

**T.C.  
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**ÇOCUK HEKİMİ GÖZÜYLE SOSYAL ÖYKÜ VE SOSYAL ÖYKÜYE ENGELLER:  
NİTEL BİR ARAŞTIRMA**

**Dr. Merve Çiçek KANATLI**

**UZMANLIK TEZİ  
Olarak Hazırlanmıştır.**

**ANKARA**

**2016**



T.C.  
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
ÇOCUK SAĞLIĞI ve HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

ÇOCUK HEKİMİ GÖZÜYLE SOSYAL ÖYKÜ VE SOSYAL  
ÖYKÜYE ENGELLER:  
NİTEL BİR ARAŞTIRMA

Dr. Merve Çiçek KANATLI

UZMANLIK TEZİ  
Olarak Hazırlanmıştır.

TEZ DANIŞMANI  
Prof. Dr. Sıdıka Songül YALÇIN

ANKARA

2016

*Elizabeth Lee Ford-Jones'a  
ve  
bir ömür adamak istediğim  
yoksun ocuklara...*

## TEŞEKKÜR

Tezin hazırlanmasında pek çok değerli insanın emeği geçti. Onların desteği, cesaretlendirmesi ve yardımları olmasa, kuşkusuz bu noktaya gelemezdim.

İlk teşekkürüm, ilk öğretmenlerim ve hayat boyu en büyük desteğim olan Sevgili Annem ve Babamadır. Bana öğrettikleri tüm değerler için onlara minnettarım. Varlıklarıyla hayatıma anlam katan sevgili kardeşlerim Miray ve İrem'e sundukları koşulsuz sevgi ve destek için teşekkür ederim.

Tez danışmanım Prof. Dr. S. Songül Yalçın'a, her konuda sunduğu destek ve kendimi geliştirmem için sunduğu olanaklar için çok teşekkür ederim.

Nitel araştırmayı kendisinden öğrenme şansına eriştiğim ve tez sürecinde pek çok katkısı bulunan Doç. Dr. İlknur Yüksel Kaptanoğlu'na teşekkür ederim.

Hacettepe Üniversitesinin eğitimim bir kısmını yurt dışında geçirmemi desteklemesi, bu araştırmanın ortaya çıkmasında önemli olmuştur. Bilimsel araştırmaların desteklenmesi sürecinde katkısı geçen herkese teşekkür ediyorum.

Kısıtlı zamanlarından fedakarlık ederek, üstelik hevesle bu araştırmaya katılan ve görüşlerini içtenlikle paylaşan değerli hekimlere teşekkür ederim.

Araştırma sürecindeki katkıları için Dr. Onur Naci Karahancı'ya; sunduğu aydınlatıcı kaynaklar için Prof. Dr. Mehmet Zencir'e; Necla, Güler, Olcay ve Şayeste öğretmenlerime, Elizabeth Lee Ford-Jones'a bana inandıkları ve kattıkları her şey için teşekkür ederim.

Son olarak, araştırma sürecinin her aşamasında emeği bulunan, varlığıyla bana güç ve umut veren Engin Fırat'a teşekkür ederim.

## ÖZET

**Merve Çiçek KANATLI, “Çocuk Hekimi Gözüyle Sosyal Öykü ve Sosyal Öyküye Engeller: Nitel bir araştırma”, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Ankara, 2016.**

Sosyal öykü, hekimin savunuculuk rolü adına eşsiz bir olanak yaratır. Sosyal öykü uygulamasının bu önemli işlevine rağmen, çocuk hekimliği pratiğinde gerektiği değeri görmediği ve uygulamalarının sınırlı olduğu söylenebilir. Bu çalışmayla, sosyal öykü uygulamalarını çocuk hekimlerinin deneyimleri ışığında ele almak ve sosyal öykü uygulamalarının kısıtlı olmasının nedenlerine ilişkin bütüncül ve derin bir kavrayış geliştirmek amaçlanmıştır. Araştırma yöntemi olarak yorumsamacı nitel yaklaşım seçilmiş, 12 hekim ile derinlemesine görüşmeler ve 6 hekim ile odak grup çalışması gerçekleştirilmiştir.

İçerik analizinin ortaya koyduğu sonuçlara göre, görüşmeye katılan çocuk hekimlerinin tanımladığı sosyal öykünün odağında öncelikle çocuğun ilişkileri, sosyoekonomik durumu ve gündelik hayatı bulunmaktadır. Diğerlerinden farklı olarak, sosyoekonomik durum doğrudan sorulmaksızın, gözlem ve tahminlerle anlaşılmaktadır. Görüşmecilerin tanımladığı sosyal öykü kavramı oldukça geniş olsa da, uygulamalarının çoğu zaman son derece kısıtlı olduğu öğrenilmiştir. Çocuk hekimlerinin ifadeleri, uygulamaların kısıtlı olmasının nedenlerinden en önemlisinin, biyomedikal sağlık anlayışı olduğunu göstermektedir. Bu anlayış, hekimlerin sağlığın yalnız biyolojik boyutunu görev olarak benimsemesine ve tanı koyucu-tedavi edici bir rol almasına neden olmakta; bu da, sosyal öykünün koruyucu ve savunucu olarak kullanılmasının önüne geçmektedir. Sosyal öykü uygulamalarının kısıtlılığına yol açan diğer nedenlerin, zaman kısıtlılığı, eğitim yetersizliği, disiplinlerarası çalışma ve yönlendirme olanaklarının azlığı ve bilinmemesi olduğu görülmüştür. Saptanan bu sorunların çözümü için gerek sağlık sistemi gerek tıp-uzmanlık eğitimlerindeki biyomedikal yaklaşımın sorgulanması, hekime hastaya ayırabileceği yeterli zamanın tanınması, sosyal öykünün sağlığın sosyal belirleyicilerinin ışığında ve disiplinlerarası

Çalışma ortamı içinde öğretilmesi ve etkili yönlendirme sistemleri geliştirilmesi için alışılması gerekmektedir.

**Anahtar kelimeler:** Sağlığın sosyal belirleyicileri, sosyal pediatri, savunuculuk, biyomedikal, biyopsikososyal

## ABSTRACT

**Merve Çiçek KANATLI, “*Social History and Barriers from the Pediatricians’ Viewpoint: A Qualitative Research*”, Hacettepe University Faculty of Medicine, Department of Pediatrics, Dissertation Thesis, Ankara, 2016.**

As part of the patient anamnesis, social history provides an opportunity to pediatricians for fulfilling their advocacy duties. Despite its significant capacity for such an assistance, social history remains underappreciated with its limited utilization in clinical practice. The purpose of this study was to evaluate the social history in the light of pediatricians’ experiences, and to develop a deeper insight into the reasons limiting the use of social history.

With this regard, a qualitative research method with an interpretivist approach was used. In-depth interviews were done with 12 physicians, 11 of whom were pediatricians (residents and specialists). Additionally a focus group study was conducted with 6 residents.

According to the content analysis, focuses of the social history are (1) relationships, (2) socioeconomic status and (3) everyday life of the child. It has been found that, direct questions, regarding the socioeconomic status are not addressed adequately. Instead, interviewed pediatricians prefer to observe and estimate the socioeconomic status of the family. Although the social history concepts of interviewees are quite wide, they have stated limited implementation in daily clinical routine. Biomedical approach seems to be the main reason for that limited use of social history. Biological view of health leads pediatricians to solely focus on “diagnose and treat”, which hinders them from preventive and advocacy services. Other causes seem to be time constraints, lack of education and inadequate interdisciplinary work as well as problems with the referrals. We believe, there is an urgent need to question the biomedical approach in order to ensure enough time for patient visits, to teach the social history in the context of social determinants of health with interdisciplinary work and to develop effective referral strategies.



**Key words:** Social determinants of health, social pediatrics, advocacy, biomedical, biopsychosocial

# İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR .....	iv
ÖZET .....	v
ABSTRACT .....	vii
İÇİNDEKİLER.....	ix
ŞEKİLLER .....	xi
<b>1. GİRİŞ.....</b>	<b>1</b>
1.1. Araştırmanın Problemi .....	3
1.2. Araştırmanın Amacı.....	6
1.3. Araştırmanın Önemi.....	6
<b>2. GENEL BİLGİLER.....</b>	<b>7</b>
2.1. Biyomedikal Model .....	8
2.2. Koruyucu ve Sosyal Tıp.....	11
2.3. Sağlığın Sosyal Belirleyicileri.....	19
2.4. Çocuk Hekimliğinde Savunuculuk .....	26
2.5. Sosyal Öykü.....	29
<b>3. YÖNTEM .....</b>	<b>34</b>
3.1. Yorumsamacı Yaklaşımla Nitel Araştırma .....	34
3.2. Verilerin Oluşturulması ve Analizi.....	35
3.2.1. Araştırmanın Örnekleme .....	35
3.2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Uygulama Süreci.....	37
3.2.3. Veri Oluşturma Süreci .....	38
3.2.4. Veri Analizi.....	43
3.3. Etik Hassasiyetler .....	44
3.4. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	45
<b>4. BULGULAR .....</b>	<b>46</b>
4.1. Çocuk Hekimlerinin Sosyal Öykü Deneyimleri.....	46
4.1.1. Çocuk Hekimlerine Göre Sosyal Öykünün Tanımı ve İçeriği .....	46
4.1.2. Çocuk Hekimlerinin Bir Tıbbi Uygulama Olarak Sosyal Öyküye İlişkin Görüşleri .....	72
4.1.3. Uygulamalarda Sosyal Öykü .....	86
4.2. Çocuk Hekimliğinde Sosyal Öykü Uygulamalarını Etkileyen Etmenler .....	93
4.2.1. Eğitimde Sosyal Öykünün Yeri .....	93
4.2.2. Çalışma Ortamının Sosyal Öykü Uygulamalarına Etkisi .....	99
4.2.3. Yönlendirme ve Disiplinlerarası Çalışmaya İlişkin Faktörler .....	103
4.2.4. Hekimlik Yaklaşımları.....	114
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>121</b>
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>134</b>
6.1. Sonuçlar .....	134
6.2. Öneriler.....	137

<b>KAYNAKLAR.....</b>	<b>140</b>
<b>EKLER .....</b>	<b>150</b>
<b>EK 1: Görüşmecilere İlişkin Bilgiler .....</b>	<b>.....</b>
<b>EK 2: Derinlemesine Görüşme Formu .....</b>	<b>.....</b>
<b>EK 3: Odak Grup Görüşme Formu.....</b>	<b>.....</b>
<b>EK 4: Yapılandırılmış Sosyal Öykü Formatı.....</b>	<b>.....</b>
<b>EK 5: Etik Kurul Belgesi.....</b>	<b>.....</b>

## ŞEKİLLER

Şekil 5.1. Çocuk hekimlerinin sağlığın farklı boyutlarına yaklaşımı.....130

## 1. GİRİŞ

Sosyal öykü, hekim ile sağlığın sosyal belirleyicileri arasında bir köprü görevi görerek, bireyin sağlığını etkileyen sosyal, psikolojik ve çevresel bütün faktörlerin müdahale sürecine dahil edilmesine olanak sağlayan bir hekimlik uygulamasıdır. Bu nedenle çocuk sağlığı ve hastalıkları alanında sosyal öykü uygulamalarını, çocuk için bir savunuculuk yaklaşımı olarak ele almak mümkündür.

Bilindiği gibi 1948 yılında Dünya Sağlık Örgütü sağlığı, 'sadece hastalığın olmayışı değil aynı zamanda fiziksel, sosyal ve ruhsal iyilik hali' olarak tanımlamıştır. Bu tanım, sağlığı bir hak olarak ele alan yapısı ve sağlığın toplumsal yönünü de kapsamaması nedeniyle güncelliğini korumakta ve yaygın olarak kullanılmaktadır. Çocuklar gelişimsel dönem özellikleri nedeniyle çevrelerindeki erişkinler tarafından korunmaya, ilgiye ve yüksek yararlarının gözetilmesine gereksinim duyarlar. Sosyal faktörlerin çocuk sağlığı üzerindeki etkisi sadece çocuğun güncel sağlığını değil, aynı zamanda yetişkinlikteki sağlığını etkileme potansiyeline sahip olduğu için oldukça önemli bir konudur. Sosyal faktörler, çocuk sağlığı üzerine anne karnından erken çocukluk dönemine, ergenlikten yetişkinliğe kadar çeşitli riskler getirebilir. Örneğin eşinden şiddet gören bir annenin, yoksul bir ailede doğan çocuğunun, yetersiz beslenme ve stresin getireceği büyüme ve gelişim geriliği riski taşıdığı söylenebilir. Erken çocukluk dönemindeki gelişimsel sorunlar, çocuğun akademik başarısını ve bu durum da, çocuğun gelecekteki iş ve aile yaşantısını etkileme potansiyeline sahiptir. Çocuğun etrafındaki sosyal riskler birikimsel bir biçimde katlanarak çocuğun bütün yaşamını etkileyeceği için, zamanında yapılmayan müdahale hem çocuğun sağlığını hem de gelecekteki erişkinin sağlığını tehlikeye atmak anlamına gelmektedir. İşte bu noktada sosyal öykü, çocuğun çevresindeki psikososyal riskleri müdahale sürecine dahil etme imkanı sağlayarak, hem çocuğun güncel ve gelecekteki sağlığını koruyabilir hem de sosyal sorunların ve sağlık eşitsizliklerinin yarattığı kısır döngüyü kırabilir.

Sosyal öykü uygulamasının odağında sağlığın sosyal belirleyicileri vardır. Bireyin sağlığının önemli bir boyutunu oluşturan psikolojik, sosyal ve çevresel

etmenlerin göz ardı edilmesi, birey ve toplum sağlığının daha iyi anlaşılabilmesini engellemektedir. Son iki yüzyılda yaşam beklentisini artıran şeyin sıklıkla düşünöldüğü gibi sağlık hizmetleri değil, beslenme ve yaşam koşullarındaki değişiklikler olduğu bilinmektedir [1]. Sosyal koşullarla yaşam beklentisi sıkı bir ilişki içindedir. Sağlık bakım hizmetleri, yaşam beklentisine katkı anlamında ancak %10'a kadar etkili olabilmektedir. Buna karşılık sosyal koşullar, çevresel maruziyet ve davranışlar erken ölüm riskinin yüzde 60'ından sorumludur [2]. Bu nedenle sağlık bilimleri artık sadece hastanın bedeniyle değil, bedeni aşan boyutlarıyla da ilgilenmelidir. Sağlığı salt bedensel formun içine sıkıştıran biyomedikal modelin aksine, bireyin sağlığını sosyal, psikolojik ve çevresel etmenlerin bir bileşimi olarak ele alan biyopsikososyal tıp anlayışı bu araştırmanın şekillenmesinde etkili olmuştur.

Bu araştırmanın şekillenmesine katkı sağlayan bir diğer faktör, kendisi de bir çocuk hekimi olan araştırmacının Kanada'daki çocuk kliniklerinde yapmış olduğu gözlemlerdir. Bu gözlemler neticesinde, Kanada'da sosyal öyküye verilen ağırlığın, Türkiye'den oldukça farklı olduğu görölmüştür. Hasta ve ailelerine sunulan tıbbi hizmet açısından ölkeler arasında önemli bir farklılık görölmemişken, sosyal öykü alanındaki farkın nereden kaynaklandığı sorusu, bu araştırmanın şekillenmesinde etkili olan önemli faktörlerden birisidir.

Bireyin sağlığını etkileyen bütün etmenleri gerek koruma gerek tanı-tedavi adına ele almak hekimin asli bir görevidir. İnsanın biyolojik, psikolojik ve sosyal bir varlık olduğunun kabulü, hekimlik uygulamalarını bu etmenleri de kapsayacak bir biçimde yürütme zorunluluğunu doğurmaktadır. Bu nedenle, bu araştırma, biyopsikososyal tıp anlayışıyla yola çıkarak ve çocuk hekimlerinin unutulmuş görevlerinden birini öne çıkararak; sosyal öykü uygulamalarını ve sosyal öyküye engelleri keşfetmenin yollarını aramaktadır.

Türkiye'de sosyal öykü alanında yapılmış herhangi bir araştırmaya rastlanılmamıştır. Bu nedenle araştırmanın şekillendirilmesinde, Türkiye'ye ilişkin kavramsal ve yerel bir zeminden hareket edilememiştir. Bu araştırma çocuk hekimlerinin deneyimlerinde sosyal öyküyü keşfetmek ve sosyal öykü

uygulamalarının kısıtlı olmasına neden olan faktörler hakkında bütünlüklü bir bilgi elde etmek amacıyla yorumsamacı temele dayanan nitel yöntemle yürütülmüştür.

### 1.1. Araştırmanın Problemi

Sağlıklı yaşam, evrensel ve yasal bir haktır. Çeşitli aşamalardan geçerek yasal bir statü kazanan sağlık hakkını gerçekleştirmek amacıyla tüm dünyada pek çok sivil toplum örgütü, akademisyen ve aktivist, sağlığa erişimin önündeki engelleri kaldırmanın yollarını aramaktadır. Sağlık hakkının gerçekleşmesi ülküsü, insan ile uğraşan bütün mesleklere etik ve yasal bir sorumluluk yüklemektedir. Bu, bireylerin ve toplumların sağlıklı olmalarını sağlamak için var olan bütün mekanizmaların kullanılması sorumluluğudur. Bu açıdan bakıldığında bireylerin sağlığını etkileyen bütün etmenlerin, koruma, tanı ve tedavi sürecine dahil edilmesinin hekimlerin mesleki bir görevi olduğu söylenebilir.

Yüzyıllar ve toplumlar arasında farklılık gösteren sağlık yaklaşımları, hekimlik uygulamaları üzerinde doğrudan etkili olmaktadır. Bu tez araştırmasının anlaşılması için; sağlığı farklı biçimlerde ele alan iki yaklaşımdan söz edilmelidir. Bunlar biyomedikal model ve biyopsikososyal modeldir. Sağlığı fiziksel belirtiler üzerinden ele alan biyomedikal model [3-6] genellikle hastalık ya da ağrı gibi göstergelere odaklanmakta ve bireyin bedenini tamir edilmesi gereken bir makine gibi görmektedir. Bu modele zemin hazırlayan felsefi düşüncenin, özne-nesne ayrımını öne çıkaran pozitivizm olduğu söylenebilir. Kartezyen düşüncenin hakim olduğu bu modelde, beden ile zihin birbirinden ayrı olarak ele alınmakta ve sağlığı etkileyen sosyal (*ve diğer görünmez*) faktörler hekimlik uygulaması kapsamında değerlendirilmemektedir. Bu yaklaşımı benimseyen hekim, tanı koyucu-tedavi edici rolüne bürünmekte ve hastanın fizyolojik özelliklerini her şeyden daha önemli görmektedir. Bu modelde bireyin etrafındaki sosyal değişkenler, hekimlik uygulamalarının dışında kabul edildiği için müdahalenin kapsamında değerlendirilmez. Bu modele göre hekimlik uygulamalarında laboratuvar testleri ve görüntüleme yöntemleri, hastanın öznel hisleri ve öyküsünden çok daha değerlidir.

Tıp uygulamalarını uzun bir süre etkisi altına alan bu modelin determinist yapısının, günümüz tıp uygulamalarında çeşitli biçimlerde devam ettiği söylenebilir.

Biyomedikal modelin, günümüz tıp uygulamalarına olan en önemli etkisi, hekimin hastadan ziyade hastalığa odaklanmasını doğurmasıdır. Bununla birlikte biyomedikal model, sağlıkta yaşanan teknolojik gelişmelerin neden sağlık eşitsizliklerini ortadan kaldıramadığına tatmin edici bir cevap verememektedir. Bütün bu gelişmelere rağmen sağıktaki eşitsizliklerin [7-10] devam ediyor, hatta artıyor oluşu, sağığın ele alınış biçimini sorgulamayı gerektirmektedir.

Sağığı ele alış biçimi biyomedikal modelden oldukça farklılaşan ve günümüzde (uygulamada değilse de fikren) daha çok kabul edilen model, biyopsikososyal modeldir [11]. Bu modelde hekimin sadece hastalığa değil, aynı zamanda hastaya, hastanın hastalığa yüklediğı anlama ve sağığı ve hastalığı belirleyen sosyal faktörlere odaklandığı söylenebilir. Sağığın sadece biyolojik değil, psikolojik ve sosyal boyutunun da işin içine katıldığı bu modelde, bireyin sağığını etkileyen etmenler daha etraflıca ele alınmaktadır.

Sağığı, bireyin bedeni dışına çıkarmak doğal olarak toplumsal ve çevresel birçok etmenin analizini gerektirecektir. Bu etmenlerin büyük bir kısmını sağığın sosyal belirleyicileri oluşturmaktadır. Sağığın sosyal belirleyicileri, kişinin içinde doğduğu, büyüdüğü, çalıştığı, yaşadığı ve yaşlandığı koşullardır. Bu koşullar, para, güç ve diğer kaynakların küresel, ulusal ve yerel düzeylerdeki dağılımı ile şekillenir. Ülke içi ve ülkeler arasında eşitsizliklerin büyük çoğunluğundan sağığın sosyal belirleyicilerinin sorumlu olduğu kabul edilmektedir. Bu belirleyicilerin önemli özelliklerinden biri sosyal gradyenttir. Bu, toplumun alt sınıflarına gidildikçe pek çok sağlık parametresinin kötüleştiğı ve üst sınıflara gidildikçe sağlık durumunun daha iyi olduğu anlamına gelir. Sağığın sosyal belirleyicileri, bireyin yaşadığı yerel özelliklerden de etkilenecek olmakla birlikte genel olarak şu şekilde sıralanabilir; gelir, meslek (işsizlik-iş güvencesi-stres), gıda, barınma, ısınma, yaşa özel dönemler (erken çocukluk dönemi, ergenlik gibi), eğitim, ulaşım, bağımlılık, toplumdan dışlanma-toplumca benimsenme, sosyal destek [12,13].



Tarihsel olarak sağlığın sosyal belirleyicilerine işaret eden ilk hekimler, Sosyal tıp disiplininin kurucularıdır. Sanayi devrimi sonrası kötü çalışma ve barınma koşulları, toplumun sağlığını derinden etkilemiş, 19. yüzyılda Virchow gibi hekimlerin sağlık ve yaşam koşulları arasındaki ilişkiyi bildirmesi ve bu koşulların değişiminin savunucusu olması tıpta yeni bir akım başlatmıştır. O tarihten bu yana, kimi zaman duraksayıp kimi zaman güçlenerek devam eden bu akım, bugün sağlığın sosyal belirleyicilerini ve hekimlerin savunucu rolünü beslemektedir [14-16].

Sosyal faktörlerin sağlık üzerindeki etkisinin incelendiği araştırmalar son yirmi yılda oldukça artmıştır [7-10, 13, 17-30]. Sosyal faktörlerin sağlık üzerindeki etkisini betimleyen çalışmaların gün geçtikçe artmasına rağmen, bu faktörlere nasıl müdahale edileceğine ilişkin bilginin sınırlı kaldığı gözlenmektedir. Bu sınırlı bilgi içinde bazı araştırmalar sağlığın sosyal belirleyicilerine ilişkin tarama yapmanın önemine değinmekte [7-9, 24, 31] ancak bir uygulama biçimi olarak sosyal öyküye ilişkin bilgi sınırlı kalmaktadır.

Sosyal yk, hekime hastanın sağlığını etkileyen sosyal etmenleri öğrenme ve müdahale etme yolu sunmaktadır. Bu yönüyle sosyal öykü, sosyal belirleyicilerin tıp ve uzmanlık öğrencilerine öğretilmesi ve hekimin savunuculuk rolü adına eşsiz bir olanak yaratır. Sosyal yk uygulamasının bu önemli işlevlerine rağmen, hak ettiği değeri görmediği söylenebilir. Uluslararası literatürde sosyal öykü uygulamalarına ilişkin bilgi oldukça sınırlıdır. Türkiye’de ise, sosyal öyküyle ilgili yayınlanmış herhangi bir araştırmaya rastlanılmamıştır. Özellikle ocuk hekimliği söz konusu olduğunda sosyal öykü konusundaki bilgi boşluğunun öncelikli araştırma gereksinimi doğurduğu düşünülmektedir. Bütün bu gerekçelerle bu araştırmanın temel soruları aşağıdaki şekilde belirlenmiştir:

- ocuk hekimlerinin sosyal öykü deneyimleri nasıldır?
- Sosyal yk uygulamalarının kısıtlı olmasının nedenleri nelerdir?

## **1.2. Araştırmanın Amacı**

Araştırmanın problemiyle de bağlantılı olarak bu araştırmanın amacı sosyal öykü uygulamalarını çocuk hekimlerinin deneyimleri ışığında ele almak ve sosyal öykü uygulamalarının kısıtlı olmasının nedenlerine ilişkin bütüncül ve derin bir kavrayış geliştirmektir.

## **1.3. Araştırmanın Önemi**

Sosyal öykü, bireyin sağlığını etkileyen sosyal faktörlerin tespiti ve bunlara müdahalede hekime uygun bir yöntem sunmaktadır. Sağlığın sosyal belirleyicilerinin bu kadar etkili olduğu ve sağlıktaki eşitsizliklerin önemli sosyal ve tıbbi sorunlara sebebiyet verdiği günümüzde, sosyal öykü uygulamalarına ilişkin farkındalık geliştirmek oldukça önemlidir. Buna karşın, bilgimize göre Türkiye’de henüz çocuk sağlığı izleminde sosyal öykünün yeri alanında yayınlanmış bir araştırma yoktur. Uluslararası İngilizce literatürde ise sosyal öykü uygulamalarına ilişkin araştırmalar oldukça sınırlı sayıda olmakla birlikte, çocuk hekimlerinin sosyal öykü deneyimlerini ele alan bir araştırmaya rastlanmamıştır. Çocuk hekimlerinin sosyal öykü uygulamalarını ve sosyal öykü uygulamalarının önündeki engelleri keşfetmeyi amaçlayan bu araştırma, hekimlerin öznel deneyimlerinden yola çıkarak, sosyal öykü literatürüne hem yerel hem de evrensel bir katkı sunacaktır.

Sosyal öykü uygulaması, sağlığın sosyal belirleyicilerinin öğretilmesi ve savunucu hekimlerin yetişmesi için bir yol olarak kullanılabilir. Bu araştırmanın bulguları, sağlığın sosyal belirleyicilerini tıp ve uzmanlık eğitimine dahil etmek isteyen eğitimcilere ve bu belirleyicileri hekimlik uygulamalarına dahil etmek isteyen çocuk savunucusu hekimlere bir referans olması açısından da oldukça önemli görölmektedir.

## 2. GENEL BİLGİLER

Bu tez çalışmasının kuramsal çerçevesi olarak tasarlanan bu bölümde; *sosyal öykünün* yalnızca bir tıbbi uygulama olarak aktarılmasının ötesine geçilerek, sosyal ve tarihsel bağlamına yer verilmeye çalışılmıştır. Bu amaçla, sağlığın sosyal boyutu ve tıbbın bu konuya yaklaşımı değerlendirilmiş; biyomedikal sağlık modelinden, sosyal tıbbın gelişimine ve çocuk savunuculuğuna çeşitli kavram ve medikososyal hareketler ele alınmıştır. Sosyal öykünün kavramsal dayanağını oluşturan ve her geçen gün kendine yeni kanıtlar bulan *sağlığın sosyal belirleyicileri* tanıtılmaya çalışılmıştır. Böylece sosyal öykü, köken aldığı kavramlarla birlikte geniş bir bağlamda ele alınmıştır.

Sağlığın sosyal boyutu temel olarak iki açıdan ele alınabilir. Bunların ilki, toplumun tüm bireylerine sağlıklı yaşam hakkının sunulması; yani 'Herkesin Sağlık' boyutudur. Alma Ata Bildirgesi ile 1978'de dile getirilen bu anlayış, hastalığın yalnızca hasta olan kişinin sorunu olmadığını anlayarak tüm topluma yönelmek gerekliliğini ve özellikle de sosyoekonomik düzeyi düşük kesimlerin sağlığının iyileştirilmesini ifade eder. Sağlığa sosyal yönünü veren ikinci boyut ise, herhangi bir bireyin ya da toplumun sağlık durumunu belirleyen etmenleri, sosyo-kültürel ve ekonomik çevreden bağımsız olarak ele alma olanağının olmamasıdır. Bu noktada, sağlığın çok bilimli özelliği ve tıbbın çok boyutlu bir bakış açısına gereksinimi olduğu ortaya çıkmaktadır [32]. Bununla birlikte, tıpta olağanüstü gelişmelerin yaşandığı bu yüzyıl, aynı zamanda önce sistemler-organlar ve şimdi moleküler düzeyde uzmanlaşma-branşlaşmayı da getirmiştir. Bu durum, hekimin bireyi ve sağlığı çok yönlü düşünmesinin önünde bir engel yaratmaktadır. Böylesi bir ortamda sosyal öykü, çocuk hekiminin *koruyucu ve savunucu rolünü* gerçekleştirebilmesi adına önemli bir yol açmaktadır.

## 2.1. Biyomedikal Model

*'Tıp bilimi hala bedeni bir makine, hastalığı makinenin bozulmasının sonucu, doktorun görevini de makinenin onarılması şeklinde gören anlayışa dayalıdır.'*

George L. Engel

Kimi zaman medikal veya mekanistik model olarak da anılan biyomedikal modele göre sağlık, hastalığın, ağrının ve bir başka kusurun olmamasıdır. Sağlığın ve tıbbın bu modeli, patoloji, biyokimya, fizyoloji, genetik gibi bedensel süreçlere yoğunlaşmıştır. Modelin önemli karakteristiklerinden biri sosyal etmenleri ve bireysel özneliği hesaba katmamasıdır [4]. Bunun zemininde, bu modelin pozitivist metodolojisi yatmaktadır. Pozitivizm, bilimin ancak gözlemlenebilir ve ölçülebilir olanı incelemesine dayanan felsefi görüştür. Pozitivizme göre bunun ötesindeki herhangi bir şeyin bilgisi imkansızdır. Bunu yalnız gözlemlenebilir işaret ve belirtilerin medikal bir tanı olarak benimsenmesi izler; tüm 'gerçek' hastalıklar ölçülebilir biyolojik nedensel mekanizmalara sahiptir. Bu görüş, sosyal ve psikolojik etmenlerin marjinalize edilerek ihmaline yol açmaktadır [5].

Bedene odaklanılarak psikolojik ve sosyal etkilerin göz ardı edilmesi günümüz tıbbının yaygın tanı ve tedavi yaklaşımıdır. Çoğu hekim, hastanın sosyal öyküsünü almaz, bunun yerine biyofiziksel veya genetik işlev bozukluklarını inceler. Biyomedikal yaklaşımın odağında, hastanın öznel hisleri ve öyküsünden çok laboratuvar testleri vardır. Bu modele göre insan, bedendir ve beden bir makine gibi düşünülebilir. Hastalık, beden makinesinin bir parçasının düzgün işlememesidir ve tıbbın görevi bozulan makineyi tamir ederek hastanın tekrar sağlıklı kılınmasıdır [3, 4].

Capra'ya göre biyomedikal modelin kökenleri Kartezyen görüşe dayanır. Descartes'ın zihin (soyut) ve bedeni (somut) ayıran bu felsefesi, 17. yüzyıldan bu yana Batı düşüncesini ve sonuçta Batı tıbbını büyük değişime uğratmıştır. Descartes'tan önceki sağaltıcıların çoğunun, beden ve ruhun karşılıklı etkileşimini dile getirerek hastalarını toplumsal ve ruhsal çevreleri bağlamında tedavi etmelerine karşın, Descartes'ın zihin ve beden arasında yaptığı katı ayırım sonrasında hekimler,

beden makinesi üzerinde yoğunlaşmaya ve hastalığın psikolojik, toplumsal ve çevresel boyutlarını ihmal etmeye başlamıştır. Tıbbın önce organik-bedensel olana; giderek daha küçük parçalara ve sonuçta moleküllere yönelerek *indirgemeci bir yaklaşım* sergilemesi de biyomedikal modelin tipik özelliklerindedir. 19. yüzyılda mikrop teorisinin sahip olduğu indirgemeci ve ayrıcalıklı konuma bugün genetik teorilerinin sahip olduğu söylenebilir [6].

Biyolojik tıbbın (biomedicine) bakış açısı, sistemlerin, organların incelenmesinden hücrelerin ve nihayetinde moleküler mekanizmaların incelenmesine doğru değiştikçe, insanın bütününe ilgilendiren sağaltımın incelenmesi giderek ihmal edilerek hekimlerin dikkati hastadan hastalığa yönelmiştir [3].

Biyomedikal model, insan bedenini ait olduğu sosyal ve çevresel bağlamından kopardığı, sağlığın genetik belirleyicilerine gereğinden fazla odaklandığı ve sağlığı etkileyen sosyal ve çevresel faktörleri göz ardı ettiği için eleştirilmektedir [6].

Capra'ya göre biyomedikal modelin temel yanılması, hastalık süreçleriyle hastalığın kökenlerinin birbirine karıştırılmasıdır. Bir hastalık niçin ortaya çıkar sorusunu sormak ve ona neden olan şartları ortadan kaldırmaya çalışmak yerine tıp araştırmacıları çoğu zaman hastalığın sayesinde iş gördüğü biyolojik mekanizmaları anlamaya çalışırlar. Gerçek kökenlerinden çok bu mekanizmalar hastalığın kökenleri olarak görülmüş ve bu karıştırma çağdaş tıbbın kavramsal sorunlarının merkezinde yer almıştır. Thomas McKeown, tıptaki en temel sorunun, hastalığın meydana geldikten sonra nasıl ameliyat edileceğinden çok, hastalığın niçin meydana geldiği olduğunu söylemiştir. Ona göre hastalığın kökenleri, hastalık sürecinin doğasından önce gelmektedir [3].

Biyomedikal modele yöneltilen bir diğer eleştiri normallik arayışıdır. 'Normal'in ne olduğu net olmamasına rağmen hastalığı normalden sapma olarak ele alıyor oluşu biyomedikal modelin eleştirilen bir diğer özelliğidir. Biyomedikal model

ayrıca insanları nesneleştirmesi ve insanların sağlık ve hastalık deneyimleriyle ilgili duygu ve düşüncelerini değersiz ve geçersiz görmesi nedeniyle de eleştirilmiştir [6].

Capra'nın biyomedikal modele yönelik bir diğer eleştirisi, sağlık ve sağaltım(şifa bulma)'ın felsefi kavramlar olarak kabul edilerek tıp eğitiminde bu konulara yer verilmemesidir. Sağlık için son derece önemli başka pek çok konu da -örneğin beslenme, çalışma, nüfus yoğunluğu ve barınma- tıp okullarında gereği oranında tartışılmamış ve bu durum çağdaş tıpta koruyucu sağlık hizmetlerine yeterince önem verilmemesine neden olmuştur [3].

Biyomedikal modelin en önemli eleştirilerinden biri ise, Thomas McKeown tarafından öne sürülmüştür. McKeown, 1970'lerde insan ömrünün uzatılmasında biyomedikal tedavi yöntemlerinin hemen hiç etkisi olmadığını, beslenme ve yaşam koşullarının düzelmesinin ise temel belirleyici olduğunu yazmıştır [1]. Takip eden yıllarda ise McKeown'un görüşlerine karşı çıkan ve sağlık hizmetlerinin sağlığı iyileştirmedeki etkisini gösteren çalışmalar yayınlanmıştır. Sağlık hizmetlerinin toplum sağlığına etkisini yok saymak mümkün olmamakla birlikte, her geçen gün çoğalan 'kanıtlar' biyomedikal modelin büyük ölçüde yok saydığı sosyal belirleyicilerin bugün sağlığın belirleyicileri arasında en ön planda olduğunu göstermektedir [12]. McKeown'un görüşüyle uyumlu olacak kanıtlardan bir diğeri, sağlığın biyomedikal modeli üzerine kurulu sağlık hizmeti harcamalarının rekor hızla artarken, toplumsal sağlık göstergelerinde dikkat çeken bir iyileşme gözlenmemesidir [3].

Psikiyatrist George L. Engel 1977'de biyomedikal modelin baskınlığını eleştirmiş ve bütüncül bir değerlendirme için biyopsikososyal modeli önermiştir. Biyopsikososyal model, biyomedikal modelden farklı olarak sağlığın psikolojik ve sosyal boyutlarının da hesaba katıldığı bir modeldir. Engel, hasta hayvanları ve bitkileri inceleyen bilim insanlarına kıyasla hekimlerin önemli bir avantajı olduğunu belirtir. İnsanlar, kendi incelemelerine aktif olarak katılabilirler ve içsel deneyimlerini aktarabilirler. Bu, hekime başka türlü elde edilmesi olanaksız bir görüş kazandırır. Engel, bunun hekimler için büyük bir bilimsel avantaj olduğunu söylemiştir. Engel biyomedikal yaklaşımın -ki bunu 17. yüzyıl biliminin 20. yüzyıl

türevi olarak tanımlamaktadır- kategorik olarak psikososyal boyutları ölçülemez, subjektif olarak değerlendirerek bilimden dışladığını ifade eder. Ona göre bu durum, inceleyeni inceleyenden keskin çizgilerle ayıran 17. yüzyıl yanılığının devamıdır [11].

Aslında basitçe gözlemlenmenin ötesinde bilim insanı, gözlemlerine dayalı bir zihinsel yapı inşa eder. Fizikte görelilik teorisiyle başlayan bu perspektife göre, gözlemcinin gözlenene göre konumu ihmal edilemez. Görelilik kuramının kurucusu Albert Einstein *'Bilimin tümü, günlük düşüncenin rötuşlanmasından başka bir şey değildir'* demiştir [33]. Tıbbın insanın acısının farkında olmayan, böylesi bir temasa ihtiyaç duymayan ve sayıları giderek artan yeni uzmanlık alanlarına parçalanması, biyopsikososyal modeli giderek daha önemli ve gerekli kılmaktadır [11].

## 2.2. Koruyucu ve Sosyal Tıp

*'Hangi önyargılara sahip veya hangi taraftan olursa olsun bir insan, nasıl olur da bu sağlıksız kalabalığın fabrikaların tozunu solumasından, pamuk iplerini yutmasından, sistemlerinin beyaz kurşun, civa ve tüm diğer zehirlerle doymasından, köşelerde böcekler içinde uyumasından, ... etkilenmez?'*

C. Baudelaire

*'Tek tek hastalara bakmanın getirdiği çok önemli bir risk vardır; o da ağaçlara bakarken ormanı gözden kaçırmaya benzer.'*

A. Gürhan Fişek

Biyomedikal yaklaşımın hakimiyeti ile koruyucu ve tedavi edici hizmetler arasındaki dengesizlik günümüze dek süregelmiştir ve hastalığın tedavisi, hekimin etkinliğinin merkezinde yer almaya devam etmiştir [34]. *Sosyal tıp* ise, klinik ve koruyucu tıp disiplinlerini, her ikisine de katkı sağlayacak şekilde bir araya getirmektedir. W. Hobson *sosyal tıbbı*, 'tıbbın tüm dallarına nüfuz eden ve tıp eğitiminin herhangi bir kolundan ayrılmayacak bir felsefe' olarak tanımlamıştır. Ona göre sosyal tıbbın önemli bir özelliği de tıp ve diğer insani bilimler arasında köprü oluşturmalarıdır [35].

Hem biyomedikal yaklaşıma hem de sağlıktaki eşitsizliklere karşı bir hareket olarak ortaya çıkan sosyal tıp, çeşitli tarihsel olayların etkisiyle kimi zaman ivmelenip

kimi zaman duraksayarak gelişimini sürdürmüştür. Zaman içinde sosyal tıp terimi, farklı toplumlar ve toplumsal olaylara uyum sağlayarak değişmiştir. Bununla birlikte sosyal tıp teriminin temelinde yer alan prensiplerin şunlar olduğu kabul edilmektedir: (1) Sosyal ve ekonomik koşullar, sağlık, hastalık ve tıp uygulamalarını derinden etkilemektedir. (2) Toplumun sağlığı toplumsal bir kaygı unsurudur. (3) Toplum, sağlığı hem bireysel hem toplumsal araçlarla teşvik etmelidir [36].

Sosyal tıbbın gelişiminin 18. yüzyılda sanayileşmeyle birlikte başladığı söylenebilir. Sanayileşme ve şehirleşmenin yarattığı hızlı değişim, stres ve kötü çalışma koşulları işçi sınıfının sağlığını etkileyerek sosyal tıbbın gelişmesinde önemli derecede etkili olmuştur. Ek olarak, 19. yüzyılda hızla gelişmeye başlayan istatistiksel araştırma yöntemleri de sosyal tıbbın gelişiminde büyük rol oynamıştır. Sağlık problemleri politik, ekonomik ve sosyal durumlarla her zaman yakın ilişkili olmuştur ve bunlarla sağlık arasındaki ilişki antik dönemler ve Orta Çağda sporadik gözlemler olarak bildirilmiştir. Bununla birlikte, bu konuların sistematik araştırmaya tabi tutulması 19. yüzyıla dek mümkün olmamıştır [37]. 18. yüzyılda sosyal tıbbın kurucularından biri olan Alman hekim Johann Peter Frank'ın çalışmaları, kötü yaşam koşullarının ve sosyal durumların sağlığına etkisine dikkat çekmiştir. Frank, 1790 yılındaki bir dersinde 'yoksulluğu hastalıkların anası' olarak tanımlamış, toplumdaki her grubun karşılaştığı risklere göre farklı hastalıkları olduğunu belirtmiştir. Frank bu konuşmasında, yoksulluğun neden olduğu hastalıkları insanın yaşam döngüsünü temel alarak tarif etmiştir. Malnütre annenin bedenindeki embriyonun büyümek için sahip olduğu elverişsiz ortamdan, doğumda gerekli maddi ve manevi yardımı alamayan yorgun anneden, azalan anne sütünden ve çocuğa yeni yiyecek arayışından, çocuk işçiliğinden ve kölelerin kaşektik oluşundan söz etmiştir. Frank'ın sözleri ayrıca, hastalığın sosyal kökenlerinin istatistiksel analizinin oldukça erken örneklerinden birini içermektedir. Spire eyaletindeki düşük ve erken doğumların daha sık olduğunun rapor edildiğini, bunun nedenlerini araştırdığında annelerin gebeliğinin son aylarına dek ağır işlerde çalıştığını saptadığını belirtmiştir. Frank ek olarak, sosyal sınıfın koruyucu etkilerinden de söz etmiştir. Bu konuda verdiği örnek,



hekimlerin, cerrahların, komutanların ve rahiplerin hasta bireylerle sık temasları olduğu halde yoksul bireylerden daha az sıklıkla hastalandıklarıdır [38, 39].

Frank'in ekonomik olarak dezavantajlı toplulukların sağlığına ilişkin çıkarımları bugün hala geçerliliğini korumaktadır. Bugün onun 'Bütünüyle sağlık politikaları sistemi (A Complete System of Medical Police)' isimli dokuz ciltlik çalışmasının, halk sağlığı bilim dalının yapı taşlarından olduğu kabul edilmektedir. Frank bireysel ve toplumsal sağlığı korumak üzere devlet kurumlarına yönelik, anne-çocuk sağlığından, okul çocuklarının refah sistemleri ve eğitim kurumlarının denetimine varan çok sayıda öneride bulunmuş, ayrıca köleliğin kaldırılmasını desteklemiştir [34, 39].

Takip eden yüzyılda (19. yy) Almanya, Fransa ve İngiltere'deki hekim, hukukçu ve aktivistler sosyal tıbbın gelişiminde önemli rol oynamışlardır. Alman hekim Solomon Neumann'ın '*Tıp iliklerine kadar sosyal bir bilimdir*' [40] sözleri, sosyal tıbbın gelişiminde önemli bir basamağı oluşturur. Neumann'a göre hekimliği 'sosyal' kılan, amacının toplumsal oluşudur [32].

Bundan bir yıl sonra (1848'de) '*Sosyal Tıp*' bir terim olarak ilk kez Fransız hekim Jules Rene Guerin tarafından kullanılmıştır. 19. yüzyılda geliştirilen sofistike epidemiyolojik ve istatistiksel yöntemler, Paris'in yoksul ve zengin kesimlerindeki mortalitelerin farklılığı gibi çalışmalarla hastalığın sosyal nedenlerinin defalarca gösterilmesini sağlayarak bu konuda bir bilgi birikimi sağlamıştır. Jules Guerin sosyal tıbbın kuruluşunu şöyle gerekçelendirmektedir: '*Çoktandır tıp ve halkın sorunları arasındaki sayısız ilişkiyi gösterme fırsatımız oldu. ... kimi gönülsüz ve plansız yaklaşımların yerine, sağlık politikaları, halk sağlığı ve adli tıp gibi bölümleri bir çatıda toplamaya eğilimliyiz. Bir bütün oluşturmak ve potansiyellerini en üst düzeye çıkarabilmek üzere, bunların amaçlarını daha iyi açıklayan 'Sosyal Tıp' başlığında bu parçaları bir araya getirmenin zamanı gelmiştir*' [41].

Almanya'da ise Rudolph Virchow bu görüşlerin önemli bir savunucusu olmuştur. Sosyal tıbbın kurucularından biri olarak kabul edilen Virchow, bir patolog ve Berlin'de tıp eğitimcisiydi. Patolojide hücre öğretisinin öncülerinden ve hastalığın

hücredeki bulgularını gösteren ilk araştırmacılarıdır. Trişinozisin patofizyolojisini keşfetmiş, Almanya'da zorunlu et muayenesi için çağrıda bulunmuştur. Berlin kanalizasyon sisteminin tasarlanması ve denetiminde katkı sunmuştur. Biyomedikal tıbbın önemli keşiflerinde rolü olmasına rağmen, bakteri ve hastalık arasındaki basit nedensel ilişki(mikrop teorisi)'yi hiçbir zaman kabul etmemiş, bakterinin gerekli ancak hastalık için yeterli olmadığını belirtmiştir. Çıkardığı '*Die Medicinische Reform, 1848*' dergisi aracılığıyla, toplumun sosyal yapısı ve bunun hastalıkla ilişkisinin analizini yapmış ve aktarmış, dergiyi barınma ve beslenmenin iyileştirilmesi için bir çağrı aracı olarak kullanmıştır. 1848'de Yukarı Silesya'daki tifüs salgınını araştırmak üzere görevlendirilmiş, orada üç hafta kalarak Polonyalı ailelerin ve işçilerin durumlarını görme olanağı bulmuş ve salgının altta yatan nedenlerinin tıbbi olmaktan çok sosyal olduğunu, işçilerin yaşadığı koşullar ve malnütrisyonun salgında önemli rol oynadığını bildirmiştir. Virchow'un klinik, patolojik ve istatistiksel olarak rapor ettiği bulgular ve önerileri sosyal tıp hareketinin doğmasını sağlamıştır. Virchow'un '*Şüphesiz, hekim yoksulun savunucusudur*' sözü bu hareketin önemli yapıtaşlarındandır [16]. Virchow'un devrimsel nitelikteki görüşleri arasında, çocuk işçiliğinin yasaklanması, iş yerindeki toksik maddelerin kontrolü, riskli mesleklerdeki çalışma saatlerinin azaltılması ve iş yerlerinde yeterli havalandırılmanın sağlanması vardır [16, 42].

Virchow ayrıca, '*tıbbın sosyal bir bilim olduğunu ve politikanın daha geniş ölçekte sağlıktan başka bir şey olmadığını*' söylemiştir. Ona göre '*eğer tıp gerçekten büyük görevini başarmak istiyorsa, politik ve sosyal yaşama dahil olmalıdır*' [43]. Virchow'un fikirleri, döneminde fazla radikal ve idealist bulunmuş ve politik karar vericilerin kararlarında ancak oldukça küçük etkiler gösterebilmiştir. Guerin ve Vichow'un ve diğer sağlık reformcularının işçi sınıfının kötü sağlık koşullarına ilişkin görüşlerinin, Friedrich Engels'in daha erken tarihli (1845) yayınına takip ettiği belirtilmelidir. Engels'in babası İngiltere, Manchester'da bir tekstil fabrikasının sahibidir ve bu durum Engles'in işçilerin yaşadığı ve çalıştığı koşullara tanık olmasını sağlamıştır. 'İngiltere'de işçi sınıfının durumu' isimli kitabında Engels, çoğunluğunu çocukların oluşturduğu işçilerin yaşadığı sağlıksız koşulları ve çalıştıkları ortamın

içerdiği tehlikeleri detaylarıyla aktarmıştır. Bu yayın, çalışan çocuk ve erişkinlerin sağlık sorunlarını kapsamlı bir şekilde ele alan ilk yayındır ve takip eden yıllarda sosyal tıbbın gelişiminde oldukça etkili olacaktır [34, 44].

Avrupa ülkelerinde politik sosyalizmin de desteklediği 1848 devriminin mağlubiyetiyle sosyal tıbbın gelişimi de bir duraksama döneminde girmiştir. Bu duraksamada, 19. yüzyıl sonlarındaki biyomedikal tıbbın büyük buluşlarının; bakteriyoloji ve farmakolojideki ilerlemeler ve enfeksiyon hastalıklarının tedavisinin, odağı sosyal olandan biyomedikal olana kaydırarak etkili olduğu söylenebilir [34].

Alman hekim Alfred Grotjahn 20. yüzyılın başlarında sosyal tıbbın gelişiminin devamında etkili olmuştur. Grotjahn, sosyal önemi olan hastalıkların çoğunun kronik seyirli olduğunu ortaya koymuş, bunların büyük kısmının önlenilebilir hastalıklar olduğunu ve sağlık eğitiminin tam da bu noktada yaşamsal öneme sahip olduğunu vurgulamıştır [45]. Grotjahn, sosyal tıp yerine Alman kökenli 'sosyal hijyen' teriminin kullanılmasını tercih etmiştir. Sosyal hijyen araştırmalarında istatistik, demografi, antropoloji, ekonomi, sosyoloji ve tıbbın ilgili ölçümlerinden faydalanılması gerektiğini savunarak, sosyal tıbbın çok bilimli yönüne işaret etmiştir. Bununla birlikte sosyal hijyen hareketi İkinci Dünya Savaşı öncesi Almanyasında ırk ıslahını da içerecek şekilde yön değiştirecek ve amaç ve yöntem bakımından sosyal tıptan bütünüyle farklılaşacaktır [46].

20. yüzyılın ikinci yarısı, biyolojik tıbbın (biomedicine) hızla geliştiği, yeni deneysel araştırmalar ve moleküllerin keşfine yatırım yapıldığı bir dönem olmuştur [47]. Tıbbın giderek artan sayıda dallara ayrılmasıyla birlikte gelen uzmanlaşma, hekimin hastayı, hastalığı, sosyal faktörleri bir bütün olarak ele almasındaki önemli engellerden biri olmuştur. Özellikle laboratuvar ve ilaç/tedavi üretim teknolojilerindeki hızlı gelişmenin yarattığı hareketli ortam ve dünyaya hakim olan liberal politikalar nedeniyle, sosyal tıp teorileri ve uygulamaları hakkındaki tartışmalar, 1940'lardan itibaren güncelliğini yitirmeye başlamıştır. Bu durumda terimin içinde geçen 'sosyal' sözcüğünün kimi kesimlerce rahatsızlıkla karşılanmasının da etkisi olmuştur [46].

Tüm bunlara karşın Anderson ve arkadaşları [15], Virchow'un görüşlerinin günümüzde de geçerliliğini koruduğunu ve sosyal tıbbın önemli bir araştırma ve aktivizm alanı olduğunu ifade etmektedir. Onlara göre Virchow'un görüşleri bugün AIDS açmazında da geçerlidir. Sosyal tıbbın çağımızdaki önemli isimlerinden Leon Eisenberg, sosyal kaos ortamının, AIDS ve çoklu ilaç dirençli tüberküloz gibi enfeksiyon hastalıklarının gelişimi için toplumda bir kültür vasatı oluşturduğunu belirtmiştir. Eisenberg'e göre, eğer yoksulluk ve savaş hastalığa zemin hazırlıyorsa, yaşam koşullarının iyileştirilmesi hastalığı engelleyecektir [14]. Ayrıca hastalığın ortaya çıkması veya çıkmamasında belirleyici olan sosyal koşullar, ortaya çıktıktan sonra hastalığın tedavisinde de belirleyici olmaktadır. Biyomedikal tıbbın hızlı ve büyük buluşları, oldukça etkin tedavilerin üretilmesini sağlamıştır ancak hastanın yaşadığı yer ve yaşam koşulları tedaviye ulaşıp ulaşılamayacağını belirlemeye devam etmektedir [15]. Gerçekleşen ilerlemelerin ülke içi ve ülkeler arasında adaletli bir şekilde dağıtılmaması ve yüz milyonlarca insanın bunlardan yoksun olması sosyal tıba olan gereksinimin azalmadığını, aksine arttığını göstermiştir. 2003 yılı bülteninde Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) genel direktörü Lee Jong-Wook, 'üstün teknolojik başarılar ve politik taahhütler, etik kaygılar taşıyorsa değersizdir' demiştir [48]. Oysa modern tıbbın karakteristik özelliklerinden biri olarak, tedavilerin çoğu ona ihtiyacı olan hastalara ulaştırılmamaktadır. Bunun nedeni AIDS tedavisinin maliyeti (yılda 250 dolar) değil, jenerik ilaçların üretiminin engellenmesidir. İlaç firmalarının fikri mülkiyetleri, halk sağlığının önüne geçmektedir. Bunun yanında kurumsal tıp geleneksel olarak bu gibi sosyal etmenlerin hastalığın oluşumundaki rolünü kabul etmede gecikmektedir [15].

20. yüzyılda sosyal tıbbın en aktif merkezlerinden birinin Latin Amerika olması şaşırtıcı değildir. Latin Amerika sosyal tıbbının en önemli ismi Salvador Allende'dir. 1930'larda Allende, Şili'de sağlık bakanlığı görevini üstlenmiş ve hastalığın sosyal kökenlerinin analizini gerçekleştirmiştir. Sağlık problemlerinin çözümünün daha iyi tıbbi bakım ile değil, daha iyi sıhhi tesisat, barınma, beslenme ve çalışma koşullarıyla sağlanabileceğini ve sosyal değişimin sağlık problemlerine yönelik tek etkili yaklaşım olacağını savunmuştur. Malnütre, yırtık giysiler içinde ve

suistimal edilme düzeyinde çalıştırılan kimselere sağlık sunmanın ve bilgi aktarmanın olanaksız olduğunu söylemiştir. Allende'nin çalışmaları beslenmeden sanıstasyona, barınma koşullarından kadın-erkek arası ücret farklarına, sınıflar arasında tüberküloz dağılımından enfeksiyon hastalıklarına geniş bir yelpazededir ve çözüm önerileri öncelikle sosyoekonomik eşitsizlikler üzerine olmuştur. Ayrıca ülkeler arası farklılıklar üzerinde durmuş, sağlığın en önemli belirleyicisinin ulusal kalkınma olduğunu savunmuştur. Bu görüşler, 1971'de başkanı olduğu hükümetin politik planında yer almış ancak 2 yıl sonunda Allende suikaste uğramıştır. Buna karşın Latin Amerika sosyal tıbbi gelişmesini sürdürmüş, uygulamanın önemini vurgulayarak teori ve pratik arasındaki ilişkiyi geliştirmiştir. Uygulayıcılarının bir kısmı toplum örgütlerinde ve siyasi hareketlerde rol almış, bir kısmı ise politik kısıtlamalarla karşı karşıya gelmiştir. Latin Amerika sosyal tıbbi ayrıca, geleneksel tıp ve epidemiyolojiye karşı eleştirel bir bakış geliştirmiştir. Hastalığı izole bir durum veya olay olarak görmek yerine, 'hastalık-sağlık diyalektiği'nden söz etmiştir [49].

Sosyal tıbbın gelişimine 20. yüzyılda yön veren çok sayıda gelişme olmuştur. Bunların en önemlilerinden biri, sağlık hakkının evrensel bir hak olarak kabul edilmesidir. Diğer hak mücadelelerinde olduğu gibi sağlığın bir insan hakkı olarak kabul edilmesi de çeşitli aşamalardan geçmiştir. Sağlık hakkıyla ilgili gelişmeler Aydınlanma düşüncesi ve Fransız devrimi ile başlamış [50] ve sağlık, 20. yüzyılda çeşitli uluslararası organizasyonların katkılarıyla evrensel bir insan hakkı niteliği kazanmıştır. 15. yüzyılda Thomas More'un bir düşü (ütopya) olarak ortaya çıkan sağlık hakkı, 17. ve 19. yüzyıl arasındaki toplumsal ve politik gelişmelerle birlikte demokratik vatandaşlık hakkı olarak tartışılmaya başlanmış; yasal statü kazanması 20. yüzyılı bulmuştur. Yüzyılımızda ise sağlığa erişimin önündeki engeller tartışılmaktadır [51-53].

Tüm bu toplumsal gelişmeler ile sosyal-düşünen hekimler, klinik uygulamaların farklı toplumsal değerleri yansıtabileceği yollar aramaya başlamıştır. Bu arayışta toplum hekimliğinin (community medicine) gelişimi oldukça önemlidir. Toplum-yönelimli birinci basamak sağlık hizmetleri, sosyal tıp prensipleri üzerine kurulmuştur. Planlama, 'toplumun tanısı' ile başlar. Klinik hizmetler, birinci basamak

hekim, hemşiresi ve (genellikle topluluktan seçilen bir) sağlık eğitimcisiinden oluşan bir takım tarafından sunulmaktadır. Bu takım, aynı muhittte oturdukları ve yakından tanıdıkları hastalarını ailelerinden biri gibi görmektedir. Geleneksel aile hekimliğinden farklı olarak, bu takım hastalarını daha geniş bir sosyal bağlam içinde ve sistematik olarak değerlendirmektedir. Toplum hekimliği hareketinin çoğu ideali, DSÖ'nün Alma-Ata'da Birinci Basamak Sağlık hizmetleri Konferansında dile getirilmiştir. Deklarasyon DSÖ'nün bütüncül ve insan hakkı temelli sağlık tanımını onaylamış ve sağlıktaki derin eşitsizliklerin altını çizmiştir. 2000 yılına dek 'Herkes sağlık' hedefi deklarasyonun en büyük mesajıdır [54]. Alma Ata'nın bu hedefi gerçekleşmemiş olmakla birlikte, sosyal tıp adına önemli bir basamak olduğu belirtilmelidir [15].

Türkiye'de sosyal tıbbın en önemli temsilcisi olan Nusret Fişek, toplum yönelimli birinci basamak sağlık hizmetlerinin en güzel örneklerinden birini; sağlığın sosyalleştirilmesini başlatan kişidir. Sosyalleştirme, başarıyla uygulandığı birkaç yılın ardından neoliberal sağlık politikalarının etkisiyle durdurulmuştur. Fişek, ayrıca, Türkiye'de nüfus planlamasını başlatmış, tıp eğitimine sosyal bilimlerin dahil edilmesini sağlamış, Toplum Hekimliği ve Nüfus Etütleri Enstitülerini kurmuştur [55].

Günümüzde biyomedikal yaklaşımın yükselişi sürerken bir yandan da tıp bilimleri ile sosyal bilimleri ayıran keskin çizgilerin ortadan kalktığı görülmektedir. Tıp bilimleri ile sosyal bilimlerin kesiştikleri alanlardaki çalışmaların sayısı artmaktadır. Bunun temel nedeni ise küreselleşmenin neden olduğu sosyoekonomik adaletsizlik ve yoksulluğun neredeyse tüm yerküreyi etkilemesidir. Aslında bu dönem, *sosyal tıp hareketinin* ortaya çıktığı sanayi devrimi sonrası dönemle benzer özellikler göstermektedir. Sosyoekonomik eşitsizliklerin ve bunların sonucu olarak sağlıktaki eşitsizliklerin derinleştiği dönemler, karşılığında sosyal tıbbın etkinleştiği dönemlerdir [32]. Bu durum, son yirmi yılda *sağlığın sosyal belirleyicilerine* yoğunlaşan ilgiyi açıklayabilir.

### 2.3. Sağlığın Sosyal Belirleyicileri

*'Mide belli miktar yiyecekle dolduğu zaman, genel sindirim yasalarıyla çalışmaya başlar... Peki bu yasalar, neden bazılarının çok yerken, bazılarının açlık çektiğini açıklayabilir mi? Açıklamanın bir başka alanda, farklı yasalarda aranması gerekiyor gibi görünmektedir.'*

G. Plekhanov

Sosyal tıbbın son elli yıldaki en önemli isimlerinden biri Thomas McKeown'dur. McKeown, İngiltere'de 18.- 20. yüzyıllar arasında mortalitedeki belirgin düşme ve kimi hastalıkların yaşam beklentilerindeki artışı araştırmış ve vardığı şu sonuçları yayınlamıştır; (1) 18. yüzyıldan sonraki hızlı nüfus artışı, doğum oranlarındaki artıştan çok, özellikle bebeklerin mortalisindeki azalmalarla ilişkilidir. (2) Bu düşüş, yaşam standartlarındaki artış ve özellikle beslenme durumundaki iyileşme ile ilişkilidir. (3) Sanitasyon reformu, aşılama ve karantinanın etkileri sınırlı olmuştur -çünkü ölümler bunların yaygınlaşmasından çok önce hızla azalmıştır-. (4) Tedavi edici sağlık hizmetleri, mortalitedeki düşüşte ancak ihmal edilebilir bir rol oynamıştır -örneğin, antibiyotikler geliştirildiğinde pnömoniye bağlı mortaliteler zaten yarıya inmiştir ve antibiyotiklerle birlikte mortalitelerdeki azalma önemli ölçüde hızlanmamıştır- [1]. Gerek McKeown'un döneminde gerek sonraki yıllarda McKeown'un halk sağlığı ve tedavi edici hizmetlerin etkilerinin kısıtlılığıyla ilgili görüşleri eleştirilmiştir [20, 56]. Bununla birlikte McKeown'un sorduğu 'sağlığın en önemli belirleyicileri nelerdir?' ve 'sağlıkta kaynaklar nasıl dağılmalıdır?' soruları mevcut sağlık modellerinin sorgulanmasını sağlamış ve yeni araştırmalara yol açmıştır [20].

Son yirmi yılda McKeown'un hipotezlerine benzer bir teori ve çalışma alanı gelişmektedir. Sağlığın en önemli belirleyicilerinin sağlık sisteminin dışında olduğu savunulmakta, araştırılmakta ve belgelenmektedir [57].

Hastalığa yatkınlığı oluşturan çoğu bireysel faktörün de altında daha derin nedensel faktörler olduğuuna dair kanıtlar artmaktadır. Bunlar, *sağlığın sosyal belirleyicileridir*.

Sağlığın sosyal belirleyicileri, kişinin içinde doğduğu, çalıştığı, yaşadığı ve yaşandığı koşullardır. Bu koşullar, para, güç ve diğer kaynakların küresel, ulusal ve yerel düzeylerdeki dağılımı ile şekillenir. Ülke içi ve ülkeler arasında sağlıktaki - adaletsiz ve kaçınılabılır- eşitsizliklerin büyük çoğunluğundan sağlığın sosyal belirleyicileri sorumludur [13].

Sağlığın sosyal belirleyicilerinin gündeme gelmesinde Whitehall çalışmaları önemli bir yer tutmaktadır. 1967’de başlayan ilk Whitehall çalışması, İngiliz devlet memurlarının çeşitli hastalıklardan kaynaklanan mortaliteleri ile çalıştıkları konum arasında kademeli bir ilişki bulunduğunu göstermiştir. Aynı zamanda, daha alt konumdaki memurların, obezite, sigara, düşük fiziksel aktivite, hipertansiyon gibi kardiyovasküler risk faktörlerini daha yüksek oranlarda taşıdığı görülmüştür. Tüm bu faktörlerin istatistiksel olarak kontrolüyle dahi, alt konumdaki memurların kardiyovasküler mortalite için relatif risklerinin yüksek (2.1) olduğu bulunmuştur [17].

1985’de başlayan ikinci Whitehall çalışması ile sosyoekonomik konum ve klinik hastalık arasında nedensel ilişkiler aranmıştır. 10314 memurun morbiditelerindeki sosyal gradyentin derecesi ve nedenlerine odaklanılmıştır. Çalışmanın dikkat çekici bulgularından biri, sosyal gradyentin farklı hastalık gruplarında (kalp hastalıkları, kronik akciğer hastalığı, depresyon gibi) da gözlemlendiğinin saptanmış olmasıdır. Bireylerce algılanan sağlık durumu da daha alt düzeydeki işlerde daha düşük bulunmuştur. Ayrıca olumlu sağlık davranışları, ekonomik düzey, yaşamın erken dönemindeki etkilenmeyi gösteren boy ve sosyal desteğin, alt düzeydeki işlerde kademeli olarak azaldığı gösterilmiştir [17]. Bu araştırmalar, gelir eşitsizliğinin ve sosyal çevrenin önemine dikkat çekmiş, sağlığın sosyal belirleyicileriyle ilgili günümüze dek süren bir akım başlatmıştır.

Sosyal öykünün de temellerini oluşturan *sağlığın sosyal belirleyicileri* aşağıdaki gibi sıralanabilir:

*Sosyal gradyent (Gelir ve konumda kademeli azalma = sağlıkta kademeli azalma)*



Sosyal basamağın alt sıralarındaki bireyler en üsttekilerle karşılaştırıldığında en az iki kat ciddi hastalık ve erken ölüm riski taşımaktadır. En üst ve en alt arasında sağlık standartları devamlı bir sosyal gradyent (kademeli değişim) gösterir. Bu, daha düşük konumdaki memurun daha yüksek konumdakine göre hastalıklara ve erken ölüme daha yatkın olduğu anlamına gelir. Wilkinson ve Marmot'ya göre bu durum, material dezavantajın ve güvencesizliğin, anksiyetenin ve sosyal entegrasyon eksikliğinin sonuçlarını göstermektedir. Söz konusu dezavantaj, aile varlığının az, eğitim düzeyinin düşük olmasını, yükselme imkanı olmayan bir işte sıkışmış olmayı, iş güvencesizliğini, kötü barınma koşullarını ve zor koşullarda ailenin idamesine çabalamayı kapsayabilir. Bu dezavantajlar, aynı kişide toplanmaya eğilimli ve bunların sağlığa etkileri birikimseldir [12].

Belirtilmelidir ki sosyal gradyent yalnız İngiliz memurlara özgü değildir. Araştırmacılar dünyanın veri topladıkları her yerinde bu fenomeni saptamaktadırlar. Bu, sağlıkta eşitsizliklerin yalnız yoksul ülkeleri değil, zengin ülkeleri ve bir ülkedeki salt yoksul kesimi değil, orta sınıfı da ilgilendirdiğini göstermektedir [58].

### *Stres*

Sosyal ve psikososyal koşullar uzun vadeli stresler yaratabilmektedir. Devam eden anksiyete, düşük özgüven, sosyal izolasyon, meslek ve ev yaşamı üzerindeki kontrol azlığı, sağlık üzerinde önemli etkiler gösterir [12]. İnsan olmayan primatlardaki araştırmalar, hiyerarşinin Whitehall çalışmalarında gözlenene benzer metabolik sonuçlarla ilişkili olduğunu göstermiştir. Nöroendokrin savaş veya kaç (fight or flight) yanıtı düşük sosyoekonomik düzeyde gözlenene benzer fizyolojik ve metabolik değişiklikler yaratmaktadır [19]. Benzer şekilde kötü muamele gören çocukların sempatik sistemlerinin uzun süreli aktivasyonunu gösteren kanıtlar bulunmaktadır [59].

### *Erken çocukluk dönemi*

Prenatal dönemi de içerecek şekilde erken çocukluk dönemi, yaşamın sonraki yılları için en önemli belirleyicilerden biridir. Çocuğun büyüme ve gelişimi, düşük sosyoekonomik koşullardan ciddi derecede etkilenir. Ayrıca ebeveynlerin

yoksullukla doğrudan ilişkili olan tükenmişlik ve depresyon düzeyleri, çocuğun uyarıcı eksikliğine ve bağlanma sorunlarına yol açar. Tüm bunlar, çocuğun yaşamının sosyal ve eğitimsel seyrinde belirleyicidir; okula hazırlık ve okulda kabul konusundaki yetersizlik, okulda olumsuz davranışlar ve azalmış katılım ile ilişkilidir. Bunlar ise, işsizlik riskini artırmakta veya düşük statüde bir mesleki yaşamla devam etmektedir. Böylece, ailenin yoksulluğunun çocuk için bir *sosyal risk zinciri* yarattığı görülebilir [12].

Erken çocukluk dönemindeki çevrenin erişkin yaşama etkileri hakkında iyi bilinen çalışmalardan biri Barker ve arkadaşlarının prenatal büyüme ve erken kardiyovasküler ölümler arasındaki ilişkiyi göstermesidir. Olumsuz prenatal çevre ile ilişkili olduğu bilinen düşük doğum ağırlığı, erişkin dönemde erken kardiyovasküler ölümlerle ilişkili bulunmuştur. Bu durum, prenatal dönemdeki elverişsiz ortama karşı gelişen hücresel değişikliklerin prenatal ve erken postnatal dönemde çocuğun hayatta kalmasını sağladığı, ancak gelecekte olumsuz sonuçlara yol açtığı şeklinde yorumlanmaktadır [18].

Erken çocukluk dönemi, hayatın kalan kısmının belirlendiği bir pencere dönemidir. Bu dönemde etkili girişimlerin önemi büyüktür. Bu konuda yapılmış önemli çalışmalardan biri, 'The High/Scope Perry Okulöncesi Çalışması'dır. Bu prospektif randomize kontrollü çalışmada yüksek kalitede okulöncesi eğitim alan çocukların, 5 yaşındaki IQ'larının, 14 yaşlarındaki okul başarılarının, 15 yaşlarındaki ödev yapma oranlarının, yüksekokuldan mezuniyet oranlarının, 40 yaşlarındaki kazançlarının daha yüksek ve suç bulaşmanın daha düşük olduğu görülmüştür [21]. Yalnız başına okulöncesi eğitimin yol açtığı bu sonuçlar dahi, sağlığın sosyal belirleyicilerinin çocuğun ve gelecekte erişkinin sağlığına etkileri hakkında önemli bir fikir vermektedir.

Erken çocukluk döneminde çocuğa sunulan ebeveynlik ve bakımın niteliği, aile içi şiddet, maternal depresyon, evin düzenlenmesi, yaşanan muhitin güvenliği gibi pek çok durum da, gelecekteki yaşamın ve sağlık durumunun belirleyicilerindedir [22].

### *Barınma*

Kötü barınma koşulları, çok sayıda sağlık sorunuyla ilişkilidir. Bu konuda iyi bilinen örneklerden biri, evsiz veya kötü koşullarda yaşayan çocuklarda astım prevalansının ve şiddetinin daha yüksek olduğudur [60, 61]. İshal ve otit de, yetersiz koşullarda barınan çocuklarda daha yüksek oranlarda bildirilmiştir [62].

### *Isınma*

Düşük gelirli ve soğuk iklimde yaşayan çocukların kış döneminde büyümelerinde duraklama bildirilmiştir. Bunun, ailenin maddi kaynaklarını evin ısıtılmasına doğru kaydırmasının sonucu olduğu düşünülür. Bu durum 'heat ot eat (ısıt veya ye) fenomeni' olarak bilinmektedir. Isınma sorununun çocuklara sunulan gıdayı değiştirerek büyümesini engellemesi, sağlığın sosyal belirleyicilerinin etki mekanizması hakkında fikir vermektedir [63, 64].

### *Gıda*

Virchow'un Silesya tifüs salgınındaki gözlemleri ve McKeown'un İngiltere'de azalan mortaliteye ilişkin yorumları beslenme ve sağlık ilişkisini vurgulayan önemli veriler olmuştur [1, 16]. Günümüze dek bu konudaki bilgiler artış göstermiş, yetersiz beslenmenin neden olduğu pekçok hastalığın yanısıra aşırı ve/veya yanlış beslenmenin de kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, kanser gibi hastalıkların oluşumunda etkisi olduğu gösterilmiştir [65].

Küresel ölçekte gıda ticareti, söz konusu olumsuz beslenme tablosunda etkili olmakta, bununla birlikte gıda standartlarını belirlemeye devam etmektedir [66].

### *Meslek*

Başta Whitehall çalışmaları olmak üzere çok sayıda kanıt, meslek hayatındaki stresin sağlıktaki farklılıkların oluşumunda önemli bir etkisinin olduğunu göstermektedir [67]. Stres farklı yollarla etki etmektedir. Özellikle bireyden yüksek talep ve bireyin meslek hayatındaki kontrolünün düşük olması, bel ağrısı, kardiyovasküler hastalık ile kuvvetli korelasyon göstermektedir [68]. Ayrıca Avrupa'daki kimi çalışmalarda, iş yerinde becerilerini kullanma şansı bulamayan ve

karar verme yetkileri az olanların da sağlıklarının olumsuz etkilendiği fark edilmiştir. Ek olarak, çabaların yeterince dllendirilmemesi de artmış kardiyovasküler riskle ilişkili bulunmuştur. Tüm bu sonuçlar, işyerindeki psikososyal çevrenin sağlıktaki sosyal gradyantte önemli bir etmen olduğunu göstermektedir [12].

### *İşsizlik*

İşsizliğin hem işsiz birey hem de ailesi için olumsuz sağlık sonuçlarıyla ilişkili olduğu bilinmektedir. Hatta bu etki, henüz işsiz kalmadan, bireylerin işlerinin tehdit altında olduğunu hissetmeleriyle başlamaktadır. Bu durum güvencesizliğin yarattığı anksiyetenin dahi sağlığa olumsuz etkilerini gösterir. İş güvencesizliği, mental sağlık sorunlarına (zellikle anksiyete ve depresyon) yatkınlığı, kalp hastalıklarını ve kalp hastalığı için risk faktörlerini de artırmaktadır [12].

### *Ulaşım*

Ulaşım iki açıdan sağlığın sosyal belirleyicilerinden biridir. Bunların ilki, bisiklet, yürüme ve toplu taşıma ile sağlıklı ulaşımın sağlanmasıyla ilgilidir. Bunlar sürdürülebilir bir evre için gerekli olmanın yanında, sağlık için oldukça önemli olan egzersiz artışını ve trafik kazalarının azalmasını sağlayabilir [12, 69]. İkinci boyut ise yeterli ulaşımı sağlayamama sorunu ile ilgilidir. Bu durum sağlık hizmetlerine erişimde önemli bir engel oluşurmaktadır [70, 71].

### *Toplumdan dışlanma*

Toplumdan dışlanma, sağlık ve erken ölüm üzerinde majör etkenlerdendir. Bu durum, sağlıkta bozulmanın yalnız materyal kaynakların eksikliğinden değil, yoksul yaşamın sosyal ve psikososyal sorunlarından da kaynaklandığını göstermektedir [12].

Sağlığın sosyal belirleyicilerinin birikimsel etkisi bu alanda da ortaya çıkmaktadır; farklı kaynakların eksikliğinden ortaya çıksalar da yoksulluk ve toplumdan dışlanma sıklıkla bir arada görülmektedir [72].

Göçmenler, etnik azınlıklar, mevsimlik işçiler ve mlteçiler özellikle toplumdan dışlanmaya daha açık, daha örselenebilir grupları oluşurmaktadır.

Vatandaşlık, iş ve eğitim konularında sorunlar ile ırkçılık, ayrımcılık ve düşmanlık bu grupların sağlığını riske atmaktadır. Diğer örselenebilir gruplar, hasta, engelli ve duygusal bakımdan örselenebilir bireylerdir. Fiziksel ve mental sağlık sorunları olan kimseler, sıkça yeterli eğitim görme ve meslek sahibi olma konularında güçlük yaşamaktadır. Mental hastalık, fiziksel engellilik veya AIDS gibi hastalıkların stigmatizasyonu, durumu daha da kötüleştirebilmektedir. Bu koşulların birkaçını bir arada yaşayabilen *sokakta yaşayan insanlar*, en yüksek erken ölüm hızlarına sahiptir [12].

### *Sosyal Destek*

Bireyin içinde bulunduğu, sevildiğini ve değerli olduğunu hissettiği sosyal ağ, sağlık üzerinde güçlü bir koruyucu etki oluşturmaktadır. Bu konudaki önemli çalışmalardan biri olan Berkman ve Syme'in prospektif kohortlarında, sosyal bağları zayıf olan bireylerin dokuz yıllık izlem süresi içerisindeki ölüm oranlarının iki kattan daha yüksek olduğu görülmüştür [73].

### *Bağımlılık*

Madde bağımlılığı sosyal sorunların yol açtığı ve bu sorunları kötüleştiren bir durumdur. Çeşitli yaşam güçlükleri ve stresten kısa süreli uzaklaşma sağlamakla birlikte, bunları daha da kötüleştirmekte ve kısır bir döngü yaratmaktadır. Örneğin kötü barınma koşulları, düşük gelir, tek ebeveynlik, işsizlik ve evsizlik gibi sosyal yoksunluğu gösteren pek çok gösterge, sigara içme ile yakın ilişkilidir. Bununla birlikte sigara, bu insanların giderlerini artırarak sorunları da artırmaktadır [12].

DSÖ Sağlıkın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu raporunda, sağlığın sosyal belirleyicileri konusundaki öneriler (1) günlük yaşam koşullarının iyileştirilmesi, (2) güç, para ve diğer kaynakların dağılımındaki eşitsizliklerin giderilmesi, (3) sorunların ölçümü, anlaşılması ve uygulamanın etkilerinin değerlendirilmesi başlıklarıyla sunulmuştur [13].

## 2.4. Çocuk Hekimliğinde Savunuculuk

Çocuk hekimlerinin önemli bir görevi de *savunuculuktur* (advocacy). Tompkins ve arkadaşları, çocuk savunuculuğunu, 'tüm çocukların haklarının gerçekleşmesi ve her çocuğun ihtiyacının öğrenilmesi ve karşılanması için çabalama süreci' olarak tanımlamıştır [74]. 'Sistem kusuru nedeniyle politik eylem gerektiren herhangi bir çocuk sağlığı sorunu' çocuk hekimlerinin savunuculuğunu gerektirmektedir [75]. Çocukların görüşlerini politik arenada duyurmalarının güç olması ve bu konuda başkalarına bağlı olmaları, çocuk hekimlerinin bu konudaki çabalarını daha da değerli kılmaktadır [76]. Bununla birlikte Palfrey, başarının çocuklar, gençler ve aileleri 'adına' değil, onlarla 'birlikte' konuşmaya başladığında geldiğini belirtmektedir [77].

Kendisi de bir çocuk hekimi ve savunucusu olan Judith Palfrey 'Amerika'da çocuk sağlığı: Savunuculuk ile fark yaratmak (Child health in America: Making a difference through advocacy)' isimli kitabında dört tip çocuk savunuculuğu tanımlar: (1) Klinik savunuculuk; kliniğe gelen her çocuğun mümkün olan en iyi hizmeti alması için çalışmaktır. Bu, kimi zaman çocuğun ihtiyaçları doğrultusunda toplumdaki diğer kuruluşlarla işbirliğini gerektirir. (2) Grup savunuculuğu; çoğu zaman aynı problemler, aynı sınıftaki çocukları etkiler, örneğin engelli çocuklar. Çocuk hekimleri, aynı riskleri ve endişeleri taşıyan bir grup çocuk için etkili girişimler tasarlayabilir. (3) Yasal savunuculuk; sistem düzeyindeki sorunların sistem düzeyinde çözümleri olması gerekir. Yoksulluk, barınma sorunları gibi problemler yasal düzenlemeleri gerektirir. Buna adanan her yazı, e-posta, telefon görüşmesi önemlidir. (4) Mesleki savunuculuk; mesleki uygulamalar sırasındaki kısıtlamaların tespiti ve düzeltilme çabasıyla ilgilidir. Mesleki sorumlulukların tekrar sorgulanması, toplum hekimliğine vurgu ve çocuk savunuculuğunun ön plana çıkarılması bu çabalardandır [77].

Çocuk hekimliğinde savunuculuğun tarihi 19. yüzyılın sonlarına dayanmaktadır ki bu dönem kendilerini çocuklara adayacak hekimlere gereksinimin ortaya çıktığı, yani çocuk hekimliğinin yeni bir disiplin olarak doğduğu dönemdir. Çocuk hekimliğinde savunuculuğun, bu meslek ile beraber ortaya çıkmış olması dikkat çekicidir [76].

Çocuk sağlığı ve hastalıkları bilim dalının kurucularından ve sosyal tıbbın önemli isimlerinden biri Abraham Jakobi'dir. Jacobi, Virchow'la aynı dönemde Almanya'da yaşamış, 1848 devrim hareketini desteklemiş, iki yıl hapis cezasından sonra İngiltere'ye kaçmış, önce İngiltere ardından Amerika, Boston'daki mesleki çabaları sonuçsuz kalmış, ancak çok sayıda Alman göçmenin bulunduğu New York'ta mesleğini uygulayabilme şansı bulmuştur. Sadece dört yıl içinde ABD'de tıp dergileri yayınlamaya ve Almanca çocuk sağlığı ve hastalıkları makalelerini çevirmeye başlamıştır. 1859'da yayınladığı 'Ebelik, Kadın ve Çocuk Hastalıkları (Midwifery and Diseases of Women and Children)' isimli kitabı o dönemde çocuk hastalıkları üzerine yazılmış ilk kitaplardandır ve Jacobi, belki bunun da etkisiyle ABD'deki ilk çocuk sağlığı ve hastalıkları profesörü olarak New York Medical College'a kabul edilmiştir. Aynı yıl, ABD'deki ilk ücretsiz çocuk kliniğini açmıştır [78]. New York'ta kaynamış süt dağıtımının sağlanması ve çocuklar için ilk tüberküloz önleme merkezinin açılmasına katkıda bulunmuş, anne sütünün en büyük savunucularından olmuş, anne sütü bulunamadığında kaynatılmış inek sütü ve su karışımının kullanılabileceğini belirtmiş, kurumlarda kalan kimsesiz çocukların ölüm oranlarının yüksekliği üzerine çalışmış, kadınların, Amerikan yerlilerinin ve siyahların tıp eğitimine girişini desteklemiştir [78, 79]. Pnömoni hakkındaki bir makalesinde şunları söyler: '*Saatte 4 sent kazanan, kazandığı bu 4 sent aynı kömür madeninde ölen babasının borcu adına elinden alınan 12 yaşında bir çocuk, madende çalışmamalıdır. Belki siz hekimler, politikaya girerek, ülkeyi ikna edebilirsiniz*' [80]. Jacobi çocukların kendilerini içinde buldukları çevre ve hastalıkları arasındaki ilişkiyi fark eden ve onları *savunan* öncü çocuk hekimlerindendir [76].

Geçmişte ve günümüzde, tüm dünyada binlerce çocuk hekimi çocukların savunucusu olmuş ve olmaya devam etmektedir. Bergman, ani bebek ölümü sendromu (SIDS)'nun bir hastalık olarak tanınmasının ve araştırma için bütçe ayrılmasının sağlanmasında, yaralanmaların önlenmesi araştırmalarında, evlat edinilen çocukların savunuculuğunda, pediatri uzmanlık öğrencilerinin çalışma koşullarının iyileştirilmesinde ve başkalarına savunuculuğun öğretilmesinde önemli rol almıştır. Christoffel, şiddet ve özellikle silahlı şiddet üzerine 20 yıl boyunca

araştırmalar yapmış, yazmış ve konuşmalar yapmıştır. Harvey, ABD’de çocukların kapsayıcı sağlık güvencesi için yılmayan çabalar göstermiştir. Palfrey, eğitim sistemindeki çocukların ihtiyaçları için çalışmış, bu konuda gördüğü eksiklikleri bildirmiştir ve özel ihtiyaçları olan çocukların okuldaki ihtiyaçlarına ayrıca önem vermiştir [79]. Zuckerman, Ford-Jones, Garg gibi araştırmacı ve savunucu çocuk hekimleri, sağlığın sosyal belirleyicilerinin çocuk hekimliği uygulamalarına dahil edilmesi konusunda büyük katkılar sağlamıştır [81-84].

Ülkemizde çocuk hekimliğinin ve çocuk savunuculuğunun en önemli isimlerinden biri de kuşkusuz İhsan Doğramacı’dır. Çocuk Sağlığı Bilimsel ve Sosyal Araştırma Enstitüsünün, (Hacettepe Üniversitesi İhsan Doğramacı) Çocuk Hastanesinin, Hacettepe niversitesinin ve daha pek çok kurumun kurucusu, sağlık ve eğitim devrimcisi Doğramacı, tüm dünyada çocuk savunuculuğunun en iyi rneklelerinden biridir [85, 86].

Bu çocuk hekimlerinin ötesinde ismi anılmayan binlercesi daha vardır ve belirtilmesi gereken bir başka Şey de, bu hekimlerin bireysel değil, meslek içi ve dışından farklı kişilerle bir arada çalışmış olmalarıdır. Disiplinerarası yaklaşım, savunuculuğun önemli bir bileşenidir [79].

Dünyada ve Türkiye’de, sosyal tıp ve çocuk savunuculuğu ilkelerinin bir araya getiren *Sosyal pediatri* bilim dalının kuruluşu, hem çocuk sağlığı ve hastalıkları hem de toplum sağlığı için bir dönüm noktası niteliğindedir. Hala dünyanın pek çok ülkesinde kurulmamışken, ülkemizde sosyal pediatriinin geçmişinin yarım yüzyılı aştığı belirtilmelidir [87].

Günümüzde çocuk savunucuları için, Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesinin sağladığı yasal zemin oldukça önemlidir. Çocuk hakları ilk kez 20. yüzyılda konuşulmaya başlanmış, arka arkaya gelen Birinci ve İkinci dünya savaşları nedeniyle askıya alınmış, 1959’da Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Bildirgesi kabul edilmiştir. Zamanla bildirgenin ötesinde bir girişime ihtiyaç duyularak 1989’da Çocuk Haklarına dair Sözleşme onaylanmıştır. Sözleşmenin temel ilkeleri, ayırım gözetmeme, yaşama ve gelişme, çocuğun yüksek yararı ve katılım hakkıdır. Çocuk



Haklarına dair Sözleşme başta anne babalar olmak üzere, topluma, sağlık çalışanlarına, öğretmenlere ve devlete önemli sorumluluklar yüklemektedir [88].

Çocuk sağlığı ve hastalıkları kuruluşları, çocuk hekimlerinin girişimleriyle savunuculuk konusunda önemli roller üstlenmektedir. Amerikan Pediatri Kurulu (The American Board of Pediatrics) ve onun Uzmanlık Teftiş Komitesi (Residency Review Committee) savunuculuğu çocuk hekimlerinin kazanması gereken bir beceri olarak kabul etmiş ve uzmanlık eğitiminin savunuculuk bileşenlerini şu şekilde tarif etmiştir: (1) Yetersiz hizmet alanlar başta olmak üzere toplumdaki tüm çocukların sağlık ihtiyaçlarını gözeterek toplum-yönelimli sağlık hizmeti sunumu, (2) sağlık hizmetlerinin çok kültürlü boyutu, (3) çevresel toksinler ve çocuk sağlığına etkileri, (4) okul ve kreş ortamında çocuk hekiminin rolü, (5) yasal süreçlerde çocuk hekiminin rolü, (6) hastalık ve yaralanmaları önlemede çocuk hekiminin rolü, (7) bölgesel acil tıp sisteminde çocuk hekiminin rolü. Komite, geleceğin çocuk hekimleri için bu konuları içeren yapılandırılmış bir eğitim öngördüğünü belirtmiştir. Bu girişim sonrasında, ABD’de çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlık eğitiminde *çocuk savunuculuğu* uzmanlık eğitiminin bir parçası olmuştur [76, 79].

Çocuk savunuculuğu konusunda, sosyal belirleyiciler hakkındaki bilgi birikiminin önemli etkisi olmuş, hekimler ve diğer sağlık çalışanları bu doğrultuda, mesleki pratiklerine yeni uygulamalar katmıştır. Bu konudaki önemli gelişmelerden biri, sosyal hizmet çalışanlarının sağlık hizmeti ekibinin bir parçası olmasıdır. Bu gelişme, çocuk sağlığı ve hastalıkları uygulamalarında, çocuk ve aile için kriz yönetimi, stresle başa çıkma, tıbbi ekip ve aile arasında iletişimi güçlendirme, aile merkezli hizmeti sağlama, hastane ve toplum kaynaklarına erişimi sağlama gibi konularda büyük katkılar sağlamaktadır [89]. Bir başka gelişme, *medikolegal işbirliği*dir; hastane merkezli avukatlar hastaların ihtiyaçlarının karşılanmasında hukuki yol gösterici olarak görev almaya başlamıştır [90].

## 2.5. Sosyal Öykü

Bu araştırmanın konusu olan *sosyal öykü* hem tıbbi öykünün ayrılmaz bir parçası hem de çocuk savunuculuğu için önemli bir araçtır. Palfrey’in dört gruba

ayırıldığı ve önceki bölümde tariflenen savunuculuk sınıflaması göz önüne alındığında sosyal öykünün, klinik savunuculuk örneklerinden birini oluşturduğu söylenebilir [77]. Çünkü sosyal öykü, klinikte değerlendirilen çocuğun sosyal ihtiyaçlarını saptamaya ve gerekli müdahaleleri yapmaya olanak tanır.

Kenyon ve arkadaşlarının incelemeleri, tıbbi öykü ve fizik muayeneyi konu alan çoğu ders kitabında, sosyal öyküye yalnız bir paragraf ayrıldığını göstermiştir. Söz konusu paragrafta hastanın yaşadığı çevreyi bilmenin hastanın problemini anlamak konusunda önemli olduğu vurgulanmakta; aile, eğitim, barınma, hobiler gibi kimi sorular önerilmektedir. Bu konuların öğretimi çoğu zaman klinik-öncesi yıllarda yapılmakta ve klinik yıllara gelindiğinde sosyal öykü, hastanın durumu ile ilişkili bulunursa, tütün ve alkol tüketimi gibi sağlık davranışlarının sorgulanmasına indirgenmektedir. Bu uygulama içerisinde öğrenciler, hastalığın tanısı veya yönetiminde etkisi olabilecek diğer önemli çevresel etmenlerden uzaklaşmaktadır [91]. Pediyatrik metinlerde ise sosyal öykü genellikle evdeki kişilerin sayısı ve evdeki ilişkiler, evdeki aile büyükleri, anne babanın evli-ayrı olma durumları, çocuğun birincil bakımverenin kim olduğu, evde sigara içip içilmediği, çocuğun ne kadar televizyon izlediği ve boş zamanlarında neler yaptığını içermektedir. Bu metinler, düşük gelirli ailelerin çocuklarının beslenme, barınma, eğitim, güvenlik ve sağlık hizmetlerine ulaşım gibi temel ihtiyaçlarını sorgulama konularına değinmemektedir [91].

Türkiye’de yayınlanan tıbbi öykü veya çocuk sağlığı ve hastalıkları ders kitaplarının [92-94] sosyal öykü içeriklerine bakıldığında, tıbbi öykünün son bölümü olarak ve genellikle ‘sosyal durum’ başlığıyla ele alındığı görülmektedir. Bu başlıkta, gelir, anne-babanın eğitimi ve meslekleri, evdeki aile büyüklerinin varlığı, evin kaç oda olduğu, çocuğa kimin baktığı, okumayı bilip bilmediği gibi konularının sorulması gerektiği anlatılmaktadır. Ancak bunların neden sorulması gerektiğini açıklayan sosyal belirleyicilere ve saptanan risklere yönelik yapılabilecekleri içeren önerilere yer verilmediği görülmektedir. Bu konudaki mesleki yenilenme gereksinimi, özellikle son on yılda dünya Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları camiasında önem kazanmaktadır. Bu

durumun öncelikle, sağlığın sosyal belirleyicileri konusunda artan kanıtlarla ilgili olduğu söylenebilir [91, 95].

Litetürde sosyal öyküye dikkat çeken ilk yazılardan birinde Green ve arkadaşları, sosyal belirleyicilerin öneminden ve tıp ve uzmanlık eğitimlerinde yer alması gerekliliğinden söz etmiştir. Önerdikleri sosyal öykü, dört bileşenden oluşmaktadır;

(1) sosyal stres ve destek ağları; başvuranın yaşamındaki güçlükler ve başatma yolları, kimlerden destek aldığı, dini/spiritüel ve başka bir sosyal desteğinin olup olmadığı,

(2) çevresel değişim; nereli olduğu ve varsa göç öyküsü, kişinin hayatındaki değişimi nasıl algıladığı,

(3) yaşamın kontrolü, gıda, ilaçlar ve diğer gereksinimlerin karşılanıp karşılanmadığı, ilaçlara uyum ve kontrollere gidebilme, sağlık/varsın hastalık ve yaşam üzerindeki kontrol hissi gibi konular;

(4) okuryazarlık; genel olarak okuma konusunda sorun olup olmadığı, ilaç kutularındaki yazıları ve hastalara yönelik bilgileri okumayla ilgili bir sorunun yaşanmadığının konuşulması önerilmektedir [96].

Kenyon ve arkadaşlarının bu öneriye dayanarak geliştirdikleri ve 'IHELLP' kısaltması ile önerdikleri sosyal öykü konu başlıkları şöyledir; (1) gelir (**I**ncome), (2)barınma özellikleri (**H**ousing/utilities), (3)eğitim (**E**ducation) (4)yasal durum (**L**egal status), (5) okuryazarlık (**L**iteracy), (6)kişisel güvenlik (**P**ersonal safety). Araştırmacılar, önerdikleri her bileşenin çocuk sağlığına doğrudan etkilerinin gösterildiğini, bu nedenle bu bileşenleri seçtiklerini belirtmiştir. Ayrıca önerileri yalnız sosyal öykü formatı ile sınırlı olmayıp, tıp ve uzmanlık eğitiminde sağlığın sosyal belirleyicilerinin nasıl saptanacağına öğretilmesini de kapsamaktadır [91].

Sosyal öykünün önemine işaret eden çalışmalardan bir diğeri, Pierce ve arkadaşları tarafından yayınlanmıştır [95]. Araştırmacılar özellikle ilk muayenede detaylı bir sosyal öykü taramasının gerektiğini ve daha sonraki her muayenede sosyal öykünün tekrarlanmasını önermektedir. Bu durum çocuk ihmal ve

istismarının, kaza ve yaralanmaların ve pekçok hastalık ve gelişimsel sorunun önlenmesinde çok önemlidir. Sosyal öykü, çocuğun içinde bulunduğu çevre, büyüdüğü koşullar, aile özellikleri, bakımveren ve çocuğun bağlanması, ihmal-istismar oluşturan risklerin konuşulmasını içermelidir [95].

Literatürdeki sayılı sosyal öykü örneğinde, özellikle vurgulanan konulardan biri, sorulması gereken soruların konuşma başlatma amaçlı olup, evet-hayır gibi kontrol listesi niteliği taşıması gerektiğidir [91, 95, 96].

Ergen sağlığı psikososyal değerlendirme aracı olarak da bilinen 'HEEADSSS tarama aracı', (psiko)sosyal öykünün önemli örneklerinden birini oluşturmaktadır. Hekimin değerlendirmesi önerilen alanlar şunlardır: (1) Evdeki çevresel özellikler (**H**ome environment), (2) Eğitim ve iş (**E**ducation and employment), (3) Yemek yeme (**E**ating), (4) akranlarla aktiviteler (peer-related **A**ctivities), (5) madde kullanımı (**D**rugs), (6) cinsellik (**S**exuality), (7) özkıym/depresyon (**S**uicide/depression), (8) güvenlik (**S**afety). Bu tarama aracının güçlü yönünün korkutucu olmayan, beklendik sorulardan daha özel sorulara gidişi olduğu, ayrıca bu yöntemin pratik, zaman açısından test edilmiş bir yöntem olduğu belirtilmektedir [97].

Sosyal öyküye ilişkin en temel konulardan biri de, sosyal öyküyle saptanan risk veya sorunlu alanların nasıl ele alınacağıdır. Bu konuda yönlendirmeler ve toplum kaynakları büyük önem taşımaktadır. Sosyal öykünün bir tarama aracı olarak ele alınmasının, soruların özgüllük-duyarlılığı ve saptanan sorunların çözülebilirliği gibi taramaya ilişkin pek çok konunun daha ayrıntılı çalışmasını gerektirdiği belirtilmiştir [91].

Sosyal öyküyle saptanan sorunların çözülebilirliği, hekimin saptama ve yönlendiricilik becerilerini, toplum kaynaklarının mevcut olmasını ve bunların hekim tarafından bilinmesini gerektirmektedir. Sosyal ve hukuki kaynaklar konusunda daha zengin olan kliniklerde pediatri uzmanlık öğrencilerinin sosyal belirleyicileri daha sıklıkla sorguladıkları ve bu konuda kendilerine daha fazla güvendikleri görülmüştür [98]. Ayrıca, pediatri uzmanlık öğrencilerine yönelik sosyal öykü ile riskleri saptama-yönlendirme eğitimlerinin bu alanlardaki becerileri artırarak başarılı

olduğu gösterilmiştir [99, 100]. Sosyal ihtiyaçların sağlık kurumlarında saptanarak gerçekleştirilen yönlendirmelerin, ebeveynlerin bu kaynaklara ulaşılabilirliğini, bunlardan yararlanmasını artırdığı, ailelerin bildirdiği sosyal ihtiyaçlarda azalma olduğu, çocuğun genel sağlık durumu üzerinde olumlu etki ettiği randomize kontrollü çalışmalarla gösterilmiştir [101, 102]. Kolombiya’da yapılan bir araştırmada ise, şartlı nakit transferi verilen ailelerdeki çocukların sağlıklarında iyileşme gerçekleştiği; ailelerin koruyucu sağlık hizmeti ve gelişim kontrollerini kullanma oranlarının arttığı bulunmuştur [103].

### 3. YÖNTEM

#### 3.1. Yorumsamacı Yaklaşımla Nitel Araştırma

Araştırmanın metodolojisi, araştırmacının ontolojik ve epistemolojik yaklaşımı ile birebir ilişkilidir. Bu yaklaşım, araştırma konusunun nasıl ele alınacağını belirlemektedir. Bu nedenle ontolojik ve epistemolojik konunun farkında olan araştırmacının, araştırma konusunu bu yaklaşımlarla uyumlu bir metodoloji ile ele alması beklenir [104]. Bu düşünce, nitel araştırma yapan kişinin gerçekliğin doğasını ele alış biçiminin bütün araştırmayı etkilediği görüşünü savunmaktadır. Benzer bir biçimde Creswell de [105] nitel araştırmalarda araştırmacının, araştırmacıların araştırma yapma konusundaki felsefi yaklaşımları ile başladığını ifade etmektedir. Bu noktada araştırmacının insan, sağlık ve sosyal öyküye ilişkin ontolojik ve epistemolojik duruşu, bu araştırmanın keşfetmeye odaklanan ve yorumsamacı bir temele dayanan nitel yöntemle yürütülmesini doğurmuştur.

Tıp alanında nitel araştırmaların, nicel araştırmalara kıyasla daha az tercih edildiği ifade edilebilir. Bu durumun çeşitli kavramsal ve işlevsel nedenleri vardır. Sağlık alanında nicel araştırmaların nitel araştırmalara göre sayıca üstün olması ve nicel yöntemle duyulan güven, araştırmacının önemini nicel araştırmaya kıyasla belirleme tehlikesi yaratmaktadır. Nitekim Creswell, nitel araştırmaların insani bilimler ve sosyal bilimlerde keşif yapmanın meşru bir yöntemi olduğunu, bu meşruiyeti nicel araştırmalara kıyaslama yapmadan elde ettiğini ifade ederken bu konunun altını çizmiştir [105]. Bu bölümde nitel araştırma ile nicel araştırma arasındaki kimi kıyaslamalar, bu ikisini önemleri bakımından karşılaştırmak üzere değil, nitel araştırma kavramını tıp alanında daha iyi bilinen nicel araştırmaya kıyaslayarak daha anlaşılır kılmak üzere yapılmaktadır.

İnsanla ilgili olguların ölçülemeyen birçok boyutu olması, insani ve sosyal bilimlerde nitel araştırmaları gerekli kılmaktadır. Ölçülebilir olana odaklanan pozitivist metodolojinin aksine *yorumsamacı yaklaşım*, kişilerin öznel değerlendirmelerinin gerçekliğin doğasını kavramada önemli bir etken olduğunu kabul eder. Yorumsamacı yaklaşımın araştırılan bireye yaklaşımı, biyopsikososyal

sağlık anlayışıyla benzer özellikler göstermektedir. Biyopsikososyal sağlık anlayışı, insanı biyolojik, psikolojik ve sosyal bir varlık olarak ele alır, ayrıca hastaya yaklaşımda hastanın duygu ve düşüncelerini gerekli bulur [11]. İnsanı bütün bu bileşenleri ile ele alan bu yaklaşım, araştırmacının genel tutumunu yansıtmakla kalmayıp, metodolojinin *yorumsamacı yaklaşıma dayanan nitel araştırma* olarak seçilmesini belirleyen ana etmen olmuştur.

Nitel araştırma ile öncelikle, araştırmaya katılan bireylerin anlam dünyalarını ve gündelik deneyimlerini keşfetmek amaçlanır. Esnek olmasının yanında sistemli ve dikkatli olarak yürütülmesi gereken araştırma süreci, sonuçta oldukça derinlikli, zengin veriler sağlar. Üretilen detaylı verilerin, toplumsal sorunlara açıklamalar getirmesi beklenir [106, 107]. Nitel araştırmaya ilişkin söz edilmesi gereken bir diğer konu, tümevarımsal oluşudur. Araştırmacı, nicel araştırmalarda olduğu gibi zihindeki bir kurama dayanan bir hipotezle yola çıkmaz, bunun yerine çalışacağı konuyu belirler ve kuram veriden oluşturulur. Özellikle, bu araştırmada olduğu gibi, bir konu ilk defa araştırılıyorsa, araştırmayı planlarken kuramsal çerçeveyi netlikle belirlemek mümkün olmayabilir. Bu durumda araştırmacı, araştırmada elde ettiği bulgulara göre bu çerçeveyi oluşturma ihtiyacı hissedebilir [108]. Benzer şekilde bu araştırmanın dayandığı kuram da verilerin sistematik analizi ve yorumu ile oluşturulmuştur. Bağlantılı olarak, 'genel bilgiler' bölümünde sunulan kavramsal çerçeve de araştırma bulgularıyla birlikte şekillenmiştir.

Bu araştırma ile çocuk hekimlerinin sosyal öykü algılarını, deneyimlerini keşfetmek ve Türkiye'de sosyal öykü uygulamalarının önündeki engelleri anlamak amaçlanmış, bu amaçla yorumsamacı yaklaşımı benimseyen nitel araştırmanın felsefi temelinden ve araştırma tekniklerinden yararlanılmıştır.

## **3.2. Verilerin Oluşturulması ve Analizi**

### **3.2.1. Araştırmanın Örnekleme**

Nitel araştırma, nicel araştırmanın bulguları evrene genelleme kaygısı yerine, 'derinlemesine betimleme' kaygısı duyar. Bir durumun ya da olayın yeterli ölçüde ayrıntılarıyla çalışılması ve önceden keşfedilmemiş ilişkilerin sınırlı bir

çerçeve içerisinde anlaşılması nitel araştırma bakımından daha önemlidir [108]. Bu nedenle nitel araştırma yöntemlerinde öncelikle tercih edilen örnekleme yöntemi amaçlı örneklemedir [105, 107]. Bu teknikte görüşmeciler, araştırmacının kuramsal altyapısı ve amacı ile bağlantılı olarak araştırmacı tarafından belirlenmektedir. Nitel araştırma geleneği içinde ortaya çıkan amaçlı örnekleme yöntemleri Patton'a göre zengin bilgiye sahip olduğu düşünülen durumların derinlemesine çalışılmasına olanak vermektedir [109]. Bu araştırmada kullanılan örneklem çeşidi, Patton'un amaçlı örneklem sınıflamasındaki yöntemlerden biri olan 'maksimum çeşitlilik örnekleme'sidir. Maksimum çeşitliliğe dayalı bir örneklem oluşturmada amaç, genelleme yapmak için bu çeşitliliği sağlamak değildir. Bunun yerine, çeşitlilik arz eden durumlar arasında herhangi ortak ya da paylaşılan olguların olup olmadığını bulmaya çalışmak ve bu çeşitliliğe göre problemin farklı boyutlarını ortaya koymaktır. Bu araştırmada iki açıdan maksimum çeşitlilik sağlanmaya çalışılmıştır. Bunlardan ilki çocuk sağlığı ve hastalıkları alanındaki eğitim düzeyi, deneyim ve hiyerarşik konumlardır. Görüşmeciler arasında çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlık öğrencilerinden öğretim üyelerine uzanan bir çeşitlilik sağlanmıştır. İkinci çeşitlilik alanı, görüşmecilerin çalıştıkları kurumlar olarak belirlenmiştir. Bunlar, devlet hastanesi, özel muayenehane, özel hastane, eğitim ve araştırma hastanesi ve üniversite hastanesini içermektedir. Ayrıca cinsiyet dengesi gözetilmeye çalışılmıştır. Belirlenen bu kriterler doğrultusunda görüşmecilere, araştırmacının tanıdığı çocuk hekimleri aracılığıyla ulaşılmıştır.

Bu araştırmacının örneklemini, derinlemesine görüşme yapılan 12 hekim ile odak grup görüşmesi yapılan 6 çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlık öğrencisi oluşturmaktadır. Derinlemesine görüşme yapılan kişilerden 3'ü öğretim görevlisi (2'si çocuk sağlığı ve hastalıkları, 1'i tıp eğitimi ve bilişimi anabilim dallarında), 4'ü çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı, 1'i gelişimsel pediatri yan dal uzmanlık öğrencisi ve 4'ü çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlık öğrencisidir. Örneklemin sayısı, nitel araştırmacının özelliklerinden biri olarak, araştırmacının başlangıcında kesin olarak belirlenmemiştir. Bu sayıyı belirleyen, *verilerin doygunluğa ulaştığının* araştırmacı tarafından gözlenmesidir. Bu, araştırmacının yeterli zenginlikte verinin oluştuğunu



ve verilerin tekrar etmeye başladığını görerek görüşmeleri bırakması anlamına gelmektedir. Görüşmecilerin demografik özellikleri tablo biçiminde sunulmuştur (Bkz. EK 1) Etik kaygılarla görüşmecilerin isimleri değiştirilmiş ve çalıştıkları kurumların yalnız nitelikleri belirtilmiş, isimleri gizlenmiştir.

Araştırmanın sunumunda 'çocuk hekimi' terimi uzmanlık öğrencilerini de kapsayacak şekilde kullanılmıştır. Bunun gerekçeleri uzmanlık öğrencilerinin de hizmet sunumunda önemli yer almaları ve bu hizmet sunumu sırasında 'çocuk hekimi' rolü üstlenmiş olmalarıdır. Yine de uzmanlık öğrencileri, uzmanlar, öğretim görevlilerinin ifadelerinin eğitim ve mesleki deneyimleri bakımından analize tabi tutulduğu ve sonuçların bu yönden de bulgularda aktarıldığı belirtilmelidir.

### **3.2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Uygulama Süreci**

Bu araştırma, Ankara ilinde, Şubat-Haziran 2016 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Nitel araştırmaların temel özelliklerinden birinin, araştırmaya katılan bireylerin günlük yaşamlarını devam ettirdikleri doğal ortamlarda yürütülmesi olduğu dikkate alınarak, bu araştırma hekimlerin doğal ortamlarında yürütülmeye çalışılmıştır. Bu yaklaşım, araştırmanın araştırılan olgunun var olduğu 'saha'da yapılması kadar, olgunun bir bütün olduğu çevresiyle birlikte değerlendirilmesini de gerektirir. Bu çerçevede, biri hariç (hastanede uygun ortam olmaması nedeniyle) görüşmelerin tümü görüşmecilerin çalıştıkları hastanelerde, kendi odalarında gerçekleştirilmiştir. Bu durum, hekimlerin çalıştıkları ortama ilişkin gözlem yapma olanağı da sağlamıştır. Görüşmelerin nadir olmayacak şekilde telefon görüşmeleri ve kimi zaman da içeri giren kişilerle bölünmesi hekimlerin çalışma ortamlarına ilişkin önemli bir gözlem olmuştur. Bu gözlemlerle uyumlu olarak kimi çocuk hekimleri sosyal öykü uygulamalarına ilişkin bir güçlüğü de hasta ve ailesiyle görüşmelerin sıkça bölünmesi olduğunu ifade etmiştir. Araştırmacının kimi gözlemleri görüşmecilerin ifadelerini doğrulayıcı nitelikte olmuştur.

Görüşmecilerin içinde var oldukları ortamla birlikte değerlendirilmesi, araştırmanın analizinde de önemli katkılar sağlamıştır. Örneğin, hekimlerin

çalıştıkları kurumun ve gördükleri hasta nüfusunun özelliklerinin çoğu durumda yakın ilişkili olduğu görülmüştür. Özel hastanede ve muayenehanede sosyoekonomik düzeyi yüksek olan hastalar takip edilirken, eğitim ve araştırma hastaneleri ile devlet hastanelerinde sosyoekonomik düzeyi düşük hastalar ve mülteciler görülmektedir. Birliktelik gösteren bu iki durumun (çalışılan kurum ve görülen hasta nüfusunun sosyoekonomik özellikleri), hekimin tanımladığı sosyal öykü içeriğini ve algısını etkilediği görülmüştür. Bu örnek de bireyi ortamıyla birlikte değerlendirmenin önemini tekrar göstermiştir.

Olası görüşmeciler belirlenerek, görüşmeden yaklaşık biri hafta önce telefonla aranmışlardır. Aranan olası görüşmecilerden yalnız biri (özel hastanede çalışmakta olan), çok istediğini ancak gün aşırı nöbet tuttuğunu ve çok yoğun olduğunu belirterek görüşmeyi kabul etmemiştir. Bunun dışında aranan olası görüşmecilerin tümü görüşmeyi kabul ederek, görüşmeye katılmışlardır. İlk telefon görüşmesinde araştırma hakkında açıklıkla bilgi verilmiş, görüşmede ses kaydı alınmasının uygun olup olmadığı sorulmuş ve görüşmeci için uygun bir gün ve saat belirlenmiştir. Görüşmeden bir gün önce görüşmecilere görüşmenin gerçekleşeceğinin doğrulanması amacıyla tekrar telefon edilmiştir. Görüşmecilerin genel olarak konuyu ilginç buldukları, ilgili davrandıkları gözlemlenmiştir.

### **3.2.3. Veri Oluşturma Süreci**

Pek çok araştırma gözlem ile başlar. Kendisi de çocuk hekimi olan araştırmacının sosyal öykü uygulamalarına ilişkin gözlemleri bu araştırmanın birincil veri kaynağıdır. Araştırmacı, bu araştırmaya ilişkin fikirlerin şekillenmesinden önce, Kanada'da Montreal ve Toronto'da farklı kliniklerde gözlem yapma olanağı bulmuş ve öncelikle dikkatini çeken şey, sosyal öyküye verilen ağırlığın Türkiye'ye kıyasla oldukça fazla olduğu olmuştur. Araştırmacıya göre hasta ve ailelerine sunulan hizmet, tıbbi bilgi ve teknolojik anlamda önemli farklılık içermezken, sosyal öykü alanındaki büyük fark, araştırmacıyı bu konunun nedenleri üzerine düşünmeye yöneltmiştir. Zamanla bireysel gözlemlerin yeterli olmadığı, teorik olarak sosyal öyküye ilişkin geniş bir bilgi boşluğunun olduğu ve bu nedenle sosyal öyküye ilişkin

daha kapsamlı ve sistematik bir bilgiye ihtiyaç olduğu gerçeği ortaya çıkmıştır. Bu şekilde başlayan bu araştırmada, araştırmacının kendi mesleki uygulamalarındaki ve Kanada'daki gözlemlerinin etkisi önemli olmuştur. Ek olarak gözlemin, hem derinlemesine görüşmelerde hem de odak grup görüşmesinde kullanıldığı belirtilmelidir.

Bu araştırmada, çocuk hekimlerinin deneyimlerini derinlemesine keşfetmek ve farklı araştırma yöntemlerinin zenginliklerinden yararlanmak adına, birden çok veri oluşturma tekniği kullanılmıştır. Bunlar *derinlemesine görüşme* ve *odak grup görüşmesidir*. Böylece her iki yöntemin güçlü yanlarından yararlanarak daha zengin bilgi üretimi amaçlanmıştır. Derinlemesine görüşmelerle, görüşmecinin düşünce ve duygularının derinlikli olarak anlaşılması; odak grup görüşmeleri ile de ortaklaşan ve farklılaşan görüşlerin ifade edilmesi hedeflenmiştir.

Araştırma sürecinde hem ses kaydı yapılmış hem de araştırmacı tarafından notlar alınmıştır. Araştırmacının tuttuğu notlar; gözlem notları, yönteme ve sürece ilişkin notlar, araştırma günlüğü ve analitik notlardır. Gözlem notları, her görüşmenin hemen sonrasında görüşmeci ve çevreye ilişkin ayrıntılı notlardır. Bu metinler, her görüşmeden hemen sonra araştırmacı tarafından kaleme alınmıştır. Gözlem notlarında, görüşmeciye ilişkin içsel ve dışsal gözlemlerin yanı sıra, görüşmenin yapıldığı ortamın nitelikleri, görüşme sürecine ilişkin gözlemler ve ayrıca tüm bunların araştırmacıya hissettirdiklerine yer verilmiştir. Araştırmacının araştırma sürecine ilişkin notlarında ise, süreç içinde çıkarılan dersler ve araştırmanın devamı için yeni üretilen fikirler yer almıştır. Araştırma günlüğü ise çok daha serbest olarak, araştırmanın herhangi bir aşamasında araştırmacının planlarını, yaptığı işleri, duygu ve düşüncelerini, yorumlarını, kaydettiği bir kaynak olmuştur. Analitik notlar ise, ses kayıtlarının transkripsiyonu veya analizi sırasında defalarca okunduğu dönemde ortaya çıkan daha soyut kavramsallaştırmalardır.

### ***Derinlemesine Görüşme***

Nitel araştırma yöntemleri arasında en sık kullanılanı derinlemesine görüşmedir. Bu, insanların perspektiflerini, deneyimlerini, duygularını ve algılarını

ortaya koymada kullanılan oldukça güçlü bir yöntemdir [110]. Derinlemesine görüşme tekniği araştırmacının araştırdığı konuya ilişkin bütünlüklü bir kavrayış geliştirmesini olanaklı kılan ve görüşmecilerin deneyimlerini derinlikli olarak ortaya çıkaran bir nitel araştırma tekniği olması nedeniyle tercih edilmiştir.

Patton'a göre görüşmenin amacı, bir bireyin iç dünyasına girmek ve onun perspektifini anlamaktır. Görüşmenin çeşitli yöntemleri olup bu araştırmada görüşme formu yöntemi kullanılmıştır. Görüşme formu yönteminde, benzer konulara yönelmek yoluyla değişik insanlardan aynı tür bilgilerin alınması amaçlanır [109]. Araştırmacı hem önceden hazırlanmış soruları sorma hem de ayrıntılı bilgi alma amacıyla ek sorular sorma özgürlüğüne sahiptir. Görüşme formu, araştırma problemiyle ilgili tüm boyutların ve soruların kapsanmasını güvence altına almak için geliştirilmiş bir yöntemdir. Araştırmacı, görüşme sırasında soruların cümle yapısını ve sırasını değiştirebilir, bazı konuların ayrıntısına girebilir veya daha çok sohbet tarzı bir yöntem benimseyebilir. Bu yöntem daha sistematik ve karşılaştırılabilir bilgiler elde etmeyi sağlar, elde edilen verilerin düzenlenmesi ve analizini kolaylaştırır. Bu araştırmada, söz konusu görüşme formu, yarı yapılandırılmış açık uçlu sorulardan oluşturulmuştur. Görüşmecilere yönlendirilen soru başlıkları şöyledir: *hastanın yaşadığı koşulların sağlığına etkisi, sosyal öykü tanım ve içeriği, mevcut sosyal öykü pratiği, sosyal öykü eğitimi, sosyal öyküye ayrılan zamanın yeterliliği, sosyal öyküye ilişkin engeller, yönlendirme pratikleri*. Araştırmacının derinlemesine görüşmelerde kullandığı görüşme formu EK 2'dedir.

Araştırma çerçevesinde 12 hekim ile derinlemesine görüşme gerçekleştirilmiştir. Derinlemesine görüşmeler ortalama 90 dakika sürmüştür. Görüşmelerin çözümlenmesi araştırmacı tarafından yapılmış olup, transkripsiyon metni görüşme başına ortalama 20 sayfayı bulmuştur.

Görüşmelerin başında, araştırmacının amacı tekrardan aktarılmış ve görüşmecilerin onayları sözlü olarak alınmıştır. Görüşmelerde tüm görüşmecilerin duygu ve düşüncelerini aktarmada istekli oldukları gözlenmiştir. Görüşmeler, araştırmacının yalın ve açık uçlu sorularıyla ilerlemiştir.

Derinlemesine görüşmeler özellikle çocuk hekimlerinin çalıştığı mekanlarda yürütülmüştür. Daha önce belirtildiği gibi, amaçlı olarak hekimlerin doğal ortamlarında yürütülen görüşmelerin zaman zaman hasta ve telefon sesleri ile bölündüğü olmuştur. Bu durum görüşmelerin bölünmesine neden olduğu için yöntemsel açıdan rahatsızlık verici olsa da, kimi zaman yeni verilerin üretilmesini de sağlamıştır. Örneğin hekimlerden biri ile yapılan görüşme, bir hasta yakınının sonuç göstermek istemesiyle bölünmüştür. Hekim sonuçlara baktıktan sonra, hastanın babasına, çocuğun kırmızı et yemesi gerektiğini söylemiştir. Baba, kırmızı et alamadıklarını söylediğinde hekim, alternatif gıdalar önermiştir. Maddi yetersizlikleri olan hastaları sosyal hizmetlere yönlendirme konusunda görece en istekli ve bilgili görüşmecilerden biri olan bu hekimin bu hasta için böyle bir yönlendirme yapmamış olması, araştırma bulgularının yorumlanması adına önemli bir ipucu olmuştur. Bu konuda bir başka örnek, özel hastane ve muayenehane hekimlerinin görüşme sırasında hastalarından gelen telefonları açmaları ve onlarla görüşmeleridir. Hastaları için ulaşılabilir olmanın onlarla ilişkilerinde önemli olduğunu belirten bir hekimin sözleri, araştırmacının bu yöndeki gözlemleriyle tutarlılık içindedir.

Nitel araştırmalarda, herhangi bir konuda derinlemesine bilgi elde etmek için ortalama ne kadar görüşme yapılması ve görüşmelerin ne kadar sürmesi gerektiğine ilişkin net bir tutum söz konusu değildir. Araştırma verilerinin yeterli zenginliğe ulaştığı ve kendini tekrar ettiği gözlemlendiği anda derinlemesine görüşmeler sonlandırılmıştır. Ayrıca, hekimlerin zaman kısıtlılığı nedeniyle, iki görüşmenin ardışık iki günde tamamlanabildiği belirtilmelidir.

### ***Odak Grup Görüşmesi***

Bu araştırmada kullanılan diğer nitel araştırma tekniği odak grup görüşmesidir. Odak grup görüşmesi yöntemi, nitel araştırmanın keşfetmeyi sağlama, bağlam ve derinliği ortaya çıkarma, yorumlama gibi avantajlarını taşır. Ayrıca kendine özgü olarak, grup dinamikleri aracılığıyla ortaklaşan ve farklılaşan görüşlerin ortaya çıkmasına olanak sağlar [111].

Bu araştırmada öncelikle uzmanlık öğrencileri, uzmanlar ve öğretim görevlileriyle 3 ayrı odak grup düzenlenmesi planlanmış ancak çocuk hekimlerinin yoğun iş tempoları ve odak grup görüşmesi yapılacak yere gelme konusundaki isteksizlikleri nedeniyle yalnız uzmanlık öğrencileri ile 6 katılımcıdan oluşan 1 odak grup görüşmesi gerçekleştirilmiştir. Odak grubun birbirine benzer kişilerden oluşması ve hiyerarşik konum farklılıkları olan bireyleri bir arada içermemesi ilkesine dayanarak odak grupta yalnız uzmanlık öğrencileri yer almıştır. Katılımcıların farklı kurumlardan gelmesi, dolayısıyla farklı koşullarda ve farklı kesimlere hizmet veriyor olması araştırma bulgularına önemli katkılarda bulunmuştur.

Bu görüşme hekimlerin zaman ve yer konusundaki seçimleri dikkate alınarak, bir üniversite hastanesinde öğle arasında yapılmıştır.

Odak grup görüşmesi için yarı yapılandırılmış bir görüşme formu kullanılmıştır (Bkz. EK 3). Odak grupta *hastanın yaşadığı koşulların sağlığına etkisi, sosyal öykü içeriği, sosyal öykü deneyimleri, yönlendirme deneyimleri* konuları etrafında bir tartışma yürütülmesi sağlanmıştır. Yapılandırılmış bir sosyal öykü formatı (Bkz. EK 4) orijinal İngilizce hali ve Türkçe çevirisiyle hekimlerle paylaşılmış, sosyal öykünün tarama formatı olarak kullanılması hakkındaki yorumları sorulmuştur.

Araştırmacı odak grup sürecinde kolaylaştırıcı rolünü oynamıştır. Görüşmenin konu dışına çıktığı anlarda müdahale etmekle beraber, katılımcıların mümkün olduğunca özgür bir biçimde görüşlerini ifade etmeleri sağlanmıştır.

Odak grup görüşmesi, beklendiği gibi tüm görüşmecilerin eşit söz almadığı yarı-serbest bir akış içinde geçmiştir. Kolaylaştırıcı, daha az konuşan bireyleri teşvik için göz teması, jestler ve nadiren de sözel müdahalelerde bulunmuştur. Yine de kimi katılımcıların daha fazla söz aldığı, kimilerinin ise daha az konuştuğu gözlemlenmiştir. Ayrıca görüşmenin yapıldığı hastanede çalışan katılımcıların, özellikle görüşmenin başında kendilerini diğerlerine kıyasla daha rahat hissettikleri fark edilmiştir. Görüşmenin ilerleyen dakikalarında bu durumun dengelendiği gözlemlenmiştir.

Görüşmede katılımcıların kimi konularda ortak tutum aldığı gözlenirken, kimi konularda (örneğin yapılandırılmış sosyal öykü formatına ihtiyaç konusunda) farklı fikirlerin savunulduğu görülmüştür. Karşıt görüşlerin de ortaya çıkabilecek bir zemin bulabilmesi odak grubun başarılı olduğunu düşündüren etmenlerden olmuştur.

#### **3.2.4. Veri Analizi**

Nitel araştırmada veri analizi, ilk görüşmeyle birlikte başlar ve araştırmanın tamamlanmasına dek devam eder. Bu, doğrusal olmayan, daha ziyade döngüsel bir süreçtir. Bu araştırmada da analiz, ilk görüşmeden itibaren başlamış, analizin özünü oluşturan anlam arayışı ve ilişkilendirme, yalnız kodlama aşamasında değil araştırmacının tüm aşamalarında devam etmiştir. Analize tabi tutulan veriler, ses kayıtları ve dökümleri başta olmak üzere, araştırmacının gözlemlerini ve düşüncelerini içeren notları da kapsamaktadır.

Tümevarımcı bir yol izleyen analiz süreci, oluşturulan verilerin anlamları doğrultusunda kodlanmasına ve kodların kategoriler oluşturacak şekilde ilişkilendirilmesine ve sonuçta temalar oluşturulmasına dayalıdır. Ortaya konan kodlar (kavramlar) ve bu kodlar arasındaki ilişkiler (temalar), verilerin altında yatan olguyu ya da kuramı açıklamada temeldir ve böylece kuram doğrudan verilerden inşa edilir. Bu nedenle araştırmacı verileri satır satır veya cümle cümle kodlar. Bu ilk kodlama süreci 'açık kodlama' diye de anılmaktadır. Sonraki aşama 'eksenli kodlama'dır. Bunun amacı, açık kodlama ile parçalara ayrılan verinin yeniden kurulmasıdır. Eksenli kodlama ile kategoriler ve alt kategoriler belirlenir, kavramlar ilişkilendirilir. Araştırmacı eksenli kodlama sırasında 'neden', 'nasıl', 'hangi sonuçları oluşturur' gibi sorulara yanıt arar. Bunlara yanıt aramak, araştırılan olgunun bağlamının oluşturulmasında yardımcı olur. Açık ve eksenli kodlama amaçları farklı süreçler olsalar da birbirinden bağımsız değildir, eş zamanlı ilerleyebilir; bu araştırmada da iki süreç birlikte ilerlemiştir. Kodlamaya ilişkin üçüncü ve son aşama ise 'seçici kodlama'dır. Bu, kuramın birleştirilmesi ve artırılması sürecidir. Bu süreç aynı zamanda kuramın ham verilerle karşılaştırılarak test edilmesini de içerir [112].

Bu araştırmada, yukarıda tarif edilen analiz sürecini kolaylaştırmak amacıyla MAXQDA 11 analiz programı kullanılmıştır. Derinlemesine görüşmeler ve odak grup görüşmesinin dökümleri yapılmış, bu dökümler programa aktarılmıştır. Program, analizi araştırmacı yerine yapmaz, bunun yerine cümleleri kodlamaya ve kodları ilişkilendirmeye olanak verir; kodları daha kolay sınıflamayı ve notlar almayı sağlar.

Verilerin analizi sürecinde araştırmacının tuttuğu bu notlar büyük yarar sağlamıştır. Notlar, hem araştırmacının duygu ve düşüncelerinin farkında olarak süreç içerisindeki etkisini gözlemlemesini ve gerektiğinde kontrol etmesini sağlamış hem de verilerin daha soyut düzeyde kavramlaştırılmasına yardımcı olmuştur.

Araştırma bulgularının yazımı sırasında mümkün olduğunca çok sayıda doğrudan alıntıya yer verilmiştir. Bu Şekilde okuyucu, yalın haliyle toplanan bulguları inceleyebilme ve varılan sonuçlarla olan tutarlılığını ve bu sonuçların geçerliğini yargılayabilme fırsatı bulacaktır [108]. Bulgular, bu alıntılar yanında, nitel araştırmanın gerektirdiği gibi araştırmacının yorumlarını da içermektedir. Tartışma bölümünde ise bu bulgular, daha yüksek bir kavramlaştırma düzeyinde, mevcut literatür ile birlikte tartışılmıştır.

### **3.3. Etik Hassasiyetler**

Araştırma Hacettepe Üniversitesi Etik Komisyonu sunulmuş, buradan alınan etik izin (Bkz. EK 5) sonrasında Şubat 2016'da uygulamaya başlanmıştır (Sayı: 35853172/433\_254). Araştırma sürecinde (hem telefon ile n görüşme sırasında hem de görüşme başlamadan önce) araştırmanın amacı açık bir biçimde aktarılmış, görüşmecilerden araştırmaya katılmaya ilişkin gönüllü olduklarına ve ses kaydı yapılmasını kabul ettiklerine dair sözlü onay alınmıştır, bu onay metni EK 2 ve EK 3'te, derinlemesine görüşme ve odak grup görüşme formlarının başında görülebilir. Araştırma sürecinde görüşmecilerden alınan bilgilerin gizliliği konusunda güven tesis etmek için çaba sarf edilmiştir. Verilerin kaydından başlayarak, görüşmecilerin isimleri ve çalıştıkları kurumlar gizli tutulmuştur, bulgular bölümünde anılan isimler, görüşmecilerin gerçek isimleri olmayıp, etik kaygılarla değiştirilmiştir.



### 3.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmanın sınırlılıklarından ilki, uzmanlar ve öğretim görevlileriyle planlanan odak grup görüşmelerinin, hekimlerin zaman kısıtlılığı nedeniyle gerçekleştirilememiş olmasıdır. Bunun yanında derinlemesine görüşmelerin sağlamış olduğu önemli katkılar bu dezavantajı azaltmaktadır.

Diğer iki sınırlılık, araştırma yöntemiyle ilişkilidir. Nitel araştırmanın sağladığı pek çok avantaja karşın, araştırma sonuçlarının tüm araştırma evrenine genellenmesi, nesnellığı ve istatistiksel geçerliğinden söz etmek mümkün değildir.

Nitel araştırmanın önemli özelliklerinden biri olan öznelliğe ilişkin bir başka sınırlılık da, araştırmacının katılımcı rolünün görüşmecinin yanıtlarına olan etkisidir. Görüşme esnasında gülümsemek, çok ciddi durmak gibi ifadelerin görüşülen birey üzerindeki etkisinin varlığını kabul etmek gerekir. Nitel araştırmacının yapması gereken böyle bir etkinin varlığının farkında olmak ve buna ilişkin önlemler almaktır [108]. Araştırma süreci boyunca araştırmacı mümkün olduğunca kendi etkisinin gözlemcisi ve takipçisi olmuş, yarı yapılandırılmış soruların açık uçlu, görüşmedeki tavrın ise empatik ancak yansız ve yargısız olmasına gayret göstermiştir.

## 4. BULGULAR

Çocuk hekimlerinin sosyal öykü deneyimleri ve algıları ile sosyal öyküyle ilgili engelleri anlamaya çalışan bu araştırmanın bulguları, analizin ortaya çıkardığı temalar doğrultusunda sınıflandırılarak anlatılacaktır. Bu çerçevede, birinci bölümde çocuk hekimlerinin sosyal öykü deneyimleri aktarılacaktır. Bu başlık altında hekimlere göre sosyal öykünün tanımı ve içeriği, çocuk hekimlerinin sosyal öyküye ilişkin görüşleri ve uygulamalarda öne çıkan özellikler ele alınacaktır. İkinci bölümde ise sosyal öykü uygulamalarını etkileyen etmenler aktarılacaktır. Bu başlık altında eğitimde sosyal öykünün yeri, çalışma ortamının sosyal öykü uygulamalarına etkisi, yönlendirme ve disiplinlerarası çalışmaya ilişkin faktörler ve hekimlik yaklaşımlarının sosyal öykü uygulamalarına etkisi değerlendirilecektir.

Bulgular aktarılırken, hekimlerin ifadelerine sadık kalınmaya çalışılarak, kullandıkları dil olduğu gibi aktarılmıştır. Görüşmecilerin ifadeleri, mümkün olduğunca bölünmeden ve konunun anlaşılmasını sağlayacak uzunlukta verilerek, sesleri okuyuculara ulaştırılmaya çalışılmıştır.

### 4.1. Çocuk Hekimlerinin Sosyal Öykü Deneyimleri

Çocuk hekimlerinin sosyal öyküyü nasıl tanımladıkları, sosyal öyküye dahil ettikleri konular, sosyal öykünün işlevi ve uygulaması hakkındaki görüşleri ve sosyal öykü pratikleri bu başlık altında değerlendirilecektir.

#### 4.1.1. Çocuk Hekimlerine Göre Sosyal Öykünün Tanımı ve İçeriği

Bu bölümde sosyal öykünün çocuk hekimi gözüyle ne anlama geldiği ve hangi konuları içerdiği ele alınacaktır. Bu tez çalışması kapsamında görüşülen çocuk hekimlerinin sosyal öykü tanımına ilişkin öncelikle dikkati çeken, sınırları belirsiz, geniş tanımlar yapmış olmalarıdır. İki çocuk hekiminin ortak deyimiyle, '*çocuğa dokunan her şey*' sosyal öykü olarak tanımlanması bu duruma örnek verilebilir. Ayrıca sosyal öykü içeriğinde ifade edilen konuların, çocuk hekimlerince düzensiz bir şekilde ele alındığı ve çoğu kez hasta örnekleri üzerinden çağrışımlarla hatırlanarak önceki ifadelerine eklendiği gözlemlenmiştir.

Çocuk hekimlerinin sosyal öyküye dahil ettikleri ve aşağıda gruplanarak sunulan başlıkların önemli bir kısmının çocuk hekimlerinin sosyal öykü uygulamalarında yer al(a)madığı ve daha çok, çocuk hekimlerinin zihnindeki 'ideal' sosyal öyküde kaldığı unutulmamalıdır.

Sosyal öykünün içeriği sorulduğunda görüşmecilerin çoğunun sosyal öyküyü ilk olarak *sosyal çevre* ile ilişkilendirdiği gözlenmiştir. Hekimlerin ifadelerinde *sosyal çevre kavramı*, esasında sosyal öyküyü tanımlamaktadır. Hekimlerin sosyal çevre kavramına (sosyal öykü) ilişkin ifadelerinin üç tema etrafında şekillendiği gözlenmiştir; bunlar çocuğun ilişkileri, sosyoekonomik durumu ve gündelik hayatıdır. Bu üç temanın çoğu zaman birbiriyle ilişkili olduğu, hekimlerin ifadelerinde görülmektedir.

### ***Çocuğun ilişkileri***

Sosyal öyküye ilişkin hekimlerin en önemli vurgusu çocuğun ilişkilerinedir. Görüşmecilerin tümü sosyal öykü tanımlarında çocuğun ilişkilerine geniş yer vermiştir. Hatta kimi görüşmeciler, sosyal öykü denince yalnız çocuğun ilişkilerine odaklanmıştır. Hekimlerin birçoğuna göre çocuğun ilişkileri çocuğun etkileşimde bulunduğu tüm bireyleri; ebeveynler, bakım verenler, kardeşler, komşular, rol modeller, arkadaşlar ve öğretmenleri içerir.

Kaçınılmazdır ki aile, çocuğun ilişkilerinin merkezinde yer alır. Çocuk hekimleri de *aileyi* pek çok yönüyle sosyal öykünün odağına yerleştirmektedir. *Aile*, sıklıkla çekirdek aileyi ve özellikle ebeveynleri ifade edecek şekilde kullanılmıştır. Çocuğun ilişkileri teması altında çocuk hekimlerince en önemli bulunan ve defalarca sözü edilen husus ebeveynlerle ilişkilerdir. Bu nedenle ebeveynle ilişkiler görüşülen hekimlere göre sosyal öykünün merkezinde yer alır. Öyle ki, çocuk hekimlerine göre, ailenin çocuk doğmadan önceki beklentisi dahi sosyal öykünün konusudur. Böylece sosyal öykü, gebelik öncesi döneme kadar uzanır. Dr. Mehmet, bu sürecin çocuğun istenmesi ile başladığını ifade eder, anne-babanın yanı sıra çocuğun yakın çevresinin hazırlığına değinir ve söz konusu hazırlığın çocuk için kurgulanan geleceği de kapsadığını anlatır:

*‘Çocuğun istenen bir çocuk mu meselesinin de önemli olduğunu düşünüyorum, yani planlanmış. Çünkü ben anne babanın ve yakın çevresinin bu hazırlığının çok önemli olduğunu düşünüyorum yani, o çocuğu istiyorlar mı, o çocuk için bir gelecek kurgulamışlar mı, kendileri hazır mı?’ (Mehmet, 43, öğretim görevlisi)*

Kimi görüşmecilere göre bahsi geçen hazırlığın sağlığa etkisi çocukluk dönemiyle sınırlı kalmaz, erişkinliğe hatta yaşlılığa dek uzanır. Bu hazırlıkla ilgili sorunların çocuk ihmalinde rolü olduğu bazı hekimlerce dile getirilmiş ve bu hususların da sosyal öykü içeriğine dahil edilmesi gerektiği belirtilmiştir.

Benzer şekilde, çocuğun aile ile ilişkilerinde ailenin çocuk algısı ve çocukta beklenenleri de başat rol oynamaktadır. Bu nedenle ailenin çocuk algısı ve çocukta beklenenleri sosyal öykünün önemli bir parçası olarak ele alınır. Örneğin Dr. Yusuf ailenin hekimden çocuk büyütmeyle ilişkin formüller istemesini, çocuğun bir insan gibi değil, robot gibi algılandığının göstergesi olarak kabul eder ve eleştirir:

*‘Mesela, özellikle beslenmeyle ilgili olarak bir tane şey söylüyüm örnek; anne var mesela, 6. ayda ek gıdalara geçecek. Bana sorduğu soru şu “Hocam ben hangi ek gıdayı hangi gün, hangi saatte, ne kadar vereyim?” Şimdi... karşınızda bir robot yok, ya da dikte ederek “şunu yap, bunu yap, bunu iç” diyeceğiniz bir durum da yok. Bu çocuk algısıyla ilgili tam bir (vurgulayarak) açığın olduğunun göstergesi.’ (Yusuf, 41, uzman)*

Ailenin çocuk algısı ve çocukta bekleneni, çocuğa yaklaşımını etkilemektedir. Bu nedenle hekimler ailenin çocuğa yaklaşımının gözlemlenmesini de sosyal öykünün önemli bir bileşeni olarak ele alır. Nitekim Dr. Can, çocuğun sırtının nasıl açıldığının bile kendilerine konu hakkında ipuçları verdiğini anlatır:

*‘Çocuğa olan yaklaşım, mesela polikliniğe girdiğinde genelde kimse çocuğun sırtını açmayı akıl etmiyor. Biz, ... “hadi annesi sırtını aç” dediğimizde çocuğun sırtını nasıl açıyo, bu bile sosyal öykü hakkında fikir veriyo bence bize.’ (Can, 26, uzmanlık öğrencisi)*

Aslında ailenin çocuğa yaklaşımı, evdeki yaşantılarının bir uzantısıdır. Ailenin yaşantısı, görüşülen hemen her çocuk hekimi tarafından sosyal öyküye dahil

edilmektedir, hatta çoğu zaman sosyal öykünün bizzat kendisi olarak görülmektedir. Bu nedenle hekim, sosyal öyküde evdeki yaşantıya dair ipuçlarının izlerini sürer. Örneğin Dr. Ece, evde ebeveynlerin çocukla nasıl bir iletişim içinde olduğunun önemini şöyle anlatır:

*‘Ne biliyim, gün içinde hani birbirleriyle günlerinin nasıl geçtiğine dair diyalogları var mı, yok mu, yoksa hani herkes işinden geliyor, yorgun argın oturuyor çocuklar dersine gidiyo, hani çocuklarla iletişim ailede ne üzerine, yani sadece o gün derslerini yapmış olmalarıyla mı ilgileniyo ya da onların gerçekten neler yaşadığıyla mı ilgileniyo?’ (Ece, 28, uzmanlık öğrencisi)*

Ebeveynlerin çocuğa ayırdığı zaman, çocuk hekimlerine göre sosyal öykünün önemli bir bileşenidir. Hekimlere göre çocuğa ayrılan zamanı sınırlayan her şey; çalışma koşulları, kariyer planları, ev işleri, evdeki bakım gerektiren kişiler sosyal öykünün konusu olmaya adaydır.

Görüşülen çocuk hekimlerince ailenin yaşantısının en önemli boyutlarından biri, çocuğun huzurlu bir ortamda yetişip yetişmediğidir; ayrıca, hekimlerin çoğu anne ile babanın nasıl anlaştığının, çocuğun psikolojisi üzerindeki etkilerini vurgulamaktadır. Dr. Feza anne-baba arasındaki sorunların çocuğa yansımaları, çocuğun bunu nasıl anladığı ile birlikte değerlendirmek gerektiğini anlatır ve anneye bu konuyu açmanın önemine değinir:

*‘Ailenin kendi içindeki tavrı bile, anne baba nasıl anlaşıyo birbiriyle, hani çocuğun yanındaki iletişimleri ya da anne baba arasında bir sorun olduğunda çocuk bunu nasıl algılıyor, nasıl görüyor? Yani anne baba arasındaki çatışmalar çocuğa nasıl yansıyor, belki bunlardan da çünkü bahsetmek gerekebilir ya da anneye bunu sormak gerekebilir. Eşyle çatıştığı noktalar var mıdır yok mudur diye... Çünkü hem küçük yaştaki çocuğu hem de adolesansa bu onu zaten çok hayli etkiliyecektir’ (Feza, 25, uzmanlık öğrencisi)*

Sosyal öyküde ebeveynlerin rolü ayrı ayrı ele alınacak olursa; annenin çocuğun etkileşimde bulunduğu kişiler arasında en önemli bulunan ve hekimler tarafından en sık anılan olduğu görülür. Öyle ki sosyal öyküde çocuğun dışında annenin de değerlendirilmesi gerektiğini ifade eden çocuk hekimleri olmuştur.

Çocuğun iyilik halinin anneninkiyle birlikte mümkün olabileceği ve anneyi de bir vaka olarak görmenin önemi gelişimsel pediatri yan dal uzmanlık öğrencisi Dr. Sedef tarafından şöyle vurgulanmaktadır:

*'Hani yine çalışma saatleri, çalışma koşulları, annenin kendi psikolojisi, annenin aldığı destek sistemleri... Hani mesela anne iyi olursa çocuk da iyi olur kavramını anneye yerleştirmeye çalışıyoruz. Bu yüzden de annenin aldığı sosyal destekleri de artırmaya çalışıyoruz. Yani anneyi güçlendirmek için gerekirse psikiyatrik destek, gerekirse bir bakıcı, gerekirse bir komşunun bir akrabanın oraya çağırılması... Hani bu iki üç aylık bir dönem bile olabilir hani ama sizin toplanmanız güçlenmeniz bakın siz iyi olursanız çocuğunuz da iyi olacak gibi... Yani sadece şey değil sadece çocuğun akut problemlerini muayene edip onu gönderme sorun çözme diil aslında amaç. Anneyi de bir vaka olarak görmek, onu da ele almak, onun sosyal çevresini de değerlendirmek...'* (Sedef, 33, yan dal uzmanlık öğrencisi)

Çocukla olan yakın ilişkisi göz önünde bulundurulduğunda annenin sosyal öykünün önemli bir bileşeni olması oldukça anlaşılır görünmektedir. Nitekim annenin sağlık durumunun öğrenilmesi de bazı görüşmecilerce önemli bulunmuştur. Bununla beraber, anne ve çocuğa ilişkin önemle vurgulanan bir konu *da anne-çocuk bağlanmasıdır*. Dr. Feza'ya göre bu konuyu değerlendirmeye yönelik soruların sosyal öyküde 'mutlaka' sorulması gerekir.

*'Özellikle mesela çocuğa kimin baktığı, çocuğun ne kadar süre anneye birlikte kaldığı, ilk mesela kaç ayında anne ile kaldığı ya da anne kaçınıcı aydan sonra çocuğu başka bir bakıcı ya da büyükanne, babaanne, anneanneye bıraktığı; bunlar önemli olabilir, özellikle anne çocuk bağlanmasının gerçekleşip gerçekleşmemesi açısından. Ya da sadece anne sütü ne kadar aldığı bile, o zaten bizim rutin olarak sorduğumuz da bir şey ama anne çocuk bağlanması açısından önemli olabilir. Aklıma böyle direk şöyle olmuştu diye bir örnek gelmiyor ama onlar mutlaka sorulması gerekir diye düşünüyorum.'* (Feza, 25, uzmanlık öğrencisi)

Dr. Feza sosyal öykü kapsamında bağlanma sürecini değerlendirirken, anne ve çocuğun birlikte geçirdikleri zamanın ve bebeğin ne kadar süre emzirildiğinin sorgulanmasından söz etmiştir. Ayrıca görüşmecilerin bir kısmı, annenin çocuğa olan ilgisini sosyal öykünün bir bileşeni olarak ifade etmiştir. Çocuk hekimleri *annenin*

*çocuğa olan ilgisini, annenin eğitim düzeyi, yaşı, toplumdaki ve ailesindeki konumu, çocuk sayısı, bakmakla yükümlü olduğu diğer kişiler, ev işlerinin fazlalığı, çalışma koşulları, duygu durumu ve kültürel özellikler ile ilişkilendirmiştir.*

Çocukla olan yakın ilişkisi bakımından *anne* sosyal öyküde önemle vurgulanırken, *baba* genellikle anne-baba bileşik ifadesi içinde kullanılmıştır. Görüşülen çocuk hekimlerinin sosyal öyküsünde babanın yetersiz temsil edilmesi, öncelikle erkeğin toplumdaki ve ailedeki konumunun ve çocuğun bakımındaki rolünün sosyal öyküye yansımaları olarak düşünülebilir. Çocuğun etkileşimde bulunduğu kişiler arasında çocuk hekimlerince en çok önem verilenlerden biri de kardeşlerdir. Kardeşlerle ilgili farklı özellikler sosyal öykü kapsamında dile getirilmiştir. Kardeş sayısı sosyal öyküde sık anılan konulardandır. Kardeş sayısının çok olması çocuğa olan ilginin bölünmesi ve kalabalığın getireceği bulaşıcı hastalık risk artışıyla ilişkilendirilerek önemli bulunmuştur. Örneğin Dr. Cansu kardeş sayısının fazlalığının ilgiyi bölerek ihmale neden olduğuna dair gözlemlerinden şu şekilde bahseder:

*'Bu çocukların ben duygusal ihmale maruz kaldıklarını düşünüyorum. Bu açıdan da hiçbir şey yapamıyorum, o yüzden ben (kardeş sayısının) etkilediğini düşünüyorum, yani çok nadir olarak bir tane çocuğu olan anne baba geldiği zaman onların davranışıyla, beş çocuğu olan anne baba oraya geldiği zaman onların davranışı arasında ciddi fark oluyor.'* (Cansu, 32, uzman)

Çocuğun tek olması ise oynayabileceği bir abi-ablanın olmaması ve kimi zaman ebeveynlerin bu arkadaş ihtiyacını karşılamaya çalışarak ebeveynlik rollerini tam yapamaması olasılığıyla hekimlerden biri tarafından riskli bulunmakta ve sosyal öykü kapsamında ele alınmaktadır. Dr. Mehmet bu konudaki görüşlerini şöyle anlatır:

*'Tek çocuk demek çocuğun oynayabileceği bir akran bir abi ablanın olmaması demek ve o açığı anne babalar çocuğuyla çocuk gibi oynamaya "onunla arkadaş olmaya çalışıyoruz, biz dostuz arkadaşız" (diyor), tabii ki çok güzel kulağa çok iyi geliyor ama çocuğun hazırlanması, topluma hazırlanması, sosyal çevreye hazırlanması açısından hani orda çocuğun daha çok gereksinim duyduğu şey bir*

*anne bir baba. O yüzden bir ailede tek çocuk var dediğinde ben öykü anlamında söylüyorum, onun biraz daha ayrıntılı irdelenmesi gerektiğini düşünüyorum.'*  
(Mehmet, 43, öğretim görevlisi)

Kardeşlerin sağlık durumu da kardeş sayısına benzer şekilde hem bulaşıcı hastalıklar bakımından hem de bakım yükü ve ilginin bölünmesi açısından sosyal öykü içeriğinde değerlendirilmektedir. Bununla beraber kaybedilen kardeş öyküsü de sosyal öyküye dahil edilebilmektedir. Bu nedenle Dr. İdil kaybedilen veya hasta olan kardeş ve düşüklere, ailenin çocuğa yansıttığı endişeler ve davranış değişiklikleri bakımından önemli bulmaktadır:

*'Bunlar bizim rutin olarak muayene kağıtlarına yazdığımız öyküler değil, ama sosyal öykü işte, abi abla hikayesi onların ciddi bir hastalığı, alerjisi, kazası, ameliyatı ya da başka bir çocuk kaybı var mı, yani oluyor öyle, bir bakıyorsunuz bu çocukla ilgili çok büyük endişesi var; kaybedilmiş bebek olabiliyor ailede mesela düşük olabiliyor.'* (İdil, 37, uzman)

Bütün bunlarla beraber, çocuğun kardeşleriyle ilişkisi ve kardeşler arası kıskançlık da çocuk hekimlerince önemli bulunmakta ve sosyal öykü kapsamında anılmaktadır.

Görüleceği gibi buraya kadar çocuğun çekirdek aile içindeki bireylerle ilişkilerine yer verilmiştir. Hekimlerin ifadelerinde çocuğun ilişkileri sadece çekirdek aileyi değil, çocuğun çevresindeki diğer bireyleri de kapsamaktadır. Çekirdek ailenin dışına çıktığında, çocuğun bakıcısı çocuğun etkileşimde bulunduğu kişiler arasında görüşmecilerce en önemli bulunandır. Nitekim Dr. İdil'in sosyal öyküye ilişkin ilk ifadesi çocuğa kimin baktığı olmuştur:

*'Sosyal öykü dediğin zaman ne canlanır?...Sosyal öykü dediğin zaman bunun akademik karşılığını veremiycem ama sosyal öykü dediğin zaman çocuğun gelişimine yönelik olan her şeyini içerebilir. Bu dediğim gibi evde kiminle beraber bakıldığı, ...bunların hepsi sosyal öykünün bi parçası olabilir.'* (İdil, 37, uzman)

Sosyal öyküde çocuğa kimin baktığının öğrenilmesi, özellikle çocuğa önerilecek tedavinin birincil bakım verene anlatılması için gerekli bulunmaktadır. Dr.



Feza, hekimin bakıcıyla doğrudan konuşmamasının tedaviye uyum sorunu getirebildiğini şöyle anlatır:

*'Mesela özellikle kronik hastalığı olanlar için atıyorum bi fenilketonüri hastası biz neticede uyması için ona bi diyet veriyoruz ve o diyetine primer olarak ona bakan kişi kimse aslında bizim ona anlatmamız lazım. Ama çocuk muayeneye annesiyle babasıyla geliyor, ama gün içinde annesi babası çalıştığı için aslında onlarla çok iç içe değil belki. Yani biz evet anneye anlatıyoruz belki ama anne gidiyor bakıcıya anlatıyor, o arada anlatırken neticede bazı sorunlar olabilir.'* (Feza, 25, uzmanlık öğrencisi)

Bu nedenle çocuğa kimin baktığının öğrenilmesi sosyal öykünün önemli bir parçasıdır. Farklı bir biçimde Dr. Mehmet de çocuğa kimin bakacağı konusunun çocuğu ve tüm aile iklimini etkileyeceğini ifade eder. Daha güvenilir bulunması gibi sebeplerle anneanne, babaanne gibi aile büyüklerinin çocuğun bakımı konusunda tercih edilmesinin aile dinamiklerinde değişiklikler yarattığını ve çocuğa kural koymayı zorlaştırdığını anlatır. Bu bilgilerin elde edilmesi çocuğun sosyal öyküsünün önemli bir kısmını oluşturduğu söylenebilir.

*'...bakıcıya vermek belki biraz tedirgin edici ama bi anneanne babaanne aile büyüğünün bakmasından daha iyi olduğunu düşünüyorum. Nedeni şu, kurallar daha iyi şekillenebiliyor, tabii ki güven çok önemli çocuğun güvende olması çocuğa bir büyükanne ile büyükbabanın bakıyor olması çok önemli ama ...aile büyükleriyle yaşanan ilişkilerin çocuğa da yansıdığını düşünüyorum. İşte kuralları esnetebiliyorlar, ...aile büyükleri daha hoşgörülü oluyor. O çocuğa bakmanın aile ilişkilerinde bozulmalara da neden olabildiğini düşünüyorum. Yani üç yaşındaki bi çocuğun ağlayarak geldiği neden bulunamadığı bi durumda bu öykünün de derinleştirilmesi gerektiğini düşünüyorum.'* (Mehmet, 43, öğretim görevlisi)

Dr. Mehmet'in ifadesinden de anlaşılacağı gibi aile büyükleri, çocuğun birincil bakım verenleri olduğunda kural koymayı güçleştirebilmektedir. Bu nedenle bu durumun sosyal öyküde irdelenmesi gerektiği vurgulanmıştır. Ayrıca aile büyükleri evde kabalık bir ortam oluşturarak hem çocuk için enfeksiyon riski artışı ile hem de bakım gerektirerek annenin ilgisini bölmeleri ile ilişkilendirilmiş ve sosyal öyküde hekimlerce önemli bulunmuştur.

Arkadaşlar ve rol modeller de çocuğun hayatındaki önemli kişiler olarak sosyal öykü içeriğinde vurgulanmıştır. Arkadaşlıkla ilgili soruların hekimler tarafından özellikle ergenlik döneminde daha önemli bulunduğu söylenebilir. Dr. Ece'nin aşağıdaki ifadesinde ergenlere arkadaşlıkla ilgili sorduğu sorular görülmektedir:

*'Şunu sorguluyorum ilk başta mesela "Bu ara canını sıkan şeyler var mı? Okulda dersler nasıl gidiyor? Arkadaşlarıyla aran nasıl? Kız arkadaşın ya da erkek arkadaşın var mı? Varsa onla işte aran nasıl? Sorunlar var mı bu ara? Sınavlar nasıl, bu ara dersler yoğunlaştı mı?" bu şekilde soruları soruyorum ben, özellikle adolesan yaşlardaki çocuklara.'* (Ece, 28, uzmanlık öğrencisi)

Rol model alma konusu yine ergenlik dönemi için görüşmecilerce önemsenen bir konudur ve ergenin rol modellerinin kimler olduğu sosyal öyküye dahil edilmiştir. Bazı çocuk hekimleri zararlı alışkanlıklarda rol modellerin rolüne dikkat çekmiştir. Öğretmenin çocukla ilgili görüşleri, varsa belirttiği endişeler ve çocuğun öğretmeniyle iletişimi de çocuk hekimlerince sosyal öykü kapsamında dile getirilmiştir.

Çocuk hekimleri, hastalığın çocuğun çevresindekilerle iletişimini etkilemesinin de sosyal öykü içinde değerlendirilebileceğini belirtmiştir. Enfeksiyon riski ve başka nedenlerle çocuğun yaşlılarıyla oyun oynayamaması bu olumsuz etkilerdendir. Sosyal öyküde ayrıca çocuğun maske takması, gelişimsel problemleri olması veya fiziksel görünümü nedeniyle çevresinde önyargıyla karşılaşma ve dışlanma olasılığının da değerlendirilebileceğinden söz edilmiştir.

Görüşülen çocuk hekimlerinin çocuğun çevresinde yer almaları nedeniyle sosyal öykü kapsamında değerlendirdiği kişiler, söz edildikleri bağlamlar içinde bu bölümde sınıflanarak anlatılmıştır. Okuyucunun tekrardan dikkatine sunulan önemli konular, söz edilen geniş içeriğin görüşülen hekimlerin söylediklerinin bütününden oluştuğu, hekimlerin sosyal öykü tanımlarının geniş olmakla birlikte basit düzeyde de olsa yapılandırılmamış olduğu ve son olarak, çoğu koşulda uygulanan sosyal öykünün söz edilen içerikle karşılaştırılmayacak kadar zayıf olduğudur.

### ***Çocuğun sosyoekonomik durumu***

Sosyal öykünün içeriğine ilişkin olarak ortaya çıkan bir diğer tema çocuğun sosyoekonomik durumudur. Sosyoekonomik durum, sosyal öyküde hekimlerin çocuğun ilişkilerinden sonra en çok vurguladıkları konu olmuştur. Çocuk hekimleri sosyoekonomik durumun sağlığı doğrudan etkilediğini düşünerek, sosyal öyküde önemli bir yeri olduğunu ifade etmektedir. Bununla birlikte hekimler çoğu zaman sosyoekonomik durumu *doğrudan soru sormaksızın, gözlem ile* tespit etmeye çalışmaktadır. Örneğin ailenin ekonomik durumunun ve eğitim düzeyinin sorgulanması görüşmecilerin çoğu tarafından *uygun bulunmamaktadır*. Görüşmeciler oldukça önemli buldukları sosyoekonomik durumu, ailenin ve çocuğun görünümü ve konuşmaları sırasında yakaladıkları ipuçlarıyla dolaylı olarak öğrendiklerini belirtmiştir. Bu nedenle bu bölüm, hekimlerin sosyal öyküde konuşulmasını önerdikleri konuları değil, sosyal öyküde dolaylı ipuçlarıyla da olsa anlamak istedikleri konuları içermektedir.

Öncelikle görüşmecilerin, sosyoekonomik durumun sağlığa etkisiyle ilgili görüşlerine yer verilecektir. Görüşmecilerin hemen hepsi, düşük sosyoekonomik durumun sağlığa olumsuz etkilerinden söz etmektedir. Örneğin Dr. Beril, sosyoekonomik düzeyi düşük topluluklarda hastalığın görülme sıklığının arttığını ve aynı hastalığın seyrinin daha kötü olduğunu ifade eder. Böylece, sosyoekonomik duruma, sağlığın ve hastalığın en önemli belirleyicilerinden biri olarak işaret eder:

*'Hastalıkların epidemiyolojisine baksak, hepsinde en önemli faktörlerden biri sosyoekonomik durumu diyoruz, hastalığın hem prognozu hem de görülme sıklığı bile sosyoekonomik düzeyleri farklı kişilerde farklı olabiliyor.'* (Beril, 25, uzmanlık öğrencisi)

Sosyoekonomik durumun sağlığa etkisi çocuk hekimlerinin aktardıkları deneyimlerde de geniş yer bulmaktadır. Örneğin Ankara'nın sosyoekonomik durumu düşük bir bölgesi olarak bilinen Sincan'da çalışan Dr. Cansu, orada sık gördüğü hastalıklarla ilgili deneyimlerini daha önce çalıştığı üniversite hastanesiyle kıyaslayarak aktarır. Gözlemlerinde hijyen eksikliği ve kalabalığın artırdığı enfeksiyon

hastalıkları, son derece yaygın olan astım-bronşiyolit, uyaran ve ilgi eksikliğinin yol açtığı gelişimsel sorunlar ön plana çıkmaktadır:

*'Sincan'ın ben hiç bu kadar görmediğim kadar gastroenterit salgını var. Bütün yıl boyunca gastroenterit salgınımız var... Yani sanitasyonla tabii çok ilişkili, bir de gerçekten çeşme suyunu çok tüketiyorlar, daha (düşünüyor) pis yaşıyorlar, o yüzden çok sık gastroenterit oluyolar... Kıl kurdu, inanılmaz çok var. Hiç hayatımda vermediğim kadar kıl kurdu tedavisi veriyorum... Herkes astım tanısıyla (izleniyor), evde nebulizatörleri var ve o açıdan çok rahatız mesela... Nebulizatöre ulaşımı en kolay olan gördüğüm yer hani orası olabilir yani herkes bronşiyolit nedeniyle o ventolin tedavisine alışmış... Başka fark ettiğim... İşeme bozuklukları çok fazla.... Şey fazla, masturbasyon çok fazla... Yani daha çok böyle uyaran eksikliğine bağlı gelişimsel şeyler çıkabiliyor.'* (Cansu, 32, uzman)

Hekimler, sosyoekonomik durumun sağlığa olan etkilerine ilişkin yaptıkları vurgular ile sosyoekonomik durumun sosyal öykü için önemli bir bileşen olduğunun altını çizmektedir. Ayrıca hekimler, sosyoekonomik durumu ağırlıklı olarak, maddi olanaklar ile ilişkilendirmektedir. Bunun dışında barınma koşulları, sosyal olanaklar, gıda temini, eğitim ve iş olanakları, ailenin ulaşım imkanları ve sosyal destek de sosyoekonomik durum altında ele alınmaktadır. Hekimler bütün bu bileşenleri birbiriyle ilişkili bir biçimde ele almakta ve sosyal öykü için önemli olduğunu dile getirmektedir. Nitekim Dr. Zeren, hizmet verdiği Suriyeli mülteciler örneği üzerinden bu bileşenlerin nasıl birlikte gözlendiğini anlatır:

*'...annelerinin ilgisi dağılmış oluyo. Belirgin bir geçim sıkıntısı var, zaten ortam hijyenik değil, kalabalık ortam olunca yani, en belirgin Suriyeliler hijyenleri kötü oluyo, daha uzun süre antibiyotik almaları gerekebiliyor. Zaten bu ailelerin böyle kültürel şeyleri de düşük. Yani kültürel bakış açıları da düşük, sosyoekonomik şeyi de düşük, o yüzden onların da ilgisi çocuğa çok az olduğu için genel olarak çok sağlıklı (değil), iyileşme periyotlarını bile, yatarken bile etkiliyor yani.'* (Zeren, 28, uzmanlık öğrencisi)

Sosyoekonomik durumun bileşenleri ayrı ayrı ele alındığında ailenin ekonomik durumunun önemli bir yer kapladığı görülmektedir. Ailenin maddi olanakları, görüşülen çocuk hekimlerinin çoğuna göre sağlığın en önemli

belirleyicilerindedir. İlginç bir şekilde, sosyal öykünün önemli bir bileşeni olarak yaygın kabul görmeye birlikte bu konunun 'zorunda kalınmadıkça' konuşulmadığı, sosyal öykünün bu bileşeni hakkında bilgi edinmek üzere gözlem ve tahminlerin kullanıldığı ifade edilmiştir. Görüşülen hekimlerden öğrenildiği üzere, sadece ergen sağlığı bölümünde sosyal öyküde ailenin ekonomik durumunun anlaşılması, ergene 'eviniz kira mı, kendinize mi ait?' sorusunun sorulması yoluyla olmaktadır. Sonuçta maddi olanaklar, hekim tarafından doğrudan sorulmasa da sosyal öykünün önemli bir bileşeni olarak görülür. Bu konudaki bilgi kaynağı ne olursa olsun, çocuk hekimlerinin ailenin maddi olanaklarını bilmek istemesinin nedeni sıklıkla, kontrol muayenesini planlama ve aileye tedavi için uygulayabileceği öneriler vermek olarak ifade edilmektedir. Dr. Miray bu duruma ilişkin görüşlerini şöyle anlatır:

*'Maddi durumu anlamanın mesela şöyle de bi faydası oluyo mesela; sen ventoline başladın, mecburen aerochamberını da yazıyosun, aerochamberın en ucuzu 25 lira, o anne cebinde sadece gidiş dönüş iki buçuk lira dolmuş parasıyla, iki buçuk gidiş iki buçuk geliş; beş lira cep parasıyla geliyor, sen öneriyi veriyosun, "bunu da al" diyosun, diyosun ki "bu da parayla alınıyo ama", anlatıyosun "şöyle kullanıcaksın böyle kullanıcaksın". Hadi zamanın da var on beş dakika anlattım ama o kadın cebinde onu alacak para yok, ventolini alıyo gidiyo ondan sonra şey gibi parfüm sıkar gibi ağzının içine çıkıp çocuğun onu sıkıp geliyor. Sen tedavi etmiş olmuyosun, gerçekçi bi hedef vermiş olmuyosun. Buna karşı tabii ne yapabiliriz dersin, tabii ki her parası olmayana cebimizden çıkarıp aerochamber alalım gibi bi hedef de gerçekçi olmayacağı için bu bilgi benim ne işime yarıyacak diyosun. Ama en azından bu bilgi senin o çocuğun tedaviyi kullanamayacağı şeklinde bi bilgi sahibi olmana yarayabilir.'* (Miray, 29, uzmanlık öğrencisi)

Tedaviyi temin etmek konusunda çözüm getirmeyecek bile olsa, çocuğun tedaviyi kullanamayacağını bilmenin hekim için önemli olduğu, maddi olanakların bu nedenle sosyal öykü kapsamında değerlendirildiği anlaşılmaktadır. Çünkü tedavinin etkinliğini değerlendirmek, ilacın kullanılıp kullanılmadığının bilinmesine bağlıdır. Tedavinin kullanımı gibi, kontrol muayenesinin planlanması da hekim tarafından ailenin maddi durumunu ve ayrıca ulaşım olanaklarını bilmeyi gerektirmektedir. Bu nedenle görüşmeciler, maddi olanaklar yanında ulaşım olanaklarını da sosyal

öykünün konusu olarak ifade etmişlerdir. Örneğin Dr. Hakan, sosyal öyküyü öncelikle sosyoekonomik durumla ilişkilendirmekte, bunun da uygulamadaki karşılığının genellikle ailenin ulaşım olanaklarını sorgulamak olduğunu ifade etmektedir:

*‘Öncelikle sosyal öykü diyince aklıma gelen şey ailenin sosyoekonomik durumu. Mesela fiili pratikte karşımıza bu anlamda, en dikkat ettiğimiz şey, şehir dışından gelip, şehir dışından veya şehir dışından olmasın hastaneye tekrarlayan defalar gelip gidememe, kontrollere ne kadar devam edebilme, olacağını bize gösterecek olan, hangi şehirden geldiği, nerden geldiğinden bağımsız olarak kaç defa hastaneye gelip gelemiyceği, bu anlamda herhangi bir saat gelip gelemiyceği, herhangi bir saat iletişim kurup kuramayacağını gösterecek şekilde III vasıta durumu örneğin.’ (Hakan, 30, uzman)*

Benzer şekilde Dr. Sezin de uzaktan gelen ve maddi durumu iyi olmayan bir ailenin çocuğu kontrole getirememesi sorunu üzerinden sosyal öyküde ulaşım olanaklarını değerlendirmenin önemini anlatmıştır. Ailenin maddi durumu Dr. Sezin’e göre, çocuk hekiminin vereceği sağlık hizmetlerinin sınırlayıcısı olmaktadır. Bu nedenle, sosyal öyküde önemli görülmektedir.

Hekimlerin çoğu ailelerin maddi olanaklarını ve ulaşım sorunlarını sağlığa erişimde sınırlayıcı olarak ele alırken Dr. Ece ise, uzak yerlerden gelen hastalarla ilgili sorunların maddi yetersizliklerden çok, ailenin bulunduğu bölgedeki yetersiz olanaklardan kaynaklandığını ifade eder. Böylelikle, sosyoekonomik durumun çocuk sağlığına etkisi bağlamında, ailenin olanaklarının bir adım ötesinde, sosyal olanakların önemine işaret edilir. Bu açıdan çocuğun yaşadığı bölge ve o bölgenin sosyal olanakları da sosyal öykünün konusudur.

*‘Ya da mesela çok uzaktan gelen hastalar oluyor, keşke onlara da daha yakın yerlerde, hatta keşke hepsinin geldiği şehirde gerçekten ilgili bölüm olabilse, yan dallar olabilse, daha fazla çocuk doktoru olabilse... Herhalde en önemlisi o olurdu. Hem bize de bu kadar fazla dışardan hasta gelmezdi, hem de hastalar bu kadar uzak yerlerden gelmek zorunda kalmazlardı. Uzak yerlerden gelip dönmek zorunda kalıp, takiplerine devam edilememesi gibi bi durum olmazdı, en çok onu isterdim.’ (Ece, 28, uzmanlık öğrencisi)*

Görüşmecilerin çocuğun sosyoekonomik durumuna ilişkin gözlemleri sağlık ile sınırlı kalmaz, okul başarısının nasıl etkilendiğini de kapsar. İyi liselere gidemeyen, yüksekokul ve üniversite eğitimi alamayan hastaları için kaygı duyan Dr. Serkan, sosyoekonomik durum ile çocuğun başarısı arasındaki ilişkiye dair görüşlerini anlatır. Böylece eğitim olanaklarını sosyal öykünün önemli bir konusu olarak ele alır.

*'Bizim çalıştığımız hasta grubunun sosyoekonomik yapısı belli bir yapıdır, bir yekparelik gösterir. Anneler ev kadını, babalar genellikle SSK'lı işçi, asgari ücretle çalışıyor ya da asgari ücretin ufak bir miktar üstünde, bir kısmı yine köyden destek alıyor, çocukların da tabii ki akademik olarak geleceklere dair bir öngörülerini yok. Çünkü aileden de bir yönlendirme yok, ekonomik olarak da tabii ki belli destek gerekiyor, bu da az olunca çocukların böyle bir isteği de olmuyor ve okul başarıları düşük. Soruyorum hani, çocuğun okul başarısı (nasıl diye), yani çok az şöyledir böyledir diyen- ki onlar da bir şekilde bu işe kafasını takmış aileler, ya da bu şekilde yön çizmiş aileler ya da bir şekilde eğitimi aileler- ki sayısı çok az, ama onun dışında o kadar az ki... Bu çocukların birçoğu akademik olarak hani lise ya da meslek lisesi ötesine gidemiyor, gitmiyor. Üniversite yüksekokul eğitimi almıyor, bu benim çok büyük kaygım hani, sıkıntım.'* (Serkan, 47, öğretim görevlisi)

Çocuk hekimlerince sosyoekonomik durumla oldukça ilişkili bulunan konulardan bir diğeri beslenme olanaklarıdır. Beslenmenin maddi olanaklarla ilişkisi ve sağlığa etkisi yine Dr. Serkan tarafından vurgulanmıştır. Ona göre, beslenme olanaklarını değerlendirmek, sosyal öykünün önemli bir parçasıdır. Dr. Serkan, hastanın tedaviye ulaşmasının yetmeyeceğini, sağlıklı kalabilmek için yeterli gıdaya ulaşması gerektiğini şöyle anlatır:

*'Sağlık hakkına ulaştıktan sonra ilgili tedaviye ulaşmak, tedavi de yetmez, evindeki devamına ulaşmak sorun olacak, en basitinden bizim çok iyi gördüğümüz, haliyle, aa, gıdaya ulaşmak (vurguluyor). Bir çocuğun gıdaya ulaşması bizim için çok önemli. Bunu da ulaşamadığı zaman getireceği sebepler, hele ki benim gibi immün yetmezlik, primer immün yetmezliklerle uğraşan bir bölüm için -ki malnutrisyon ve çeşitli eksikliklerin bizde de çok görüldüğü ve sıkıntıları daha da katlayarak götürdüğü için önemi ortada.'* (Serkan, 47, öğretim görevlisi)

Çocuğun eksik ve yetersiz beslenmesiyle ilgili ayrıca, çevresel faktörlerin de altı çizilmiştir. Ergen sağlığı öğretim üyesi Dr. Bilge, eksojen obesitenin ergenlerde en sık gördükleri hastalıklardan olduğunu söylemiş ve bu durumun önemli nedenlerinden biri olarak okul kantinlerinde sağlıklı yiyeceklerin satılmamasını işaret etmiştir. Böylelikle sosyal öykü, çocuğun hem evde hem okulda sağlıklı yiyeceğe ulaşım olanaklarını sorgulamayı içerebilmektedir.

Çocuğun yaşadığı çevredeki olanaklar, yalnız beslenmesini değil, yaptığı aktiviteleri de belirlemektedir. Bu nedenle kimi çocuk hekimleri, çocuğun yaşadığı yerdeki spor olanaklarını da sosyal öykü kapsamında değerlendirmektedir. Bu olanakların varlığı, yalnız ailenin ekonomik durumu ile değil, aynı zamanda devletin veya özel sektörün çocuğa ulaşılabilir imkanlar sunmasıyla da ilişkili bulunmaktadır. Görüşmelerde çocuk hekimleri, yaşanan çevrenin özelliklerine, bu çevrede çocuğa sunulan olanaklara ve bunların sağlığa doğrudan etkisine sıkça değinmiştir. Çocuğun yaşadığı çevre, önce evini, ardından okulunu ve zaman geçirdiği tüm yerleri kapsar. Çocuğun evi, ilk yıllarında yaşamının hemen tümünü, sonrasında da büyük bölümünü geçirdiği yer olarak oldukça önemli bulunur. Buna rağmen sosyal öykü kapsamında bu konuda sorulabilecek sorulara hekimlerin görece az değindiği gözlenmiştir.

Hijyen, evle ilgili özellikler arasında en sık sözü geçendir. Dr. Zeren'e göre hijyen, hem ailenin bakımından hem de evin kalabalık olmasından etkilenmektedir. Dr. Zeren bu konudaki görüşlerini şöyle anlatır:

*'Çocuğun sağlığını en temel etkileyen şeylerden birisi zaten çevresi; yani temiz olması, hijyenik olması ailenin bakımı, primer sağlığını etkiliyo. (düşünüyor) Kalabalık ortamda yaşam, mesela kirli ortamda yaşam, çok fazla çocuğun veya yaşadığı ortamda başka hasta çocukların olması, başka hasta yetişkinlerin olması, çocuğun primer sağlığını etkiliyo.'* (Zeren, 28, uzmanlık öğrencisi)

Görüşmecilerin çoğu hijyenin çocuk sağlığında çok önemli olduğunu ve sosyal öykünün önemli bir parçası olduğunu ifade etmektedir. Buna rağmen bu konu, sosyoekonomik durumun çoğu bileşeni gibi doğrudan sorulmaz, gözlem ve tahminlerle anlaşılır. Hekimlerin ifadelerinden, hijyen konusunda çocuğun dış



görünüşünün çok fazla bilgi sağladığı ve soru sorulması gerekliliğini azalttığı anlaşılmaktadır.

Sosyoekonomik durumun doğrudan sonucu olmasına rağmen görüşmeciler, *barınma ve ısınma koşullarına* sosyal öyküde görece az yer vermektedir. Ancak sosyoekonomik düzeyi düşük bölgelerde çalışan hekimlerin, evin nasıl ısındığı konusu üzerinde daha fazla durduğu söylenebilir. Bu görüşmecilerin ısınma konusuna olan ilgileri ise, çocuğun ısınıyor olmasıyla ilgili değil genellikle çocuğun maruz kalabileceği toksik maddelerle ilişkilidir.

Sigara çocuğa toksik etkileri bakımından, az sayıda hekim tarafından sosyal öyküye dahil edilmektedir. Bunun dışında çok sayıda allerjen ve mikrobiyolojik kaynak da çocukta neden olabileceği hastalıklar nedeniyle sosyal öykünün bileşenleri olarak görüşmeciler tarafından dile getirilmiştir. Örneğin çocuk allerjisi ve immünoloji hastalıkları uzmanı olan Dr. Serkan allerjik hastalıklarda işin temelini çevredeki antijenleri öğrenmek olduğunu ve bunun da sosyal öykü ile olanaklı olduğunu anlatır:

*'Ahşap bir evde yaşıyor, ya da hamam böceği var, bunun duyarlılığı var, hani ev tozu allerjisi var, ya da hani kırık bir alanda yaşıyor, hani polen allerjisi var... Bu işin temeli bu allerji konusunda...'* (Serkan, 47, öğretim görevlisi)

Çocuğun çevresi evin içiyle sınırlı kalmaz, oynadığı yerler de çocuk hekimleri tarafından önemli bulunur ve sosyal öykü kapsamında ele alınır. Özellikle evin yakınındaki inşaat ve açık kanalizasyonlar gibi tehlikeler çocuğu boğulma ve bulaşıcı hastalıklara yakalanma gibi risklerle karşı karşıya bırakmaktadır. Dr. Feza acilde karşılaştığı bir hasta örneğiyle çocuğun içinde yaşadığı fiziksel koşulların önemini anlatır:

*'Aslında şimdiye kadar hep ev içi ortamlardan konuştuk ama dışardaki ya çocuğun evinin önünde bir inşaatın olması ya da yaşadığı okulun çevresinde bir inşaatın olması bile ya da anne babanın mesleği (de önemli). Bununla ilgili mesela acilde bi hasta gelmişti bize, su çukuruna düşmüş apartmanın bütün su atıklarının, bütün giderlerinin döküldüğü bir kanalizasyon borusu gibi bi yerin kapağı açık kalmış. Anne baba kapıcı, annesi zaten oraya apartmanı temizlediği suyu dökmek*

*için girmiş, çocuk da arkasından gelmiş fark etmeden ve çocuk suyun içine düşmüştü, hani böyle bi vaka gelmişti neticede bu çocuk, sosyal ortamından dolayı bize hasta olarak geldi, tamamen hiçbi şikayeti olmayan altı-yedi yaşlarında bir çocuktu, o sıradaki anlık bi dikkatsizlik yüzünden, o çocuğun yaşadığı ortamın fiziksel koşulları da, neticede bu çocuğu etkiliyor.’ (Feza, 25, uzmanlık öğrencisi)*

Böylece maddi olanaklarla yakın ilişkili olarak çocuğun yaşadığı ortam, sosyal öykünün temel konularından biri olarak hekimlerce ifade edilmektedir. Görece nadir olarak dile getirilmesine rağmen, sosyal öyküde sosyoekonomik durum kapsamında ifade edilen bir diğer konu *sosyal güvencedir*. Konunun nadiren dile getirilmesi, 18 yaş altındaki çocukların genel sağlık sigortalarının olması ile açıklanabilir. Bununla birlikte sigorta, yalnız sağlık güvencesi değil, emeklilik gibi çalışma hakları için de önemlidir. Bu konu Dr. Bilge'nin ergenler için tanımladığı sosyal öyküde yer almaktadır. Dr. Bilge'ye göre sosyal öyküde ergenlere çalışıp çalışmadığı ve çalışıyorsa sigortalı olup olmadığı sorulmalıdır.

Ailenin sosyoekonomik durumu için önemli bir gösterge olmasına karşın *ebeveynlerin sigortası*, görüşülen çocuk hekimlerinin sosyal öykü kapsamında söz etmedikleri bir konu olmuştur. Sosyal öyküde *ebeveynlerin mesleğinin* öğrenilmesi ise görüşmeciler hekimlerin çoğu tarafından önemli bulunmaktadır. Ayrıca, çocuk hekimleri doğrudan sormadıkları ekonomik durum ve eğitim düzeyini tahmin etmek için mesleği sorabilmektedir.

Ebeveynlerin eğitim düzeyi sosyal öykünün önemli konularından biri olarak ifade edilmektedir. Nitekim Dr. Zeren, tüm görüşme sırasında sosyal öyküye ilişkin söz edilen en önemli konunun ne olduğu sorulduğunda, *'Ailelerin eğitimi en önemlisi bence. Hem verdiğin bilgiyi almaları hem senin bilgi alabilmen için'* demiştir. Ebeveynlerin eğitim durumunu öğrenmek, görüşmecilere göre, hekimin aileye ne düzeyde bilgi vereceğini belirler ve böylece iletişimde adeta düzenleyici rol oynar. Bu nedenle, sosyal öykü kapsamında, ebeveynlerin eğitim durumunun dolaylı da olsa öğrenilmesi önemli bulunmaktadır. Özellikle annenin eğitimi, annenin çocuğun ihtiyaçlarına duyarlılığı için çocuk hekimlerince bir gösterge olarak kabul edilerek sosyal öyküde önemli bulunmaktadır.

Bununla beraber eğitim düzeyi yüksek olan ailelere hizmet veren Dr. Yusuf'a göre ise sosyokültürel düzey, eğitimden daha önemlidir. Dr. Yusuf, sosyal öyküde bunun en önemli ölçütünün 'ailecek yapılan etkinlikler' olduğunu söyler.

*'...mühendis olup zırcahil olanı da var, liseyi bitirmiş ama mükemmel Beethoven dinleyen ve Orhan Pamuk'un hiçbi kitabını kaçırmayan insanlar da var. Ben burda insanın sosyokültürel düzeyine bakıyorum. ...konuştuğumuzdaki durum bence önemlidir, onu da anlarsınız zaten. Kaç defa sinemaya gidiyo, tiyatroya gidiyo mu, çocuğunun mesela bir alet müzik aleti çalmasını önemsiyor mu, kültüre ne kadar para harcıyor, bütçesinde para var ya o paranın içerisinde kültürel eğitim sosyal etkinliklere ne derece yer tutuyor o önemli.'* (Yusuf, 41, uzman)

Sosyal öyküde nadir de olsa kimi hekimlerce dile getirilen ve sosyoekonomik durum bağlamında ele alınabilecek konulardan bazıları, *ailenin kültürel kökeni, gelenek ve inançlarıdır*. Görüşmecilerden bazıları *ailenin geldiği yerin* (şehrin veya ilçenin) çocuk hekimlerince hemen her zaman sorulduğunu söylemiştir. Hekimler, sosyal öyküde memleketin sorgulanmasının amacının öncelikle, şehir dışından gelen hastaların ulaşım olanaklarını kestirmek ve tetkik süreci ve tedaviyi buna göre planlamak olduğunu ifade etmiştir. Sosyal öyküde nadir olarak dile getirilen konulardan bir diğeri de, *çocuğun ve ailenin güvenliğidir*. Bu kategoride bir araya gelen alt başlıklar, *sığınmacılık, aile içi şiddetin ve çocuk istismarının değerlendirilmesi ve ailede suç işleyen biri olup olmadığının öğrenilmesidir*. Görüşmeciler arasında sosyal öyküde mülteciliğe değinen tek hekim Dr. Serkan olmuştur. Bir milyondan fazla Suriye vatandaşı çocuğun bulunduğu Türkiye'de, konunun sosyal öyküdeki sınırlı temsili dikkat çekicidir.

Bununla beraber sosyal öykünün içeriğinde nadiren ele alınan konulardan birisi de aile içi şiddettir. Sosyal öyküde bu konunun değerlendirilmesi gerektiğinden yalnız Dr. Sezin söz etmiştir. Dr. Sezin bu konuda sorulabilecek soruları şöyle ifade etmektedir:

*'...aile içerisinde suç işleyen biri var mı, yine bu çocuğun içerisinde bulunduğu risk durumunu belirleyecek, hiç şiddet gören, anne ve baba arasında şiddet var mı veya aile içerisinde şiddet uygulanan biri var mı, anne baba arasındaki*

duygusal olarak birbirine bağılılıkları, anlaşımayan anne baba mı (soruları sorulabilir). Birbiriyle anlaşımayan bi ortamda büyüyen çocuğun psikolojisiyle büyümeyen çocuk arasında yine fark olabilir.’ (Sezin, 27, uzmanlık öğrencisi)

Aile içi şiddetin Türkiye’deki yaygınlığı düşünülduğünde, bu önemli sosyal sorunun sosyal öyküde böylesine az anılması düşündürücüdür. Aile için şiddete nazaran çocuk istismarı, görece daha çok anılan bir konu olmuştur. Kimi görüşmeciler, çocuk istismarının anlaşılmasında sosyal öyküdeki kimi ipuçlarının önemli olduğunu belirtir. Hekimlere göre bu konudaki bir şüphe, hekimin sosyal öyküyü bu yönde genişletmesini gerektirir. Nitekim Dr. Mehmet’e göre öyküde cinsel istismar adına şüphe uyandıran ‘tutarsız noktalar’ hekimin sorumluluğundadır:

*‘...cinsel istismar ihmal bunların tıp eğitiminde mutlaka sorgulanması gerektiğini (düşünüyorum), öyküdeki tutarsızlıklar, boşlukların çocuğu gören hekim tarafından iyi değerlendirilmesi gerektiğini, bir müfettişlik anlamında, bir dedektiflik anlamında söylemiyorum ama tutarsız noktaların tamamlanmasının bir hekimin sorumluluğunda olduğunu düşünüyorum.’* (Mehmet, 43, öğretim görevlisi)

Sosyal öyküde ailenin ve çocuğun güvenliği kategorisinde değerlendirilebilecek bir diğer konu, *çocuk mahkumlardır*. Altındağ bölgesinde çalışmakta olan Dr. Can ve Dr. Zeren, mahkum çocuklardan söz etmişlerdir. Bunlar kimi zaman, kendileri mahkum olan kimi zamansa annelerinin mahkumluğu nedeniyle hapisanede kalan çocuklardır. Bu konudan söz eden görüşmecilere göre bu durum, sosyal öyküde ayrıca sorgulanmayı gerektirmemektedir. Çocuklar gardiyanla getirildiği için, bu durumları ilk bakışta anlaşılabilir.

Özetle, sosyoekonomik durumun çocuk sağlığına etkileri görüşülen tüm hekimlerce tereddütsüz kabul edilmiş ve çeşitli örneklerle açıklanmıştır. Bununla birlikte sosyal öyküde *sosyoekonomik durumun gelir, eğitim gibi çoğu bileşenin doğrudan sorulmadığı* anlaşılmaktadır. Bu konuda bilgi kaynağı olarak dolaylı sorular ve gözlemin öne çıktığı görülmektedir.

### **Çocuğun gündelik hayatı**

Görüşülen çocuk hekimlerinin tümü, çocuğun gündelik hayatını sosyal öykünün odağındaki konulardan biri olarak ifade etmiştir. Çocuğun evde ebeveynler ve diğer bakım verenlerle, okulda öğretmeni ve arkadaşlarıyla, ev ve okul dışında bulunduğu diğer yerlerde çevresindekilerle zamanını nasıl geçirdiği çocuk hekimlerince oldukça önemli bulunmaktadır.

Sosyal öykünün yaşa göre değişeceği çocuk hekimlerince sıkça dile getirilmiştir. Özellikle çocuğun gündelik hayatı söz konusu olduğunda aileye veya çocuğa sorulacak sorular, yaş grubuna göre büyük değişiklik göstermektedir. Bir bebeğin gündelik hayatına dair, 'bebeğe kimin baktığı, nasıl yemek yedirdiği, ne tip oyunlar oynadığı' sorulabilecekken, bir ergen söz konusu olduğunda sorular, 'okul devamı, madde kullanımı ve cinsellik' konularını kapsayabilmektedir. Sosyal öyküde çocuğun gününü nasıl geçirdiğine ilişkin sorular, *erken çocukluk, okul çağı ve ergenlik dönemleri* için farklılık göstermektedir. Bu nedenle bu bölüm, söz edilen çocukluk dönemlerine göre düzenlenmiştir.

*Aileyle birlikte geçirilen zaman*, araştırma kapsamında görüşülen çocuk hekimleri tarafından her yaştaki çocuk için son derece önemli bulunmaktadır. Örneğin Dr. Yusuf bebeğin sosyal öyküsünde ailecek birlikte geçirilen zamanı şöyle değerlendirdiğini anlatır:

*'Örneğin benim için bir aylıktan üç aylığa kadar olan sosyal öykü anne babanın çocuğuyla birlikte zaman geçirmesidir. Babanın gözünü yüzünü boyayıp ona renkleri yüzünde tanıtmasıdır, onunla şaklapanlık yapması, zıplaması takla atması önünde dans etmesidir. Ritmik müzikler açıp onunla zaman geçirmesidir. E işte annenin onu güzelce emzirmesi, ninniler şarkılar söylemesi onunla göz teması kurması, ten teması kurması onunla mutlu, her dakikasını mutlu bi şekilde geçirmesidir. Üç ile altı aylık dönemde bu biraz daha artık sohbetler konuşmalar mırıldanmalar ninniler, masajlar daha uzun süre banyo keyfi filan.'* (Yusuf, 41, uzman)

Aileyle geçirilen zaman sadece erken çocukluk döneminde değil, daha büyük yaşlarda da önemini korumaktadır. Buradan hareketle Dr. Feza, sosyal öyküde

sorulabilecek sorular arasında ailecek yapılan aktiviteler ve aile rutinlerinin olması gerektiğinden söz eder:

*'Beraber ya da yaptıkları aktiviteler var mı, beraber mesela ayda bir ailece yemeğe gitmek gibi... Toplu olarak ama rutin bir şekilde (gölerek) böyle hani bütün planlarını iptal edip birbirlerine aynı sofraya oturmalar...'* (Feza, 25, uzmanlık öğrencisi)

Erken çocukluk dönemine bakıldığında, hekimlerin bu dönemde çocuğun gündelik hayatını, gelişimle yakından ilişkilendirdiği görülmektedir. Bu dönemde *bakım verenin ilgisi ve uygun uyaranlar* sosyal öykü kapsamında sıkça dile getirilmiştir. Görüşmelerde bu alanla ilgili ön plana çıkan kavramlar çocuğa yeterli ve kaliteli uyaran verilmesi, çocuğun birey olarak muhatap alınması, televizyonun olumsuz etkileri ve ailelerin bu konulardaki bilgi eksiklikleridir. Örneğin Dr. Feza, çocuğun evde neler yaptığının ve özellikle de 'çok fazla medya kirliliği'nin olduğu günümüzde televizyon ekranında neye maruz kaldığının sorgulanması gerektiğini anlatır:

*'Ev içinde nasıl vakit geçirdiği önemli. Aile ne kadar onunla vakit geçiriyor. Ailenin vakit geçirmedeği durumlarda o kendine nasıl neyle vakit geçiriyor? Yani zaten çok fazla hani ne denir, medya kirliliğinin olduğu bir dönemde... Çocuğu başıboş bıraktığımızda yani her şeyden önce hani koruyucu hekimlik adına bile buna aslında dikkat etmemiz lazım. Aile bazen gerçekten farkında olmuyor, neye maruz kaldığının. Hiç televizyon izlemiyo dese bile arka plandaki açık ekran onun farklı bi şekilde etkilenmesine yol açabiliyor, onların belki sorgulanması gün içinde kendi başına ne yapıyor, neler yapıyor diye...'* (Feza, 25, uzmanlık öğrencisi)

Bazı çocuk hekimleri, televizyon izlemeyi hatta izlemeksizin odada açık olan televizyona maruz kalmayı uyaran eksikliğiyle ilişkilendirerek, bu konunun sosyal öykü kapsamında değerlendirilmesini gerekli görmektedir. Gelişimsel Pediatri bölümü yan dal uzmanlık öğrencisi Dr. Sedef, uyaran eksikliğinin en sık karşılaştıkları gelişimsel sorun olduğunu söyler ve uyaran eksikliğinin en sık iki nedeninin, ebeveynlerin çocukla doğrudan iletişim kurmaması ve çalışmaktan yorulan annenin çocuğu 'güvenli bir bebek bakıcısı' olarak gördüğü televizyona emanet etmesi

olduğunu ifade eder. Dr. Sedef, çocukla iletişim kurulmaması ve çocuğun televizyonun başında uzun süre bırakılması durumlarının altında yatan nedenlerin, annenin babanın eğitim durumu, çocuğa ayrılabilen zaman ve çevrenin ebeveynlere desteğiyle ilişkili olabileceğini, bunların da sosyal öykü kapsamında değerlendirilmesi gerektiğini vurgular:

*'(Uyaran eksikliği) neden diye dönüp baktığımızda yine sosyal öykü çok önemli. Anne babanın eğitim durumu nedir, anne baba çocuğunu büyütürken herhangi birinden ya da bi kuruluştan yardım destek, maddi manevi, alıyor mudur? Ya da işte çocuğun gelişimsel sorunu sebebiyle sosyal çevresi tarafından dışlanıyor mu, ya da tam tersi destek mi alıyor?'* (Sedef, 33, yan dal uzmanlık öğrencisi)

Bu sorular aracılığıyla sosyal öykünün, uyaran eksikliğinin zeminindeki nedenleri keşfetmeye yardımcı olarak kullanıldığı görülmektedir. Dr. Zeren'e göre ise sosyal öykü uyaran eksikliğini saptamanın yanı sıra, engellemenin de bir yolu olabilir. Dr. Zeren, sosyal öykü her çocukta alınabilirse, uyaran eksikliğinin önlenebileceğinden ve 'daha başarılı bir nesil yetişebileceğinden' bahseder, yine de, hekimin aileye anlattıklarının aile tarafından anlaşılması ve uygulanmasını ailenin yeterli eğitim düzeyinde olması şartına bağlar:

*'Anne babaya bazal şeyleri öğretirsin, ihtiyaçları fark etmesini sağlayabilir bu da. Anne mesela bu çocuk göz teması kurmuyor diyebilmeli, bişeyleri önceden fark edebilmeli, anneanne babaanne bu çocuk yürümüyö demeden önce. Uyaran eksikliği önenebilir mesela, daha başarılı bi nesil yetişir. Gerçi şöyle bişey de oluyo, burda anlatılsa da altı boş olduğu için anlatamıyoruz. Ailenin eğitim seviyesi çok önemli.'* (Zeren, 28, uzmanlık öğrencisi)

Dr. Zeren kendi deneyimlerinde, sosyoekonomik durum, annenin çocuğa ilgisi ve yeterli uyaran arasında sıkı bir ilişkiden söz etmektedir. Buradan yola çıkarak çocuğun zamanını nasıl geçirdiğinin, yani gündelik hayatının, sosyal öykü içeriğindeki diğer iki ana temaya; çocuğun ilişkileri ve sosyoekonomik durumuna ne kadar bağlı olduğu anlaşılır. Çocuk hekimleri çocuğun gündelik hayatının bu iki önemli bileşenden doğrudan etkilendiğini her fırsatta dile getirmektedir.

Erken çocukluk döneminde, uyaran eksikliği ve televizyona maruz kalma dışında çocuğun gündelik hayatıyla ilgili dile getirilen konulardan biri de oyundur. Çocuğun hayatında oyunun önemi ve çocuğa ilişkin sağlayabileceği ipuçları düşünüldüğünde, çocuk hekimlerinin sosyal öyküde oyun konusuna pek az yer verdiği söylenebilir.

Hekimlerce görece seyrek söz edilen oyunun aksine, televizyon izlemek ve bilgisayarla oynamak sıkça gündeme getirilmektedir. Bu durumun, modern dünyada çocuğun ve ailenin değişen alışkanlıklarının çocuk hekimliği uygulamalarına yansması olduğu öngörülebilir. Çocukların günlerini nasıl geçirdikleri, ailenin sosyoekonomik durumu yanında içinde bulunulan çağın eğilimleri ile de şekillenmektedir ve doğal olarak bu yeni aktiviteler, sosyal öykü içerisinde yerini almaktadır. Bu konuda bir başka örnek alışveriş merkezlerinde (AVM) gezmenin de sosyal öyküde çocuğun aktiviteleri arasında anılmasıdır. Dr. Feza'nın bu konudaki ifadesi şöyledir:

*'İşte günde kaç saat televizyon izlediği, bilgisayar oynadığı, beraber gün içinde yaptığı aktiviteler, işte oynadıkları ya da ne tür kitap, haftada kaç saat parkta oynadığı dışarı çıktığı, hafta sonları (anne-babayla) birlikte mi vakit geçiriyorlar, bi AVM'ye mi gidip gezip geliyorlar mı?.'* (Feza, 25, uzmanlık öğrencisi)

Burada Dr. Feza'nın söz arasında 'ne tür kitap' diyerek kitap okumadan söz ettiği görülür. Kitap okumayı sosyal öykü kapsamında dile getiren Dr. Feza dahil sadece iki çocuk hekimi olmuştur. Kitap okumanın çocuk için önemine karşın sosyal öyküdeki kısıtlı temsili, çocukları ve aileleri teşvik adına kaçırılan bir fırsatı göstermektedir.

Erken çocukluktaki gündelik hayata ilişkin söz edilen önemli konulardan bir diğeri okul öncesi eğitimidir. Kreşe gidip gitmemenin, kreşteki ortamın, hatta kreşteki öğrenci ve öğretmen sayılarının da sosyal öyküde önemli olabileceği hekimler tarafından ifade edilmiştir. Gelişimsel pediatri yan dal uzmanlık öğrencisi Dr. Sedef, okul öncesi eğitimin gelişimsel sorunlara yaklaşımdaki rolünü vurgularken, kimi görüşmeciler kreşi, çocuğun sık enfeksiyon geçirmesi ile ilişkili



bulmakta ve sosyal öyküde kreşe gidip gitmemenin sorulmasına bu açıdan da yer vermektedir.

Okul çağındaki çocuklarda okulun ve çocuğun okuldaki etkinliklerinin görüşülen çocuk hekimlerinin tümü tarafından sosyal öyküye dahil edildiği, hatta okula ilişkin konuların ayrıntılarıyla ifade edildiği görülmektedir. Örneğin Dr. İdil, çocuğun gittiği okulla ilgili pek çok ayrıntının sosyal öyküde yer alabileceğini şöyle anlatır:

*'Okul grubuna giriyorsa, belki hangi okula gittiğini sabahçı mı, öğlenci mi, tüm gün mü, özel okul mu, devlet mi, servisle mi gidiyo, ailesi mi götürüyo, bunların hepsi sosyal öykünün bi parçası olabilir.'* (İdil, 37, uzman)

Okulla ilişkili bulunan ve sıkça dile getirilen bir diğer önemli konunun akademik başarı olduğu görülmektedir. Bu konu, hem çocuğun zihinsel kapasitesini hem de onu etkileyen hastalık veya diğer süreçleri değerlendirmek amacıyla sorulmaktadır. Sosyal öyküde okul devamsızlığının değerlendirilmesi ise yalnız Dr. Serkan ve Dr. Bilge tarafından dile getirilmiştir. Kronik hastalık varlığında devamsızlığın çok önemli olduğunu ve sosyal öyküde yer alması gerektiğini Dr. Serkan şöyle ifade eder:

*'Eğitimi, okula gidebildi mi, hastalıktan dolayı okul devamı ne oldu ya da ekonomik olarak devamı sağlayabildi mi, akademik başarısı nasıl?.. Çünkü kronik hastalıklarda bir şekilde ileriki yaşamında da sağlık sigortasına ihtiyacı var.'* (Serkan, 47, öğretim görevlisi)

Çocuktan veya ergenden okulla ilgili bilgi alırken sıklıkla 'derslerin, sınavların nasıl gidiyor?', 'arkadaşlarıyla aran nasıl?' gibi soruların kullanıldığı çocuk hekimlerince ifade edilmektedir. Ergen sağlığı bölümü öğretim görevlisi Dr. Bilge de kendi bölümlerinde kullandıkları yapılandırılmış psikososyal ergen görüşmesinde okula ilişkin soruların nasıl bir yer kapladığından söz eder. Dr. Bilge, 'iyi' gibi kısa cevap verilme olasılığı yüksek olan 'nasıl gidiyor?' soruları yerine ergene, okulda sevdiği derslerin, devamsızlık ve uzaklaştırma durumunun, gelecek planlarının sorulması gerektiğinden şöyle bahseder:

*'...yine sorma şekli önemli, 'okul nasıl gidiyor' değil de, çünkü böyle söylenirse iyi gibi kısa bir yanıt alınma olasılığı yüksek olur. Okulda en sevdiğin ders ne, ileride ne yapmak istiyorsun, devamsızlık durumun nasıl, hiç okuldan uzaklaştırma aldın mı? Soruları okulla ilgili sorular.'* (Bilge, 41, öğretim görevlisi)

Ayrıca Dr. Bilge'nin okula ilişkin vurguladığı önemli konulardan biri, okula gitmeyen ergenin ne yaptığının sorulmasıdır. Çalışıyorsa bunun ayrıntılarını konuşmak ve herhangi bir açıdan istismar edilip edilmediğinin değerlendirilmesi gerektiğini de ifade etmektedir. Dr. Bilge'nin çalışan veya evde duran ergene okula dönmeyi öneren sorusu, okulu bırakmanın geri dönüşsüz bir süreç olmadığı fikrini ergene ulaştırıran bir köprü olabilir:

*'Okula gitmiyor, evdeyse gününü nasıl geçiriyor? Çalışıyorsa sosyal güvencesi var mı? İş yerinde ergenlerin istismar edilmesi sık görülebilen bir durum, hem maddi hem de diğer açılardan. Çalışıyorsa veya evdeyse okula dönmeyi düşünüyor mu? Evetse buna yönelik çabaların başlatılması...'* (Bilge, 41, öğretim görevlisi)

Böylece okulun çocuk hekimlerince oldukça önemli bulunduğu ve sosyal öykünün olmazsa olmazlarından birisi olarak değerlendirildiği anlaşılmaktadır. Günümüzde çoğu çocuğun ve ergenin okul sonrasında devam ettiği, adeta ikinci bir okul olan *dershanelerin yanı sıra, okul dışı diğer aktiviteler ve çocuğun arkadaşlarıyla nerelerde vakit geçirdiği* de sosyal öykü kapsamında ele alınmaktadır. Çocuk hekimi çocuğun hobileri için öğrenme ve uygulama alanı bulduğu kursları da, çocuğu tanımak adına ve ayrıca karşılaşacağı riskleri öngörmek amacıyla bilmek istemektedir. Bu risklerden biri, çocuğun zihinsel veya bedensel olarak aşırı zorlanması, çevresinin veya kendi beklentilerinin yarattığı *strestir*. Dr. Ece'ye göre çocuğun yaşadığı aşırı stres, çeşitli mental sağlık sorunlarına neden olabilmektedir. Bu nedenle Dr. Ece, sosyal öyküde aşırı strese dair ipuçlarını fark edilmesinin önemli olduğunu ve zamanında müdahalenin bu sorunları önleyebileceğini söylemiştir:

*'Hani acaba çok stresli bir ortamı var mı, belki çok diil ama ilerde daha fazla işler daha da güçleştğinde uğraştığı kurslar, onu daha fazla zorladığında stres durumu daha fazla arttığında o çocuğun da böyle şikayetleri olabilir. Yani sadece*

*organik nedenler dışında ı işte belki OKB (obsesif kompulsif bozukluk) olacak.. ya da bilmiyorum depresyona girecek yani bu şekilde belki SSRI (selektif serotonin reuptake inhibitörü) kullanımına bile ihtiyacı olabilecek ama bunları önceden belki hani herhangi bi ruh sağlığı bölümüne göndermeden biz bile konuşarak belki önleyebiliriz yani hani belki biraz daha yavaş gitmesi konusunda onunla konuşabiliriz.'* (Ece, 28, uzmanlık öğrencisi)

Okul hayatı ve hobiler gibi spor da, çocuğun aktiviteleri arasında önemle vurgulanan konular arasındadır. Hekimlerin çoğu, sosyal öyküde çocuğun spor yapıp yapmadığının sorulması gerektiğinden söz etmiştir.

Çocuğun zamanını nasıl geçirdiğine ilişkin kimi görüşmecilerce önemsenen konulardan bir diğeri *zararlı alışkanlıklardır*. Hekimlerin söz ettiği ve sorgulanmasını gerekli bulduğu zararlı alışkanlıklar; hazır gıdaların aşırı tüketimi, internet bağımlılığı ve madde kullanımınıdır. Hekimlerin *hiçbiri* sosyal öyküde ergenin *sigara veya alkol kullanımına* değinmemiştir. Bu durum kısmen, madde kullanımı kavramının çocuk hekimleri tarafından bunları da kapsar şekilde kullanılmasıyla açıklanabilir. Bununla birlikte madde kullanımının sorgulanmasından da çok az sayıda hekim bahsetmiştir. Taşıdıkları büyük riskler düşünülduğünde tüm bu zararlı alışkanlıkların sosyal öykü gündeminde bu kadar az yer kaplaması dikkate değerdir.

Ergen sağlığı öğretim görevlisi Dr. Bilge, ergenlerin sosyal öyküsündeki temel konulardan birinin *cinsel eğilim ve cinsel aktivitenin sorulması* olduğunu ifade etmiştir. Bununla birlikte, Dr. Bilge dışındaki hekimlerin bu konudan hiç söz etmediği görülmektedir. Ergenle cinsel eğilim ve aktivitenin konuşulmamasının, cinsellik, bulaşıcı hastalıklar ve gebelik hakkında ergenin bilgilendirilmesi ve risklerin saptanması fırsatının kaçırılmasına neden olacağı düşünülebilir.

Ergenlerde *depresyonun ve öz kırım düşüncelerinin sorulması* yine Dr. Bilge dışında çoğu hekim tarafından dile getirilmemiştir. Yalnız Dr. Ece, sosyal öykü aracılığıyla çocukla yakın iletişim kurmanın yararlarına değinmiş, çocukta stres yaratan ve ileride depresyon, özkıyımaya varabilecek sorunların çözümünü sağlayabileceğini vurgulamıştır.

*‘İşte geçen haberlerde çıktı ortaokula giden bi kız çocuğu okuldaki problemlerden dolayı intihar etti, anne baba doktor falan, böyle şeyler olabiliyor. Belki işte gerçekten sağlam bi çocuk muayenesi, ama öyküde biraz daha sana güvendiğinçe biraz daha sana bişeyler anlattıkça belki sen anne babayla konuşup çocuğa bu kadar yüklenilmemesi gerektiğini söylenilirse, belki bu intihara kadar gitmeyecek yani o olay... Bu tarz şeyler belki yakalanabilir.’ (Ece, 28, uzmanlık öğrencisi)*

Çocuğun yaptığı hemen her türlü aktivite hekim tarafından önemli bulunmakta ve sosyal öykü kapsamında değerlendirilmektedir.

Buraya kadar bu tez çalışması kapsamında görüşülen çocuk hekimlerinin sosyal öykü tanımları ve içerikleri aktarılmaya çalışılmıştır. Sosyal öykü içeriği; çocuk hekimlerinin rutin uygulamaları yanı sıra ‘sosyal öykü’ kavramının çağrıştırdığı her şeyi, hatta çocuk hekimlerinin bazılarında göre, kavramsal olarak sosyal öyküye dahil edilmesi çok zor olan ‘çocuğun gelişim basamaklarını’ da kapsamaktadır. Önemli bir bulgu, sosyal öykü içeriklerinin aynı hastanede çalışan çocuk hekimleri arasında dahi farklılıklar göstermesidir. Örneğin kimi çocuk hekimi sosyal öyküde sosyoekonomik durumu merkeze alırken, kimileri bu konudan nadiren bahsetmektedir. Böylece sosyal öykünün, her hekim için farklı olması yanında temellerinin ve sınırlarının da belirsiz olduğu söylenebilir.

#### **4.1.2. Çocuk Hekimlerinin Bir Tıbbi Uygulama Olarak Sosyal Öyküye İlişkin Görüşleri**

Bir önceki bölümde çocuk hekimlerinin sosyal öykü tanımı ve içeriğine ilişkin görüşleri aktarılmıştır. Bu bölümde ise, *çocuk hekiminin sosyal öykünün işlevi ve kullanımına ilişkin düşünceleri* ele alınacaktır.

Genel olarak bakıldığında, görüşülen çocuk hekimlerinin birçoğu tarafından sosyal öykünün, *ayrıntılı bir tıbbi öykünün parçası* olarak değerlendirildiği görülür. Sosyal öykünün genel tıbbi öyküyü zenginleştirici etkisini gösteren bu ifade aynı zamanda sosyal öykünün, tıbbi öykünün temel, olmazsa olmaz yapıtaşlarından olmadığına işaret eder. Dr. Ece, bu çıkarımı doğrulayacak şu ifadeleri kullanır:

*'Temel şeyleri sorguluyoruz ama bu tarz şeyler (sosyal öykü)... Süre daha fazla olsaydı, hasta sayısı daha az olsa daha ayrıntılı daha güzel anamnez bilgi alabilsek, hasta için de bizim için de daha iyi olacak aslında...'* (Ece, 28, uzmanlık öğrencisi)

Böylece, sosyal öykünün sorgulanan 'temel şeyler' arasında olmadığı ancak, koşullar elverirse ideal, ayrıntılı bir öyküde yer alacağı anlaşılmaktadır. Buna benzer fakat daha çarpıcı bir ifadeyi Dr. Barış kullanır ve sosyal öykü almayı 'ayrıntıya girmek' olarak tanımlar:

*'Öyküyü hani, alırken, aceleci davranıyor, hani ayrıntıya girmeyi... Ayrıntıya girmeyi bazen hani şeyapabiliyoruz. Ayrıntıya girmeden hızlıca, çok detaya girmeden şeyapabiliyoruz biz de.'* (Barış, 27, uzmanlık öğrencisi)

Yukarıda görüldüğü üzere Dr. Barış ve Dr. Ece bu ifadeleriyle, sosyal öykünün tıbbi öyküdeki yerinin sınırlılığine yönelik saptamalarda bulunur ve bunun da ötesinde kendi uygulamalarına dışarıdan bir gözle bakarak eleştiri getirir. Dr. Ece, sosyal öyküye dair konuların içinde yer almadığı 'majör sorular'ı şöyle sorgulamaktadır:

*'Her şey bittikten sonra... Sonraya kalıyor sanki o kısımlar da "oo bunlar da artık biraz hikaye"ymiş gibi geliyor, ama o da hikaye işte! Zaten sorun o... O da hikaye ve seni yönlendirebilir gerçekten. Hani nasıl ki "kullandığı bir ilaç var mı?" sorusu nasıl majör bi soruysa, belki (sosyal öyküye ilişkin) bu tarz sorular da böyle majör sorulardan olabilir aslında.'* (Ece, 28, uzmanlık öğrencisi)

Böylece sosyal öykü içeriğindeki soruların hekimlerin bir kısmı tarafından olmazsa olmaz nitelikte bulunmadığı, daha çok detaylarla ilişkilendirildiği görülür. Bu durum, sosyal öykünün işlevinin hekim tarafından öncelikle tanı koyma-tedavi etme süreçleriyle ilişkilendirilmesinden kaynaklanıyor olabilir. Görüşmeciler, sosyal öykünün hasta-hekim iletişimini güçlendirmek, mesleki tatmin artışı, koruyucu hekimlik gibi olası işlevlerine de değinir ancak, sosyal öyküyü daha çok tanı koyma-tedavi etme süreçlerinde kullandıklarını bildirir. Hekimler sosyal öykünün her hastanın tanı-tedavisinde gerekli olmadığını, bu nedenle ancak gerekirse

kullandıklarını ifade etmiştir. Bu durum, sosyal öykünün tanı-tedavinin ötesindeki kullanımının 'ayrıntıya girmek' olarak tanımlanmasını açıklamaktadır.

Bu bölümün ilk kısmında görüşmecilerin sosyal öykünün işlevine ilişkin görüşleri aktarılacaktır. İkinci kısımda ise, görüşmecilerin sosyal öykünün ne zaman alınması gerektiğine ilişkin görüşlerine yer verilecektir.

### ***Çocuk hekimlerine göre sosyal öykünün işlevi***

*'...sosyal öykünün temel işe yarıyağı nokta burası hani, kiminle konuşuyorum, ne anlatıyorum, ne kadarını yapabilir...'*

(Miray, 29, uzmanlık öğrencisi)

Araştırma kapsamında görüşülen çocuk hekimleri, sosyal öyküyü tıbbi öykünün temel bileşeni olarak tanımlamasa dahi, sosyal öykü alınabilirse birçok işlevi olabileceğinden söz eder. Görüşmeciler sosyal öykünün işlevini öncelikle *tanı ve tedaviye katkısı* bakımından ele alır. Ek olarak, hasta-hekim iletişimini güçlendirerek mesleki tatmin sağlayacağı da belirtilmiştir.

Sosyal öykünün hekime hissettirdiklerine bakıldığında hasta ile *iyi iletişim* ve sosyal öyküde fark edilen bir sorunu çözmekten kaynaklanan *mesleki tatmin duygusunun* öne çıktığı görülür. Örneğin Dr. Mehmet, biyolojik nedenlerin ötesine uzanan bir yaklaşımın gerekliliğinden söz eder ve işe yarayan müdahalenin hekimliğin 'itici gücü'nü oluşturduğunu söyler:

*'Pırıl pırıl giyindirilmiş altı yaşında erkek çocuk, yedi yaşındaki çocuğun kızın saçına fırça değmemiş, belli yani bi problem var. Bu çocuk niye hasta meselesini sadece sırtını dinleyerek çözemezsin. Bi de şu çok önemli diye düşünüyorum, bi müdahalede bulunuyosun ve o müdahale işe yarıyo, bi tane. O var ya, bütün hayatını değiştirir. Ben hekimliğin zaten itici gücünün bu olduğunu düşünüyorum.'*

(Mehmet, 43, öğretim görevlisi)

Hekimin mesleki tatmininde yapılan müdahalenin işe yaraması yanında, hasta-hekim arasındaki iletişimin kalitesinin de önemli olduğu Dr. Ece tarafından ifade edilmiştir. Dr. Ece, hastalara hızlıca bakıp göndermek zorunda kalmadığı, iyi

iletişim kurabildiği ve karşılıklı tatmin duygusuyla gülümseyerek ayrıldığı günlerin özlemini şöyle dile getirir:

*'Ben işimi sadece on beş dakika bi hastaya bakıyım gönderiyim ... dakolsun istemiyorum. Ben de keyif alıyım, onlar da keyif alsın. Karşılıklı bi gerçekten hani bi tatmin duygusu olsun istiyorum. Çünkü bu benim işim, ben onu her gün yapıcım. Oraya böyle gülümseyerek gitmek, ay bakalım bugün neler görücem, neler öğrenicem, ...nasıl insanlar tanıycam diye gitmek, ordan gerçekten gülümseyerek gitmek, bugün gerçekten güzel geçti diyerek çıkmak istiyorum.'* (Ece, 28, uzmanlık öğrencisi)

Dr. Ece, her gün gideceği işinden olumlu duygularla ayrılabilmesinin, hastalarla kuracağı iyi iletişimle mümkün olacağını ifade eder. Bu iletişimin kurulmasını ise sosyal öykü alınmasıyla ilişkilendirmiştir. Benzer şekilde görüşülen diğer hekimlerin hemen hepsi sosyal öyküyü aile-çocukla iyi iletişim kurabilmekle hatta *güven bağı kurulması* ile ilişkilendirmiştir. Dr. Yusuf'un bu konudaki ifadeleri bu bağın nasıl oluştuğunu gösterir niteliktedir:

*'(Sosyal öykü) direk aileyle, ailenin size güvenini sağlayan bişeydir. Çocuk hekimliğinde sosyal öyküyü almak tabi şu an benim algıladığım manada söylüyorum, onunla karşılıklı bi güven ortamı oluşturur, ya bu doktor aslında organik sorunlar dışında çocuğumuzun ruhuyla da duygusuyla da ilgileniyo, bize dokundu, bizimle empati kuruyor algısı oluşturuyor.'* (Yusuf, 41, uzman)

Dr. Yusuf'a göre çocuğun ailesi, çocuk hekiminin organik sorunlar dışında kalan sorunlarla ilgilenmesini, hekimin kendileriyle empati kurması olarak algılamaktadır. Hemen her zaman ve her konuda çocuğun yüksek yararını gözeten ebeveynler, hekimin de böyle yaklaştığını hissettiklerinde hekime güven duyarlar. Sosyal öykü ile gelişen iyi iletişim ve güven duygusunun, *hasta (ve hasta yakını) memnuniyeti* için de oldukça önemli olduğu kimi görüşmeciler tarafından ifade edilmiştir.

Görüşmecilerin genel olarak sosyal öyküyü iyi iletişimle, iyi iletişimi de çocuk, aile ve hekim için olumlu sonuçlarla ilişkilendirdiği görülür. Sosyal öykünün iyi iletişim aracılığıyla getireceği olumlu sonuçların, hekim için mesleki tatminden,

günün iyi geçmesine hatta hayat standardının yükselmesine; çocuk ve aile içinse, *hekime güven duyma ve hastalıkla mücadelede güç kazanmaya* kadar geniş bir alanda görülebileceği görüşmecilerce ifade edilmiştir. Bununla beraber, sosyal öykünün bu işlevlerinin, *tanı-tedaviye ilişkin işlevleri kadar vurgulanmadığı* söylenmelidir.

Hekimler, sosyal öykünün tanı ve tedavide kullanımına ilişkin çeşitli işlevlerinden söz ederler. Bunlardan ilki, tanıyı kolaylaştırması ve tanının etiolojisinin anlaşılmasıdır. Görüşmeciler, iştahsızlık ya da konuşma gecikmesi gibi sorunların altta yatan nedenlerin anlaşılması ve kronik öksürükle gelen çocuğun öksürüğüne neden olan sorunun anlaşılmasında sosyal öykünün oldukça önemli olduğunu vurgulamıştır. Dr. Yusuf'un bu konudaki ifadeleri sosyal öykünün *tanıda* nasıl bir rol oynadığını göstermektedir:

*'En sık yaşadığım, ...örneğin kahvaltı kuruluyo, çocuk yemiyo aneanne ya da babaanne, eyvah bu çocuk hiçbirşey yemedi diyip eline geleni ağzına tikiyor. Bu sefer çocuk öğle yemeğini de yemiyo, sonra çocuk beslenme bozukluğuyla size geliyor. Burdaki ailenin ortamını bu açıdan biliyor olmak çok önemli. İkinci olarak, çocuktaki bazı davranış, konuşma, gelişmedeki bazı parametrelerdeki sorunlar direkt olarak anne babanın ilişkisi, okul-çevre ilişkisiyle ilintili olduğunu görüyoruz.'*  
(Yusuf, 41, uzman)

Görüldüğü gibi Dr. Yusuf, bazı gelişimsel sorunları doğrudan aile ortamı ile ilişkilendirmektedir. Sosyal öykünün bu sorunların kökenlerinin anlaşılması ve uygun müdahalelerle düzeltilebilmesi için gerekli olduğunu ifade etmektedir. Kimi hekimlere göre sosyal öykünün tanıya ulaşmayı kolaylaştırması, gereksiz tetkikleri de önleyerek hekime ve sağlık sistemine gelecek yüklerin azalmasını sağlar. Zamanında alınacak sosyal öykü ile gereksiz tetkiklerin önlenebileceğini Dr. Feza şöyle anlatır:

*'Ne biliyim çocuk bize kronik öksürük diye geliyor, biz bir sürü tetkikler yapıyoruz ama çocuk evinde soba var ya da yaşadığı çevrede bir fabrika var, neticede maruz kaldığı bi durum var ortada, biz onu bilmediğimiz için bir sürü invaziv gereksiz belki tetkik yapmış olucaz. Aslında (bunların sorulmamış olması)*



*bize daha çok vakit kaybettiriyo bi yerde. Hem o aile için hem devlet için ekstra bir sürü yüke sebep olabiliyor.’ (Feza, 26, uzmanlık öğrencisi)*

Dr. Feza yukarıdaki ifadelerinde gereksiz tetkiklerin yol açtığı pek çok sorundan bahsetmektedir. Bir kısmı girişimsel olan bu tetkikler, çocuk için acı verici ve riskli olabilir, ayrıca hem çocuk ve ailesi hem de tedavi ekibi için vakit kaybına yol açabilir. Yapılan gereksiz tetkikler maliyeti ve yol açtığı iş gücü kaybıyla devlete engellenebilir bir mali yük getirmektedir. Tıbbi öykünün diğer bileşenleriyle birlikte sosyal öykünün *tanıyı kolaylaştırarak* bu kayıpları önleme olanağı dikkate değerdir.

Hastalıkların altta yatan nedenlerinin anlaşılmasında ve tanıda yararı olduğu ifade edilen sosyal öykü, görüşülen hekimlerin hemen hepsi tarafından *tedavide* de önemli görülmektedir. Etkili tedavi için doğru tanının önemi düşünüldüğünde, çocuk hekimlerinin sosyal öyküyü tanı kadar tedavi ile de ilişkilendirilmesi beklenen bir durumdur. Örneğin Dr. İdil, uyarıcı eksikliği olan çocukların sosyal öykülerinde yakalanan ipuçlarıyla, sorunun çözülmesini sağlayabildiklerini şöyle ifade eder:

*‘Bazı uyarıcı eksikliklerinin sadece aile yaşantısındaki bazı şeyleri değiştirerek engelleyebiliyoruz. Ya da değiştirebiliyoruz, iyileştirme yoluna gidebiliyoruz, (sosyal öykünün tedavide) kesinlikle etkisi oluyor.’ (İdil, 37, uzman)*

Dr. İdil, aile yaşantısında çocuğu olumsuz etkileyen sorunların saptanması ve bunların düzeltilmesinin uyarıcı eksikliği sorununu çözeceğini, tanının kendisinin tedaviyi de gösterdiğini anlatmaktadır. Sosyal öykünün tedaviye katkısı hastalığa neden olan sorunun saptanması ve bu etkenin uzaklaştırılması ile sınırlı değildir. Çocuk hekimleri, tedavi süresi, tedavi seçimi, bir sonraki kontrol zamanı gibi kararların verilmesi ve tedaviye uyumun değerlendirilmesinde de sosyal öykünün rolü olduğunu ifade etmişlerdir.

Çocuk sağlığı ve hastalıkları gibi dahili tıp dallarında tanı ve tedavi söz konusu olduğunda izlemin önemi yadsınamaz. Hastalığın ilerleme ya da düzelme eğilimini görmek, hem tanı için yol göstericidir hem de tedavinin bir parçasıdır. Çocuk hekimlerinin çok sık kullandıkları bu yaklaşım, ailenin güvenilirliği ile ilişkilidir. Ailenin evde çocuğu yakın ve dikkatli takip edebileceği yönündeki kanı, söz konusu

güvenilirliği oluşturur. Evde takibin güvenli olmadığını düşünen hekim hastanede o sırada yapılması gereken bir şey olmasa dahi, gözlem için hastayı yatırmak isteyebilir. Araştırma kapsamında görüşülen çocuk hekimlerine göre ailenin güvenilirliği, çocuğun sosyal öyküsünden anlaşılmaktadır. Böylece sosyal öykünün önemli işlevlerinden birinin, hastanın takibine evde veya hastanede devam edilmesi kararını verirken ortaya çıktığı söylenebilir. Dr. Can bu durumun uygulamalarında sıklıkla yer aldığını ve ayrıca çocuk sağlığı ve hastalıkları ders kitaplarına da geçmiş olduğunu belirtir:

*'Textbooklarda da yanlış bilmiyosam, ateş konusunda hastayı eve güvenerek göndermek konusunda ailenin güvenilirliği bizim için önem arz ediyor... Çocuğun ateşi var, ateş takibi önericem ben bu çocuğa, eve yollamaya içim elveriyor mu elvermiyor mu? ...Bu da bence sosyal öykü hakkında önemli bir bilgi ve özellikle bizim pratiğimizde de sık kullandığımız bir durum.'* (Can, 26, uzmanlık öğrencisi)

Dr. Can hastalığın seyrinin aile tarafından gözlenmesinin öneminden ve sosyal öykü ile bunun anlaşılmasından söz eder. Bunun dışında, sosyal öykünün tedavi seçiminde etkili olabildiği de görüşülen çocuk hekimlerinin bazıları tarafından belirtilmektedir. Örneğin Dr. İdil, sosyal öykünün verilecek ilacı belirlemede karar verdirici olabildiğini şöyle anlatır:

*'Tedavi uygulamada etkisi olur, şöyle ki vericeğiniz ilacı belirlemede karar verdirici olur. Mesela annesi tarafından evde bakılan bi çocuğa günde üç dozluk bi antibiyotiği rahat verebiliyorsunuz. Ama annesi evde değil bakıcının verip vermediğinden emin değiller. Günde tek dozluk bi antibiyotiği de seçebilirsiniz, çok da rasyonel, yani. Ve çok da kullandığımız bi yöntem, ilacı kim vericek, bu kadar basit bi soru.'* (İdil, 37, uzman)

Sosyal öykünün tedavi seçimindeki etkisine bir örnek de, hastaya tedavi için uygulanabilir öneriler verilmesinde kullanılabilmesidir. Yoksulluğa bağlı demir eksikliği anemisi gelişen bir çocuğun ailesine kırmızı et yedirmesi önerisinde bulunmak Dr. Miray'a göre gerçekçi ve uygulanabilir olmaz. Dr. Miray bunun yerine tavuk ciğeri önerdiklerini şu şekilde anlatır:

*'Bizim hematoloji polikliniğinde mesela bi rutinimiz var bu aile pirzola al desen komik, işte şey de sakatatta da demir var diye düşünüyosun, karaciğer alsın ama o da pahalı. Ben hiç bilmiyodum hematoloji poliklinik yapana kadar, tavuğun ciğerinin yendiğini bile bilmiyodum. Tavuk ciğerinin de demir içeriği iyi ve fiyat olarak diğerlerinden daha düşük. Hani sen bu aileye bunu önerebilirsin... Ya herkese aynı öneride bulunmak çok mantıklı değil gibi geliyor bana.'* (Miray, 29, uzmanlık öğrencisi)

Dr. Miray, sosyal öykünün işe yarayacağı temel noktanın *ailenin olanaklarına göre öneri vermeyi sağlamak* olduğunu vurgular. Sosyal öykü, aile olanaklarını anlamak, uygulanabilir öneriler vermek için olduğu kadar, tetkik sürecini ve kontrol muayenesini planlarken de hekime yol göstermektedir. Dr. Hakan, kendi hastanelerinde şehir dışından gelen hastalar için buna dikkat edildiğini şöyle ifade eder:

*'Bu şehir dışından gelen hastalar için çocuk hastanesinde nispeten daha yumuşak bir şekilde uygulanıyor. Rutin bir soru olarak 'hangi şehirden geliyorsunuz, ne zaman dönüceksiniz' ifadesi uygulanıp gerek tetkik istemi gerek kontrol süreci buna göre ayarlanıyor.'* (Hakan, 30, uzman)

Tetkiklerin planlanması hastanın şehir dışından geliyor olması ve kalacağı süre göz önünde bulundurularak belirlenmektedir. Buna ek olarak, ailenin maddi olanakları da planlanan tetkikleri etkileyebilir, çünkü bazı tetkikler hastanede yapılamıyor veya sağlık sigortası tarafından karşılanmıyor olabilir. Dr. Barış, ücretli tetkikler gerektiğinde, *'Bir tetkikin dışarda gerçekleştirilcek, bunu hani yapabilecek durumda mısınız?'* diyerek ailenin maddi olanaklarını sorduklarını belirtmiştir. Bütün bunlarla beraber sosyal öykü ayrıca, tedaviye uyumu bozan nedenlerin anlaşılmasında da kullanılmaktadır. Dr. Bilge bu konuda şöyle bir örnek verir:

*'Sosyal öyküde tedavi uyumunu bozan nedenleri anlayabiliriz. Örneğin anne babası boşanma aşamasında olan bir ergenin, ergen ilaçlarını kendisi alsa da üzerindeki kontrol ortadan kalkarak tedaviye uyumu bozulabilir.'* (Bilge, 41, öğretim görevlisi)

Buraya kadar aktarıldığı gibi, çocuk hekimleri sosyal öykünün işlevlerini temel olarak, *mesleki tatmin, hasta-hekim iletişimini güçlendirme, tanı ve tedaviyle ilgili katkılar* olarak ifade etmektedir. Koruyucu hekimlik, sosyal öykünün hekimlerce ifade edilen işlevleri arasında hemen hiç yer almamaktadır. Yani sosyal öykü çoğu zaman, çocuğu karşılaşılabileceği olumsuz sonuçlardan korumak adına kullanılmamaktadır. Koruyucu hekimlik gibi, çocuk savunuculuğu da sosyal öykünün ön planda ifade edilen işlevlerinden değildir. Nadir de olsa çocuk hekimlerinin sosyal öyküyü bu amaçla kullanabildikleri ifadelerinden anlaşılmaktadır. Bu konuda verilebilecek bir örnek Dr. Serkan'ın kronik hastalıkları olan ve ekonomik durumları iyi olmayan hastalarının sosyal öykülerini öğrenerek sosyal yardımlara ulaşmalarını sağlamasıdır.

*'Zaten yaptığım iş dolayısıyla da, kronik hastalık olması dolayısıyla bu konuların zaten içindeyim. Hani çocuğu spora teşvik etme konusunda ve sosyal çevresinin öğrenmek bir şekilde benim işimin bir parçası. Onun sosyal çevresinin öğrenmek zorundayım. Eğer yiyeceğe bile ulaşımı kısıtlıysa ilgili yerlere bireysel olarak ya da hastanenin sosyal servisi aracılığıyla ya da ilgili makamlara hani ilgili valilik olsun, kaymakamlık olsun, emniyet olsun çeşitli raporlar düzenleyerek çeşitli destekler almasını sağlamak, bu hep yaptığımız şeyler zaten, ama bireysel girişimler. O yüzden de bunun için sosyal öyküsünün öğrenmem gerekiyor.'* (Serkan, 47, öğretim görevlisi)

Bu bölümde, araştırma kapsamında görüşülen çocuk hekimlerinin sosyal öykünün olası işlevlerine ilişkin görüşlerine yer verilmiştir. Görüşmecilerin sosyal öykünün işlevi hakkındaki değerlendirmelerine bakıldığında, *koruyucu hekimlik ve sağlık savunuculuğuna ilişkin pek az ifadenin bulunduğu* görülmektedir. Buna karşılık hekimler, sosyal öykünün tanı ve tedaviye ilişkin işlevlerinden sıkça bahsetmektedir.

### ***Çocuk hekimlerine göre sosyal öykünün ne zaman alınması gerektiği***

*'Her şey şikayet değil. Bazen de şikayeti dile getiremedikleri için...bizim bulmamızı isteyerek, kendi söyleyemeyerek getirmiş de olabilir çocuğu...öyle olduğu için de her zaman şikayeti diil, bi bütün olarak genel bi yaklaşımımız olmalı.'*

(Beril, 25, uzmanlık öğrencisi)

Bu araştırmanın birincil sorusu sosyal öykü uygulamalarının kısıtlılığının nedeninin ne olduğudur ve yanıtı giden yolda anahtar, sosyal öykünün çocuk hekimleri tarafından 'gerektiğinde' yapılan bir uygulama olarak tanımlanması olmuştur. Söz konusu gereklilik hekimden hekime ve durumdan duruma değişmekle birlikte, bu noktada önemli olan sosyal öykünün yalnız gerekli hallerde alınması yaklaşımının görüşülen hekimler arasında oldukça yaygın olduğunun görülmesidir. Bunun alternatifi olarak görülebilecek temel yaklaşım ise, güncel literatürde de önerildiği gibi *sosyal öykünün tarama aracı olarak kullanılmasıdır*. Tıbbi uygulamalarda *tarama kavramı*, sık görülen, taramayla saptanabilecek ve çözüm bulunabilecek bir sorunu büyümeden tanımak anlamında kullanılır. Taramanın özelliklerinden biri, belli bir yaş veya risk grubundaki her bireye uygulanmasıdır. Tarama, çoğunlukla laboratuvar ve görüntüleme yöntemleriyle yapılmaktadır, ancak bunlarla sınırlı değildir. Tetkikler dışında, öykü ile de tarama mümkündür. Örneğin her hastaya sigara içip içmediğinin ve içiyorsa bırakmak isteyip istemediğinin sorulması da bir tarama yöntemidir. Bu bölüm, görüşmecilerin sosyal öykünün ne zaman alınması gerektiğine ilişkin görüşlerine ve sosyal öykünün tarama aracı olarak kullanımına nasıl baktıklarına ayrılmıştır.

Görüşülen hekimlerin çoğuna göre *iyi bir çocuk hekimi*, sosyal öyküyü alınması gereken durumu *hissederek* alacaktır. Söz edilen gereklilik hali, çoğunlukla şikayete göre, kimi zaman da öyküde veya muayenede hekimin şüphesini çeken bir risk faktörü ile belirlenmektedir. Örneğin Dr. Hakan'ın ne zaman sosyal öykü alınması gerektiğine ilişkin görüşleri şöyledir:

*'(Sosyal öykü) ihtiyaç halinde sorulması gereken bi durum. Özellikle sorgulanması gereken alt grup... bu doktor, iyi bi doktor hissedicektir zaten kime sorması gerektiğini.'* (Hakan, 30, uzman)

Dr. Hakan'a göre sosyal öykü *ihtiyaç halinde* alınmalıdır. Hangi hasta için bu ihtiyacın olduğunu iyi bir hekim hissedebilir. Sosyal öykünün gerekli hastalarda alınmasına ek olarak, sosyal öykünün içeriği de durumdan duruma değişiklik gösterebilmektedir. Sorulacak soruların içeriğinin çoğunlukla *çocuğun şikayeti doğrultusunda* belirlendiğini Dr. Barış şöyle ifade eder:

*'Bizler esas hani şikayete yönelik olarak daha fazla sorgulayabiliyoruz. Şikayete yönelik beslenme önerileri ya da şikayete yönelik maruz olabileceği enfeksiyöz ajanlar ya da çevresel etmenlerden yola gidebiliyoruz. Daha çok bize yani yardımcı olacağını düşündüğümüz şeyleri soruyoruz.'* (Barış, 27, uzmanlık öğrencisi)

Dr. Barış, tanı koyma amacıyla şikayete yönelik seçilen soruları, 'bize yardımcı olacağını düşündüğümüz şeyler' olarak tanımlamaktadır. *Hekime yardımcı olacak sorular, hekimin hastaya bu soruları sormakla neyi amaçladığına bağlıdır.* Hekim hastanın şikayetine yol açan hastalığa tanı koymayı amaçlandığında, tanıyı kolaylaştıran sorulara ihtiyaç duyulur. Bu sorular kimi zaman sosyal öyküye dahil de olabilir. Örneğin astım atağı geçirmekte olan çocuğun ailesine evde sigara içen olup olmadığının sorulması gibi. Dr. Miray, bu çıkarımı doğrulayan şu ifadeleri kullanır:

*'İşte astım atağıyla geliyorsa sizin eviniz sobalı mı, efendim soğuk mu ev, işte ısınabiliyor musunuz, kaç kişi yaşıyorsunuz hasta insan var mı, bunları bu çocuğa soruyorum. Hani idrar yolu enfeksiyonuyla gelen çocuğun annesinin sigara içip içmediği o an beni hiç ilgilendirmiyor çünkü o tarafa gidemiyoruz günümüz şartlarında.'* (Miray, 29, uzmanlık öğrencisi)

Dr. Miray *çalıştığı şartlar altında* idrar yolu enfeksiyonu geçiren çocuğun annesinin sigara içmesiyle ilgilenmediğini, yalnız şikayete yönelik sosyal öykü aldığını belirtir. Sosyal öykünün yalnız şikayete yönelik alınması yerine her çocukta tarama aracı olarak kullanılması, hekimlerin çoğu tarafından olumlu karşılanmamaktadır. Görüşülen çocuk hekimlerinin yaklaşık yarısı, sosyal öykünün tanıya yardımının olabildiğini ancak bu durumun görece nadir olduğunu düşünmektedir. Bu nedenle rutin tarama hekimlerin bir kısmı tarafından gereksiz görülmektedir. Dr. Hakan bu durumu şöyle ifade etmektedir:

*'Taramadan ziyade şüphe anında sorulması gereken birşey olmasının sebebi bence bu yüzden (sosyal öykünün tanıya nadiren yardımcı olması). Böylesi ipucu verebilecek vakalar gerçekten nadir vakalar gibi gözüküyor, zaten kısıtlı olan vaktin içerisine rutin olarak bunu yerleştirirsek o zaman hani ondan elde edeceğimiz ipucuya değmeyecek kadar fazla zaman yani, o maliyet etkinlik açısından diyim hani, çok yararlı olmayacaktır.'* (Hakan, 30, uzman)

Dr. Hakan yukarıdaki ifadesinde belirttiği gibi, sosyal öykünün tanıya her zaman yardımcı olmadığını ve her çocuğun sosyal öyküsünün alınmasının çıkacak ipucuna değmeyecek kadar fazla zaman kaybına neden olacağını düşünmektedir. Benzer şekilde Dr. Arda da her çocuktan sosyal öykü alınmasının gerekmediğini şöyle ifade eder:

*'Algoritmam beni oraya götürüyorsa anca o şekilde öykümü detaylandırırım, yoksa primer her gelen çocuktan sosyal öykü alıyo muyum yani, almam. Hani almak gerekir mi? Bence gerekmez diye de düşünüyorum hatta.'* (Arda, 24, uzmanlık öğrencisi)

Kimi çocuk hekimleri ise taramanın yararlı olacağını düşünmekle birlikte, zaman kısıtlılığının bunu olanaksız kıldığını savunarak tarama fikrine olumsuz bakmaktadır. Örneğin Dr. Zeren, hastalara kısa süre ayırabildikleri için sosyal öykü almanın olanaklı olmadığını anlatmaktadır:

*'Sorulsa tabi çok iyi olur ama bunları sormaya müsait değil ortam, bunların hepsini soramazsın. Poliklinikte bi hastaya on dakika ayırabiliyorsun. Genel poliklinikte bunları tabi soramıyorsun. Acil zaten hak getire...'* (Zeren, 28, uzmanlık öğrencisi)

Dr. Zeren gibi, görüşülen hekimlerin çoğu zaman kısıtlılığının taramayı zorlaştırdığını savunmaktadırlar. Bu hekimlerden biri olan Dr. Hakan, sosyal öykünün tarama aracı olarak kullanılmasının zaman kısıtlılığı nedeniyle olanaksız olduğunu kesin bir dille ifade eder:

*'Şimdi şöyle konuşurken fark ettim ki, ...günlük polikliniğin keşmekeşi içerisinde en azından şu anda bunu yapabilecek bir ortam kesinlikle yok, bunu net bi şekilde söyleyebilirim.'* (Hakan, 30, uzman)

Zaman kısıtlılığı çocuk hekimlerinin hemen tamamı tarafından sosyal öykünün en önemli kısıtlayıcısı olarak ifade edilmektedir. İlginç olan, bu sorunun ortadan kalktığı varsayıldığında da yaklaşımın değişmemesidir:

*'Çok zamanım olsa sorar mıyım ve bana bi bilgi vermiyeceği konusunda da eminim ama hani, soruyum mı? Sor istersen, ama ben sormam. Sormam, gene de sormam. Şüphe uyandırdığı takdirde sorarım. Annenin gözü mor; sorarım. Çocuk*

*düşmüş ama bana şüpheli geliyor, bu çocuk düşmemiş gibi duruyo, sanki darp edilmiş gibi duruyo; gerekirse detaylandırırım, yani ne derler ona? Şeyine göre bişey biçme.'* (Arda, 24, uzmanlık öğrencisi)

Böylece Dr. Arda, riskli hastayı hissedeceğini ve sosyal öyküyü ancak bu durumlarda kullanacağını ifade etmiştir. Dr. Arda'nın odak grup görüşmesinde dile getirdiği bu fikre, Dr. Beril şöyle karşı çıkar:

*'Kendi bakışınla, kendi gözünle bakıyorsun. O anki duygudurumunu düşün, ...kafan çok yoğun (veya) sen değilsin başka biri, dalginken... Bişey rutine binmezse her zaman o dikkat boyutunda o hastaya yaklaşamazsın ve bişeyleri kaçırsın. Evet, bu bir rutini olmalı. Çok iyiyse işte iki cümleyle anlayabiliyorsun, riskli olup olmadığını fark ediyorsun ya da işte hiçbir risk faktörü yok, "buna gerek yok" diyebiliyorsun sorma. Ama... Nasıl diyceksin? Hadi sen dedin, yanındaki kişi nasıl diycek? Herkes bunu anlayabilir mi bilmiyorum. İnsanız, o anki bizim de kendi duygularımız düşüncelerimizle birlikte bazı şeyleri atlıyabiliriz, ama bunu da bi algoritma gibi yani bazı rutinlerimiz dahiline sokarsak bazı şeyleri atlamamış hale geliyoruz.'* (Beril, 25, uzmanlık öğrencisi)

Dr. Beril, hekimin fark edeceği riske göre sosyal öykü alınmasına iki nedenle karşı çıkar. İlki, bir hekimin dikkat düzeyi her zaman aynı olmaz ve yoğun veya yorgun olabilir. Bu da riskli durumu fark edememesine yol açabilir. İkincisi, her hekimin riskli hastayı aynı doğrulukla fark etmesi mümkün olmayabilir. Dr. Beril aynı nedenlerle, sosyal öykünün rutinler dahiline alınması gerektiğini vurgular.

Hekimlerin genel olarak sosyal öyküye ilişkin bir tarama aracından haberdar olmadıkları gözlenmiştir. Buna rağmen böyle bir tarama aracının kullanılması bazı hekimler tarafından olumlu karşılanmaktadır. Örneğin ergen sağlığı öğretim görevlisi Dr. Bilge, kendi bölümlerinde yapılandırılmış bir psikososyal öykü tarama aracı kullanıldığını anlattıktan sonra çocuk sağlığı ve hastalıkları için de böyle bir taramanın gerekli olduğunu, yoksa geliştirilmesi gerektiğini ifade etmiştir:

*'Bence kesinlikle ihtiyaç var. Var mıdır emin değilim yani... Genel pediatri için de mutlaka geliştirilmesi gerekiyor, eğer geliştirilmemişse.'* (Bilge, 41, öğretim görevlisi)



Dr. Ece de sosyal öykünün tarama aracı olarak kullanılmasının yararlı olabileceğini düşünen hekimlerden biridir. Sosyal öykünün temel kalıplarla rutin uygulamaya girmesinin yoğun çalışma şartlarında atlanmamasını sağlayabileceğini şöyle ifade eder:

*'Hani mesela yoğunlukta sıkışıklıkta hasta çoğunluğunda böyle gerçekten hani önemli şeyler böyle gözden atlanabilir ama birkaç kalıp şeklinde de en azından kalıp şeklinde en azından kafamda da olsa, onları sorsam böyle daha atlanmayabilir gibi geliyor işte bu sosyal öykü kapsamında...'* (Ece, 28, uzmanlık öğrencisi)

Dr. Ece gibi Dr. Sedef de, her çocuğa sosyal öykünün temel sorularının sorulması gerektiğini düşünür, ancak diğer hekimlerden farklı olarak bunun tarama aracı olarak ifade edilmesini *yapay* bulur. Çünkü Dr. Sedef sosyal öykünün hekimliğin kökeninde yer alması ve temel bir hekimlik becerisi olması gerektiğini düşünmektedir:

*'Sosyal öyküde böyle bir tarama aracı var mı, her çocuğa uygulanabilir mi onu bilmiyorum ama çok temel şeylerin sorgulanabileceğini düşünüyorum. Yani bunun da hekimin orjinalinde olduğu düşünüyorum. Pediatristlerin bi tarama aracı olarak değil, hekimlik becerisi olarak bunu sorması sorgulaması gerekiyor diye düşünüyorum.'* (Sedef, 33, yan dal uzmanlık öğrencisi)

*Tarama* kavramı tıp dünyasında çoğu zaman çeşitli hastalıkları saptamak için yapılan tetkiklerle birlikte anılmaktadır. Öykü alma ise, tıp dünyasında hekimlik becerilerinin en temeli olarak kabul görür. Bu iki kavramın bir araya getirilerek sosyal öykünün tarama aracı olarak ifade edilmesi, taramanın tetkikleri çağrıştırması ve hekimlik becerilerini sınırladığı düşünülerek yadırganıyor olabilir.

Bu bölümde, araştırma kapsamında görüşülen çocuk hekimlerinin sosyal öyküyü çoğu zaman *gerektiğinde* aldıkları ve sosyal öykünün *tarama yöntemi olarak kullanılmasına nasıl yaklaştıkları* aktarılmıştır. Araştırma sorusuna hekimlerin ifadeleri ışığında tekrar bakıldığında şunu görmek mümkündür; amaç, şikayetin nedenini bulmak, tanı koymak ve tedavisini yapmak olduğunda sosyal öykünün yalnız gerektiğinde alınması oldukça anlaşılır ve yerinde olmaktadır. Buna karşılık, *hekimin amacı şikayete değil de çocuğa yönelmek olursa*, bütüncül yaklaşım devreye

girecek ve her çocuğun sosyal öyküsü onun korunması ve desteklenmesi için alınacaktır. Bu araştırma ile hekimlerin sosyal öyküden beklediklerinin hekimlik yaklaşımlarıyla ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır. Bu konu, 'Hekimlik yaklaşımları' bölümünde ele alınacaktır.

#### 4.1.3. Uygulamalarda Sosyal Öykü

Bu bölümde araştırma kapsamında görüşülen çocuk hekimlerinin sosyal öykü uygulamalarında öne çıkan özellikler aktarılacaktır. Sosyal öykü uygulamasında öncelikle dikkat çeken, hekimlerin yaptığı geniş tanım ve dolu içeriğin uygulamalarda çoğu zaman kendine yer bulamamasıdır. Dr. Beril'in 'Pratikte yaptığımız sosyal öykü dediğimiz şey, yok yani aslında' şeklindeki ifadesi bu durumu en öz haliyle dile getirmektedir. Rutin uygulamalarda sosyal öykünün nasıl olduğu sorulduğunda Dr. Beril, pratikte böyle bir uygulamanın olmadığını ifade etmiştir. Benzer ifadelerin hekimlerin çoğu tarafından kullanıldığı gözlenmiştir. Örneğin odak grup görüşmesinde, Dr. Arda kolaylaştırıcıya şöyle yanıt verir:

- Kolaylaştırıcı: Peki yaşadığınız güçlükler oluyo mu sosyal öykü alırken?

+ Arda: (sessizce) almadığımız için... (tüm grupta hafifçe gülüşmeler olur)

Dr. Arda sosyal öykü almadıkları için, 'sosyal öykü alırken' diye başlayan bir soruya yanıt veremeyeceklerini böyle belirtmektedir. Sonrasında gruptan gelen gülüşmeler ve onaylayıcı jestler de Dr. Arda'nın bu ifadesini doğrular niteliktedir.

Sosyal öykü uygulamalarında öne çıkan bir başka özellik, bir önceki bölümde aktarıldığı gibi, sosyal öykünün yalnız gerektiğinde alınmasıdır. Çocuk hekimlerinin çoğu sosyal öykünün ihtiyaç duyulduğunda alınması gerektiğini ve bu ihtiyacı iyi bir hekimin saptayacağını ifade etmiştir. Çocuk hekimlerinin uygulamalarının da bu yöndeki görüşleriyle uyumlu olduğu rahatlıkla söylenebilir. Söz konusu ihtiyaç, hastanın şikayeti, hekimin hastaya ilişkin risk algısı ve ailenin bir endişe belirtmesiyle ortaya çıkmaktadır. Sosyal öykünün hekimin gerekli gördüğünde alınmasına ek olarak, içeriği de durumdan duruma değişiklik gösterebilmektedir.

Sosyal öykünün tanı amaçlı ve şikayete yönelik kullanımına ilişkin dikkat çeken bir konu, *sosyal öykünün genellikle ilk aşamada alınmamasıdır*. Sosyal öyküye genellikle diğer yöntemlerle tanı konulamazsa başvurulmaktadır. Kimi zamansa sosyal öykü alınmayıp, sosyal öykünün bir bileşeni ‘tesadüf eseri’ öğrenilmektedir. Dr. Hakan bu yöndeki bir deneyimini şöyle anlatır:

*‘Anne, çocuğun babaannesinin insülinlerini çocuğa vuruyodu. Mesela hipoglisemide bundan şüphelenilmeye başlanması, tamamen tesadüf eseri babaannenin de şeker hastası olduğunun öğrenilmesi üzerine başlanılmıştı, onun ardından ispatlandı.’* (Hakan, 30, uzman)

Dr. Hakan’ın söz ettiği hastalık bakım verenin yapay bozukluğudur (Munchausen syndrome by Proxy). Anne, çocuğun hastalığı aracılığıyla ilgi çekmek üzere babaannenin insülinlerini çocuğa yaparak, çocukta hipoglisemi belirtileri ortaya çıkarmaktadır. Bu örnekte, hipogliseminin nedeni araştırılırken tesadüfen babaannenin de diyabeti olduğu öğrenilerek, bakım verenin yapay bozukluğundan şüphe edilmiştir. Bu durumun tesadüfen değil de, daha önceden konuşulmuş olmasının tanı için geçen süreyi kısaltacağı düşünülebilir. Sosyal öykünün bir bileşenin sonradan ortaya çıkarak hastalığın nedeninin anlaşılmasını sağlaması, hekimlerin hiç de nadir olmayarak söz ettikleri bir konudur. Dr. Cansu da iyileşmeyen bronşiyoliti olan bebeğin annesinin sigara içtiğini sosyal öykü olarak değil, tesadüfen öğrendiğini anlatır:

*‘İlk Sincan’a başladığım dönemde yatırdığım hastalardan biri, çok ağır bronşiyolit oldu, viral pnömoni-bronşiyolit oldu. Çocuğu yatırıyorum ama böyle bi ekspiryum yok yani, kaç günlerce yirmi dört çarpı ventolin aldı, inhale steroidler aldı, atrovent, her şeyi deniyorum ...gidiyorum odasına bakıyorum hep baba var, baba çok ilgileniyo... Böyle bir iki kere öğlen arasına filan denk geldim ziyaret saati mi artık baba içerde, bi baktım anne yok ortalıkta filan... Sonra babası söyledi bana geldi, artık dedi “hocam bu annesi inanılmaz sigara içiyo” dedi, “günde iki paket sigara içiyo” dedi. “Bu gebeliğinde de sürekli sigara içti” dedi. Ama mesela bunu sorgulamamış oluyosun yani.’* (Cansu, 32, uzman)

Dr. Cansu'nun ifadelerinden, bebeğin iyileşmeyen bronşiyolitinden annenin sigara içmesini sorumlu tuttuğu görülmektedir. Bununla birlikte bu örnekte annenin sigara içtiği bilgisi hekim sormadan, babanın kendiliğinden söylemesiyle ortaya çıkmıştır. Dr. Cansu da bu durumun farkındadır ve sosyal öyküye ilişkin bunun gibi konuların baştan sorgulanmadığını ifade eder.

Sosyal öykü uygulamalarına ilişkin önemli bulgulardan biri de, *uygulamanın hekimlerin çalıştıkları yer ve gördükleri hasta nüfusunun özelliklerinden etkileniyor olmasıdır*. Bu fark, özel sektörde ve devlet hastanesinde çalışan hekimler arasında rahatlıkla görülebilmektedir. Özel sektörde çalışan hekimlerin gördükleri hasta nüfusunun özellikleri, geride kalanlardan oldukça farklıdır. Bu durum da sosyal öykü içeriğinin farklı olmasını getirmektedir. Örneğin özel sektörde çalışan hekimlerin ısınma konusunu konuşmasına gerek kalmamaktadır, çünkü gördükleri çocuklardan evi doğalgaz ile ısınmayan neredeyse yoktur. Altındağ'da devlet hastanesinde çalışan hekimler ise, soba ile ısınan nüfustan, hatta evinde sobası olmayan çocuklardan bahsederler. Beslenme de bu konuya örnek olarak verilebilir. Özel sektörde beslenmeye ilişkin sorular, ailelerin çocuğa yeşil mercimek gibi gıdaları gaz yapması endişesiyle vermek istememesi veya daha büyük yaşlarda hazır gıda tüketimiyle ilgili iken, Sincan ve Altındağ'da çalışan hekimler kırmızı et alamamayı çok yaygın bir sorun olarak belirtmektedir. Dahası, Altındağ'da yoksulluğun yol açtığı malnütrisyonun çok sık olduğu, yatan hasta servislerinde de bu nedenle çok sayıda hasta yattığı vurgulanmıştır. Bu karşıtlıkları aktaran hekimlerin, *almaları gerektiğinde* sosyal öykülerini de gördükleri nüfusun özelliklerine göre şekillendirdiği söylenebilir.

Hekimlerin çalıştıkları yerin sosyal öykü uygulamalarını etkilemesine bir diğer örnek de, uzmanlık öğrencilerinin eğitim gördükleri yan dal polikliniklerinde farklı sosyal öykü uygulamalarıyla karşılaşmalarıdır. Uzmanlık öğrencilerinin çalıştığı/egitim gördüğü yer, hemen her ay değişir. Örneğin bir ay allerji polikliniğinde çalışan bir uzmanlık öğrencisi, bir sonraki ay yenidoğan yoğun bakım ünitesinde, ondan sonraki ay ergen sağlığı bölümünde çalışabilmektedir. Uzmanlık öğrencilerinin vurguladığı önemli konulardan biri, sosyal öykü uygulamalarının

çalışılan yere (yan dal polikliniğine) göre değişmesidir. Özellikle acil servisler, sosyal öykünün hemen hiçbir zaman alınmadığı yer olarak belirtilmektedir. Yan dal poliklinikleri arasında da sosyal öykü uygulamaları bakımından büyük farklar olduğu söylenmiştir. Kimi hekimler bu farklılığı bakılan hasta sayısı ve hastalara ayrılan sürenin farklı olmasıyla açıklamaktadır. Örneğin Dr. Feza, çalıştığı farklı polikliniklerde sosyal öykü alma imkanlarının farklı olduğunu; bunun da zaman kısıtlılığıyla ilgili olduğunu şöyle ifade eder:

*‘Hem gelişimsel pediatride hem adolesan bölümünde bir hastaya ayrılan süre daha fazla neticede, ama diğer polikliniklerde nerdeyse beş dakikada bir hasta görmen gerekiyor, o da primer olarak sana o bölüme hangi şikayetle geldiyse, hangi tanıyla geldiyse ona yönelik sorularını sorabiliyorsun diğer öyküye çok fazla giremiyorsun bu kısıtladığı için diye düşünüyorum’.* (Feza, 25, uzmanlık öğrencisi)

Dr. Feza, uzmanlık öğrencileri olarak çalıştıkları her poliklinikte sosyal öyküye ayırabilecek zaman bulamadıklarını söylemiştir. Dr. Barış ise çocuk sağlığı ve hastalıkları yan dallarının sosyal öyküye aynı ölçüde önem vermediklerini *‘Bir de hani tabii her bölüm bu kadar çok önemsemiyor olabilir bu tarz şeyleri’* sözleriyle belirtir. Dr. Barış, sosyal öykü uygulamalarının özellikle bu durumdan etkilendiğini söylemiştir. Uzmanlık öğrencileri yan dal polikliniklerinde ‘çocuk hekimi’ olmak üzere eğitim görseler de, çocuk hekimliği uygulamalarını buldukları polikliniğin yaklaşımını benimseyerek geçici olarak değiştirmektedirler. Bu nedenle o yan dalın sosyal öykü yaklaşımı, o sırada orada eğitim gören uzmanlık öğrencisinin yaklaşımına da yansır. Dr. Beril’in şu sözleri bu ifadeyi doğrulamaktadır:

*‘Pratiklerimiz çalıştığımız yere göre de değişiyö, acilde çalışırken riskli bir hasta grubu olarak değerlendirmiyosak sosyal öykü almıyorum. Çünkü yani iki buçuk-üç dakikada bir hasta bakman gerekiyor, bazen daha hızlı bazen daha uzun ama sosyal öykü arka planda kalıyor. Tabii ki bi adolesanda çalışıyoken ya da gelişimsel pediatride çalışıyoken her şey sosyal öykü. Orda en derinine kadar burda konuştuğumuz hemen hemen her şeyi sorguluyoruz. Ama ortalama bi poliklinikte, ne diyebilirim örneğin bi romatoloji kliniğinde çalışıyoken hem vaktimiz var birçok şeyi sorgulamaya, hem ne kadarı gerekli diye bi şeye kaldığımızda zaten muayene odasına girdiğinde sosyoekonomik düzeyine yönelik bi bilgi ediniyoruz eğer orda bi*

*risk faktöründen şüpheleniyosak, örneğin ne biliyim çocuk yaşına uygunsuz şekilde içe kapanıksa ya da şeyse her neyse belki sorgulamaya yönelik bi iki cümle sorup ama aile eğer orda konuşmayı istemediğini belirtir bi tutum içerisindeyse bunun da çok gerekli olmadığını düşünüp geri çekilirim ben de.’ (Beril, 25, uzmanlık öğrencisi)*

Romatoloji polikliniği örneğinde Dr. Beril’in, yeterli zamanı olmasına karşın sosyal öykünün ne kadarının gerekli olduğu konusunda tereddüt ettiği görülür. Ergen sağlığı ve gelişimsel pediatri ‘her şey sosyal öykü’yken, romatoloji gibi diğer polikliniklerde aile veya çocuk hakkında özellikle şüphe çeken bir durum yoksa sosyal öykü alınmaz. Hatta şüphe çeken durum olduğunda dahi hekimin sosyal öykü alma konusunda çekimser olduğu görülmektedir. Uzmanlık öğrencilerinin ifadeleri çocuk sağlığı ve hastalıkları yan dallarının sosyal öyküye yaklaşımları arasında fark olduğunu düşündürmektedir. Bu yaklaşım farkı, gelişimsel pediatri ve ergen sağlığı bölümünden hekimlerle görüşülerek de doğrulanmıştır. Ergen sağlığı öğretim üyesi Dr. Bilge, hekimlik uygulamaları içinde sosyal öyküye büyük önem verdiklerini hatta sosyal öyküye yeterli zaman ayırabilmek için hasta sayısını kısıtladıklarını anlatmıştır:

*‘Yani hani gerçekten biz burda yani aşağıdan (genel pediatri polikliniğinden) ve diğer polikliniklerden en büyük farkımız zaten hasta sayımız, yani biz kısıtladık, belli hasta sayısının üstüne çıkmıyoruz günde. Hani (hasta) sayımızı belli bi sayının üstünde tutmadık ki buna (sosyal öyküye) zaman kalabilsin ama biz de diğer poliklinikler gibi günde kırk hasta baksak, elli hasta baksak bunu yapmamız mümkün olmazdı.’ (Bilge, 41, öğretim görevlisi)*

Ergen sağlığı bölümünün hasta sayısını sosyal öyküye zaman kalabilmesi amacıyla sınırlaması, çocuk sağlığı ve hastalıkları yan dallarının sosyal öyküye verdikleri önemin hasta sayılarını etkileyebildiğini gösterir. Sosyal öyküyü önemseyen bir bölüm, onun alınabileceği optimum zamanı da sağlamaya çalışmaktadır.

Hekimin konumu (hangi pozisyonda çalıştığı) da sosyal öykü uygulamalarını etkilemektedir. Kaç hasta bakacağını ve ne kadar süre ayıracağını kendisi belirleyen bir hekim, dilerse sosyal öyküye de zaman ayırabilmektedir. Bu durum, özel muayenehane hekimi Dr. İdil ve eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan öğretim

görevlisi Dr. Serkan örneklerinde görülebilir. Her ikisi de hastaya ne kadar zaman ayıracıklarına kendileri karar vermekte ve bu da sosyal öyküye ayrılan zamanı etkilemektedir. Kendi muayenehanesinde çalışan Dr. İdil'in sosyal öyküye en uzun zamanı ayıran kişi olması şaşırtıcı değildir:

*'Muayene ortamında ben Allah'a şükür buna fırsat bulabiliyorum, yirmi dakikamı, otuz dakikamı, kırk dakikamı neyse artık ona göre ayırıyorum. Zaten o buna geliyor. Konuşup dertleşmeye geliyor yani benim bi sıkıntım var ve bunu anlatmam lazım, bissürü yere gidebilir... (Muayenehanede) ilgilenebilme ihtimaliniz artıyo.'* (İdil, 37, uzman)

Dr. İdil'in ifadeleri, öyküye ayıracak zaman konusunda zorluk yaşamadığını göstermektedir. Zaman kısıtlılığında hiç bahsetmeyen bir diğer hekim, öğretim görevlisi Dr. Serkan'dır. Dr. Serkan, sosyal öyküye yeterli zamanı olup olmadığı sorusuna şöyle yanıt verir:

*'Ben bunu sağlıyorum. Çalıştığım ortam nedeniyle bunu ben sağlıyorum, ben alırım. Hasta sayımı ben dengeliyorum, randevülerimi. O yüzden de ben eksiklerimi de de zaten bir sonraki gelişinde de tamamlamaya çalışıyorum.'* (Serkan, 47, öğretim görevlisi)

Özel hastanede çalışan Dr. Yusuf da çoğu zaman sosyal öyküye ayırabilecek zamanı olduğunu, bununla birlikte kimi zaman muayeneler sıklaştığında sosyal öyküyü kısa kestğini belirtmektedir.

*'Hastayı ilk görmemle ikinci görmemde tabii ki daha kısa oluyo. Randevular (randevu sayısı, sıklığı) bile etkiliyo, bana kalsa ben zamanım varsa uzun uzun anlatıyorum, aileyi asla, hatta başka sorunuz var mı diye sorup gönderiyorum zamanım varsa. Zamanım yoksa da onu ben belirliyorum hani, hadi güle güle canım diyorum.'* (Yusuf, 41, uzman)

Dr. Yusuf kendisine kalsa uzun uzun anlattığını ancak randevu sıklığı nedeniyle bunun her zaman mümkün olmadığını ifade eder. Zamanı kısıtlanan hekim, hastayı göndermek durumunda kalmaktadır. Üniversite hastanelerinde ve eğitim ve araştırma hastanelerinde hizmet sunumunun çoğunu gerçekleştiren uzmanlık öğrencileri ise, hastaya ayıracakları zamanı çoğunlukla kendileri

belirlememektedir. Uzmanlık öğrencileri, çalıştıkları bölümde görülen hasta sayısı veya acile *gelen hasta sayısına göre belirlenen* bu zamanın kimi zaman beş dakikaya kadar düştüğünü belirtir. Dr. Hakan, sosyal öykü alamamalarının nedeninin zaman kısıtlılığı olduğunu şöyle vurgular:

*‘Bunu (sosyal öykü almayı) normalde yapamıyor oluşumuzun temel sebebi bence ve bunu yapabilmenin temel şartı aynı zamanda; poliklinikte ayırabileceğimiz bir zamanımızın olması esasında. Böylesi bir zaman, açık konuşmak gerekirse, böylesi bir zaman asla yok.’* (Hakan, 30, uzman)

Sosyal öykünün rutin uygulamalarda hiç bulunmaması Sincan’da bir devlet hastanesinde çalışmakta olan Dr. Cansu tarafından da vurgulanmıştır.

*‘Saatte atmışar hasta bakıyoruz, iki saat ya da bir-bir buçuk saat boyunca bekliyoruz, içeri giriyorlar, girdikleri an, ne şikayeti var, diyorum derken kulağıma zaten steteskopu takmış oluyorum dididididid tamam diyorum. Hiçbişey anlatmıyorum. Bir buçuk saat bekliyo ve aldığı hizmet otuz saniye. Ve ne oldu barkoduna ilaç yazıldı, nasıl kullanılacağı bile anlatılmadı.’* (Cansu, 32, uzman)

Dr. Cansu’nun hastanın *otuz saniyede* muayene edilip tedavisinin yazıldığı ancak tedavinin nasıl uygulanacağına anlatılmadığına yönelik ifadeleri oldukça endişe vericidir. Bu durum, hekimlik uygulamalarına ilişkin eksik olan tek şeyin sosyal öykü olmadığını gözler önüne sermektedir. Bu şartlar altında çalışan hekimler için sosyal öykünün rutin uygulamalardan biri olmaması şaşırtıcı değildir. Hekimlerin ısrarla belirttikleri zaman kısıtlılığı sorununa ikinci kısımda ‘Çalışma ortamının sosyal öykü uygulamalarına etkisi’ bölümünde tekrar değinilecektir.

Bu bölümde, çocuk hekimlerinin sosyal öykü uygulamalarında öne çıkan özellikler özetlenmiştir. Bu özelliklerin (örneğin sosyal öyküye ayrılan zamanın), çeşitli durumlara göre (örneğin hekimin nerede çalıştığı) ciddi değişiklik gösterdiği söylenebilir. Genel olarak bakıldığında ise, sosyal öykü uygulamalarına ilişkin pek çok sorundan söz edilebilir. Sonraki bölümde sosyal öykü uygulamalarını etkileyen faktörler ele alınacaktır.



## 4.2. Çocuk Hekimliğinde Sosyal Öykü Uygulamalarını Etkileyen Etmenler

Birinci bölümde çocuk hekimlerinin sosyal öyküye ilişkin görüş ve deneyimleri tartışılmıştır. Daha önce belirtildiği gibi, hekimler tarafından son derece geniş bir tanım ve içeriği olduğu ifade edilen sosyal öykünün uygulamadaki yeri oldukça sınırlıdır. İkinci bölüm işte bu sınırlılığın nedenlerini, görüşmecilerin ifadeleri ışığında ele alacaktır.

### 4.2.1. Eğitimde Sosyal Öykünün Yeri

Bu bölümde tıp eğitiminde sosyal öykü ile uzmanlık eğitiminde sosyal öykü ayrı ayrı değerlendirilecektir.

#### ***Tıp eğitiminde sosyal öykü***

*'Bunun en büyük çözümü nedir biliyo musunuz? Hani bence pediatristlerin köküne dönmesini sağlamaktır. Bence bunun çözümü eğitimden geçiyor, tıp fakültesi eğitiminden.'*

(Sedef, 33, yan dal uzmanlık öğrencisi)

Görüşmecilere tıp eğitiminde sosyal öyküye ilişkin teorik veya uygulamalı ders alıp almadıkları sorulduğunda hemen hepsi, başlı başına sosyal öykünün anlatıldığı bir ders görmediklerini ifade etmiştir. Görüşmecilerin bir kısmı, sosyal öyküye ilişkin hiçbir ders görmediklerini ifade etmiştir. Kimi hekimlerse, sosyal öyküye ilişkin konuların geçtiği bazı dersler almış olduklarını belirtmiştir. Bu dersler arasında sözü edilenler, tıbbi öykü dersleri ve iletişim dersleridir.

Tıp fakültesinde sosyal öykü eğitimi almadığını ifade eden hekimlerden biri Dr. Sedef'tir. Dr. Sedef, sosyal öykü uygulamalarının eğitimle yakın ilişkili olduğunu düşünen bir hekimdir ve sosyal öykü dersi almadığı halde meslek hayatında kullanmayacağı dersler almış olmasını eleştirmektedir:

*'Hayır! Hayır! Biyoistatistik, biyofizik dersleri filan da çok güzel aldık, hatta tarih vardı birinci sınıfta ama sosyal öykü yoktu. Çok saçma.'* (Sedef, 33, yan dal uzmanlık öğrencisi)

Hekimlerin yaklaşık yarısı sosyal öyküyü ayrı bir ders olarak almasalar da tıp fakültesinde 'bir yerlerde' anlatıldığını ifade eder. Örneğin Dr. Feza, tam olarak hatırlamamakla beraber, tıbbi öykü anlatılırken sosyal öyküye dair bazı konulardan bahsedildiğini ifade eder.

*'Yok, böyle bi ders yoktu ama öykü alırken nelere dikkat etmeliyiz diye anlatılırken hani anamnez alırken nasıl prenatalini(doğum öncesini), natalini(doğumunu), postnatalini(doğum sonrasını)sorguluyoruz, soygeçmiş sorguluyoruz, bu şeyleri de dikkat edip sorgulamak gerekir diye bi cümle şeklinde... Yoksa çok net detaylı şurada söylenmişti evet diye hatırladığım bişey yok hafızamda.'* (Feza, 25, uzmanlık öğrencisi)

Dr. Feza'nın ifadelerinden, sosyal öykünün bu derslerde ayrı bir başlık olmadığı, tıbbi öykü içinde kısaca geçtiği anlaşılmaktadır. Dr. Feza, tıp fakültesinde kimi hastalıklar anlatılırken de sosyal öyküye ilişkin konuların geçtiğinden şöyle söz eder:

*'Dersin arasında işte akciğer enfeksiyonu anlatırken ya da işte ne biliyim, astım anlatırken muhtemelen bunlar bize zaten hep söylenen şeylerdi'.* (Feza, 25, uzmanlık öğrencisi)

Tıp eğitiminde sosyal öykü ile ilişkilendirilen derslerden biri iletişim dersleridir. Dr. Barış ve Dr. Ece, tıp fakültesindeki sosyal öykü eğitiminin nasıl olduğu sorusuna, iletişim derslerini anlatarak yanıt vermişlerdir. Dr. Barış bu dersi şöyle tarif eder:

*'Bizim tıp fakültesindeyken hani ilk üç senemizde özellikle iyi hekimlik uygulamaları çerçevesinde; iletişim becerileri olsun, hani öykü alma olsun, o tarz şeyler ve hani etik konuları her hafta küçük gruplar halinde tartışılıp (işlenirdi)... Çok birebir öykü eğitimi olmasa da bu tarz konular ilk üç sene boyunca özellikle her hafta, haftada iki-üç saat boyunca olacak şekilde planlanmıştı.'* (Barış, 27, uzmanlık öğrencisi)

Dr. Barış, söz ettiği iletişim derslerinin tıbbi öykü ile birebir ilişkili olmadığını ifade eder. Dr. Barışın eğitim gördüğü fakültenin iletişim derslerinden sorumlu olan

öğretim görevlisi ise Dr. Mehmet'tir ve iletişim derslerinin öykü almayla ilgili olmadığını şöyle anlatmıştır:

*'İletişim becerileri, hasta hekim ilişkisine odaklı. Ama öykü alma değil, öykü çok farklı. Biz bu iletişim becerilerinde etkin dinleme, hastanın sözünü bölmeme, hastanın söylediklerini etkin dinledikten sonra özetleyerek doğrulatma, işte ne biliyim vücut diliyle, karşılama, hitap etmeyle, kişinin kendisini daha değerli ve özel hissetmesini sağlama (konularına odaklanıyoruz)... (Bunların) sonraki bütün süreçlerde belirleyici olduğunu düşünüyoruz. Ama öykü alma değil, çok önemli.'*  
(Mehmet, 43, öğretim görevlisi)

Hekimlerin iletişim derslerini sosyal öykü ile ilişkilendirmesi, iletişim derslerinin sosyal öykü almayı kolaylaştırması nedeniyle olabilir. Ancak, Dr. Mehmet'in bu derslerin öykü temelli olmadığını vurgulaması ayrıca önemlidir.

Sosyal öykü eğitimine ilişkin görüşleri ergen sağlığı öğretim görevlisi Dr. Bilge'ye de sorulmuştur. Dr. Bilge ile sosyal öykü eğitimi konuşulduğunda, 2015-2016 akademik yılında dönem 5 müfredatına konan psikososyal öykü dersinden söz etmiştir. Dr. Bilge bu derste, ergende psikososyal öykünün HEEADSS (Home, Education, Employment, Activity, Drugs, Sexuality, Suicide & depression) formatı kullanılarak anlatıldığını ifade etmiştir. Bu dersin müfredata konulması sosyal öykü eğitimi adına son derece önemli bir gelişmedir. Bununla birlikte, bu araştırma kapsamında görüşülen hekimlerin tıp eğitiminde bu dersi almadıkları da belirtilmelidir.

Çocuk hekimlerinin tıp eğitiminde sosyal öykü üzerine söyledikleri özetlenecek olursa, fakültede yapılandırılmış bir sosyal öykü eğitimi almadıkları sonucuna ulaşılır. Sosyal öykü tanımı sorulduğunda, verilen yanıtların düşük düzeyde dahi olsa yapılandırılmamış olması, bu konuya özgü bir eğitim verilmemiş olmasıyla açıklanabilir.

Tıp fakültesinde sosyal öykü eğitimine ilişkin bir başka önemli nokta da, sosyal öyküye dair konuların ilgili derslerde (örneğin tıbbi öykü, akciğer enfeksiyonu derslerinde) tanı koymak, tanının nedenini bulmak hedefiyle anlatılmış olmasıdır. Hekimlerin ifadelerinde, *sosyal öykünün koruyucu ve savunucu hekimlikle*

*ilişkilendirilerek öğretimine dair bir ize rastlanmamaktadır.* Böylece, sosyal öykünün tanıya yönelmemesi ve koruyucu hekimlikle ilişkilendirilmemesi, hem eğitimde hem uygulamalarda kendini göstermektedir.

Sosyal öykünün koruyucu hekimliğe yönelebilmesi, tıp eğitiminde sağlığın toplumsal bağlamına yer verilmesi ile mümkün olabilir. Bu nedenle sosyal öykü eğitimi, yalnız sosyal öykü formatının öğretilmesinden ibaret değildir. Sosyal öykünün tanı aracı olmanın ötesinde bir işlev kazanması, herhangi bir formattan önce sağlığın sosyal belirleyicilerinin öğretilmesine bağlıdır.

### ***Uzmanlık eğitiminde sosyal öykü***

Çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlık eğitiminde sosyal öyküye, tıp eğitiminde olduğundan da az yer verildiği, hatta basitçe hiç yer verilmediği söylenebilir. Örneğin asistan eğitiminden sorumlu başasistanlık yaptığını belirten Dr. Hakan, sosyal öykünün uzmanlık eğitimindeki öncelikli konulardan olmadığını söyler:

*'Asistan eğitiminden sorumlu başasistanlık yapmış biri olarak şunu diyebilirim ki (sosyal öykü) çekirdek müfredat programı içerisinde şu an itibariyle öncelikli olarak bulunan konular arasında değil.'* (Hakan, 30, uzman)

Dr. Feza yalnız sosyal öyküden değil tıbbi öyküden de uzmanlık eğitiminde hiç söz edilmediğini söyler. Bunun nedeninin, zaten biliyor kabul edilmeleri olabileceğini ifade eder:

*'Asistanlık eğitimi olarak baktığımda, yani kimse öykü almadan bile bahsetmedi aslında, hani zaten onu biliyor olduğumuzu var sayarak herhalde. Hani direk mezun olduk geldik ve başladık bi eğitime, hani mesela şunları, şunları dikkat edin, nası mesela periferik yayma eğitimi veriliyor iki gün... Bununla ilgili hiç, herhangi bi eğitim olmadı, zaten onu bildiğimizi, nasıl tıp fakültesinden mezun oldu, mutlaka biliyodur diye kabul edildik galiba.'* (Feza, 25, uzmanlık öğrencisi)

Dr. Feza'ya göre uzmanlık öğrencilerinin tıp fakültesinden mezun olmaları, onların tıbbi öykü ve sosyal öyküyü zaten bildiklerinin düşünülmesine neden olmaktadır. Bununla birlikte, uzmanlık eğitimine başladıklarında bazı temel bilgilerin (periferik yayma hazırlanması gibi) tekrar verildiğini de hatırlatır. Bu bilgilerin tekrar

verilmesi, bazı temel bilgilerin unutulabileceğini, önemli bulunan konuların hatırlatılması için önlemler alındığını da gösterir.

Uzmanlık eğitimi için uzmanlık öğrencilerinin vurguladıkları önemli bir konu, eğitimin genellikle *difüzyonla olduğudur*. Difüzyon terim olarak kullanıldığında, maddelerin çok yoğun olduğu ortamdan, az yoğun olduğu ortama doğru kendiliğinden yayılmasını ifade eder. Hekimlerin ifadesiyle eğitimin difüzyon yoluyla oluşu, bilgi düzeyi henüz az olan yeni uzmanlık öğrencilerinin, kendilerinden daha bilgili kişilerden öğrenmeleridir. Bu öğrenmenin karakteristikleri, eğitim verme-alma çabası olmadan, zaman içinde, kendiliğinden oluşudur. Dr. Ece sosyal öykünün öğrenilmesinin de böyle olduğunu ifade eder:

*'Bu eğitim genelde difüzyonla oluyor.'*

Dr. Ece'ye difüzyonla ne kast ettiği sorulduğunda ise yanıt şöyledir:

*'Mesela poliklinikte ya da serviste herhangi gördüğüm kıdemli başka bir ablamızdan ya da abimizden onun yanında dururken onun tavrıyla öğreniyorum.'*

(Ece, 28, uzmanlık öğrencisi)

Böylece, sosyal öykü eğitimi konusunda temel kaynağın, kıdemli uzmanlık öğrencileri olduğu görülür. Yeni gelen öğrenci, kendinden bir süre önce başlamış olan öğrencinin tavrını benimseyerek öğrenir. Uzmanlık eğitiminde sosyal öykünün nasıl olduğu sorusuna Dr. Zeren de benzer bir yanıt verir:

*'Asistanlık sırasında bir eğitim almadık aslında, daha çok kendi aramızda kulaktan duyma bir şekilde öğreniliyor. Pratik içerisinde öğreniliyor.'* (Zeren, 28, uzmanlık öğrencisi)

Uzmanlık öğrenciliğinde sosyal öykü eğitimi, uygulama içerisinde kıdemlilerden öğrenerek veya kendiliğinden olmaktadır. Dr. Zeren'in tarif ettiği 'kulaktan duyma' eğitimin amacı ve içeriği tanımlı değildir. Böylece, çocuk hekimlerinin uygulamalarındaki sosyal öykünün, çocuk sağlığı ve hastalıkları literatüründe tanımlanan sosyal öyküden uzak olması beklenen bir sonuçtur. Eğitimin bu şekli, tıp eğitimi ve bilişimi öğretim görevlisi Dr. Mehmet tarafından şöyle eleştirilir:

*‘Sadece gözledim Ahmet hocanın şeyi güzel, bunla olmuyo yani. Yetişkin eğitimini bunla yapılandıramazsınız. Şunu demeye çalışıyorum; eğer biz mesela uzmanımızın nitelikli sosyal öykü almasını istiyor isek, bunun mutlaka uzmanlık eğitiminde bir karşılığının olması lazım.’* (Mehmet, 43, öğretim görevlisi)

Dr. Mehmet, uzmanın nitelikli sosyal öykü almasının ancak sosyal öykünün uzmanlık eğitiminde yer almasıyla olanaklı olabileceğini söyler. Dr. Mehmet ayrıca, uzmanlık eğitiminde verilecek bir konunun, mutlaka ders müfredatında yer alması, öğretilmesi ve ölçülmesi gerektiğini ifade etmiştir.

Gerek çocuk hekimlerince gerek eğitimcilerce sosyal öykü eğitimine dair sözü edilen sınırlılıklar, çocuk hekimlerinin sosyal öykü uygulamalarında kendini göstermektedir. Hekimler sosyal öyküye ilişkin pek çok konuyu yönetmekte zorlandıklarını belirtir. Bu hekimlerden biri Dr. Ece’dir.

*‘Hem teorik hem pratik anlamda gerçekten, böyle tam olarak hani yönetemiyceğimi düşündüğüm anlar oluyor. Mesela geçen bi hastada oldu. Çok yakın bi dönemde babasını kaybeden bi hastam vardı, anne bunu söylediği zaman hem orda çocuğun hem annesinin böyle gözleri filan doldu, zorlandığımı hissettim ben de bi anda. Şu an napabilirim, konuyu nasıl değiştirebilirim şeklinde... Hani orda da böyle biraz sessiz kalıp soru sormayıp, yavaş yavaş böyle tekrar konuya girmek şeklinde bi yol izlemiştim. Ama belki mesela daha etkili bi yöntem yapabiliirdim ama o an için aklıma başka bişey gelmedi, ben de etkilendim çünkü durumdan. Bilmiyorum belki başka bişey yapılabilirdi...’* (Ece, 28, uzmanlık öğrencisi)

Dr. Ece bu örnekte, yönetmekte zorlandığı, nasıl davranabileceğini bilemediği bir deneyiminden söz eder. Aslına bakılırsa çocuk hekimleri mesleki uygulamalarında, yas tutan aile veya çocukla sık karşılaşır. Buna karşın, bu konudaki *eğitim eksikliğinin*, Dr. Ece’yi böyle bir durumda *savunmasız bıraktığı* gözlenmektedir. Duyarlı bir hekim olarak, kendince bir yol geliştirmiştir, ancak doğrusunu yaptığından emin değildir.

Çocuk hekimlerinin çoğunun, çocukların psikososyal sorunlarına yaklaşım konusunda kendilerine yeterince güvenmedikleri ve bu konuda yeterli bilgi ve

beceriyle donatılmadıkları görülür. Bu durum öncelikle, sosyal öykü eğitiminin yetersizliği ile açıklanabilir.

#### 4.2.2. Çalışma Ortamının Sosyal Öykü Uygulamalarına Etkisi

*'Zaman varsa her şey var. Öykü de var, muayene de var, anlatmak da var.'*

(İdil, 37, uzman)

Bu bölümde, hekimlerin sosyal öykü almasına engel olan çalışma ortamına ilişkin faktörler tartışılacaktır. Araştırma kapsamında görüşülen çocuk hekimleri, sosyal öyküye *en büyük engelin zaman kısıtlılığı olduğu konusunda görüş birliği* içindedir. Öyle ki, çoğu hekim sosyal öykünün kendileri için ne ifade ettiği sorulduğunda, tanım, içerik gibi temel özelliklerden söz etmeden, zaman kısıtlılığı nedeniyle sosyal öykü alamadıklarını söylemiştir. Doğaldır ki hekim için zaman, yalnız sosyal öykü için değil tüm hekimlik uygulamaları için oldukça önemlidir. Bu nedenle Dr. İdil, *'zaman varsa her şey var'* demiştir.

Zamanın hekim için bu kadar önemli olduğu ifade edilirken, hekimin hasta başına ayırdığı zaman üniversitelerde beş dakikaya, devlet hastanelerinde bir dakikaya kadar düşmektedir. Örneğin, Sincan'da devlet hastanesinde çalışan Dr. Cansu, ailelerle konuşmaya fazla zaman ayıramadıklarını çünkü çok hızlı hasta baktıklarını anlatır:

*'- ...kısa konuşuyoruz, yani dakikada bir hasta bakıyoruz.'*

+ Bir dakikada bir hasta mı?

*- Evet. Kışın saatte altmış hasta bakıyoduk... Mesela acilde nöbet tuttuğumda ben hafta sonunda iki yüz elli ya da üç yüz hasta bakıyorum.'* (Cansu, 32, uzman)

Bu şartlar altında çalışan bir hekimin sosyal öykü için zaman ayırabileceğini düşünmek çok zordur. Dr. Cansu, değil sosyal öykü almayı, hastaya yazdıkları ilacın kullanımını anlatamadıklarını, çocuğu gözlemleyecek yeterli vakitleri olmadığı için otizm tanısını atladıklarını söyler. Bir hastanın tanısı ve tedavisi için son basamak olan üniversitelerde dahi hastaya kimi zaman beş dakika ayrılabilirken sosyal öykü alımının beklenmemesi gerektiğini Dr. Sedef şöyle ifade eder:

*'Yani pediatriste o kadar yük verersen, bi üniverste hastanesinde bile bi hastaya 5 dakika ayırmasını bekliyorsan, nasıl sosyal öykü almasını bekleyebilirsin ki?!'* (Sedef, 33, yan dal uzmanlık öğrencisi)

Üniversite, eğitim araştırma ve devlet hastanelerinde çalışan hekimler, zaman kısıtlılığının kendilerine sosyal öykü için hiçbir olanak bırakmadığını vurgulamaktadırlar. Görüşülen hekimlerin çalıştıkları kurumlar arasında karşılaştırma yapılacak olursa, aslında bekleneceği gibi, sosyal öyküye en çok zaman ayrılabilen çalışma ortamının özel muayenehane olduğu ve en az zaman ayrılan hatta çoğu kez hiç zaman ayrılmayan yerlerin eğitim ve araştırma hastaneleri ile devlet hastaneleri olduğu görülür. Bu ifadeyi, söz edilen kurumların hepsinde çalışmış bir hekim olan Dr. İdil şöyle doğrular:

*'En rahat kullandığım yer burası diye rahatlıkla söyleyebilirim. Çünkü konuşabilecek öğrenebilecek şeyim var, yani zamanım var. Ama onun dışında... üniversitede de bi miktar, devlet hastaneleri eğitim araştırma kurumları.. çok zor. Özel hastane yine nispeten gayet rahat, muayenehane en rahat.'* (İdil, 37, uzman)

Zaman kısıtlılığı nedeniyle hemen hiç sosyal öykü alamadıklarından yakınan hekimlere sosyal öykü için ne kadar zaman gerektiği sorulduğunda çoğunluğu, yalnız sosyal öykü için değil, diğer uygulamalar için de hastayla geçirdikleri zamanın artması gerektiğini vurgulamıştır. Sosyal öykü özelinde, en az beş ila on beş dakika gerekeceği söylenmiştir.

Zaman kısıtlılığı içerisinde sosyal öykü alışkanlığının gelişmemesi, hekimin zamanı olduğunda da sosyal öykü almaması ile sonuçlanabilmektedir. Dr. Feza bu konuda şu saptamalarda bulunur:

*'Zaman nedeniyle birçok poliklinikte bunlara değinemememiz aslında gerçekten zamanın olduğu yerlerde de bundan bizi uzaklaştırmış oluyor. Yani rutin olarak sorduğumuz şeylerin ne kadar zamansızlık da olsa, rutin olarak mutlaka gelen her hastanın mutlaka prenatalini sorguluyoruz, natalini sorguluyoruz. Çünkü bu bizim en başta öğrendiğimizden beri herkesin üstüne basa basa söylediği bişeydi. Bi öyküde gerçekten o eksik olduğunda bununla ilgili tekrar geriye dönük düzeltme yapmak durumunda kalıyoduk.'* (Feza, 25, uzmanlık öğrencisi)



Dr. Feza'nın bu ifadesine bakıldığında, sosyal öyküyle ilişkili temel sorunun *zaman kısıtlılığında çok*, sosyal öykünün genel olarak *tıbbi öykünün diğer bileşenleri kadar önemli bulunmaması* olduğu görülebilir. Çünkü hastanın prenatal (doğum öncesi) ve natal (doğum) öyküsü zaman kısıtlılığı varlığında dahi alınmakta, uzmanlık öğrencisi bunu almamışsa geri dönerek düzeltmesi beklenmektedir. Böylece zaman kısıtlılığının tek neden olmadığı, hatta sosyal öyküye verilen önemin zaman kısıtlılığından daha belirleyici olduğu görülebilir. Yine de uzun vadede hekime hasta bakarken tanınan zamanın artırılması, sosyal öyküye zaman ayrılabilmesiyle sonuçlanabilir. Bu nedenle zaman kısıtlılığı sosyal öyküye ciddi bir engel olarak önemini korumaktadır.

Çalışma ortamıyla ilgili engellere bakıldığında fiziksel ortama ilişkin engellerin de önemli olduğu hekimlerin ifadelerinden anlaşılmaktadır. Fiziksel ortamda sosyal öyküyü kısıtlayan bu engellerden ilki, muayene odasının dışında bekleyen (veya sıkça içeri girmeye çalışan) çok sayıda hasta yakınının hekimde gerginliğe ve dikkat dağınıklığına yol açmasıdır. Bu durum, aile ve hekim arasındaki iletişimi olumsuz etkilemektedir. Hasta değerlendirdiği odadaki uyaran fazlalığının hekimi ve hekimin aileyle iletişimini nasıl etkilediğini Dr. Cansu şöyle betimler:

*'Düşünsene sen hastasın, ben senle konuşuyorum, ama o arada zaten ikinci hasta orada bekliyo. Bi tane hasta penisilin testi- bizde penisilin testi yapılyo Sincan'da fiks- penisilin testi yaptırmış kolunu sana sokuyo, işte bunu yaptırabilir mi diye. Bi tane hasta tansiyonunu ölçtürmüş gelmiş, onu senin gözüne sokuyo... Yirmi kişi oluyo bizim odanın içinde acilde. Yani zaten, sen de... Ben bi de uyarılara çok açığımdır böyle işte, biri burdan bişey dese dayanamam ona da cevap veririm, ordan ona da cevap veririm. Zaten o zaman iletişim kopuyo yani.'* (Cansu, 32, uzman)

Dr. Cansu'nun söz ettiği bu duruma öncelikle hekimin çocuk ve ailesiyle yalnız kalmasına imkan tanımayan fiziksel koşullar ve elbette bekleyen hasta sayısının fazla olması neden olmaktadır. Sosyal öyküyle ve fiziksel ortamla ilgili hekimlerin belirttiği bir başka engel, ebeveyn ve çocukla ayrı görüşülmesi gerektiğinde çocuğun güvenle vakit geçirebileceği bir ortamın olmamasıdır. Dr.

Bilge, küçük bir çocuğun annesiyle özel görüşmenin bu nedenle zor olabileceğini şöyle anlatır:

*'...adolesan dışarda bir saat bekleyebilir ama küçük bir çocuğun ailesiyle görüşecekseniz onun dışarda beklemesi problem olabilir, etrafta koşturan durmayan bir çocuk düşünün.'* (Bilge, 41, öğretim görevlisi)

Sosyal öykü alınmasında çalışma koşullarına ilişkin bir başka faktör, hasta mahremiyetinin sağlanması konusudur. İster yazılı dosyalar üzerinde, ister elektronik ortamda olsun, paylaşılan bilgilerin güvenliğini sağlamak her zaman mümkün olmamaktadır. Dr. Mehmet, bilgi güvenliğinin önemi ve hastanın hekimle paylaşımında nasıl belirleyici olduğu hakkında şunları söyler:

*'İdari erk baskı oluşturdu ve dedi ki bundan sonra her şey elektronik ortamda (olacak), orda da şu problem var, bu bilgilere kimler erişebilir? Yani hiç ilgisi yok, temel bilimlerdeki bir sekreter, tıbbi sekreterin şifresi var ve TC kimlik numarasıyla bütün hastalarının bilgisine erişilebiliyor. Şimdi böyle bişey olabilir mi? Benim cinsel eğilimlerim farklıdır, ne biliyim hani, sosyal öyküyü ben derinlemesine size anlattım. Çünkü çok önemli, belirleyici ya da neyse hani paylaşmak, duyulsun istemediğim bir bulaşıcı hastalığım var, o ya da bu yolla bulaşmış, ama şimdi ben o bilginin burdaki sekreter tarafından erişildiğini biliyorum. Böyle bişey olamaz. Yani bunların da paylaşımında çok belirleyici olduğunu düşünüyorum.'* (Mehmet, 43, öğretim görevlisi)

Sosyal öykü Dr. Mehmet'in de örnek verdiği cinsel eğilim gibi kişisel bilgileri içerebilmektedir. Hasta ya da aile bilgi güvenliğinin sağlanmasından şüphe ettiğinde, beklenebileceği gibi bu bilgileri paylaşmayabilir. Bu düşünceyi destekleyen bir gözlem de Dr. Bilge tarafından paylaşılmıştır. Ergen sağlığı öğretim görevlisi olarak çalışan Dr. Bilge, hekimin ergenin her söylediğini bilgisayara not etmesinin ergenin şüphe duymasına ve daha az anlatmasına neden olabildiğini söyler. Hastaların bu konudaki şüphelerinin haklı olduğu, Dr. Mehmet'in gizliliğin korunamamasına yönelik ifadelerinden anlaşılmaktadır. Hastayı kişisel bilgilerini anlatmaktan alıkoyan bu durum, güvenliği sağlayamayacağı kaygısıyla hekimin de soru sormamasına neden olabilir.

Sosyal öykünün kısıtlanmasına neden olan çalışma koşullarıyla ilgili bir diğer faktör, çocuk hekiminin aynı hastayı takip etmesinin sağlanamamasıdır. Çocuk ve aile çoğu zaman hastaneye her başvurduklarında başka bir hekimle karşılaşmaktadır. Örneğin ergen sağlığı bölümünde ergenlerin, her ay değişen uzmanlık öğrencisiyle paylaşmadıkları bilgileri, düzenli takip eden psikologlarıyla paylaştıkları gözlemlenmektedir.

*‘Örneğin asistanlarımız o hastayı bi kez görüyo, bi kez daha görmüyor fakat hani niye psikoloğuna sosyal açıdan olan sıkıntılarını açma olasılığı daha yüksek? Çünkü onu bi kere, iki kere, üç kere, dört kere göreceğini biliyo. Fakat asistanlarımızı bi kez görüyo, bi daha görmüyor, o nedenle hani güveneyim mi, güvenmeyeyim mi, ben bu kişiye neden bunları anlatıyorum vesaire diye ergen açısından da sıkıntı olabiliyor.’ (Bilge, 41, öğretim görevlisi)*

Hastayı aynı hekimin takip edip etmemesi, yalnız güven bakımından değil işlevsellik açısından da önemlidir. Örneğin Dr. Feza ailelerin aynı şeyleri tekrar anlatmak istemeyebildiğini, bunu zaman kaybı olarak gördüklerini söylemiştir.

Özetle, zaman kısıtlılığı başta olmak üzere, fiziksel şartların uygun olmaması ve mahremiyetin korunamaması, sosyal öykü alınmasında önemli engeller olarak ifade edilmiştir.

#### **4.2.3. Yönlendirme ve Disiplinlerarası Çalışmaya İlişkin Faktörler**

*‘ “Ben onların ekonomik durumunu düzeltemiyeceğime göre, çocuk hayatını ya da aile içini düzenleyemiyeceğime göre, ben oraya hiç girmiyim, oralar girilmez bölgeler” (diyorlar).’*

(Mehmet, 43, öğretim görevlisi)

Hekimin yalnız sosyal öykü alması, saptanan sorunların çözümü için çoğu zaman yeterli değildir. Örneğin, okul öncesi eğitim gereksinimi olan bir çocuğun sosyal öyküsü, ailenin maddi durumunun buna yetmeyeceğini gösterebilir. Bu durumda sosyal öykü almak, tek başına bu sorunu çözmez. Sosyal öykü, onu takip eden yönlendirmeler ile anlam kazanmaktadır. Ailenin bu sorununun çözümü, çocuk

hekiminin okul öncesi eğitim ihtiyacına yönelik rapor düzenlemesi ve aileyi sosyal hizmetlere yönlendirmesi ile mümkün olabilir. Bu örnekten de anlaşılacağı gibi, yönlendirme ve disiplinlerarası çalışma, çocuğun sosyal sorunlarının çözümünde büyük öneme sahiptir. Hatta *sosyal öykü, yönlendirme ve disiplinlerarası çalışmanın*, çocuğun sosyal sorunlarının çözümüne giden yolda üç ana basamağı oluşturduğu söylenebilir. Bu bakımdan sosyal öyküyü, diğer iki basamak olmaksızın düşünmek zordur. Çünkü hekimin çözüm bulamadığı bir sorunu saptaması, hekimde olumsuz hisler yaratmaktadır. Bu nedenle hekim genellikle, çözümsüz konuları zorunda kalmadığı sürece açmamak eğilimindedir. Dr. Cansu'nun şu sözleri, sorunların çözülebilirliğinin hekim için önemli olduğunu gösterir:

*'Problemleri çözülemiycek hastalarla uğraştığım zaman manevi olarak ben biraz sıkıntıya düşüyorum.'* (Cansu, 32, uzman)

Çözümsüz konuların hekime getirdiğı manevi yük, hekimin sosyal öykü almama nedenlerinden birini oluşturmaktadır. Bu konuda Dr. Mehmet de, yoksulluk, aile içi problemler gibi toplumsal sorunların hekimlere göre 'girilmez bölgeler' olduğunu söyler. Bu alanın 'girilmez' olmasının nedeni hekimler tarafından düzeltilmeyeceğine inanılmasıdır. Bu nedenle hekimin bu konulardan kaçınmaması, çözüm yöntemlerini bilmesi ile sağlanabilir. Çözüm yöntemleri ise, her zaman bireysel olarak hekimden beklenemez. Örnek verilecek olursa, yoksulluk nedeniyle demir eksikliği anemisi olan bir çocuk için hekimin yapabilecekleri; öncelikle demir eksikliğinin yoksulluk nedeniyle olduğunu saptamak ve sonra aileyi sosyal yardım için yönlendirmektir. Bu örnekte sosyal öykü, kırmızı etin yoksulluk nedeniyle alınmadığını saptamak amacıyla kullanılmıştır. Yönlendirme ise, en az sosyal öykü kadar önemlidir. Yönlendirme olanağı olmayan veya nasıl yönlendireceğini bilmeyen bir hekimin, sosyal öykü alarak ailenin yoksulluğunu öğrenmesinin pratikte anlamı yoktur, üstelik mesleki öğretisi gereğı çare bulmaya odaklanmış hekime olumsuz duygular hissettirir. Böylece, toplumsal sorunların tüm çözümlerinin hekim tarafından sağlanamayacağı, ancak sosyal öykü ve yönlendirmenin çözüme giden yolda nasıl bir işlevi olduğu görülebilir.

Yönlendirme için, bir yönlendiriciye, disiplinlerarası çalışma ve toplumsal kaynaklara gereksinim duyulur. Çocuk hekimi, çocuğun doğduğu günden erişkinliğine dek, çocuğun ve ailenin yanındadır. Çoğu çocuk büyüyene kadar, çocuk hekimi tarafından defalarca muayene edilir. Bu nedenle çocuk hekimi, çocuğun sosyal sorunlarının saptanması ve ilgili toplum kaynaklarına yönlendirilmesinde çok önemli bir konumdadır. Bu önemli konuma karşın yönlendirme, görüşmecilerin pek azı tarafından çocuk hekiminin görevi olarak tanımlanır. Hekimler, büyük çoğunlukla, toplumsal sorunları çözecek konumda olmadıklarını beyan eder. Ancak hekimler, çözümü gerçekleştirebilecek kişi ve kurumlara yönlendirme için ne kadar önemli bir konumda olduklarından hemen hiç söz etmemektedir. Yönlendirmeye ilişkin öyle çok sorun vardır ki hekimlere yönlendirme deneyimleri sorulduğunda çoğu *yönlendirememe deneyimlerini* anlatır.

Yönlendirmeyle ilgili önemli sorunlar yaşayan veya yönlendirmeyi hiç denememiş olan hekimler, bunun yerine başka yaklaşımlar uygulamaktadır. Bu yaklaşımlardan biri, *yönlendirme yerine, ailenin uygulayabileceği öneriler vermektir*. Örneğin, Dr. Serkan ile yapılan görüşme, bir hastanın sonuç göstermek istemesi nedeniyle bölünmüştür. Sonuçları inceleyen Dr. Serkan, hasta gencin kırmızı et tüketimini artırması gerektiğini söylemiştir. Baba kırmızı et alamadıklarını söylediğinde hekim alternatif olarak, tavuk-pilav yedirmelerini önermiştir. Bu gözleme bakıldığında hekimin, yönlendirme yerine daha ucuz gıdalar önerdiği görülür.

Yönlendirme yerine uygulanan yaklaşımlardan biri de, evinde bulunması herhangi bir nedenle riskli görülen hastayı daha uzun süre hastanede yatırmaktır. Örneğin Dr. Ece, kök hücre nakli yapılmış bir hastanın sobası olmayan evinde ateşlendiği, bu nedenle hastanede yatışının uzatıldığından söz etmiştir.

Yönlendirme yerine uygulanan bir başka yaklaşım da, hekimin bireysel olarak aileye maddi yardımda bulunmasıdır. Kimi hekimler, çocuklarına ilaç veya mama alamadıklarını gördükleri ailelere bir defalık yardımda bulduklarına dair deneyimlerini paylaşmıştır.

Yönlendirme konusunda yaşanan aksaklıkların en önemli nedenleri; hekimin yönlendirilecek yer ve kişileri bilmemesi, bu yer ve kişilere güvenmemesi, yönlendirme deneyimi olmaması, disiplinlerarası çalışmayla ilgili eksiklerdir. Dr. Beril'in örnek olay niteliğindeki deneyimi, yönlendirmeye ilişkin pek çok sorunu gözler önüne sermektedir:

'- ...kadının çocuğu olmadığı için eşi bundan boşanıyo. Boşandığı ay hamile olduğunu fark ediyo, çocuğu da aldırıyor. Hiçbir eğitim durumu da yok annenin, işi de yok; ablasının evine sığınıyorlar. Orda ablası, eniştesinin yanında kalıyo, bu çocuk doğuyo, çocukta laktoz intoleransı var ama, anne özel bişey kullanmayı geçin, normal mama dahi bulamıyor; onu sulandırıyor, sulandırıyor, sulandırıyor, on kat on beş kat onu veriyo ve çocuk ağır ishal, uzun süre ishale bağlı da çok ağır asidoz geliyo. Ölümlerden filan döndü çocuk, bunları öğrendik... Mesela o çocukta benim de tabi tecrübesizliğim, bilmiyorum konsultan filan niye uyardı... O çocuk için tek yapabildiğimiz kendi çabamızla şey yazmıştık; buldukları ilçenin kaymakamlığına artık bu laktoz intoleransına özel mamaların devlet ödemesinden çıktığı ama bu çocuğun maddi durumunun da olmadığı, hani bunların destek verilmezse aynı şekilde ağır hastalıklar geçirebileceğini söyleyen bi mektup....

+ Başka bişey yapılabilir miydi sence?

- Yapılabilirdi herhalde, şimdi düşündüğümde o çocuk serviste yattığı sırada bi kere bi şekilde kaymakamlık olabilir sosyal hizmetler olabilir bi yerden güvence aldığına teminatı gelmeden o çocuğu taburcu etmeyebilirdik. Hani yazdık ettik çizdik ama belki hiçbi yerden cevap alamadı. Belki o anne o mektubu kaymakamlığa götürülecek yol parası bile yok, imkanı bile yok. Yani onun ailenin eline o mektubu verip, tamam işte bizim yazımız, siz de bunun içerisine bi mektup yazın verin demekle olmuyo, olmaz, olmuş da olabilir, bilmiyorum ama bu biraz kendi içimizi rahatlatmak gibi oldu, biz yazımızı yazdık, tamam, biz işlemimizi yaptık o bulur zaten yardımını diye kendimizi rahat hissettik, geçti... Ama anneye ne verdik? Hiçbi şey. Anne zaten nasıl gidiceğini bilmiyor, acaba hastaneden çıkınca ablam beni tekrar evine istiycek mi korkusu var... Sonra o gün taburcu olacağı gün eniştesi bunları almaya geldi diye o anki o mutluluğu filan, çok şey bi öyküydü, çok eksiklerimiz var bu konuda bence ama olmadı yani, yapmadık, yapamadık.' (Beril, 25, uzmanlık öğrencisi)

Çocuk hekiminin yönlendireceği *kurum ve kişileri bilmemesi*, yönlendirme konusunda önemli engellerden biridir. Görüşmecilerin hemen hepsinin ne sosyal yardımlara ilişkin ne de başvuru kabul eden birimlere ilişkin *temel düzeyde dahi bilgisi olmaması* dikkat çekicidir. Bilgi eksikliğinin en önemli nedeni ise, hekimin yönlendirmeye ilişkin bir görev benimsememiş olmasıdır. Örneğin Dr. Hakan bu konunun kendisi için önceliği olmadığını, bu nedenle şimdiye dek araştırmadığını şöyle ifade eder:

*'- Bu anlamda detaylı hangi sistemler var, kim nerde neyden sorumlu onu bilmiyorum.*

+ Peki bu konuda, bunları daha çok bilmekle ilgili bir şey var mı ihtiyacın var mı hani ne düşünüyorsunuz?

*- Açıkçası ihtiyacım var ama bilmem gereken şeyleri ihtiyaç sıralamasına koyduğumda (gülüyor) bu, bu öncelikli diil. O yüzden, o yüzden bunu o anlamda hiç araştırmadım.'* (Hakan, 30, uzman)

Yönlendirmeye ilişkin bir başka sorun, hekimlerin yönlendirme yapılabilecek kurumlara güvenmemeleridir. Çoğu hekim yönlendirmenin işe yaramayacağını düşünmektedir. Kimi hekimler bu konuda aileler aracılığıyla bilgi edinmektedir. Örneğin Dr. Serkan, yardımların gerçekten ihtiyacı olanlara dağıtılmadığı yönünde ailelerden duyduklarını şöyle anlatır:

*'(Yardım alma konusunda) bazı aileler başarılı oluyor, bazıları olamıyor, özellikle taşraya doğru gittikçe...fakir fukara fonu, belediye fonu, kaymakamlık fonlarının, tamamen kişisel ilişkilerle kişisel yakınlıklarla parti yakınlıklarıyla eşraf yakınlıklarıyla gittiğini, bazı ailelerin hiç yardım alamadığını... Şahit oluyorum, duyuyorum.'* (Serkan, 47, öğretim görevlisi)

Ayrıca Dr. Hakan'ın şu ifadeleri de yardım kurumlarına duyulan güvensizliğin yönlendirmeye engel olduğunu göstermektedir:

*'Yani ne yazık ki mevcut yozlaşmış sistem içerisinde güvenilebilecek bir kurum bu anlamda kalmadı gibi söyleyebilirim esasında, bu yönden mutlak olarak güvendiğim bir kurumsal düzen olduğunu söyleyemiyem.'* (Hakan, 30, uzman)

Hekimlerin ifade ettiği bu güvensizliğin çoğunlukla kendi deneyimlerinden kaynaklanmadığı söylenebilir, çünkü hekimlerin pek azının yönlendirme konusunda yeterli bilgi sağlayabilecek deneyimi vardır. Yönlendirme konusunda hekimlerin çoğu ifadesi, deneyimden çok tahmin yürütmeye dayanmaktadır.

*'Atıyorum, babanın işsizlik gibi bir problemi var ve çocuk bu yüzden bakım alamıyor. Bunla ilgili hani belki belediyelerle görüşülebilir ama daha önce hiç böyle birşey yaptım mı dersek, yapmadım.'* (Feza, 25, uzmanlık öğrencisi)

Söz konusu deneyim eksikliği de yönlendirme konusundaki engellerden biridir. Çünkü uzmanlık eğitiminde hekimlerin vurguladığı difüzyonla öğrenme modeli, çevrede bu konuda deneyimli hekimlerin bulunmasını gerektirmektedir. Bu nedenle çocuk hekimlerinin deneyim eksikliği, sonraki nesil hekimler için de öğrenmeyi zorlaştırabilir.

Yönlendirmeye ilgili önemli bir sorun da *disiplinlerarası çalışmayla ilgili eksikliklerden* kaynaklanmaktadır. Hekimin hastalara hizmet veren diğer meslek kollarını ve yaptıkları işi bilmemesi, eğitimde disiplinlerarası çalışma pratiğinin öğretilmemesi ve mesleki pratikte disiplinlerarası çalışmanın zayıflığı, aslında üçü de birbirine yol açan, kısır döngü yaratan sorunlardır. Uygulamalarda disiplinlerarası çalışmanın zayıflığı, bu ortamda eğitim alan öğrencinin de disiplinlerarası çalışmayı öğrenememesine yol açar. Terside geçelidir; eğitimde takım çalışmasına, disiplinlerarası çalışmaya yönelik yeterli kazanım sağlanamaması, uygulamaların da aynı yönde şekillenmesine neden olur. Örneğin bir tıp fakültesi öğrencisi, tıp eğitimi boyunca sosyal hizmet uzmanıyla hiç karşılaşmaz, birlikte çalışma pratiği edinmez veya hekim ile sosyal hizmet uzmanının birlikte çalıştığını gözlemlemezse, meslek hayatında da böyle bir uygulamada bulunmasını beklemek zordur. Öncelikle böyle bir rolü benimsemeyeceği söylenebilir. Araştırma kapsamında görüşülen çocuk hekimlerinin çoğunun bu örneği temsil edebileceğini söylemek mümkündür. Hekimlerin çoğu, sosyal hizmet uzmanı, diyetisyen, çocuk gelişim uzmanı, fizyoterapist gibi potansiyel çalışma arkadaşlarını tanımamakta, hatta bu meslek gruplarının ne iş yaptıklarını bilmemektedir. Dr. Cansu'nun bunu doğrulayan ifadeleri şöyledir:



*'Hiç diyetisyeni mesela, sokakta görsem tanımam, hiç bilmiyorum kimdir yani bizim diyetisyenimiz, o kadar bilmiyorum! Ama arada (hasta) gönderiyorum. Ne iş yaptığından da emin değilim.'* (Cansu, 32, uzman)

Dr. Cansu, tanımaması ve yaptığı işi tam olarak bilmemesine rağmen hastanelerindeki diyetisyene zaman zaman hasta yönlendirdiğini belirtir. Bu konuya yakından bakıldığında, hekimin diyetisyenin ne iş yaptığını bilmemesinin, yönlendirmeler adına bir sorun olduğu söylenebilir. Bu durum gereksiz yönlendirmelere veya gerekli olduğu halde yönlendirmemeye yol açabilir. Bu da, hem yönlendirmenin hastaya sağlayacağı katkıyı engellemesi açısından zarara hem de gereksiz yönlendirme açısından işgücü kaybına sebebiyet verebilir. Ayrıca, görüşmecilerin yönlendirmeler aracılığıyla hastalara sunulabilecek olanaklar konusunda da yeterli bilgi sahibi olmadıkları söylenebilir. Öğretim görevlisi Dr. Mehmet, hekimlerin bu konulardan habersiz olmasını hekimlerin sosyal hizmetlerle ilişkileri örneği üzerinden anlatır:

*'Büyük kişiye sorduğunuzda ne öğrenciliğinde ne uzmanlığında mesela sosyal hizmet uzmanının ne iş yaptığını kimse bilmiyor, sosyal hizmet uzmanı diye bir kadronun olduğunu bilmiyor.'* (Mehmet, 43, öğretim görevlisi)

Dr. Mehmet'in bu ifadesini görüşme yapılan çoğu hekim doğrulamıştır. Bununla birlikte, böyle bir ödev ve eğitim verilmeksizin hekimlerin disiplinlerarası çalışması ve toplum kaynaklarından haberdar olması beklenmemelidir.

Hekimlerin disiplinlerarası çalışmaya katılımı kadar, *diğer iş kollarının da katılımı* önemlidir. Çünkü disiplinlerarası çalışma, ona katılan disiplinlerin ortak ürünüdür. Mevcut durumu değerlendiren görüşmeciler, sadece hekimleri değil, tıp dışındaki meslek kollarını da disiplinlerarası çalışmaya elverişli görmediklerini anlatır. Örneğin hastanelerdeki sosyal hizmet uzmanlarının işbirliğine yatkın olmadığı konusunda görüşmeciler arasında ortak bir kanı vardır. Görüşülen diğer hekimlerle karşılaştırıldığında yönlendirme konusunda daha ilgili olduğu görülen Dr. Serkan'a sosyal hizmetlerle ilişkileri sorulduğunda şunları anlatır:

*'Öyle, çok ilişkim yok. Onların da bize yönelik bilgilendirici bir programı, 10 yıldır bu hastanede çalışıyorum, ne bireysel olarak tek tek ya da toplu olarak*

*program dahilinde bize yol ve yöntem gösterdiklerini ben görmedim. Ben hani meslek hayatımın başından beri bu tür işlere hani hep duyarlı oldum, katkı sağlamaya çalıştım ama sosyal hizmetlerin, bu konuda ben... Yani azından belki benim haberim yok yaptıklarından...'* (Serkan, 47, öğretim görevlisi)

Benzer ifadeleri Dr. Mehmet de kullanır:

*'Sosyal hizmet uzmanları var hastanelerde, birçok yerde var, onlar da bu işbirliğine çok yatkın diiller. Çünkü onlar da ancak birileri kendilerine yönlendirilirse kendilerine ödev çıkarıyorlar. Yani ben burada ne yapabilirim, nasıl bir ortak çalışma yapabilirim, genellemem çok doğru değil ama daha çok onlardan yardım istendiğinde bir bağlantı kuran, işlevi ötesinde çok profesyonel bi tutum olmadıklarını ne yazık ki üzülererek görüyorum.'* (Mehmet, 43, öğretim görevlisi)

Dr. Serkan ve Dr. Mehmet'in ifadelerinden, sosyal hizmet uzmanlarından birlikte çalışmayı başlatıcı bir eylem bekledikleri ve göremedikleri anlaşılmaktadır. Buradan iki sonuç çıkarılabilir. İlki, hekimin işbirliğine açık olması ve geliştirilebilecek programlarda yer almaya sıcak bakmasıdır. İkincisi ise, özellikle söz konusu toplumsal sorunlar olduğunda hekimin işbirliğini başlatıcı rol üstlenmeyi düşünmemesidir.

Dr. Mehmet disiplinlerarası çalışmaya ilişkin bir soruna daha değinir. Hekim, kimi zaman daha iyi bildiğini iddia ederek diğer disiplinlerin işini üstlenmeye çalışmaktadır, karşıdaki kişi de sorumluluk alarak kendi disiplinini ve bilgisini savunarak hastayı ele almak yerine hekimin dediğini yapar. Bu da mesleki ilişkinin disiplinlerarası olmasını engelleyici bir nitelik meydana getirir. Dr. Mehmet bu konuda şöyle bir örnek verir:

*'- Mesela (hekim) bir diyetisyenden diyet programını planlaması yerine şöyle yazıyo 'az tuzlu bilmem ne diyet', tamam mı... Diyetisyen de şöyle demiyo mesela, yani ben bu hastanın bi dosyasına bakıyım, acaba gerçekten az tuzlu diyet mi orta diyet mi filan diye karar vermek gibi bi ekstra çabaya girmiyor. Yani o da işin teknikeri olmaya yatkın, anlatabiliyor muyum yani aradaki fark şu: doktor böyle demiş, ama bakıyım yani, neye göre demiş, az tuzlu söyleniyo, niye az tuzlu olsun ki, buna normal diyet de ya da normal denmiş, orda onun için dosyayı açıp orda onun eğitimini almış bir gözle irdelemesi lazım.'*

+ Kendi sorumluluğundan biraz vaz mı geçiyor?

- *Kaçıyo. Kaçıyo... Şimdi bunun için ben bir diyetisyen olarak sizin karşınıza gelicem, güçlü bi motif hekimin karşısında hastayı tartışabilmem, size itiraz edebilmem gerekiyor, itiraz etmektense itaat etmek daha kolay geliyor.*' (Mehmet, 43, öğretim görevlisi)

Dr. Mehmet'in burada vurguladığı 'güçlü hekim motifi' de disiplinlerarası çalışmayı zorlaştıran nedenlerden biridir. Çünkü disiplinlerarası çalışma, her disiplinin özgürce tartışabilmesini ve görüş alışverişini gerektirir. Hekimin diğer meslek kollarından üstte yer aldığı hiyerarşik düzen, disiplinlerarası çalışmaya engel olmaktadır.

Disiplinlerin birbirinden ilişkisel ve fiziksel olarak uzaklığı, yönlendirmenin önündeki engellerden biridir. Hekimler yönlendirilen yere gitmesi çeşitli nedenlerle zor olan ailelerden bahseder. Okuma yazması, yönlendirildiği yere gidecek yol parası olmayan, işinden zor izin aldığı için zamanı olmayan, eşinden kısa süre izin alabilen ebeveynler çoğu zaman yönlendirildikleri yere gidememektedir. Bu nedenle hekimler, *ulaşılabilirliğin önemini* özellikle vurgulamışlardır. Görüşmecilere göre fiziksel ulaşılabilirliğin yanında, işlerin çabuk çözülebilmesi de çok önemlidir. Çünkü gerek şehir dışından gerek şehir içi uzak semtlerden gelen hastalar defalarca gidip gelmek zorunda kalabilmekte, bu da işlerin olumlu sonuçlanmasını engelleyebilmektedir.

Disiplinlerarası çalışmaya olan engeller bir kenara konur ve tıp disiplinine yakından bakılırsa, hekimler arası işbirliğinin de yeterince gelişmemiş olduğu söylenebilir. Hekimlerin birbirlerine hasta yönlendirirken, çoğu zaman bilgi vermedikleri, sonucu da çoğu zaman öğrenemedikleri anlaşılmaktadır. Hastanın yönlendirildiği hekimin düşündükleri ve yaptıkları, ancak sisteme not yazarsa ilk hekim tarafından görülebilmektedir. Devlet hastanesinde çalışan Dr. Cansu, çoğu zaman bu notun yazılmadığını, bunun yerine merak ettiği hastalara kendisine bilgi vermelerini söylediğini anlatır. Gerek disiplinlerarası gerek hekimler arasındaki bu yönlendirme sorunları, zaten seyrek yapılan yönlendirmelerin başarısızlıkla sonuçlanabilmesine yol açmaktadır. Dr. Sezin bu konudaki bir deneyimini paylaşır.

Gelişimi ve fizik muayenesi normal olan bir bebeği, sürekli farklı şikayetlerle tetkik ettirmek isteyen bir aileyle karşılaştığını, çocuğun sağlıklı olduğuna aileyi ikna edemediğini ve psikiyatriye yönlendirmenin işe yarayabileceğini düşünür, şöyle bir yol izler:

*'Aileyi psikiyatriye yönlendirdim. Gitmeleri gerektiğini uzun uzun anlattım ama aslında bunun ters teptiğini, hiçbi işe yaramadığını, sadece çocuğun benden kaçtığını, bi daha o çocuğu göremiyceğimi (anladım). Belki başka doktorların elinde başka yanlış ilaçlar verilecek, daha milyonlarca tetkik alınıp yanlış şeyler yapılcaak o çocuğa, ben bu aileyi kaçırdığımı anladım.'* (Sezin, 27, uzmanlık öğrencisi)

Ailenin psikiyatriye gitmeyi olumlu karşılamaması ve Dr. Sezin'e tekrar dönmemesi, Dr. Sezin'in o çocuğu kaçırdığını anlamasına yol açmıştır. Hekimlerin sınırlı yönlendirme deneyimlerinde aynı hastanede çalıştıkları meslektaşlarıyla dahi sorun yaşamaları, yönlendirme konusunda çekince yaratıyor olabilir.

Yönlendirmeye ilişkin bir başka sorun, *kimin yönlendirileceği* konusudur. Kimi hekimler yönlendirme gerektirecek yoksullukta bir hastayla hiç karşılaşmadıklarını belirtmiştir. Dr. Barış bu hekimlerden biridir ve görüşmede yaşanan diyalog şöyledir:

- Diyelim ki bi hastanın vitamin eksikliği var veya demir eksikliği var ve hastanın yeterli beslenemediğini öğreniyosun. Bunun da yoksulluk nedeniyle olduğunu öğreniyosun. Böyle bi durumda ne yapılabilir veya ne yaparsın normalde?

+ *O açıdan da olabildiğince hani imkanlar doğrultusunda düzenli beslenmeleri konusunda öğütler vermeye çalışırım ama bu gene de... Buldukları yerde... Hani sosyal hizmetlerden sorumlu bi yere başvurmaları konusunda.. ya da hastanenin öyle bir şeyi var ama çok fazla bir.. müdahalede bulunmuyolar diye biliyorum açıkçası.*

- Öyle bi deneyimin oldu mu hani işe yaramadığı veya...?

+ *Yok öyle bişey hiç karşılaşmadık hani.*

- Yani böyle maddi sorunu olduğu için işte malnutrisyonu olan beslenme problemi olan veya demir eksikliği olan biriyle karşılamadın mı, yoksa

+ *Hiç karşılaşmadım.'* (Barış, 27, uzmanlık öğrencisi)

Bu örnekte Dr. Barış'ın yoksulluğa bağlı beslenme yetersizliği olan hastaya, imkanları doğrultusunda nasıl daha iyi beslenebileceğini anlattığı görülür. Ek olarak hastanın bulunduğu yerde sosyal hizmetler birimine başvuru yapabileceğini söyler ancak bu daha çok bir düşünce egzersizi şeklinde ifade edilmektedir. Bu yönde bir deneyimi olmadığı ve ne yapılması gerektiği hakkında bilgi sahibi olmadığı söylenebilir. Maddi yardım yapılabileceğinden şüphelidir, bu durum da daha önce söz edilen yönlendirilecek kişi ve kurumlara güvensizlikle ilişkilendirilebilir. Son olarak Dr. Barış, araştırmacının verdiği örnekteki gibi bir hastayla hiç karşılaşmadığını söyler. Bununla birlikte, ülkemizde demir eksikliğinin yaygınlığı ve bunun sıklıkla yetersiz beslenmeye bağlı olduğu düşünüldüğünde, böyle bir hastayla karşılaşmama olanağı düşük görünmektedir.

Benzer şekilde, Dr. Miray yoksulluğun neden olduğu beslenme yetersizliği gibi sorunları değil, ama mekanik ventilatör temin edilmesi gibi büyük ihtiyaçları sosyal hizmetler birimine haber verdiklerini anlatır:

*'Yani bu kadar şeyler için yapmıyoruz da genelde daha büyük ihtiyaçları olanlar için sosyal hizmetlere yönlendirme yardım almaları açısından yönlendirdiğimiz oluyo.'* (Miray, 29, uzmanlık öğrencisi)

Dr. Miray'ın örneğinde, yoksulluğun yol açtığı beslenme yetersizliğinin hekim müdahalesi gerektirmeyen, görece küçük bir sorun ve kabul edilebilir bir durum olarak görüldüğü söylenebilir.

*Yönlendirmemeye* ilişkin Dr. Zeren'in anlattıkları da oldukça önemlidir. Dr. Zeren, malnütrisyon nedeniyle yatan çok sayıda hastaları olduğunu ve tedavileri bittiğinde beslenme önerileriyle taburcu edildiklerini, bu çocukların ailelerine sosyal yardım için herhangi bir yönlendirme yapılmadığını ifade etmiştir. Böylece, yoksulluğun neden olduğu beslenme yetersizliği gibi sık karşılaşılan kimi sorunların saptanmadığı veya bunların yönlendirilmediği söylenebilir.

Özetle, disiplinlerarası çalışma ve yönlendirmeye ilişkin çok sayıda sorun mevcuttur. Oysa sosyal öykü, bu uygulamalar ile ayrı düşünülemez. Bu konudaki aksaklıklar, sosyal öykü uygulamalarını derinden etkilemektedir.

#### 4.2.4. Hekimlik Yaklaşımları

*'Sadece mekanik olarak, ruhtan yoksun, duygudan yoksun, bakıştan ve temastan yoksun bir şekilde sırf bir hastalığı var mı yok mu gözüyle bakarsanız... doktorluk yaparsınız, sorun yok. Ama olaya insanları mutlu etme, onların sorununu çözme, bir dokunuş bir bakış, bir hayat tarzı olarak bakarsanız otomatikman sosyal öykü orda zaten devreye giriyor.'*

(Yusuf, 41, uzman)

Bu bölümde çocuk hekimlerinin sosyal öyküyü kullanım amacı ve uygulamasında belirleyici olan hekimlik yaklaşımları ele alınacaktır. Görüşmeler sırasında çocuk hekimlerine sorulan sorulardan biri yaşadığı koşulların çocuğun sağlığını etkileyip etkilemediği ve etkiliyorsa nasıl etkilediğidir. Hekimlerin tümü çocuğun içinde yaşadığı koşulların çocuk sağlığını doğrudan etkilediğini ifade eder. Ayrıca hekimler, toplumsal sorunların çocuğun sağlığına etkilerine ilişkin çok yönlü ve derinlikli gözlemler aktarırlar. Eğitimleri sırasında sağlığın toplumsal boyutu, sağlığın sosyal belirleyicilerine yönelik yeterli eğitim görmeseler de hekimler, sosyoekonomik durumdan, göçe; kadının ailedeki konumundan aile içi şiddete; geleneklerden, sağlık sistemine geniş bir yelpazede toplumsal konulardan ve bunların çocuk sağlığına etkilerinden bahseder. Çocuk hekimlerinin toplumsal sorunlara ilişkin görüşleri, çocuğa, aileye ve topluma ilişkin gözlemleriyle şekillenir. Hekimlerin çalıştıkları farklı kurumlar ve buldukları il-ilçeler, sağlığın toplumsal tabakalaşmadan nasıl etkilendiğine tanık olmasını sağlar. Örneğin Dr. İdil, Siverek ve Çukurambar'daki deneyimlerini karşılaştırarak, sosyoekonomik koşulların sağlığı 'muazzam etkilediğini', genetik altyapıdan daha fazla belirleyici olabildiğini ifade etmiştir.

Görüşmecilerin ifadelerine bakıldığında hekimlerin toplumsal sorunlara ilişkin farkındalık düzeyinin yüksek olduğu düşünülse dahi, çocuğun toplumsal sorunlarına yeterince *müdahil oldukları söylenemez*. Bir sorunun farkında olmak, her zaman çözüm arayışıyla sonuçlanmaz. Öncelikle, kimi sorunların yaygınlığının, onların kabul edilebilirliğini artırdığını belirtmek gerekir. Yoksulluğun neden olduğu yetersiz beslenmenin de böyle olduğu düşünülebilir. Bu durumun varlığı ve

yaygınlığı çoğu görüşmeci tarafından doğrulanmaktadır. Daha büyük maddi sorunlara (mekanik ventilatör sağlanması gibi) çözüm arayışında bulunan hekim, daha küçük bulduğu bu soruna yönelmez. Yaygınlığı nedeniyle bu sorun, kabul edilebilirlik kazanmaktadır.

Herhangi bir soruna yönelik çözüm arayışına ilişkin önemli bir konu, soruna ilişkin *görev çıkarılıp çıkarılmadığıdır*. Örneğin bir hekim, aile içi şiddet gibi bir sorunun varlığından haberdar, hatta yakın tanığı olabilir, ancak bu konuda bir görevi olduğunu düşünmüyorsa ne bireysel ne toplumsal düzeyde bir çözüm arar. Buradan yola çıkıldığında, sosyal öykünün çocuk hekimlerince bir öncelik olarak benimsenmemesinin nedeninin, sağlığın toplumsal boyutuna ilişkin farkındalık eksikliği olmadığı görülür. Çünkü çocuk hekimleri sağlığın toplumsal boyutunun az veya çok, bir ölçüde farkındadır. Hekimin sağlığın toplumsal boyutu ile ilgilenmemesi, bu boyutun var olmadığını düşünmesinden kaynaklanmaz. Buna neden olan, hekimin toplumsal boyuta ilişkin görev algılamamasıdır. Tıp eğitimi ve bilişimi bölümü öğretim görevlisi Dr. Mehmet'in bu konudaki söyledikleri, yol göstericidir. Dr. Mehmet, öğrencilerin tıp fakültesine sağlığın sadece biyolojik boyutuna odaklanarak geldiklerini, henüz birinci sınıftayken dahi, biraz güçlük çıkaran bir hastayla karşılaştıklarında *'sen bir psikiyatriye git'* dediklerini söyler.

*'...yani çünkü işin (sağlığın) şey boyutu farklı, sosyal boyutu. Psikolojik boyutu zor, zaten onu mümkünse sen uzmanına havale et. Bizim öğrencilerimizde nasıldır, nasıl bi kültürle geliyolar nereden öğreniyolar bilmiyorum ama birinci sınıfta bile biraz hayatı zorlaştıran, biraz güçlükler çıkaran bi hastayla karşılaştıklarında ilk söyledikleri, sen bi psikiyatriye git oluyo.'* (Mehmet, 43, öğretim görevlisi)

Dr. Mehmet'in söylediklerinden yola çıkıldığında, tıp öğrencisinin hekimin görevlerine beden-ruh sağlığı düalizminde yaklaştığı görülebilir. Bu yaklaşımda sağlığın psikolojik bileşeni, psikiyatristin görevi kapsamına girer. Bedensel bileşen ise, psikiyatrist dışında kalan klinisyenlerin görev alanıdır. Tıp ve uzmanlık eğitimlerinin, bu yaklaşımı değiştirdiğini söylemek zordur, aksine desteklediği söylenebilir. Dr. Mehmet, hekimden beklenenin ve ona öğretilenin *'en kısa sürede patolojiyi bulması ve biyolojik olarak gidermesi'* olduğunu şöyle ifade eder:

*‘Öğrencilerimiz meslek hayatına geçtiklerinde onlardan beklenen şey ne, çok kısaca özetliyecek olursak hastalığı, patolojiyi en kısa zamanda bul ve olanaklıysa bu, biyolojik anlamda, gider.’ (Mehmet, 43, öğretim görevlisi)*

Bu perspektifle yetişen hekim, sağlığın toplumsal boyutunu yok saymasa dahi, görev tanımı kapsamında değerlendirmez. Meslek hayatında sağlığı etkileyen toplumsal sorunlara ilişkin kazandığı zengin deneyim, çözümün anahtarı olabileceği halde, kullanılmaz.

*Çocuk hekiminin görevinin ne olduğunu anlamak üzere, görüşmecilerin ifadelerine bakıldığında sağlığın bedensel boyutu ile karşılaşılır. Çocuk hekimi sağlığın -kendi deyişiyle- organik boyutunu, birincil görevi olarak benimsemiştir. Öyle ki, aile içi şiddetin çocuk hekiminin gündemine girebilmesi için organik bir sonucunun olması gerekebilmektedir. Dr. Hakan, bedensel ve psikolojik sağlığın birbiri ile var olduğunu söyler ancak, kendi görevini ‘demir eksikliği anemisi, puberte prekoks’ gibi organik sorunlarla sınırlandırır.*

*‘(Aile içi şiddetin) çocuğa doğrudan zararı yoksa kendimi ilgilendirmeyen birşeye karışmış oluyorum hani. Çünkü o çocuğun sağlığıyla alakalı olarak hani o ortamın çatışmalı olmasından kaynaklı, çocuğu bizim baktığımız hani primer organik sebepler açısından, baktığımızda çok doğrudan vurabilecek işte çocukta bir istismar oluşmadığı müddetçe kendi kişisel psikolojik gelişimi haricinde organik yani çok doğrudan ilgilendirebilecek - tabii ki psikolojik olmadan beden, bedensel olmadan psikolojik olmaz, bunlar ayrılmaz kabul ama- hani örneğin bir demir eksikliği anemisi yapıcak, bir puberte prekoks yapıcak bi durum olmadığı için -bu tamamen farazi olarak söylüyorum- çok hani geride durmayı tercih edeceğim bi konu oluyor.’ (Hakan, 30, uzman)*

Bu ifadeye bakıldığında psikolojik etkilerin ‘çocuğa doğrudan zarar sayılmadığı’ bu nedenle çocuk hekiminin görevi kapsamına girmediği görülür. Bu konuya müdahil olmayan çocuk hekiminin, yönlendirme de yapmadığı görülmektedir. Ayrıca fiziksel, duygusal ve cinsel istismarların büyük kısmının çocukta saptanabilecek bedensel bir iz bırakmadığı düşünüldüğünde, nelerin kabul



edilebilir bulunduğu kaygı vericidir. Hekimin hastalığın psikolojik ve sosyal bileşenlerine yönelmemesine ilişkin Dr. Mehmet şunları söyler:

*'Nasıl problemi belirleyip çözmek istediğinde hepsine bakma durumundaysan, biz de bi hastanın üç boyutuna (sağlığın bedensel, psikolojik, toplumsal bileşenleri) da bakmak zorundayız. Ama görünen o ki biz sadece bedenine bakıyoruz şu an. Ateşine bakıyoruz akciğerini dinliyoruz, çocuğun ya da genel durumuna bakıyoruz, o kadar. Çocuğun ne psikolojisiyle ilgiliniz ne de sosyal bileşenleriyle ilgiliniz.'* (Mehmet, 43, öğretim görevlisi)

Hekimin psikososyal bileşenlerle ilgilenmesi genellikle, hastada organik yönden bir patoloji bulunamadığında gerçekleşir. Dr. Feza'nın şu ifadeleri çocuk hekiminin görevinin öncelikle organik patolojileri doğrulamak veya dışlamak olduğunu gösterir:

*'Altta yatan sebep tamamen organik diye düşündüğümüz için, tabii ki onu ilk başta ekarte etmemiz gerekir o başka bir boyutu ama... En azından hiçbir şey bulamadığımızda o açıdan (psikososyal yönden) değerlendirmemiz uygun olabilir.'* (Feza, 25, uzmanlık öğrencisi)

Dr. Arda ise çocuk hekiminin yalnız organik patolojilere yönelik görev tanımına bir eleştiride bulunur. Aslında Dr. Arda da Dr. Feza gibi organik yaklaşımın birincil işleri olduğunu düşünmektedir. Ancak eleştirisi, bunun ötesini düşünmemelerine yöneliktir:

*'Tedavi odaklı yaklaşımdan kastım şu, zaten hani hastanede yatışı gereği yapılması gereken primer ilaç tedavilerinden bahsediyorum, ona tedavi yaklaşımı diyorum. Yani bu organik bi yaklaşım. Onu zaten yapıyoruz, ya yapmamız gereken primer iş. Ama en azından çocuğun bu tedavi süresince psikolojik desteğe ihtiyacı var mı yok mu veya ne biliyim bununla ilgili biz doktorlar olarak ne yapıyoruz, ya da sağlık ekibi olarak ne yapıyoruz, sadece doktor değil, hemşirelerin de sonuçta görevi, onlar daha fazla zaman geçiriyorlar. Herkes (vurgulu), yani herkes bununla ilgili ne yapıyo? Baktığımız zaman çok bişey yapmıyoruz.'* (Arda, 24, uzmanlık öğrencisi)

Dr. Arda hastalığın organik boyutunun ve onun tedavisinin hekimin birincil görevi olduğunu belirttikten sonra, uzun süredir hastanede yattığı için depresyon geçiren bir çocuktan söz eder. Çocuğun bu durumu çocuk psikiyatrisine danışılmış ancak durumunda düzelme sağlanamamıştır. Dr. Arda çocuğun düzelmeyişini, yalnız organik sorunlara yönelen tedavi anlayışlarıyla ilişkilendirir.

*'Bunu (çocuğun psikososyal durumunu) hiç dile getirmiyoruz vizitlerde, konu onun organik sağlığı daha ziyade. Yani topluma nasıl bir sağlıklı psikolojik birey olacak o tartışılabilir mesela, sağlıklı kalsa bile... Yani o konu çok, çok göz ardı edildiği çok belli yani. KİT (kök hücre nakli) gibi komplike yerlerde özellikle. Belki başka yerlerde de buna zaman ayrılabilir... Aslında bizde de zaman ayrılabilir, ziyarete çok hala zaman ayrılabilir ama ayrılmıyor, yani bu gerçekten primer bi konumuz değil, (gülüyor) sekonder bile değil onu bile söylüyüm yani sekonder bile değil! Hiç tartışılmıyor bu konu...'* (Arda, 24, uzmanlık öğrencisi)

Sağlığın psikolojik ve sosyal bileşenlerinin, çocuk hekiminin ikincil görevi dahi olmadığı Dr. Arda tarafından böyle vurgulanmıştır. Bu bileşenler, gündemde hiç yer almamaktadır. Dr. Arda'nın söz ettiği sağlık ekibi, hastalığın organik boyutuna ve onun tedavisine odaklanmıştır. Bu ortamda sağlığın diğer bileşenlerine yer verilmemesi yanı sıra, 'tedavi' dışındaki hekimlik uygulamalarından da söz edilmez.

Görüşmecilerin ifadelerinde sıkça görülen, temel hekimlik uygulamasının tanı koymak ve tedavi etmek olduğudur. Sağlığın psikososyal bileşenleri gibi, koruyucu hekimlik de çocuk hekiminin görev tanımında kapsam dışı kalmıştır. Bu durum, görüşmecilerin sosyal öyküyü de tanı koymak-tedavi etmek ekseninde değerlendirmesini açıklamaktadır. Sosyal öyküyü 'şikayete göre' ve 'gerektiğinde' almak, tanı koymak-tedavi etmek yaklaşımının bir sonucudur. Çünkü bu yaklaşım, tanı koymak üzere şikayete yönelmeyi ve hastalığı bulabilmek için amaca yönelik soruların sorulmasını gerekli kılar. Örneğin görüşmecilere sağlıklı çocukta sosyal öykünün neleri içermesi gerektiği sorulduğunda, '*çocuğun geliş nedenine göre değişebileceği*' söylenmiştir. Hekim, kontrole gelen sağlıklı çocuğun bile geliş nedenine/şikayetine yönelmektedir. Görüşmecilerin çoğunun, sağlıklı çocuktan uzun süre bahsedemedikleri, sağlıklı çocuk sorulduğu halde, şikayetle getirilen çocuk

örnekleri verdikleri görülür. Örneğin Dr. Hakan'a sağlıklı çocukta sosyal öykünün nasıl olabileceği sorulduğunda, konuşma gecikmesi şikayetiyle gelen çocuk örneği verir. Şikayeti olmayan bir çocuktan söz etmediğini kendisi de fark ederek sözünü yarıda keser:

'- Peki hani sağlam çocuğu düşüncek olursak, herhangi bir yaşta olabilir, onunla ilgili alacağımız sosyal öykü ııı neleri içerebilir? Veya sosyal öykü almalı mı, ne düşünüyorsun?

+ *Sağlam çocuğun bizim polikliniğimize niye geldiği önemli böylesi bir pozisyonda (gülüyor. )*

- Herhangi bi şikayeti olmayan, kontrole gelen çocuk, sağlam çocuk muayenesine...

+ *Yani ııı, veya evdeki ya da sosyal öykü, evde kim bakıyor, onu, nasıl ilişki içerisinde kim nasıl yapar, örneğin bu dil bozuklukları konuşma gecikmesiyle gelen bi çocukta, ya da işte ıı çeşitli davranışsal sorunu olan çocuklarda mutlaka almamız gereken bir çocukta, ama sağlam çocuğa girmiyor gerçi' (Hakan, 30, uzman)*

Hekimlerin konuşma dilinin ısrarla 'hastalık'a kayması, hekimlik yaklaşımlarının 'sağlık'ı korumak yerine, 'hastalık'ı tedavi etmek üzerine inşa edilmiş olduğunun göstergesidir. Sosyal öykü, görüşmecilerce, öncelikle hastalığın tanı-tedavisi perspektifinden algılanır. Yani hekim, sosyal öykünün değerini öncelikle 'tanı ve tedaviye katkısı' ile ölçer. Bu durumda, görüşmecilerce en az beş dakika alacağı tahmin edilen sosyal öykünün her çocuktan alınması Dr. Hakan tarafından 'maliyet/etkinliğinin düşük' olacağı için gerekli görülmemektedir. Sosyal öykü, Dr. Hakan'ın söz ettiği gibi her hastanın tanı ve tedavisinde gerekli değildir. Bu nedenle hekim, her hastada buna zaman ayırmak yerine, daha önce Dr. Feza'nın söz ettiği gibi organik bir sorun saptayamazsa sosyal öyküye yönelmektedir.

Alternatif olarak, yalnız bedensel hastalıklarına değil, çocuğun kendisine yönelen hekim, sosyal öyküyü koruyucu ve savunucu hekimliğin bir gereği olarak kullanacaktır. Bu noktada, sosyal öykünün işlevi tanı-tedaviye yararının ötesine geçer. Bu yaklaşıma görüşmecilerin ifadelerinde çok nadir olarak rastlanmıştır. Bu

nadir örneklerden birinde Dr. Sezin, çalışma koşullarından dolayı uygulayamasa da, bu yaklaşımı benimsediğini şöyle anlatır:

*'Benim anlayışına göre hekimlik sadece organik hastalıkları tedavi etmek değil, koruyucu hekim de olmaktır. Nasıl ki bi insan lösemi olabilir mi diye karaciğer dalağına bakıyosam, bu insan da acaba gerçekten doğru koşullarda mı diye bakmak isterim. Ha bakabiliyor muyum şu an? Şartlar uygun değil, bakamıyorum.'* (Sezin, 27, uzmanlık öğrencisi)

Özetle, hekimin kendi görev alanını neyle sınırlandırdığı, sosyal öyküyü ne amaçla kullanacağını belirlemektedir. Hekim yalnız tanı-tedaviye yönelirse, sosyal öykü de bu amaca hizmet eder; şikayete göre, gerekirse kullanılır. Bunun yerine hekim, çocuğa ve sağlığa bütüncül yaklaşırsa, sosyal öykü koruyucu ve savunucu hekimliğin bir aracı olur. Hekimin yalnız sosyal öyküye değil; sağlığa, hastalığa ve çocuğa (insana) yaklaşımı sosyal öykü uygulamalarındaki en önemli belirleyicilerdendir.

## 5. TARTIŞMA

*'Hekimler, sağlık sistemi içindeki güç hiyerarşisinin doruğunda bulunan mevkilerini korudukları sürece sağlığın bütün yönlerine karşı duyarlı olmanın sorumluluğunu taşıyacaklardır.'*

Fritjof Capra

*'Bunu (çocuğun psikososyal durumunu) hiç dile getirmiyoruz vizitlerde, konu onun organik sağlığı daha ziyade. ...yani o konu çok, çok göz ardı edildiği çok belli yani ...bu gerçekten primer bi konumuz değil, (gölüyor) sekonder bile değil! Hiç tartışılmıyor bu konu...'*

Arda, odak grup görüşmesi katılımcısı

Sosyal öykü, sosyal belirleyicilerin tıp ve uzmanlık öğrencilerine öğretilmesi ve hekimin savunuculuk rolü adına eşsiz bir olanak yaratır. Sosyal öykü uygulamasının bu önemli işlevlerine rağmen, çocuk hekimliği pratiğinde gerektiği değeri görmediği ve uygulamalarının sınırlı olduğu söylenebilir. Bu durumun nedenlerini keşfetmeye çalışan bu araştırmada, yorumsamacı nitel araştırma felsefesi benimsenerek; hekimlerinin öznel deneyimleri, derinlemesine görüşme ve odak grup görüşmesi yöntemleriyle ele alınmıştır. Nitel araştırma yöntemini kullanan bu araştırmayı değerlendirirken, varılan sonuçların tüm çocuk hekimlerine genellenemeyeceği, amacın görüşülen çocuk hekimlerinin zengin deneyimleri ve görüşleri önderliğinde sosyal öyküye ilişkin sorunları anlamak olduğu unutulmamalıdır.

Araştırmanın en önemli bulgusu, sosyal öykü uygulamalarının içeriği, amacı ve kısıtlılığında *hekimlik yaklaşımlarının* önemli bir belirleyici olduğudur. Görüşmeciler arasında hakim olan hekimlik yaklaşımlarının, *sadece organik patolojiye yönelen ve birincil hedefi tanı koyup-tedavi etmek olan* bir yaklaşım olduğu görülmüştür. Çocuk hekimleri sosyal belirleyicilerin öneminin farkında olsalar dahi bu yaklaşım; hekimin 'sosyal olan'a ilişkin sorumluluk hissetmemesi ve sosyal öykünün yalnız *gerektiğinde* alınmasıyla sonuçlanmaktadır. Sosyal öykü uygulamalarına diğer engellerin ise, zaman kısıtlılığı, eğitim yetersizliği, yönlendirme

olanaklarının eksikliği/bilinmemesi ve disiplinlerarası çalışmayla ilgili sorunlar olduğu görülmüştür.

Çocuk hekimlerinin sosyal öykü tanımlarına ilişkin öncelikle dikkat çeken şey, tanımların oldukça geniş ve sınırları belirsiz olması olmuştur. Bu sınırsız sosyal öykü tanımı, çocuk hekimlerinin zihnindeki sosyal öykünün oldukça geniş bağlamını göstermekle birlikte, hekimin sınırlı zamanı düşünüldüğünde ulaşılmaz bir hedef de olabilir. Ayrıca hekimlerin sosyal öyküye ilişkin ifadelerinin, temel düzeyde de olsa yapılandırılmamış olması dikkat çekmektedir. Sosyal öykü tanımının söz edilen bu özellikleri, görüşmecilerin resmi bir sosyal öykü eğitimi almamış olmasıyla açıklanabilir.

Çocuk hekimlerinin sosyal öykü içeriğine ilişkin ifadeleri, üç tema oluşturmuştur; *çocuğun ilişkileri, sosyoekonomik durum ve çocuğun gündelik hayatı*. Literatürde tanımlanan sosyal öykü formatları ile karşılaştırıldığında, konu başlıkları olarak büyük ölçüde örtüştüğü düşünülebilir ancak önemli bir nokta, görüşmecilerin sosyal öykülerinin odağında çocuğun ilişkilerinin olmasıdır. Literatürdeki sosyal öykü önerilerinde [82, 91, 95] ise sosyoekonomik duruma ağırlık verilmektedir. Bu konu, iki açıdan ele alınabilir. Birincisi sosyal öykü eğitiminin yetersizliği, ikincisi ise sağlığın sosyal belirleyicilerine yer vermeyen tıp anlayışıdır. Hem tıp ve uzmanlık eğitiminde hem de ders kitaplarında sağlığın sosyal belirleyicileri üzerinde durulmamasının bu konuda önemli etkileri olduğu ifade edilebilir. Türkiye’de yayınlanan bazı tıbbi öykü veya çocuk sağlığı ve hastalıkları ders kitaplarının sosyal öykü içeriklerine [92-94] bakıldığında, tıbbi öykünün son bölümü olarak ve genellikle ‘sosyal durum’ başlığıyla ele alındığı görülür. Bu başlık genel olarak, gelir, anne-babanın eğitimi ve meslekleri, evdeki aile büyüklerinin varlığı, evin kaç oda olduğu, çocuğa kimin baktığı, okumayı bilip bilmediği gibi konularının sorulmasını aktaran bir paragraf sunmaktadır. Ancak bunların neden sorulması gerektiğini açıklayan sosyal belirleyicilere ve saptanan risklere yönelik yapılabilecekleri içeren önerilere yer verilmediği görülmektedir. Kenyon ve arkadaşları, tıp öğrencilerine yönelik tıbbi öykü ve fizik muayeneyi konu alan çoğu ders kitabının sosyal öyküye yalnız bir paragraf ayırdığını belirtir [91]. Bu paragrafta aileye ilişkin özellikler, eğitim düzeyi, meslek-gelir, barınma, ilişkiler, dini-

spiritüel bağlar, hobiler, stres yaratan durumların konuşulmasının önemli olduğu belirtilmekle birlikte, bunların sağlığı ne yönleriyle etkilediğinin anlatılmadığı ifade edilmiştir. İnceledikleri pediyatrik metinlerde ise, sosyal öykünün bileşenlerinin evdeki bireylerin sayısı ve kimlerden oluştuğu, aile büyüklerinin varlığı, evdeki bireylerin ilişkileri, anne-babanın evli/ayrı olması, birincil bakımverenin kim olduğu, çocuğun ne kadar televizyon izlediği ve hobileri gibi özellikler olduğunu görmüşlerdir [91]. İncelenen ders kitaplarında, sosyal öykünün sosyoekonomik bileşenlerinin neden sorgulanması gerektiği ve risk saptandığında hekimin yapması gerekenler anlatılmamaktadır. Böylece, çocuk hekimlerinin çocuğun sosyoekonomik durumun sorgulanmasından uzaklaşması beklenen bir sonuçtur.

Sosyoekonomik durumun hekimlerce *sosyal öykünün önemli bir bileşeni olarak kabul edilmesine karşın, sorgulanmama* eğilimi göstermesi; bu konunun hekimlerce *gözlem ve tahminler aracılığıyla* ve kimi zaman dolaylı sorular aracılığıyla öğrenmeye çalışması toplumda bu konuların *tabu* olarak kabulüyle de ilişkilendirilebilir. Benzer şekilde aile içi şiddet de, hekimlerin sosyal öykülerinde yer alan konulardan değildir. Hekimlerin aile içi şiddet gibi konulardan kaçınması Sugg ve Inui tarafından *Pandora'nın kutusu fenomeni* olarak tanımlanmıştır [113]. Birinci basamak hekimlerle yaptıkları bu nitel araştırmada araştırmacılar, hekimlerin aile içi şiddet sorununu saptamak ve müdahale etmekle ilgili deneyimlerini değerlendirmiş; klinikte bu sorunu sorgulamanın hekimlere rahatsız hissettirdiği, karşı tarafın saldırganlığından çekindikleri, durumu kontrol edemeyeceklerini düşündüklerini ortaya çıkarmıştır.

Hekimin sosyal olandan kaçınma eğilimi göstermesinin altında yatan nedenlerden biri de, bu konuları ele alma konusundaki *özgüven eksikliği* olabilir. Hekimlerin kendi ifadelerine bakıldığında sosyal sorunları ele almak konusunda yeterli hissetmedikleri söylenebilir, hekimlerin çoğu kimi sosyal sorunları ele almakta güçlük yaşadığını belirtmiştir. Benzer şekilde, Robert Wood Johnson Kuruluşunun 310'u çocuk hekimi olan toplam 1000 hekimle gerçekleştirdiği çevrimiçi anket çalışması da; bu çalışma hekimlerin %80'inin sosyal sorunları saptamak konusunda kendine güvenmediğini ortaya koymuştur [114].

İçeriğe ilişkin bir diğer önemli nokta da, literatürdeki sosyal öykü örneklerinde [82, 91, 95] hiç yer almadığı halde, görüşmecilerin hemen tümünün allerji ve enfeksiyon hastalıklarına yol açabilecek çevresel etkenleri sosyal öykü kapsamında değerlendirmiş olmasıdır. Bu durum yine, çocuk sağlığı ve hastalıkları ders kitaplarında [115, 116] sosyal öykünün ele alınış biçimiyle açıklanabilir. Sosyal öykü, tıbbi öykünün bir parçası olarak anlatılmak dışında, kimi hastalıkların anlatıldığı bölümlerde etiyojinin anlaşılması için gerekli bir yaklaşım olarak anlatılır (Örn. 'astımda sosyal öykü çevresel allerjenlerin sorulmasını içermelidir' gibi).

Sosyal öykü içeriğine ilişkin bir başka bulgu, *hekimin çalıştığı yer ve karşılaştığı hasta nüfusunun özelliklerinden etkilendiğinin* görülmüş olmasıdır. Örneğin özel hastane hekimi ile devlet hastanesi hekiminin sosyal öykü içerikleri önemli farklar göstermektedir. Bu durum farklı sosyoekonomik özellikler gösteren bölgelerde farklı soruların sorulması gerektiğini gösteren bir ipucu olabilir. Bununla birlikte, literatürdeki örnekler [82, 91, 95] farklı özellikler gösteren bölgelerde farklı sorular sorulmasına ilişkin bir öneri vermemektedir. Ayrıca, üniversite hastaneleri gibi sosyoekonomik bakımdan oldukça farklı hasta gruplarının başvurduğu birimlerde böyle bir uygulamanın (farklı nüfus özelliklerine farklı sorular) kolay olmayacağı düşünülebilir. Bununla birlikte, daha homojen özellikler gösteren bir nüfusla karşılaşan çocuk hekiminin (devlet hastanesi ve özel hastane örneklerinde olduğu gibi), bu nüfustaki yaygın toplumsal sorunların farkında olması ve sosyal öyküsünü buna göre şekillendirmesi oldukça verimli olabilir.

Görüşmecilerin betimlediği *sosyal öykünün amacı*, literatürdeki sosyal öykü önerilerinin [82, 91, 95] amacından önemli bir farklılık göstermektedir. Söz konusu literatür örneklerinde tanı koymaktan çok, çocuğun korunması ve savunulması hedeflenmekte; sosyal öykünün bir tarama yöntemi olarak kullanılması önerilmektedir. Buna karşın görüşmecilerin sosyal öykü alma konusundaki birincil amaçlarının tanı koymak veya tedaviyi planlamakla ilgili olduğu görülmüştür. Örneğin çocuk hekimlerinin ailenin maddi olanaklarını bilmek istemesinin nedeni sıklıkla, kontrol muayenesinin planlanması ve aileye tedavi için uygulayabileceği öneriler verilmesidir. Sosyal öykünün tarama aracı olarak kullanılmasına



görüşmecilerin bir kısmının sıcak bakmaması, öncelikle, sosyal öyküyle ne amaçlandığıyla ilgilidir. Sosyal öykünün her hastanın tanısında yararlı olmayacağını düşünen hekimlerden biri, taramanın maliyet/etkinliği konusunda şüpheleri olduğunu belirtmiştir. Sonuçta sosyal öyküyle neyin amaçlandığı, hem uygulama hakkındaki düşünceleri hem de bizzat uygulamaları etkilemektedir.

Araştırmaya başlarken 'Çocuk hekimliği uygulamalarında sosyal öykünün yerinin kısıtlı olmasının nedenleri nelerdir?' sorusuna olası yanıt olarak araştırmacının tahminlerinden biri, çocuk hekimlerinin sağlığın sosyal belirleyicilerine ilişkin farkındalık eksikliği olabileceği olmuştur. Oysa araştırma sonuçları, çocuk hekimlerinin bu konuda bilgi ve deneyim sahibi olduğunu göstermiştir. Görüşmecilerin toplumsal sorunların sağlığa etkisine yönelik ifadeleri, hekimlerin bunlara ilişkin tanıklıklarıyla oluşması nedeniyle, yüzeysel olmak yerine derinlikli ve inceliklidir. Hekimlerin bu konudaki gözlemleri, literatürdeki *sağlığın sosyal belirleyicileri* verileriyle önemli benzerlikler göstermektedir. Çocuk hekimleri sosyoekonomik durumun sağlığı belirleyen en önemli etmenlerden olduğunu belirtmektedir. Hekimlerden biri, yoksul çocukların boy kısalığını anlatmış, yoksulluğun sağlığı genetik etkenlerden daha fazla etkilediğine yönelik gözlemlerini aktarmıştır. Hekimlerin sosyal belirleyicilere yönelik kuvvetli gözlemlerinden bir diğeri, sağlığı etkileyen toplumsal sorunların, aynı bireyde bir arada görülme eğilimi gösterdiğini çeşitli hasta örnekleri üzerinden (Dr. Zeren'in Suriyeli mülteci çocuk ve ailelerin özelliklerini ifadesinde olduğu gibi) tarif etmiş olmalarıdır. Hekimlerin bu gözlemi, sağlığın sosyal belirleyicilerinin *birikimsel özellikler gösterdiği* bilgisi [12] ile tutarlıdır. Ayrıca çocuk hekimleri hem sosyoekonomik durumun hem de ailenin yaşadığı yerdeki yerel şartların sağlık hizmetlerine ulaşımında önemli belirleyiciler olduğunun altını çizmektedir. Hekimlerin bu gözlemi de *kırsal kesimde sağlık hizmetlerine erişimle ilgili sorunlar yaşanabildiğine* ilişkin literatür bilgisi ile benzerlik göstermektedir [70, 117].

Böylece, çocuk hekimlerinin sağlığı ele alış biçimleri düşünüldüğünde, sağlığın toplumsal boyutunu yok saydıkları için sosyal öykü almadıklarını söylemek

olanaksızdır. Farkındalık eksikliği sosyal öykü uygulamalarındaki temel problem değilse, o halde bunu yaratan etmenler nelerdir?

Çocuk hekimlerinin betimledikleri sosyal öykünün zenginliğine karşın, sosyal öykü uygulamaları oldukça sınırlı olması durumu, literatürle uyumludur. Örneğin Robert Wood Johnson Kuruluşunun araştırması Amerika'daki hekimlerin, sosyal ihtiyaçların sağlık sonuçlarıyla yakın ilişkili olduğunu düşündüklerini (%85), yine de mevcut sağlık sisteminde zaman kısıtlılığı veya yeterli sağlık personeli desteği olmaması gibi nedenlerle bu sorunlara eğilemediklerini ortaya çıkarmıştır [114].

Çoğu görüşmeci için sosyal öykü, *nadiren, 'gerektiğinde'* alınmaktadır; *rutin uygulamalar arasında değildir*. Görüşmecilerin bir kısmı ise sosyal öyküyü sıkça kullandığı belirtmiştir. Hekimler arasındaki bu sosyal öykü uygulaması farklılıklarının belirleyicileri, öncelikle hekimin *bulunduğu konum ve çalıştığı kurum/bölümdür*.

Zaman kısıtlılığı, *hastaya ayıracağı zamanı kendisi belirlemeyen hekimler tarafından* hem sosyal öyküye hem de diğer hekimlik uygulamalarına en önemli sınırlayıcı olarak vurgulanmıştır. Bu noktada, zamanı kısıtlayanın 'ne?' veya 'kim?' olduğunu düşünmek son derece önemlidir. Görüşmeciler arasındaki konum ve sosyal öykü uygulaması farklılıkları karşılaştırıldığında, bakacağı hasta sayısına karar verebilecek konumda olan hekimlerin (özel muayenehane hekimi, öğretim görevlisi) sosyal öykü konusunda zaman sorunu yaşamadıkları görülmektedir. Hastaya ayrılan zamanı kendileri belirlemeyen ve çoğu kez kısa sürede hasta bakmak durumunda kalan uzmanlık öğrencilerinin tümü ise, zaman kısıtlılığını sosyal öykü alınmasının önündeki en büyük engel olarak belirtmektedir. Bu konu, neoliberal sağlık politikalarının sağlık sistemine etkisi ve *performansa dayalı ücret sisteminin* hastaya ayrılan zamanı giderek azaltmasıyla açıklanabilir. Bu sistemin sonucu olarak, hekimin daha fazla sayıda hasta bakmasıyla daha fazla kazanan hekim dışı ve hekim yöneticiler, hekim zaman kısıtlılığı ve stres altında çalışmak (ve hastayı bu şartlarda değerlendirilmek) zorunda bırakmaktadır. Üçüncü basamak sağlık kurumlarının Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın etkisiyle işleyişlerini eğitim ve araştırmadan çok kendilerine bireysel ve kurumsal kazanç sağlayan hizmet faaliyetlerine kaydırması, hekimlerin eğitiminin de bu durumdan olumsuz etkilenmesine yol açmaktadır [118].

Hekimin sosyal öykü uygulamalarını etkileyen bir diğer etmen (özellikle uzmanlık öğrencilerinin) çalıştığı çocuk sağlığı ve hastalıkları yan dallarının sosyal öyküye farklı yaklaşımlarıdır ve sosyal öyküye verdiği önemin aynı derecede olmadığını ortaya çıkarmıştır. Bu durum, *çocuğa ve sağlığa yaklaşımın niteliği* ile ilişkili olabilir. Uzmanlık öğrencilerinin sosyal öykünün detaylı olarak alındığı *ergen sağlığı ve gelişimsel pediatri* bölümlerini diğer bölümlerden ayıran özelliklerin anlaşılması, sosyal öykü alan ve almayan bölümler arasındaki farkın ne olduğunu ortaya çıkarabilir. Ergen sağlığı ve gelişimsel pediatri bölümleri, oldukça farklı yaş gruplarına ve sorunlara yaklaşan bölümlerdir. Ortak özellikleri ise, beden bir bölgesine (doku, organ veya mekanizma düzeyinde) odaklanmayıp bireye bir *bütün olarak* yaklaşımlarıdır. Araştırma bulguları çocuk hekimlerinin genel olarak, sağlığın 'bedensel boyutu'na ağırlık verdiğini, çocuğa bütüncül yaklaşmadığını göstermiştir. Bu konuda öne sürülebilecek açıklamalardan biri, çocuk hekimlerinin eğitim aldıkları *çoğu* çocuk sağlığı ve hastalıkları yan dalında bütüncül yaklaşımla karşılaşmamalarıdır. Giderek artarak yeni dallara ayrılan tıbbın, sağlığı; sistemler, organlar hatta moleküler mekanizmalara indirgediği ve bir bütün olarak *insanı görmeye* engel olduğu bildirilmiştir [3, 11]. Bununla birlikte, bir çocuk hekiminin taşınması gereken en temel değerlerden biri olan *bütüncül yaklaşımın*, mevcut sağlık ve eğitim sistemleriyle benimsetilmesinin kolay olmadığı açıktır.

Görüşmecilerin bir kısmı, *tıp eğitimi* sırasında sosyal öyküyü 'bir yerlerde' duyduğunu ifade ederken kimisi bu başlıkta bir eğitim görmediğini belirtir. *Uzmanlık eğitiminde* ise, sosyal öyküye ilişkin bir eğitim verilmediği (istisna: ergen sağlığı bölümünde ergenle psikososyal görüşmenin öğretilmesi) belirtilmiştir. Hekimler bu konuda öğrendiklerinin çoğunu '*yaşayarak*', '*kulaktan duyma*' bir şekilde ve '*difüzyonla*' öğrenmektedir. Sosyal öykü yapılandırılmış bir şekilde öğretilmediği ve neredeyse kendiliğinden öğrenildiği için, hekimlerin zihinlerindeki sosyal öykünün belirsiz ve düzensiz oluşu beklenen bir sonuç olarak görülebilir. Aynı nedenle, çocuk hekimlerinin deneyimlerindeki sosyal öykünün, çocuk sağlığı ve hastalıkları literatüründe tanımlanan sosyal öyküden [82, 91, 95] uzak olması şaşırtıcı değildir.

Sosyal öykü uygulamalarını etkileyen önemli faktörlerden ikisi, *yönlendirme ve disiplinlerarası çalışmaya* ilişkin sorunlardır. Hekimin sosyal öyküyle saptadığı sorunu, disiplinlerarası çalışarak uygun merkez/kişilere yönlendirmesi, sosyal öykünün amacına ulaşması için vazgeçilmezdir. Bu olanakların gelişmediği bir ortamda hekimin, sosyal sorunları açmak istememesi oldukça doğaldır. Hekimlik geleneği ve toplum, hekimi çare bulması beklentisi ile yetiştirir. Bu nedenle, çare bulamayacağı konuların getirdiği yük, bununla nasıl başa çıkacağı öğretilmeyen, disiplinlerarası çalışma deneyimi kazandırılmayan hekime doğal olarak ağır gelmektedir. Bu yükü karşılamak istemeyen hekim, sosyal sorunlardan kaçınma eğilimi gösterir. Hekimin saptayacağı sorunlara çözüm yollarının olması ve hekimin bu yolları biliyor ve kullanabiliyor olması, toplumsal sorunlara yaklaşımdan kaçınmaması için oldukça önemlidir. O'Toole ve arkadaşlarının çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlık öğrencileri arasında yaptıkları vaka kontrol çalışması [98], sosyal ve hukuki kaynakları (sosyal hizmet çalışanı ve hukuki danışman sayısı) daha fazla olan hastanelerde uzmanlık öğrencilerinin sağlığın sosyal belirleyicilerini sorgulamak konusunda kendilerine daha çok güvendiklerini ve daha sık olarak sorguladıklarını göstermiştir.

Bu araştırma ayrıca, yönlendirme ve disiplinlerarası çalışmaya ilişkin sorunların *yönlendirme eşiğinin yükselmesine* neden olduğunu göstermiştir. Bu durum, çeşitli ihtiyaçları nedeniyle yönlendirilmesi gereken hastaların büyük kısmını yönlendirilmediği anlamına gelir; gereksinim içindeki hastaların çoğu bu eşiği geçemez. Bunun nedeni, hastanın yönlendirme gereksinimi olduğunun fark edilmemesi, görülen bir gereksinimin göz ardı edilmesi, yönlendirme olanaklarının yetersiz olması ya da hekim tarafından bilinmemesidir. Birçok araştırma [7, 8, 24, 119] sağlığın sosyal belirleyicilerine müdahalede etkili bir yönlendirme sisteminin ve toplumda var olan kaynaklar ile sosyal hizmetlere erişimin önemini vurgulamaktadır. Yönlendirme eşiği yüksekliğinin önemli nedenlerinden biri de yoksulluk, aile içi şiddet gibi kimi *toplumsal sorunların yaygınlığıdır*. Bir sorunun yaygınlığı ve bu sorunla baş etme mekanizmalarının yetersizliği onun kabullenilmesine, göz ardı edilmesine neden olur. Bu nedenle kimi görüşmeciler, 'mekanik ventilatör gibi daha

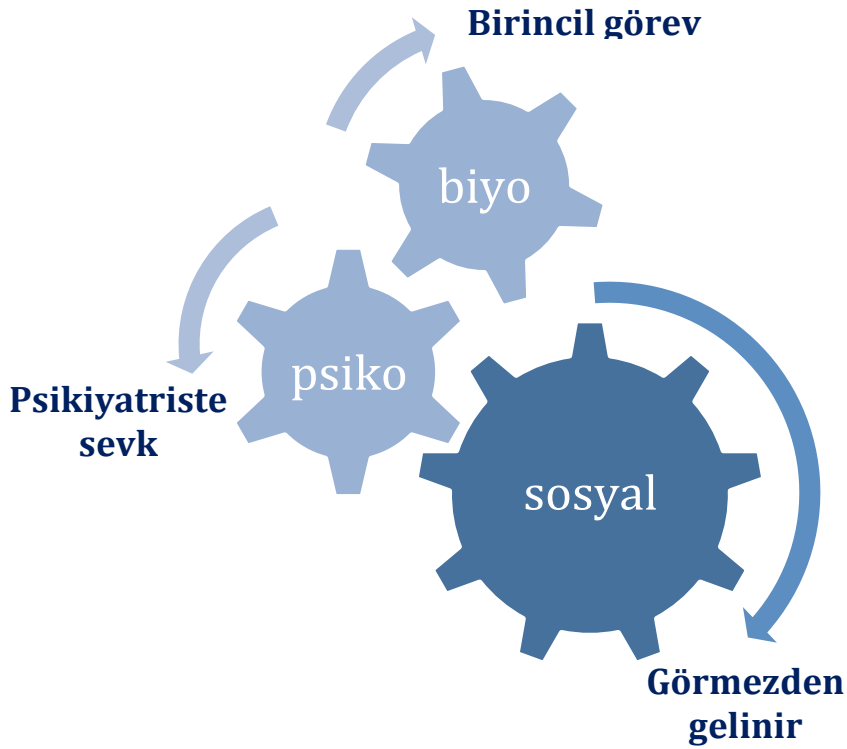
büyük ihtiyaçları' olan aileleri ise sosyal hizmetlere yönlendirdiklerini ancak, yoksulluğa bağlı beslenme yetersizliği olan hastaları herhangi bir yere yönlendirmediklerini belirtmektedir. Bu durum, sorunun yaygınlığının kabul edilebilirliğini artırmasıyla ilişkilidir. Aile içi şiddet de, *kabul edilirligi* oldukça yüksek konulardan biridir. Görüşmeci hekimlerden biri, aile içi şiddetin *çocuğa bedensel bir zarar vererek istismar boyutuna* gelmediği sürece çocuk hekiminin konusu olmayacağını ifade etmiştir. Oysa fiziksel, duygusal ve cinsel istismarların büyük kısmının çocukta saptanabilecek *bedensel* bir iz bırakmasa da, *mutlaka bir iz bıraktığı* bilinmektedir. Çocukların tanık olduğu aile içi şiddet de, çocuk üzerinde kalıcı izler bırakmaktadır. Nicky Stanley aile içi şiddete tanık olan çocuklar hakkındaki derlemesinde [120], çocukların korku, endişe, öfke gibi duygular hissettiklerini, davranış problemleri geliştirebildiklerini, çocukların yaşları ve algı düzeylerine göre uyku sorunları, stres bozuklukları, odaklanma güçlüğü, akranlarla iletişim sorunları, depresyon gibi çeşitli problemler yaşadıklarını göstermiştir. Bu bilgiler ışığında nelerin kabul edilebilir bulunduğu sorgulanması gerektiği açıktır.

'Sağlık uçurumu (The Health Gap)' isimli kitabında Michael Marmot [58], sorunlara müdahalenin *neyin kabul edilebilir bulunduğu*yla birebir ilişkili olduğunu belirtir. Marmot'ya göre, yaygın olduğu için kabul edilebilir bulunanların tekrar gözden geçirilmesi gerekmektedir. Bizim araştırmamızda da görüldüğü gibi kimi zaman *kabul edilebilirlik*, yoksulluğun yol açtığı kötü beslenme nedeniyle hastaneye yatırılan çocuklara dahi *müdahale edilmemesiyle* sonuçlanabilmektedir.

Kimi görüşmeciler ise, yoksulluğun neden olduğu beslenme yetersizliği olan bir hastayla 'hiç karşılaşmadıklarını' belirtmiştir. Belki de bu hastalar, durumun *yaygınlığından dolayı görülememektedir*. Hughes ve Avoke yoksulluğun görmezden gelinmesine değindikleri yazılarında, bu durum için 'odadaki fil (the elephant in the room)' benzetmesi yapar [121]. *Odadaki fil*, son derece aşikar bir sorunun görmezden gelinmesi anlamında kullanılmaktadır. Görüşmecilerden bir kısmının yoksulluğa bağlı beslenme yetersizliğiyle karşılaşmamış olduklarını ifade etmeleri de bu kapsamda değerlendirilebilir. Ventres ve Gusoff, yoksulluğun *görünmezliği* konusundaki temel sorunun, yoksulların gerçekten görülmemesinden çok, bu

bilginin bilinç düzeyinde değerlendirilmemesinden kaynaklandığını söylemiştir [122]. Araştırmacılar, *yoksulluk körlüğü* isimli bir patoloji tanımlamış, bunun *medikal tipinin*, yoksul hastaların araştırmalara dahil edilmemesi, tıp eğitiminden sosyoekonomik etmenlerin sistematik olarak dışlanması ve mezun olan hekimlerin ekonomik ihtiyaç olan bölgeler yerine, görece ihtiyacın az olduğu alanlara yığılması ile karakterize olduğunu bildirmiştir. Araştırmacıların bu patolojiye önerdikleri *tedavi*, yoksulluğun hemen yakınlarda, tüm dünyada olduğunun *kabul edilmesi*, bu konudaki çok sayıda kaynağın sağlayabileceği eğitim, tartışmalara *katılım* ve *harekete geçme* basamaklarından oluşmaktadır [122].

Bu araştırmanın en önemli sonuçlarından biri, sosyal öykü uygulamalarının çocuk hekimlerinin hekimlik yaklaşımıyla ve neyi görev olarak aldıklarıyla birebir ilişkili olduğudur. Genel olarak çocuk hekiminin sağlığın biyolojik, psikolojik ve sosyal boyutlarını nasıl ele aldığı, Şekil 5.1’de görülebilir. Biyolojik-bedensel-‘organik’ olanın, çocuk hekimince birincil hatta *tek* görev olarak tanımlanması dikkat çekicidir. Odak grup görüşmesi katılımcılarından biri, birincil görevlerinin bu alan olduğunu belirttikten sonra, diğer alanların (psikososyal) ikincil bile olmadığını vurgulamıştır.



Şekil 5.1. Çocuk hekimlerinin sağlığın farklı boyutlarına yaklaşımı

Görülmektedir ki çocuk hekimlerinin sağlığın (en azından) üç boyutu olduğunu bilmesi, her boyutu görev olarak benimsemeleriyle sonuçlanmamaktadır. Toplumsal sorunlara ilişkin farkındalıkları düşük olmadığı halde hekimler, çocuğun toplumsal sorunlarına *müdahil olmak konusunda isteksiz* görünmektedir. Bunun nedeni olan, hekimin psikolojik ve toplumsal boyutlara ilişkin görev algılamaması olarak açıklanabilir. Sağlığın psikolojik boyutu, gerekirse psikiyatristlere havale edilmekte, toplumsal boyut ise ele alınmamakla kalmayıp, yönlendirme de yapılmaması nedeniyle sahipsiz kalmaktadır.

Sağlığın psikolojik boyutu, gerekirse psikiyatristlere havale edilmekte, toplumsal boyut ise ele alınmamakla kalmayıp, yönlendirme de yapılmaması nedeniyle sahipsiz kalmaktadır. Hekimlerin yalnız bedensel olana yönelmesiyle ilgili bu durum, Fritjof Capra'nın Batı Düşüncesinde Dönüm Noktası isimli kitabında ayrıntılı olarak tartışılmıştır [3]. Capra, tıbbın Descartes'ın öne sürdüğü zihin-beden ayrımı düşüncesinden (Kartezyen görüş) bu yana, *pozitivist bir yaklaşım* benimseyerek biyomedikal sağlık modelini oluşturduğunu belirtir. Yüzyıllardır bu modeli benimseyen ve geliştiren tıp bilimleri pozitivist bir anlayışla, bireyi beden; hastalığı ise beden makinesinin bozulması olarak ele almaktadır. Biyomedikal model, psikososyal ve spiritüel boyutları dışlamanın yanında, bireyin öznel değerlendirmelerine de değer vermemektedir [4]. Bunu yalnız gözlemlenebilir işaret ve belirtilerin medikal bir tanı olarak benimsenmesi izler; tüm 'gerçek' hastalıklar ölçülebilir biyolojik nedensel mekanizmalara sahiptir. Yuill ve arkadaşlarına göre bu görüş, sosyal ve psikolojik etmenlerin marjinalize edilerek ihmaline yol açmaktadır [5]. Sağlığın sosyal belirleyicileriyle biyomedikal tıp öğretisi arasındaki ilişki, Hernandez-Rincon ve arkadaşları tarafından Kolombiya'da yapılan nitel bir araştırmada da gösterilmiştir [123]. Sağlığın sosyal belirleyicilerinin ve eşitlik odağının tıp eğitimi programlarına dahil edilme çabalarını analiz eden bu çalışma, sağlığın sosyal belirleyicilerinin tıp eğitimine dahil edilmesini sınırlayan temel faktörlerin, tıp eğitiminin hastalığa odaklanan biyomedikal modelin hakimiyeti altında olması ve sosyal yardımların oldukça az anılıyor olması olduğunu göstermiştir. Araştırmacılar, bu araştırmayla tutarlık arz edecek bir biçimde, tıp

eğitimlerinde sosyal faktörlere ilişkin vurguların artması ve klinik uygulamaların da bu ölçüde yeniden gözden geçirilmesi gerektiği önerisinde bulunmuştur.

Bu araştırmanın gösterdiği gibi yalnız psikolojik ve sosyal boyutlar değil, *koruyucu ve savunucu hekimlik* de çocuk hekiminin görev tanımı dışında yer almaktadır. Bu araştırmada sosyal öykü, bunu göstermek adına oldukça yararlı bir araç olarak kullanılmıştır. Sosyal öykünün 'hastanın şikayetine göre', 'gerekirse' ve 'hekimin çalıştığı bölüme göre' alınması, hekimlerin toplumsal sorunları ele alma eğiliminde olmadığına işaret eden bir gösterge olmuştur. Biyomedikal sağlık anlayışının devamı olarak, çocuk hekimlerinin meslek hayatlarında sağlığı etkileyen toplumsal sorunlara ilişkin kazandığı zengin deneyim, *koruyucu ve savunucu hekimlik aracılığıyla* çözümün anahtarı olabileceği halde, kullanılmamaktadır. Tarihte *koruyucu ve savunucu hekimliğe* ilişkin en iyi örneği *Sosyal Tıp* disiplini oluşturmaktadır. Toplumsal problemlerin sağlığa etkisini gözlemleyen ve bunlarla mücadele eden hekimlerin çabalarını hatırlamak, bugün sağlığın psikososyal yönlerini de değerlendirmesi gerektiğini unutan tıp disiplini (ve tüm toplum) için yaşamsal öneme sahiptir. Bu disiplinin kurucularından Rudolf Virchow'un 19. yüzyıldaki şu sözleri, eğitimciler tarafından geleceğin hekimlerine ulaştırılmayı beklemektedir; '*Şüphesiz, hekim yoksulun savunucusudur*' [16].

Çocuk hekimliğinde savunuculuğun yerine bakıldığında, çocuk hekimliğinin bir disiplin olarak oluştuğu ilk yıllara (19. yy) dayandığı görülür [76]. Çocuk hekimliğinde savunuculuğun, mesleğin kendisi ile beraber ortaya çıkmış olması oldukça anlamlıdır. Örneğin bu dönemin önemli isimlerinden ve çocuk sağlığı ve hastalıkları bilim dalının kurucu hekimlerinden biri olan Abraham Jakobi, öncelikle savunucu yönüyle bilinmektedir. Jakobi, kaynamış süt dağıtımının sağlanmasından çocuklar için ilk tüberküloz önleme merkezinin açılmasına; anne sütünün öneminin savunulmasından, kurumlarda kalan çocukların yüksek ölüm oranlarının eleştirilmesine, çocuk işçiliğinin önlenmesi için çabalarından, kadınların ve siyahların tıp eğitimine girişinin desteklenmesine, pek çok savunuculuk alanında birden çalışmıştır. Jakobi, ayrıca çocukların içinde buldukları çevre ve hastalıkları arasındaki ilişkiyi ilk fark eden ve onları bu risklere karşı savunan çocuk



hekimlerindendir [76]. Böylece, *toplumsal sorunların çocuk sağlığına etkilerini fark etmenin; fark etmekle yetinmeyip bu sorunları kabul edilemez bulmanın, çocuklar adına ve onlarla birlikte konuşmanın* çocuk savunuculuğunun özünü oluşturduğu söylenebilir. Sosyal öykü ise, günümüzde bunu gerçekleştirmenin yollarından birini sunmaktadır.

Sosyal öyküye ilişkin sınırlılıkları hekimlerin deneyimlerinden yola çıkarak ele almaya çalışan bu araştırma, bilgimize göre bu alanda yapılan ilk çalışma olup, koruyucu ve savunucu hekimlik anlayışının gereklerinden biri olan sosyal öykü uygulamalarının çocuk hekimliğinde oldukça sınırlı olduğunu ve bunun çeşitli nedenlerini ortaya koymuştur. Bu araştırma ile sosyal öykünün çocuk hekimliği uygulamalarında hak ettiği yeri alabilmesi için, tıp ve uzmanlık eğitiminde sağlığın sosyal belirleyicilerinin ve hekimin toplumsal sorumluluklarının öğretilmesi, yapılandırılmış bir sosyal öykü eğitiminin sağlanması, hekimlerin yapacağı yönlendirmelerin önündeki engellerin kaldırılması ve disiplinlerarası çalışma pratiklerinin geliştirilmesinin gerektiği görülmüştür.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu bölümde araştırma sonuçları ve bu sonuçlardan yola çıkılarak geliştirilen öneriler üzerinde durulacaktır.

### 6.1. Sonuçlar

***Çocuk hekimlerinin tanımladığı sosyal öykünün odağında; öncelikle çocuğun ilişkileri bulunmaktadır.***

Görüşmecilerin ifadeleri, çocuk hekimlerinin sosyal öykü tanımlarının geniş, yapılandırılmamış ve sınırsız olduğunu göstermiştir. Bununla birlikte içerik analizleri, sosyal öyküye ilişkin ifadelerin üç ana tema etrafında şekillendiğini göstermektedir; çocuğun ilişkileri, sosyoekonomik durumu, gündelik hayatı.

***Çocuğun gündelik hayatı sosyal öykünün önemli bir bileşeni olarak görülmektedir.***

Hekimler, yaş özelliklerini gözeterek çocuğun zamanını nasıl geçirdiğinin sorgulanmasını sosyal öykünün önemli bir parçası olarak değerlendirmektedir. Bu konuda ebeveynlerle geçirilen zamanın niteliği özellikle vurgulanmıştır.

***Sosyoekonomik durum, sosyal öykünün önemli bir bileşeni olarak belirtilmekte ancak sorgulanmamaktadır.***

Sosyoekonomik durumun gerek çocuk sağlığına gerek verilecek tedavinin kullanıma yönelik etkisi görüşülen çocuk hekimlerinin hemen hepsi tarafından vurgulanmıştır. Bununla birlikte, sosyoekonomik durumun önemli bileşenlerinden olan gelir, eğitim gibi özellikler sorgulanmamaktadır. Hekimler bunun yerine ailenin dış görünüşünü, davranışlarını, konuşmalarını gözlemleyerek sosyoekonomik durumu tahmin etmektedir.

***Sosyal öykü, hekimlerin bir kısmı tarafından 'ayrıntıya girmek' olarak tanımlanmakta, 'gerekirse' alınması gerektiği ifade edilmektedir.***

Görüşülen çocuk hekimlerinin çoğu, sosyal öykünün pediatrik rutinlerden biri olmadığını ifade etmiştir. Bunun yerine, ancak fazla zaman olursa alınabilecek,

ayrıntılı, güzel bir tıbbi öykünün parçası olduğu görüşü hakimdir. Ek olarak, genellikle, sosyal öykünün alınması her çocuk için gerekli görülmemekte, gereken durumları hekimin hissedeceği düşünülmektedir.

***Sosyal öykü uygulamaları çoğu yerde son derece kısıtlıdır.***

Hekimlerin geniş sosyal öykü tanımlarının aksine, çoğu zaman uygulamalar son derece kısıtlıdır. Bulunduğu konum ve o sırada çalıştığı bölümden etkilenmekle birlikte, çocuk hekimi, çocuğun sosyal öyküsünü genellikle sorgulamamaktadır.

***Sosyal öykünün tarama olarak kullanımı konusunda farklı görüşler bulunmaktadır.***

Literatürde bir tarama yöntemi olarak kullanılması önerilen sosyal öykünün bu şekilde kullanımı hekimlerin bir kısmı tarafından olumlu bulunmamıştır. Bunun nedenleri arasında, zaman kısıtlılığının buna olanak vermeyeceği düşüncesi ön plana çıkmaktadır. Diğer bir nedense, bunun taramadan ziyade hekimlerin temel bir becerisi olması gerektiği düşüncesidir.

***Zaman kısıtlılığı sosyal öykünün önemli bir sınırlayıcısıdır.***

Hekimlerin hemen hepsi zaman kısıtlılığının sosyal öyküye en büyük sınırlayıcı olduğunu düşünmektedir. Zaman söz konusu olduğunda, yalnız sosyal öykü için değil çocuğun değerlendirilmesi için harcadıkları zamanın da artırılmasını istediklerini vurgulamışlardır. Zaman problemi yaşamadıklarını belirten görüşmecilerin, ayırdıkları zamanı kendileri belirleyebilen hekimler (özel muayenehane hekimi, öğretim görevlileri) olduğu görülmüştür.

Çocuk hekimlerinin sosyal öykü için gerekli buldukları zaman beş ila on beş dakika arasında değişmektedir; ortalama on dakika yeterli görülmektedir.

***Sosyal öykünün yapılandırılmış olarak ve sosyal bağlamı içerisinde öğretilmediği görülmektedir.***

Sosyal öykü eğitimine ilişkin sorular, tıp eğitiminde sosyal öykünün yapılandırılmış bir şekilde ve başlı başına bir ders olarak öğretilmediğini göstermiştir.

Kimi görüşmeciler iletişim derslerini sosyal öyküyle ilişkilendirmiş, kimi görüşmeciler ise 'tıp fakültesinde bir yerlerde' sosyal öykünün anlatıldığını ifade etmiştir.

Uzmanlık eğitiminde ise sosyal öykünün zaten biliniyor kabul edildiği, bu konunun anlatılmadığı, daha ziyade 'yaşayarak', 'kulaktan dolma' bir şekilde ve 'difüzyonla' öğrenildiği belirtilmiştir.

Eğitime ilişkin bu özelliklerin, hekimlerin tanımladıkları sosyal öykünün belirsiz ve yapılandırılmamış olduğunu açıkladığı düşünülmüştür. Ergen sağlığı bölümünde çalışan görüşmeci tarafından, bölümlerinde poliklinikte çalışan uzmanlık öğrencilerine psikososyal öykünün öğretildiği, ayrıca yakın zamanda konunun tıp eğitimi müfredatına koyulduğu öğrenilmiştir.

***Sosyal öyküyü takip etmesi gereken yönlendirmede önemli sorunlar yaşanmaktadır. Disiplinlerarası çalışmaya ilişkin eksiklikler dikkat çekmektedir.***

Sosyal öykü uygulamaları, yönlendirme ve disiplinlerarası çalışmaya ilişkin sorunlardan son derece etkilenmektedir. Yönlendirmeye ilişkin sorunların başında hekimlerin yönlendirme yapabilecekleri kaynakları bilmemesi, bunlara güvenmemesi, yönlendirme hakkında eğitim ve deneyimlerinin olmaması ve disiplinlerarası çalışmayla ilgili sorunlar gelmektedir.

Disiplinlerarası çalışmayla ilgili sorunların başında ise, hekimlerin diğer meslek kollarıyla iletişimlerinin zayıf olması, bu konuda eğitim ve deneyimlerinin olmaması, hekimlerin hiyerarşik olarak yukarıdaki konumu ve buna bağlı olarak diğer mesleklerin görevlerini üstlenebilmeleri yer almaktadır.

***Sosyal öykü öncelikle tanı koymak-tedavi etmek amacıyla kullanılmaktadır (biyomedikal yaklaşım). Hekimlerin ifadelerinde koruyucu ve savunucu hekimliğe ilişkin pek az öğeye rastlanmıştır.***

Hekimlerin ifadelerine bakıldığında, sosyal öykü aracılığıyla tanı koymak ve tedavi vermeyi amaçladıkları görülmektedir. Hatta hekimlerin azımsanmayacak bir kısmı, bunun ötesinde bir kullanım alanı düşünmemiştir.

Sosyal öykünün çocuğu çeşitli risklerden korumak ve onun çeşitli alanlarda desteklenmesini sağlamasına veya çocuk savunuculuğuna yönelik ifadeler oldukça nadirdir.

***Hekimlik yaklaşımı sosyal öykü uygulamalarının en önemli bileşenidir. Psikososyal boyutların dışlandığı 'organik' (biyomedikal) bir yaklaşımın hakim olduğu görülmüştür.***

Görüşmecilerin öncelikle tanı-tedaviyi amaçladığı, tanı-tedavinin ise 'organik' yani bedensel süreçlere odaklandığı görülmüştür. Bu durum, biyomedikal sağlık anlayışının özelliklerindedir. Bu durum, sosyal öykünün neden '(tanı-tedavi için) gerektiğinde' alındığını, taramanın benimsenmediğini ve hekimin neden sosyal sorunlardan kaçındığına en iyi açıklamayı sunmaktadır.

## **6.2. Öneriler**

Çocuk hekimlerinin sosyal öykü deneyimlerini derinlemesine keşfetmeyi ve sosyal öykünün alınmasına engel teşkil eden faktörleri bütünlüklü olarak incelemeyi amaç edinen bu araştırmanın sonuçları, bazı önerilerin geliştirilmesine katkı sunmuştur. Bu öneriler aşağıdaki gibi sunulmuştur.

***Hekimlik uygulamalarının önemli bir belirleyicisi olan sağlık sistemi, çocuk hekiminin koruyucu ve savunucu görevlerini gerçekleştirmesi olarak verecek şekilde değiştirilmelidir.***

Öncelikle hekimlerin ve hastanelerin 'kar amaçlı' çalışmasının önüne geçilmelidir. Çünkü bu durum toplum sağlığı için vazgeçilmez ancak karsız bir alan olan koruyucu hizmetlere engel oluşturmaktadır. Aynı sorun, hekimin hastaya ayırdığı süreyi (hasta başına bir dakikaya kadar) azaltmaktadır. Zaman kısıtlılığından yakınan hekimler, hem sosyal öykü hem de değerlendirmenin kalan kısımları için hastalarına daha fazla zaman ayırmak istemektedir.

***Sağlığın sosyal belirleyicilerini ve hekimin koruyucu-savunucu görevlerini öğreten bir eğitim sistemine gereksinim duyulmaktadır.***

Araştırma sonuçlarının da gösterdiği gibi, sağlığın biyolojik boyutuna odaklanan tıp eğitimi, sosyal öykü uygulamalarının önündeki önemli engellerden biridir. Geleceğin hekimlerinin 'sağlığın ne olduğu, hangi bileşenlerden oluştuğu, toplumun gereksinimleri ve hekimin görevleri'ne ilişkin felsefi ve siyasi tartışmalardan uzak tutuldukları bir eğitim sürecinden geçerek, insana ve sağlığa bütüncül bakmaları beklenmemelidir. Bu nedenle tıp ve uzmanlık eğitimlerinin sosyal bilimleri, sağlığın sosyal belirleyicilerini ve hekimin bu konudaki görevlerini kapsayacak bir biçimde yeniden gözden geçirilmesi gerekmektedir.

Çocuk hekimlerinin, Türkiye'deki sosyal hizmetler sistemi ve toplumsal kaynaklar hakkında geniş bilgiye sahip olmaları, çocuğun ve ailesinin karşılaştığı problemlerin çözümüne yardım edeceği için oldukça önemli görülmektedir, bu bakımdan meslek içi eğitim de son derece gereklidir. Yönlendirme sürecinde sağlık çalışanlarının işini kolaylaştırmak üzere, hastaların yönlendirilebileceği kurumları içeren kaynaklar hazırlanmalıdır.

***Disiplinlerarası çalışmanın sağlanması ve etkili yönlendirme yöntemleri geliştirilmesi gerekmektedir.***

Sosyal öykü, disiplinlerarası çalışma ve etkili yönlendirme birlikte ele alınması gereken süreçlerdir ve her biri uygulamalı olarak öğretilmelidir. Ancak böylelikle, farklı disiplinlerden kişilerin birbirini tanıması ve ortak çalışması sağlanabilir. Bu süreçte sosyal hizmetler, sivil toplum kuruluşları, yerel yönetimler ve okullarla işbirliği içerisinde çalışılmalıdır. Bu açıdan kurumlar arasında işbirliğini sağlayacak yeni bir yönlendirme sistemine ihtiyaç vardır. Bu sistem, hekimler ile sosyal hizmet uzmanları, psikolog ve çocuk gelişimci gibi diğer insani hizmetlerde çalışan bütün profesyonelleri içermelidir ve tüm çalışanların kolayca irtibat kurabilmesini sağlamalıdır.

***Türkiye'nin toplumsal ihtiyaçları ve mevcut toplum kaynakları doğrultusunda yapılandırılmış bir sosyal öykü tarama aracı geliştirilmelidir.***

*Her çocuğa, her muayenede sosyal öykü taraması hedeflenmelidir. Söz konusu sosyal öyküdeki sorular, sağlığın sosyal belirleyicileri temel alınarak*

hazırlanmalı, geçerlilik ve güvenilirlikleri test edilmelidir. Yapılandırılmış sosyal öykü formatı oluşturulurken, taramanın önemli özelliklerinden birinin saptanan sorunlara çözüm getirilmesi olduğu ilkesi göz önünde bulundurulmalıdır.

***Yeni çalışmalara gereksinim duyulmaktadır.***

Sağlığın sosyal belirleyicilerinin evrensel nitelikleri olabileceği gibi, yerel nitelikleri de vardır. Bu nedenle Türkiye’de sosyal öyküye ilişkin araştırmaların artması, bu alandaki bilgi birikimine katkı sunacaktır. Özellikle farklı şehirlerdeki hekimlerin, bu alanda araştırma yapmaları sosyal öykü çeşitliliğini artırması açısından gerekli görülmektedir.

Ayrıca, Türkiye’de gerek sosyal belirleyiciler gerek diğer her konuda *çocukları savunan* yeni çalışmaların artması gerekmektedir. Bu çalışmalarla hekimler, akademik bilgi üretmenin ötesine geçmeli; çocuklar ve toplum için, çocuklar ve toplumla çalışmalıdır.

## KAYNAKLAR

1. McKeown, T. (2014). *The role of medicine: Dream, mirage, or nemesis?* Princeton University Press.
2. McGinnis, J. M., Williams-Russo, P., & Knickman, J. R. (2002). The case for more active policy attention to health promotion. *Health Affairs*, 21(2), 78-93.
3. Capra, F. (1982). *Batı düşüncesinde dönüm noktası (Çeviri. M. Armağan): İnsan Yayınları*.
4. Annandale, Ellen. (1998). *The sociology of health and medicine: a critical introduction*. Polity.
5. Yuill, C., Crinson, I., & Duncan, E. (2010). *Key concepts in health studies*. Sage.
6. Gönç-Şavran, T. (2010). *Toplumsal eşitsizlikler ve sağlık: Eskişehir'de sosyolojik bir araştırma. (Yayımlanmamış Doktora Tezi), Anadolu Üniversitesi, Eskişehir*.
7. Cheng, T. L., Emmanuel, M. A., Levy, D. J., & Jenkins, R. R. (2015). Child health disparities: What can a clinician do? *Pediatrics*, 136(5), 961-968.
8. Chung, E. K., Siegel, B. S., Garg, A., Conroy, K., Gross, R. S., Long, D. A. Fierman, A. H. (2016). Screening for social determinants of health among children and families living in poverty: a guide for clinicians. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 46(5),135-153.
9. Garg, A., Jack, B., & Zuckerman, B. (2013). Addressing the social determinants of health within the patient-centered medical home: Lessons from pediatrics. *JAMA*, 309(19), 2001-2002.
10. Oberg, C., Colianni, S., & King-Schultz, L. (2016). Child health disparities in the 21st century. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 46(9), 291-312.
11. Engel, G. L. (1997). From biomedical to biopsychosocial: Being scientific in the human domain. *Psychosomatics*, 38(6), 521-528.
12. Wilkinson, R. G., & Marmot, M. G. (2003). *Social determinants of health: the solid facts: World Health Organization*.
13. World Health Organization. (2008). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health: Final report of the commission on social determinants of health*.
14. Eisenberg, L. (1999). Does social medicine still matter in an era of molecular medicine? *Journal of Urban Health*, 76(2), 164-175.



15. Anderson, M. R., Smith, L., & Sidel, V. W. (2005). What is social medicine? *Monthly Review-an Independent Socialist Magazine*, 56(8), 27-34.
16. Virchow, R. C. (2006). Report on the typhus epidemic in Upper Silesia. *American Journal of Public Health*, 96(12), 2102-2105.
17. Marmot, M. G., Stansfeld, S. A., Patel, C., North, F., Head, J., White, I., Smith, G. D. (1991). Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study. *The Lancet*, 337(8754), 1387-1393.
18. Barker, D. J. P. (1994). Disease in later life. British Medical Journal Publishing Group, London.
19. Brunner, Eric. (1997). Stress and the biology of inequality. *BMJ*, 314(7092), 1472.
20. Colgrove, J. (2002). The McKeown thesis: a historical controversy and its enduring influence. *American Journal of Public Health*, 92(5), 725-729.
21. Schweinhart, L. J., Monti, J., Xiang, Z., Barnett, W. S., Belfield, C., & Nores, M. (2005). The High/Scope Perry Preschool Study Through Age 40: Summary, conclusions, and frequently asked questions. High/Scope Press.
22. Halfon, N., Larson, K., & Russ, S. (2009). Why social determinants? *Healthcare quarterly (Toronto, Ont.)*, 14, 8-20.
23. Berkman, L. F. (2009). Social epidemiology: social determinants of health in the United States: are we losing ground? *Annual Review of Public Health*, 30, 27-41.
24. Garg, A., & Dworkin, P. H. (2011). Applying surveillance and screening to family psychosocial issues: Implications for the medical home. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 32(5), 418-426.
25. Wickham, S., Anwar, E., Barr, B., Law, C., & Taylor-Robinson, D. (2016). Poverty and child health in the UK: using evidence for action. *Archives of Disease in Childhood*, 101(8), 759-766.
26. Goudet, S. M., Kimani-Murage, E. W., Wekesah, F., Wanjohi, M., Griffiths, P. L., Bogin, B., & Madise, N. J. (2016). How does poverty affect children's nutritional status in Nairobi slums? A qualitative study of the root causes of undernutrition. *Public Health Nutrition*, 1-12.
27. Page-Reeves, J., Kaufman, W., Bleecker, M., Norris, J., McCalmont, K., Ianakieva, V., Kaufman, A. (2016). Addressing social determinants of health in a clinic setting: The WellRx Pilot in Albuquerque, New Mexico. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 29(3), 414-418.

28. Chatterjee, K., Sinha, R. K., Kundu, A. K., Shankar, D., Gope, R., Nair, N., & Tripathy, P. K. (2016). Social determinants of inequities in under-nutrition (weight-for-age) among under-5 children: a cross sectional study in Gumla district of Jharkhand, India. *International Journal for Equity in Health*.
29. Hamad, R., & Rehkopf, D. H. (2016). Poverty and child development: a longitudinal study of the impact of the earned income tax credit. *American Journal of Epidemiology*, 183(9), 775-784.
30. Koffi, A. K., Maina, A., Yaroh, A. G., Habi, O., Bensaid, K., & Kalter, H. D. (2016). Social determinants of child mortality in Niger: Results from the 2012 National Verbal and Social Autopsy Study. *J Glob Health*, 6(1), 010603.
31. Chin, M. H., Alexander-Young, M., & Burnet, D. L. (2009). Health care quality-improvement approaches to reducing child health disparities. *Pediatrics*, 124 Suppl 3, 224-236.
32. Fişek, A. G., & Gökbayrak, Ş. (2006). Sosyal hekimlik politikaları içinde doğum hekimliği ve etiğin yeri. <http://sosyalpolitika.fisek.org.tr/sosyal-hekimlik-politikalari-icinde-dogum-hekimligi-ve-etigin-yeri/> adresinden 26.10.16 tarihinde erişilmiştir.
33. Albert Einstein 1950'den aktaran Engel, G. L. (1997). From biomedical to biopsychosocial: Being scientific in the human domain. *Psychosomatics*, 38(6), s. 524.
34. Koch-Weser, D. (2009). The historical development of social medicine as a responsibility of the physician. *Quo Vadis Medical Healing*, 101-105.
35. Hobson, W. (1949). What is social medicine? *British medical journal*, 2(4619), 125.
36. Rosen, 1974'ten aktaran Anderson, M. R., Smith, L., & Sidel, V. W. (2005). What is social medicine? *Monthly Review-an Independent Socialist Magazine*, 56(8), 27-34.
37. Rosen, 1972'den aktaran Koch-Weser, D. (2009). The historical development of social medicine as a responsibility of the physician. *Quo Vadis Medical Healing*, 101-105.
38. Frank, J. P. (1941). The people's misery: Mother of diseases. *Bulletin of the History and Medicine*, 9.
39. Anderson, M. (2008). "The people's misery: Mother of diseases": Johann Peter Frank(1790). <http://www.socialmedicine.org/2008/09/03/history-of-social-medicine/the-peoples-misery-mother-of-diseases-johann-peter-frank-1790/> adresinden 26.10.16 tarihinde erişilmiştir.

40. Neumann, 1847'den aktaran Kottke, T. E. (2011). Medicine Is a Social Science in Its Very Bone and Marrow. *Mayo Clinic Proceedings*, 86(10), s. 931.
41. Guerain, 1848'den aktaran Koch-Weser, D. (2009). The historical development of social medicine as a responsibility of the physician. *Quo Vadis Medical Healing*, 102.
42. Schultz, M. (2008). Rudolf Virchow. *Emerging Infectious Diseases*, 14(9), 1480.
43. Virchow, 1849'dan aktaran Koch-Weser, D. (2009). The historical development of social medicine as a responsibility of the physician. *Quo Vadis Medical Healing*, 102.
44. Waitzkin, H. (1981). The social origins of illness: a neglected history. *International Journal of Health Services*, 11(1), 77-103.
45. Rosen, 1948'den aktaran Arpat,H.(2014). Alfred Grothjahn: Halk sağlığında bir portre – 1. <http://toplumcutip.blogspot.com.tr/2014/04/alfred-grothjahn-halk-saglgnda-bir.html> adresinden 26.10.16 tarihinde erişilmiştir.
46. Arpat,H.(2014). Alfred Grothjahn: Halk sağlığında bir portre – 1. <http://toplumcutip.blogspot.com.tr/2014/04/alfred-grothjahn-halk-saglgnda-bir.html> adresinden 26.10.16 tarihinde erişilmiştir.
47. Quirke, V., & Gaudillière, J. P. (2008). The era of biomedicine: science, medicine, and public health in Britain and France after the Second World War. *Medical History*, 52(04), 441-452.
48. Jong-Wook, L. (2003). Science and the health of the poor. *Bulletin of the World Health Organization*, 81(7), 473-473.
49. Waitzkin, H., Iriart, C., Estrada, A., & Lamadrid, S. (2001). Social medicine then and now: lessons from Latin America. *American Journal of Public Health*, 91(10), 1592-1601.
50. Porter, D. (2006). How did social medicine evolve, and where is it heading? *PLoS Med*, 3(10), 399.
51. Fişek, N. H. (1983). Halk sağlığına giriş. Hacettepe Üniversitesi.
52. Farmer, P. (1999). Pathologies of power: Rethinking health and human rights. *American Journal of Public Health*, 89(10), 1486-1496.
53. Hunt, P. (2002). The right to health: from the margins to the mainstream. *Lancet*, 360(9348), 1878.
54. World Health Organization (1978). Alma Ata Declaration.
55. Fişek Enstitüsü. (2012). Halk sağlığında iz bırakanlar/ Prof. Dr. Nusret Fişek: Bir önderin seyir defteri (2012). <http://sosyalpolitika.fisek.org.tr/halk-sagliginda-iz->

birakanlar-prof-dr-nusret-h-fisek-bir-onderin-seyir-defteri/ adresinden 26.10.16 tarihinde erişilmiştir.

56. Beeson, P. B. (1977). McKeown's "The role of medicine": a clinician's reaction. *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, 365-372.
57. Marmot, M. G., Allen, J., Goldblatt, P., Boyce, T., McNeish, D., Grady, M., & Geddes, I. (2010). *Fair society, healthy lives: Strategic review of health inequalities in England post-2010*.
58. Marmot, M. G. (2015). *The Health Gap: The Challenge of An Unequal World*. Bloomsbury Publishing.
59. Perry, B. D. & Szalavitz, M. (2007). *The boy who was raised as a dog: and other stories from a child psychiatrist's notebook-what traumatized children can teach us about loss, love and healing*. Basic Books.
60. Wright, R. J., Mitchell, H., Visness, C. M., Cohen, S., Stout, J., Evans, R., & Gold, D. R. (2004). Community violence and asthma morbidity: the Inner-City Asthma Study. *American Journal of Public Health*, 94(4), 625-632.
61. McLean, D. E., Bowen, S., Drezner, K., Rowe, A., Sherman, P., Schroeder, S., Redlener, I. (2004). Asthma among homeless children: undercounting and undertreating the underserved. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 158(3), 244-249.
62. Wood ve diğ., 1990'dan aktaran Kenyon, C., Sandel, M., Silverstein, M., Shakir, A., & Zuckerman, B. (2007). Revisiting the social history for child health. *Pediatrics*, 120(3), 734-738.
63. Frank, D. A., Roos, N., Meyers, A., Napoleone, M., Peterson, K., Cather, A. & Cupples, L. A. (1996). Seasonal variation in weight-for-age in a pediatric emergency room. *Public Health Reports*, 111(4), 366.
64. Frank, D. A., Neault, N. B., Skalicky, A., Cook, J. T., Wilson, J. D., Levenson, S., Berkowitz, C. (2006). Heat or eat: The low income home energy assistance program and nutritional and health risks among children less than 3 years of age. *Pediatrics*, 118(5), 1293-1302.
65. WHO/FAO Expert Consultation. (1990). *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases*. WHO Technical.
66. Avery ve diğ., 1993'ten aktaran Wilkinson, R. G., & Marmot, M. G. (2003). *Social determinants of health: the solid facts*: World Health Organization.

67. Bosma, H., Marmot, M. G., Hemingway, H., Nicholson, A. C., Brunner, E., & Stansfeld, S. A. (1997). Low job control and risk of coronary heart disease in Whitehall II (prospective cohort) study. *BMJ*, 314(7080), 558.
68. Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(1), 27.
69. Mason, C. (2000). Transport and health: en route to a healthier Australia? *The Medical Journal of Australia*, 172(5), 230-232.
70. Arcury, T. A., Gesler, W. M., Preisser, J. S., Sherman, J., Spencer, J., & Perin, J. (2005). The effects of geography and spatial behavior on health care utilization among the residents of a rural region. *Health Services Research*, 40(1), 135-155.
71. Syed, S. T., Gerber, B. S., & Sharp, L. K. (2013). Traveling towards disease: Transportation barriers to health care access. *Journal of Community Health*, 38(5), 976-993.
72. Alcock, P. (2012). Poverty and social exclusion. <https://hubslide.com/uploads/1485/a96e/c-26.pdf> adresinden 26.10.16 tarihinde erişilmiştir.
73. Berkman, L. F., & Syme, S. L. (1979). Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County residents. *American Journal of Epidemiology*, 109(2), 186-204.
74. Tompkins ve diğ., 1998'den aktaran Oberg, C. N. (2003). Pediatric advocacy: Yesterday, today, and tomorrow. *Pediatrics*, 112(2), s. 408.
75. Rudolf ve diğ., 1999'dan aktaran Paulson, J. A. (2001). Pediatric advocacy. *Pediatric Clinics of North America*, 48(5), s. 1307.
76. Oberg, C. N. (2003). Pediatric advocacy: Yesterday, today, and tomorrow. *Pediatrics*, 112(2), 406-409.
77. Palfrey, J. (2006). *Child health in America: Making a difference through advocacy*. Johns Hopkins University Press.
78. Haggerty, R. J. (1997). Abraham Jacobi, MD, respectable rebel. *Pediatrics*, 99(3), 462-471.
79. Paulson, J. A. (2001). Pediatric advocacy. *Pediatric Clinics of North America*, 48(5), 1307-1318.
80. Truax, 1952'den aktaran Haggerty, R. J. (1997). Abraham Jacobi, MD, respectable rebel. *Pediatrics*, 99(3), s. 465.

81. Ford-Jones, L., Williams, R., & Bertrand, J. (2008). Social paediatrics and early child development: Part 1. *Paediatr Child Health*, 13 (9), 755-758.
82. Fazalullasha, F., Taras, J., Morinis, J., Levin, L., Karmali, K., Neilson, B., McDonald, M. (2014). From office tools to community supports: The need for infrastructure to address the social determinants of health in paediatric practice. *Paediatrics & Child Health*, 19(4), 195.
83. Zuckerman, B. (2014). Growing up poor: a pediatric response. *Academic Pediatrics*, 14(5), 431-435.
84. Garg, A., Toy, S., Tripodis, Y., Silverstein, M., & Freeman, E. (2015). Addressing social determinants of health at well child care visits: a cluster RCT. *Pediatrics*, 135(2), 296-304.
85. Ertuğ, C. (2015). Türkiye'de ve dünyada İhsan Doğramacı olayı. Meteksan yayınevi.
86. Yurdakök, M. (2016). Anadolu'da çocuk hekimliğinin 12000 yıllık öyküsü. Güneş Tıp Kitabevleri.
87. Özgür, S., & Özgür, T. (Ed.). (1994). Sosyal pediatri: Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları No:102.
88. UNICEF. (2004). Çocuk haklarına dair sözleşme.
89. National Association of Social Workers. (2005). NASW standards for social work practice in health care settings. National Association of Social Workers.
90. Zuckerman, B., Sandel, M., Smith, L., & Lawton, E. (2004). Why pediatricians need lawyers to keep children healthy. *Pediatrics*, 114(1), 224-228.
91. Kenyon, C., Sandel, M., Silverstein, M., Shakir, A., & Zuckerman, B. (2007). Revisiting the social history for child health. *Pediatrics*, 120(3), 734-738.
92. Tunçbilek, E. (1990). Hikaye alma. E. Tunçbilek, T. Coşkun, & M. Yurdakök (Ed.), *Çocuk sağlığı: Prepedotik içinde* (s. 5-28): Hacettepe Üniversitesi yayınları.
93. Arioğul, S. (2003). Öykü alma. T. Sözen, N. Güler, & G. S. Güven (Ed.), *Klinik tanıda ilk adım, hikaye alma ve klinik muayene içinde* (s. 9-18): Hacettepe Üniversitesi yayınları.
94. Demirsoy, S. (2010). Öykü-fizik muayene. E. Hasanoğlu, R. Düşünsel, & A. Bideci (Ed.), *Temel pediatri içinde*(s. 7): Güneş Tıp Kitabevleri.
95. Pierce, M. C., Kaczor, K., & Thompson, R. (2014). Bringing back the social history. *Pediatric Clinics of North America*, 61(5), 889-905.

96. Green, A. R., Betancourt, J. R., & Carrillo, J. E. (2002). Integrating social factors into cross-cultural medical education. *Academic Medicine*, 77(3), 193-197.
97. Goldenring, J. M., & Rosen, D. S. (2004). Getting into adolescent heads: an essential update. *Contemporary Pediatrics-Montvale*, 21(1), 64-92.
98. O'Toole, J. K., Burkhardt, M. C., Solan, L. G., Vaughn, L., & Klein, M. D. (2012). Resident confidence addressing social history is it influenced by availability of social and legal resources? *Clinical Pediatrics*, 51(7), 625-631.
99. Klein, M. D., Kahn, R. S., Baker, R. C., Fink, E. E., Parrish, D. S., & White, D. C. (2011). Training in social determinants of health in primary care: does it change resident behavior? *Academic Pediatrics*, 11(5), 387-393.
100. Klein, M. D., Alcamo, A. M., Beck, A. F., O'Toole, J. K., McLinden, D., Henize, A., & Kahn, R. S. (2014). Can a video curriculum on the social determinants of health affect residents' practice and families' perceptions of care? *Academic Pediatrics*, 14(2), 159-166.
101. Garg, A., Butz, A. M., Dworkin, P. H., Lewis, R. A., Thompson, R. E., & Serwint, J. R. (2007). Improving the management of family psychosocial problems at low-income children's well-child care visits: the WE CARE Project. *Pediatrics*, 120(3), 547-558.
102. Gottlieb, L. M., Hessler, D., Long, D., Laves, E., Burns, A. R., Amaya, A., Adler, N. E. (2016). Effects of social needs screening and In-Person Service Navigation on child health: a randomized clinical trial. *JAMA Pediatr*, 162521.
103. Lopez-Arana, S., Avendano, M., van Lenthe, F. J., & Burdorf, A. (2016). The impact of a conditional cash transfer programme on determinants of child health: evidence from Colombia. *Public Health Nutrition*, 19(14), 2629-2642.
104. Kuş, E. (2012). Nicel-nitel araştırma teknikleri. Anı Yayıncılık.
105. Creswell, J. W. (2013). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches*: Sage.
106. Mason, J. (2002). *Qualitative researching*. Sage.
107. Neuman, W. L. (2007). *Toplumsal araştırma yöntemleri: nitel ve nicel yaklaşımlar*. Yayın Odası Yayınları.
108. Yıldırım, A., & Simsek, H. (2000). *Nitel araştırma yöntemleri*. Seçkin Yayıncılık.
109. Patton, 1987'den aktaran Yıldırım, A., & Simsek, H. (2000). *Nitel araştırma yöntemleri*. Seçkin Yayıncılık.

110. Bogdan ve Biklen, 1992'den aktaran Yildirim, A., & Simsek, H. (2000). Nitel araştırma yöntemleri. Seçkin Yayıncılık.
111. Morgan, D. L. (1998). The focus group: Guideboo. Sage.
112. Strauss, A., & Corbin, J. (1998). Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory. Sage.
113. Sugg, N. K., & Inui, T. (1992). Primary care physicians' response to domestic violence: opening Pandora's box. JAMA, 267(23), 3157-3160.
114. Robert Wood Johnson Foundation. (2011). Health care's blind side: the overlooked connection between social needs and good health.  
<http://www.rwjf.org/en/library/research/2011/12/health-care-s-blind-side.html>  
adresinden 26.10.16 tarihinde erişilmiştir.
115. Hasanoğlu, E., Düşünsel, R. & Bideci, A. (2010). Temel pediatri. Güneş Tıp Kitabevleri.
116. Kliegman, R., Behrman, R. E., & Nelson, W. E. (2016). Nelson textbook of pediatrics. Elsevier.
117. Spleen, A. M., Lengerich, E. J., Camacho, F. T, & Vanderpool, R. C. (2014). Health care avoidance among rural populations: Results from a nationally representative survey. The Journal of Rural Health, 30(1), 79-88.
118. Elbek, O. (2009). Sağlıkta dönüşüm: Eleştirel bir değerlendirme. Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni, 12(1), 33-43.
119. Fierman, A. H., Beck, A. F., Chung, E. K., Tschudy, M. M., Coker, T. R., Mistry, K. B., Cox, J. (2016). Redesigning health care practices to address childhood poverty. Academic Pediatrics, 16(3), 136-S146.
120. Stanley, N. (2011). Children experiencing domestic violence: a research review. Research in Practice Dartington.
121. Hughes, C., & Avoke, S. K. (2010). The elephant in the room: Poverty, disability, and employment. Research and Practice for Persons with Severe Disabilities, 35(1-2), 5-14.
122. Ventres, W., & Gusoff, G. (2014). Poverty blindness: exploring the diagnosis and treatment of an epidemic condition. Journal of Health Care for the Poor and Underserved, 25(1), 52-62.
123. Hernandez-Rincon, E. H., Pimentel-Gonzalez, J. P., Orozco-Beltran, D., & Carratala-Munuera, C. (2016). Inclusion of the equity focus and social determinants of health in



health care education programmes in Colombia: a qualitative approach. *Family Practice*, 33(3), 268-273.

## EKLER

### EK 1: Görüşmecilere İlişkin Bilgiler

Derinlemesine görüşmeye katılanlar listesi:

Rumuz	Yaş	Cinsiyet	Görevi	Çalıştığı Yer
Dr. Ece	28	Kadın	Çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlık öğrencisi	Üniversite hastanesi
Dr. Zeren	28	Kadın	Çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlık öğrencisi	Eğitim ve araştırma hastanesi
Dr. Barış	27	Erkek	Çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlık öğrencisi	Üniversite hastanesi
Dr. Feza	25	Kadın	Çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlık öğrencisi	Üniversite hastanesi
Dr. Cansu	32	Kadın	Çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı	Devlet hastanesi
Dr. Hakan	30	Erkek	Çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı	Üniversite hastanesi
Dr. İdil	37	Kadın	Çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı	Özel muayenehane
Dr. Yusuf	41	Erkek	Çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı (özel hastanede genel pediatrist ve çocuk onkoloğu olarak çalışıyor)	Özel hastane
Dr. Sedef	33	Kadın	Çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı ve gelişimsel pediatri yan dal uzmanlık öğrencisi	Üniversite hastanesi
Dr. Mehmet	43	Erkek	Tıp eğitimi ve bilişimi öğretim görevlisi	Üniversite hastanesi
Dr. Bilge	41	Kadın	Çocuk sağlığı ve hastalıkları öğretim görevlisi (üniversite hastanesinde ergen sağlığı bölümünde çalışıyor)	Üniversite hastanesi
Dr. Serkan	47	Erkek	Çocuk sağlığı ve hastalıkları öğretim görevlisi (üniversite hastanesinde çocuk immünolojisi bölümünde çalışıyor)	Üniversite hastanesi

Odak grup görüşmesine katılanlar listesi:

Rumuz	Yaş	Cinsiyet	Görevi	Çalıştığı Yer
Dr. Beril	25	Kadın	Çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlık öğrencisi	Üniversite hastanesi
Dr. Arda	24	Erkek	Çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlık öğrencisi	Üniversite hastanesi
Dr. Miray	29	Kadın	Çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlık öğrencisi	Eğitim ve araştırma hastanesi
Dr. Can	26	Erkek	Çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlık öğrencisi	Eğitim ve araştırma hastanesi
Dr. Sezin	27	Kadın	Çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlık öğrencisi	Üniversite hastanesi
Dr. Özlem	26	Kadın	Çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlık öğrencisi	Eğitim ve araştırma hastanesi

## EK 2: Derinlemesine Görüşme Formu

Sayın Katılımcı,

Bu çalışma Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Sosyal Pediatri Bilim Dalı tarafından yürütülmektedir ve öncesinde Hacettepe Üniversitesi Etik Komisyonundan izin alınmıştır.

Araştırmada, Türkiye'deki çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanları ve uzmanlık öğrencilerinin anamnezde sosyal öykünün yeri hakkındaki görüşlerinin ve sosyal öykü pratiklerinin öğrenilmesi amaçlanmaktadır.

Araştırma tekniği olarak derinlemesine görüşme yöntemi kullanılacaktır. Yüz yüze gerçekleşecek olan bu görüşme, araştırmacının sorduğu sorulara vereceğiniz yanıtlarla ilerler. Bu, esnek bir süreç olup sizin değinmeyi öncelikli bulduğunuz konulara da yer verilecektir. Sorulacak soruların herhangi bir doğru cevabı bulunmamaktadır, konu hakkındaki tüm düşüncelerinizi özgürce belirtmeniz değerlidir.

Görüşmenin başlangıcından itibaren araştırmacı tarafından veri toplama aracı olarak ses kaydı alınacak ve yazılı not tutulacaktır. Ses kayıtları, kimlik bilgileriniz ve kurumunuzun ismi herhangi bir amaçla paylaşılmayacaktır, çalışma kapsamında edinilen bilgiler kimlik bilgileriniz gizlenerek eğitim ve bilimsel yayın amacıyla kullanılacaktır.

Araştırmaya katılım tamamen gönüllülük esasına dayalıdır, görüşmeyi katılmayı kabul etmeyebilir veya katılma kararı aldıktan sonra herhangi bir zamanda çalışmadan ayrılabilirsiniz.

Bu tez çalışmasının danışmanı Hacettepe Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Sosyal Pediatri Bilim Dalı öğretim üyesi Prof. Dr. S. Songül YALÇIN'dır. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Arş. Gör. Dr. Merve Çiçek KANATLI'nın uzmanlık tezi olarak yürütülen bu çalışmaya, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü Arş. Gör. Engin FIRAT da katkı sunmaktadır.

Çalışmayla ilgili aklınıza gelebilecek tüm soruları dilediğiniz zaman sorabilirsiniz, yanıtlamaktan memnuniyet duyarım. Sorularınızı görüşmeden önce ve sonra dilediğiniz zaman sorabilirsiniz.

. Sağlığın sosyal belirleyicileri

- Hastanızın içinde yaşadığı koşullar sağlığını nasıl etkiler?
- Biraz bu konudaki deneyimlerinizden bahseder misiniz?
- Hekimin hastasının yaşantısını öğrenmesinin ne gibi sonuçları olabilir?

.Sosyal öykü tanım ve içeriği

- Sizce sosyal öykü nedir?
- Size göre sosyal öykü hangi konuları içerebilir?
- Sağlam çocuk muayenesinde sosyal öykü alınmalı mı? Herhangi bir şikayeti olmayan çocuğun sosyal öyküsünü öğrenmek bize ne verir? Size göre neler içermeli?

- Her çocuk için tarama aracı olarak sosyal öykünün kullanımı hakkında ne düşünürsünüz?

#### .Hekimin sosyal öykü almasının etkisi

- Tanıda etkisi olur mu? Nasıl?
- Tedavide nasıl bir etkisi olur?
- Koruyucu hekimlik anlamında nasıl etkisi olur?

#### .Mevcut sosyal öykü pratiği

- Rutin muayenenizde nasıl sosyal öykü alıyorsunuz? Sosyal öykünüz hangi konuları içeriyor?
- Sosyal öyküde hangi konuların sorulmasını-aile ile tartışılmasını öncelikli buluyorsunuz?

#### .Eğitim

- Tıp eğitiminiz sırasında anamnezde sosyal öykü ile ilgili teorik veya uygulamalı eğitim aldınız mı? Eğitimin içeriği neydi?
- Uzmanlık eğitiminde anamnezde sosyal öykü ile ilgili teorik veya uygulamalı eğitim aldınız mı? Eğitimin içeriği neydi?

#### .Zaman

- Sosyal öykü almak için yeterli zamanınız oluyor mu?
- Ne kadar zamanınız daha olsun istersiniz?

#### .Duygusal deneyim

- Hekimlerin hastalarıyla aile içi şiddet gibi konularda konuşmamaya eğilimli olduğu biliniyor. Bu konuları konuşmak bazı olumsuz hisler getiriyor olabilir. Siz hastalarınızla bu ve benzeri konularda konuşurken nasıl hissediyorsunuz?
- Konuşmamayı tercih ettiğiniz durumlar var mı?
- Çözmekte zorlandığınız veya konuşmakta zorlandığınız /yönetmekte zorlandığınız durumlar oluyor mu/oldu mu?
- Sosyal öykü alırken karşılaştığınız engeller var mı?

#### .Yönlendirme

- Nöbetleri sıklaşan bir hastanın annesinin unutkanlığı varsa, mutsuz ve dalgın görünüyorsa buna yönelik yaklaşım nasıl olabilir?
- Vitamin eksikliği saptadığınız yoksulluk nedeniyle yeterli beslenemediğini, malnütrisyonu olduğunu öğrendiniz. Ne yaparsınız?
- Astım atak sıklığını azaltamadığınız hastanızın kötü barınma koşullarında yaşadığını öğrendiniz. Ne yaparsınız?
- Hastaların her sosyal problemini doktorların çözmesi mümkün değil, bu gibi durumlarda kimlerden veya hangi kuruluşlardan yardım istenebilir? Böyle bir deneyiminiz oldu mu?

### **EK 3: Odak Grup Görüşme Formu**

Sayın Katılımcılar,

Bu çalışma Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Sosyal Pediatri Bilim Dalı tarafından yürütülmektedir ve öncesinde Hacettepe Üniversitesi Etik Komisyonundan izin alınmıştır.

Araştırmada, Türkiye'deki çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanları ve uzmanlık öğrencilerinin anamnezde sosyal öykünün yeri hakkındaki görüşlerinin ve sosyal öykü pratiklerinin öğrenilmesi amaçlanmaktadır.

Araştırma tekniği olarak odak grup görüşmesi kullanılacaktır. Tartışmaya tüm katılımcıların katılımı önemlidir. Sorulacak soruların herhangi bir doğru cevabı bulunmamaktadır, konu hakkındaki tüm düşüncelerinizi özgürce belirtmeniz değerlidir.

Oturum başlangıcından itibaren veri toplama aracı olarak ses kaydı alınacak ve yazılı not tutulacaktır. Ses kayıtları, kimlik bilgileriniz ve kurumlarınızın isimleri herhangi bir amaçla paylaşılmayacaktır, çalışma kapsamında edinilen bilgiler kimlik bilgileriniz gizlenerek eğitim ve bilimsel yayın amacıyla kullanılacaktır. Diğer katılımcıların paylaşımlarının gizliliğini görüşme sonrasında korumanız beklenmektedir.

Araştırmaya katılım tamamen gönüllülük esasına dayalıdır, çalışmaya katılmayı kabul etmeyebilir veya katılma kararı aldıktan sonra herhangi bir zamanda çalışmadan ayrılabilirsiniz.

Bu tez çalışmasının danışmanı Hacettepe Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Sosyal Pediatri Bilim Dalı öğretim üyesi Prof. Dr. S. Songül YALÇIN'dır. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Arş. Gör. Dr. Merve Çiçek KANATLI'nın uzmanlık tezi olarak yürütülen bu çalışmaya, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü Arş. Gör. Engin FIRAT da katkı sunmaktadır.

Çalışmayla ilgili aklınıza gelebilecek tüm soruları dilediğiniz zaman sorabilirsiniz ve yanıtlamaktan memnuniyet duyarız. Sorularınızı odak grup çalışmasından önce ve sonra dilediğiniz zaman sorabilirsiniz.

1. Hastanızın içinde yaşadığı koşullar sağlığını nasıl etkiler? (15 dk)

Biraz bu konudaki deneyimlerinizden bahseder misiniz?

Bu konuda deneyimleri olan var mı?

2. Size göre sosyal öykü hangi konuları içerebilir? (15 dk)

Sağlam çocuk muayenesinde size göre sosyal öykü neleri içermeli?

Şikayeti olan-olmayan her çocuk için tarama aracı olarak sosyal öykünün kullanımı hakkında ne düşünüyorsunuz?

3. Günlük pratiğinizde sizin sosyal öyküyle ilgili deneyimleriniz nasıl? (25 dk)

Hangi durumlarda çocuğun sosyal öyküsünü derinleştiriyorsunuz?

Sosyal öykü alırken yaşadığınız güçlükler neler?

4. (Aile içi şiddet, yoksulluk nedeniyle dengeli beslenememe, annede depresyon) gibi hekimin kendi çözemeyeceği problemlerle ilgili, yönlendirici olması konusunda ne düşünüyorsunuz?

5. Örnek materyalin (Yapılandırılmış sosyal öykü formatı-EK 4) sunulması (20 dk), tartışılması

6. Öneriler (10 dk)

Konuştuğumuz konular içinde size göre en önemlisi neydi?

Anahtar soruları ve yanıtları özetle (2-3 dk );

Konuşmalarımızı doğru ve yeterli olarak özetledim mi?

Konuşmamıza ekleyebileceğimiz değinmediğimiz bir şey kaldı mı?

#### EK 4: Yapılandırılmış Sosyal Öykü Formatı

Domain/Area	Examples of Questions
<b>Income</b> General Food income	Do you ever have trouble making ends meet? Within the past 12 months did you worry whether your food would run out before you got money to buy more? Within the past 12 months did the food you buy last and did you have money to get more?
<b>Transportation</b> Public transportation  Long distance travels	Do you have trouble paying for public transportation?  Are you able to access basic needs from your home (ie, food, health services, job, school) in manageable time?
<b>Housing</b> Housing Utilities	Is your housing ever a problem for you? Do you ever have trouble paying your electric/heat/telephone bill?
<b>Education</b> Appropriate education placement  Early childhood program	How is your child doing in school? Is he/she getting the help to learn what he/she needs? Are you able to speak to the teacher and go to parent-teacher meetings? Does your child use the breakfast programs, have after-school programs at the school? Do you go to the Early Years/Best Start Child and Family Centers? Does your child go to other preschool, or other early childhood activities?
<b>Legal status</b> Immigration	Do you have questions about your immigration status? Do you need help accessing benefits or services for your family?
<b>Literacy</b>  Child literacy  Parent literacy	Do you read to your child or tell stories around pictures in the book every night? Singing and speaking with your child as much as possible is really good too – are you able to do that? How happy are you with how you read?
<b>Personal safety</b> Domestic violence  General safety	Have you ever taken out a restraining order?  Do you feel safe in your relationship? Do you feel safe in your home? In your neighborhood?
<b>Support</b> Personal  Support services	Do you have a close network of supportive family and friends? Are you aware of social programs available to you? Do you use them?

Kaynak: Fazalullasha ve diğ., (2014). From office tools to community supports: The need for infrastructure to address the social determinants of health in pediatric practice, *Paediatr Child Health*, 19, 4, 195-199.



**EK 5: Etik Kurul Belgesi**



**T.C.**  
**HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ**  
Rektörlük

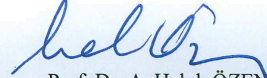
Sayı : 35853172/ 433 - 254

08 Şubat 2016

**ÇOCUK SAĞLIĞI ENSTİTÜ MÜDÜRLÜĞÜNE**

Enstitünüz Sosyal Pediatri Anabilim Dalı öğretim üyesi **Prof. Dr. Sıdika Songül YALÇIN** sorumluluğunda, **Arş. Gör. Merve ÇİÇEK KANATLI** ile **Arş. Gör. Engin FIRAT** tarafından yürütülen "**Çocuk Hekimlerinin Anamnezde Sosyal Öyküye Bakışı ve Sosyal Öykü Pratikleri**" başlıklı tez çalışması, Üniversitemiz Senatosu Etik Komisyonunun **12 Ocak 2016** tarihinde yapmış olduğu toplantıda incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

  
Prof. Dr. A. Haluk ÖZEN  
Rektör

Hacettepe Üniversitesi Rektörlük 06100 Sıhhiye-Ankara  
Telefon: 0 (312) 305 3001 - 3002 • Faks: 0 (312) 311 9992  
E-posta: yazimd@hacettepe.edu.tr • www.hacettepe.edu.tr

Ayrıntılı Bilgi için:  
Yazı İşleri Müdürlüğü  
0 (312) 305 1008

