, suçluya hak etmediği halde merhamet ederek, düşmanlık gibi negatif duyguları, intikam almayı düşünme gibi olumsuz durumları ve küfretme, sözle öfke gibi olumsuz davranışı terk etmesidir.” Bu anlamda affetme adaletten vazgeçme anlamında olmayıp, kişinin içinde büyüttüğü kin, nefret ve öfke gibi olumsuz duygulardan vazgeçmesidir. Bu açıdan affetme öncelikle kişinin kendi ruh sağlığına iyi gelmektedir. Davary'e (2006) göre affetme; suçluyu suçlu olmaktan ve sorumluluktan kurtarmaz. Affetme kırgınlık yaşayan ve suçluya karşı olumsuz duygulara sahip kişinin, hak etmediğini düşünse de bu olumsuz duygularını suçlu lehine terk etmesidir (Ayten, 2014; Çapan & Arıcioğlu, 2014).

Affetmenin kişi içi (intrapersonel), kişilerarası (interpersonel) ve duruma yönelik olmak üzere üç yönü bulunmaktadır. Kendine yöne-

lik affedicilik, yapılan yanlışlardan sonra kişinin kendini sevmesi ve saygı duyabilmesidir. Diğerlerine yönelik affedicilik, kendine zarar veren kişiye yönelik olumsuz duygulardan vazgeçebilmesi olarak tanımlanırken, duruma yönelik affedicilik ise yaşanan durumların bireyin kontrolünde olup olmamasına bağlı olarak olumsuz duygulardan vazgeçilebilmesi olarak ifade edilmektedir (Çapan & Arıcıoğlu, 2014). Kendini affetme kişinin zihninde ve gönlünde olumlu bilişsel, duyuşsal değişiklikler gerçekleştirmesi anlamındadır. Sosyal hizmet alanında sıklıkla istismar mağduru bireylerle çalışılmaktadır. İstismar mağduru bireyler çoğu zaman istismarda kendi sorumlulukları da olduğunu düşünerek içe dönük suçluluk duygusu hissederler. Bazen bu duygu nedeniyle cinsel istismar mağduru çocuklar istismara uğradığını dile getiremezler. Affedicilik erdemi bu gibi durumlarda bireyin kendine dönük hissettiği suçluluk, kirlenmişlik gibi yıkıcı duygulardan kurtulması için önemli bir araç olma özelliği taşımaktadır.

Smedes (1998) affetme sürecini dört aşamalı bir modelle açıklamıştır. Birinci aşamada uzaklaşma vardır. Kişi sevdiği ve güven duyduğu birisinden beklemediği bir davranışla karşılaştığında ondan uzaklaşır. İkinci aşamada affetme yer alır. Kişi kendisine karşı kusurlu davranandan uzaklaştığında onunla ilgili olumsuz duygu ve değerlendirmelere sahiptir. Kişi affetme aşamasında bu olumsuz duygulardan kurtularak suçludan intikam alma eğilimini terk eder. Uzlaşma üçüncü aşamadır. Affeden affettiği kişiyle olan ilişkilerini normalleştirmek için çaba sarf eder. Son aşama ise ümittir. Affetme, kişiyi geçmişin hatalarına bağlanıp kalmaktan kurtarır ve özgürleştirir. Kişiye umut duygusunu kazandırır. Bu sayede affetmeyle normalleşen ilişkiler, umut duygusuyla istikrar kazanmaktadır (Ayten, 2014).

Affetmenin insanlar arasındaki ilişkilerin korunması, aile içindeki çatışmaların çözülmesi ve sosyal uyumun sağlanması gibi pek çok sosyal sonuçları bulunmaktadır. Ostendorf'a (2000) göre affedicilik, psikolojik sağlamlığı etkileyen önemli kişilik özelliklerinden biridir. Faison (2007) ve Ostendorf'un (2000) araştırmalarında da,

affedicilik ve psikolojik sağlamlık arasında olumlu ilişki bulunmuştur. Literatür, affetmenin insan hayatında olumlu sonuçlar oluşturduğunu belirtmektedir. Affetme, öfke, saldırganlık, kaygı, suçluluk, korku ve depresyon gibi olumsuz duyguların azalmasını sağlamaktadır. Aynı zamanda affetme, olumsuz duyguların azalmasının yanında olumlu duyguların artmasına da yol açmaktadır. Affetme sonucu umut, kendilik algısı gibi olumlu özellikler de artmaktadır. Maltby, Day ve Barber (2005), affediciliğin, uyumu hızlandırmak için bir başa çıkma yolu olarak kullanıldığını, kişisel hayal kırıklıkları, stres, olumsuz duygular ve anksiyete gibi psikolojik travmalara karşı bireyi koruyucu bir tampon olarak hizmet ettiğini vurgulamaktadırlar. Affedici kişiler, olumsuz duygularından sıyrılıp olumlu duygulara odaklanmakta kendilerine ve hayata daha olumlu bakmaktadır. Olumluya odaklandıkları için bu kişiler, karşılaştıkları riskli durumlarla, daha sağlıklı baş edebilmekte ve yeniliklere uyum sağlamaları da daha kolay olmaktadır. Dolayısıyla affedici kişilerin psikolojik sağlamlıkları da artmaktadır (Çapan & Arıcıoğlu, 2014).

Şükür

İslam düşünürlerinden İsfahani'ye göre şükür; "kendisine nimette bulunan kimsenin bu nimet üzerinde düşünmesi ve bunu açığa vurması" olarak tanımlanmıştır. Spinoza'ya göre şükür, "bize iyilik yapan bir kimseye iyilik yapmaya çalışmamızı ve onun hakkında aynı suretle sevgi ile karşılık vermemizi sağlayan duygu durumu"dur. Peterson ve Seligman (2004) ise şükürü, "iyiliği düşünebilme ve takdir etme" olarak değerlendirmiştir. Tanımlardan da anlaşıldığı üzere şükürün temelinde öz farkındalığın olduğu görülmektedir. Bu, kişinin sahip oldukları, bulunduğu konum, yaşadığı hayat, başarı, mutluluk, sağlık ve sıhhati için başka kişilerin varlığına bir şeyler borçlu olduğuna dair bir farkındalıktır. Şükür insanın yaşamında sahip olduklarında ve başarılarında Allah'ın ve başta ailesi ve yakınları olmak üzere başka insanların katkılarının farkına varması ve bu katkıları bilişsel, duygusal, davranışsal olarak ifade edebilmesidir. Burada kişinin kendi çabasını inkâr etmesi söz konusu değildir; kendi gayretinin

yanına başkalarının katkısını da ilave etmesidir (Ayten, 2014). İslam düşünürlerine göre şükretmenin göstergesi; israftan uzak bir yaşam sürmek, elindekilerle yetinmeyi bilmek, sahip olduklarına memnun olabilmek ve başına gelen yaşam olaylarına rıza göstermektir.

Şükür erdemi kişinin sahip olduğu imkânlar, kendilik değeri hakkında olumlu değerlendirmeler ve bireyi motive eden olumlu duygular barındırdığından ve kişinin aşkın güçle olan bağlarını güçlü tutarak maneviyatını arttırdığından hem ruh sağlığıyla hem de dolaylı olarak fiziksel sağlıkla ilişkilidir. Şükür ve ruh sağlığı bağlamında yapılan araştırmalarda şükür ile mutluluk, iyi oluş ve yaşam memnuniyeti ilişkisi incelenmiştir. Araştırmalarda şükürün hem mutluluğu hem de kişinin kendisine yönelik olumlu değerlendirmeleri ve hoşnutluğunu artırdığını gösteren sonuçlara ulaşılmıştır. Peterson ve arkadaşları (2007) yaklaşık 13 bin kişilik büyük bir örnekleme, erdemlerle yaşam memnuniyeti ilişkisini ele alan bir araştırma yapmışlardır.

Araştırmaya İsviçreli ve Amerikalı katılımcılar dâhil edilmiştir. Araştırmada Amerika örnekleminde şükürün, Avrupa örnekleminde ise azmin yaşam memnuniyetinin en güçlü belirleyicisi olduğu anlaşılmıştır. Pozitif psikoloji anlayışını benimseyen psikologlar, şükür gibi erdemlerin depresif eğilimleri azaltacağını düşünerek çalışmalarında şükürün geliştirilmesine yer vermişlerdir. Bu çerçevede araştırmacılar, pozitif psikoloji müdahaleleri içerisine şükür günlüğü tutma, minnet duyulan kişiye mektup yazma gibi şükürün geliştirilmesini de içeren ödevler dâhil etmişlerdir. Lambert, Fincham ve Stillman (2012) tarafından 3 bin kişilik örneklem üzerinde yapılan 8 farklı araştırmada, depresif eğilimler ile şükür arasındaki ilişki ele alınmıştır. Araştırmada, şükürün depresif eğilimleri azalttığı tespit edilmiştir (Ayten, 2014).

Günümüzde seçeneklerin ve imkânların çok olması karşısında insanların tercih etmekte zorlanması ya da tercih edilen şeyle birlikte reddedilen seçeneklere karşı pişmanlık duyması, kaygı düzeyini arttıran temel unsurlardan birisi haline gelmiştir. Özellikle medyanın etkisiyle tüketim kültürü yaygınlaştırılmaya çalışılmakta ve insanın

tüketebildiği kadar mutlu olabileceği imajı dayatılmaktadır. Bu durum sosyo-ekonomik açıdan yeterli imkâna sahip olmayan insanlarda hayal kırıklığına ve umutsuzluğa neden olmaktadır. Kapitalist kültürün sürekli tüketimi teşvik ettiği bu ortamda şükür erdemi bireyin psikolojik sağlamlık özelliğini geliştirmesi açısından önemli bir etkiye sahiptir.

Yardımseverlik

Seligman ve Peterson (2004) yardım etmeyi “insanlık” erdeminin ortaya çıkışını sağlayan bir güç olarak ele almışlardır. Bu kapsamda yapılan araştırmalarda, yardımseverliğin insan ilişkilerinde yapıcı yönü ve insanın mutluluğu, huzuru, iyi oluşu ve ruh sağlığına katkıları ele alınmıştır. Yardımseverlik, bir erdem olarak daha çok karşılık beklemezsiniz, herhangi bir çıkar ilişkisine girmeksizin başka bir kişiye, kuruma veya gruba zaman, emek, mal, para ve enerjiden fedakârlık yaparak verebilme ve bağışlama durumudur. Yardımseverliğin ortak kimliğin güçlenmesi, biz bilincinin gelişmesi, sosyal dayanışmanın yaygınlaşması gibi pek çok olumlu toplumsal katkıları bulunmaktadır. Seligman’a (2007) göre bir arkadaşına yardım etmek, ötekinin hayatını olumlu şekilde etkileyebilecek herhangi bir çaba içerisinde bulunmak gibi düşünceli ve prososyal davranışlar mutluluk konusunda daha kalıcı bir etki oluşturmaktadır (Ayten, 2014).

Bireyselliğin ve bencilliğin yaygınlaştığı günümüzde insanların refah düzeyleriyle birlikte kaygı ve doyumсуuzluk düzeyleri de artmıştır. Benötesi psikoloji yaklaşımını benimseyen Psikiyatrist Mustafa Merter, kaygı depresyon gibi psikolojik rahatsızlıkların giderilmesinde cömertlik ve yardım erdemini içeren “hayır (iyilik) terapisi”nin etkili olabileceğini belirtmiştir. Bu terapi kapsamında kişi zamanından, malından, bilgisinden vererek muhtaç birinin ihtiyaçlarını diğerkam bir motivasyonla karşılık beklemezsiniz giderir. Yardım içeren her türlü davranış, içten ve samimiyetle yapıldığı takdirde insanın yaşamının güzelleşmesi, kişinin kendini daha iyi hissetmesi açısından katkı sunmaktadır (Merter, 2006).

Özmete (2011) yardımseverlik ve gönüllülük gibi erdemlerin bir

ülkenin “sosyal kapitali” olduğuna dikkat çekerek, sosyal hizmet açısından önemli olan sosyal dayanışma ve sosyal destek sistemlerini güçlendirmek için sosyal kapitalin yapılandırılması gerektiğini vurgulamıştır. Sosyal kapitali yapılandıran sosyal iletişim ağı, yardımseverlik ve gönüllülük gibi esaslar, bireyler arasında duyulan güveni, etkili ve güçlü iletişimi, ortak değerleri, aidiyet ve aynılık duygusunu belirlemektedir. Sosyal kapitalin, toplumu oluşturan bireylerin ortaklaşa hareket edebildikleri ve iş yapabildikleri kültürel düzeyi hazırlayan bir birikim olduğu söylenebilir. Bu açıdan sosyal kapital, “insanlar arasında bağlantı kuran, kurumlar, ilişkiler, tutumlar ve değerlerin ekonomik ve sosyal gelişmeye yaptıkları katkılar”dır. Bu noktada, Michael Woolcock (2001) sosyal kapitalin güçlendirilmesi için ilişkiler esasına dayanarak sosyal kapitalin üç farklı boyutu arasındaki bağlantıyı şu şekilde açıklamıştır: Bunlar;

Aile, yakın arkadaş veya komşular gibi benzer gruptaki bireyler arasındaki bağları gösteren bağ kuran sosyal kapital,

Farklı sosyo-ekonomik statü, farklı kuşak ve farklı gruplardan gelen, aralarında mesafe bulunan bireyler, arkadaşlar ve dostlar arasındaki ilişkiler gibi insanların daha uzak bağlarını çevreleyen köprü kuran sosyal kapital,

Özel alan dışında, yakın çevrenin ötesinde daha geniş formal kurumlardan kaynak, fikir ve bilgi alışverişinde bulunan birey ve toplulukların birbirleriyle iletişim kurmalarını sağlayan sosyal kapitaldir (Özmete, 2011).

Yardımseverliğin toplumda yapılandırılmış ve organize edilmiş bir şekilde yaygınlaştırılması sosyal hizmetin temel uğraşı alanı olan yoksulluk sorununun azaltılması açısından önemlidir. Özellikle Türkiye gibi kolektif bilince sahip Doğu toplumlarında manevi değerlerden kaynaklanan yardım etme motivasyonu iyi yönlendirilemezse yardım tekrarlarına ve istismarlara neden olabilmektedir. Bu açıdan sosyal hizmet bireylerde var olan yardımseverlik erdemini toplumsal sınıflar arasında barışı ve kardeşliği tesis edecek şekilde profesyonel sosyal yardım ilişkisine dönüştürme misyonu üstlenecek tecrübeye sahip bir meslektir. Sosyal çalışmacılar sosyal yardım amacı güden

sivil toplum kuruluşlarında aktif görev alarak toplumun yardımseverlik özelliğinin doğru yönlendirilmesine yardımcı olmalıdır.

Alçakgönüllülük

İsfahani'ye göre alçakgönüllülük, “kişinin üstünlük ve makam bakımından hak ettiği mertebenin altında kalmaya rıza göstermesidir.” Ona göre alçakgönüllülük, bilim adamları ve yöneticilerde daha fazla görünürlük kazanabilir. Kibir ile düşkünlüğün ortasında bir haldir. Düşkünlük kişinin kendi hakkını yitirerek acınacak duruma düşmesiyle, kibir kişinin kendisini hak ettiği durumdan daha üst bir yerde görmesidir (Ayten, 2014).

1990'lı yıllardan itibaren psikologlar alçakgönüllülük erdemiyile ilgilenmeye başlamışlardır. Bu konuda kapsamlı çalışmaları olan June Tangney'e (2002) göre alçakgönüllülük; “kişinin karakteristik özelliklerine dair sahici bir değerlendirmesi, sınırlarını kabullenmesi ve enaniyetini unutulması yeteneğidir.” Başka bir ifadeyle alçakgönüllülük, kişinin ne olduğunu ve ne olmadığını bilmesidir. Peterson ve Seligman (2004) alçakgönüllülüğü ölçülü olma (itidal) erdeminin türevi olan bir güç olarak değerlendirmiştir. Onlara göre alçakgönüllülük, takdir beklememe, yaptıklarını abartmama, başarılı olmayı nasipli olmakla ilişkilendirme ve hatalarını, kusurlarını kabul edebilme durumudur.

Alçakgönüllülük, ötekine ilgi ve alaka bağlamında affetme, yardımlaşma ve dürüstlük gibi prososyal kavramlarla ilişkilidir. Alçakgönüllü insan herkesin kusurlu olabileceğinin ve hata yapabileceğinin bilincinde olduğundan affetme ve yardım etme konusunda daha istekli olur. Alçakgönüllü olan kişi gerçekçi bir özsaygıya sahiptir ve narsizimden uzak durur. Tangney, narsizmi alçakgönüllülüğün tersi olarak değerlendirmiştir. Kendine hayran olma olarak tanımlanan narsizimde yeteneklerini ve başarılarını abartma durumu vardır. Alçakgönüllülükte sınırlarını bilme ve kendini olduğu gibi kabullenme söz konusudur (Ayten, 2014).

Tangney (2002), bireyin kendine aşırı yoğunlaşmasının depresyon, kaygı ve sosyal fobi gibi bazı sorunlarla ilişkilendirilebileceğini dile getirmiştir. Bu çerçevede bazı psikologlar, narsistik kişilik bozukluğunun tedavi sürecinde alçakgönüllülüğü terapi süreçlerine dahil etmişlerdir. Varoluşsal ve bilişsel terapilerde, kişinin eksikliklerini ve güçlü yönlerini daha doğru bir şekilde bilmesi ve kişinin kendisiyle ilgili daha gerçekçi algılamasının gelişebilmesi yönünde yönlendirmeler de yapılmaktadır (Ayten, 2014).

Sosyal kontrol mekanizmaların yetersiz kaldığı, kibir ve gösterişin had safhada olduğu günümüzde öz farkındalık bilinci olmayan insanlar öz denetimden uzak yaşamakta ve dürtüsel hareket etmektedirler. Dürtü kontrolünde zorlanan birey kolaylıkla suça yönelmektedir, madde kullanmakta ya da suç mağduru olabilmektedir. İnsanlara çocukluk yıllarından itibaren alçakgönüllülük erdemiyle birlikte öz denetim öğretilmeli, kendi yetenekleriyle ilgili gerçekçi bir farkındalık geliştirmeleri sağlanmalıdır.

Sonuç

Son yıllarda psikolojide ve sosyal hizmet disiplinde bireyin iyi olma haline yapılan vurgu sayesinde, insanda iyi olan yönlerin geliştirilmesi için güçlendirilmesi gerektiği anlayışı uygulamalarda yol gösterici olmaya başlamıştır. Güçlendirme ve pozitif psikoloji yaklaşımı insanın özünde var olan potansiyel karakter güçlerin ve erdemlerin bilimsel açıdan ele alınarak araştırılması ve bireyin başa çıkma sürecinde bu güçlerden nasıl yararlandığının ortaya konulmasının önemli olduğunu vurgulamaktadır. Özellikle risk grubu bireylerle çalışılırken kendilik değerinin ve benlik saygısının gerçekçi bir şekilde algılanabilmesi için insani erdemlerin müracaatçı grubuna yeniden hatırlatılması gerekmektedir. İnsan çok ağır travmalar ve acılar yaşamış olsa da tabiatında var olan onur ve değerinden bir şey kaybetmeyeceğini bilmelidir. Bu noktada affedicilik erdeminden yardım alınarak; kişi kendi iradesi dışında oluşan şartların da etkisiyle yaşadıkları konusunda kendine yönelik affedici tutum sergilemesi konusunda desteklenmelidir.

Koruyucu - önleyici sosyal hizmet uygulamaları kapsamında psiko-eğitim modeli olarak erdemlerin kullanılması birçok müracaatçı grubunun öznel iyi oluş düzeyine katkı sağlayacaktır. Güçlendirme yaklaşımıyla birlikte sorun merkezli yaklaşımdan daha çok insanın sahip olduğu güç ve erdemlerin kullanılarak sağlık ve mutlu bir hayatın sağlanması ve olası psikolojik sorunların engellenmesi anlayışı daha öncelikli duruma gelmiştir. Suça sürüklenen çocuklar, madde bağımlıları, suç mağdurları gibi risk grubu bireylere yönelik sosyal hizmet müdahalesi uygulanırken affedicilik, şükür, alçakgönüllülük ve yardımseverlik gibi erdemlerden yararlanılması bu bireylerin sosyal işlevselliklerini yeniden kazanmalarına yardımcı olacaktır.

İnsanın biyo-psiko-sosyo-kültürel yönü olan manevi bir varlık olarak tanımlandığı günümüzde, erdemlerin sadece felsefenin konusu olduğu iddiası artık geçerliliğini yitirmiştir. Erdemler; psiko-lojinin de, sosyal hizmetin de temel konuları arasında yer almaya başlamıştır. İnsani erdemler ve karakter güçlerin sağlıkla ilişkisinin araştırıldığı pek çok çalışmada, bireyin yaşam memnuniyeti ve iyi oluş hali ile erdemler arasında pozitif ilişkiler tespit edilmiştir. Sosyal hizmet alanında da bu tarz ampirik çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Örneğin; affedicilik erdeminin şiddet mağduru çocukların içe dönük suçluluk, kirlenmişlik ve değersizlik gibi olumsuz duygulardan arınmalarına ne ölçüde katkı sağladığı belirlenmelidir. Aynı şekilde affedicilik, alçakgönüllülük, şükür ve yardımseverlik gibi erdemlerin psiko-eğitim yoluyla risk grubu bireylere öğretilmesinin yaşam kalitelerine etkisinin ne olacağı gibi konuların araştırılması gerekmektedir.

Bu çalışmada özet olarak ele alınan insani erdemlerin sosyal hizmetin müracaatçı gruplarının psiko-sosyal yapıları dikkate alınarak psiko-eğitim ve grup çalışması şeklinde yapılandırılmasının olumlu katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

- Aristoteles. (2014). Nikomakhos'a Etik. İstanbul: Say Yayınları.
- Arpacıoğlu, Ö., & Yıldırım, M. (2011). Dünya'da ve Türkiye'de Yoksulluğun Analizi. Niğde Üniversitesi İİBF Dergisi, 4(2), 60-76.
- Ayten, A. (2014). Erdeme Dönüş: Psikoloji ve Mutluluk Yolu. İstanbul: İz Yayıncılık.
- Corbin, H. (2013). İslam Felsefesi Tarihi (9. b., Cilt I). İstanbul: İletişim Yayınları.
- Çapan, B. E., & Arıcıoğlu, A. (2014). Psikolojik Sağlamlığın Yordayıcısı Olarak Affedicilik. Uluslararası Eğitim Araştırmaları Dergisi, 5(4), 70-82.
- Davary, B. (2006). Forgiveness. O. Leaman içinde, The Qur'an: An Encyclopedia. New York/London: Routledge.
- Duyan, V. (2012). Sosyal Hizmet Temelleri Yaklaşımları Müdahale Yöntemleri. Ankara: SHUD Yayınları.
- Emmons, R. A. (2009). Teşekkür Ederim. İstanbul: Doğan Egmont Yayıncılık.
- Farnkl, V. E. (2009). İnsanın Anlam Arayışı. İstanbul: Okyan Us Yayınları.
- Lambert, N. M., Fincham, F. D., & Stillman, T. F. (2012). Gratitude and Depressive Symptoms: The Role of Positive Reframing and Positive Emotion. Cognition and Emotion, 26(4), 615-633.
- Merter, M. (2006). Dokuz Yüz Katlı İnsan. İstanbul: Kaknüs Yayınları.
- Myers, D. G. (2000). The Funds, Friends and Faith of Happy People. American Psychologist, 55(1), 56-67.
- Ocak, H. (2011). Bir Ahlak Felsefesi Problemi Olarak Erdem Kavramına Yüklenen Anlamın İlkçağdan Ortaçağa Evrimi. Felsefe ve Sosyal Bilimler Dergisi(11), 79-101.
- Özdek, Y. (2012). Küresel Yoksulluk ve Küresel Şiddet Kıskaçında İnsan Hakları. www.sendika8.org: <http://sendika8.org/arsiv/yozdek1-2009-04-12.pdf> adresinden alındı
- Özmete, E. (2011). Sosyal Kapitali Yapılandırmak: Sosyal İletişim Ağı ve Yardımseverlik-Gönüllülük. Aile ve Toplum Dergisi, 6(22), 83-104.
- Paloutzian, R. F., & Park, C. L. (2013). Din ve Maneviyat Psikolojisi: Yeni Yaklaşımlar ve Uygulama Alanları. Ankara: Phoenix Yayınları.
- Pargament, K. I., & Rye, M. (1998). Forgiveness as a Method of Religious Coping. E. Wordhington içinde, Dimensions of Forgiveness Psychological Research Theological Perspectives. London: Templeton Foundation Press.

- Peterson, C., & arkadaşları. (2007). Strengths of Character, Orientations to Happiness and Life Satisfaction. *Journal of Positive Psychology*, 2(3), 149-156.
- Peterson, C., & Seligman, M. (2004). *Character Strength and Virtues: A Handbook and Classification*. New York: Oxford University Press.
- Rye, M. S., & Pargament, K. I. (2002). Forgiveness and Romantic Relationships in College: Can it heal the wounded heart? *Journal of Clinical Psychology*(58), 419-441.
- Seligman, M. E. (2007). *Gerçek Mutluluk: Kalıcı Doyum Potansiyelinizi Gerçekleştirmek İçin Yeni Olumlu Psikolojinin Kullanılması*. Ankara: HYB Yayıncılık.
- Seligman, M. E., Rashid, T., & Parks, A. C. (2006). Positive Psychotherapy. *American Psychologist*, 774-778.
- Semedes, L. (1998). *Stations on the Journey from Forgiveness to Hope*. E. Worthington içinde, *Dimensions of Forgiveness: Psychological Research Theological Perspectives*. London: Templeton Foundation Press.
- Tangney, J. P. (2002). Humility. C. R. Snyder, & S. J. Lopez içinde, *Handbook of Positive Psychology*. New York: Oxford University Press.
- Teater, B. (2015). *Sosyal Hizmet Kuram ve Yöntemleri: Uygulama İçin Bir Giriş*. Ankara: Nika Yayınevi.
- Zastrow, C. (2013). *Sosyal Hizmete Giriş*. Ankara: Nika Yayınevi.

Sağlık ve Sosyal Politikalara Bakış Dergisi

Dergi Yayın Kuralları

1. BAKIŞ: Sağlık ve Sosyal Politikalara Bakış (ISSN: 2459-1068) Dergisi, sağlık politikaları, sosyal politika ve işgücü politikaları ve sendikal haklar konularında bilimsel bilginin üretilmesi ve paylaşılması amacıyla yılda iki kez yayımlanan (Bahar ve Güz) uluslararası ve hakemli bir dergidir.
2. Dergiye gönderilen yazıların daha önceden yayınlanmamış / yayınlanmak üzere herhangi bir dergiye gönderilmemiş olması gerekmektedir. Daha önce poster, sözlü bildiri, rapor, kitap, kitap bölümü, görüş vb. biçimde başka bir yerde yayımlanan / sunulan çalışmaların makalenin gönderilme aşamasında bu durumu belirtilmelidir.
3. BAKIŞ: Sağlık ve Sosyal Politikalara Bakış dergisinde Türkçe ve İngilizce dillerinde hazırlanan yazılar yayımlanmaktadır. Makalenin üst kapak sayfasında en fazla 200'er kelimedenden oluşacak İngilizce ve Türkçe özet, en az üç en fazla beş Türkçe ve İngilizce anahtar sözcüklerle birlikte, makalenin başlığı, yazar ismi, unvanı, kurumu ve e-posta adresi belirtilmelidir. Birden fazla yazarlı makalelerde sorumlu yazar belirtilmelidir. Makaleler en fazla 30 sayfa olmalıdır.
4. Dergiye gönderilen yazılar öncelikle intihal, içerik ve dergi yazım kurallarına göre editörler kurulu tarafından değerlendirilir. Ardından isimsiz olarak yeniden düzenlenen makaleler makale değerlendirme formu ile birlikte alanında uzman en az iki hakeme iletilir. Hakemler tarafından 30 (otuz) gün içerisinde geri gönderilen değerlendirme formlarına göre yazıların doğrudan veya düzeltme yapılarak yayımlanmasına ya da reddedilmesine karar verilmektedir. Bu süreçlerde yazarlar düzenli olarak bilgilendirilir. Düzeltme istenilen yazılara ait düzenleme işlemleri en geç 30 gün içerisinde yapılmalıdır. Yayın kurulu, gerek duyulması halinde ek hakem görüşlerine müracaat edebilir. Körleme ilkesi gereği hakemlerin ve yazarların isimleri gizli tutulmaktadır. Dergiye gönderilen makaleler yayımlansın veya yayımlanmasın geri gönderilmez.

5. Süreli yayınlarımızda yayımlanan makaleler için yayın kurulunun belirlediği tutarlar çerçevesinde telif ücreti ödenmektedir. Yayımlanması kabul edilen makalelerin telif haklarının devredilmesi için yazarlara “Telif Hakkı Devir Formu” gönderilir. Yazarlar tarafından onaylanan devir formları belirtilen iletişim kanalları vasıtasıyla dergi yayın kuruluna ulaştırılmalıdır. Makalelerin yayımlanması için devir formunun eksiksiz düzenlenmesi gerekmektedir.
6. Yayımlanan yazıların sorumluluğu tümüyle yazarlara ait olmakla birlikte Sağlık-Sen, basılı ve elektronik ortamda yazılarıyla ilgili tüm yayım haklarına sahiptir. Yayımlanan makalelerden bilimsel kurallara uygun olarak alıntı yapılabilir.
7. Dergimiz açık erişim ilkelerine göre yayım yaptığımız dergimize elektronik ortamda ulaşılabilir. İlgili sayıda yazısı çıkan yazarlara (5 Adet) ve e-posta adresimize dergiyi basılı olarak almak istediğini belirten kişilere dergimiz basılı olarak iletilecektir.
8. Dergiye gönderilecek makaleler aşağıdaki şartlara uygun olarak hazırlanmalıdır:
 - Derginin sayfa ölçüleri üstten ve alttan 3 cm, soldan 3 cm ve sağdan 2 cm, kenardan uzaklıkları üstbilgi 1,5 cm, altbilgi 1,8 cm boşluk verilerek ayarlanmalıdır.
 - Yazı karakteri Times New Roman yazı stilinde makalenin Türkçe (İngilizce) başlığı 18 punto, koyu ve hepsi büyük harfle ve orta hizada, makalenin İngilizce (Türkçe) başlığı ise koyu, 12 punto ve sola yaslı,
 - Türkçe başlığın hemen altında sağa hizalı olarak yazarların isimlerinin belirtilmesi, * işareti ile yazarların sırasıyla unvanları, çalıştıkları kurumlar ve e-posta adresleri belirtilmelidir. Ayrıca bu kısımda sorumlu yazar belirtilmelidir.
 - Özet, Anahtar Sözcükler, Abstract, Keywords başlıkları koyu ve 10 punto, metin kısımları ise italik ve 10 punto yazılmalıdır.
 - Ana başlıklar 12 punto, koyu ve büyük harf ve sola yaslı,
 - İkinci başlıklar 12 punto, koyu ve küçük harf ve sola yaslı,

- Üçüncü ve diğer başlıklar 12 punto, koyu ve küçük harf ve sola yaslı,
- Metinde satır aralığı 1,5, paragraf girintisi 1 cm, paragraflardan sonra boşluk 6 nk,
- Makaleler en fazla 30 sayfa olacak şekilde düzenlenmelidir.
- Metin içerisinde yer alan tablolara ve şekillere başlık ve sıra numarası verilmeli ve başlıklar koyu olmalıdır. Denklemelere de ayrıca sıra numarası verilmeli ve sıra numarası parantez içinde sayfanın sağ tarafında yer almalıdır.
- Kaynakça 12 punto ve sola yaslı olarak düzenlenmelidir. Kaynaklar makalenin sonunda ayrı bir sayfada “KAYNAKÇA” başlığı altında yazar soyadlarına göre alfabetik sıraya dizilmelidir. Aynı soyadı olması durumunda kronolojik sıraya göre düzenlenmelidir. Atıf yapılmayan kaynaklar kaynakçada belirtilmemelidir.

Yararlanılan ve gönderme yapılan kaynaklar, aşağıda örnekleri sunulan APA Referanslama Yöntemi ile yazılmalıdır.

-Metin içindeki atıflar, yazarın adı cümle içinde geçiyorsa;
Rawls (1971, s.125)

Yazarın adı cümle içinde geçmiyorsa;

(Rawls, 1971, s.125) şeklinde yazılmalıdır.

İki Yazarlı kaynaklarda,

(Yılmaz ve Akça, 2011, s.77) şeklinde yazılmalıdır.

-Metin içinde ikiden fazla yazarlı çalışmalara atıfta bulunurken ilk seferinde bütün isimler kullanılmalı; aynı yayına daha sonra yapılan atıflarda sadece birinci isim yazılmalı, diğer yazarlar için “ve diğerleri” (İngilizce yayınlanan kaynaklar için “et al”) ibaresi kullanılmalıdır.

Yılmaz ve diğerleri (2013)

Griggs et al (2010)

Kaynakça listesinde bütün yazarların isimleri yer almalıdır.

-Kitaplar kaynakça listesinde aşağıdaki şekilde yer almalıdır:

Yazar, BAŞ HARFLERİ. (Yıl). Başlık. Baskı. Basıldığı Yer: Basımevinin İsmi

Tokol, A. ve Alper, Y. (2015). Sosyal Politika. (6.bs.). Bursa: Dora Yayıncılık.

-Makaleler kaynakça listesinde aşağıdaki şekilde yer almalıdır:

Yazar, BAŞ HARFLERİ. (Yıl). Makalenin Başlığı. Derginin İsmi. Cilt Numarası, İlk ve Son Sayfa Numaraları

Starfield, B. and Shi, L. (2002). Policy Relevant Determinants of Health: An International Perspective. Health Policy. 63(3): 201-218.

-İnternette alınan dokümanlara erişim tarihleri belirtilmeli ve kaynakça listesinde aşağıdaki şekilde yer almalıdır:

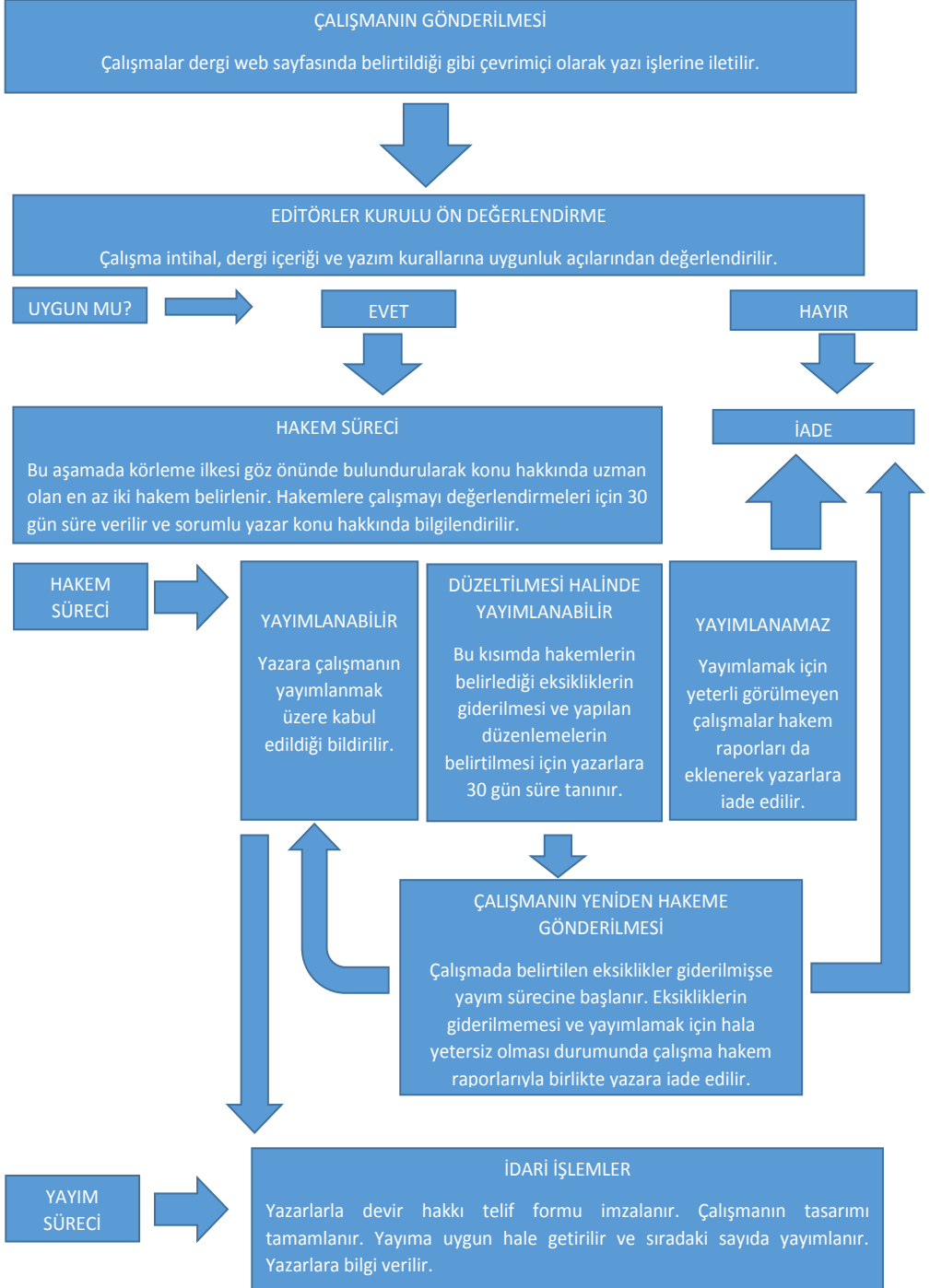
WHO, (2015). The Economic and Health Benefits of Tobacco Taxation,

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/179423/1/WHO_NMH_PND_15.6_eng.pdf?ua=1&ua=1 Erişim Tarihi: 13/07/2016.

<http://www.who.int/en/> Erişim Tarihi: 13/07/2016.

Kapsos, S. and Bourmpoula, E. (2013). Employment and Economic Class in the Developing World. ILO Research Paper No:6, 1-65.

BAKIŞ: SAĞLIK VE SOSYAL POLİTİKALARA BAKIŞ DERGİSİ YAYIM SÜRECİ





Sağlık ve Sosyal Politikalara Bakış Dergisi, Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası (SAĞLIK-SEN)'na bağlı Sağlık-Sen Stratejik Araştırmalar Merkezi Enstitüsü (SASAM) tarafından yılda iki kez (Bahar ve Güz) yayınlanacak olan ulusal ve hakemli bir dergidir.

Yayın dili Türkçe ve İngilizce olan Sağlık ve Sosyal Politikalara Bakış Dergisi ile sağlık, sosyal ve iş gücü politikalarını çağdaş standartlara kavuşturacak akılcı çözümler üretmek, sağlık ve sosyal hizmet çalışanlarının haklarını geliştirmeyi hedefleyen politikalar üretmek, küresel ölçekte sağlık sosyal ve iş gücü politikalarına katkıda bulunmak amaçlanmaktadır.

Sağlık ve Sosyal Politikalara Bakış Dergisi'ne aşağıda sunulan konularla sınırlı kalmayacak şekilde ulusal ve uluslararası sağlık, sosyal ve iş gücü politikaları ile ilişkilendirilebilecek konularda yazı gönderilebilir.

Sağlık Politikaları

Sağlık Yönetimi,
Koruyucu ve Önleyici Sağlık Hizmetleri,
Sağlık Eğitimi,
Sağlık İletişimi ve Sağlığı Geliştirme,
Sağlık Hukuku,
Sağlık Ekonomisi,
Sağlık Endüstrisi,
Sağlık Turizmi,
Sağlık Okuryazarlığı,
Çok Paydaşlı Sağlık Sorumluluğunu Geliştirme,
Küresel Sağlık,
Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon,
Sağlıkta Performans Uygulamaları,

Sosyal Politika

Sosyal Güvenlik,
Sosyal Yardım,

Sosyal Hizmetler,
Ailenin Korunması,
Çocuk, Genç ve Kadına Yönelik Politikalar,
Engelli ve Yaşlı Politikaları,
İşgücü Politikaları ve Sendikal Haklar
İşgücü Planlaması,
İstihdam,
Eğitim ve Kariyer Geliştirme,
Ücret Politikaları,
Performans,
Çalışma Süreleri,
İş Sağlığı ve Güvenliği,
Sosyal Haklar,
Örgütlenme,
Toplu Sözleşme,
Uluslararası Sözleşmeler,
İş ve Sosyal Güvenlik Hukuku

Makalelerinizi (sasam.org.tr) sayfamızdan “MAKALE GÖNDER” sekmesinden ya da “makale@sasam.org.tr” adresinden gönderebilirsiniz.

