

3.Sayı 2005 Cilt 2,Sayı 1

Ayrımcılık ve Özürlüler

Mehmet Ergün

Sosyal Çalışmacı

Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı

ÖZET

Günümüzde özürlüler hâla sosyal dışlanmışlık ve ayrımcılıkla karşılaşmaktadırlar. Çeşitli araştırmalar özürlülerin toplum içinde ayrımcılıkla yüz yüze kalmaya devam ettiklerini göstermektedir. Kişisel ve ortak çabalar da istenilen gelişmelerin uzağında kaldığı için her gün milyonlarca özürlü ayrımcılıkla karşı karşıya kalmaktadır. Toplumun özürlülerle olan ayrımcılık problemi kaynağının, cinsiyet ve ırkçılık ayrımcılığı gibi bireysel düzeyde veya kurumsal uygulamalarla da meydana geldiği söylenebilir. Özürlülük ayrımcılığa neden değildir. Ayrımcılıkla mücadelenin amacı; eksiklikleri olan kişileri özürlü hale getiren sosyal dışlanmanın yok edilerek düzeltilmesi ve güçlendirilmesi, böylece özürlüleri sosyal politikalar ve uygulamalar açısından yetkin hale getirerek toplumsal yaşama katılmalarını ve bütünleşmelerini sağlamaktır.

Anahtar Sözcükler: Özürlülük, ayrımcılık, insan hakları

GİRİŞ

Özürlüler yaşadıkları toplumlarda bir çok olumsuz tutum ve davranışla karşılaşabilmekte, ülkelerin gelişmişlik düzeyleri farklılıklar gösterse de toplumların özürlülere karşı tutum ve davranışları benzerlikler göstermektedir. Ekonomik, sosyal ve siyasî yapı bozuklukları, toplumların bilgi eksikliği, yetersizliği, aldırmaçlığı, yanlış yaklaşımları, olumsuz tutumları, ayrımcılık ve fiziksel çevre koşulların yetersizliği özürlülerin sıklıkla karşılaştıkları engellerdir. Özürlülerin toplumlarda karşılaştıkları en önemli engellerden biri de onların üretici bireyler haline gelmelerini engelleyen tutumlardır. Çalışma yalnızca gelir getiren bir olgu olmayıp aynı zamanda özürlü bireyin toplum içindeki konumunu da belirlemektedir. “Bireyin sosyal statü sahibi olması ve topluma tam katılımı, tüketici olmaktan çıkıp üretici olmasına bağlıdır. Bu üretkenlik özürlü insanlarımızın psikolojik durumları nedeniyle ayrı bir önem taşımaktadır. Özürlüleri toplumun dışına iten, onları üretici yerine tüketici yapan, sosyal bütünleşmelerini engelleyen en önemli sorun ise özürlü ayrımcılığıdır” (Aytaç, 2000).

Özürlü ayrımcılığının ortadan kaldırılabilmesi için başta özürlüler olmak üzere toplumun tüm kesiminin çabası gereklidir. Bu anlamda “ülkemizde evrensel anlamda var olan ayrımcılık karşıtı hareketin içinde özürlülük olgusu bulunmaz ve bunu hiçbir özürlü örgütü de temel sorun olarak görmezse de gerçekte temel sorun budur. Toplumla bütünleşme, olumlu ayrımcılık adı verilen bu düşünce kalıplarının yok edilmesi ile sağlanır. Toplumsal tarihi incelediğimizde, biyolojik ve kültürel farklılıkların, toplumsal davranışı belirleyen düşünce kalıplarında, her zaman bir ayrımcılığı beraberinde getirmiş olduğu görülür. Ayrımcılığa karşı oluşan toplumsal hareketlerde bile, bir tür ayrımcılık ideolojisi karşımıza çıkar. Bu en tipik varlığını dilsel anlatımda bulur. Dışlama-aşağılama kavramlarının, içeriksel tanımları; ırkçılık-cinsiyetçilik ideolojilerinde keskin bir görünüme sahiptir” (www.cagridogan.com).

KAVRAMSAL YAKLAŞIM

İnsanlar; bedensel, zihinsel ve duygusal yönlerden eşit olmayan bir yapıya sahiptirler. Eşitsizlikler baştan var oldukları için yapılabilecek iki tercih vardır; biri toplumsal çabalarla doğal eşitsizliği azaltmak, diğeri, bunun aksine, herkesi eşit olmayan niteliklerine göre ödüllendirmek. Geleneksel aydınlanma düşüncesi, insanın kamusal, aktif ve rasyonel oluşunun altını çizirken, bireyleri bir aktör olarak değerlendirir. Günümüzde ise bireyler bir aktör olarak değil, kendi kimlikleriyle tanınmaya başlamışlardır. Bugün modernitenin ve toplum kavramının eleştirilmesi ayrıca bireyler hakkında daha fazla düşünmeye başlanmasıyla, modern sosyal teoriler, bireyleri fazlaca vurgulayan düşünme yollarını göstermeye başlamışlardır.

Birey rasyonalizasyon adına topluma feda edilmiş veya insanî değerlerden arındırılmıştır. Kimlik; rol, sosyal statü, norm ve anlamlarla farklı grup ve sınıflara bölünürken, farklı söylemlerin ortaya çıkışıyla, bireyler bünye ve zekâlarına göre, bilimsel bir sınıflamaya indirgenirken aynı zamanda “şeyleştirmeye” tâbi tutulurlar. Deli, hasta, özürlü, vb. gruplarda toplanır. Özürlülere ilişkin olumsuz tutum ve davranışların geçmişi tarih kadar eskidir. “Eski çağlarda özürlülere ilişkin olumsuz algı ve yargılar (onların şeytan ve aşağı varlıklar oldukları, vb. inanışlar) yüzünden özürlüler katledilmişlerdir (Henderson & Bryan, 1997).

Günümüz toplumlarında ise genellikle özürlü insanların kendi sorumluluklarını üstlenemez ve bunları istese de yerine getiremez düşüncesi yaygındır. “Bu durum, özürlü bireyin kendi sorunlarını çözebilmesini ve toplum içerisinde bağımsız bir birey olmasını engellemektedir. Gerçekte ise bireyi özürlü durumuna getiren özrün kendisi değil, toplumun özürlüye tepkisidir. Ayrıca bu türden bir toplumsal tepki özürlü bireylerin bağımsızlığını sebepsiz şekilde reddeden bir adaletsizliğe neden olmaktadır” (Oliver,1990). Özürlülere karşı olumsuz tutum ve yargılar, genellikle özürlü olmayan diğer bireylerin özürlülerle iletişim kuramamasından kaynaklanmaktadır. “Bunların başında da onlarla yakın temasta bulunulmaması, nasıl ilişki kurulabileceğinin bilinmemesi, haklarında gerçekçi ve bilimsel bilgilerle donanımlı olunmaması, özürlüyle birlikte olmanın getirdiği sorunlarla nasıl baş edileceğinin bilinmemesi, destek hizmetlerinin eksikliği gibi nedenlerden söz edilebilir. Bu nedenlerden kaynaklanan sorunların giderilmesine bağlı olarak özürlülere ilişkin tutumların değiştirilmesi mümkündür” (Yıldırım ve Dökmen, 2004).

Toplumun özürlülerle olan problemlerin kaynağının “ırkçılık ve cinsiyet ayrımcılığı gibi, bireysel düzeyde olduğu ve kurumsal uygulamalarla meydana çıktığı da söylenebilir” (Oliver,1990). Bireysel ve kurumsal uygulamalar da özürlüleri toplumun dışına iterek onları diğerlerinden ayırır. Bu ayrıştırma damgalama ve marjinalleştirme olarak karşımıza çıkar.

“Damgalama; bireyin onur kırıcı bir tutumla karşı karşıya kalma sürecidir” (Goffman,1965). Damgalanmış bireyin hayatının merkezindeki sorunu kabul edilmedir. Marjinalleştirme ise; bireyin sosyal hayatın dışında kalma sürecidir. Bu durum özürlü bireyi etkili bir şekilde “vatandaşlık, kaynaklar, eğitim, çalışma, ev edinme vb. konularındaki yaşamlardan reddeder” (Williams, 1998). Marjinal birey sosyal hayatın idarî ve ekonomik işleyişinden dışlanır, kişinin kendi hayatı üzerindeki otoritesi elinden alır. Damgalama ve marjinalleştirmenin her biri eksikliği olan bireyi sosyal hayatın dışına iter ve insanları özürlü hale getirir. İki arasındaki önemli farklılık, damgalamanın genellikle birebir ilişkilerin yaşandığı aile, arkadaş çevresi, komşular ve iş yerindeki samimî gruplarda kendiliğinden meydana gelen “bireysel ve resmî olmayan bir yapıda olmasıdır” (Michener & Delamater, 1999).

Marjinalleşme ise; bürokrasi gibi, samimî olmayan “resmî ve kendiliğinden meydana gelmeyen” (Michener & De Lamater, 1999) ilişkilerin yaşandığı daha ikincil bir çevrede ortaya çıkar. Ayrıca marjinalleşme, bireyin içinde yaşadığı toplumdaki ekonomik ve idarî ilişkilerine de yansır. Bu yüzden “marjinalleşmiş bir dünyada nitelikli ve mesleklerinde yeterli olanlar özürlerinden dolayı geri çevrilirler” (Hunt, 1998).

“Özürsüzlüğün sorunları açısından ayrımcılık bağlamı yaklaşımlar öncelikle özürsüzlük konusunda var olan kurumsal yapılardan kaynaklanmaktadır. Modernliğin kurum temelli mantığı özürsüzlük konusunda ciddi bir ayrımcılığı belirleyecek bir yapının ortaya çıkmasını sağlamıştır. Bu durum ayrımcılığın kurumsallaştırılması olarak nitelendirilebilir” (Aysoy, 2004). Bu anlayış ve tutumlar nedeniyle özürsüzlü bireyler toplum içinde hak ettiği yeri alamaz, dışlanarak “şeyleştirilmeye” bağlı olarak yaşamlarını sürdürmeleri istenir. Şeyleştirme veya ötekileştirme de diyebileceğimiz bu durum kurumsal yapılarla da desteklenir.

Özürsüzlü bireylerin yanı sıra toplum içinde yetersiz insanlar da bulunmaktadır. Bunlar marjinal gruplardır ve toplumun bu gruplara adaletli yaklaşımı gereklidir. Empati ile bu grupların toplum içinde hangi sorunlarla karşılaştıklarını anlamamız gerekmektedir.

AYRIMCILIK SORUNU

Özürsüzlü alanındaki tartışmalar içerisinde sıkça rastladığımız, “insan hakları kavramı” da gelişim süreci itibarıyla bu değişikliklere işaret etmekte ve gelişimin bugün vardığı son nokta ile de yeni siyasal alternatifler sunmaktadır. Başta bireylerin salt insan olmalarından kaynaklanan ve hiçbir kurum ya da kişi tarafından bireylerin mahrum edilemeyeceği, siyasal ve bireysel hakları ilkeleştiren kavram, sonraları ekonomik, kültürel ve bireysel, kimisinde ise ekonomik, kültürel ve sosyal hakların vurgulandığı bir çok bildirge ile geliştirilen kavram bugün artık üçüncü kuşak haklar olarak tanımlanan “dayanışma hakları” çerçevesinde tartışılmaktadır (Birinci Özürsüzlü Şûrası, 1999). Türkiye Felsefe Kurumu başkanı Prof. Dr. İoanna Kuçuradı “bir tane insan hakkı ihlâli vardır, o da kişiye farklı davranmaktır” demektedir. Gerçekten insanlara çeşitli durumlarından dolayı farklı davranmak yalnızca ayrımcılık değil, bu durum aynı zamanda insan hakları ihlâlidir.

Ayrımcılık, her şeyden önce bir insan hakları konusu, insan haklarına yönelik temel bir saldırı olduğuna göre daha başka bir çok ihlâlin ortaya çıkmasına da neden olmaktadır. Bireyin kendi hayatını kontrol etme hakkını ve yeteneğini kullanması insan olmanın temel, tanımlayıcı özelliklerinden biridir. Bu özellikleri engelleyen ayrımcılık bir insan hakları ihlâli olduğuna göre, ayrımcılık tanımı nasıl yapılabilir?

BM İnsan Hakları Komitesi, 1989 yılındaki 37. Oturum’unda yaptığı 18 No’lu Genel Yorumu’nda ayrımcılığa ilişkin şu tanımı geliştirmiştir; “Komite Sözleşmelerde kullanılan ayrımcılık teriminin ırk, renk, cinsiyet, dil, din, politik ya da diğer görüşler, ulusal ya da sosyal köken, mülkiyet, doğum ya da diğer statüler gibi herhangi bir zemin üzerine dayandırılan, ve bütün hak ve özgürlüklerin eşit ölçüde bütün bireyler tarafından tanınmasını, kullanılmasını veya yararlanılmasını kaldırma veya zayıflatma amacına sahip, herhangi bir ayırma, dışlama, kısıtlama veya üstünlük tanıma olarak anlaşılması gerektiğine inanmaktadır” (U.N. Human Rights Committee , 1989).

Avrupa Konseyi’nin de, Avrupa İnsan Haklarının ve Temel Özgürlüklerin Korunması Sözleşmesine Ek 12 nolu Protokolü benzer bir ayrımcılık tanımı yaparak, ayrımcılığı genel olarak yasaklar. Protokol’deki tanımda; “Kanunda öngörülen haklardan yararlanma, cinsiyet, ırk, renk, dil, din, siyasî veya başka görüşler, ulusal ya da sosyal köken, ulusal bir azınlığa mensubiyet, servet, doğum veya başka bir statüden kaynaklanan herhangi bir nedenle ayırım yapılmaksızın sağlanır. Hiç kimse herhangi bir kamu otoritesi tarafından,

yukarıda sayılan gerekçelerle ayrımcılığa tâbi tutulamaz” demektir (Council of Europe, 2000).

Ayrımcılıkla mücadele konusu, sosyal dışlanmayla mücadelesi ile de yakından ilgilidir. En fazla sosyal dışlanma tehlikesi altında olanlar; farklı kökenlere sahip kimseler, kadınlar, yaşlılar ve özürllüdür. İşsizlik, alkol ve ilaç bağımlılığı, fiziksel veya zihinsel özürllülük, ailede rolün azalması vb. nedenler de toplumsal dışlanmaya sebep olabilmektedir.

MEVZUAT

İnsan onuruna yaraşır ve toplumla kaynaşan yaşam biçimi özürllülerin en doğal hakkı ve devletin görevidir. Devletin özürllüler ve özürllülük konusunu, eğitsel ve örgütsel yönleriyle bir bütün olarak ele alması insan haklarının bir gereğidir.

Ülkemizde özürllülerle ilgili mevzuata baktığımızda Cumhuriyet Dönemi'nde toplumun refahını ve insan değerini ön planda tutan bir düşüncenin varlığı ve sosyal hukuk devleti anlayışı içinde, eşitlik ilkesi çerçevesinde, özürllülerin kanunlar karşısında tüm vatandaşlara tanınan kanunî hak ve görevlere sahip oldukları ifade edilmiş, çıkartılan çeşitli Anayasa ve yasalarda özürllüleri koruyucu hükümler yer almış, çıkartılan özel yasalarla da özel eğitimleri, çalışma hayatına katılımları ve sosyal yardımlardan yararlanmaları güvence altına alınmıştır (Aytaç, 2000).

Anayasamız, temel ilke olarak her türlü ayrımcılığı yasaklamaktadır. 07.11.1982 tarih ve 2709 sayılı Kanun ile kabul edilen TC Anayasası'nın 10. maddesi; “herkes dil, ırk, renk, cinsiyet, siyasî düşünce, felsefî inanç, din, mezhep vb. sebeplerle ayırım gözetilmeksizin kanun önünde eşittir” demektir.

26.09.2004 tarih ve 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu'nun 122. maddesi ise, “kişiler arasında dil, ırk, renk, cinsiyet, siyasî düşünce, felsefî inanç, din, mezhep ve benzeri sebeplerle ayırım yaparak;

a) Bir taşınır veya taşınmaz malın satılmasını, devrini veya bir hizmetin icrasını veya hizmetten yararlanılmasını engelleyen veya kişinin işe alınmasını veya alınmamasını yukarıda sayılan hâllerden birine bağlayan,

b) Besin maddelerini vermeyen veya kamuya arz edilmiş bir hizmeti yapmayı reddeden,

c) Kişinin olağan bir ekonomik etkinlikte bulunmasını engelleyen kimse hakkında altı aydan bir yıla kadar hapis veya adlî para cezası verilir” hükmüne yer verilmiştir.

01.07.2005 tarih ve 5378 sayılı “Özürllüler ve Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnemelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun'un” 41. maddesi ile, Türk Ceza Kanunu'nun 122. maddesinin birinci fıkrasında geçen “dil, ırk, renk, cinsiyet,” ibaresinden sonra gelmek üzere “özürllülük” ibaresi eklenmiştir.

5378 sayılı Yasa ile özürllülere yönelik politikaların temel esasının ayrımcılıkla mücadele olması hedeflenmiştir. Söz konusu “özürllülük” ibaresinin eklenmesi, Avrupa Birliği Komisyonu'nun ayrımcılık yapılamayacak konuların, hepsinin adının açıkça yazılmasının özellikle gerekli olduğunu belirtmesi açısından da önemlidir.

22.5.2003 tarihi ve 4857 sayılı İş Kanunu'nun 5. maddesi ile “iş ilişkilerinde dil, ırk, cinsiyet, siyasal düşünce, felsefî inanç, din ve mezhep ve benzeri sebeplere dayalı ayırım yapılamayacağı” belirtilmiştir. Ancak Direktiflerde geçen yaş, özürllülük, etnik köken ve cinsel tercih terimleri maddede açıkça yer almamış, yalnızca ve benzeri sebepler şeklinde ifade edilmiştir. Avrupa Birliği Komisyonu ise, ayrımcılık yapılamayacak konuların tek tek hepsinin adının açıkça yazılmasının özellikle gerekli olduğunu vurgulamaktadır.

Ayrıca Kanunda, doğrudan ayrımcılık, dolaylı ayrımcılık ve taciz kavramlarının tanımları yer almamaktadır. Kanunda ayrımcılığın yasaklandığı alanlar “iş ilişkisinde” ibaresiyle

belirtilmiş, Direktiflerde tek tek belirtilen tüm alanlar meslekî eğitim ve mesleğe giriş dahil sayılmamıştır (Ünver ve Bardak, 2003).

Türkiye ile Avrupa Birliği arasında Tam Üyelik Müzakeresi'nin 3 Ekim 2005 tarihinde başlaması nedeniyle, Direktiflere tam uyum konularının tekrar gündeme gelmesi beklenmektedir.

AVRUPA BİRLİĞİ VE AYRIMCILIK

Avrupa Birliği tarafından ayrımcılıkla mücadele alanında çıkarılan iki Direktif bulunmaktadır. Bunlardan birincisi; "İrk ve Etnik Kökene Bakılmaksızın Kişilere Eşit Muamele Edilmesi İlkesinin Uygulanmasına İlişkin" (Implementing the Principle of Equal Treatment Between Persons Irrespective of Racial or Ethnic Origin) 2000/43/ EC sayılı Direktif. İkincisi; "İşe Alma ve Meslekî Açından Eşit Muamelenin Sağlanması İçin Genel Bir Çerçeve Kuran" (Establishing a General Framework for Equal Treatment in Employment and Occupation) 2000/ 78 / EC sayılı Direktif'dir.

Her iki Avrupa Birliği Direktifi'nde doğrudan ayrımcılık, dolaylı ayrımcılık, taciz ve mağduriyet kavramları yasal olarak tanımlandıktan sonra, özürsüzlük, ırk, etnik köken, din, inanç, yaş ve cinsel tercihe dayalı ayrımcılık yasaklanmış ve eşit muamele ilkesi getirilmiştir.

Direktiflerde doğrudan ve dolaylı ayrımcılık yapılması, tacize ve ayrımcılık yapılmasının yasaklandığı alanlar şunlardır;

1-Faaliyet alanı ne olursa olsun meslekte yükselme dahil, profesyonel hiyerarşinin her kademesinde seçilme kriterleri, işe alma koşulları dahil istihdam edilme koşulları, kendi namına çalışma veya bir mesleğin icrası.

2-Pratik iş tecrübesi dahil meslekî rehberlik, meslekî eğitim, ileri meslekî eğitim ve yeniden eğitimin bütün türlerine ve her düzeyine erişim.

3-İşten çıkarma ve ücret dahil, tüm istihdam ve çalışma koşulları.

4-İşçi, işveren veya üyeleri belli bir mesleği icra edenlerden oluşan meslek örgütlerine, üyelik ve bu örgütlerden edinilen menfaatler dahil olmak üzere, söz konusu örgütlerde faaliyet gösterme hususlarında kamu organları dahil, kamu ve özel sektördeki tüm kişilere uygulanmaktadır (Council Directive, 2000).

Ayrıca 2000/ 43/ EC sayılı Direktifin 3. maddesinde, ırk ve etnik kökene dayalı olarak işyerinin dışında gerçekleşen diğer ayrımcılıklar da yasaklanmaktadır. Bu alanlar:

1-Sosyal güvenlik, sağlık ve sosyal koruma.

2-Kamuya açık alanlarda, sosyal konutların sağlanması, halka açık hizmet ve mallara erişim.

3-Eğitim sistemi ve içeriği (eğitim sisteminin organizasyonu, müfredatın içeriği vb).

4-Kamu otoriteleri ya da özel sektör kuruluşları tarafından sağlanan ekonomik ve kültürel nitelikteki ödemeleri ya da kolaylıkları içeren sosyal avantajlar (Council Directive, 2000).

2003 Avrupa Özürsüzlük Yılı

2003 Avrupa Özürsüzlük Yılı hakkında 3 Aralık 2001 tarihli Konsey Direktifi özürsüzlük bireylerin ayrımcılığa karşı korunmalarını ve toplumda özürsüzlük algılarının olumlu bir tutum kazandırılmasını hedeflemiştir.

Avrupa Özürsüzlük Yılı'nın hedefleri şunlardır;

1-Özürsüzlük bireyleri ayrımcılığa karşı korunma ve haklarından tam ve eşit bir şekilde yararlanmaları konusunda bilinçlerin artırılması,

2-Avrupa'da özürsüzlük bireyler için eşit fırsatların sağlanmasına dair tedbirlerin tartışılmasını teşvik etmek,

3-Yerel, ulusal ve Avrupa düzeyinde başarılı uygulamalar ve etkili stratejiler konusunda tecrübelerin karşılıklı aktarılmasını teşvik etmek,

4-İlgili tüm taraflar arasında (hükümet, sosyal taraflar, STÖ'lar, sosyal hizmetler, dernekler, gönüllüler, özürlü bireyler ve aileleri) işbirliğinin geliştirilmesi,
5-Özürlülük konusunda iletişimin geliştirilmesi ve özürlü insanlar için olumlu bir imajın oluşturulması,
6-Özürlü bireylerin heterojenliği ve özürlülük çeşitleri konusunda bilincin artırılması,
7-Özürlü bireylerin karşılaştığı çeşitli ayrımcılıklar konusunda bilincin artırılması,
8-Özürlü gençlerin ve çocukların topluma tam anlamıyla dahil olabilmeleri ve özürlü gençler ile özürsüzlülerin eğitimiyle ilgili olanlar arasında işbirliği sağlamak amacıyla eğitimde eşitlik hakları konusunda bilince özel bir önemin verilmesi (Council Directive, 2001).
Özürlülerde fırsat eşitliğinin sağlanmasının yanı sıra, ayrımcılıkla mücadele, çok yönlü bir stratejiyi gerektirir. Özürlüler bakımından vatandaşlık, hükümetleri onların ayrımcılığa ve marjinalleştirilmeye uğramamalarını sağlamakla yükümlü kılan bir bağ olarak anlaşılmalı ve bu yükümlülüğün, yaptırımlarla desteklenen ayrımcılık karşıtı yasalar çıkartılarak hukuksal bir yapıya kavuşturulması gerekli görülmektedir.

SONUÇ

Doğdukları andan itibaren fiziksel, zihinsel ve duygusal farklılıkları, sosyal politika uygulamaları ve düzenleme eksiklikleri dolayısıyla başkalarının yapabildiği birçok konudan mahrum bırakılan özürsüzlülerin bu durumlarını azaltabilmek adına yasal düzenlemeler yapılmıştır. Pozitif ayrımcılık adına, işe uygun insan bulmanın yanında iş yerini de insana uydurma prensibi benimsenmiştir. Bu düzenlemelere göre; işverenler özürlü çalışanlarına doğrudan ya da dolaylı olarak ayrımcılık yapamazlar. Özürsüzlülerin çalıştığı alanlarda yapacakları iş, onların fiziksel yetkinlikleri dahilinde olmalıdır bu bağlamda çalışma yerinin özürlü çalışanlar için uygun olarak düzenlenmesi gerekir (www.ntvmsnbc.com/news/). Ancak özürsüzlülerin çalışma yaşamlarında ciddi ayrımcılık sorunları henüz aşılamamıştır.

İnsan yaratıcı olma gücü ve yetenekleri ile toplumun bir parçasıdır. Bedensel ve zihinsel özürsüzlülerle, sağlıklı insanlar arasında sosyal hak ve görevler açısından bir fark bulunmamaktadır. Ancak bu kişiler vücudun önemli fonksiyonlarını yerine getirirken güçlükler yaşamakta, başkalarının yardımına veya gerekli alet, araç ve gereçlere ihtiyaç duymaktadırlar. Normal kişi ile özürlü kişi arasında meydana gelebilecek bazı ayrıcalıkları ortadan kaldırmak ve onları toplumla kaynaştırmak, sosyal devletin önemli görevleri arasındadır (Aytaç,2000).

Özürlü Hakları Hareketi'nin başladığı ve geliştiği ülkelerin başında gelen Amerika Birleşik Devletleri'nde de özellikle özürsüzlülerin çalışma yaşamında ayrımcılık görülmektedir. 1990 yılında onaylanan Amerikan Özürsüzlüler Yasası (The American with Disability Act) özürsüzlülerin iş ayrımcılığına karşı korumaya yönelik bir anlaşmayı da içermesine karşın, Kennedy ve Olney'in (2001) araştırmaları bu konuda sıkıntının ciddi boyutlarda sürdüğünü göstermiştir, yetişkin özürsüzlülerin yüzde 10'unun ayrımcılıkla karşı karşıya kaldıkları anlaşılmaktadır (Yıldırım ve Dökmen, 2004).

Ülkemizde özürsüzlülere yönelik birçok hizmet ve yeniliğin geliştiği ortadadır. Özürsüzlülerle ilgili bugüne kadar yaşama geçirilmiş uygulama ve ilerlemelere rağmen, özürsüzlülerin durumlarını geliştirme ve toplumda eşit birey olmalarını sağlama yolunda yapılması gereken bir çok şey bulunmaktadır. Siyasî irade özürsüzlülerin eşit birer vatandaş olmaları yönünde uzun dönemli eylem planları yapamaz ve bunları uygulamaya dönüştüremez ise özürsüzlüler alanında çıkartılan yasalar ve düzenlemeler yetersiz kalacaktır. Özürsüzlülere eşit fırsatlar tanınmasına ilişkin yükümlülükler yaşama geçirilirken özürlü bireylerin de özürsüzlü hakları ve ayrımcılıkla mücadelede kendi organizasyonlarının liderlik yapmaları etkin olarak bu mücadelenin içinde yer almaları gerekir. Toplum içinde özürsüzlüler

normalleştirmeye çalışmayan, bunun yerine değişim ve eşitlik mücadelesinde özürsüzlere lider yapacak program ve planlamalarda özürsüzlere de sorumluluk ve görev almaları gerekir.

Günümüzde özürsüzlük politikalarının, bireyin fiziksel veya zihinsel sınırlılıklarını birincil sorun olarak görmeyen ve bireyin sosyal yaşama ve emek pazarına katılım potansiyeli ile, özürsüzlere insan haklarına saygı gösterilmesi üzerinde odaklaşmayı tercih eden bir hareket noktasına doğru ilerlemekte olduğu görülmektedir.

KAYNAKLAR

- AYSOY, M., Avrupa Birliği Sürecinde Özürsüzlere Politikası, İstanbul, (2004). Ss:25.
- AYTAÇ, S., "Özürsüzlere Rehabilitasyonunun Artan Önemi" İzmir, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Cilt:2, Sayı:2, 2000.
- Birinci Özürsüzlere Şurası, Çağdaş toplum Çağdaş Yaşam ve Özürsüzlere, Ön Komisyon Raporları Ankara, (1999). Ss:65.
- Council Directive, 2000/43/EC, Implementing the Principle of Equal Treatment Between Persons Irrespective of Racial or Ethnic Origin, June 29, 2000 .
- Council Directive, 2000/78/EC, Establishing a General Framework for Equal Treatment in Employment and Occupation, November 27, 2000 .
- Council Directive, 2001/83/ EC of The European Parliament And of The Council, of November 6, 2001 .
- Council of Europe, ETS No.177- Protocol No 12 to The Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms Explanatory Report, 2000.
- GOFFMAN, E., Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall,(1965). Pp:8.
- HENDERSON, G., & BRYAN, W.V., Psychosocial Aspects of Disability, Springfield, Charles C. Thomas Publisher, Ltd., (1997).
- HUNT, P., "A Critical Condition" in The Disability Reader: Social Science Perspectives, edited by Tom Shakespeare, London and New York, Cassell,(1998). Pp:7-19
- United Nations, Human Rights Committee,U.N.Doc.CCPR/C/21/ Rev.1/Add.1 (1989).
- KENNEDY, J. & OLNEY, M., Job Discrimination in The Post- ADA era: Estimates from the 1994 and 1995 National Health Interview Surveys. Rehabilitation Counseling Bulletin, EBSCO host: Academic Search, Premier, (2001).
- MICHENER, H. & DELAMATER. J., Social Psychology, 4th ed., Fort Worth, TX and Orlando, FL, Harcourt, Brace, (1999).
- OLIVER, M., The Politics of Disablement, A Sociological Approach, New York, St. Martin's Press, (1990).
- Ünver, O.C. ve Bardak, Ü., Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Avrupa Birliği Koordinasyon Dairesi Başkanlığı Toplantı Raporu, (Yayınlanmamış Rapor), (2003).
- YILDIRIM, F., ve DÖKMEN, Z., "Engellilere Yönelik Tutumlarla Sosyal Üstünlük Yönelimi, Adil Dünya İnancı ve Kontrol Odağı İnancı Arasındaki ilişkiler" Ankara, Ulusal Sosyal Hizmetler Konferansı, Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği Genel Merkezi Yayını Yayın No:9, (2004). Ss:180-187.
- WILLIAMS, G., "The Sociology of Disability: Towards a Materialist Phenomenology", in The Disability Reader: Social Science Perspectives, edited by Tom Shakespeare, London and New York, Cassell, (1998). Pp: 234-244.
- (www.cagridogan.com)
- (www.ntvmsnbc.com/news/)
- Anadolu Üniversitesi Engelliler Entegre Yüksekokulu'ndan Mezun Olmuş İşitme Engelli Öğrencilerin İstihdamı,

İş Durumları ve Ayrımcılık

Yrd. Doç. Dr. Behram Erdiken
Anadolu Üniversitesi
Engelliler Entegre Yüksekokulu

ÖZET

Bu araştırmanın amacı, eğitim ve öğretime 1993 akademik yılında başlayıp Engelliler Entegre Yüksekokulu'ndan mezun olmuş işitme engelli öğrencilerin istihdamı ve iş durumlarını betimlemektir. Yüksekokul kurulduğundan beri seramik ve grafik sanatları, bilgisayar operatörlüğü ve yapı ressamlığı programları eğitim sürdürülmektedir. Okulun amacı, engelli bireylerin mesleki eğitim almalarını ve toplumda üretken bireyler olmalarını sağlamaktır. Veriler, araştırmacı tarafından hazırlanan, alan uzmanlarınca geçerliği belirlenen anketlerin kamu ve özel sektörde çalışan 81 öğrenciye uygulanmasıyla toplanmıştır. Anketler yüz-yüze yapılandırılmış görüşmeler, elektronik posta veya posta yoluyla yanıtlanmıştır. Veriler, Excel programında betimsel olarak analiz edilmiştir. Araştırmaya katılanlardan 55 öğrencinin araştırma sırasında bir işte çalıştığı saptanmıştır. Bunlardan 32'sinin meslekleriyle ilgili, 23'ünün meslekleriyle ilgisiz işlerde çalışmakta oldukları belirlenmiştir. Ek olarak, iş durumlarında ayrımcılık konusu öne çıkmıştır. Kanunlar, işitme engellilerin istihdamı, iş koşullarıyla ilgili konularda tartışma ve öneriler sunulmuştur.

Anahtar Sözcükler: İşitme engeli, istihdam, ayrımcılık

THE EMPLOYMENT OF THE HEARING IMPAIRED STUDENTS GRADUATED FROM THE SCHOOL FOR THE HANDICAPPED AND DISCRIMINATION ABSTRACT

The purpose of this survey research was to determine the employment and working conditions of the students graduated from Anadolu University , the School for the Handicapped which started in the academic year of 1993. Since then, the ceramics and graphic arts, computer operator training and architectural drawing programs have been functional. The aim of the school is to offer special education for the handicapped in vocational programs and thus enable them to become productive members of the community. The data have been collected from 81 students working either in public or private sector. A questionnaire that was developed by the researcher and validated by the experts in the area of special education was used. It was answered either by face-to-face structured interviews or via e-mail or mail. The data have been analyzed descriptively through the use of Excel program. The results indicated that 55 students were working at that time. While 32 of them had jobs relating their professions, 23 of them did not. In addition, the discrimination issue appeared to be important as working conditions. Discussion and recommendations about the issues such as, the government rules, employment of hearing impaired, and working conditions were provided.

Key words: Hearing impaired, employment, discrimination

ANADOLU ÜNİVERSİTESİ ENGELLİLER ENTEGRE YÜKSEKOKULU'NDAN MEZUN OLMUŞ

İŞİTME ENGELLİ ÖĞRENCİLERİN İSTİHDAMI, İŞ DURUMLARI VE AYRIMCILIK

Uluslararası istatistikler her on çocuktan birinin bir özürle dünyaya geldiğini dile getirmektedir. Yaklaşık iki yüz milyon engelli çocuğun % 80'i gelişmekte olan ülkelerde bulunmakta ve ancak % 2'sinden azı özel eğitim hizmeti alabilmektedir (DPT .1992).

Özürlüler İdaresi Başkanlığı'nın 2003 yılı Aralık ayında açıkladığı Türkiye Özürlüler

Araştırması sonuçlarına göre, Türkiye’de nüfusun yüzde 12.29’unu özürllüler oluşturmaktadır. Bu oran nüfusun 8 milyon 431 bin 937’sine denk gelmektedir. Bu oran içinde işitme engelliler binde 37, dil ve konuşma engelliler binde 38, zihinsel engelliler binde 48, ruhsal ve kronik süreğen hastalığı olanlar yüzde 9.70, birden fazla özrü bulunanlar yüzde 11.40’tır. 12 ve daha yukarı yaştaki özürllü nüfus % 22.19’dur. Bu oran içerisinde istihdam edilenlerin oranı yüzde 19.60’dır. Özürllü nüfusun yüzde 77.80’i işgücüne hiç katılmamaktadır. Ülkemizin en önemli sorunlarından biri de istihdam ve işsizliktir.

“2004 Hane halkı İşgücü Anketi”ne göre ülkemizdeki işsizlik oranı yüzde 10,3 iken, özürllülerde bu oran yüzde 15,5’tir. İşgücüne katılma oranı ise sadece yüzde 21,7’dir. Başka bir deyişle, her beş özürllüden birisi işgücünde yer almaktadır. Bu bağlamda, özürllülerin işgücüne katılımlarının önemi açıktır.

Avrupa Komisyonu Engelliler Konferansında “Özürllülüğün evrensel bir sorun ve Avrupa Birliği ülkelerinde yaklaşık olarak her on topluluk yurttaşından bir tanesinin, psikolojik, fiziksel bir özre sahip olduğu” bildirilmiştir (2004). Avrupa Birliği’nin bakış açısı, özürllüleri mümkün olduğunca istihdama katma şeklindedir. AB’de çalışan özürllülerin büyük bir bölümü; tarım ve inşaat işlerinde, düşük bir bölümü; sağlık, küçük bir bölümü ise imalat sektörü ile finans ve eğitim sektöründe çalışmaktadır (EU, 1998). Avrupa Birliğine Üye Devletlerle birlikte Komisyon, 2001 - 2006 yıllarını kapsayan dönem için 100 milyon Euro’luk bir bütçeyle engellilere ayrımcılığı kapsayan “Ayrımcılığa Karşı Eylem Planı Programını” kabul etmiştir (AKEK,2004).

01.07.2005 tarih ve 5378 sayılı “Özürllüler ve Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnemelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun” (Özürllüler Kanunu) yürürlüğe girmiştir. Bu kanunun amacı; özürllülüğün önlenmesi, özürllülerin sağlık, eğitim, rehabilitasyon, istihdam, bakım ve sosyal güvenliğine ilişkin sorunların çözümü ile her bakımdan gelişmelerini ve önlerindeki engelleri kaldırmayı sağlayacak tedbirleri olarak topluma katılımlarını sağlamak ve bu hizmetlerin koordinasyonu için gerekli düzenlemeleri yapmaktır. Madde 5’te, mesleki rehabilitasyon ve istihdam hizmetleri anlatılmakta ayrıca özürllünün uygun bir işte verimli bir şekilde çalışabilmesi için mesleki rehberlik, mesleki eğitim ihtiyaçları ile seçilen işe yerleştirme ve işyerinde uyum hizmetlerinin önemi belirtilmiştir. Kanunda özellikle özürllülerin eğitim ve istihdamı üzerinde önemle durulduğu dikkat çekmektedir. Bu anlayış aynı zamanda Avrupa Topluluğu’nun 1989 Sosyal Şartı’ndan sonra Maastricht Antlaşmasında da ele aldığı “Özürllüler için daha iyi sosyal ve profesyonel entegrasyon” ilkesi ile bağdaşmaktadır. Birleşmiş Milletler Genel Kurulu’nun İnsan Hakları Evrensel Bildirisi’ne ek 09.12.1975 ’de 3447 sayılı kararı ile “Sakat Kişilerin Hakları Bildirisi” sinde özürllü kişilerin topluma üretken bireyler olarak katılım hakları ve toplumun da bu kişilere karşı yükümlülükleri yer almaktadır. Ayrıca, özürllü kişilerin, özürllü olmayan kişilerle aynı, düzgün yaşam şartlarına sahip olma haklarının olduğu ifade edilmektedir (II.Özürllüler Şurası, 2005). Uluslararası Çalışma Örgütü tarafından kabul edilen ve Türkiye tarafından (1999) onaylanan, “ 159 sayılı Sakatların Mesleki Rehabilitasyonu ve İstihdamı Hakkında Sözleşme”nin 1.maddesinde her üye ülkenin, mesleki rehabilitasyon ile bir özürllünün uygun bir iş elde etmesi, sürdürmesi ve işinde ilerlemesini sağlayarak, özürllü kişilerin topluma kaynaşmasını kolaylaştırmanın ve geliştirmenin, amaçları arasında yer almaktadır (II.Özürllüler Şurası, 2005).

Anayasamızın 49/l maddesinde “Çalışma, herkesin hakkı ve ödevidir” ifadesi yer almıştır. Dolayısıyla, özürllülerin de çalışma ve istihdam edilmeleri anayasal bir hak olarak ifade edilmektedir.

657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'nun 53.maddesine göre, "Kurum ve kuruluşlar bu Kanun'a göre çalıştırdıkları personele ait kadrolarda %3 oranında özürlü çalıştırmak zorundadır. Kota tekniğinden yararlanılarak işe yerleştirilmeye çalışılan özürülülerin, istihdam edilmeden önce yeterince ve gereğince bilgilendirilmediği, ilgi ve yetenekleri doğrultusunda mesleki eğitim verilemediği ve uygun işe yerleştirilemediği, vasıfsız ve düşük ücretle çalıştırıldıkları, kısaca ayrımcılık yapıldığını düşündürmektedir.

Yeni İş Kanunu, eski düzenlemede olduğu gibi, özürülülerin Türkiye İş Kurumu aracılığı ile işe alınmalarını öngörmektedir (İş K.m.30/6) . Kamu kurum ve kuruluşlarında özürlü istihdamı için ÖSYM tarafından merkezi olarak yapılan sınava girmek ve başarılı olmak gerekmektedir .

Özürlü bireyin işe alınmasıyla, istihdam sorununun büyük ölçüde çözüldüğü varsayılmaktadır. Oysa iş yaşamı, işe alınan özürlü bireyin özellikleri ve yetenekleri dikkate alınarak düzenlenmediğinden ve iş başında geliştirme eğitimi verilmediğinden, işe alınan özürülülerden çoğu kez beklenen verim sağlanamamaktadır. Bu durumun hem işveren kurum, hem çalışan özürülüler hem de işe alınmayı bekleyen özürülüler açısından ayrı ayrı ve birlikte olumsuz sonuçları olmaktadır. Başlangıçta iş bulduğu için mutlu olan birey, iş ortamında karşılaştığı tutumlar ve sorunlar yüzünden kendisini verimsiz, hatta "işe yaramaz" hissedebilmektedir. Özürülülerin istihdam edilmiş bile olsalar vasıfsız ve düşük ücretli işlerde çalıştırılmaları, işten çıkarmalarda ilk sıralarda yer almaları gibi sorunlarla karşılaşmalarına neden olmaktadır (Yılmaz, 2004). Özürülülerin işe girdikten sonra o işte kalıcı olup olmamaları da önemlidir. Özürülülerin iş yaşamlarını etkileyen güçlüklerin, işyeri ve işten kaynaklanan engellerin yanı sıra sosyal engeller de söz konusudur (Yılmaz, 2004).

Özürlü çalışanlar ile gerçekleştirilen bir araştırmada, görüşülenlerin dörtte biri yükselme şanslarının özürleri sebebiyle olumsuz etkilendiğini, ayrımcılık yapıldığını, işverenlerin işyeri ve iş düzenlemeleri konusunda isteksiz davrandıklarını belirtmektedir (Yılmaz, 2004). Özürülülerin işe başvurusunda, alınmasında ve sonra ayrımcılık yapılamayacağı gibi iş yerlerindeki çalışan, işveren kişilerin tutumları, ön yargıları, özürülülerin iş verimini etkilediği belirtilmektedir (Ergün, 2005).

Özürlüler yeteneklerini değerlendirebilecekleri bir iş ve meslek için yetiştirilmeli ve bilgilendirilmelidir. Bu görüşü destekleyen araştırmalar bulunmaktadır. Örneğin: Arthur ve Zarb (1995), özürülülerin işgücü piyasasında yer alışlarını incelemişler, özürülülerin tüm çalışanlar arasında en verimsiz bireylerin özürülüler oldukları gibi bir sonuca varılmadığını belirlemişlerdir. Aksine özürlü çalışanlar en az özürlü olmayan iş arkadaşları kadar performans göstermekte ve sıklıkla daha güvenilir ve verimli ayrıca işe devamları ve iş güvenlikleri açısından da eşit veya daha iyi durumda bulduklarını belirtmişlerdir (Yılmaz, 2004).

Ülkemizde üniversite sınavına girip, kazanıp, bitirdikten sonra da çalışma yaşamına katılan özürlü sayısı çok azdır. Bunda en önemli etken, özürülülerin eğitim alamamalarıdır. Eğitim alabilen yüksek okul mezunları arasında önemli oranda daha düşük ücretle çalıştırıldıklarını belirtenler bulunmaktadır. Ayrıca yüksek okul ve üniversite mezunlarında yükselme olanaklarının daha az olduğunu düşünen bireyler dikkate değer bir şekilde artmaktadır (Yılmaz, 2004). Daha düşük ücretle çalıştırıldıklarını ve yükselme olanaklarının daha az olduğunu düşünen özürülülerin, kendilerine ayrımcılık yapıldığını ve onurlarının incindiğini düşündürmektedir. Sorunu, gereksinimi, özelliği, niteliği ne olursa olsun tüm insanlar salt insan oldukları için onurlu bir yaşam sürme hakkına sahiptirler. Bu amaçla her türlü hizmet insanlara, bir hak olarak ve hiçbir ayırım gözetmeden, eşitlik içerisinde verilmesi gerektiği vurgulanmıştır (BÖİB., 2002; BM., 1993, 48/96 sayılı karar).

Türkiye’de işitme engelli kişilerin, eğitim çağı nüfusunun içinde okullaşma oranı yüzde 4 olarak görülmektedir. Bu durumda eğitim çağı nüfusu içinde 8 bin işitme engelli kişinin okullaşabildiği söylenebilmektedir. 192 bin kadar işitme engelli kişinin okullaşmadığı ülkemizde “ herkes için temel eğitim hakkını ” gelecek yüzyılın ulaşılabilir amacı olarak kabul eden bir ülke olarak hızla okullaşma ve eğitimi yaygınlaştırma çabası göstermeliyiz (DPT.,1992). Okullaşabilen işitme engelli öğrenciler Yükseköğretim kademesine gelene kadar okulöncesi, ilköğretim ve lise eğitimi almaktadır. Bu eğitimin; sistemli ve yeterli olmadığı, nitelik ve nicelik bakımından çok sınırlı olduğu belirtilmektedir (Özsoy,1989; DPT.,1992). Türkiye’de işitme engelli öğrencilere yüksek öğretim sunan tek kurum Anadolu Üniversitesi Engelliler Entegre Yüksekokuludur.

Anadolu Üniversitesi Engelliler Entegre Yüksekokulu, 1993-1994 eğitim-öğretim yılında faaliyete geçmiştir. Uygulamalı Güzel Sanatlar Bölümünde, Seramik Sanatları Lisans Programı, Grafik Sanatları Lisans Programı; İdari Meslekler Bölümünde, Bilgisayar Operatörlüğü Önlisans Programı; Mimarlık Bölümünde, Yapı Ressamlığı Önlisans Programı yer almaktadır. Bünyesinde bulunan bölümler, işitme engelli bireylerin eğitim gereksinimlerini karşılayabilecek teknoloji ile donatılmıştır. Engelliler Entegre Yüksekokulu, özel eğitime muhtaç engellilere engel türlerine uyan meslek programlarında eğitim vermek, onların topluma üretken bireyler olarak katılmalarını sağlamak amacıyla kurulmuştur (A.Ü., 2003). Okul kayıtlarından Engelliler Entegre Yüksekokulu’ndan 2005 öğretim yılı sonu itibariyle 190 işitme engelli öğrencinin mezun olduğu ve bunlardan 29’unun işe yerleştiği öğrenilmiştir.

Tablo 1: Engelliler Entegre Yüksekokulu Mezun Öğrencilerin Bölümlere Göre Dağılımı

Bölümler

Toplam

Bilgis.Oprt.

Yapı Ressaml.

Seramik L.

Grafik L.

Mimarlık

Mezun

Yıllar

Mezun Sayısı

Mezun Sayısı

Mezun Sayısı

Mezun Sayısı

Mezun Sayısı

Sayısı

1996

3

2

Yok

Yok

Yok

5

1997

6

1
Yok
Yok
Yok
7
1998
3
3
1
Yok
Yok
7
1999
7
3
4
Yok
Yok
14
2000
8
9
3
2
2
24
2001
4
8
5
1
3
21
2002
11
4
7
1
1
24
2003
8
7
6
1
5
27
2004

10

9

3

5

Yok

27

2005

9

8

11

6

Yok

34

Toplam

69

54

40

16

11

190

1996-2005 yılları arasında Engelliler Entegre Yüksekokulu Bilgisayar Operatörlüğü Bölümünden 69 (%36), Yapı Ressamlığı Bölümünden 54 (%28), Seramik Bölümünden 40 (%21), Grafik Bölümünden 16 (%9), Mimarlık Bölümünden 11 (% 6) olmak üzere 190 işitme engelli öğrenci mezun olmuştur.

Bu çalışma, kurumların, mezun ettikleri öğrencilerin işteki etkinliklerini sürekli izlemesi ve değerlendirmesi, sonuçlara göre kurumun kendisini geliştirmesi önerisinden (Sezgin,1982) yola çıkarak, yüksekokulda mesleki eğitim verilen işitme engelli öğrencilerin mezun olduktan sonra iş durumlarını belirlemek için yapılmıştır. Kısaca bu çalışmanın amacı, Anadolu Üniversitesi Engelliler Entegre Yüksekokulu mezunlarının istihdamı ve iş durumunu belirlemektir.

Anadolu Üniversitesi Engelliler Entegre Yüksekokulu mezunlarının istihdamı ve iş durumu nasıldır?

Bu çalışmanın amacı kapsamında, istihdamı gerçekleşen mezun öğrencilerden aşağıdaki sorulara yanıtlar aranmıştır;

1. İş bulmak için neler yapmışlardır?
2. İşe girerken karşılaştıkları zorluklar nelerdir?
3. İşitme engelli bireylerin, iş edinebilmesi için nelerin gerekli olduğunu düşünmektedirler?
4. Mezunların ne kadarı çalışmakta ve yaptıkları işler ile sektörlere dağılımları nasıldır?
5. Mezun oldukları bölümlere göre istihdamları nasıldır?
6. Mezunların, yüksekokuldaki meslek öğrenimine uygun çalışma durumları nasıldır?
7. Girdikleri iş için, işe başlamadan önce hizmet içi eğitim ve işe uyum devresi alma durumu nasıldır?
8. Aylık ücret durumu ve ücrete ilişkin düşünceleri nelerdir?
9. İşleri ile ilgili ihtiyaçları nelerdir?
10. İşlerinde yükselme olanakları ile ilgili düşünceleri nelerdir?
11. İş yerlerinin fiziksel çevre koşulları ile ilgili düşünceleri nelerdir?
12. Mezunların verimliliklerini arttırmaları için teknolojik destek durumu nedir?

13. İş yerlerindeki iletişim davranışları nelerdir?
14. İşitme engelini, iş yaşamında sorun olarak düşünme durumları nedir?
15. Çalıştıkları işyerlerindeki diğer personelin kendilerine bakış açılarıyla ilgili düşünceleri nelerdir?
16. Çalıştıkları işyerlerinde ayrımcılık yapıp yapılmadığına ilişkin düşünceleri nelerdir?
17. Yaptıkları işi seviyorlar mı? İşlerini sevmeyenlerin "İşi sevmeme nedenleri" nelerdir?
18. Mezunların bir işe girdikten sonra iş yerini değiştirme durumları nedir?
19. Çalışmak isteyebilecekleri bir işin özelliklerine yönelik istekleri nelerdir?

YÖNTEM

Bu bölümde araştırma modeline, veri toplama aracına, verilerin toplanmasına ve çözümlenmesine ilişkin bilgiler yer almaktadır. Araştırmanın modeli tarama modelidir. Bu tür bir yaklaşımda, ilgilenilen olay, birey, grup, konu ve duruma ait değişkenler, ayrı ayrı betimlenmeye çalışılır (Karasar, 1995). Araştırmanın evrenini yüksekokul mezunu olan tüm işitme engelli bireyler oluşturmaktadır. Örneklem oluşturulmamış ve Engelliler Entegre Yüksekokulundan mezun olan tüm işitme engelli bireylere ulaşılmaya çalışılmıştır.

Veri Toplama Araçları: Araştırmanın verilerini elde etmek için bir anket/görüşme formu hazırlanmıştır. Bu anket/görüşme formunun içerik geçerliliği için uzman grubun görüşleri alınmıştır. Grubun önerilerine göre veri toplama araçlarına gerekli yeni şekil verildikten sonra anket/görüşme formu uygulanmıştır (Karasar, 1995).

Bu formda, çalışan işitme engelli yüksekokul mezunlarının işe girerken karşılaştıkları zorluklar, işlerini sevmeye ya da sevmeme nedenleri, iş yerlerinde kendilerine nasıl davranıldığı, ayrımcılık yapıp yapılmadığı, çalışma yaşamlarına yönelik sorular yer almıştır.

Verilerin, işitme engelli yüksekokul mezunu bireylerden; 33'ü ile yüksekokulda yüz yüze yapılan görüşme ile 90'ı posta ile şehir içi ve-dışındaki işitme engelli bireylere, 67'si mezun öğrencilere e-mail ile anket gönderilerek toplanması amaçlanmıştır. Mezun olan 190 işitme engelli bireyden 40 e-mail, 33 görüşme ve 8 posta olmak üzere 81'inden yanıt alınmıştır. 6 Posta iadesi olmuştur. 81 kişiden 26'sı (%32) işe giremediğini belirtmiş, 55'i (%68) işe girdiğini belirtmiştir. Ulaşılan 81 mezunun 41'i kız, 40'ı erkektir. Araştırmaya katılan 55 işitme engelli yüksekokul mezunundan 23'ü kız (%42), 32'si (%58) erkektir. Araştırmaya katılan 55 işitme engelli yüksekokul mezununun işitme kaybı dağılımı, 40dB.- ile 120dB. arasındadır.

İşlem: Veriler Excel programına işlenerek, frekans dağılımları, ortalama, yüzdeler gibi betimleyici çözümlenme teknikleri yoluyla çözümlenmiştir.

BULGULAR

Engelliler Entegre Yüksekokulu mezunlarının istihdamı ve iş durumuna ilişkin bulgular aşağıda verilmiştir.

1. İş bulmak için neler yapmışlardır?

Yüksekokul mezunu 75 işitme engelli bireyin: 46'sı İş Kur, 20'si akraba (baba, amca, dayı v.b), 9'u (KPSS) Devlet Memuru Sınavı sonucuna göre işe girmiştir. Ayrıca mezunlar iş için İş Kur'a, Meslek Odalarına, Belediyelere, Derneklere, Bankalara başvurmuşlardır. Yazılı basıdan ve internetten de iş aramışlardır. İş yerlerinin İnsan Kaynakları Müdürleri ile görüşmüşler, başka illerdeki işyerlerine de gitmişlerdir. Bunların dışında aileleri ile birlikte iş toplantılarına katılmışlar kendilerini tanıtmak istemişlerdir. Ek becerinin daha rahat iş bulunmasına yardımcı olacağı düşüncesiyle bilgisayar kursu alan 1 mezun görülmektedir. Bir mezun ise Bilgisayar Operatörlük becerisine güvenerek teklif beklemiştir.

2. Mezunların, işe girerken karşılaştıkları zorluklar nelerdir?

Araştırmaya katılan mezunların 20'si hiçbir zorluk görmediğini, 1'i staj yaptığı yerde işe girdiği için zorluk çekmediğini, 1'i de babası sayesinde zorluklarla karşılaşmadığını ifade etmiştir. İşe girerken vasıfsız işçi olarak iş verilmeyi ve iş başvurusunu zorluk olarak gören 1'er mezun bulunmaktadır. 18 mezun iletişim kurmakta zorluk çektiklerini ve işitme engellilere ön yargılı davranıldığını belirtmiştir. Referans bildirme ve bürokratik sorunları, zorluk olarak niteleyen 1'er mezun, soruyu yanıtlamayan 10 mezun bulunmaktadır.

3. İşitme engelli bireylerin, iş edinebilmesi için nelerin gerekli olduğunu düşünmektedirler?

İş edinebilmek için: 55 mezundan, 39'u (%71) tecrübe ve mesleki beceri, 38'i (%69) iyi iletişim becerisi, 29'u (%53) diploma, 27'si yardım edecek yakın ya da arkadaş, akraba gerekli olduğunu belirtmiştir. 14 mezun (%25), iş edinebilmek için işitme engelli bireyin kendini çok iyi geliştirmesi ve kendine güvenmesi gerektiğini belirtmiştir. İşverenin de işitme engelliler hakkında bilgisinin olması gerektiğini belirten 3 (%5), ve yasalarca özürlü çalıştırma zorunluluğu bulunmasını ifade eden 2 (%4) mezun bulunmaktadır. İş edinebilmek için: 55 mezundan: 2'si (%4) şans, 1'i (%2) iyi bir yabancı dil gerektiğini belirtmiş, 1'i ise (%2) yanıt vermemiştir.

4. Mezunların ne kadarı çalışmakta ve yaptıkları işler ile sektörlere dağılımı nasıldır?

Araştırmaya katılan 81 mezunun 55'i (%68) bir işe girdiğini ve çalıştığını ifade etmektedir. 55 yüksekokul mezununun 23'ü resmi (%42), 32'si özel (%58) işyerlerinde çalışmaktadır. Resmi işyerlerinde çalışanlar, 9'u büro memuru, 8'i bilgisayar operatörü, 2'si bilgisayar teknisyeni, 1'i teknik eleman, 1'i laborant, 2'si işçi olduğunu belirtmiştir.

Özel işyerlerinde: 2'si mimar, 1'i yapı ressamı, 1'i seramik tasarımcısı, 1'i dekorasyon işçisi, 1'i grafik uzmanı, 2'si büro elemanı, 1'i seramik atölyesinde işçi, kağıt sanayide 2 paketleme işçisi, tekstil sanayisinde 1 kumaş kesim ve dağıtım işçisi, ütücü 2, 4 baskıcı, gıda sanayisinde 1 arşivci, 1 paketlemeci, ısı cihazları sanayisinde 1 ocakçı, otomobil sanayisinde 1 işçi, seramik sanayisinde 1, mermer sanayisinde 1 makine imalat işçisi, cam sanayisinde 2 soğutma suyu işçisi, beyaz eşya sanayisinde 3 geçici işçi, emlak ticaretinde 1 kişi iş veren olarak çalışmaktadır.

5. Mezun oldukları bölümlere göre istihdamları nasıldır?

Mezun oldukları bölümlere göre istihdamları tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2: Mezunların Yüksekokuldaki Bölümlere Göre İstihdam Dağılımı

Bölümler

Bilgisayar Operatörlüğü

Yapı Ressamlığı

Seramik

Grafik

Mimarlık

Program

Ön Lisans Programı

Ön Lisans Programı

Lisans Programı

Lisans Programı

Lisans Programı

Yıllar

İşe Giren Sayısı

İşe Giren Sayısı

İşe Giren Sayısı

İşe Giren Sayısı

İşe Giren Sayısı

İstihdam

Toplamı

1996

yok

2

yok

yok

yok

2

1997

1

1

yok

yok

yok

2

1998

1

yok

yok

yok

yok

1

1999

4

yok

1

yok

yok

5

2000

3

2

2

yok

1

8

2001

3

5

1

yok

1

10

2002

4

yok

4

1

yok

9

2003

3

1

2

1

1

8

2004

5

3

yok

yok

yok

8

2005

1

1

yok

yok

yok

2

Toplam

25

15

10

2

3

55

1996-2005 yılları arasında mezun olan ve bu araştırmaya katılan 55 çalışan işitme engelli bireyin 25'i (%46) bilgisayar operatörlüğü ön lisans programından, 15'inin (%27) yapı ressamlığı ön lisans programından, 10'unun (%18) seramik lisans programından, 2'sinin (%4) grafik lisans programından, 3'ünün (%6) mimarlık lisans programından meslek eğitimi aldıkları ve iş hayatına girdikleri belirlenmiştir.

6. Mezunların, yüksekokuldaki meslek öğrenimine uygun çalışma durumları nasıldır? Mezunların, yüksekokuldaki meslek öğrenimine uygun/uygun olmayan işlerde çalışma durumları tablo 3'de verilmiştir.

Tablo 3: Meslek Öğrenimine Uygun/Uygun Olmayan Çalışma Durum Dağılımı

Bölümler

Bilgisy. Op r.

Yapı Res.

Seramik

Grafik
Mimarlık

Program

Ön.Lsn.Prg.

Ön. Lsn.Prg.

Lisans Prg.

Lsn.Prg.

Lsn.Prg.

sayı/%

Yüksekokul Meslek Eğitimine Uygun İşte Çalışan

15

3

2

1

2

23

%42

Yüksekokul Meslek Eğitimine Uygun Olmayan İşte Çalışan

10

12

8

1

1

32

%58

Toplam

25

15

10

2

3

55

Araştırmaya katılan ve bir işe yerleşerek çalışanların 23'ü (%42) meslek öğrenimlerine uygun işlerde çalıştıkları belirlenmiştir. İşe yerleşerek çalışanlardan 32'sinin (%58) meslek öğrenimlerine uygun olmayan işlerde çalıştıkları belirlenmiştir.

Çalışanların mezun oldukları bölümlere göre uygun işte çalışma durumları ise; Bilgisayar Operatörlüğünden mezun olan ve bu araştırmaya katılan 25 işitme engelli bireyin, 15'i (%60) mesleğine uygun bir işte çalışmakta, 10'u (%40) mesleği ile ilgisi olmayan işlerde çalışmaktadır. Yapı Ressamlığı Bölümünden mezun olan ve bu araştırmaya katılan 15 işitme engelli bireyin, 3'ü (%20) mesleğine uygun bir işte çalışmakta, 12'si (%80) mesleği ile ilgisi olmayan işlerde çalışmaktadır. Seramik Bölümünden mezun olan ve bu araştırmaya katılan 10 işitme engelli bireyin, 2'si (%20) mesleğine uygun bir işte çalışmakta, 8'i (%80) mesleği ile ilgisi olmayan işlerde çalışmaktadır. Grafik Bölümünden mezun olan ve bu araştırmaya katılan 2 işitme engelli bireyin, 1'i (%50) mesleğine uygun bir işte çalışmakta, 1'i (%50) mesleği ile ilgisi olmayan işlerde çalışmaktadır. Mimarlık Bölümünden mezun olan ve bu araştırmaya katılan 3 işitme engelli bireyin, 2'i (%67) mesleğine uygun bir işte çalışmakta, 1'i (%33) mesleği ile ilgisi olmayan işlerde

çalışmaktadır.

7. Girdikleri iş için, işe başlamadan önce hizmet içi eğitim ve işe uyum devresi alma durumu nasıldır?

55 çalışan mezundan 14'üne (%25) girdikleri iş için, işe başlamadan önce hizmet içi eğitim verildiği, 41'ine (%75) ise hizmet içi eğitim verilmediği belirlenmiştir. 55 çalışandan; işe uyum devresi verilmeyen 35 (%63), işe uyum devresi verilen, 20 (%37) yüksekokul mezunu işitme engelli birey bulunmaktadır. İşe uyum devresi verilen 20 bireyden, 15'ine (%75) bu süre yeterli gelmiş, 5'ine (%25) yetersiz gelmiştir. İşe uyum devresi süresi ise 1 hafta ile 6 ay arasında değişmektedir.

8. Aylık ücret durumu ve ücrete ilişkin düşünceleri nelerdir?

55 çalışan yüksekokul mezununun 20'si (%36) asgari ücretli olarak çalışmaktadır. 450 YTL. – 650YTL. Arasında aylık ücret alan 25 (%46) birey bulunmaktadır. 651YTL. İle 750 YTL. arasında ücret alan 5 (% 9) yüksekokul mezunu ve 751YTL. – 1000 YTL. arasında ücret alan 5 (% 9) yüksekokul mezunu belirlenmiştir. 55 çalışan yüksekokul mezunu diğer çalışanlardan farklı bir ücret alıp almadığına ilişkin olarak 5'i çok (%9), 20'si aynı (%36), 27'si az (%49), 2'si bilmiyorum (%3), 1'i beni ilgilendirmiyor (%2), şeklinde düşüncelerini ifade etmiştir.

9. İşleri ile ilgili ihtiyaçları nelerdir?

55 Yüksekokul mezununun 31'inin (%56) işleri ile ihtiyaçları; meslek, iletişim, sağlık, ekonomik ve sosyal ihtiyaçlar olarak ifade edilmektedir. 17 (%31) mezun ihtiyaç belirtmemiş, 7 (%13) mezun ise yanıt vermemiştir. 12'si (%38) meslekle ilgili, 7'si (%23) iletişimle ilgili, 4'ü (%13) sağlık, 4'ü (%13) sosyal, 3'ü (%10) ekonomik, 1'i (%3) ulaşım ihtiyacı olduğunu belirtmiştir.

10. İşlerinde yükselme olanakları ile ilgili düşünceleri nelerdir?

Araştırmaya katılan yüksekokul mezunlarının 26'sı (%47) işlerinde yükselme olanağı olduğunu düşünüyor. Mezunların 20'si (%36) işlerinde yükselme olanağı olmadığını düşünüyor. 9 mezun ise (%17) soruyu yanıtlamamıştır.

11. İşyerlerinin fiziksel çevre koşulları ile ilgili düşünceleri nelerdir?

İstihdamı gerçekleştiren mezunlardan 40'ı (%73) iş yerlerinin çevre koşullarını uygun bulmaktayken 8'i orta derecede (%15) uygun bulmakta, 6'sı (%11) uygun bulmamaktadır. 1 (%2) mezun ise bu soruya yanıt vermemiştir.

12. Mezunların verimliliklerini arttırmaları için teknolojik destek durumu nedir?

İstihdamı gerçekleştiren mezunlardan 26'sına (%47) teknolojik destek verildiği, 26'sına (%47) verilmediği belirtilmektedir. 3 mezun ise (%6) soruyu yanıtlamamıştır.

13. İş yerlerindeki iletişim davranışları nelerdir?

55 çalışan işitme engelliden 31'i (%56) konuşarak, 9'u (%16) konuşarak ve yazarak, 9'u işiten bireylerle konuşarak ve işitme engelli bireylerle işaretlerle, 5'i (%9) yalnız işaretlerle, 1'i (%2) yazarak iletişim kurduklarını belirtmişlerdir.

14. İşitme engelini, iş yaşamında sorun olarak düşünme durumları nedir?

Araştırmaya katılan ve istihdam olan mezunlardan, işitme engelini, iş yaşamında sorun olduğunu düşünen 22 (%40), düşünmeyen 33 (%60) kişi bulunmaktadır.

15. Çalıştıkları işyerlerindeki diğer personelin kendilerine bakış açılarıyla ilgili düşünceleri nelerdir?

İstihdamı gerçekleştiren mezunlar, iş yerlerinde, işitme engeli nedeniyle, kendilerine farklı bakıldığını, davranıldığını düşünen 33 (%60), düşünmeyen 22 (%40) kişi bulunmaktadır.

16. Çalıştıkları işyerlerinde ayrımcılık yapıp yapılmadığına ilişkin düşünceleri nelerdir?

İstihdamı gerçekleştiren mezunlardan, iş yerlerinde ayrımcılık yapıldığını ve önemsenmediklerini düşünen 24 (%44), düşünmeyen 30 (%54) kişi vardır. 1 (%2) mezun

ise bu soruya yanıt vermemiştir.

17. Yaptıkları işi seviyorlar mı? İşlerini sevmeyenlerin "İş sevmeme nedenleri" nelerdir? İstihdamı gerçekleştirenlerin 37'si (%67) işini sevdiğini, 18'i ise (%33) işini sevmediğini belirtmektedir. İşlerini sevmeyenlerin 8'i (%44) mesleği ile ilgili iş yapmadığı için işini sevmediğini ifade etmiştir. İşini sevmeme nedeni olarak 5'er (%28) çalışan iş yerinde kendilerine az iş verildiğinden, atıl olarak görüldüklerinden, sıkıcı iş ortamında bulduklarından ve 4'er (%22) çalışan ise çok ağır işler verilmesinden yakınmaktadır. 1'er çalışan ise (%6) iletişim sorularından dolayı işini sevmediğini belirtmektedir.

18. Mezunların bir işe girdikten sonra iş yerini değiştirme durumları nedir?

Araştırmaya katılan ve bir işe girdikten sonra işyerini değiştiren 19 (%36), değiştirmeyen 36 (%64) işitme engelli birey bulunmaktadır. İşini değiştiren 19 çalışanın daha önceki işini bırakma nedenleri ise; 8'inin ücret azlığı (%42), 4'ünün (%21) az görev verilmesi ve işinin sıkıcı olması, 3'üne (%16) ağır iş verilmesi, 3'ü (%16) mesleğine uymadığı için, 1'inin(%5) ise iş yerinde dövülmesi nedenleriyle işten ayrıldığı ve iş yerini değiştirdiği belirtilmiştir.

19. Çalışmak isteyebilecekleri bir işin özelliklerine yönelik istekleri nelerdir?

55 işitme engelli yüksek okul mezununun; 24'ü (%44) mesleği ile ilgili, 5'i (%9) memur olarak, 14'ü (%25) başka iş düşünmediğini ifade etmiştir. Yanıt vermeyen 12 (%22) yüksek okul mezunu çalışın belirlenmiştir.

TARTIŞMA

Önemli sorunlardan biri olan istihdam ve işsizliğe uğramamak için yüksek okul mezunu işitme engelliler, iş bulmak için pek çok yolu denemişlerdir. İş ve İşçi Bulma kurumuna dilekçe vermek, akrabalarından yardım istemek, gazetede ilanlara dilekçe yazmak, derneklere gitmek gibi. Bunların yanı sıra, iş bulma girişimlerini açıkça yazmışlardır. İşitme engelli yüksek okul mezunları, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı, yasalarca girmek zorunda oldukları sınavlar, meslek odaları, yerel yönetimler, bankalar, internetten işyerlerine başvuru, buldukları il içi ve dışı işyerlerine başvuru, iş toplantılarında kendilerini tanıtmak, ek beceri için kurs alma gibi çabalar göstermişlerdir. Bu çabalar, topluma üretici birey olarak katılma girişimi olarak tanımlanabilir.

İşitme engelli olmak, bir bireyin iletişim kurmada karşılaştığı en önemli sorun olarak karşılarına çıkan ilk engeldir. Bu araştırmaya katılanların %32'si, iş bulmada karşılaşılan zorlukların başında "iletişim zorluğunu" belirtmişlerdir. "İletişim zorluğunu" tamamlayan ifade ise ayrımcı davranıldığını vurgulayan " işitme engellilere ön yargılı davranılıyor" ifadesidir. İş bulmada zorluk görmeyen mezunlar da bulunmaktadır. İşitme kaybı az olan mezunlar, iletişim zorluğu yaşamamışlardır. Bazı mezunlar, ailesi ve yakınları sayesinde rahatça iş edinebilmişlerdir. Ayrıca iş başvurusu kabul edilmeyen, bürokratik işlemleri, referans bildirmeyi, zorluk görme olarak tanımlayan, mezunlar da bulunmaktadır. Araştırmaya katılan 55 mezunun, %71'i iş edinebilmek için, mesleki bilgi ve tecrübe ile kendini çok iyi geliştirmenin gerekli olduğunu belirtmiştir. Ayrıca iyi bir iletişim becerisi ve yabancı dil bilmenin önemini belirtmişlerdir.

Anadolu Üniversitesi Engelliler Entegre Yüksek Okulu'ndan 1996 – 2005 yılları arasında mezun olan ve bu araştırmaya katılan, 81 işitme engelli bireyin 55'i (%68), bir işte çalışmaktadır. İşitme engelli yüksek okul mezunu bireylerin, 27'si (%49) vasıflı, 27'si (%49) vasıfsız, 1'i (%2) serbest meslek işinde çalışmaktadır. Bu araştırma bulgularında belirlenen vasıfsız çalışanlar, düşük ücretli işlerde (Ocakçı, Ütücü, Paketlemeci gibi işlerde) çalıştırılmaktadır. Yılmaz'ın (2004) belirttiği gibi düşük ücretli işlerde vasıfsız çalışanlar, işten çıkarmalarda ilk sıralarda olabilirler. Bu, sonuçta istihdam sorunlarına

neden olabilir. Hem işveren kurum, hem çalışan işitme engelliler, hem de işe alınmayı bekleyen işitme engelliler açısından olumsuz sonuçları olabilir.

55 işitme engelli bireyin, 23'ünün (%42) meslek öğrenimlerine uygun, 32'sinin (%58) meslek öğrenimlerine uygun olmayan işlerde çalıştıkları belirlenmiştir. Meslek öğrenimlerine uygun olmayan ve vasıfsız işlerde çalışan mezunların, 20'si (%36) işlerinde yükselme olanağı olmadığını belirtmişlerdir.

Yüksekokul mezunlarından 41'ine (%75), iş başında, hizmet içi eğitim verilmediği belirlenmiştir. Bu bireylerin 27'si (%49) vasıfsız işlerde çalışmaktadır. Çalışan işitme engelli bireylere, hizmet içi eğitimin verilmeyişi, hem yasal ihmal; hem de insan haklarına yapılan aykırılıktır.

İşitme engelli bireylere, işe başlamadan önce, 55 çalışandan 35'ine (%63), uyum hizmeti verilmediği belirlenmiştir. 5378 Sayılı Özürlüler Kanunu, işyerinde uyum hizmeti verilmesini istemektedir. Yılmaz'ın (2004) belirttiği gibi "İşe uyum hizmeti verilmediğinde iş verimi azalacak ve böylelikle işten çıkarma nedeni, ortaya kendiliğinden çıkmaktadır" bulgusu, bu araştırma bulgularıyla örtüşmektedir.

Çalışanların %82'si, 400YTL. – 650YTL. arasında ücret almaktadır. Yüksekokul mezunu işitme engelli bireylerin %49'u aldıkları ücretin "az" olduğunu ifade etmişlerdir.

Engelliler Entegre Yüksekokulu mezunlarına, meslek eğitimine uygun bir işte çalışma, iş hayatına katılım sağlayan Mimarlık Bölümü %67, Bilgisayar Operatörlüğü Bölümü %60, Grafik Bölümü %50, Yapı Ressamlığı ve Seramik Bölümü mezunları %20'dir.

55 yüksekokul mezununun 31'inin (%56) işleri ile ihtiyaçları meslek, iletişim, sağlık, ekonomik ve sosyal ihtiyaçlar olarak ifade edilmektedir. 12 (%38) meslekle ilgili olan, 7 (%23) iletişimle ilgili olan, 4 (%13) sağlık, 4 (%13) sosyal, 3 (%10) ekonomik, 1 (%3) ulaşım ihtiyacı olduğunu belirtmiştir.

Mezunlardan 40'ı (%73) iş yerlerinin çevre koşullarını uygun bulmaktadır ancak 26'sı (%47) teknolojik destek verilmediğini belirtmektedir. 55 çalışan işitme engelliden 31'i (%56) konuşarak, 9'u (%16) konuşarak ve yazarak, 9'u işiten bireylerle konuşarak ve işitme engelli bireylerle işaretle, 5'i (%9) yalnız işaretle, 1'i (%2) yazarak iletişim kurduklarını belirtmişlerdir.

İşitme engelini, iş yaşamında sorun olduğunu düşünen 22 (%40), kendilerine farklı bakıldığını, davranıldığını düşünen 33 (%60), iş yerlerinde ayrımcılık yapıldığını ve önemsenmediklerini düşünen 24 (%44) işitme engelli birey bulunmaktadır.

İstihdamı gerçekleştirenlerin 37'si (%67) işini sevdiğini, 18'i ise (%33) işini sevmediğini belirtmektedir. İşlerini sevmeyenlerin 8'i (%44) mesleği ile ilgili iş yapmadığı için işini sevmediğini ifade etmiştir. İşini sevmeme nedeni olarak, 5 (%28) çalışan iş yerinde kendilerine az iş verildiğinden, atıl olarak görüldüklerinden, sıkıcı iş ortamında bulduklarından ve 4 (%22) çalışan, çok ağır işler verilmesinden yakınmaktadır. 1 çalışan ise (%6) iletişim sorunlarından dolayı işini sevmediğini belirtmektedir.

Araştırmaya katılan ve bir işe girdikten sonra iş yerini değiştiren 19 (%36), değiştirmeyen 36 (%64) işitme engelli birey bulunmaktadır. İşini değiştiren 19 çalışanın daha önceki işini bırakma nedenleri ise: 8'inin ücret azlığı (%42), 4'ünün (%21) az görev verilmesi ve sıkıcı iş olması, 3'üne (%16) ise ağır iş verilmesi, 1'inin ise, iş yerinde dövülmesi nedeniyle iş yerini değiştirdiği belirlenmiştir.

55 işitme engelli yüksekokul mezununun; 24'ü (%44) mesleği ile ilgili, 5'i (%9) memur olarak, 14'ü (%25) başka iş düşünmediğini ifade etmiştir. Yanıt vermeyen 12 (%22) yüksekokul mezunu çalışan belirlenmiştir.

SONUÇ

İşitme engelli yüksekokul mezunları iş bulmak için çeşitli yollara başvurmuşlardır. Toplum

içinde, çalışan ve üretken birey olarak, işitme engellilerin yer alma istek ve uğraşları, işiten bireylerin onlar hakkındaki, olumsuz ön yargılarının değişmesine etki edebilir. İşitme engelli mezunlarla yapılan görüşmelerde, iş bulma uğraşlarının oldukça zaman aldığı ve kimi zaman, iş bulamama endişesi yaşadıklarını dile getirmişlerdir. Bazı mezunlar ise, iş bulamayacakları hissine kapılarak bulunduğu bir işe girmiştir. Toplum içinde üretici birey olmaları için yetiştirilen bireylerin yarısı/yarisından fazlasının vasıfsız işlerde çalıştırılmaları, kendi mesleklerine uygun iş verilmemesi, eğitimleri için harcanan (ekonomik-sosyal-hukuksal-eğitsel) çabaların boşa gitmekte olduğu izlenimini vermektedir. Mesleğine uygun olmayan ve vasıfsız işlerde çalıştırılan bireylere, hizmet içi uygun bulmaktayken eğitim ile işe uyum hizmeti verilmemesi, iş verimini, iş başarısını azaltabilir. Bu durumda; verilen işi yapmayan birey izlenimi ortaya çıkmakta, olumsuz tutum ve önyargıların artmasına sebep olabilmektedir. İşyerinde yükselme olanağının olmadığını düşünenlerin bulunması, bu nedenlerin bir sonucu olabilir.

Yüksekokul mezunu işitme engelli bireylerin yarısı, aldıkları ücretin "az" olduğunu ifade etmişlerdir. Düşük ücretle çalışan yüksekokul mezunlarının, yaşam şartlarının iyileştirilmesi, çalışma motivasyonlarının yükseltilmesi ve iş veriminin artırılması, mesleki eğitimlerine uygun, vasıflı işlerde istihdamı ile sağlanabilir. Meslek eğitimlerine uygun işlerde çalışan işitme engelliler, ücretlerinin az olduğunu ifade etmemektedirler.

Engelliler Entegre Yüksekokulu mezunlarına, meslek eğitimine uygun bir işte çalışma, iş hayatına katılım sağlayan Mimarlık Bölümü %67, Bilgisayar Operatörlüğü Bölümü %60, Grafik Bölümü %50, Yapı Ressamlığı ve Seramik Bölümü mezunları %20'dir. İşitme engellileri topluma üretici bireyler olarak katılımlarını sağlamayı, amaç edinmiş yüksekokulun, bu amacına yaklaştığı görülmektedir.

İşitme engelli yüksekokul mezununun yarısından çoğu, işleri ile ilgili ihtiyaç belirtmişlerdir. En çok ihtiyaç; meslek bilgi ve tecrübesi, iletişim ve son da sağlık gelmektedir. Sosyal ihtiyaç ise "ayrımcılık yapılmamalı" şeklinde ifade edilmiştir. İhtiyaçları arasında ekonomik ihtiyacı %10 ve ulaşım ihtiyacını %3 gibi belirten işitme engelliler bulunmaktadır.

Çalışan işitme engellilerin çoğunluğu, işyerlerinin çevre koşullarını uygun bulmaktadır. Mezun oldukları yüksekokulun bünyesinde, işitme engelli bireylerin eğitim gereksinimlerini karşılayabilecek teknoloji ile donatılmıştır. Okuldan mezun olduktan sonra çalışma ortamına girenlerin, yarısına yakın işitme engelliye teknolojik destek verilmediği belirlenmiştir.

Meslek bilgi ve tecrübesi olan yüksekokul mezunlarının, iş yerlerinde iletişim becerilerini kullanabilir durumda olmaları, işiten bireylerin bakış açılarını, ön yargılarını olumluya çevirebilir. İletişim becerisi olabildiğince artmış işitme engelli bireyler yetiştirmek ve mezun etmek, ayrımcılığın ortadan kalkmasını sağlayabilir.

Engel türüne uygun, mesleki eğitim programları belirlenerek hizmet veren kurumdan mezun olan işitme engelli bireylerden yarısına yakın işitme engelinin, iş yaşamında sorun olduğunu düşünmesi; mesleğine uygun olmayan işlerde çalışmaları ya da yüksekokul öncesi aldıkları eğitimin niteliği ile ilgili olabilir.

İşitme engeli nedeniyle, iş yerlerinde kendilerine farklı bakıldığını, davranıldığını düşünen, önemsenmediğini belirten bireylere ayrımcılık yapılmaktadır. Mesleği ile ilgili çalıştırılmamak, az iş vermek, atıl bırakmak, az ücret vermek, sıkıcı iş vermek, iletişim becerisi gerektiren (telefon kullanma gibi) iş vermek, diğer çalışanlara yeni bilgisayar verip, "Sen bozarsın" denilerek, işitme engelliye eski bilgisayar vermek, iş yerinde dövülmek, ayrımcılığın diğer örnekleridir.

Çalışmakta olan yüksekokul mezunu işitme engellilerin işlerinden memnun olmama

nedeni olarak, yalnızca " ayrımcılık" gelmektedir.

ÖNERİLER

İşitme engelli yüksekokul mezunlarına ülke çapında; Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı sorumluluğunda, İş-Kur ve Engelliler Entegre Yüksekokulu işbirliği ile uygun mesleğe yönlendirme, bilgi verme, izleme programı desteklenebilir. Bu program çerçevesinde tüm sektörler için, işitme engellileri ve mesleki becerilerini tanıtıcı internet sayfası/CD/broşür gibi araçlar hazırlanabilir. Bu araçlar Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı'na, İş-Kur Müdürlükleri'ne, Meslek Odaları'na gönderilebilir. İş başvurusu ve iş ararken karşılaşılabilecekleri zorlukları konu alan dersler, yüksekokul programlarında daha etkin düzenlenebilir. İş arama ve zorlukları yenme becerisine ilişkin bilgi ve deneyimler, yüksekokul bitmeden öğretilebilir.

İşitme engelli yüksekokul mezunu bireylerin, iş edinebilmeleri için nelerin gerekli olduğuna ilişkin bu araştırmadaki düşünceleri halen yüksekokulda okuyan işitme engelli öğrencilerle paylaşılabilir, böylece geri bildirim sağlanmış olur.

Yüksekokul mezunu işitme engellilerin meslek eğitimlerine uygun vasıflı işlerde çalışmalarını sağlayıcı tedbirler alınabilir.

Meslek eğitimine uygun bir işte çalışma hayatına katılım sağlayan bölüm tespiti için mezun olan tüm öğrencilere ulaşılmaya çalışılmalıdır.

İş yerine uyum hizmeti vermeyen, iş yerlerine 5378 sayılı "Özürlüler ve Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun" (Özürlüler Kanunu) belirtilmelidir. Özürlüler Kanunu, bu araştırmaya katılan yüksekokul işitme engelli öğrencilerinin mezuniyeti sonrası yayınlanmıştır. İzleyen zamanlarda benzer uygulamalar hem işvereni, hem de çalışanı zor duruma düşürebilir.

Düşük ücretle çalışanların, meslek eğitimine uygun bir işe yerleştirilmeleri ücret sorununu çözebilir. Böylece; yaşam şartları iyileştirilebilir, çalışma motivasyonları ve iş verimi artırılabilir.

İşitme engelli yüksekokul mezunları, meslekleri ile ilgili meslek odalarına yönlendirilebilir ve onlar aracılığı ile işle ilgili sorunları dile getirilebilir.

Engelliler Entegre Yüksekokulundan mezun olan ve mesleğine uygun işlerde çalışanların, çalıştıkları işler ve işyerleri okul duyuru köşelerinde, okul gazetesinde duyurulabilir. Ayrıca bu yazı köşeleri, iş yeri sorunlarının duyurulduğu yer olabilir.

KAYNAKÇA

ANADOLU ÜNİVERSİTESİ, Engelliler Entegre Yüksekokulu Katoloğu,2002-2003, Anadolu Üniversitesi Yayınları; No: 1505, s.ENG. 3, (2002).

AVRUPA KOMİSYONU, Engelliler Konferansı, Engelli İnsanlara Eşit Fırsatlar: İşbirliği ve Ortaklık, Sofya, Bulgaristan, 2004, s.1-7

BİRLEŞMİŞ MİLLETLER GENEL KURULU, Sakatlar İçin Fırsat Eşitliği Konusunda Standart Kurallar, 48.Toplantı, 48/96 sayılı karar, (20 Aralık, 1993).

ERGÜN, M., Özürlülerin Çalışma Yaşamına Katılımı & İşverenler, T.C.Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı, Bilgi İşlem Dairesi Başkanlığı, (2005), s.64-98.

KARASAR, N., Bilimsel Araştırma Yöntemi, 7. Basım. 3A Araştırma Eğitim Danışmanlık Ltd., Ankara, 1995, s.79/151.

ÖN RAPOR HAZIRLAMA KOMİSYONU, II.Özürlüler Şurası, Özürlülerin İşgücü Piyasasına Katılımı Taslak Raporu,T.C.Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı, Bilgi İşlem Dairesi Başkanlığı,(2005),s.52-63

ÖZSOY, Yahya., "Özel Eğitime Muhtaç Çocuklar", Türkiye'de Çocuğun Durumu. Ankara. Maya Matbaacılık Yayınları, (1989), s.185.

SEZGİN, İ.,Türkiye'de Meslek Eğitimi ve Sorunları, Türk Eğitim Derneği VI.Eğitim

Toplantısı, Bilim Dizisi No.6, Ankara, (1983), s.20-48.

T.C.BAŞBAKANLIK ÖZÜRLÜLER İDARESİ BAŞKANLIĞI, Özürllüer İle İlgili Mevzuat, Ankara: 2002

TÜFEKÇİOĞLU, U., Erdiken, B., Girgin C., Girgin Ü., Engelliler İçin Eğitim Modelleri Geliştirme Projesi, T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Anadolu Üniversitesi, Cilt:V, (1992).

YILMAZ, Z., alışan Özürllüerin İş Yaşamında Karşılaştıkları Sorunlar ve Bunları Etkileyen Etmenler, Özveri Dergisi, 1, 2, 21-45, 2004.

Özürllü Kadınlar ve Ayrımcılık

Hatice OSUNLUK - Bahar UğURLU

Fizyoterapist - Özürllüer Uzmanı

Başbakanlık Özürllüer İdaresi Başkanlığı

ÖZET

Eşitlik ve insan hakları gerek özürllü hareketlerinde, gerekse kadın hareketlerinde ki temel konudur. Ayrımcılığa maruz kalma, düşük toplumsal statü, fiziksel, cinsel ve diğer istismar türlerine maruz kalma, kadına özgü toplumca belirlenmiş rol ve sorumlulukları yerine getirmek zorunda bırakılma, eğitim olanaklarından yeterince yararlanamama, bir işe girmekte zorlanma, çalışma yaşamında ayrımcılığa uğrama, yoksulluk ve daha birçok konuda hakların ihlali genel olarak hem kadınlar açısından hem de özürllüer açısından yaşanan temel sorunlardır.

Kadınların ve özürllü bireylerin yaşadıkları sorunları, özürllü kadınlar iki kat fazla yaşamakta, hem özürllülüğün getirdiği, özürllü bireye yönelik ön yargılar ve engellerle, hem de kadın olmanın ve kadınlara bakışın getirdiği olumsuzluklarla karşı karşıya kalmaktadırlar. Özürllü kadınlar yaygın kanıya göre toplumsal yaşamdaki kadının rollerini "iyi bir eş yada iyi anne" v.b. karşılayamadıkları düşünölmektedir. Eğitim ve istihdam sorunları, toplumun ön yargısı, yanlış tutumlar ve ulaşabilirlikteki engeller gibi nedenlerle de çoğunlukla kendi geçimlerini temin edememektedirler. Özürllü kadınlar yaşları, sosyo-ekonomik ve kültürel seviyeleri, yaşadıkları bölge ne olursa olsun çok büyük oranda insan hakları ihlalleri ile karşı karşıya kalmaktadırlar.

Özürllü kadınları kendi gereksinimlerini ifade etme, seslerini duyurma, karar alma süreçlerine aktif ve eşit derecede katılmalarının yani kendi hayatları üzerinde egemen olmalarının, eşit fırsatlara sahip olabilmelerinin sağlanması için yaşadıkları şartların doğru değerlendirilerek onları güçlendirecek, destekleyecek ve sorunlarını bütün yönleri ile ele alacak her alanda sosyal politika ve düzenlemelere gereksinim vardır.

Anahtar Kelimeler: Özürllü Kadın, Ayrımcılık, Eşitlik, İnsan Hakları, Özürllülük, Kadın.

DISABLED WOMEN AND DISCRIMANITATION

Abstract

Equality and human rights are main subjects either in disability movements or feminist movements. In general disabled people and also women have main problems such as with discrimination, lower social status, facing with physical, sexual and and other abuses, being forced to participate inflexible social roles and responsibilities belonging to women and society, benefiting less from educational oppourtunities, facing with difficulties in finding a job and also facing with discrimination in work life, poverty and breaking rigts of them.

Disabled women face the problems which are experienced by women and disabled people so it become doubled that facing with the prejudice and handicaps against disabled people and disability also at the same time facing with the disadvantages that brings to be a woman According to common wisdom, disabled women do not meet the requirements society places on women such as a "good wife", a "good mother" etc. They can not earn their living because of barriers of access and attitude in social life, education and employment problems. No matter their age, their socio economic level, culturel background and their regions disabled women face barriers in reaching their human rights.

For expressing their needs, active and full participation in decion making processes in other words for being dominant in their own life and having equal opportunities with society, disabled women's living conditions should be evaluated. Disabled women should be empowered and supported in detailed and correct way so there must be arrangements in all areas and social policies by considering all aspects of their problems and their conditions.

Key Words: Disabled Women, Discrimination, Equality, Human Rights, Disability, Women.

Giriş

1993 Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Raporuna göre; özürlü bireylerin insan hakları tüm dünyada çeşitli derecelerde ihlal edilmektedir. Bu kadın veya erkek tüm özürlü bireyler için geçerlidir. Tarihsel süreç içinde sorunlarını kendi ideolojik bakış açıları ile tartışmaya başlayan kadın hareketleri; sadece kadın haklarını savunmakla kalmamış, farklı grupların kendilerini ifade etmelerinde ve mücadele etmelerinde de önemli rol oynamışlardır. Feminist hareketin etkisi ile diğer gruplar (yaşlılar, eşcinseller vb.) da harekete geçmiştir. Eşitlik ve insan hakları gerek özürlü hareketlerinde, gerekse kadın hareketlerinde temel konudur.

Tüm dünyada özürülülerin insan hakları konusundaki çalışmalar son 20 yılda ivme kazanmıştır. Ancak cinsiyetin özürlü kadınları, özürlü erkekleri ve onların insan haklarını nasıl etkilediği konusu çok yavaş bir gelişme göstermiştir. Feminist hareketin kendisi de özürlü kadınlarında dahil olduğu belirli grupların ele alınması konusunda yavaş ilerlemiştir (Abu Habib L., 1995). Kadın hareketi ile özürlü hareketinin birbirini oldukça geç ve yavaş tanınması, bu iki grubun birbirinin müttefiki olduğunu geç fark etmesine neden olmuştur. Feminist hareket, kadın olarak gördüğü gruba özürlü kadınları dahil etmemiş ve özürülülük konusu da en başından itibaren erkek egemen bir yapı içinde oluştuğu için onlar da feminist hareketi özürlü kadınların dışında kabul etmişlerdir. Aslında biraz daha ileri gidilirse, özürülülük konusundaki bu erkek bakış açısı özürlü kadının varlığını yeterince fark etmemiş ve bu konuda tamamen bir erkek yaklaşımı geliştirilmiştir (Küçükkaraca; 2005).

Özürlü hareketlerinin bütün özürülülerini temsil etmesi ve yetki vermesine rağmen pratikte özürlü kadınlar (değişiklik yapma, bir harekette bulunma ve tam katılım konuları gibi) yeterli fırsatlara sahip değildir. Özürlü bireylerin yaşadıkları sorunları, özürlü kadınlar iki kat fazla yaşamakta, hem özürülülüğün getirdiği, özürlü bireye yönelik ön yargılar ve engellerle, hem de kadın olmanın ve kadınlara bakışın getirdiği olumsuzluklarla karşı karşıya kalmaktadırlar.

Alanda yapılan birçok araştırma göstermiştir ki, özürlü erkekler ve özürlü kadınlar karşılaştırıldığında, özürlü kadınlar yoksulluk ve ayrımcılık konularından daha fazla etkilenmektedirler. Aileden ve toplumdan daha az destek almakta ve hizmetlere (eğitim, kaynaştırma, rehabilitasyon hizmetleri vb.) ulaşmada daha fazla zorluk çekmektedirler.

Ekonomik açıdan daha fazla bağımlı olan özürlü kadınlar; eğitimlerinin sınırlı olması, mesleki eğitim hizmetlerinden yeterince yararlanamamaları, olumsuz bakış açısı gibi nedenlerle işverenlerce tercih edilmeyen ve fiziksel, seksüel, psikolojik şiddete ve istismara daha çok maruz kalan bir kesimi oluşturmaktadırlar (Abu Habib L., 1995). Ülkemiz açısından bakıldığında özellikle kadın nüfus grubunun sosyal sorunlardan daha yoğun ve derin etkilendiği bilinen bir gerçektir. Çünkü kadın, eğitimden, iş ve mesleki olanaklardan yoksun, sosyal güvencesi olmaksızın marjinal işlerde çalışmakta (temizlikçi, çocuk bakıcısı gibi) ve erken yaşlarda gerçekleştirilen evliliklere maruz kalmaktadır. Kadın, geleneksel düşünce nedeni ile kamusal yaşama en az düzeyde dahi katılamamakta ve toplumsal etkililikleri oldukça düşük düzeyde kalmaktadır. Bu durum, kadının toplumsal yaşamda ikincil konumunu pekiştiren bir süreç olmaktadır (Küçükkaraca, 2005; Karataş, Duyan, 2005). Toplumsal yaşamda özürü olsun veya olmasın kadının durumunu iyileştirmeye ilişkin genel politikalarda ve uygulamalarda hala önemli eksiklikler vardır.

Kadın hareketlerinin temelinde kadın-erkek eşitsizliği ile kadınların toplumsal hayatta ikinci sınıf bir birey olarak yaşadığı engeller yer almaktadır. Çağlar boyu kadınlar ataerkil toplum yapısında erkekler dünyasında ikinci planda kalmışlardır. Ancak çağdaş dünyanın getirdikleri ve kadın hareketleri kadın-erkek eşitsizliği konusundaki çalışmalara ilerlemeler getirmiştir. Bununla birlikte özürlü kadınların sorunlarının, genel kadın hareketleriyle bağlantısının kurulmasında da birtakım sorunlarla karşılaşmaktadır. Özürlü kadınların konuları, kadın hareketlerinde çok az yer almakta ve göz ardı edilmektedir.

Konuya ilişkin literatür çalışmaları yapılırken karşılaşılan bir gerçeklik, günümüzde diğer gruplar ile karşılaştırıldığında özürlü kadınlara yönelik spesifik çalışmaların azlığı ve bu konuya yönelik ilgisizlik olmuştur. Karşılaşılan bir diğer gerçeklik ise var olan az sayıdaki çalışmaların, özürlü kadınların bizzat kendileri tarafından yaptıkları çalışmalar olduğudur. Dölek'in aktardığına göre; Lonsdale (1999), özürlü kadınların sorunlarını ve ihtiyaçlarını ifade eden sistematik bir çalışmanın bulunmadığını ifade etmektedir (Dölek; 2005).

Özürlü kadınlara gösterilen duyarlılığın ve farkındalığın bu noktada olmasının nedeni büyük ölçüde "kadın" olmaktan ve kadının "görünür kılınamamış" olmasından kaynaklanmaktadır. Çünkü toplumlarda her ne kadar yoğun kadın nüfusları söz konusuysa da kadınlar fazlaca görünür değildirler (Lonsdale 1999'den akt. Dölek; 2005). Ancak son yıllarda bu durum kadınların yine kendilerini görünür kılmak ve "kadın bakış açısını" yaygınlaştırmak adına yaptıkları bir takım sistematik ve örgütlü çalışmalar sonucu, gerek ülkemizde, gerekse tüm dünyada yavaş yavaş değişmeye başlamıştır. Ancak henüz bu değişim özellikle özürlü kadının görünür olmak ve görünür kılınmak adına yaşadığı problemleri azaltmakta yeterli olamamaktadır (Dölek; 2005).

Feminist gruplar ve özürlü grupları içlerinde çok fazla grup bulundurdukları için heterojendirler. Ancak kendilerinin heterojen olduklarını da çok geç fark etmişlerdir. Hem heterojen olmaları hem de tarihsel süreç içinde benzer mücadeleleri ayrı ayrı yaşamış olmaları bugün bulunduğumuz yerde biraraya gelmelerini gerektirmektedir (Küçükkaraca; 2005).

Özürlü kadınların, özür tür ve dereceleri başta olmak üzere, yaşadıkları bölge, eğitim, sosyo ekonomik durumları vb. etkenler yaşadıkları sorunların yoğunluğunu ve derinliğini farklılaştırmakta ve arttırmaktadır.

Özürlü Kadınların Yaşadıkları Sorunlara Genel Bakış

Özürlü kadın bir yada birden fazla özre sahip olan ve toplumda engeller yaşayan kadındır. Özür dereceleri, cinsel seçimleri, yaşadıkları yer, kültürel alt yapıları gibi faktörler göz önünde tutulmadan kırsal ve kentsel alanlarda yaşayan tüm yaş

seviyesindeki kadınlar kastedilmektedir. Özürlü kadınlar yoğunluğu ve çeşitliliği farklı olsa da benzer şekilde ayrımcı uygulamalar, istismar, taciz ve hak ihlalleriyle karşılaşmaktadırlar.

Özürlülerin insan haklarının sağlanması Birleşmiş Milletlerin yükümlülüğündedir.

Birleşmiş Milletlerde özürlü insanların haklarının korunması, geliştirilmesi ve ayrımcılığın ortadan kaldırılmasına yönelik çalışmalar bulunmaktadır. Ancak özürlü kadınların özel ihtiyaçları bulunmaktadır (Radt ke, 2005).

Özürlü kadının sosyal statüsü bireysel şartlara ve yaşadığı ülke koşullarına göre çeşitlilik göstermektedir. Yoksul ülkelerdeki özürlü kadınlar daha fazla dezavantajlıdır. Sadece zor değil, bazen özürlü kadınların uygun eğitim ve çalışma olanaklarını bulması imkansız gibidir. İş bulma, kendi hayatını kazanmakta yaşadıkları güçlüklerin yanısıra toplumun “iyi bir eş”, “iyi bir anne” gibi kadına atfedilen beklentilerini karşılayamadığı düşünülerek toplumun dışında bırakılmaktadırlar (Disabled Women: An International Resource Kit; 1996).

Özürlü kadınların genel durumuna göz atılacak olursa;

Dünyadaki özürlü bireylerin % 51'ini özürlü kadınlar oluşturmaktadır.

Gelişmekte olan ülkelerdeki insanların çoğu yeterli yiyeceğe ulaşmamaktadır. Beslenme bozukluğu nedeniyle 100 milyon insan özürlü kalmıştır.

Uluslararası gelişim programları nadiren özürlü kadınların ihtiyaçlarını dikkate almakta ya da toplumsal gelişim girişimleri içine dahil etmektedir.

Tüm ülkelerde özürlü bireyler arasında yoksulluk çok yüksektir. Özürlü kadınların çalışan kesimlerden dışlanma ve yoksulluk içinde yaşama olasılıkları özürlü erkeklere nazaran çok daha yüksektir .

Kadınların yaşadığı problemler özürlülükleriyle birleşmektedir. Örneğin; HIV enfeksiyonu konusunda kadınlar bilgilendirme kampanyalarında hedef alınan grup değildir. Özürlü kadın iki kere daha fazla ihmal edilmektedir.

Birçok özürlü birey, özellikle yaşlı özürlü kadınlar izole edilmiş yaşamlar sürmektedirler. Kendi evlerinden bile çıkamama durumundadırlar. Yaşlı özürlü kadınlar, hem yaşlı olmaları hem kadın olmaları hem de özürlü olmaları nedeniyle daha dezavantajlı durumdadırlar.

Özürlü bireyler çoğunlukla mimari engeller nedeniyle toplumsal alanlara ulaşmada zorluklar yaşamaktadırlar. Yaşadıkları konutların çoğu özürlülerine uygun değildir.

Toplu taşıma araçlarının çoğu özürlülere uygun değildir.

Eğitim ve öğretim, özürlü kadın için birçok ülkede öncelikli sayılmamaktadır. Gerekli özel destek güvencesi sağlayan engelsiz sistemlere ihtiyaç bulunmaktadır.

Özürlü kadın, özürlü olmayan kadınlardan daha fazla şiddetin, özellikle cinsel şiddetin çeşitli şekillerine maruz kalabilmektedir.

Annelik ve cinsellik konularında özürlü kadınlar sıklıkla yok sayılmaktadırlar.

Özürlü kadınlar sağlık imkanlarına servislerine, jinekolojik ve anneliğe özgü bilgilere çok az ulaşabilmekte yada hiçbir şekilde ulaşmamaktadırlar.

Özürlü kadın cinsel şiddet risklerinin yüksekliği nedeniyle HIV/AIDS geçişinden daha fazla muzdariptirler. Özürlü kız ve kadınları korumak için özel ölçümler ve programlar bulunmamaktadır.

İşe girme, ekonomik bağımsızlığını kazanma, işte yükselme konularında özürlü kadınlar, özürlü erkeklere nazaran çok daha fazla zorluklarla karşılaşmaktadırlar. Birçok ülkede, özürlü insanların en az üçte ikisi işsizdir. Özürlü kadınlar özürlü erkeklere nazaran 4 kez daha zor iş bulmaktadır.

Bilgi ve iletişime ulaşım, özürlüler için sınırlıdır. Bilgi ve iletişime ulaşım özellikle görme,

işitme ve öğrenme güçlüğü olanlar için sınırlıdır.

Özürli insanlara istem dışı yapılan ötenazi giderek daha fazla kabul edilebilir hale gelmektedir. Bazı ülkelerdeki hastanelerde, çeşitli özür grubundaki özürliülerin medikal kayıtlarında kalp krizi durumunda geriye döndürme yapılmayacaktır ifadesi yer almaktadır.

Özürli kadınların kendilerini temsil etme olanakları sınırlıdır. Özürli kadınların yerel, ulusal, uluslar arası düzeyde kendilerini siyasal ve toplumsal alanda daha fazla temsil etmelerini olanak sağlayacak örgütlenmeleri yetersizdir. (Radt ke, 2005; Disabled Women: An International Resource Kit, 1996).

Dünyadaki bütün ülkelerde en az 300 milyon özürli kadın yaşamaktadır. Bunların %82'si gelişmekte olan ülkelerdedir (Radt ke, 2005). Ülkemizde de Türkiye Özürliüler Araştırması (DİE, ÖİB; 2004) verilerine göre; nüfusun %12.29'unu (8.431.937) özürliüler oluşturmaktadır. Araştırma sonuçlarına göre, erkek özürliülerin toplam nüfusa oranı %11.10 iken sayıları 4 milyon 648 740 olan özürliü kadının, toplam nüfusa oranı % 13,45'dir.

Yukarıda özürliü kadınların karşılaştığı sorunlar genel olarak belirtilmiştir. Bu sorunların çeşidi ve yoğunluğu toplumdan topluma, kültürden kültüre aynı toplum ve kültürel yapı içersinde yaşanan bölgeye ve sosyo-ekonomik seviyeye, yaşa, özür tür ve derecesine vb. göre farklılık göstermektedir.

Olumsuz Tutumlar ve Dışlanma

Kadınların bütün toplumlarda dışlandığı ve eşcinsellerden sonra dışlanan önemli bir grup olduğu bilinmektedir. Ancak özürliüler de her ikisinden daha fazla dışlanmaktadır.

Özürliü grupların içinde ise en çok kadınların dışlandığı ve hatta özürliü bir kadın olmaktan dolayı haklarından mahrum kaldığı, şiddete uğradığı bilinmektedir (Küçükkaraca, 2005).

Kadınlar genellikle cinsiyet nedeniyle ayrımcılığa uğrarken, özürliü kadınlar hem kadın hem de özürliü olmaları nedeniyle çifte ayrımcılığa uğramaktadırlar.

Özürliü kadınların yaşadığı ayrımcılığın çoğunun temelinde onların diğer kadınlarla aynı olmadığı ve aynı hakları ve istekleri paylaşmayı bekleyemeyecekleri gibi örtük kavramlar yer almaktadır. Özürliü kadınların izolasyon ve dışlanması kadın ve kadın hareketleri görüşünün bir uzantısıdır (Disabled Women: An International Resource Kit, 1996).

Özürliü kadın ve erkekler cinsiyet ayrımı temelinde farklı tutum ve davranışlarla karşılaşmaktadırlar. Kültür, özürliü kadınların aile, sosyal ve ekonomik yaşamdaki rollerinin indirgenmesinde en büyük rolü oynamaktadır.

Dışlanma, kültür ve gelenek temelinde sınırlandırma, tutumlar ve önyargılar sıklıkla özürliü kadınları erkeklerden daha fazla etkilemektedir. Özürliü kadınların dışlanması düşük benlik saygısına ve olumsuz duygulara yol açmaktadır. Destek servislerinin azlığı ve eğitim yetersizliği de çalışamamaya, sonuç olarak düşük ekonomik duruma sebep olmaktadır. Bu da aileye veya bakımını sağlayan kişilere daha fazla bağımlılığa neden olmaktadır (Disabled Women: An International Resource Kit, 1996). Toplum hem özürliü kadını hem de ailesini dışlamakta ve bu koşullar yüzünden yaşamlarını zorlaştırmaktadır.

Yoksulluk

Yoksulluk ve özürliülük birbirlerini doğuran ve etkileyen faktörlerdir. Özürliülüğün yoksulluğu getirmesinin yanı sıra yoksulluk da özürliülüğün en büyük etkenidir. Vitamin A ve iyot yetersizliği, beslenme bozukluğu ve hijyenik olmayan çevresel şartlar yoksulluğun en yaygın sonuçlarıdır. Bunun yanı sıra özürliülük de yetersiz eğitim seviyesi, işe girme, yükselme, eşit olanaklara ve fırsatlara sahip olamama, ulaşılabilirlikteki zorluklar gibi çeşitli sebeplerle yoksulluğu artırmaktadır. Genelde yoksul insanlar arasında özürliüler

büyük bir yer tutmaktadırlar. Yoksulluk özürlü kadınları hem kadın olması hem de özürlü olması nedeniyle daha yoğun ve derinden etkilemektedir.

Birçok ülkede kız çocuklarının statüsü daha düşüktür. Onlar çocukluklarının fırsatlarından ve haklarından erkek çocuklarına göre daha az yararlanabilmektedirler. Kızlar ve erkekler yoksulluğun yükünün çok büyük bir bölümünü taşırlar. Özellikle fakir kırsal kesim kadınları dünyadaki en mahrum insanlar arasındadır, bu durum özürlü kadınlar için de geçerlidir (Disabled Women: An International Resource Kit, 1996).

Toplumumuzda kadına yönelik cinsiyet ayrımcılığı, özürlü kadınları da olumsuz yönde etkilemektedir. Kadınsanız; iş, sağlık, eğitim, iyi bir gelir gibi temel hakların sağlanmasında daha düşük şansınız var demektir. Eğer hem özürlü hem de kadınsanız bu şansınız da yok denecek kadar azalmaktadır. Özürlü kadınlar, özürsüzlük nedeniyle toplumsal ilişkilerinde yaşadıkları farklı gözle bakılma, olumsuz tutum ve davranışlara maruz kalma, dışlanma acınarak bakılma vb. sorunlara ek olarak cinsiyet ayrımcılığından kaynaklanan sorunları da yaşamaktadır. Bir iş bulma, çalışma konusunda özürlü olmayan kadınlar bile ayrımcılığa, toplumsal statü düşüklüğüne dayalı olarak zorlanırken, kadının özürlü olması nedeniyle becerileri, iş görmesi daha sınırlı görülmekte, genel olarak kadına yönelik davranış ve tutumlarla birleşince özürlü kadının iş bulma şansı ya çok az olmakta ya da hiç kalmamaktadır (İkizoğlu, 2005).

Ortaya çıkan bu durumlar sonucunda özürlü kadın, gelir getirici bir işte çalışamayışından dolayı, herhangi başka bir desteği de yoksa mutlak yoksulluk içine düşmekte ve sosyal yardıma ihtiyaç duymaktadır (İkizoğlu, 2005).

Sağlık ve Rehabilitasyon

Özürsüzlük için en önemli konulardan biri olan sağlık, temelde iki şekilde ele alınmaktadır. Özürsüzlüğün oluşmadan önce engellenmesi, ikincisi ise oluştuktan sonra her türlü sağlık sorununun çözümlenmesi ve topluma kazandırılmasını içerecek şekilde rehabilitasyonunun sağlanmasıdır.

Fakir ülkelerde ihtiyacı olanların %2'sinden daha azının sağlık ve rehabilitasyon hizmetlerine ulaşabildiği tahmin edilmektedir. Rehabilitasyon ise kırsal alanlarda yaşayanlar için neredeyse tamamen ulaşılmazdır. Cinsiyet ayrımcılığı da burada etken olmaktadır. Kalp hastalıkları gibi bazı durumları erkekler kadar kadınlar da yaşamaktadırlar ama aynı görülmemektedir. Operasyonlar ve tedavi ertelenebilmekte veya kalabilmektedir. Çok az araştırma kadınları hedeflemektedir. Tedavi altındaki kadınlar özellikle çalışmıyorsa tedavi edilen bir erkek kadar acil olarak görülmemektedir (Disabled Women: An International Resource Kit, 1996). Özürlü kadınlar, hem kadın olmaları, hem de özürlü olmaları nedeniyle sağlık ve rehabilitasyon hizmetlerinden yeterince yararlanamamaktadırlar.

2002 Türkiye Özürsüzlük Araştırması verilerine göre tüm özür türlerinde tedavi olan erkeklerin oranı kadınlardan daha yüksektir. Özürlü erkeklerin %43.78'i tedavi hizmetlerine ulaşabilirken, kadınlarda bu oran %33.61'de kalmıştır. Kadınların %42.64'ü tedavi hizmetlerinden yararlanamamıştır (DİE, ÖİB; 2004). Bu durum, belki de tedavi sonrası bağımsız ve üretken biçimde yaşamına devam edebilecek pek çok özürlü kadının bağımlı hale gelmesinin başlangıcını oluşturmaktadır.

Özürlü kadınların özel ihtiyaçlarını karşılayacak uygun servislerin olmayışı, çocuk sahibi olmanın onların da hakları olduğunun dikkate alınmayışı önemli bir engeldir. Özürsüzlük, özellikle özürlü kadınların, sağlık hizmetleri konusunda yaşam boyu desteklenmesine, takip edilmesine, bilgilendirilmesine, yönlendirilmesine, sağlık ve rehabilitasyon hizmetlerinin gerek ulaşılabilirliği gerekse koşullarının iyileştirilmesine ihtiyaçları vardır.

Bilgi

Bilgiye ulaşımın azlığının özürsüz kadının sağlık, sosyal yardım, güvenlik, fırsatlar ve haklarını kullanmasında ciddi olumsuz etkileri bulunmaktadır. Bir çok özürsüz kadın yeterli bilgiye sahip olamadığı için kendini geliştirebilmesi, eğitim olanaklarından yararlanabilmesi, kendi sağlığını geliştirebilmesi ve koruyabilmesi, iş olanaklarına ulaşabilmesini güçleştirmekte ve tüm alanlardaki hakların kullanımı, fırsatlara ulaşımı, yaşam kalitesinin yükseltilmesi gibi konularına ilişkin kişisel kontrollerini azaltmaktadır. HIV, göğüs ve servikal kanser üzerindeki bilgi yetersizliği, özürsüz kadınların sağlığını tehdit etmektedir. Bilgi birçok kadın için (örneğin braille yazılması veya basit dille yazılması gibi) ulaşılabilir formatlarda üretilmemiş veya hedeflenmemiştir. Seks ve cinsellik hakkındaki bilgi genellikle özürsüz kadınlar için sınırlıdır. Bu konuda geleneksel olarak bilgilendirme rolünü üstlenen akrabalar genellikle özürsüz kadınları evlenebilir görmedikleri için reddetmektedirler. Bu durum hakların inkarıyla başlayıp, planlanmamış hamileliğe, istismara ve birçok hastalığa kadar uzanmaktadır (Disabled Women: An International Resource Kit, 1996).

Eğitim ve Öğretim

Birçok özürsüz insanın eğitim ve öğretimdeki ayrımcılık nedeniyle yeteneklerini geliştirmeleri engellenmektedir. Özürsüz olmayan kadınlarda olduğu gibi özürsüz kadınların durumları da kadınlar için eğitimin gereksiz para ve zaman kaybı olduğu düşüncesinden etkilenmektedir. Bu nedenle eğer eğitim erişilmez ise ve eğer çocuk kızsız sorun olarak görülmemektedir.

Son yıllardaki kampanyalarla bütün Güney Asya ülkelerindeki kadınlar arasındaki okur yazarlık oranı belirgin derecede artarken, özürsüzlerin çok büyük bir oranı yeterli eğitim desteği alamamıştır. Örneğin; Hindistan'da özürsüz erkek çocuklarının % 97-98'i eğitim almamakta, Kanada ve Avustralya gibi zengin ülkelerde bile özürsüz çocukların %41'i yalnızca ilköğretime devam etmişlerdir. Her ne kadar net sayılar verilemese de özürsüz kız çocuklarının eğitim olanaklarından yararlanma oranları daha düşüktür.

Türkiye'de yaşayan kadın ve erkek okur-yazarlık oranları arasında büyük fark bulunmaktadır. Özürsüz ve özürsüz olmayan kadınlar açısından bu oranlara baktığımızda ise bu farkın daha da arttığı görülmektedir. Eğitim görmüş özürsüz kız çocuğu oranı, hem eğitim görmüş özürsüz erkek çocuğu oranına hem de eğitim görmüş özürsüz olmayan kız çocuk oranına göre çok daha düşüktür. Bir çok aile özürsüz kız çocuğunu saklamakta ve onu okula göndermekte tereddüt etmektedir. 2002 Türkiye Özürsüzler Araştırması sonuçlarına göre okuma yazma bilmeyenlerin genel nüfusta oranı %13 iken, ortopedik, işitme, dil ve konuşma, görme, ve zihinsel özürsüz erkeklerde bu oran %28.14, bu özür grubundaki kadınlarda ise %48.01'dir. Süreçen hastalığa sahip özürsüz erkeklerde okuma-yazma bilmeyenlerin oranı %9.78 iken bu oran kadınlarda %35.04'e çıkmaktadır (DİE-ÖİB, 2004). Pek çok aile özürsüz kızlarının eğitim sürecinde daha düşük beklenti içindedirler (Duyan, Karataş; 2005).

İş Gücüne Katılım

Özürsüz kadın genellikle işe yerleştirme tartışmalarının ve girişimlerinin bir parçası değildir. Onlar genellikle işe girme konusunda özürsüz erkeklerden daha şanssızdır. İşe sahip olmak özürsüz kadın için finansal destek sağlamasından, sosyal onay görmeye ve özgüvenini geliştirmeye kadar çok kritik bir önemi vardır. Özürsüz kadının işgücüne katılım oranının düşük olması; yeterli gelire sahip olmama ve sosyal hayata katılamama anlamına gelmektedir. Özürsüz kadının ekonomik faaliyetlerin dışında kalmasının aynı zamanda bireysel ve toplumsal düzeyde sosyal ve ekonomik maliyeti yüksek olmaktadır (Kuzgun, Aydın, 2005).

Birçok ülkede, özürsüz insanların en az üçte ikisi işsizdir. Tunus'ta, 15-64 yaş arası özürsüz

insanların %85'i işsizdir. Özürlü kadınlar özürlü erkeklere nazaran 4 kez daha zor iş bulmaktadır. Zimbabwe'de özürlü insanların %1'inden daha azı ekonomiye aktif olarak katılmaktadır. İngiltere'de ve Amerika'da özürlü insanların %67'si işsizdir. İngiltere'de %30 oranında özürlü olmayan erkek profesyonel veya yönetsel işlerle uğraşırken, bu oran özürlü erkeklerde %15, özürlü olmayan kadınlarda %11, özürlü kadınlarda ise %8'dir. Bunun yanı sıra yarı kalifiye veya kalifiye olmayan işlerde özürlü olmayan erkekler %16 oranında çalışırken, bu oran özürlü erkeklerde %27, özürlü olmayan kadınlarda %27 ve özürlü kadınlarda %37'dir (Disabled Women: An International Resource Kit, 1996).

Ülkemizde kadın, işgücüne katılımı süreklilik göstermeyen, gelire bağımlılığı düşük, ikincil işgücü olarak değerlendirilmektedir. Bu durum özürlü kadının istihdamında daha yoğun görülmektedir. İşgücü piyasasında özürlü kadının yerini etkileyen faktörlere bakıldığında ülkemizde yaşanan işsizlik, kadınların çalışma hayatına katılmalarına karşı sosyal direnç, özürlü kadınların işgücü piyasasında talep edilen vasıflara sahip olmayışları, eğitim düzeyinin düşüklüğü ve mesleki rehabilitasyonun yetersizliği, özürlü kadına yönelik iş imkanlarının sınırlılığı ve işgücü maliyetinin yüksekliği vb. öncelikli olarak karşımıza çıkmaktadır (Kuzgun, Aydın, 2005). Herhangi bir yerde iş bulan özürlü kadınlar düşük ücret, düşük statü ve kötü çalışma koşullarıyla karşılaşmaktadır. Çalışan özürlüler için bile ayrımcılık eğitim fırsatlarının azlığı ve terfilerin azlığı ile sürmektedir. Bu durum özürlü kadınlar için daha ağır olmakta, onlar kadın olmalarıyla da bu konuda daha fazla ayrımcılıkla karşı karşıya kalmaktadırlar.

Ülkemizdeki verilere bakıldığında özürlü kadının işgücüne katılım, özürlü erkeklerin işgücüne katılım düzeyine göre daha düşüktür. Özürlü kadınların işgücüne katılım oranı %6.71 iken; bu oran erkeklerde %32.22'dir (DİE; ÖİB, 2002). Türkiye'de 15 yaş ve üstü yaş grubu esas alındığında toplam 591.751 özürlü kadından ancak 39.719'unun işgücü piyasasında istihdam edilmekte veya iş arama süreci içinde bulunmaktadır. (DİE-ÖİB, 2004). Özürlü kadının işgücüne katılım oranı, kentsel ve kırsal kesimde farklılık göstermektedir. Kentsel kesimde özürlü kadının işgücüne katılım oranı % 8.88 iken; bu oran kırsal kesimde %4.51'dir (DİE-ÖİB; 2004).

İŞKUR'dan alınan 2005 yılı verilerine göre 2004 yılı için işe yerleştirilmek üzere sıra bekleyen 71703 özürlü bulunmaktadır. Bunlardan 62 158'i erkek, 9545'i ise kadındır. Bu rakamlar erkek ve kadın özürlülerin çalışma ve iş arama motivasyonları açısından da önemli bir bulgudur. 2004 yılı için işe yerleştirilen toplam özürlü sayısı 17 175 olup bunun 1320'si kamuda, 15 855'i özel sektörde işe yerleştirilmiştir. Buna karşılık aynı yıl için İş Kanunu gereğince özürlü istihdam etme zorunluluğu olan iş yerlerindeki açık kontenjan 26 729'dur. Açık bulunan kontenjanın 21 840'ı özel sektörde, 4889'u kamudadır.

2003-2004 yılında Çıraklık ve Yaygın Eğitim Genel Müdürlüğünce (2005) özürlüler için açılan kurslara katılan özürlü erkek sayısı 607 iken özürlü kadın sayısı 446'dır. Özürlü kadınların pek çoğu yine çocuk bakımı ve el sanatları kursu gibi geleneksel kadın rolü ile örtüşen kurslara dahil olmuştur (Duyan, Karataş; 2005).

Çevre

Çevresel engeller bireyleri insan haklarından mahrum etmekte, fırsatları sınırlandırmakta ve özürlülüğe yol açmaktadır. Çevresel düzenlemelerin azlığı ve binaların ulaşılabilirliğinin olmaması özürlü kadınların çevrede, bölgeler arasında, binanın farklı bölümlerinde ve doğal çevrede bağımsız hareketlerini engellemektedir.

Özürlü kadınlar için kadınlara yönelik hizmetlere de (sığınma evleri, tecavüz kriz merkezleri, elbise dükkanlarına, kuaförlere gibi, eğer gerçekten kadın olmadıkları, görünüşleriyle ilgilenmedikleri veya kendi cinsellik ve sağlıklarının onların kontrolünde

olmadığı varsayımının altı çizilirse) ulaşma da engeller bulunmaktadır.

Ulaşım ve Bağımsız Hareket

Bütün özürlü insanların taşınması, toplumdaki katılımları ve vatandaşlık görevlerini yerine getirebilmeleri için önemli bir anahtardır. Genelde kadın, özelde de özürlü kadın erkeklerden daha az mobildir ve özürlü kadınlar arasında uygun bir arabaya sahip olanların sayısı daha azdır. Sosyal, kültürel nedenlerle (özellikle karanlıkta, zor şartlarda vb.) tehlikelerle daha fazla karşı karşıya olduğu için evle daha fazla sınırlandırılmışlardır. Birçok yerde birçok özürlü birey toplu taşıma araçlarını kullanamamaktadır. Toplu taşıma araçları sıklıkla ulaşılmaz, rahatsız ve yalnız seyahat eden bir kadın için tehlikelidir. Kişisel taşıma araçlarına ise genellikle ev halkı üyelerinden yalnızca erkek tarafından sahip olunmakta ve kullanılmaktadır.

Özürlü insanların topluma entegrasyonunda ve ekonomik yaşama katılımında uygun olmayan ulaşım sisteminin olumsuz yönde ciddi etkileri bulunmaktadır. Bu kendi yaşamlarının kontrolünü sağlamalarını veya kendilerine yetmelerini de engellemektedir.

Cinsellik ve İlişkiler:

Özürlü insanlar evlilik yapmak için özürlü olmayan insanlara göre daha şanssızdır . Bu oran Filipinlerde %45 oranından, Avrupa'da ki %4 oranına kadar değişebilmektedir. Evlilik açısından özürlü kadınlar özürlü erkeklere göre daha şanssızdırlar. Bu durum aynı zamanda boşanma oranlarında da bu şekildedir (Disabled Women: An International Resource Kit, 1996).

Özürlü kadınlar cinselliklerini keşfetmekte yeterince desteklenmemektedirler. Eğer onların seksüel bir ilişkisi varsa şanslı sayılmaktadırlar.

Özürlü kadınlar eşit ve ilişki kurulabilir kabul edilmemektedir. Eğer onlar özürlü olmayan kadın veya erkekle bir ilişkiye başlarsa, eşit olmayan seksüel partner, duygusal ve mali yük getiren daha zayıf eş olarak düşünülmemektedir. Özürlü bir kadın veya erkekle bir ilişkisi varsa gerçek seçim olmadığı, başka bir şansının olmadığı düşünülmemektedir. Görücü usulü ile yapılan evliliklerde özürlü kadın genellikle uygun aday olarak dikkate alınmamaktadır. Çin'de yasalar kalıtsal özürlü olan özürlü kadınların kısırlaştırılmasını gerektirmektedir. Öğrenme güçlüğü olan kadın ve kızların kısırlaştırılmaları hala birçok ülkede söz konusudur. Ergenlik dönemindeki özürlü kızların uterusunun alınması menstruasyonun düzenlenmesinin zorluğu tartışmaları haklı çıkarılmaya çalışılmaktadır (Disabled Women: An International Resource Kit, 1996).

Aile Hayatı ve Ebeveynlik

Lloyd (2001)'e göre özürlü kadınların yaşadığı ayrımcılık, toplumun onlardan bir eş ve bir anne olarak beklentilerinde değil, bu rollerin yerine getirilmesinde özürlü kadınların hakkını ve kapasitesini reddedişinde yatmaktadır.

Bütün ülkelerde kadının fiziksel imajı, evlilik yapma şansını veya cinsel eş şeklini belirlemede, çocuk doğurabilmesi özellikle özürlü olmayan çocuk doğurabilmesi, iyi bir anne olarak değerlendirilmesini ve kadının değerini belirlemektedir . Araştırmalar özürlü kadınların hamileliğinin sona erdirilmesi ve kısırlaştırılmaları üzerinde baskıların olduğunu göstermektedir (Disabled Women: An International Resource Kit, 1996).

Özürlü nüfusun medeni durumu incelendiğinde hiç evlenmemiş olanların oranı %34,41'dir. Özürlü erkeklerin oranı özürlü kadınlara göre daha yüksektir (DİE-ÖİB, 2004). Gökçearslan'ın (2005) aktardığına göre, Arıkan(2001)'in 154 görme özürlü kadınla yapmış olduğu araştırmasında gelişim görevlerinden biri olan evlenme durumu incelenmiştir. Buna göre araştırmaya katılan kadınların %59.7'sinin bekar, %35.1'inin evli olduğu ortaya çıkmıştır. Görme özürlü kadınlara ilişkin araştırmalar bu kadınların özürlü olmayan kadınlara ve özürlü erkeklere kıyasla daha yüksek oranlarda evlenmediklerini,

boşandıklarını, ayrı yaşadıklarını ortaya koymaktadır. Bu araştırmaya göre fiziksel özürlülük evlilik ilişkilerini ve evlilikte uyumu etkilemektedir. Bu nedenle özürülerin evlilik yaşamına daha uzak oldukları söylenebilir (Duyan, Karataş; 2005).

Toplumsal yapı içerisinde yaygın olarak kabul edilen kadınlık görevlerinden biri de çocuk sahibi olmaktır. Bir çok genç kız bir kadınlık rolü olarak çocuk sahibi olma ve büyütme konusunda cesaretlendirilirler. Özürü kadınlarda ise bu durum tam tersi yöndedir. Özürü kadınlar çocuk sahibi olma konusunda aileleri ve çevreleri tarafından engellerle karşılaşmaktadırlar. Yaygın bir inanışa göre özürü kadınlar cinsel soğukluk yaşamakta ve bu kişilerin çocukları da özürü olmaktadır. Yapılan araştırmalarda özürü kadınların hem cinsleri gibi normal bir cinsel yaşamları olduğu ve çocuk yetiştirme konusunda çok büyük sıkıntılar yaşamadığı görülmüştür (Gökçearsan; 2005).

Genetikteki Gelişmeler

Medikal alanda, özellikle genetik alanında ayrımcı, önyargılı tutumlar vardır. Yalnızca özürlü nedeniyle bir kişinin yaşamına son verilmesi veya doğumunun engellenmesi kabul edilebilir olarak görülmektedir. Cinsiyetin veya özürlü doğum öncesi tanılanması ile yapılan yanlış uygulamalar, kalitesiz olarak görülen insan grubunun doğumunun önlenmesini hedeflemektedir. Kürtaj için en son nokta ülkeden ülkeye değişmekle birlikte genellikle 22 ile 26 hafta arasındadır. İngiltere’de ve diğer birkaç ülkede fetüsün kürtajı özürürlük kuşkusu varsa doğum anına kadar yasaldır (Disabled Women: An International Resource Kit; 1996). Bunun yanı sıra zorla kürtaj ve kısırlaştırma birçok özürü kadının maruz kaldığı bir cerrahi müdahaledir. Bir çok özürü olmayan kadın da özürü bebeğin doğumunu gerçekleştirmenin sorumsuzca, gebeliği sonlandırmanın en iyi şey olduğunu düşünmeleri yönünde cesaretlendirilmektedir. Ekonomik ve duygusal yargılar özürü bir çocuğun aileye yük getireceği, ekonomik kaynakların ve duygusal enerjinin boşa harcanacağı kürtajı doğrulamak, toplumu saflaştırma sorumluluğunu içerecek şekilde verilmektedir. (Disabled Women: An International Resource Kit; 1996).

Şiddet ve İstismar

Özürlü insanlar yüksek oranda fiziksel, duygusal ve cinsel her türlü istismara uğramaktadırlar. Özürü insanların istismarı, çoğunlukla bağımlı olan kadınlar tarafından yaşanmaktadır. Özürü kadına yönelik istismar oranının, özürü olmayan kadınlara benzer şekilde hatta bazen daha yüksek oranda olduğu, özürü kadınların duygusal, fiziksel ve cinsel istismara daha uzun süre maruz kaldığı bilinmektedir. Özürü kadınlar diğer kadınlara oranla daha güçsüz oldukları, kendini ifade etmede güçlük çekmeleri, toplum tarafından horlandıkları ve küçük görüldükleri, kimsenin kendilerine inanmayacağını düşündükleri için yabancılar, yeni tanışılan kişiler, arkadaşlar, aile dostları hatta akrabalar tarafından cinsel istismara maruz bırakılmaktadır. Bütün toplumlardaki fiziksel görünüşün büyük önemi olması nedeniyle, özürü kadınlar kendilerini özürü olmayan kadınlardan daha değersiz hissetmektedirler (Disabled Women: An International Resource Kit; 1996).

Çok ciddi bir problem olmasına rağmen ne yazık ki özürü kadına uygulanan şiddete ilişkin çok sınırlı bilgi elde edilmektedir. Özürü kadına yönelik şiddete ilişkin sınırlı bilgi olmasına rağmen yurt dışında yapılmış araştırmalar bu sorunun yaygın bir problem olduğunu ileri sürmektedir. Yapılan çalışmaların çoğunda, özürü kadınların daha çok eşleri tarafından duygusal ve fiziksel istismara uğradıkları ortaya çıkmaktadır. Özürü kadına yönelik istismarlarla ilgili yapılan çeşitli araştırmaların bulgularına göre fiziksel özürlü bulunan 31 kadın üzerinde yapılan bir araştırmada bu kadınlardan 25’inin (%81) cinsel, fiziksel ya da duygusal istismara uğradıkları belirtilmiştir. Yine istismara uğramış 55 kadın üzerinde yapılan bir araştırmada kadınlardan 15’inin cinsel, 17’sinin fiziksel,

23'ünün duygusal istismara uğratıldıkları belirlenmiştir. Başka bir araştırmada ise 439 özürlü kadın ile 421 herhangi bir özürlü olmayan kadına anket formu uygulanarak istismara uğrama durumları incelenmiştir. Araştırma sonucunda özürlü kadınlar ile özürlü olmayan kadınların istismara uğrama durumları arasında farklılık olmadığı bulunmuştur (Aral, Gürsoy, Ayhan; 2005).

Kadının özürlü olması her koşulda şiddete maruz kalmasına neden olmakta, dolayısıyla kadının özürlü şiddet açısından kışkırtıcı olmaktadır. Zihinsel özürlü, işitme özürlü ya da birden fazla özürlü olan kadınlar ne yazık ki şiddete uğradıklarında bunu ifade etmede ve yardım istemede zorluk çekmektedirler. Aral, Gürsoy, Ayhan (2005)'in, Ford ve Moore (2000), Hassouneh-Phillips ve Ann Curry (2002), Chang ve ark. (2003)'den aktardığına göre duygusal, fiziksel, cinsel istismarın yanında özürlü kadınlar aynı zamanda özürlülerinden dolayı bazı özel istismar çeşitlerine de maruz kalabilmektedir. Özürlü kadınların temel ihtiyaçlarının karşılamada başkalarına bağımlı olması nedeniyle istismara daha açık oldukları görülmektedir. Bu tip istismar; özürlü kadına gerekli olan yardımcı aletlere (tekerlekli sandalye, telefon kullanamama, yeterli oksijen olmasını engelleme vb.) zarar verme ya da kullanmasını engelleme şeklinde olabildiği gibi özürlü kadını uygun olmayan bir ortamda terk etme, savunmasız bırakma ya da banyo yapma, yeme-içme gibi temel ihtiyaçlarını karşılamama şeklinde de gerçekleşmektedir.

Özürlü kadınları cinsel istismardan korumak yerine, bu kadınlar bilgilendirilmeden, rızaları alınmadan zorla kısırlaştırılarak yanlışlıkla bebek sahibi olmaları önlenmeye çalışılmaktadır. Bu tecavüzü takip eden hamileliği engelleyebilmekte, ama cinsel yolla bulaşan hastalıkları ve diğer travmaları engelleyememektedir.

Özürlü kadınlara, çaresizlik ve ekonomik yoksunluktan dolayı fuhuş yaptırıldığı, müzik gruplarında emekleri sömürüldüğü, karın tokluğuna çalıştırıldıkları gibi söylemler vardır (Duyan, Karataş; 2005).

Ülkemizde olmamasına karşın çeşitli ülkelerde kız çocuklarına bir tür şiddet olan sünnet uygulanmaktadır. Tahminen Afrika'da 28 den fazla ülkede 100 milyonun üzerinde kadın ve kız genital olarak mutasyona uğramıştır. Tahminen bir yılda 2 milyon, günde ise 6000 kız genital mutasyona uğrama riski altındadır (Disabled Women: An International Resource Kit; 1996). Bununla birlikte operasyonun tipinin sıklığı, yaygınlığı üzerine ulaşılabilen bilgiler yetersizdir. Genellikle sözel ve önyargılı söylemlere dayandığı için elde edilen veriler hatalı ve net değildir. Bu konudaki tek güvenilir ve ülke çapında olan veriler Sudandadır. Afrika dışında Umman'da, Güney ve Kuzey Yemen'de, Birleşik Arap Emirlikleri'nde, Bahreyn'de Katar'da ve bazı Suudi Arabistan bölgelerinde kızlara sünnet uygulamaları yapılmaktadır. Ortadoğu'da çalışan ebe ve doktorların raporları da Sudan ve Somali'den göç edenler arasında çok yaygın olarak uygulandığını göstermektedir. Bununla birlikte Ortadoğu'daki uygulamaların boyutu bilinmemektedir. Bu uygulamanın hareket zorluğu, cinsel işlev bozukluğu, enfeksiyon nedeniyle oluşan kısırlık gibi fiziksel ve psikolojik sonuçlarının yanı sıra, HIV enfeksiyonu riskini artırdığına ilişkin şüpheler de bulunmaktadır (Disabled Women: An International Resource Kit; 1996).

Çoklu Ayrımcılık

Birçok özürlü birey özürlüğünün yanı sıra ırkı, dini, cinsiyeti, cinsel tercihi, aile veya eşinin durumları, yaşı ve dili nedeniyle de ayrımcılıkla karşı karşıyadır. Öğrenme güçlüğü çeken, akıl ruh sağlığı merkezlerinde tedavi görmüş kadınlarda, özürlü olmayan kadın ve erkekler arasındaki ayrımcılığa benzer şekilde, özürlü kadınların arasında da ayrımcılıkla karşılaşmaktadır (Disabled Women: An International Resource Kit; 1996).

Bu ana başlıklar bir çok değişkene dayalı olarak farklılık gösterebilir ve çoğaltılabilir.

Ancak önemli olan ayrımcılığın her yönü gözönünde tutularak, bütünüyle savaşılmaması ve

yok edilmesidir.

Sonuç

Toplumsal yaşamda kadın olmak başlı başına farklı sorunları beraberinde getirirken buna özürlü olmak da eklenince durum daha da karmaşık hale gelmektedir. Toplumsal hayatta kadınlara ilişkin pek çok konu henüz tartışılırken, buna özürlülük gibi farklılık yaratan konuların da eklenmesi büyük önem taşımaktadır. Özürlü kadınların, kendi yaşamları üzerinde daha çok söz sahibi olmaları ve onurlu bir yaşam sürdürmeleri için gereksinim duydukları koşulları yaratmak üzere etkin olmaları beklenmekte bu da temelde sosyal politika uygulamalarıyla gerçekleşecek bir konu olarak karşımızda durmaktadır.

Sonuç olarak; özürlü kadın dediğimizde ayrımcılığa uğrayan iki kesimin niteliğini görülmektedir. Bir özürlü olarak kadın ve bir kadın olarak özürlü. Ayrımcılığa uğrayan, fırsat eşitliğini yaşayamayan toplumsal engellerle karşılaşan iki kesimin içinde de farklı derecelerde ayrımcılık söz konusudur. Daha yüksek işsizlik oranları, daha düşük ücretler, daha az sağlık imkanı, eğitimin yetersizliği, daha fazla fiziksel ve cinsel istismara maruz kalma, kadınlara yönelik hizmet ve programlara katılım imkanının azlığı gibi sorunlar, bu kadınların karşılaşabileceği güçlüklerden sadece birkaçıdır. Konu hem kadın hem de özürlü olunca "farklılık" boyutu daha ön plana çıkmakta, genel tablo içerisinde özürlü kadınlar ihmal edilmekte, sayısal verilerin ve konu ile ilgili yapılan çalışmaların sınırlılığı kadınların sosyal sorunlarının örtülü olduğu anlamına gelmektedir. Yerel düzeyden başlayarak, örgütler aracılığıyla özürlü kadınların toplumla bütünleştirilmesi yolunda sistemli çalışmalara ihtiyaç vardır. "İnsan hakları" evrenseldir ve özürlü kadınlar da bu evreni temsil etmektedir. Politika oluşturma, karar alma ve uygulama süreçlerinde amaçlanan hedeflere ulaşılması ancak toplumun bilinçlendirilerek, kadınlar ve özürsüzlüler lehine karşımıza çıkan tablonun iyileştirilmesi ile olanaklıdır. Özürlü kadınları, kendi gereksinimlerini ifade etme, seslerini duyurma, karar alma süreçlerine aktif ve eşit derecede katılma, yani kendi hayatları üzerinde egemen olma savaşımında, onları güçlendirecek her alanda sosyal politika ve düzenlemelere gereksinim vardır.

Kaynaklar

Abu Habib L. , Women and Disability Don't Mix: Double Discrimination and Disabled Women Rights, Gend Dev. Haziran 3(2) s.49-53 (1995)

Aral, N., Gürsoy, F., Ayhan, A. B.; Engelli Kadına Yönelik Fiziksel İstismar Engelli Kadınların Sorunları ve Çözümleri Sempozyumu Kocaeli 29- 30 Nisan 2005 s. 30-36 Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Raporu (1993)

<http://www.independentliving.org/docs2/daa6.pdf>

Disability Awareness In Action, Disabled Women Resource Kit Sayı:6 (1996)
<http://www.independentliving.org/docs2/daa6.pdf>

Dölek, B.Ö.; Engelli Kadın ve İnsan Hakları Engelli Kadınların Sorunları ve Çözümleri Sempozyumu Kocaeli 29- 30 Nisan 2005 s. 247-253 (2005)

Ford ve Moore 2000, Hassouneh-Phillips ve Ann Curry 2002, Chang ve ark. 2003).

Nosek ve ark. 2001, Hassouneh-Phillips ve Ann Curry (2002)

Gök çearslan E.; Güçlendirme Yaklaşımı Çerçevesinde Engelli Kadının Güçlendirilme Süreci Engelli Kadınların Sorunları ve Çözümleri Sempozyumu Kocaeli 29- 30 Nisan 2005 s. 239-246 (2005).

İkizoğlu, M., Engelli Kadın ve Yoksulluk, Engelli Kadınların Sorunları ve Çözümleri Sempozyumu Kocaeli 29- 30 Nisan 2005 , s. 280-286 (2005)

Karataş, K. Duyan, G.Ç.; İnsan hakları Açısından Engelli kadınlar ve Sorunları Engelli Kadınların Sorunları ve Çözümleri Sempozyumu Kocaeli 29- 30 Nisan 2005 s. 56-62 (2005)

Kuzgun İ. K.; Aydın D. G. Türkiye’de İşgücü Piyasasında Engelli Kadının Yeri Engelli Kadınların Sorunları ve Çözümleri Sempozyumu Kocaeli 29- 30 Nisan 2005 s. 222-231 (2005)

Küçükkaraca N., Feminizm ve Engelli Kadın, Engelli Kadınların Sorunları ve Çözümleri Sempozyumu Kocaeli 29- 30 Nisan 2005 s. 49-51 (2005)

Lloyd M., The Politics of Disability and Feminism: Discord or Synthesis? Sociology Vol. 35. Sayı. 3 s.715-728 Department of Sociological Studies University of Sheffield (2001)

Radtke, D., Disabled Peoples' International Beijing + 10: Position Paper on Women with Disabilities (2005)

T.C. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü Başkanlığı, T.C. Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı, Türkiye Özürlüler Araştırması 2002, Yayın No: 2913, (2004).

2000 yılı verilerine göre okur yazar olmayanların oranı toplam nüfus içinde %12,7, erkeklerde %6,1 iken bu oran kadınlarda %19,4’tür. Okur-yazar olmayan kadınların oranı erkelere göre üç kat daha fazladır. Yine 2000 yılı verilerine göre okur-yazarlık oranı toplam nüfusta %87,3, erkeklerde %93,9 iken bu oran kadınlarda %80,6’ya düşmektedir. İşgücüne katılma oranlarında da yine aynı eşitsiz tablo ile karşılaşılmaktadır. 2001 yılı için erkeklerde %72,4, kadınlarda ise %27,3 düzeyindedir. Bu oran kadınlarda 2004 yılı için daha da düşmüş ve %22,5’e gerilemiştir. Öte yandan işgücüne katılan her 100 kadından 49’u ücretsiz aile işçisi konumundadır. Kadınlar ağırlıklı olarak tarım, hizmetler ve sanayi sektöründe çalışmaktadır. İşgücüne katılmayan yaklaşık 17 milyon kadının 11,5 milyonu bunun nedeni olarak ev kadını olmalarını göstermişlerdir. Ücretli çalışanların da daha çok geleneksel kadın rolleriyle örtüşen işlerde (hemşirelik, öğretmenlik, tekstil, çocuk, yaşlı ve özürlü bakımı, temizlik işleri gibi) çalıştıkları bilinmektedir. İşgücüne katılım düzeyi bu denli düşük olan kadınların %80’i herhangi bir sosyal güvelik kurumuna bağlı değildir. Bir başka açıdan söylenirse aktif sigortalı çalışan 11 milyon kişiden yalnızca 1.600 bini (%14.5) kadındır. Kamuda ve özel sektörde çalışan kadın ve erkekler arasında da ciddi bir gelir uçurumu olduğu bilinmektedir. Bu arada kadınlar gerek dünyada gerekse ülkemizde özel mülkiyet sahipliği açısından erkekler göre önemli bir dezavantaja sahiptir. Ülkemizde gayri menkul sahipliği oranı erkeklerde %73 iken, kadınlarda bu oran %8.7’dir. Kadınlarda ilk evlenme yaşı düşük (ortalama 18,4) olan ülkemizde kadınların yirmili yaşlarda ilk doğurganlık deneyimine sahip oldukları saptanmıştır. 15-49 yaşları arasında kadın başına toplam doğurganlık hızı kırdada 2.65 iken bu sayı kentte 2 çocuk düzeyine inmektedir (Karataş, Duyan; 2005). Bu alanların tümünde özürlü kadınlar tümüyle ihmal edilmiş durumdadırlar. Onların durumlarını gösteren sayısal veriler ve yapılmış araştırmalar yok denecek kadar azdır. Bu alanda yapılmış araştırmaların ve sayısal verilerin olmayışı bile özürlü kadınların görünmezliğini, sosyal sorunlarının örtülü olduğunu açıkça ortaya koymaktadır.

1995/2005 İngiltere Özürlüler Ayrımcılıkla Mücadele Yasası ve Yasayla İlgili Güncel Konular

Tolga DUYGUN

Özürlüler Uzmanı

Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı

ÖZET

Bu araştırmanın amacı, 1995/2005 İngiltere Özürlüler Ayrımcılıkla Mücadele Yasasıyla ilgili bazı temel mevcut konuların eleştirel bir bakış açısıyla ilgili literatürün ışığında ele

alınarak gözden geçirilmesidir. Bu çalışmanın zemininde, şimdilerde İngiltere’de olduğu gibi ülkemizde de özürlü olmayan bireylerle eşit koşullara sahip olabilmeyi sağlayabilme açısından ayrımcılıkla mücadelenin üzerinde önemle durulan kritik bir konu olması yatmaktadır.

5378 sayılı Türkiye Özürsümler Yasasının Türkiye Büyük Millet Meclisi tarafından 1 Temmuz 2005 tarihinde kabul edilmesiyle birlikte, T.C. Başbakanlık Özürsümler İdaresi Başkanlığı yasayla ilgili yönetmelik çalışmaları ve farklı platformlarda tartışılmakta olan özürlü ayrımcılığının tanımlanması çalışmalarıyla özürsümlük konusuna farklı bir boyut getirmeye çalışmaktadır. Bu gelişmelerin ışığında, bu çalışmanın İngiltere’de 1995/2005 Özürsümler Ayrımcılıkla Mücadele Yasası ile ilgili mevcut durumun ortaya konulması yoluyla Türkiye’de yeni bir konu olan ayrımcılıkla mücadele konusunu şekillendirmek ve doğru olarak yönlendirmekte yardımcı olacağı düşünülmektedir. Bunun yanında, nihai amaç olarak, bu araştırmanın, özürlü ayrımcılığı konusuyla ilgili olarak yakın bir gelecekte Türkiye’de özürsümlük sosyal politikasında olabilecek büyük değişikliklere ışık tutması hedeflenmektedir.

Anahtar kelimeler: Özürsümler Ayrımcılıkla Mücadele Yasası, Özürsümlük, Ayrımcılık, Özürsümlü Hakları Komisyonu

DISABILITY DISCRIMINATION ACT 1995/2005 AND RELEVANT CURRENT ISSUES IN BRITAIN

Abstract

The aim of this study is to review some of the major current themes related to Disability Discrimination Act 1995/2005 in Britain based on current literature with a critical point of view. The reason behind the study is that nowadays disability discrimination has a critical place for delivering equality and realising ambition for disabled people in Turkey , as in Britain .

Owing to the fact that The Turkish Disability Act No.5378 was adopted in the Turkish Grand National Assembly on 01 July 2005 , Turkish Prime Ministry Administration on Disabled People is trying to gain new dimension on disability issue not only to work on regulations related to the Act but also to work on definition of Disability Discrimination that are discussed in different platforms. In line with these developments, it can be thought that this study would be helpful so as to shape and orientate disability discrimination issue to right way in Turkey through bringing up the relevant issues of Disability Discrimination Act 1995/2005 in Britain . Moreover, the ultimate aim of this study is to show the way to disability social policy area that would encompass major changes in near future in Turkey in relation with the disability discrimination issues.

Key words: Disability Discrimination Act, DDA, Disability, Discrimination, Disability Rights Commission, DRC

DISABILITY DISCRIMINATION ACT 1995/2005 AND RELEVANT CURRENT ISSUES IN BRITAIN

Disability rates have been increasing in almost all OECD countries and policy efforts related to decrease the rates have hardly been successful in any of the countries (Marin, Prinz & Queisser, 2004, 20). According to some definitions, there are currently around 10 million disabled adults and 770.000 children in Britain, equivalent to 24% of the adult population and 7% of all children (Office of National Statistics, 2004) in comparison with 50 million disabled people who are living in the European Union and 500 million in worldwide (Barnes, 2002, 311).

Disability as a multifaceted phenomenon involves many crucial factors and problems. One of the essential problems is that disabled people, regardless of the type and/or the

severity of impairment, cannot be considered a homogeneous group that can be accommodated easily within a society that takes little or no account of their individual and/or collective needs. As with the population as a whole, disabled people are characterised by difference rather than normality: Differences in terms of gender, minority, ethnic background, sexual orientation, age, abilities, religious beliefs, wealth, access to work. Clearly, their situation cannot be understood or, indeed, transformed by any theory or policy which is based on conventional notions of normality and the existence of a single set of culturally dominant values (Oliver & Barnes, 1998, 53).

At the turn of the century, disability is very much on the social policy agenda, and social policy issues remain at the top of the political agenda because of raising awareness on disability issues in the world (Priestley, 2000, 421). Indeed, social policy has been at the heart of Labour and social democratic politics since The World War II in Britain (Driver & Martell, 2002, 77). The Labour government has introduced a number of significant policy developments such as Disability Discrimination Act (DDA) 1995/2005 and setting up a New Commission for Equality and Human Rights since 1997, so as to improve the life chances of disabled people in Britain .

Afterwards the thirteen unsuccessful attempts to get anti-discrimination legislation for disabled people through the British Parliament since 1982 (Barnes & Oliver, 1995, 111), the Disability Discrimination Act 1995 was adopted by the British Parliament. It enshrines in law disabled people's rights to participate in civil society through application to employers, service providers, landlords and schools and colleges. Some elements became law for employers in December 1995. DDA introduces a wide range of measures recommended by the Disability Rights Taskforce in Britain (Prime Minister's Strategy Unit, 2005, 24), and it is the direct result of sustained campaigning by disabled people (Sayce & O'Brien, 2004, 663). A particularly significant amendment is a new duty placed on the public sector to promote disability equality. Together with DDA, abolished the Quota Scheme and replaced by the employment provisions such as supported employment is an important development. Besides, it provides individuals with a legal right to pursue litigation against employers if they feel that they have been discriminated against because they are disabled (Hyde, 2000, 329).

In 2005, The Disability Discrimination Act 1995 was made some changes. However, The DDA 2005 does not change basic principles or approaches in the DDA 1995. Rather, the DDA 2005 extends and strengthens existing duties laid down in the DDA 1995 and brings within scope of that Act areas which are not currently covered. For example, the DDA 2005 extends the existing definition of disability in the 1995 Act so that people who are diagnosed with cancer, HIV or multiple sclerosis and mental health problems are covered from the point of diagnosis, instead of from the point at which their condition has any effect on their normal day-to-day activities. Another example is that 'clinically well-recognised' statement in DDA 1995 was abolished in DDA 2005. The reason behind that is many people with mental illnesses have experienced humiliation and stress when bringing disability discrimination cases, and many people have not been protected by the law and denied rights because their condition was not 'clinically well-recognised'. The Act removed this perverse injustice.

Together with the DDA 2005, new rights were created to use public transport and set an end date for all rail vehicles to be accessible. Moreover, it tackles institutional discrimination through a duty to promote disability equality for the public sector (paralleling the race equality duty). Besides, it extends the DDA to cover most functions of public authorities (there is presently a lack of clarity, for example, relating to disabled

prisoners, elections, planning and access to pavements and highways). Further, it gives disabled tenants and leaseholders a right to reasonable adjustments and auxiliary aids and services. In addition, it gives disabled people (including guests) new rights in respect of private clubs with 25 members. Lastly of all, it protects disabled councillors against discrimination for the first time (DRC, 2005a).

Setting up a New Commission for Equality and Human Rights is the other policy development. It is intended to bring together the work of the three existing equality commissions - The Disability Rights Commission (DRC), The Commission for Racial Equality (CRE), and the Equal Opportunities Commission (EOC) – and take responsibility for new laws outlawing workplace discrimination on the grounds of age, religion or belief, and sexual orientation (Prime Minister's Strategy Unit, 2005,24). Especially setting up the DRC represents big positive improvement for disabled people in Britain . The DRC is an independent body established in April 2000 by Act of Parliament to stop discrimination and promote equality of opportunity for disabled people, and under the Disability Discrimination Act 1995. It carries out these duties various ways such as supporting disabled people in getting their rights; gives advice and information to disabled people, employers and service providers; helps solve problems without going to a court or employment tribunal; supports legal cases to test the limits of the law; provides an independent Disability Conciliation Service for disabled people and service providers through; organises campaigns to strengthen the law, and produces policy statements and research on disability issues (DRC,2005b).

Above all, there have been many important policy developments that should have a positive impact on disabled people's life chances likewise DDA 1995/2005 was adopted by Labour Government in Britain . The aim of this study is to review some of the major current themes related to Disability Discrimination Act 1995/2005 and relevant issues in Britain based on current literature with a critical point of view. The reason behind the study is that nowadays disability discrimination has a critical place for delivering equality and realising ambition for disabled people in Turkey , as in Britain . Owing to the fact that The Turkish Disability Act No.5378 was adopted in the Turkish Grand National Assembly on 01 July 2005 , Turkish Prime Ministry Administration on Disabled People is trying to gain new dimension on disability issue not only to work on regulations related to the Act but also to work on definition of Disability Discrimination that are discussed in different platforms. In line with these developments, it can be thought that this study would be helpful so as to shape and orientate disability discrimination issue to right way in Turkey through bringing up the relevant issues of Disability Discrimination Act 1995/2005 in Britain .

In first section, meaning of discrimination in DDA will be discussed, and section two will focus upon some special issues related to Disability Definition of DDA.

I. What does disability discrimination mean?

Under Part 2 of the DDA there are several types of disability discrimination that are unlawful – direct discrimination, disability-related discrimination, failure to make reasonable adjustments and victimisation. Harassment of disabled people is also unlawful. A brief outline can be given to distinguish between different types of discrimination (DRC, 2005c).

In relation with Direct discrimination, The DDA says that a qualification body's treatment of a disabled person amounts to direct discrimination if the treatment is on the grounds of his/her disability; if the treatment is less favourable than the way in which a person not having that particular disability is (or would be) treated; if the relevant circumstances,

including the abilities, of the person with whom the comparison is made are the same as, or not materially different from, those of the disabled person (DRC, 2005c).

Direct discrimination usually occurs when a qualification body treats a disabled person less favourably simply because of his/her disability. This often happens when a qualification body makes stereotypical assumptions about a person's disability or its effects, and direct discrimination can never be justified (DRC, 2005c).

As an example of direct discrimination, this example can be given below.

A qualification body for social work recommends to a College of Higher Education that a man with a mobility impairment should not be allowed onto a social work course, as he may have difficulty visiting the homes of clients. It does this without talking to the man or conducting any assessment. This is likely to amount to direct discrimination and would therefore be unlawful (DRC, 2005c).

As to disability-related discrimination, this is wider than direct discrimination and refers to situations when a qualification body treats a disabled person less favourably for a reason that relates to the person's disability (rather than the disability itself). Disability-related discrimination can be justified only if the reason for the treatment is both material to the circumstances of the particular case and substantial (DRC, 2005c).

As an example of direct discrimination, a woman who is registered with a qualification body for acupuncturists becomes disabled and takes some time off work for rehabilitation. Because she has been off work for a year she is automatically removed from the register. This would be disability-related discrimination as she has been discriminated against for a disability-related reason i.e. the fact that she has been off work, which is related to her disability (DRC, 2005c).

As regards reasonable adjustments, the DDA says that if a provision, criterion or practice of a qualifications body places a disabled person at a substantial disadvantage in getting or retaining a qualification, then the qualifications body has a duty to make a "reasonable adjustment". A qualification body would also have to make an adjustment if a physical feature of its premises was not accessible to a disabled person needing to use that premises for the purpose of gaining or renewing a qualification. A qualification body's failure to make reasonable adjustments can never be justified. However, a qualification body does not have to make any adjustments to its competence standards (DRC, 2005c).

Examples of reasonable adjustments that qualifications body might have to make include such as providing test papers in alternative formats such as large print or Braille; allowing extra time in an exam for someone with dyslexia; allowing an assessment to be taken in a different way such as through an oral exam instead of a written test; providing a parking space for a disabled person taking a test at a qualifications body test centre; providing a ramp for a wheelchair user to get onto the stage at a qualification body's awards ceremony, and providing a sign language interpreter for a deaf person at a meeting to review that person's registration (DRC, 2005c).

With respect to victimisation, it is a special form of discrimination directed at any person, disabled or not, who has brought proceedings under the DDA against a qualifications body, or given evidence or information in connection with proceedings under the DDA. It is clearly unlawful for a qualifications body to treat anyone less favourably because they have made a complaint of disability discrimination against it (DRC, 2005c).

As to harassment issue, it is unwanted conduct that has the purpose or effect of violating a disabled person's dignity, or creating an intimidating, hostile, degrading, humiliating or offensive environment for that person. It can take the form of offensive actions or

comments written or verbal (DRC, 2005c).

II. Special Issues related to Disability Definition of DDA

The definition of a disabled person in the Disability Discrimination Act (DDA) has always attracted debate. The definition of disability provides a “gateway” to the protection offered to disabled people by the DDA. To prove unlawful discrimination, a complainant must first establish that they are disabled people under the Act and then that they have been discriminated against.

The original definition of disability in the DDA was intended to reflect society’s view that a disability is a long term condition that has a significant impact on a person’s ability to take part in activities that others can take part in. Section 1 of the DDA 1995, therefore, defines a disabled person for the purposes of the Act as one who has:

“a physical or mental impairment which has a substantial and long-term adverse effect on his ability to carry out normal day-to-day activities” (DDA, 1995,1)

There are three main modifications to this: First, to ensure conditions that have fluctuating impact on a person’s ability to carry out day to day activities (e.g. arthritis) are covered; second, to provide protection to people with severe disfigurements; and finally, to ensure that progressive conditions, which have minor effects when first diagnosed but are likely to go on to have a significant effect in due course, are covered from when the effects first occur.

The original Act (DDA 1995) also provided that: 1. An impairment is only taken as affecting the ability to carry out normal day to day activities if it affects at least one of a defined list of capacities. 2. A mental impairment only includes impairments resulting from mental illness if the illness is “clinically well recognised.” 3. Long term means an impairment that has lasted or is likely to last at least 12 months, or is likely to last the rest of a person’s life. 4. Recurrent conditions can be treated as continuous. 5. Severe disfigurements are treated as having substantial adverse effect. 6. Progressive conditions are regarded as having substantial adverse effect from when they first have any adverse effect, provided they are likely to go on to have a substantial adverse effect, and 7. Medical treatment is disregarded in assessing the extent of an impairment’s effect.

There are further drafts of detailed provisions, which, essentially, allow for particular conditions in specific circumstances to be excluded. For example, conditions like addiction to nicotine or alcohol, and kleptomania are excluded; disfigurements resulting from tattoos cannot count as a severe disfigurement; spectacles or contact lenses are not disregarded in assessing the effect of a visual impairment.

The special issues related to disability definition of DDA can be taken up as a number of aspects/headlines that are given below.

1. It is not The Social Model

There are a number of practical issues with a medical model approach to defining disability. For some, there is also an over-arching philosophical objection that using a medical definition focuses on what’s wrong with an individual rather than what’s wrong with the environment they live in. A social model would focus on the act of discrimination rather than the extent of impairment and, hence, what’s wrong with society rather than an individual disabled person.

The social model is undoubtedly an important and effective tool for advancing understanding of the issues faced by disabled people, achieving shifts in the way disability is thought about, and improving awareness and attitudes. It is also regarded as a source of personal empowerment for disabled people themselves. Many organisations

now brand themselves as designing their response to disability around a social model. There are, however, a number of practical difficulties that have not been fully explored. For example; first, it is not clear how a social model takes account of an individual's personal level of capacity. This becomes particularly acute in the case of some mental impairments – for example, is it really true that a person with learning difficulties is excluded from senior CEO jobs only because of discrimination or lack of adjustment? Can a person with Asperger's Syndrome really provide the same quality of assessment as, for example, a customer care trainer?

Second, the social model is a very inclusive model – potentially it all covered if disabled people face any form of exclusion relating to any level of actual or perceived impairment. This makes it a very good model for promoting inclusion and inclusive philosophies, but very poor at informing targeted programmes or interventions. It is not clear how the application of the model might be limited without reintroducing the practical difficulties with the current definitions (i.e. because there is a need to introduce some form of definitional gateway).

Third, it is not clear how the social model achieves a practical balance of rights between those facing barriers to participation and those who might be held responsible for overcoming those barriers or who might be impacted by any solution.

Forth, there is distance between the attitude of the disability lobby to this kind of philosophical approach and that of the public at large. Last, The focus of the social model can, from the most radical perspective, lead disabled people away from improving their lives through effective management of their impairments. For example, there is a fairly well informed debate of a disability message board where a disabled person was questioning whether he should feel guilty about learning to walk even though it improved the quality of his life.

2. Access to Justice

The existence of a definition of disability adds a tier of proof for a person seeking redress under the DDA additional to that under the Race Relations Act or Sex Discrimination Act. It is claimed that this makes it harder for a claim to succeed because a respondent (particularly in employment cases) can direct focus to whether an individual is technically disabled, rather than to the act of discrimination itself, and this makes it more difficult, more time consuming and more expensive to take a DDA case. It is alleged that this problem can be worse for people with mental impairments, both because of a lack of clarity of coverage, because specialist, detailed (and expensive) evidence can often be required, and because the nature of the condition makes it more difficult for the complainant to cope with the demands of taking a case and, in particular, in giving evidence about the nature of their condition.

The removal of the "clinically well recognised" requirement was, in part, intended to help here.

3. The Treatment of Mental Impairment

There are a number of Different criticisms of the definition come together to an overall view that the DDA has a "physical" bias. For example; first, the "clinically well recognised" requirement was an additional hurdle which people with other kinds of impairment did not have to meet. Second, the list of capacities (i.e. mobility; manual dexterity; physical co-ordination; continence; the ability to lift, carry or otherwise move everyday objects; speech, hearing or eye-sight; memory, ability to concentrate, learn or understand; perception of the risk of physical danger) that an impairment must affect is considered by some to be physically biased, which makes it harder for people with mental health

impairments to show they are covered. Conditions like autism and even schizophrenia have been explicitly referenced. Third, that some mental impairments are by their nature short term, but DDA protection is necessary because of the high levels of stigmatic discrimination they attract. Depression is the main example. Forth, connected to this is the way in which certain mental impairments are diagnosed: For example, people who have depression often suffer more than one episode, but medical practice is often to diagnose these as separate conditions which means that they do not qualify for DDA protection via the recurrent conditions provisions. Last, it is argued that the need to prove a “disability” at all is disproportionately difficult for people with mental impairments. In relation with these concerns, there are some responses to these criticisms. First, the “clinically well recognised” requirement was removed via DDA 2005 and second, the view is that the concerns over the list of capacities is, to a large extent at least, a consequence of an over-narrow reading of the law and a mis-reading of case-law; however, undertaken to review the statutory guidance on the definition of disability to help meet some of these concerns.

There remain outstanding issues, however. For example, first, it will be continued to be pressed on the list of capacities, particularly in relation to conditions like anorexia and bulimia (our view is that these are people with these conditions who are not covered, but that is because the condition does not have a sufficiently substantial effect); second, depression is undoubtedly a condition that is usually short-term but does attract stigmatic discrimination. Covering depression would, however, require to relax the fundamental proposition that a disability is a long-term condition (and so potentially cover other short-term conditions that attract stigma –sexually transmitted diseases for example) or make a specific exemption for depression (which have a number of ramifications including adding risk of legal challenge on equal treatment grounds). There is also a question of the extent to which this is a DDA issue and the extent to which it is one of medical practice.

4. Perception and Association

The DDA only covers disabled people – it does not protect people who are discriminated against because they are perceived to be disabled or associated with a disabled people. Some other discrimination strands do cover analogous circumstances. To illustrate, a person discriminated against because they were perceived to be from a particular racial group is protected. There is some pressure for an extension here – and it is also claimed that failure to cover “perception and association” means Britain has not properly transposed the European Union Directive covering equal treatment in employment and so is open to legal challenge. Most interpretations of a social model would include coverage of discrimination relating to perception and association.

Moving here would represent a significant shift in policy and would significantly extend the coverage of the DDA, because it would bring the relationship between an employer and an employee who was also a carer of a disabled person into civil rights law. The public position is that it has been correctly transposed the EU directive – but there is some risk of a successful challenge.

5. Treatment of Progressive Conditions

It is believed that the DDA 2005 extension to cover cancer, HIV and MS effectively from diagnosis has answered criticism of inadequate coverage for progressive conditions. There is no awareness of any other such conditions which is diagnosed before symptoms occur (and, hence, all should be picked up by the existing provisions relating to recurrent conditions).

Conclusion

Exclusion of disabled people has a long history in the analysis of social policy (Borsay, 2005, 208). Within the British context, like other countries in the world, exclusion has been far more common than inclusion. The reasons for this stemmed originally from ignorance, superstition and, more recently, from industrial development and its accompanying ideologies: scientific rationality, individualism and medicalisation. The category disability did not come into existence until the eighteenth century, although impaired people have always existed (Oliver & Barnes, 1998, 18-41) .

One of the criticisms from the disability movement has been about the marginalizing of disability from other social policy concerns (Beresford & Holden, 2000, 978). Disabled people themselves are demanding a new emphasis on civil rights, equal opportunities and citizenship and they are lobbying for new equal rights legislation to outlaw discrimination on the grounds of disability. The first priority is equal access to basic essentials such as an adequate income, housing, access to employment, to public transport, to education and to the ordinary facilities of everyday life (Oliver & Barnes, 1998, 50).

When it is considered the disability and social policy evolution historically, it can be seen that there is a special relationship between definition of disability and social model in connection with the determination of disability social policy in general.

In recent years, the understanding of disability has changed radically. It has gone from viewing "disability" as a tragic problem occurring for isolated, has been replaced by a socio-environmental model, which regards disability as an attribute resulting from the interaction between the individual and the social and physical environment (Barnes, 2002, 311).

Proponents of this 'social model' of disability argue that disability is caused by society, and if you change society you can eliminate disability. Focusing too much on the impairments is seen to deflect attention from the systematic way in which the environment excludes people from participation in civil society (Williams, 1996, 195-207).

Defining disability is complex and controversial, and definitional issues play a major role in both theoretical and policy-oriented studies of disability (Liggett, 1997, 178). Though arising from physical or intellectual impairment, disability has social implications as well as health ones. A full understanding of disability recognises that it has a powerful human rights dimension and is often associated with social exclusion, and increased exposure and vulnerability to poverty. Disability is the outcome of complex interactions between the functional limitations arising from a person's physical, intellectual, or mental condition and the social and physical environment. It has multiple dimensions and is far more than an individual health or medical problem. On this basis, the working definition of disability is 'long-term impairment leading to social and economic disadvantages, denial of rights, and limited opportunities to play an equal part in the life of the community' (Department for International Development, 2000).

While Disability is defined as the disadvantage experienced by an individual as a result of barriers (attitudinal, physical etc.) that impact on people with impairment and/or ill health In Prime Minister's Strategy Unit Report (2005), Disability definition of Disability Discrimination Act 1995 is that physical or mental impairment which has a substantial and long-term adverse effect on his ability to carry out normal day-to-day activities (Disability Discrimination Act 1995 and 2005,1). The differentiation between two definitions is that former one based on social model latter one based on medical model that is criticised widely by disability organisations.

Concerning the Disability Discrimination Act 1995 and 2005, it is intended to allow an individual redress against unfair discrimination that occurs because they are a disabled person; and help to support changes in attitudes and behaviour to minimise such behaviour and promote the inclusion of disabled people. Indeed, it offers significant rights but its gaps and weaknesses leave disabled people without comprehensive and enforceable civil rights. The rights of disabled people require participating fully in society, free from unfair discrimination. But it is strongly believed that additional rights are not enough.

It is a fact that the Labour Government in Britain has shifted significantly his discourses from medical model point of view to hybrid point of view that is based on medical and social model point of view to some extent, together with Disability Discrimination Act 1995/2005. On the other hand, there is some point of views that put forward against this view. For example, Barnes (1999, 12) and Hyde (2000, 339) have alleged that there is a doubt about whether this shifting represents the view of seeing disability as an issue of managed care or seeing disability as one of the civil rights. Although it entered the British statute book as a result of several attempts for achieving this, it is weak because it is based on the traditional individualistic medical view of disability. Besides, it gives only limited protection from direct discrimination in employment, the providing of goods and services. That's why, they have suggested that there is a need to be developed a new approach which prioritises the needs and rights of disabled people.

There are also some problems related to define disability. Around three quarters of new claimants have more manageable medical conditions such as back pain, depression and mild circulatory disorders rather than a severe disability such as Parkinson's disease, schizophrenia or severe learning difficulties (Endean, 2004, 204). In this point, we have to discuss the issue that do we regard mild medical conditions as disability conditions? If it is so, this means that the dimension of the disability problem would increase more and it would be complicated also.

In line with Policy considerations, Department for Work and Pension Disability Unit put forward opposite idea about the DDA's definition of disability. They have alleged that a fundamental principle behind the DDA's definition of disability is that disability arises out of a condition that has long-term effects. While this may appear to be a simple proposition, it does, in fact, attract a high degree of controversy, which means there is always an underlying risk of legal challenge. A successful legal challenge could have significant ramifications for how is defined disability with potentially significant ramifications for those with duties under the Act.

Department for Work and Pension Disability Unit said that generally, requiring a long-term impairment as a pre-condition of being a disabled person for DDA purposes, reflects a medical approach to defining disability. Most of the disability lobby advocate a social approach to defining disability, because this focuses on society's response to disability rather than seeing disability as simply a medical condition. Because the definition of disability relies on the existence of a long-term impairment, this excludes from protection people who are perceived to be disabled or who are discriminated against because they are associated with a disabled person. This differs from some other equality strands, such as race, where perception and association are covered. There are big questions in here – for example, if association were covered, this could mean that all carers of disabled people could potentially claim unlimited damages from an employer if discriminated against on the grounds of their caring responsibilities, potentially extending coverage to many millions more people. While we might not approve of such

discrimination, there is a real question of whether the DDA is right vehicle to address it. Department for Work and Pension Disability Unit has added that short-term conditions are not protected. It is generally accepted that if you have the flu or break a leg, you are not disabled and should rely on normal employment protection law if unfairly treated. However, other conditions are regarded as more controversial. Perhaps top of this list are depressive illnesses which are regarded as attracting significant stigmatic discrimination and, even if an individual has a number of episodes, are often treated as a series of separate short-term conditions and hence do not attract DDA protection.

There is a real question of whether short-term conditions attract discrimination and, if so, how this might be addressed. The answer, however, is not to allow the definition of disability in the DDA to be picked apart condition by condition in an uncontrolled manner.

The discussion above demonstrates quite what a legal minefield this can be and the ramifications for those with duties under the Act could be significant. Widening the definition of disability in a way that opened doors to discrimination claims from a much wider range of people is likely to undermine the credibility of the Act in the eyes of precisely the people we need to effectively implement disability rights on the ground. The Labour Government in Britain has welcomed a recommendation of the pre-legislative scrutiny committee that the DRC should consider whether and how the DDA could be based on a social model of disability. If practical, this might shift the focus from a medical definition of disability more to considering an act of discrimination. The Government made clear during the passage of the Bill that they saw the DRC review as the right vehicle for considering both strategic change – such as changing the “long term” requirement - and more tactical considerations – like the coverage of conditions like depression.

In spite of clear history of disadvantage and exclusion for disabled people, there is a range of recent interventions made by the Labour Government in Britain to address that have a strong focus on civil rights and welfare to work programmes. Some evidence that individual interventions have had some success such as DDA 1995/2005. The Prime Minister's Strategy Unit in Britain sets a high level 20 year strategy to achieve equality for disabled people and switches the focus of attention from the setting of underpinning civil rights which are now largely in place, although questions remain about awareness, enforceability and the "medical model" gateway achieving the right coverage to public sector and service reform. Ultimately, delivering real change will require fundamental shift of attitude right across. Only time will tell if this will prove successful.

References

Barnes, C. & Oliver, M., Disability Rights: Rhetoric and Reality in the UK , *Disability and Society* 10 (1), Pp. 111–116, (1995).

Barnes, C., A Working Social Model? Disability and Work in the 21st Century, Paper presented at the Disability Studies Conference and Seminar, Apex International Hotel, Edinburgh (9 December 1999). (1999) Pp.2 – 24.

Barnes, C., Introduction: Disability, policy and politics, *Policy and Politics* 30 (3), Pp.311–318, (2002).

Beresford, P. & Holden, C., We Have Choices: Globalisation and Welfare User Movements, *Disability and Society* 15 (7), Pp. 973–989, (2000).

Borsay, A., *Disability and Social Policy in Britain Since 1750: A History of Exclusion* , Palgrave Macmillan, China , (2005).

Department for International Development (DFID), *Disability, Poverty and Development*, DFID Information Department, London , (2000).

Disability Discrimination Act (DDA) 1995 Chapter 50, HMSO, London , (1995).
Disability Discrimination Act (DDA) 2005 Chapter 13, HMSO, London , (2005).
DRC (Disability Rights Commission), New Disability Act hailed by DRC as major civil rights legislation (<http://www.drc-gb.org/newsroom/newsdetails.asp?id=803&§ion=1>) (accessed 17 September 2005) (2005a).
DRC (Disability Rights Commissions), Employment: Guidance for Qualifications Bodies, (<http://www.drc-gb.org/businessandservices/bizdetails.asp?id=98&title=ep>) (accessed 17 September 2005) (2005c).
DRC (Disability Rights Commissions), What We Do, (<http://www.drc.org.uk/whatwedo/aboutus.asp>) (accessed 20 July 2005) (2005b).
Driver, S. & Martell, L., New Labour: Politics after Thatcherism, Polity Press, Cambridge , (2002).
Endean, R., Building New Pathways to Work, Transforming Disability Welfare Policies: Towards Work and Equal Opportunities, eds: In Marin, B., Prinz, C. & Queisser, M , Ashgate Publishing Limited, Vienna , (2004).
Hyde, M., From Welfare to Work? Social Policy for Disabled People of Working Age in the United Kingdom in the 1990s, Disability and Society 15 (2), Pp. 327– 341, (2000).
Liggett, H., Stars are not Born: An Interpretive Approach to The Politics of Disability, Disability Studies: Past Present and Future, eds: Barton, L. & Oliver, M., The Disability Press, Leeds , (1997).
Marin, B., Prinz, C. & Queisser, M., Preface, Transforming Disability Welfare Policies: towards Work and Equal Opportunities, eds: Marin, B., Prinz, C. & Queisser, M., Ashgate Publishing Limited, Vienna , (2004).
Oliver, M. & Barnes, C., Disabled People and Social Policy from Exclusion to Inclusion, Longman Social Policy In Britain Series, ed: Campling, J., Addison Wesley Longman Limited, Malaysia , (1998).
Office of National Statistics (ONS), Living in Britain : Results from the 2002 General Household Survey, (<http://www.statistics.gov.uk/LIB2002>) (accessed 7 June 2005) (2004).
Priestley, M., Adults Only: Disability, Social Policy and The Life Course, Journal of Social Policy 29(3), Pp.421– 439, (2000).
Prime Minister's Strategy Unit, Improving The Life Chances of Disabled People, Crown, London , (2005).
Sayce, L. & O'Brien, N., The Future of Equality and Human Rights in Britain — Opportunities and Risks for Disabled People, Disability and Society 19(6), Pp. 663 – 668, (2004).
Williams, G., Representing Disability: Some Questions of Phenomenology and Politics, Exploring the Divide, eds: Barnes, C. & Mercer, G., The Disability Press, Leeds , (1996).
I would like to thank Mr. Jos Joures and Mr. Roy Kettle who work for Department for Works and Pensions Disability Unit, and are also as a part of the creative team who had introduced DDA 1995 and 2005 for contributing important comments and valuable suggestions to both of my dissertation and the article.

1995/2005 İNGİLTERE ÖZÜRLÜLER AYRIMCILIKLA MÜCADELE YASASI VE YASAYLA İLGİLİ GÜNCEL KONULAR

Özür lülük oranları birçok OECD ülkesinde artmakta olup, bu durumu engellemeye yönelik politika çalışmaları ilgili ülkelerin hiçbirinde başarıya ulaşmamaktadır (Marin, Prinz & Queisser, 2004, 20). Özür lü nüfusu tespit etmeye yönelik İngiltere'de yapılan bazı

çalışmalara göre, Avrupa Birliğinde 50 milyon ve dünyada 500 milyon olan özürlü birey sayısı ile karşılaştırıldığında (Barnes, 2002,311), yaklaşık 10 milyon özürlü yetişkin (toplam yetişkin nüfusunun %24'ü) ve 770.000 özürlü çocuk (toplam çocuk nüfusunun %7'si) bulunmaktadır (Office of National Statistics, 2004).

Özürllük çok yönlü bir olgu olarak birçok önemli faktör ve problemleri içerisinde barındırmaktadır. Bu problemlerden biri, özürlü bireylerin özürllük türü ve/veya derecesine bakılmaksızın, bireysel ve/veya ortak ihtiyaçlarının az giderildiği veya hiçbir şekilde giderilemediği bir topluma kolay bir biçimde uyum sağlayabilen homojen bir grup olamamalarıdır. Özürlü bireyler bir grup olarak ele alındığında, normalikten daha çok cinsiyet, içinde yer aldıkları azınlık grubu, etnik zemin, cinsel yönelim, yaş, yetenek, dini inançlar, maddi durum, iş sahibi olma gibi farklılıklar boyutunda karakterize edildikleri görülmektedir. Bu bir gerçektir ki, içlerinde buldukları durum tam olarak anlaşılammakta veya geleneksel normallik kavramını ve kültürel açıdan baskın tek bir değerler setini temel alan her hangi bir teori veya politikaya çevrilememektedir (Oliver & Barnes,1998,53).

21. yüzyılın başında, özürllük olgusu sosyal politika gündeminin ilk başlarında yer almakta olup, sosyal politika konuları politik gündemin ilk başlarında yer almaya devam etmektedir (Priestley, 2000,421). İngiltere'de İkinci Dünya Savaşından bu yana işçi ve sosyal demokrat politikanın merkezi noktası sosyal politika olmuştur (Driver & Martell, 2002,77). 1997 yılından bu yana İşçi Partisi özürlü bireylerin yaşam kalitesini arttırmak amacıyla 1995/2005 İngiltere Özürllük Ayrımcılıkla Mücadele Yasası ve Yeni Eşitlik ve İnsan Hakları Komisyonunun kurulması gibi önemli politik gelişmelere imza atmıştır. İngiliz Parlamentosunda özürlü bireylere yönelik ayrımcılık karşıtı yasanın çıkarılmasına yönelik ilk girişim 1982 yılında başlatıldı. On üç başarısız girişimin ardından (Barnes & Oliver, 1995, 111), 1995 yılında İngiltere Özürllük Ayrımcılıkla Mücadele Yasası İngiliz Parlamentosu tarafından kabul edildi. Bu yasayla; işverenlerin, hizmet sağlayıcıların, ev sahiplerinin, okul, yüksekokul ve üniversitelerin yerine getirmeleri gereken bazı yükümlülüklerin konulması yoluyla özürlü bireylerin toplumsal yaşama katılma haklarını iyileştirmeye yönelik düzenlemeler yapıldı. Aralık 1995'de bazı ilgili konularda düzenlemeye gidilerek işverenlere yönelik bir yasa olarak ortaya konuldu. İngiltere Özürllük Ayrımcılıkla Mücadele Yasası, Özürlü Hakları Çalışma Grubu'nun tavsiyeleri ışığında geniş bir önlemler paketini içerecek şekilde yapılandırılmış olup (Prime Minister's Strategy Unit,2005,24), özürlü bireylerin başından sonuna kadar anı güçte yürüttükleri kampanyaların direkt bir sonucu olarak ortaya çıkmıştır (Sayce & O'Brien, 2004, 663). Yasanın içerdiği önemli bir düzenleme, kamu sektörüne özürlü bireylerin eşit haklara sahip olmalarını teşvik etme yönünde bir yükümlülük vermesidir. İngiltere Özürllük Ayrımcılıkla Mücadele Yasasıyla birlikte, özürllüğe yönelik uygulanmakta olan kota şeması kaldırılmış olup, yerine önemli bir gelişme olarak görülen istihdam teşviki getirilmiştir. Bunun yanında, ilgili yasa, özürlü bireylere özürlü olmaları nedeniyle işyerlerinde ayrımcılığa uğradıklarını düşündüklerinde işverenlerine yönelik dava açabilmelerini kanuni bir hak olarak tanımlamaktadır (Hyde, 2000, 329).

2005 yılında, İngiltere Özürllük Ayrımcılıkla Mücadele Yasasında bazı değişiklikler yapılmıştır. Ancak, yapılan bu değişiklikler yasanın 1995 versiyonunun dayandığı temel ilke veya yaklaşımlardan daha çok yasanın 1995 versiyonunda yer alan mevcut alanların genişletilmesi, güçlendirilmesi ve mevcut görevlere yeni görevlerin eklenmesi şeklinde olmuştur. Örneğin, yasanın 2005 versiyonu 1995 versiyonunda yer alan özürllük tanımını genişleterek, kanser, HIV, multiple sclerosis ve ruh sağlığı problemlerinin yol açtığı durumların kişinin gündelik yaşamını etkilemeye başladığı noktayı yasa güvencesi

altına alınan nokta olarak kabul etmek yerine, söz konusu sağlık problemlerinin teşhis edilmesini yasa güvencesinin başladığı nokta olarak belirlemiştir. Bir diğer değişiklik, 1995 versiyonunda ruh sağlığı bozukluklarının yol açtıkları rahatsızlıklar ancak "klinik açıdan genel kabul gören" rahatsızlıklar olduğunda bu tür rahatsızlıkları olan bireylerin söz konusu ayrımcılık yasasının güvencesi altına alınabileceğine işaret eden "klinik açıdan genel kabul görme" ibaresinin 2005 versiyonu ile birlikte kaldırılmasıdır. Böylece, bu ifade nedeniyle bu yasa tarafından güvence altına alınmayan ve sahip oldukları haklar tecavüze uğrayan ruh sağlığı problemleri yaşayan birçok bireyin bu nedenden dolayı aşışılma ve stres yaşamaları önlenmiştir.

2005 İngiltere Özürlüler Ayrımcılıkla Mücadele Yasasıyla birlikte, özürlü bireylere toplu taşıma araçlarından yararlanmalarını kolaylaştırmaya, ulaşılabilirliklerini sağlamaya yönelik yeni haklar tanınmıştır. Bunun yanında yasa, daha önce değinildiği üzere kurumsal ayrımcılıkla mücadele de kamu sektörüne önemli görevler vermekte olup, mahalli idarelerin birçok işlevini içerecek şekilde genişletilmiştir. Ancak, mevcut durum göz önüne alındığında mahalli idarelere verilen görevler konusunda (özürlü mahkumlara yönelik düzenlemeler, seçimlere katılım, kaldırılmalar ve otoyolların ulaşılabilirliklerinin düzenlenmesi vb.) belirsizlik hüküm sürmektedir. Ayrıca, Yasanın 2005 versiyonuyla birlikte, özürlü kiracılara kiraladıkları ev içerisinde gerekli düzenlemeler yapabilmeleri ve yardımcı araç ve servislerden yararlanabilme hakları da tanınmıştır. Bunun yanında, özürlü bireylere (özürlü konuklar dahil) üye sayısı 25 olan özel klüplere üye olabilmelerini kolaylaştırmaya yönelik haklar da tanınmıştır. Son olarak, yasanın 2005 versiyonunda ilk defa, özürlü kurul/komisyon üyelerinin ayrımcılığa uğramalarını önlemeye yönelik düzenlemeler getirilmiştir (DRC, 2005a).

Bir diğer önemli politik gelişme, Yeni Eşitlik ve İnsan Hakları Komisyonunun kurulmasıdır. Bu komisyonun kurulmasıyla birlikte, mevcut üç eşitlik komisyonunun (Özürlü Hakları Komisyonu (DRC), İrsal Eşitlik Komisyonu (CRE) ve Fırsat Eşitliği Komisyonu (EOC)) çalışmalarının bir araya getirilmesi hedeflenmiş olup, işyerinde yaş, din, inanç ve cinsel yönelime yönelik kanun dışı ayrımcı uygulamaları önleme sorumluluğu bu komisyona verilmiştir (Prime Minister's Strategy Unit, 2005,24). Özellikle, Özürlü Hakları Komisyonu'nun kurulması İngiltere'de özürlü bireyler açısından olumlu büyük bir gelişmeyi temsil etmektedir. Söz konusu komisyon 1995 İngiltere Özürlüler Ayrımcılıkla Mücadele Yasasının icracı komisyonu olarak özürlü bireylere yönelik ayrımcılığı sonlandırmak ve fırsat eşitliğini sağlamak amacıyla Nisan 2000'de bağımsız bir komisyon olarak kurulmuştur. Komisyon kendisine verilen bu görevleri, özürlü bireylerin sahip oldukları haklardan faydalanabilmelerini sağlamaya yönelik olarak özürlü bireylere, işverenlerine ve hizmet sağlayıcılara tavsiye ve bilgi vermek; ortaya çıkan problemlerin iş mahkemesine veya diğer mahkemelere gidilmeksizin çözülmesine yardımcı olmak; yasanın limitlerini test etmeye yönelik kanuni davaları desteklemek; özürlü bireyler için bağımsız Özürlülük Uzlaştırma Hizmeti ve hizmet sağlayıcıları temin etmek; kanunu güçlendirmeye yönelik kampanyalar düzenlemek ve özürlülük konusunda araştırma ve yıllık faaliyet raporu düzenlemek gibi çeşitli aktivitelerle yerine getirmektedir (DRC,2005b).

Özet olarak, yukarıda değinildiği üzere, özellikle özürlü bireylerin yaşamları üzerinde olumlu etkiler yaratan politik açılarından birçok önemli gelişme olmaktadır. Bu araştırmanın amacı, 1995/2005 İngiltere Özürlüler Ayrımcılıkla Mücadele Yasasıyla ilgili bazı temel mevcut tema/konuların eleştirel bir bakış açısıyla ilgili literatürün ışığında ele alınarak gözden geçirilmesidir. Bu çalışmanın zemininde, şimdilerde İngiltere'de olduğu gibi ülkemizde de özürlü olmayan bireylerle eşit koşullara sahip olabilmeyi sağlayabilme

açısında ayrımcılıkla mücadelenin üzerinde önemle durulan kritik bir konu olması yatmaktadır.

5378 sayılı Türkiye Özürlüler Yasasının Türkiye Büyük Millet Meclisi tarafından 1 Temmuz 2005 tarihinde kabul edilmesiyle birlikte, söz konusu yasayla ilgili yönetmelik çalışmaları ve farklı platformlarda tartışılmakta olan özürlü ayrımcılığının tanımlanması çalışmaları ile T.C. Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı özürlülük konusuna farklı bir boyut getirmeye çalışmaktadır. Bu gelişmelerin ışığında, bu çalışmanın İngiltere’de Özürlüler Ayrımcılıkla Mücadele Yasasıyla ilgili mevcut durumun ortaya konulması yoluyla Türkiye’de yeni bir konu olan ayrımcılıkla mücadele konusunu şekillendirmek ve doğru olarak yönlendirmekte yardımcı olacağı düşünülmektedir.

Toplum Temelli Bakım Anlayışı

Arş. Gör. Mehmet Zafer DANIŞ
Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu

ÖZET

Kurum bakımının pahalı olması ve bakıma gereksinim duyan bireyi toplumsal hayattan soyutlaması gibi nedenler, günümüzde yakın çevre içerisinde bakıma olanak sağlayacak destek hizmetlerinin yaygınlaştırılmasını gerekli kılmaktadır. Bu amaçla gelişmiş ülkelerde özürlülük, kronik hastalık ve yaşlılık gibi durumlarda bireyin çevresi ile olan ilişkisini kuvvetlendirmek ve desteklemek, kendi yaşamını özgürce alıştığı ortamda devam ettirmesini sağlamak, istek ve beklentilerine cevap vermek, sosyal işlevselliğini arttırmak ve aynı zamanda devletin kurum bakımı alanındaki maliyetlerini azaltmak için toplum temelli bakım anlayışı benimsenmektedir.

Toplum temelli bakım, bakıma gereksinim duyan bireyler tarafından istendik bir hizmet olmanın ötesinde geniş içerikli bir bakım modeli olarak, toplumsal bütünleşmeye, insan haklarının, sosyal adalet ve eşitliğin gelişmesine de katkıda bulunmaktadır. Bu çalışmada toplum temelli bakım anlayışı çerçevesinde evde bakım ve gündüzlü hizmetler, dünya ve ülkemiz örneğinde ele alınmaya çalışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Toplum temelli bakım, evde bakım, evde bakımda disiplinlerarası yaklaşım, gündüzlü hizmetler, sosyal hizmet, sosyal hizmet uzmanı.

Understanding Of The Community Based Care

ABSTRACT

The reasons such as institutional care is expensive and isolate individual who in need of care from social life, it has been needed to extend of support services wich will enable to care in close environment in today. With this aim, in case of disability, chronic illness and elderly, to strengthen and support of the individual relation with his/her environment, to provide maintaining of their life in setting which is get used to freely, to answer their wishes and expectations, to improve their functionality and in the same time, to reduce of the state’s costs in field of institutional care, so that understanding of community based care is assuming in developed countries.

Community based care is wanted by individuals who in need of care, at the same time also as a wide contented care model, it contributes to social integrity, developing of human rights, social justice and social equality. In this study, on understanding of the

community based care frame work, home care and daily services were taken charge of in the sample of world and our country.

Key Words: Community based care, home care, interdisciplinary approach in home care, daily services, social work, social

GİRİŞ

Dünyamız, bir çok alanda olduğu gibi sosyal hizmet sektöründe ve müracaatçı gruplarına yönelik geleneksel hizmet anlayışında da köklü değişimlere sahne olmaktadır. Her geçen gün daha da artan bilimsel ve teknolojik gelişmelere paralel olarak sosyal hizmetlerde bireye bakış açısı da farklılaşmaktadır. Geçmişte, yardıma gereksinim duyan muhtaç durumdaki bireylerin korunması ve bakımı öncelikli hedef iken, bugün bireyin yaşam kalitesinin geliştirilmesi, sağlıklı ve başarılı bir biçimde yaşlanarak, sosyal yaşama daha aktif bir biçimde katılım sağlaması ve nihayetinde iyilik halinin ilerletilmesi amaçlanmaktadır. Bu nedenle, sosyal refah seviyesi yüksek olan ülkelerde, gereksinim içerisindeki nüfus gruplarına yönelik bakım modelleri hızlı bir biçimde gelişmekte, hizmet sunumunda öncelikli olarak bireyin tercihleri göz önünde bulundurulmaktadır. Çocuk, genç, yaşlı her yaş grubundan bakım ve sosyal desteğe gereksinim duyan bireyi, yatılı sosyal hizmet kurumlarının izole edici ve psiko-sosyal açıdan örseleyici olumsuz etkilerinden uzak tutmak için onları alıştıkları ve sosyal ilişkilerini sürdürdükleri yaşam alanı içerisinde çeşitli hizmetlerle destekleyerek, yaşamlarını kendi evlerinde ve aile çevresinde sürdürmelerini sağlamak amacıyla, kurumsal bakım hizmetleri terk edilerek, toplum temelli bakım modellerine geçilmektedir (Danış, 2005).

Toplum temelli bakım, yalnızca gereksinim içerisindeki yaşlı bireylere değil aynı zamanda özürü ve süreğen hastalığı olan bireylere de yönelik bir hizmet modelidir. Özürü bireylere yönelik hizmet dağılımını geliştirmeyi, onlara daha eşit fırsatlar sağlamayı ve özürülülerin haklarını iyileştirmeyi ve korumayı amaçlayan toplum temelli rehabilitasyon (Aysoy, 2004) yaklaşımının en önemli unsurlarından biri de özürülülerin sosyal çevre içerisinde dinamik bir unsur olarak yaşamlarına devam etmelerini önceleyen toplum temelli bakım anlayışdır.

Bakıma gereksinim duyan bireye, bağımsızlığını koruması ve kendi ayakları üzerinde durabilmesi için gerekli bilgi ve sosyal yaşam becerileri kazandırma, yaşamını kendi evinde sürdürebilmesi için gereksinim duyduğu destek ve yardımları sunma ve sosyal işlevselliğini yerine getirebilmesi için çalışma, rekreasyon ve diğer olanaklardan yararlanmasını sağlama işlevlerine sahip olan toplum temelli bakım bu yönüyle ekip çalışmasını gerektiren bir hizmet modelidir (Devereaux, Andrus ve Scott 1981; Degenholtz, Kane ve Kivnick 1997).

Uzun dönemli kurum bakımının gerek bireyler üzerindeki olumsuz etkileri (yalnızlaşma, sosyal izolasyon, duygusal çökkünlük, depresyon, yabancılaşma vb.), gerekse maliyetinin yüksek olmasından dolayı toplum temelli bakım modellerine geçilmekte (Danış, 2005), kurum bakımı ise devam etmekte, ancak evde verilecek desteğe rağmen bakılamayacak derecede yardıma gereksinim duyan bireyler için bir seçenek olmaktadır (Danış, 2004).

Araştırma sonuçları kurum bakımı altındaki bireylerin ev ortamında yaşayan akranlarına kıyasla daha yüksek oranda istismar edildiğini ortaya çıkarmıştır. Özellikle huzurevi ve bakımevlerinde kalan yaşlılar için önemli bir risk faktörü olarak tanımlanan “yetersiz bakım” (inadequate care) kurumsal istismarın en belirgin biçimi olarak karşımıza çıkmaktadır (Wilson, 2000).

Çok sayıda yaşlının bir arada kaldığı huzurevlerinde yaşlıların tek tek kişisel ihtiyaç ve beklentilerinin karşılanması amacına yönelik bireysel bakım planları geliştirmek oldukça

güçtür. Bireysel otonomi ve kontrol oldukça düşüktür. Bu nedenle gelişmiş ülkelerde 20. yüzyılın ortalarından itibaren toplu bakım esasına dayalı huzurevi yapımı azalmış, İsveç, İsviçre ve diğer İskandinav ülkeleri ile İngiltere, Hollanda gibi Avrupa ülkelerinde bu tarihten sonra evde bakım ve gündüzlü hizmetler gelişmeye başlamıştır (Higgs ve Victor, 1993). Bu çalışmada toplum temelli bakım, ağırlıklı olarak yaşlı refahı alanında ele alınarak, analiz edilmeye çalışılacaktır.

Evde Bakım Hizmetlerinin Gelişim Süreci

İnsanlık tarihinde 19. yüzyılda yaşanan endüstri devrimi ile birlikte ortaya çıkan sosyal sorunlar (Güven, 2001) ve en temelde yoksulluk öncelikle geniş çaplı sanayi hamlesinin ilk ortaya çıktığı İngiltere ve Amerika'nın geleneksel toplumsal yapısında köklü değişikliklere neden olmuş, bu durum kentlerdeki yoksul, özürlü, hasta ve muhtaç bireylerin sayısının artmasına yol açmıştır. Bu dönemde yoksul ve muhtaç bireylere yardımda bulunma görevi, Amerika'ya İngiltere ve Avrupa'dan gelen göçmenlerin etkisi ile, yerel yönetimlerin bir sorumluluğu olarak düşünülmüş, ancak nüfusun hızla artması sonucu; yoksul, hasta ve özürlü bireylerin sayısı giderek çoğaldığından, yerel yönetimlerin toplum adına yaptığı temel ihtiyaçları karşılamaya yönelik, bireysel düzeydeki barınak, para ve yiyecek yardımları zamanla yetersiz kalmaya başlamıştır (Turan, 1999). Bu yardımlarda savurganlığı önlemek amacı ile 19. yüzyılın ortalarında İngiltere ve ABD'de gönüllüler ve hayırseverlerin öncülüğünde yardım dernekleri kurulmuş, yardıma muhtaç yoksul, hasta, özürlü ve yaşlı bireylere yönelik hizmetler büyük bir hızla yayılmış, yapılan ev ziyaretleri yoluyla yardıma ve bakıma gereksinim duyan bireylerin sorunlarına çözüm bulunmaya çalışılmıştır (Frumkin ve Lloyd, 1995). Dost ziyaretçiler (friendly visitor) olarak adlandırılan gönüllüler tarafından muhtaç durumdaki bireylerin evlerine gidilerek sağlanan bu yardımlar, aynı zamanda evde bakım hizmetlerinin tarihsel gelişim sürecinin başlangıcı olarak da kabul edilmektedir.

İlk olarak 19. yüzyılda Amerika'da başlayan evde bakım hizmetleri giderek organize bir görünüm kazanmış ve 1908 yılına gelindiğinde ilk Ev Hizmetleri Organizasyonu (The Home Service Organization) Amerika'da kurulmuştur. Yine Amerika'da 1935'de devlet desteğiyle sağlık müdürlüklerinin evde bakım hizmetleri başlamış, 1960 yılında ise yaşlılar için devlet destekli ücretsiz evde bakım hizmetlerine geçilmiştir (Akdemir, 2003). Amerikan Ulusal Evde Bakım Derneği (National Association for Home Care 1994 Akt; Kaye 1995)'nin 1994 yılı verilerine göre; Amerika'da yaşlılara evde bakım ve destek hizmetleri veren 15027 evde bakım kurumu bulunmaktadır.

Bugün Kanada, İngiltere, Almanya, Fransa, Hollanda, Belçika, Lüksemburg, İspanya, Portekiz, Danimarka, İrlanda, İtalya, Yunanistan, Japonya, Endonezya, Tayvan ve Suudi Arabistan gibi bir çok ülkede evde bakım hizmetleri yürütülmektedir (Akdemir, 2003).

Evde Bakım Modeli

Evde bakım, özürlü, yaşlı, süreğen hastalığı olan veya nekahet dönemindeki bireyleri buldukları ortamda destekleyerek, sosyal yaşama ayak uydurabilmelerini sağlamak, yaşamlarını mutlu ve huzurlu bir biçimde sürdürerek toplumsal entegrasyonlarını gerçekleştirmek, bakıma gereksinim duyan bireyin aile üyeleri ve özellikle de ailedeki kadın üzerindeki yükünü hafifletmek için birey ve aileye sunulan psiko-sosyal, fizyolojik ve tıbbi destek hizmetleri ile sosyal hizmetleri içeren bir bakım modelidir.

Evde bakım hizmetleri ise evde bakım modeli içerisinde yer alan ve müracaatçılara götürülen hizmetlerdir. Bu hizmetler, genellikle kendi evlerinde kalan ve temel günlük bakım aktivitelerini yerine getirmekte güçlük çeken bireylere, yardım vermek amacıyla merkezi yönetim ve belediyelerin sosyal hizmet birimleri tarafından yürütülür. Evde bakım hizmetleri içerisinde; evde yardım (home help), evde takip hizmetleri (home attendant

care), ev sağlık hizmetleri (home health services), süreli bakım (respite care), evlere yemek servisi (meals-on wheels), telefonla yardım servisi (tele care service) ve evlere bakım-onarım hizmeti (handyman service) gibi hizmetler yer almaktadır. Uygulamada bu hizmetler için "home care services"ın eş anlamlısı olan "domiciliary care services" kavramı da kullanılmaktadır (Barker, 1999).

Evde bakım hizmetleri, bakıma gereksinim duyan bireylerin kendi evlerinde ya da çevrelerinde bağımsız olarak yaşamlarını sürdürebilmelerini hedefleyerek, yaşam kalitelerini arttırmayı amaçlamaktadır (Kısa ve Karadağ, 2001). Evde bakımın yaşlılıkta; fiziksel sağlık, psikolojik durum, bağımsızlık düzeyi, sosyal katılım, kişiler arası ilişkiler, kendi potansiyelini gerçekleştirme ve entelektüel gelişim süreçleri üzerinde olumlu etkileri söz konusudur. Ayrıca aile bütünlüğünün korunmasına, stresin azaltılmasına, bireyin alışık olduğu çevrede yaşamına devam edebilmesine, alışık olduğu hobi ve sosyal etkinlikleri sürdürebilmesine imkan tanımaktadır (Karaduman, Yiğiter, Aras ve Yakut, 2004; Akdemir, 2003).

Evde bakım kapsamında verilen hizmetler;

Evde yardım (home help service): Bu hizmet ile kendi evlerinde yaşayan ve düzenli bakım ve takibe gereksinim duyan bireylerin, ev ortamına götürülecek çeşitli hizmetler yoluyla yaşam kalitelerinin geliştirilmesi amaçlanmaktadır. Evde yardım hizmeti kapsamında ev temizliği, çamaşırların yıkanması ve ütülenmesi, ilaçların temin edilmesi, alışverişin, ev dışı işlerin yapılması, sosyal ve psikolojik destek yer almaktadır. Evde yardım hizmetinin süresi evde bakıma gereksinim duyan bireyin yaşı, sağlığı, öz bakım becerilerini yerine getirebilme durumu ile hareket veya duyu kaybı yaşama durumlarına göre değişebilmektedir (Thomas ve Pierson, 1999).

Evde yardım hizmetinin yerine getirilmesi sürecinde görev alan yardımcıları (home helper) genellikle referans yoluyla belirlenirler. Bu kişiler aynı zamanda toplum bakımı uzmanları (community care workers) olarak da bilinirler (Thomas ve Pierson, 1999).

Evde takip hizmeti (home attendant service): Evde takip hizmeti genellikle günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmekte güçlük çeken bireylere profesyonel hemşirelik becerisi gerektirmeyen (tırnak kesimi, saç-sakal tıraşı, banyo ve beslenme vb.) çeşitli gereksinimlerinin karşılanması amacıyla görevli bir personel yardımıyla sağlanan bir hizmet türüdür (Gibelman, 1995).

Evde takip hizmeti özel sektör ve gönüllü kuruluşlar tarafından yürütülmektedir. Bu hizmet için gerekli finansmanın önemli bir bölümü belediyelerin sosyal hizmet birimleri tarafından karşılanmaktadır. Hizmetin yerine getirilmesi sürecinde özürü ve yaşlı bakımı alanında eğitimli kişiler yer almakta ve evlerinde yaşayan bireylere günlük ziyaretlerde bulunarak yardım sağlamaktadırlar (Barker, 1999).

Evde tıbbi bakım hizmetleri (home health services): Evde tıbbi bakım hizmeti programları, tıbbi bakım, hemşirelik, mesleki terapi, fiziksel terapi, konuşma terapisi için sunulan programlardır ve hastaların kendi evlerinde bakımı ve izlenmesini içerir. Bu hizmetlerin bir çoğu özel sektörde belirli bir vizite ücreti karşılığında, tıbbi bakım personeli tarafından ya da özel hemşirelik hizmeti bakımı yoluyla yerine getirilmektedir. Hastaya evinde de resmi tıbbi bakım hizmetleri sağlanmaktadır. Bu genellikle hasta için daha konforlu ve ayrıca hastane bakımından daha ekonomik bir sistem sunmaktadır (Barker, 1999).

Süreli bakım (respite care): Süreli bakım, özürü ve yaşlı bireye sahip olan ailelerin dinlenmeleri ve kendilerine zaman ayırmalarına yönelik geçici bir bakım hizmetidir. Hizmet verme sürecinde genellikle özürü ve yaşlı bakımı alanında uzmanlaşmış kişiler ve hemşireler yer almaktadır. Sosyal hizmet uzmanları ise süreli bakım hizmetinde vaka yöneticisi (case manager) konumundadırlar (Gibelman, 1995).

Evlere yemek servisi (meals on wheels): Bu hizmet, kendi yemeklerini yapamayacak durumda olan ya da geçici bir süre ile kendi yemeğini hazırlayamayan bireylerin evlerine sıcak yemek servisi götürülmesi şeklinde verilmektedir. Sıcak yemek servisi genellikle günde üç öğün üzerinden dağıtılmaktadır (Kısa ve Karadağ, 2001).

Evlere bakım ve onarım hizmeti (handyman service): Evlere bakım ve onarım hizmeti; kapı ve pencere tamiri, anahtar ve camların değiştirilmesi, elektrik ve su tesisatı onarımlarını kapsamaktadır (Kısa ve Karadağ, 2001). Amaç, evde yardım ve desteğe gereksinim duyan bireyin, ev hayatında sıkça rastlanan küçük çaplı tamirat ve onarım gerektiren işlerinin daha hızlı ve piyasadan daha ucuza yapılmasını sağlamaktır.

Telefonla yardım servisi (telecare service): Telefonla yardım hizmeti özel bir telefon hattının (lifeline) normal telefona bağlanmasından oluşan bir sistem ile verilmektedir. Yalnız yaşayan yaşlı bireyler bu hizmetten ihtiyaç duydukları acil durumlarda düğmeye basarak yardım almak amacıyla yararlanabilmektedirler. Bu sistem yaşlı bireyin telefonuna o kişiyi "telecare" merkezine bağlayacak bir alet takılarak kurulmaktadır. Bu sistemin kurulmasından sonra yaşlı bireye evde kullanabileceği, boynuna da takılabilen bir düğme verilerek, acil durumda bu düğmeye basması söylenmektedir. Başvuru esnasında acil durumlarda arayabilecekleri en yakın kişilerin ya da akrabalarının, arkadaşlarının, doktorunun, telefon numarası başvuru formuna kaydedilmektedir. Acil durumda (örneğin, yaşlı bireyin düşmesi) kişi düğmeye basarak "telecare" merkezine bir sinyal gönderir. "Telecare" merkezine gelen sinyal sonucunda merkezdeki operatör yaşlı bireyin verdiği telefon numaralarındaki kişilere ulaşarak bu kişilerin yaşlı bireyin evine ulaşmasını sağlar. Operatör aynı zamanda doktorunu, sağlık merkezini, ambulansı ve polisi de arar. Bu sistemin kurulması ile yaşlı birey haftanın yedi günü yirmi dört saat bu hizmetten faydalanabilmektedir. Bu hizmetten faydalanan yaşlı bireylerin doktorundan "telecare" merkezine bireyin durumunu bildirir bir rapor vermesi istenmektedir. Acil durumda sinyal ulaştıktan sonra bu rapor doğrultusunda sağlık merkezine yaşlı birey hakkında bilgi verilmektedir (Kısa ve Karadağ, 2001).

Buna ek olarak, evde bakım hizmetlerini organize eden merkezdeki sosyal hizmet elemanları yaşlının günlük yaşamını takip etmek, varsa günlük yaşam aktivitelerini yerine getirirken ortaya çıkan sorunlarının çözümünde onu desteklemek amacıyla her gün yaşlının durumunu telefonla takip etmektedir (Thomas ve Pierson, 1999).

Özetle, evde bakım hizmetleri hasta bakımı, rehabilitasyon ve kişisel bakım yanında önleyici hizmetleri de kapsayan çok yönlü uygulamalar bütünüdür. Evde bakım hizmeti hastalık, özürlülük, yaşlılık ve analık durumunda aileye verilen her türlü desteği kapsar (Bulut, 2001). Temizlik, yemek pişirme, alışveriş gibi günlük ev yardımları, gerekli durumlarda bireyin giyinme, banyo, hareket ettirilmesi gibi kişisel yardımlar; hasta bakımı, konuşma veya fiziksel terapi gibi profesyonel yardımlar evde bakımın genel kapsamını oluşturmaktadır (Gibelman, 1995). Evde bakımın en temel hedefi, muhtaç bireyin ihtiyaçlarını en iyi şekilde karşılayarak, aileye destek vermek ve böylece hem bir bütün olarak ailenin hem de tüm aile üyelerinin işlevselliğini arttırmaktır (Bulut, 2001).

Evde Bakımda Disiplinlerarası Yaklaşım

Toplum temelli; koruyucu, önleyici, tedavi edici ve geliştirici bir sosyal hizmet modeli olan evde bakım; özürlü, hasta ve yaşlı bireylere yaşadıkları ortamda verilen psiko-sosyal destek, tıbbi ve kişisel bakım hizmetlerinin yanı sıra ev ortamının dışında da gereksinim duydukları serbest zaman değerlendirme, tatil, ulaşım gibi aktiviteleri yerine getirebilmeleri için sağlanan yardım ve destek hizmetlerini içerir. Çok geniş bir uygulama alanı olan evde bakım bu yönüyle doktor, hemşire, sosyal hizmet uzmanı, psikolog, diyetisyen, fizyoterapist, iş-uğraşı terapisti, ev ekonomisti ve diğer sosyal hizmet

elemanlarının aktif olarak yer aldığı ve disiplinlerarası ekip çalışmasını gerektiren bir hizmettir.

Evde bakım hizmetlerinin organizasyonunda belirli bir sistematik içerisinde düzenli bir iş akışı söz konusudur. Buna göre; bakıma gereksinim duyan birey veya onun adına bir yakını evde bakım hizmetlerinden yararlanmak için özel veya kamusal evde bakım kuruluşuna şahsen ya da telefonla başvuruda bulunur. Her başvuru için bir müracaat dosyası açılır ve başvuru talepleri sosyal inceleme koordinatörlüğüne bildirilir. Sosyal hizmet uzmanı ilk ziyareti gerçekleştirmek için randevu ayarlayarak, bakıma gereksinim duyan birey ve ailesi ile görüşme yapar. Ardından da onunla ilgili gerekli bilgileri sosyal inceleme ve değerlendirme formuna geçirerek, bu formu evde bakım hizmeti veren kurumun ilgili departmanına sunar. Başvuru ile ilgili son değerlendirmeyi meslek elemanlarından oluşan değerlendirme kurulu yapar. Kurul aynı zamanda başvuruda bulunan kişinin evde bakım modeli içerisinde yer alan hizmetlerden hangilerine, hangi sıklıkta gereksinimi olduğunu tespit eder ve her başvuru sahibi için bireysel hizmet planı oluşturur. Bu aşamadan sonra bireye yararlanacağı hizmetlerin tür ve niteliği hakkında bilgiler verilir ve ardından da onunla evde bakım sözleşmesi yapılarak, hizmet sunumuna geçilir. Evde bakım hizmeti verilmeye başlandığı andan itibaren profesyonel meslek elemanlarının katılımıyla haftalık vaka değerlendirme toplantıları yapılır. Bu toplantılarda bireyin durumu takip edilir, başlangıçta belirlenen gereksinimlerin ne ölçüde giderildiği tespit edilir. Varsa evde bakım hizmetinden yararlanan bireyin yakını belirli aralıklarla bilgilendirilir. Birey güçsüzlük, kalıcı bir özür, kronik hastalık vb. nedenlerle kendi evinde yaşayamayacak duruma geldiğinde, onun için en uygun bakım modelinin ne olduğuna karar verilir ve daha korumalı bir bakım kurumuna havale edilir (Danış, 2004).

Görüldüğü üzere evde bakım modeli kapsamında sunulan her bir hizmet türü meslekler arası işbölümü ve dayanışmayı zorunlu kılmaktadır. Aşağıda evde bakım hizmetinde yer alan meslek elemanlarının iş tanımları ana hatları ile açıklanmaya çalışılacaktır.

Sosyal hizmet uzmanı: Meslek elemanları arasındaki koordinasyon ve eşgüdümü sağlar, sosyal inceleme ve değerlendirme raporunu hazırlar, vaka yöneticiliği yapar, ev ziyaretleri gerçekleştirir, psiko-sosyal destek ve danışmanlık hizmeti verir, bireyin problem çözme kapasitesinin geliştirilmesine katkıda bulunur, hizmet sürecinde gereksinim duyulan toplum kaynaklarını organize eder.

Doktor: Tıbbi koordinasyonu sağlar, hizmetten yararlananların sağlık durumlarını takip eder, tıbbi danışmanlık ve eğitim verir, hizmetten yararlananların kullandıkları rutin ilaçları yazar ve gerekirse onları uzmanlık gerektiren başka bir tıp alanına havale eder.

Hemşire: Hizmetten yararlananların sağlık durumları hakkında doktora bilgi verir, ilaçların doğru ve düzenli bir biçimde alınmasını sağlar, ilaçların etki ve yan etkilerine ilişkin eğitim planları ve uygular, pansuman enjeksiyon, derece ve tansiyon ölçümü gibi temel düzeydeki sağlık hizmetlerinin ev ortamına götürülmesini sağlar, bireyin sağlığının korunması ve geliştirilmesine ilişkin eğitim planları ve uygular, bireyin birlikte yaşadığı kişileri bütüncül bir yaklaşımla tüm uygulama ve eğitimlere katar.

Fizyoterapist: Doktor tarafından tanısı konan bireylerin fizyoterapi ve rehabilitasyon programlarını planlar ve uygular, özürülük ve yaşlanmaya bağlı olarak görülen yeti kayıpları ile eklem ve kas rahatsızlıklarının rehabilitasyonunda tıbbi tedaviye destek verir. Sağlıklı bireylerin özel egzersiz ve rehabilitasyon programları ile fiziksel uyumlarını arttırarak, olası hastalık ve sakatlıkları önlemeye çalışır, verilen egzersizlerin kontrollü ve düzenli bir biçimde yapılmasını sağlar. Yaptığı çalışmalar hakkında doktoru düzenli olarak bilgilendirir.

Diyetisyen: Hizmetten yararlananların sağlık ve yaş durumlarını göz önünde

bulundurarak düzenli, dengeli ve sağlıklı beslenebilmeleri için uygun yemek listesini hazırlar, doktor tarafından önerilen diyetlerine uymalarını sağlar, hazır yemek servisi hizmeti ile ev ortamına götürülen münülerin standardını kontrol eder, sağlıklı ve ekonomik beslenme yöntemleri konusunda eğitim planlar ve uygular.

Psikolog: Hizmetten yararlananların motivasyonunun yükseltilmesi duygusal boşalmalarının sağlanması, endişe ve kaygılarının en aza indirilmesi, ihtiyaç duydukları konularda danışmanlık verilmesi, aynı sorunu paylaşan kişilerle tedavi, serbest zaman değerlendirme vb. gruplar oluşturulması gibi konularda mesleki çalışmalar yapar.

Ev ekonomisti: Hizmetten yararlananların ekonomik düzeylerini yükseltmek, yaşayışlarını iyileştirmek ve mevcut kaynaklarını (para-zaman vb.) daha verimli kullanmalarını sağlamak amacıyla eğitim planlar ve uygular, ev idaresi, mal ve hizmet satın alma konularında gerekli yönlendirmeleri yapar, ev aletlerinin, yiyecek ve giyeceklerin seçilmesi ve kullanılması hakkında önerilerde bulunur.

İş-uğraşı terapisti: Hizmetten yararlananların belirlenen aktivite ve görevlerde performanslarını düzeltmeye, güçlendirmeye ve artırmaya çalışır, adaptasyon ve üretkenlik için gerekli olan beceri ve fonksiyonları öğrenmelerine yardımcı olur.

Gündüzlü Hizmetler

Gündüzlü hizmetler; yaşlının kendisine olan saygısını arttırarak güçlenmesini, bağımsız yaşamasına yardım ederek iyilik halinin yükseltilmesini amaçlar. Yaşlıların toplumla bağlarını koparmadan sosyal, eğitsel, mesleki ve serbest zaman değerlendirme faaliyetleri aracılığıyla gelişmelerine destek olur. Bu hizmetlerin verildiği kurumlardan birisi gündüz merkezi (day centre)'dir. Bu merkezler değişik amaçlara yönelik olduğu gibi, tek bir amaca (örneğin; serbest zaman değerlendirme gibi.) yönelik olarak da hizmetlerini planlayabilmektedirler. Temel amaçları, sağlık, spor, beslenme, rehabilitasyon, diyet, kişisel bakım, hukuksal ve mali sorunlara yardım, serbest zamanların değerlendirilmesi, tatil ve gezilerin düzenlenmesine yönelik hizmet ve programları sunmak olan bu merkezler hizmetlerini sürekli çeşitlendirmek durumundadır (Onat, 2004).

Gündüzlü merkezler, gelişmiş ülkelerde yaygın bir hizmet olup kendi evlerinde tek başlarına ya da çocuklarıyla yaşayan ve gündüz kendisine bakacak kimsesi olmayan yaşlılara, gereksinimlerinin karşılanmasına yönelik gündüz saatleri içerisinde bakım ve destek hizmetleri sunmaktadır. Bu merkezlerde yaşlıların kişisel temizlikleri ve tıbbi takipleri yapılmakta, öğle yemekleri verilmekte, fizik tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri ile sosyal aktivite ve gezi imkanları sunulmakta, ayrıca psiko-sosyal destek de verilmektedir. Genellikle "day centre", "day care centre", "senior centre" ve "day hospital" adıyla hizmet veren bu merkezler, İngiltere ve Galler'de yaşlı bakımı alanında oldukça yaygın ve işlevseldir (Kraan ve arkadaşları, 1991 Akt: Danış 2004).

Gündüzlü yaşlı hizmetleri açısından iyi bir noktada bulunan İngiltere ve Galler'de evlerinde yaşayan yaşlılara yönelik, evde yardımdan sonra en yaygın hizmet yaşlılar tarafından gündüz merkezi (day centre) ya da gündüz hastanesi (day hospital) olarak anılan yerlerden alınan hizmetlerdir. Altmış beş yaşın üstündekilerin yaklaşık %6'sı bu merkezlerin sundukları hizmetlerden yararlanmaktadır. Gündüz hastaneleri (day hospitals) yaşlıların yaklaşık %1'ine ulaşmaktadır. Banyo yaptıırma, basit tıbbi refakat, ilaçların verilmesi ya da fizyoterapi gibi hizmetler bu merkezlerde yaygın olarak sunulmaktadır. Yaşlılar, gündüz merkezi ve gündüz hastanesi hizmetlerini yerel yönetim ya da gönüllü kuruluşlardan almaktadırlar. Gündüz merkezlerinin büyük kısmı gönüllü organizasyonlar özellikle de Ulusal Yardım Derneği (National Aid Association) tarafından işletilmektedir. Gönüllü organizasyonların gelirlerinin büyük bir kısmını (genellikle %75'e yakını) bağışlar ve yerel yönetim tarafından ödenen ücretler oluşturmaktadır. Gündüz

merkezlerinin temel sorumluluğu, öğle yemeğinin tedarik edilmesi ve basit bazı bakım hizmetlerini yerine getirmektir. Pek çok öğle yemeği kulübü (luncheon club) bir gündüz merkezi içerisinde yer almaktadır. Bir çok ev hizmetleri gibi gündüz bakımı da yardıma ihtiyacı olan yaşlılar ve onlara bakanlara sağlanan desteğin sadece bir bölümünü oluşturmaktadır. Bu merkezlere haftada iki günden fazla devam edenler oldukça nadirdir. Her bir gündüz merkezi haftada dört ya da beş yaşlı arasında paylaşılır. Yaşlılar genellikle öğleden sonra saat üç, dört gibi evlerine gönderilirler hafta sonlarında ise bu merkezler kapalıdır (Kraan ve arkadaşları 1991 Akt: Danış 2004).

Ülkemizde Evde Bakım ve Gündüzlü Hizmetler

Türkiye’de evde bakım ile ilgili ilk proje 1993 yılı sonunda SHÇEK Genel Müdürlüğü’nce Ankara, Adana, İzmir ve İstanbul illerinde uygulanmıştır. Evlerinde yalnız yaşayan yaşlılara yardımcı olmak ve evde bakım hizmetinde yer alacak ara personelin yetiştirilmesi hedefi ile başlatılan bu proje, pilot uygulamalardan etkin sonuç alınmadığı için sürdürülememiştir.

Ülkemizde Ankara Büyükşehir Belediyesi’ne bağlı olarak çalışan yaşlılara hizmet merkezinin yaşlı bireylere yönelik evde bakım hizmetleri ve İstanbul Büyükşehir Belediyesi’ne bağlı bir kuruluş olan İstanbul Sağlık A.Ş.’nin yaşlı hastalar için evde sağlık destek hizmetleri ile özel sektörde yavaş yavaş gelişen ücretli tıbbi bakım ve refakat hizmetlerinin dışında evde bakım sunulmamaktadır.

Ankara Büyükşehir Belediyesi bünyesinde 1994 yılında kurulan Yaşlılara Hizmet Merkezi “Evde Bakım Projesi”, Türkiye’de konuyla ilgili önemli projelerden birisidir. Merkeze üye olan yaşlılara her türlü ev tamirata, elektrik, su tesisata, marangozluk işleri, boya, badana ve temizlik hizmetleri sağlanmaktadır. Buna ek olarak, yaşlıların, telefon, su, elektrik faturaları ile emlak ve çevre temizlik vergileri yatırılmakta, banka işlemleri takip edilmektedir. Ayrıca merkeze başvuran yaşlılara ASKİ, EGO gibi belediye birimlerinde sıra beklemeksizin işlerini kolaylıkla yapabilmeleri için “öncelikli hizmet kartı” çıkarılmaktadır. Bu projede öncelik: altmış yaşın üzerinde, yalnız veya eşiyile birlikte yaşayan, bakıma gereksinim duyan ve dar gelirli yaşlılara tanınmaktadır. Bununla birlikte orta ve üst gelir grubuna mensup yaşlılar da evde bakım hizmetinden yararlanabilmektedir. Merkezin sunduğu tüm hizmetler ücretsizdir, fakat sadece temizlik ve sağlık hizmeti sunumunda asgari ücretin üzerinde geliri olan yaşlılardan, temizlik için on beş milyon, sağlık hizmetleri için ise beş milyon lira ücret alınmaktadır (NISBO Magazin, 2003).

Yaşlılara Hizmet Merkezi “Evde Bakım Projesi”nde üç doktor, iki hemşire, altı sosyal hizmet uzmanı ve iki psikoloğun yanı sıra, yaşlının günlük hayatını kolaylaştırmak için yukarıda belirtilen ev içi ve ev dışı hizmetlerin sağlanmasında, yaklaşık yüz altmış teknik eleman ve ara personeller de görev yapmaktadır. Merkezin bilgisayar ortamında kayıtlı on dört bin üyesi bulunmaktadır. Sosyal etkinlikler ve boş zaman değerlendirme aktiviteleri kapsamında eski ve yeni üyeler ayda bir kez, Yaşlılara Hizmet Merkezi’nde verilen çaylarda buluşmakta ve hizmet süreci ile ilgili istek ve beklentileri değerlendirilmektedir. Bunun dışında geziler ve piknikler düzenlenmekte, yılda bir hafta tatil kamplarına gidilmekte, yaşlılar haftası, anneler günü, öğretmenler günü gibi özel gün ve haftalarda kutlama etkinlikleri düzenlenmektedir (Ankara Büyükşehir Belediyesi Yaşlı Hiz. Şub. Müd. Verileri, 29. 4. 2005). 2005 yılı bütçesi yaklaşık iki trilyon olan merkezin tek dezavantajı her geçen gün üye sayısının artması, buna paralel olarak artan talebin karşılanması sürecinde ortaya çıkan tıkanıklıklardır.

İstanbul Büyükşehir Belediyesi evde sağlık hizmetleri kapsamında 2001 yılından bugüne kadar bir buçuk milyonu aşkın hanede yüz binin üzerinde kişiye evde sağlık hizmeti

sunmuştur. 2005 yılında ise altmış bin hastaya daha evde sağlık hizmeti götürülmesi planlanmaktadır. Eve yönelik sağlık hizmetleri doktor muayenesi, laboratuvar hizmetleri, hemşirelik hizmetleri, psikoterapi, fizyoterapi ve rehabilitasyon hizmetlerini kapsamaktadır. Bebekten yaşlıya, gebelik ve loğusa takibinden özür, yatalak ve kronik hastalık durumlarına, geçirilen bir kaza ya da bir ameliyat sonrası gereken bakım, rehabilitasyon ve psikolojik ihtiyaçların karşılanmasına kadar uzanan geniş bir yelpazede sunulan evde sağlık hizmetleri yaşlı hastalıkları ve bakımı konusunda ailelere yönelik bilgilendirme çalışmalarını da içermektedir. İstanbul Sağlık A.Ş evde sağlık hizmetlerini doktor, bakım hemşiresi, hasta takip hemşiresi, fizyoterapist, sosyal hizmet uzmanı, psikolog ve bakım destek personelinden oluşan profesyonel bir bakım ekibi aracılığıyla yürütmektedir.

Kendi evlerinde yaşamlarını sürdüren yaşlılara yönelik alternatif bir gündüzlü hizmet modeli olarak ortaya çıkan yaşlı dayanışma merkezlerinin sayısı ise Türkiye genelinde Ankara, İzmir ve Çanakkale illerinde olmak üzere yalnızca beştir. Yaşlı dayanışma merkezlerinin toplam üye sayısı bin civarındadır (SHÇEK Yaşlı Hizmetleri Daire Başkanlığı Verileri, 20. 07. 2005). Bu merkezlerde evde bakım hizmetleri sunulmadığı gibi çağdaş manada gündüzlü hizmetler de verilmemektedir. Gerek uzman personel sayısı, gerekse mali finansman sıkıntıları nedeniyle yaşlı dayanışma merkezlerinin ayakta kalmaları git gide güçleşmektedir. Danış (2004) tarafından SHÇEK'e bağlı Ankara'daki iki yaşlı dayanışma merkezinde yapılan bir araştırmada yaşlıların; büyük bir çoğunluğunun yaşlı dayanışma merkezleri tarafından kendilerine sunulan hizmetleri yeterli bulmadıkları ve sağlık, eğitim, kültür, evde bakım, serbest zaman değerlendirme, gezi-tatil, psiko-sosyal destek gibi çeşitli hizmetlerin yaşlı dayanışma merkezleri tarafından sunulmasını arzu ettikleri sonucuna ulaşılmıştır.

Ülkemizde evde bakım ve gündüzlü hizmetlerinin gelişmemiş olması, formel sosyal hizmetler sistemimizin genel olarak korunmaya muhtaçlık bağlamında kurum bakımı olarak adlandırılan bir örgütlenme içerisinde bulunmasından kaynaklanmaktadır (Danış, 2003). Bu nedenle bakıma gereksinim duyan bireylerin fiziksel, sosyal, kültürel özellikleri, alışkanlıkları, istek ve beklentileri doğrultusunda, çağdaş bakım modelleri uygulamaya aktarılamamıştır.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Günümüzde özür, kronik hastalık ve yaşlılık gibi geçici veya sürekli bakıma gereksinim duyulan durumlarda bakım sorumluluğunun yalnızca aile bağları ile çözümlenemeyeceği gerçeği daha iyi anlaşılmalı ve bakım hizmetlerinin organizasyonunda aile kadar topluma da bir sorumluluk yüklenmiştir. Halk sağlığı hizmetlerinin yaygınlaştırılması, teknolojinin insan yaşamına getirdiği kolaylıklar, demokrasinin, insan haklarının ve sosyal adaletin gelişmesi; bakıma gereksinim duyan bireylerin psikolojik, sosyo-ekonomik ve fizyolojik gereksinimlerinin çağın gereklerine uygun bir biçimde karşılanması konusunu bir kez daha gün yüzüne çıkarmıştır. Bugün sosyal refah ülkelerindeki bakım politikaları bireylerin yaşam kalitesini ve iyilik halini geliştirmeye odaklanmaktadır.

Bakım hizmetleri açısından gelişmiş ülkelerin bir hayli gerisinde olan ülkemizde ise hızlı bir dönüşüm süreci yaşanmaktadır. Giderek aileler küçülmekte, kadınlar ev dışında çalışmakta, akrabalar ve komşular ile olan ilişkiler eski gücünü kaybetmektedir. Tüm bunlardan dolayı bakıma muhtaçlık sorununu, kurum odaklı bakım hizmetleri ve aile desteği ile çözebilmek her geçen gün daha da zorlaşmakta ve içinden çıkılması güç bir sorun haline dönüşmektedir.

Eve yönelik bakım hizmetlerinin kurumlaştırılması ve sistemleştirilmesi açısından ileri bir

noktada bulunan Avrupa ülkelerinde, bakıma muhtaç hale gelen bireyin, yaşamını mümkün olduğunca kendi evinde ya da ailesinin yanında sürdürebilmesi amacıyla evde bakım devlet güvencesi altına alınmıştır. Avrupa Topluluğu'na dahil ülkelerde evde bakım, kamusal sosyal yardım ve sosyal güvenlik sistemi içerisinde yer almışken, Avrupa Topluluğu'na tam üyelik aşamasında olan ülkemizde evde bakım uygulamaları hala devlet güvencesi altına alınmadığı gibi henüz gerçek anlamda başlatılmamıştır. Bakıma muhtaçlık durumunda sorumluluk yalnızca aile değil aynı zamanda devlet ve toplum tarafından da paylaşılmalıdır. Öyleyse gerek yaşlı gerekse özürlü ve hasta bakımı alanında kurum bakımı modelinde bir örgütlenme içerisinde olan Türkiye'de formel sağlık ve sosyal hizmetler sistemi hızla revize edilmelidir. Ülkemizde bakıma gereksinim duyan nüfus gruplarının toplumsal entegrasyonları, sosyal çevre içerisinde dinamik bir unsur olarak işleyebilmeleri, sosyal adalet ve barışın sağlanabilmesi için sosyal bakım alanında daha çağcıl hizmetlerin varlığına ihtiyaç duyulmaktadır.

KAYNAKLAR

- AKDEMİR, N., "Evde Bakım." II. Ulusal Geriatri Kongresi Kitabı, Türk Geriatri Vakfı Yayını, Antalya, (2003). Ss: 63-65.
- ANKARA BÜYÜKŞEHİR BELEDİYESİ. Yaşlı Hizmetleri Şube Müdürlüğü Verileri, (29. 4. 2005).
- AYSOY, M., Avrupa Birliği SürecindeÖzürlüler Politikası, Açık Kitaplar, İstanbul, (2004). Ss: 87.
- BARKER, L. R., The Social Work Dictionary, NASW Press, USA, (1999). Pp: 34, 218-219.
- BULUT, I., "Evde Bakım Hizmetleri ve Sosyal Hizmet." ed: Karataş K., Arıkan Ç., İnsani Gelişme ve Sosyal Hizmet: Prof.Dr.Nesrin Koşar'a Armağan, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksek Okulu Yayını, No: 9, Ankara, (2001). Ss: 33-37.
- DANIŞ, M. Z., Tufan, A. B., "Küçük Grup Bakım Modeli Beypazarı-Sekli Yaşlılar Köşkü Örneği", ed: Kalıncara V.,II. Ulusal Yaşlılık Kongresi Bildiriler Kitabı, Yaşlı Sorunları Araştırma Derneği Yayını, Horoz Medya Yayınevi, Denizli, (2003) Ss: 217-225.
- DANIŞ, M. Z., Yaşlıların Evde Bakım Gereksinimleri ve Evde Bakıma İlişkin Düşünceleri: Başarılı Yaşlanma ve Yaşlı Bakım Modelleri. Güç-Vak Yayınları, Sosyal Hizmet Dizisi I, Ankara, (2004). Ss: 56-57, 88, 227-228.
- DANIŞ, M. Z., "Home Care in the World and Turkey", 1st International Care Congress, Princess Hotel, İstanbul, (2- 8 May 2005).
- DEGENHOLTZ, H., Kane, R. A. & Kivnick, H. Q., "Care Related Preferences and Values of Elder Community Based LTC Consumers: Can Case Managers Learn What's Important to Clients", The Gerontologist, (37), (6), 767-776, (1997).
- DEVEREAUX, O., Andrus L. G. & Scott C. D., Elder Care: A Practical Guide to Clinical Geriatrics, Grune & Stratton Inc., New York, (1981). Pp: 337.
- FRUMKIN, M. & Lloyd G. A., "Social Work Education." The Encyclopedia of Social Work, ed: Edwards R. L., 19 th. Edition, Silver Spring, NASW Press, Maryland, (1995). Pp: 2238-2247.
- GIBELMAN, M., What Social Workers Do, National Ass. of Social Workers (NASW) Press, USA, (1995). Pp: 231.
- GÜVEN, S., Sosyal Politikanın Temelleri, Ezgi Kitabevi, Bursa, (2001). Ss: 11.
- HIGGS, P. & Victor C., "Institutional Care and the Life Course." Ed: Arber S., Evandrou M., Aging, Independence and the Life Course, Jessica Kingsley Publishers, UK, (1993). Pp: 186-200.
- KARADUMAN, A., Yiğiter K., Aras Ö. & Yakut Y., "Yaşlılıkta Fiziksel Bağımsızlık ve

Yaşam Kalitesi.” Yaşlılık Gerçeği, H.Ü. Geriatrik Bilimler Uygulama ve Araştırma Merkezi Yayını, Ankara, (2004). Ss: 79-96.

KAYE, W. L., “The Proliferation of Home Care Programs.” Journal of Gerontological Social Work, The Haworth Press, (24), (3-4), 1-6, (1995).

KISA, S. & Karadağ A., “Yaşlılık Hizmetlerinde Örnek Bir Model: Malta Modeli.”, I . Ulusal Yaşlılık Kongresi Bildirileri Kitabı, Yaşlı Sorunları Uygulama ve Araştırma Merkezi Yayını, Ankara, (2001). Ss: 345-353.

KRAAN, R., Baldock J, Davies B, Evers A, Johansson L, Knapen M, Thorslund M & Tunissen C., Care for the Elderly Significant Innovations in Three European Countries. Westview Press, USA, (1991). Pp: 49-50.

NISBO MAGAZİN, Hollanda Göçmen Yaşlılar Sendikası Yayını, Yıl: 4, Sayı: 11, Nisan (2003). Ss: 14.

ONAT, Ü., “Yaşlanma ve Sosyal Hizmet.” Yaşlılık Gerçeği, Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma Merkezi Yayını, Ankara, (2004). Ss: 131-144.

SHÇEK, Yaşlı Hizmetleri Daire Başkanlığı Verileri, Ankara, (20. 7. 2005).

THOMAS, M. & Pierson J., Dictionary of Social Work, Collins Educational Ltd., London, (1999). Pp: 170-171.

TURAN, N., Sosyal Kişisel Çalışma, ed: Duyan V. ve Aktaş A. M., Ankara, (1999). Ss: 5.

WILSON, G., Understanding Old Age: Critical and Global Perspectives., Sage Publications, London, (2000). Pp: 155-157.

Dünyada Ve Türkiye’de Yaşlılığa Bağlı Bakım Sorununa Karşı Güvence Sistemleri

Doç. Dr. Ali Seyyar

Öğretim Üyesi

Sakarya Üniversitesi

Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı-Kurum Danışmanı

ÖZET

Bakıma muhtaçlık sorunu, çoğu zaman ileri yaşlılıktan dolayı ortaya çıkan istem dışı bir sosyal risk türüdür. Bakıma muhtaç yaşlılar ise günlük hayatta hemen hemen her gün yapılması gereken bazı temel bedensel faaliyetlerin ifa edilmesinde devamlı olarak başkalarının fizikî desteğine ihtiyaç duyan kişilerdir. Bakıma muhtaçlık konusu, bir çok kişi ve alanı yakından ilgilendirmektedir. Bu konu, sosyal ve ekonomik boyutlarıyla sadece bakıma muhtaç yaşlıyı değil, bakıcı aile fertlerini, toplumu, sosyal bakım hizmetlerini ve sosyal güvenlik sistemlerini etkilemektedir. Bakıma muhtaçlık riskiyle karşılaşan yaşlıların sosyo-ekonomik yönden güvenceye kavuşturulmaları ve ihtiyaç duydukları evde veya kurumda sosyal bakım hizmetlerinden yararlanmalarını sağlamak, bakım güvence sistemlerinin görev kapsamındadır. Dünyanın değişik ülkelerinde gerek primli, gerekse primsiz sistemlerin içinde bakıma muhtaç yaşlılara dönük değişik güvence modelleri oluşturulmuştur. Türkiye’de ise Temmuz 2005’te TBMM tarafından kabul edilen “Özürlüler Yasası” ile ilk defa bakıma muhtaç özürlü ve yaşlılar, primsiz sistemin içinde bakım güvencesi kapsamına alınmıştır. Bu makalede, Dünyada ve Türkiye’de bakım güvencesi ile ilgili uygulamalar karşılaştırmalı olarak ele alınıp, eleştirel bir biçimde değerlendirilmiştir. Ayrıca Türk bakım güvence sisteminin geliştirilmesine yönelik bazı önerilerde de bulunulmuştur.

Anahtar Kelimeler : Bakıma Muhtaç Yaşlı; Bakım Güvence Sistemleri; Primli Sistem; Primsiz Sistem.

Security Systems Against Nursing Problem Connected With Old Age In The World And In Turkey

ABSTRACT

Nursing neediness problem which is one of the unwillingly social risk types appears usually in old age. On the other side elder people in need of nursing are persons who quite always need the psysical support of others for carrying out some basic bodily movements which have to be fulfilled in daiy life. The subject of nursing neediness concerns many persons and areas directly. This subject effects in social and economic dimensions not only old people needing nursing care but also family members who are nursing, community, social care services and social security systems. The solution of nursing neediness problem and the guarantee of socia-economic security of old persons confronting with the risk and needing nursing services at home or in nursing centers are one of the main duties of nursing security systems. Different countries in the world have built various security models for old people needing nursing services in social security systems with or without contributions. In Turkey at the first time handicapped and old people needing nursing were integrated into the social security system without contributions thanks to "Handicapped Law" passed in July 2005 in Grand National Assembly of Turkey. In this article, the nursing practices of the nursing securtiy model in the world and in Turkey are reviewed comparitively and evaluated in a critical way. Also some improvement advices acoording to the Turkish nursing security system are brought forward.

Key Words: Old People Needing Nursing; Nursing Security Systems; Social Security System With and Without Social Contributions.

GİRİŞ

Hızlı bir şekilde yaşlanan toplumlarda meydana gelen en önemli sosyal risklerin başında, doğumda beklenen ortalama yaşam süresinin artmasıyla birlikte, yaşlılığa bağlı bakıma muhtaçlık sorunu gelmektedir. Yaşlılık, kendine has biyolojik, fizyolojik, psikolojik ve sosyal hususiyetleri ile insan hayatının kaçınılmaz ve geri döndürülmez sürecin son dönemidir. Bu dönem, kısa veya uzun sürmekle birlikte en nihayetinde ölüm ile sonuçlanmaktadır. Ölüm öncesi son dönemlerini yaşayan yaşlılar genelde birçok sorunla karşılaşmaktadırlar. Bunların başında fiziksel güçten düşme, meslekî ve toplumsal fonksiyonlardan ayrılma, sosyo-ekonomik statü kaybına uğrama, sosyal etkileşimden mahrum olma, toplumdan kısmen veya tamamen uzaklaşma gelmektedir. Bu durumda yaşlılar, yalnızlığa ve içine kapanmaya kadar itilebilmektedir. Bunun bir sonucu olarak da kendini lüzumsuz ve faydasız hissetme ve bunalımların içine sürüklenme gibi yan etkiler de ortaya çıkmaktadır.

Bu yan etkilenmeler, özellikle sakatlanma, ileri yaşlılık, sağlıksız ve erken yaşlanma gibi faktörlerden dolayı başkalarının fizikî, tıbbî ve sosyal desteği olmaksızın hayatlarını idame ettiremeyecek kadara bakıma muhtaç yaşlılar için daha da geçerlidir. Yaşlılarda bakıma muhtaçlık sorunu, kapsam olarak sadece bakıma muhtaç yaşlıları ilgilendirmemektedir. Onlar için yoğun bir mesai harcayıp büyük fedakârlıkta bulunan ve fakat bazen strese de yakalanan bakıcı aile fertleri ile yakınları bakıma muhtaçlık sorununun bir parçasıdır. Makalemizde bakıma muhtaç yaşlıların ve onlara bakmakla mükellef aile fertlerinin sorunlarına temas ettikten sonra sosyal politika ve sosyal hizmetler kapsamında bir çözüm formülü olarak oluşturulan bakım güvence sistemlerini değerlendireceğiz.

1. Yaşlılıktan Kaynaklanan Bakıma Muhtaçlık Sorunlarının Kapsamı

1.1. Bakıma Muhtaçlık Kavramının Boyutları

Yaşlılığa bağlı bakıma muhtaçlık, hayatın diğer evreleri gibi çoğu zaman tabii ve kaçınılmaz bir olgudur. Çeşitli fonksiyonlarda, fizikî kapasite ve imkânlarda gerileme ile birlikte organizmanın dokusal ve fizyolojik çözülme sürecinde tedricî olarak bakıma muhtaçlık da kendisini göstermektedir (Danış, 2004, ss. 12-13).

Bakıma muhtaçlık, tüm yaşlılar için şu veya bu şekilde söz konusu olan bir durumdur ve bu yönüyle de aynı zamanda bireysel bir olaydır. Kişinin kalıtım özellikleri, beslenme alışkanlıkları, hayat şartları, çevre ortamı, psikolojik ve fizyolojik yapısı gibi birçok unsur, bakıma muhtaçlığa erken veya geç, sorunlu ya da az sorunlu olarak sebebiyet vermektedir.

Bakıma muhtaç duruma gelmiş yaşlılar, günlük hayata ait her zaman tekerrür eden olağan ve basit hareketlerin ifasında artık başkalarının fizikî yardımına ihtiyaç duyarlar. İçinde buldukları durumu da göz önünde bulundurarak, bakım hizmetlerine ya devamlı (sürekli-uzun vadeli) ya da belirli bir süre için (geçici olarak) ihtiyaç duyarlar.

Bu yönüyle bakıma muhtaçlık, kişinin, bedensel hareket edebilirliğinin engellenmesi veya kısıtlanması sonucunda gerek beden temizliğinde, gerek beslenmede, gerekse ev idaresinde değişik sıklık ve yoğunlukla evde veya kurumda (uzman) bakıcılar tarafından düzenli ve sürekli bakımına ihtiyaç duyma hâlidir. Normal hayatını yaşayabilmek ve sürdürebilmek için, değişik derecelerde de olsa, başkalarının sürekli (uzun dönemli) bakımına zorunlu ve bir zaruretin gereği olarak ihtiyaç duyan yaşlı, artık bağımsızlığını da yitirmiş sayılır. Bir başka ifadeyle, yapılması zarurî olan temel hareketleri artık kendi kendine yapma gücüne sahip olmayan bakıma muhtaç yaşlı, hayatını idame ettirebilmek için, bundan böyle başkalarına bağımlıdır (Seyyar, 2002, s. 55).

Acizlik (yetersizlik-düşünlük-bağımlılık) içinde bulunan bakıma muhtaç yaşlıların genelde fizyolojik, psikolojik veya anatomik yapı ve fonksiyonları ciddi derecede kayba uğramıştır. Yetersizliklerin giderilmesi veya azaltılması, rehabilitasyon uygulamalarından ziyade çoğu kez, yardımcı teknolojiler (araç-gereç-cihaz sistemleri) ile mümkün olmaktadır.

Akademik ve bilimsel çalışmaların sonucunda, bakıma muhtaçlık ve bu bağlamda bakıma muhtaç yaşlı kavramı, Avrupa ülkelerinin sosyal hukuk düzeni içinde, amacı ve boyutu farklı da olsa, terminolojik yerini almaktadır. Meselâ, Almanya Sosyal Yardım Kanunu'nda "hastalık veya sakatlıktan dolayı, yardım ve bakım görmeksizin hayatını idame ettiremeyenler" bakıma muhtaç kişiler olarak tanımlanmaktadır (BSHG, m. 68).

Yaşa bağlı olmaksızın "bakıma muhtaç kişi" tanımı, Almanya'nın sosyal sigortalar sisteminde 1995 yılından beri yer alan Bakım Sigortası Kanunu'nda da geçmektedir. Buna göre, "bakıma muhtaçlar, beden, akları veya ruhen hasta veya özürlü olmaları sebebiyle, hayatın idamesine yönelik günlük, basit ve sürekli işlerin ifasında (muhtemelen en az 6 ay ciddi veya bundan daha ileri boyutta) başkalarının yardımına ihtiyaç duyan insanlardır" (SGB, XI; m. 14.1).

Bu kanunî tanıma binaen, bakıma muhtaçlığa sebebiyet verebilecek hastalık ve özürlülük durumları, üç madde halinde sıralanmaktadır (Hesse-Schiller, 1996, s. 3).

1.Hareket ve yaşama mekanizmasında kayıp, aşınma, felç veya diğer fonksiyonel bozukluklar. Bu durumda olan kişinin aktivite potansiyeli kısıtlı olduğundan performansını veya fiilî görevlerini yerine getirmede birçok güçle karşılaşmaktadır.

2.İç organlarda veya duyu organlarında fonksiyonel bozukluklar.

3.Merkezî sinir sisteminin tahribata uğraması (sevk, hafıza veya oryantasyon bozukluğu) ve bunun yanında endojen (dahilî) psikoz, nevroz veya zihinsel özürlülük türleri.

Yardıma konu olan basit ve sürekli tekrarlanan işler ise; beden temizliği, beslenme, hareketlilik ve (ev işlerine yönelik ihtiyaçlarının karşılanması ile ilgili) ev idaresi şeklinde

dört ana aktivite alanında tespit edilmektedir.

Bakıma muhtaç kişiler, genelde ya özürülüler (sakatlar-maluller) ya süreğen (kronik-kalıcı) hastalıklardan kurtulamayanlar ya da yaşlılardan oluşmaktadır. Bunların özelliklerini kısaca tanıyalım:

1. Bakıma Muhtaç Özürülü : Doğuştan veya daha sonra meydana gelen herhangi ağır bir yaralanma, sakatlanma ve özürülülükten dolayı, kısmen veya bütünüyle, başkalarının bakımına sürekli olarak ihtiyaç duyan insan.

2. Bakıma Muhtaç Hasta: Herhangi bir ciddî hastalığın, tıbbî tedavi ve rehabilitasyona rağmen giderilememesinin sonucunda kalıcı hastalığın kişi üzerinde yaptığı olumsuz etkilerden dolayı başkalarının değişik derecelerde fizikî desteğine ve bakımına sürekli olarak ihtiyaç duyan kişi.

3. Bakıma Muhtaç Yaşlı: İleri yaşlılıkla direkt ilgisi olan fizyolojik kayıp veya fonksiyonel yetersizliklerden dolayı bakıma muhtaç hale gelmiş insan. Almanya'da sürekli bakıma muhtaç olma ihtimalinin yaş gruplarına göre dağılımı ise şu şekildedir: 60-70 yaş grubu: % 2-3. 70-80 yaş grubu: % 5; 80-85 yaş grubu: % 20; 85-90 yaş grubu: % 33; Yaşı 90 ve üzerinde olanlarda bakıma muhtaçlık riski ise: % 58 civarındadır (Eichner, 2004).

Bazı hallerde, bakıma muhtaç kişi, bakıma muhtaçlığa yol açan birden fazla sebebe veya faktöre sahip olduğu için, belirli bir kategoriye veya şablona sığmamaktadır. Hem yaşlı, hem sakat, hem de hasta olan bir insanın itinalı bakımı, bundan dolayı daha da önem arz etmektedir.

1.2. Bir Toplumsal Sorun Olarak Bakıma Muhtaç Kişilerin Özellikleri

Sebepleri, ortaya çıkış şekli ve tezahürleri farklı da olsa herkes, bakıma muhtaç hale gelebilmektedir. Bu boyutuyla bakıma muhtaçlık, bireysel anlamda bir sosyal risk türüdür. Bakıma muhtaç kişilerin psiko-sosyal durumları, sadece kendilerini ilgilendiren bir sorun olmaktan çok, başta aile fertleri olmak üzere sosyal çevrelerini de ilgilendiren toplumsal bir mesele olarak gün ışığına çıkmaktadır (Wahl; 1995; ss. 720-723).

Bakıma muhtaçlığa yol açan bütün unsurlar, kişilerin bedenî ve(ya) ruhî sağlığını önemli derecede sarstığından ve fizikî yeteneklerinin kaybına yol açtığından dolayı, ilk etapta fizikî ve belki de daha sonra sosyal çevre ile teması da olumsuz yönde etkileyecektir. Bakıma muhtaçlık durumunun uzun dönemli veya bir ömür boyu devam etmesi hâlinde, bakıma muhtaçlar, bakıma ve yardıma muhtaçlık derecesine göre, farklı boyutlarda çevre ile irtibatını kaybedecekler ve toplumdaki kopacaklardır.

Nitekim Almanya'da yapılan bir araştırmada evde düzenli olarak bakılan bakıma muhtaç yaşlıların % 88'i alış veriş yapamamakta, % 86'sı toplu taşıma vasıtalarına binememekte, % 84'ü ev temizliği yapamamakta, % 71'i banyo yapamamakta, % 70'i misafirlığe gidememekte, % 69'u yemek pişirememekte, % 64'ü evini ısıtamamakta, % 63'ü malî işlerini tâkip edememekte, % 59'u dışarıdaki işlerini tâkip edememekte, % 57'si dış alamamakta, % 57'si merdivenleri kullanamamakta ve(ya) % 44'ü ilaçlarını doğru kullanamamaktadır (Hopfe, 1993, s. 175).

Diğer taraftan zaman içinde kadınların ortalama ömrü, erkeklere göre 5-7 yıl daha fazla arttığı için, bakıma muhtaç yaşlılar arasında kadınların çokluğu dikkat çekicidir. Bakıma ihtiyacı olan bu yaşlı kadınların çoğu dul, kronik hastalıklı, evde günlük faaliyetlerini yerine getiremeyen kişilerdir (Heikkinen, Waters, Brzezinski, 1983) .

İster erkek, ister kadın olsun bakıma muhtaç yaşlılara da bakan genelde yine kadınlar olmaktadır. Kadınlar, bu rol ve sorumluluğu yerine getirirken, yoğun ve sürekli bakımın sonucunda fizikî, ruhî ve sosyal sağlıklarını yitirmektedirler. Diğer bir ifadeyle, yaşlıların gayri resmi bakıcıları statüsünde olan kadınlar, bakım mükellefiyetinin altında tek başına ezilmektedirler (Adak, 2003, s. 87).

Bakıma muhtaç yaşlılar, ev ortamında kendilerini nispeten daha rahat hissederken, herhangi bir bakım kurumuna alındığında çoğu kez bu mekânı hayatının son durağı olarak algıladıkları için, kendilerinde beklenmedik anî psikolojik bozukluklar ortaya çıkabilmektedir. Bunun için, şaşkınlık, bunama ve inkontinans gibi çeşitli rahatsızlıklar da görülebilmektedir.

Özellikle Türkiye’de ev ortamında bakılan yaşlılara profesyonel anlamda haricî bakım desteği sağlanmadığı için, gerek bakıma muhtaç yaşlılar, gerekse onlara bakan aile fertleri veya yakınları bakım sorunu ile baş başa kalmaktadır. Yoğun ve zahmetli bakımın yol açtığı stres neticesinde bazen aile içi gerginlikler de gün ışığına çıkabilmektedir. Zaten yeterince kaliteli ve profesyonelce yapılmayan bakımın niteliği de bu yüzden daha da zedelenmektedir.

1.3. Bir Sosyal Risk Türü Olarak Bakıma Muhtaçlık

Sosyal riskler, ne zaman, hangi boyutta ve nasıl gerçekleşeceği tam olarak önceden bilinmemektedir. Ancak ileride gerçekleşmesi muhtemel veya muhakkak olan bazı sosyal riskler, kişinin iktisadî, meslekî, fizikî (fizyolojik), psiko-sosyal, kısacası maddî ve manevî hayatını olumsuz yönde etkilemektedir.

Sosyal riskler, türleri açısından genelde üç farklı kategoride değerlendirilmektedir (Seyyar; 2002; ss. 533-534):

Meslekî Riskler: İş kazaları ve meslek hastalıkları.

Fizyolojik (Fizikî) Riskler: Hastalık, malullük, kazalar, sakatlık, analık, yaşlılık (bakıma muhtaçlık), ölüm.

Sosyo-ekonomik Riskler: İşsizlik, aile yükleri, gelir yetersizliği.

Sosyal riskler, doğurabileceği zararın müddeti açısından da tasnif edilebilmektedir:

Uzun vadeli riskler: Yaşlılık (bakıma muhtaçlık), malullük, ölüm.

Kısa vadeli riskler: (Geçici) İşsizlik, kronik olmayan hastalıklar, sakatlığa ve malullüğü yol açmayan kazalar ve analık.

Duruma göre kısa veya uzun vadeli riskler: İş kazaları ve meslek hastalıkları; Kalıcı işsizlik.

Sosyal riskler, kişi üzerinde bıraktığı sosyo-ekonomik neticelerine göre de sınıflandırılabilir:

Gelir kaybına yol açan riskler: Yaşlılık, malullük, işsizlik.

Gider artışı doğuran riskler: Çocuk bakımı, bakıma muhtaç bir aile ferdinin varlığı, eğitim masrafları, kira giderleri.

Gelir kaybına ve gider artışına sebebiyet veren müşterek riskler: Örn.: İşçilerin hastalık-iş kazası sebebiyle çalışmamalarından doğan gelir kaybı ve tedavi masrafları.

Literatürde, çalışma hayatı ile ilgili bazı sosyal riskler, dar kapsamda (dar mânâda) sosyal riskler olarak sınıflandırılmaktadır. (Örn.: sosyal sigortalar kapsamında meydana gelebilecek fizikî, meslekî ve iktisadî riskler). Toplumsal veya özel hayatta başa gelebilecek ve sosyal sigortalar sisteminde güvence kapsamında olmayan bazı riskler ise, geniş mânâda sosyal riskler olarak tanımlanmaktadır (Örn.: tabii afetler, yangın, savaş, terör, şiddet, ev veya trafik kazaları sonucu ortaya çıkan fizikî, meslekî ve iktisadî riskler).

Bir takım beklenmedik (kaza, hastalık gibi) veya beklenen (evlenmek, analık, çocuk sahibi olmak gibi) hadiselerin gerçekleşmesi neticesinde, insan hayatında geçici veya kalıcı bazı olumsuz değişiklikler olabilmektedir. Bu değişiklikler insan için, hesapta (plânda) olan veya olmayan bazı ilave gider ve yükleri beraberinde getirmektedir.

Dolayısıyla, yeni bazı iktisadî yükler getirmesi bakımından bazı sosyal riskler, iradî (evlenme, çocuk sahibi olmak vs.), bazıları da gayri iradî (kaza, sağlığını yitirme,

yaşlanma, ölüm, tabii afetler veya terör sonucunda zarara uğramak gibi) olarak ortaya çıkmaktadır.

İnsan hayatıyla doğrudan ilgili olan gayri iradî tehlikelerin meydana gelmesi ile kişi, riskin türü ve boyutuna göre, sadece maddî zarar görmemekte, aynı zamanda başkalarına da bağımlı hâle gelebilmektedir. Bu yönüyle, bakıma muhtaçlık riski, yaşlanmaya bağlı bazı fizyolojik değişimlerin sonucunda gayri ihtiyarî olarak er veya geç ortaya çıkan bir sosyal risk türüdür. Gayri ihtiyarî olarak bakıma muhtaçlık riski, ciddî ve kalıcı bir kaza, sakatlanma veya hastalık sonunda da ortaya çıkabilmektedir.

Özürsüzlük, yaşlılık, hastalık veya malullük risklerin ortaya çıkması ile her zaman bakıma muhtaçlık sorunu ortaya çıkmayabilir. Kaldı ki, bakıma muhtaçlığa yol açabilecek herhangi bir riskin gerçekleşmesi halinde tıbbî tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri sayesinde fizikî-bedenî zararların veya rahatsızlıkların giderilmesi veya azaltılması da her zaman mümkündür.

Ancak, tedbirlerin veya tıbbî müdahalelerin bir sonuç vermemesi durumunda bakıma muhtaçlık riski kalıcı bir nitelik taşıyabilir. Nitekim bakıma muhtaç olanların ekseriyeti de, genelde bu aşamadan sonra haricî sosyal bakım hizmetlerine ihtiyaç duymaktadırlar. Bu izahlardan sonra bakıma muhtaçlık riskini, sosyal güvenlik boyutuyla tanımlamak veya unsurlarını belirlemek mümkündür. Buna göre;

Bakıma muhtaçlık riski, ortaya çıkış şekli itibariyle meslekî ve fizyolojik risklerin gerçekleşmesi sonucunda ortaya çıkabilen bir risk türüdür. Yani, bakım ihtiyacı riski, başka sosyal risklere bağlı olarak (ve bunların tür ve şiddetine göre) ortaya çıkan türevi bir risk türüdür.

Bakıma muhtaçlık riskinin doğurduğu zararın niteliği ve boyutu, hem maddî (ekonomik), hem de fizikîdir. Zarar maddîdir, çünkü kişi, bakıma muhtaç olmakla birlikte, işgücünü yitirmekle birlikte gelir kaybına uğramaktadır. Ayrıca bakımdan dolayı profesyonel anlamda haricî bakım desteği gibi yeni masraflar ortaya çıkacağı için, kişinin giderleri de artmaktadır. Zarar fizikî ve sıhîdir, çünkü kişi bedenî bir değişim, rahatsızlık, zafiyet veya deformasyon sonucunda bakıma muhtaç hale gelmektedir.

Bakıma muhtaçlık riskinin doğurduğu zararın süresi, uzun dönemli hatta süresizdir. Riskin ortaya çıkışı, geri dönüşe imkân tanımadığı için, kişi, bir kez bakıma muhtaç duruma gelmesi anından itibaren, sürekli olarak başkalarına bağımlı hâle gelebilmektedir. Böyle önemli bir sosyal risk türünün sosyal güvenlik sistemleri içinde kabul görmemesi durumunda bakıma muhtaç kişiler ve onlara bakan aile fertleri veya yakınları sosyal korumadan bütünüyle mahrum edilmektedir.

2. Dünyada Bakım Sorununa Karşı Sosyal Güvenlik Politikaları

2.1. Sosyal Bakım Güvence Sistemlerinin Özellikleri

Nüfusu gittikçe yaşlanmakta olan gelişmiş ülkeler, bakıma muhtaçlık riski ve bunun gerçekleşmesi halinde bundan kaynaklanan sorunlara karşı sosyal güvenlik sistemi içinde bakım güvencesini temin eden modeller geliştirmiştir. Sosyal bakım güvencesi, bakıma muhtaç kişinin sosyal bakım hizmetlerine duyduğu ihtiyacını, sosyal güvenlik sistemleri içinde çözüm üretmek isteyen bir uygulamadır. Bir başka deyişle, sosyal bakım güvence sistemi ile bakıma muhtaç kişilere sunulmak istenen evde veya kurumda sosyal bakım hizmetleri ile aynı-nakdî bakım desteklerinden dolayı meydana gelen finansman sorunlarına bir çözüm getirilmek istenmektedir.

Bakıma muhtaçlıktan kaynaklanan sorunlara karşı oluşturulan sosyal güvence sistemleri içinde birçok model ortaya çıkmıştır. Hangi model tercih edilirse edilsin, bakıma muhtaçlık riskine karşı alınması gereken tedbirler ve bakıma muhtaç kişilere sosyal haklar kapsamında verilmesi gereken sosyal bakım hizmetlerinin temel özellikleri hemen hemen

aynıdır (Seyyar, 2005; ss. 153-158):

Bakıma muhtaçlık riskine karşı koruyucu sağlık politikaları ve hizmetleri geliştirmek. Bakım riski ile karşı karşıya gelen potansiyel risk gruplarına (kaza geçirenlere, sakatlananlara, ciddî hastalıklara yakalananlara vb.) mevcut birikimlerini ve potansiyellerini eritmemeleri, bulandırmamaları ve eski sağlıklarına yeniden kavuşabilmeleri için, tıbbî tedavi ve rehabilitasyon programları geliştirmek ve uygulamak. İyileşme sağlanamaması hâlinde, bakım güvence sisteminin enstrümanlarını hizmete koymak: a) Sosyal bakım eğitimi ve modelleri ekseninde kurumsal ve(ya) eve yönelik profesyonel sosyal bakım hizmetlerinin sunumunu sağlamak; b) Bakıma muhtaç kişilere, yardıma ve bakıma muhtaçlık derecelerine göre nakdî destek sağlamak.

Sosyal güvence sistemleri içinde ortaya çıkan modelleri kısaca tanıyalım (Gibson; Steven; Sheel; 2003; ss. 20-22):

İradî temele dayanan özel tasarruflar (kişiler ve ailenin yükleneceği tam risk).

İradî ve ihtiyarî temele dayanan özel sigorta (emeklilik bağlantılı özel sigorta, hayat sigortası kapsamında özürülük veya bakıma muhtaçlık poliçesi)

Kamu destekli özel sigorta (devletin para yardımı, vergi teşvikleri veya ortaklık düzenlemeleri gibi).

Sosyal sigortalar sistemi kapsamında bakım güvencesi (primli model).

Sosyal sigortalar sistemi dışında ve-fakat geniş sosyal güvenlik anlamında kamusal bakım güvencesi (primsiz model).

Sosyal sigortalar ve kamusal bakım güvencesinin terkibinden oluşan bakım güvencesi (karma model).

Son üç model, sosyal güvenlik sistemleri açısından önem arz ettiği için, bunları daha yakından tanıyalım:

2.1.1. Primli Model Kapsamında Sosyal Bakım Güvencesi

Bakım sorununa karşı sosyal sigortalar sistemi içinde bakım güvencesi, genelde sağlık sigortası içinde bakım hizmetleri sunmak veya müstakil bir bakım sigortası ihdas etmekle sağlanmaktadır. Hastalık, emeklilik (malullük), kaza ve işsizlik gibi değişik sosyal risklere karşı sosyal sigortalar sistemi içinde sağlanan genel güvenceden sonra yine primli rejim çerçevesinde Bakım Sigortası aracılığı ile bakıma muhtaç kişilere değişik hizmetler ve güvenceler sağlayan ülkeler arasında Hollanda ve Almanya gelmektedir. Bu model, primler yoluyla finanse edilmektedir; ihtiyaca ve prim oranına göre bakıma muhtaç kişilere evde veya kurumda sosyal bakım hizmetleri ve(ya) nakit yardımı (bakım ödeneği) sağlanmaktadır.

2.1.2. Primsiz Model Kapsamında Sosyal Bakım Güvencesi

İkinci model ise bakıma muhtaçlara genel vergilerden finanse edilen Kamusal Sosyal Yardım ve Devletçe Destek yöntemiyle sunulan sosyal güvencedir. Bu model, ulusal düzeyde tüm fertleri bakım güvencisi şemsiyesi altında toplayan kanunî düzenlemelerle gerçekleştirilmektedir (Örn. Avusturya). Vergiye dayalı kamusal bakım güvence sisteminde kişinin bakıma muhtaçlık derecesine ve gelirine göre ücretli, ücretsiz veya kısmî katılımlı bakım hizmetleri verilmektedir.

2.1.3. Primli ve Primsiz Modelin Birlikte Uygulandığı Sosyal Bakım Güvencesi

Bakım güvence sistemini oluşturmuş ülkelerin bir kısmı, bakım hizmetlerini, hem (kamusal) sosyal yardım, hem de bakım sigortası aracılığı ile yürütmektedirler (örn. Almanya). Her ülkede sosyal sigorta kapsamı dışında kalan sosyal kesimlerin de olabildiğini düşünürsek, bakım sigortasının yanında yoksulluk sebebiyle prim ödeyemeyen bakıma muhtaç kişilere dönük bakım güvence modellerinin de geliştirilmesi gerekmektedir. Bu da ancak primsiz modellerin de sosyal bakım güvence sistemine dahil

edilmesi mümkündür.

2.2. Sosyal Bakım Güvence Sistemlerinde Temel İlkeler

2.2.1. Koruyucu Sağlık ve Tıbbî Rehabilitasyon Hizmetleri

İnsanların bakıma muhtaçlık riski ile karşı karşıya gelmemeleri yönünde koruyucu sağlık politikaları kapsamında tedbirlerin alınması ne kadar önemli ise, her ne sebepten olursa olsun bakıma muhtaç duruma gelmiş kişilerin tıbbî tedavi ve rehabilitasyon programlarıyla eski sağlıklarına kavuşturulmaları yönünde çalışmaların da başlatılması o kadar elzemdir. Rehabilitasyona rağmen iyileşemeyen bakıma muhtaç kişilerin durumlarının daha da kötüye gitmemesi için, kişilere profesyonel aktif bakım hizmetleri uygulanmalıdır. (SGB; XI; m. 31 ve m. 5).

2.2.2. Evde Bakıma Destekte Öncelik

Bakıma muhtaç kişilerin, mümkün olduğunca sürekli olarak alışageldikleri sosyal çevrelerinde aktif olarak bakılmaları ve bununla birlikte bakıcıların yükünün de hafifletilmesi ve şartlarının iyileştirilmesi yönündeki çalışmalar önem kazanmaktadır. Hastanelerde veya bakım merkezlerinde uygulanan geleneksel tedavi yöntemlerinin bir çoğu, gelişen teknoloji ve uygulanan bakım kursları sayesinde evde de rahatlıkla tatbik edilebilmektedir. Nitekim bazı ülkelerde bakıma muhtaç kişinin evine solunum masajından hava filtresine, tekerlekli sandalyeden hasta yatağına kadar birçok araç-gereç yerleştirilerek, bakıma muhtaç kişinin evi, kurumsal bakım şartlarına yakın hâle getirilmektedir. Diğer yandan evde bakım hizmetlerine destek, toplam bakım maliyetlerini düşürmesi yanında, birebir ve şahsî ihtiyaçlara göre oluşturulan insani ilişkiler sebebiyle bakım kalitesi de arttırmaktadır.

Evde yaşamak isteyen bakıma muhtaç kişiye, sosyal bakım elemanları tarafından periyodik olarak haricî bakım hizmetleri sunulmalıdır. Bu hizmetler, hem temel bakıma, hem evde yaşayanların psiko-sosyal desteğine, hem de ev idaresine yönelik olmalıdır.

2.2.3. Bakım Kalitesinin Sağlanması

Bakıma muhtaç kişinin yalnız yemesi, içmesi ve temiz kalması için çaba gösterilmesi, insan odaklı bakım hizmetlerinin temel anlayışına ters düşmektedir. Bakıma muhtaç kişinin, eski dinçliğine ve sağlığına yüzde yüz kavuşturulması mümkün görünmese dahî, fizikî yönden olduğunca bağımsız bir hayat sürdürebilmesi için, başta fizik eksersizleri olmak üzere değişik aktif programların uygulanması öngörülmelidir. Aktif bakım hizmetlerini; hareket kabiliyetini artırmak, defî hacette, yeme-içmede, sosyal ilişkilerde ve netice itibarıyla hayatı tanzim etmede kolaylık sağlamak, şeklinde anlamak mümkündür (AOK, 1996; s. 8). Bundan dolayı bakıma muhtaç kişiye, evindeki aile düzeni bozulmadan, mümkün olduğunca kendi kendine yeterli hâle gelebilmesi yönünde imkânlar tanınmalıdır.

Bakıma muhtaç kişi, bulunduğu şartlar içinde sürekli olarak bakım desteğine muhtaç ise de, hayatını mümkün mertebe bağımsız olarak sürdürebilmelidir. Bağımsızlık, yalnız bakıma muhtaç kişinin sahip olduğu veya öğrenip yeniden kazanabileceği fizikî, aklî ve ruhî yeteneklerinin korunması ve desteklenmesi şeklinde anlaşılmalıdır. Bağımsızlık kapsamında bakıma muhtaç kişinin iradesi (SGB; XI; m. 3) de önemli bir rol almaktadır. Buna göre bakıma muhtaç kişi, kendine sunulan sosyal haklardan kendine uygun geleni tercih etmede özgür olmalıdır.

Bakım kalitesini artıracak araç-gereç yardımı da bu kapsamda değerlendirilmelidir.

Bundan dolayıdır ki bir çok ülke, bakıma muhtaç kişinin bakımını kolaylaştırmak, şikayetlerini gidermek ve mümkün mertebe hayatını bağımsız olarak idame ettirebilmesi için, kendisine ve(ya) aile fertlerine araç-gereç yardımı yapmaktadır. Bunun yanında ev tadilatı da bazen gerekli görülmektedir. Bakıma muhtaç kişinin yaşadığı mekanı ve ev

çevresini bakıma uygun hâle getirebilmek ve bakımı kolaylaştırmak amacıyla yapılması zarurî görülen her türlü tadilat ve tamiratlar için, belirli miktarlarda malî desteklerin de yapıldığını burada hatırlatmak gerekir.

2.2.4. Ekonomik ve Rasyonel Bakım

Ekonomik ve akılcı bakım esaslarına binaen, temel bakım hizmetlerinde asgarî standartların güvence altına alınmasının gerekliliğinin yanında sisteme dahil olabilecek bütün fertler ve kurumlar, tasarruf kurallarına riayet etmek mecburiyetindedirler. Bundan dolayı, zarurî ve ekonomik olmayan bakım hizmetlerinin sosyal bakım güvence sistemi dışında bırakılması esas alınmalıdır. Sosyal bakım hizmetleri, kalitesinden taviz vermeksizin, kişi odaklı ve ihtiyaç nispetinde olmalıdır (SGB; XI; m. 4.3. ve m. 29).

2.2.5. Bakıma Muhtaç Kişiye ve Bakıcı Aile Fertlerine Sosyal Güvence

Bakıma muhtaç kişinin eski sağlığına kavuşabilmesi veya bu mümkün değilse sürekli olarak kaliteli bir biçimde bakılması için, bakımı kolaylaştıran tıbbî ve teknik araç-gereçlere ihtiyaç duyulmaktadır. Bu malî yüklerin yanında gerek bakıma muhtaç kişi, gerekse kendisine bakan aile fertleri, ücret gelirlerinden mahrum kalmaktadır. Bunun içindir ki; bakım güvence sistemi, bakım harcamalarını ve gelir kaybını gidermeye yönelik aynî ve nakdî yardımlar öngörmelidir. İmkânlar nispetinde bakıcı aile fertlerine dönük sosyal güvenlik tedbirleri artırılabilir. Mesela, Almanya'da haftada en az 14 saat bakım hizmetinde bulunan aileden birisi çalışan personel statüsünde değerlendirilmekte ve bu kişinin emeklilik primleri sosyal bakım güvence sistemi (bakım sigortası) tarafından her ay ödenmektedir. Ayrıca bakım hizmetleri esnasında evde meydana gelebilecek kazalara karşı bakıcı aile fertleri, prim ödemeksizin kaza sigortası kapsamına da alınmaktadır.

2.2.6. Değişik Türlerde Kurumsal Bakım Hizmetleri

Sosyal bakım güvence sisteminde olan bakıma muhtaç kişiler, gerektiğinde kurumsal bakım hizmetlerinden de yararlanabilmelidirler (SGB XI ve değişik maddeler). Dünyada uygulanan kurumsal bakım hizmetleri kapsamında üç çeşit hizmet türü önem kazanmaktadır:

Sürekli Olarak Kısmî (Yarı Gün) Kurumsal Bakım Hizmeti: Bakıma muhtaç kişinin sağlık durumunda olumsuz gelişmeler görüldüğünde veya bakıcının gündüz veya gece çalışmak durumunda olması hâlinde, evdeki bakım tam olarak sağlanamayacağından, bakıma muhtaç kişinin, sürekli olarak kısmî (gece veya gündüz) bakım hizmetleri sunan kuruluşlardan yararlanmaktadır.

Belirli Bir Süre İçin Tam Gün Kurumsal Bakım Hizmeti: Bakıma muhtaç kişinin, hangi sebepten dolayı olursa olsun geçici olarak evinde bakılması uygun görülmemesi halinde, herhangi bir bakım merkezine kısa süreli (meselâ yılda azami 4 hafta) olarak alınmaktadır.

Süresiz Olarak Tam Gün Kurumsal Bakım Hizmeti: Kişinin ağır derecede bakıma muhtaç olması, evde bakıma muhtaç kişiye bakacak bir bireyin olmaması veya bakıcıların değişik psiko-sosyal ve fizikî sebeplerden dolayı bakım sorumluluklarını yeterince yerine getirememeleri gibi durumlarda bakıma muhtaç kişinin sürekli olarak kurumsal bakım hizmetine alınmaktadır (AOK; 1996; ss. 17-20).

3. Türkiye'de Bakım Sorununa Karşı Sosyal Güvenlik Politikaları

3.1. Primsiz Sistem İçinde Bakım Güvence Sisteminin Oluşturulması

Ülkemizde sosyal bakım hizmetlerine dönük sosyal güvenlik sistemi henüz oluşturulmuş bir yapıya kavuşmuş değildir. Muhtaçları sosyal korumayı amaçlayan mevcut kanunî düzenlemelerin işleyişi, bakıma muhtaç kişileri kapsamına alması bakımından yetersizdir. Evde ve kurumda bakıma muhtaç kişilere dönük altyapı, organizasyon ve devletçe

destekleme hizmetleri de henüz belirli bir aşamaya gelmiş durumda değildir. Bundan dolayı da bakıma muhtaç kişilere dönük evde ve kurumda sosyal bakım hizmetleri sunabilecek kamuya ve özel sektöre ait bakım kuruluşlarının sayısı çok azdır. Devlete (SHÇEK'ye) bağlı 64 huzurevinden ancak 26'sının özel bakım bölümü, 18'inin ise yaşlı bakım ve rehabilitasyon ünitesi bulunmaktadır. Bu kurumlarda yaşayan yaklaşık 1.700 bakıma muhtaç yaşlıya 2001 yılından beri özel bakım ve rehabilitasyon hizmeti verilmektedir. (SHÇEK; 2004). Diğer taraftan özel sektöre ait bakım kuruluşları da daha fazla varlıklı bakıma muhtaç kişilere hizmet sunmaktadır.

Bunun dışında sosyal güvenlik sistemi açısından bakıma muhtaçlık sorunu bir sosyal risk olarak algılanmadığı için, bakıma muhtaç kişilerin sosyal bakım güvence sistemine dâhil edilmesi de düşünülmemiş. Ülkemizde yaşlılığa bağlı bakıma muhtaçlık sorunu, ilk bakışta bir sosyal risk türü olarak fark edilmemiş olsa da, son yıllarda özürülüler alanında yapılan aktif sosyal politikalar sayesinde ancak gün ışığına çıkabilmiştir. Sosyal bakım güvence sisteminin primli rejimin şemsiyesi altında mı yoksa primsiz sistem (kamusal sosyal yardım ve destek) çerçevesinde mi yürütülmesi konusu, ülkemiz açısından ele alındığında, bakım sigortasına geçilmeden belirli bir süreç dâhilinde onu kısmen ikame edecek sosyal yardımlaşma mekanizmalarına başvurulduğu görülmektedir.

Nitekim TBMM'de kabul edilen 5378 sayılı ve 01.07.2005 tarihli Özürülüler Yasası (Özürülüler ve Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun), ilk kez belirli bir sosyal kesim için hazırlanmış ve bu kapsamda da "bakıma muhtaç özürülü" de tanımlanmıştır. Buna göre bakıma muhtaç özürülü, "Özürülülük sınıflandırmasına göre resmi sağlık kurulu raporu ile ağır özürülü olduğu belgelendirilenlerden, günlük hayatın alışılmış, tekrar eden gereklerini önemli ölçüde yerine getirememesi nedeniyle hayatın başkasının yardımı ve bakımı olmadan devam ettiremeyecek derecede düşkün olan kişi" dir. (01.07.2005 tarih ve 5378 sayılı Özürülüler ve Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun; m. 3-e).

Kanuna göre, bakıma muhtaç özürülülere dönük bakım hizmetleri, SHÇEK Genel Müdürlüğü'nden ruhsat alan gerçek ve tüzel kişiler ile kamu kurum ve kuruluşları verebilecektir (m. 7).

Bakım hizmetlerinin sunumunda kişinin biyolojik, fiziksel, psikolojik ve sosyal ihtiyaçları da dikkate alınmasının yanında bakım hizmetlerinin standardizasyonu, geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması için SHÇEK Genel Müdürlüğü koordinasyonunda çalışmaların yürütülmesi öngörülmektedir. Hedef, bakım hizmetleri ile bakımın nitelikli temini sağlamaktır (m. 8).

Bakım çeşitleri olarak, evde bakım veya kurum bakımı modelleri sunulmaktadır. Ancak öncelikle kişinin sosyal ve fiziksel çevresinden ayrılmaksızın hizmetin sunulması esası getirilmektedir (m. 9).

2828 sayılı Kanuna ek maddeler eklenerek, sosyal bakım güvence sisteminin ilk temel taşları da böylece atılmış olmaktadır. "Sosyal güvenlik kurumlarına tâbi olmayan, bakıma muhtaç özürülülerden ailesini kaybetmiş olanlar ile ailesi ekonomik veya sosyal yoksunluk içerisinde bulunanlara bakım hizmetini resmi veya özel bakım kurumlarında ya da ikametlerinde verilmesi sağlanır" denilmek suretiyle bakıma muhtaç yoksul kişiler ilk defa evde ve kurumda ücretsiz olarak bakım hizmetlerinden yararlanabileceklerdir.

Bakıma muhtaç kişilere sunulacak bakım hizmetinin karşılığı olarak her ay için kişi başına belirlenecek tutar, azami iki aylık net asgari ücret miktarında olacaktır. Bakıma muhtaç kişilerin, devletin kurumlarında bakılanlar dışındakilerin bakım ücreti, bu amaçla SHÇEK bütçesine konulacak ödenekten karşılanacaktır (Ek madde 7). Genel hatlarıyla belirlenen

sosyal bakım güvence sistemi kapsamındaki bakım hizmetleri ve ödemeler gibi diğer ayrıntılar, çıkarılacak yönetmelikle belirlenecektir.

Ülkemizde toplam nüfus içinde Sosyal Sigorta, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı kapsamında olan veya sayılanların sayısı hayli fazla olmasına ve bakım sigortasının da primli sisteme entegre edilmesi imkân dâhilinde olmasına rağmen ilk başta kimsesiz ve sosyo-ekonomik yönden en zayıf kesimin, yani yoksul bakıma muhtaçların sosyal bakım güvence sistemine alınması dikkat çekicidir.

Mevcut durumda nüfusun ancak sosyal güvenlik sistemi dışında olan yoksul bakıma muhtaç kişiler, bakıma muhtaçlık riskine karşı korunacak ve bunun dışında kalanlar (düşük gelirli dâhil) bakıma muhtaçlık durumunun ortaya çıkması halinde sosyal bakım hizmetlerinden istifade edemeyeceklerdir.

Sosyal bakım güvence sistemini oluşturma açısından henüz geçiş döneminde olan ülkemizde ilk etapta tercih edilen sistem, primsiz rejim kapsamında evde ve kurumda bakım hizmetlerini finansman açısından destekleyen kamusal sosyal yardım uygulamasıdır. Hedef kitle ise sınırlı bir şekilde sadece bakıma muhtaç özürülüler düşünülmüştür. Ancak, özürülük (sakatlık) ve yaşlılık arasında beden hareketliliğindeki engellemeler gibi birçok benzerlik bulunduğundan dolayı yoksul bakıma muhtaç yaşlılar da yeni kanunî düzenlemelerden istifade edecek konumdadırlar.

Her ne kadar şu andaki yapı, primsiz sistem içinde düşünülmüş bir çözüm gibi görünse de gerçekte yapılanma süreci henüz tamamlanmış değildir. Oluşturma süreci devam edecek ve büyük bir ihtimalle karma sistemine doğru gidilecektir. Bir başka ifadeyle, primli sistemde olanlar da ileriki tarihlerde sosyal bakım güvence sistemine alınacaktır. Böylece sisteme verginin dışında yeni finansman kaynağı olarak primler de dahil edilecektir.

Halkın bütün kesimlerine yönelik vergi ekseninde primsiz sistem içinde kamusal destekli sosyal bakım hizmetlerine yönelik çözümün bulunması, Türkiye şartları için henüz mümkün görünmemektedir. Bireysel bakım giderlerine dönük nakdî destek daha fazla sosyal yardımlaşma kurumları aracılığı ile gerçekleşmesi halinde, bakım hizmetlerinin kapsamı geniş tutulmasının bir sonucu olarak, kamusal sosyal yükünün üzerine çıkması söz konusu olacaktır. Böyle bir durumda ya sosyal bakım hizmetlerinde bir kısıtlamaya gidilecek ya da yeni kaynakların bulunması için çaba gösterilecektir (Kocaoğlu; 2003; s. 30). Dolayısıyla mevcut sistem içinde ileride büyük bir ihtimalle karma modelin ortaya çıkacağı söylenebilir.

Sonuç ve Öneriler

Herkesi İçine Alan Bir Sosyal Bakım Güvence Sistemi Oluşturulmalıdır: Sosyal güvenlik ve sağlık sistemlerinin yeniden yapılandırıldığı bir dönemde Genel Sağlık Sigortası Yasa Tasarısı, bütün vatandaşları sosyal koruma kapsamına alma amacını gütmektedir. Hal böyle olunca sosyal risk kapsamı da genişletilerek bakıma muhtaçlık riski de sosyal güvenlik sisteminin bir parçası haline getirilmeli ve yoksulluk şartı aranmaksızın herkes sosyal bakım güvence sistemine alınmalıdır. Sosyal bakım güvence sisteminin Genel Sağlık Sigortası veya müstakil bir Sosyal Bakım Sigortası kapsamında uygulanması halinde primli rejimin finansman avantajlarından da yararlanabilir.

Bakıcı Aile Fertleri Sosyal Bakım Güvence Sistemine Dâhil Edilmelidir : Sosyal güvenlik kapsamında yer alacak bakıma muhtaç kişilerin yanında evde bakım sorumluluğunu üstlenen aile fertleri veya yakınları da sosyal güvenlik ve sosyal hizmetler kapsamına alınmalıdır. Aile ve akraba birliğinin yanında iyi komşuluğun korunması için, profesyonel bakım destek hizmetlerinin dışında bakım sürecinde yer alan bütün muhataplar ve aktörler psiko-sosyal desteklerden yararlanabilmelidir.

Bakıma Muhtaç Kişi, Sosyal Bakım Güvence Sistemi İçinde Tanımlanmalıdır : Toplumun hemen hemen her kesimi tarafından sık sık kullanılan, çok defa birbirinden farklı anlamlar taşıyan «bakıma muhtaçlık» kavramının, “(maddî boyutuyla) yardıma muhtaçlık”tan ziyâde (tezahürleri karmaşık bile olsa) bedensel-ruhsal-sosyal bağımlılık açısından tanımlanması gerekmektedir. Bu yönüyle bakıma muhtaç kişilerin birinci derecede ihtiyaç duyacakları şey, psiko-sosyal destek de içeren bakım hizmetleridir.

Bakım Güvence Sistemi Hem Bakıma Muhtaç Kişiyeye, Hem De Bakım Kuruluşuna Nakdî Destek Öngörmelidir: Sosyal risk türü olarak bakıma muhtaçlık, ekonomik sorunlar da barındırdığı için, bakıma muhtaçlığa yol açan faktörlere (yaşlılık, özürlülük, hastalık vb.) bakılmaksızın bakıma muhtaç bütün yoksullar sosyal güvenlik kapsamına alınmalıdır. Bu anlayış doğrultusunda sosyal bakım hizmetleri sunan bakım kuruluşuna verilmesi planlanan bakım ödeneğinin bir kısmı da bakıma muhtaç kişiyeye verilmelidir. Kişiyeye ödenen bakım parası, maksadına uygun sarf edilmesi şartıyla verilmelidir. Bakım parası, ya bakımı kolaylaştıracak araç-gereç, ya tıbbî malzemeler (solunum masajı; hava filtresi, tekerlekli sandalye; hasta yatağı vb.), ya bakım için gerekli olan ev içi tadilatlar, ya da profesyonel anlamda haricî bakım hizmetleri için harcanmalıdır.

Bakım Ödeneklerinin Miktarı Bakıma Muhtaçlık Derecesine (Bakım İhtiyacına) Göre Belirlenmelidir: Başkalarının fizikî ve psiko-sosyal desteğine değişik derecelerde ihtiyaç duyan bakıma muhtaç kişilerin bakım yükü ve zahmeti birbirinden farklı olacağından, bakım ödeneğinin miktarı da buna göre belirlenmelidir. Temel kriter, kişinin bakıma muhtaçlık derecesi olmalıdır.

Bakıma Muhtaçlık Derecesi, Objektif ve Bilimsel Esaslara Göre Tespit Edilmelidir : Bakıma muhtaçlık derecesinin tespitinde kişinin bakıma muhtaçlığına yol açan hastalık, özürlülük ve yaşlılık gibi şahsî kriterlerin yanında bakıcıların bakım hizmetleri için sarf ettikleri süreler de önemli bir unsurdur. Ayrıca, bakıma muhtaç kişinin, başka birinin fizikî yardımına ne derecede ve hangi boyutta (sıklık ve yoğunlukta) ihtiyaç duyduğu ile de yakından ilişkilidir. Kişinin, bireysel özellikleri ve benlik bütünlüğü de bakıma muhtaçlık derecelendirilmelerinde kriter olarak ele alınmaktadır.

Bakıma Muhtaç Kişinin Durumuna Uygun Bakım Modelleri Oluşturulmalıdır : Sosyal bakım hizmetlerinin sunumu için gerekli olan bakım modelleri, kişinin biyolojik, fiziksel ihtiyaçlarının yanında psiko-sosyal ve fitrî ihtiyaçlarını da dikkate alarak hazırlanmalıdır. Sosyal bakım hizmetlerinin sunumunda kişinin fitrî, psiko-sosyal, biyolojik ve fiziksel özelliklerinin ve ihtiyaçlarının bir bütün olarak ele alınmasında ve hizmetlerin (bu anlayış çerçevesinde) plânlanmasında fayda vardır. Aksi halde biyolojik veya fiziksel ihtiyaçları giderilen ancak psiko-sosyal ihtiyaçları ihmal edilen kişiyeye sunulan bakım hizmetleri yeterli olmayacağı gibi, bakıma muhtaç kişinin hem hayata bağlılığı, hem de bakım külfeti olumsuz yönde etkilenecektir.

Evde Bakım Modeline Önem Verilmelidir : Sosyal bakım hizmetlerinin öncelikle kişiyi sosyal ve fiziksel çevresinden ayırmadan evde bakım hizmet modeli ile sunulmasına itina gösterilmelidir: Sosyal bakım hizmetlerine ihtiyacı olan kişinin, sosyal çevresine her zamankinden daha fazla ihtiyacının olduğu kabul edilmelidir. Evde bakım hizmet modelinde kişinin ev ortamında ve ailesi ile birlikte yaşamını sürdürmesi mümkün olmaktadır. Bu durum ise, hizmetlerin sunumunda hem kolaylık, hem de bakım maliyetlerini makûl bir seviyeye çekmesini sağlamaktadır.

Evde Bakım Modeline Sivil Toplum Kuruluşları Dahil Edilmelidir: Eve yönelik profesyonel bakım hizmetleri, SHCEK'ye bağlı kuruluşlar, yerel yönetimler, gerçek ve özel hukuk tüzel kişilerin yanında sivil toplum kuruluşları tarafından, serbest piyasa şartlarına göre sunulabilmelidir.

Kaynaklar

- Adak, Nurşen; "Gayri Resmi Bakıcılar: Kadınlar"; Aile ve Toplum; Başbakanlık; Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı Yayını, Yıl 5; Cilt 2; Sayı: 6; Ekim-Aralık (2003).
- Christian, Hopfe; Die Pflegeversicherung; München; (1993).
- Danış, M. Zafer; Yaşlıların Evde Bakım Gereksinimleri ve Evde Bakıma İlişkin Düşünceleri; Güç-Vak Yayınları; Ankara; (2004).
- E. Heikkinen, E.; Waters, W.E.; Brzezinski, Z. J.; "The Elderly In Eleven Countries, A Sociomedical Survey ",WHO Publications Centre, World Health Organization, Albany, NY, USA, (1983).
- Eichner, Volker; "Yaşlı İnsanlar İçin Geleceğe Dönük Güven Telkin Eden İkamet Biçimleri: Milletlerarası Eğilimler ve Millî Meseleler"; Hayatın İkinci Safhasında Fırsatlar Ve İmkânlar - Yaşlılar Plânlamasına Yönelik30.06.2004 Tarihli Dokümantasyon; Hamm Belediyesi; (2004).
- Gibson Jo Marry; Gregory R.Steven; Pandya M.Sheel; "Long-Term Care in Developed Nations:A Brief Overview", AARP Public Policy, October (2003).
- Hans W., Wahl; "Pflegebedürftigkeit im Alter"; Dok; Nr.22/ 15.11.1995, (1995).
- Hesse-Schiller, Werner; "Das Pflegeversicherungsgesetz Pflegebedürftige-Pflegekasse-Pflegeeinrichtungen";Pflegeversicherung; Band 1; Schattauer Verlag; Stuttgart New-York; (1996).
- Seyyar, Ali; Sosyal Siyaset Terimleri (Ansiklopedik Sözlük); Beta Yayınları; İstanbul; (2002).
- Seyyar, Ali; Teorik ve Pratik Boyutlarıyla Sosyal Bakım; T.C. Başbakanlık-SHÇEK Genel Müdürlüğü; Ankara; (2005).
- Yaşar Kocaoğlu; "Yaşlılık ve Özürlülük"; Kurum İçi Rapor; T.C.-Başbakanlık-Özürlüler İdaresi Başkanlığı; Ankara; 2003.
- Kurum ve Kuruluşlara Ait Kaynaklar
- AOK (Allgemeine Ortskrankenkasse); Bundesverband-Lernbrief 32; Soziale Pflegeversicherung; Bonn; (1996).
- SHÇEK; Yaşlı Hizmetleri Daire Başkanlığı Verileri; Şubat 2004.
- Yasal Kaynaklar
- 01.07.2005 tarih ve 5378 sayılı " Özürlüler ve Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnemelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun".
- 1983 tarih ve 2828 sayılı "Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK) Kanunu".
- BSHG, (Bundessozialhilfegesetz: Federal Almanya Sosyal Yardım Kanunu).
- SGB, (Sozialgesetzbuch: Alman Sosyal Kanun Kitabı).

Yaşlıların Banyo Kullanımındaki Erişim Problemleri Üzerine Bir Araştırma

Yrd. Doç. Dr. Elçin Tezel
Bahçeşehir Üniversitesi

ÖZET

Yaşlılık, beraberinde getirdiği çeşitli fiziksel yetersizlikler dolayısıyla, insan etkinliklerini kısıtlayan bir süreçtir. Ülkemizde yaşlı nüfusun hızla artması ve yaşam süresinin uzaması, yaşlı insanların kendi yaşam mekanlarındaki şartlarının incelenerek

iyileştirilmesi beklentisini de arttırmaktadır. Bu çalışmanın amacı, yaşlıların mahremiyet dolayısıyla bağımsız olmak istedikleri banyo mekanlarının kullanım zorluğunu, erişilebilirlik özelliklerini ve yaşlı insanların bağımlılık düzeyini yaşa ve fiziksel yetersizliğe bağlı olarak belirlemektir. Bu amaçla, yaşları 50 ile 80 üstü arasında değişen 63 kişiye bir anket çalışması uygulanmıştır. 60 yaş öncesi katılımcılarda zorluk düzeyinin düşük olmasına karşın, özellikle 60-70 yaş arası katılımcılarda banyo kullanımıyla ilgili aktivitelerdeki algılanan zorluk düzeyinin daha geniş bir dağılım göstermeye başladığı ve 80 yaş sonrası zorluk düzeyinin önemli ölçüde arttığı gözlenmiştir (Örneğin duş başlığını takmak, $p=0.002$). Fiziksel yetersizlik düzeyine bağlı bulgular ise, yetersizliğin çeşitlenmesine bağlı olarak zorluk düzeyinin arttığını göstermektedir (Örneğin küvete girip çıkmak, $p=0.002$). Görme yeteneğindeki yetersizliğin bütün yaşlara yaygın olduğu, ancak bazı aktivitelerdeki zorluk düzeyini diğer tip yetersizlikler kadar etkilemediği belirlenmiştir. Banyo mekanındaki mahremiyet hissi dolayısıyla her yaş ve fiziksel yetersizlik düzeyinde banyo yapmak için deneklerin büyük çoğunluğunun yardım almaktan kaçındığı sonucuna varılmıştır. Sonuç olarak, erişim problemi olan banyo mekanlarının önemli sağlık problemlerine neden olabileceği gibi, yaşlı insanların bağımsızlık ve kişisel iyilik hissini etkilediği de görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Yaşlı kullanıcı, yaşlanma, banyo tasarımı, ev.

ABSTRACT

Aging is a process that restricts the human activities through appearing physical disabilities in time. Because of the increasing number of elderly people and life expectancy, there is an interest to search and rehabilitate the conditions in their own living environments of the elderly people. The aim of this study is to find the difficulty, accessibility of bathrooms and dependency of elderly people in relation to age and disability type. For this purpose, a questionnaire was distributed to 63 elderly people aged between 50 to 80. Though the perception of difficulty-dependence (PDD) in bathroom tasks is generally low in the participants aged between 50-60, the distribution in PDD is getting wider in the participants aged between 70-80 (e.g. $p=0.002$ for fixing shower head). A sharp increase was found in PDD in the ages above 80 (e.g. $p=0.002$ for entering bath-tube). It was also found that PD is getting higher depending on the number and variety of the disabilities. Visual disability is found to be prevalent to all ages but not to be influential as much as the others on PDD in bathroom tasks. Because of the privacy expectation in the bathroom, all ages and disability types refrain receiving help when having the bath. As a result, the bathroom with accessibility problems can cause serious health problems and threatens subjective well-being of elderly people.

Key words: Elderly user, aging, bathroom design, home.

YAŞLILARIN BANYO KULLANIMINDAKİ ERİŞİM PROBLEMLERİ ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA

Yaşlılık, beraberinde getirdiği olası fiziksel yetersizlikler dolayısıyla insanların hayat düzenini etkileyen bir süreçtir. Yaşlılığın çeşitli tanımları olmasına karşın, bu gruba dahil olan insanların yaş, cinsiyet, ırk, deneyim, kültür ve yaşa bağlı yapabilirliklerinin çeşitlilik gösterdiği bilinmektedir (Deming and Cutler, 1983; Aiken, 1995). Yaşlanma sürecinin kaçınılmaz sonucu olarak insan hayatının çeşitli aktiviteleri kısıtlanmaktadır. Bu kısıtlanmalar, yaşlanma sürecinin doğal sonucu olarak kaybedilen veya yavaşlayan vücut fonksiyonları nedeniyle ortaya çıkmaktadır. Ergonomik yaklaşımlar ve geronteknoloji alanında yapılan çalışmalar, yaşlı insanlar ve fiziksel çevre arasındaki uyumlu ilişkiyi geliştirmeye yardımcı olmaktadır (Pinto ve ark., 2000).

Yaşa bağlı olarak çıkabilecek bütün fonksiyonel ve biçimsel kısıtlanmaların sonuçlarına

karşın, yaşlı nüfus bir toplumun toplumsal deneyim ve bilincinin belkemiğini oluşturmaktadır. Bu nedenle toplumsal hayattaki etkin rollerinin olabildiğinde canlı tutulması toplumsal bir sorumluluktur. Bu durumun, ancak yaşlı insanların kısıtlanmalarının sonuçlarını ortadan kaldıracak şekilde yapılanmış çevrenin duyarlı tasarlanmasıyla sağlanabilir.

Günümüzün gelişen teknolojisi, sağlık ve tıp alanındaki gelişmeler ortalama insan ömrünün uzamasına ve yaşlanan nüfusun toplam nüfusa oranının artmasına neden olmuştur. Önümüzdeki elli yıl için yapılan tahminler, dünya yaşlı nüfusunun toplam nüfusa oranının hızla artacağını göstermektedir (Şekil 1).

Şekil 1:Önümüzdeki elli yıl içinde dünya yaşlı nüfusunun toplam nüfusa oranının hızla artacağını gösteren grafik

Şekil 1. Dünya Yaşlı Nüfusunun Toplam Nüfusa Göre Artış Oranı (Veri Kaynağı: U. S. Bureau of the Census)

Buna bağlı olarak, yapabilirlikleri yaşlanma süreciyle gün geçtikçe kısıtlanan ve sayısı gittikçe artan bir insan topluluğu, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin en önemli konularından biridir. Ülkemizde atmış yaş üstü insanların toplam nüfusa oranı 2002 yılı için % 5-9 arasında iken, bu oranın 2025 yılında % 10 ve üstüne çıkacağı tahmin edilmektedir (US Census Bureau International Database, 2002). Artarak büyüyen yaşlı nüfusun ilerleyen yıllarla özürülülük oranında da önemli bir artış görülmektedir (Şekil 2).

Şekil 2. Türkiye’de Yaş Grubuna Göre Özürülülük Oranı

Şekil 2. Türkiye’de Yaş Grubuna Göre Özürülülük Oranı (Veri Kaynağı: DİE, 2002)

Bütün bu veriler ışığında, yaşadığımız mekanların tasarımlarına yönelik tutumların yaşlı insanların yaşam kalitesini etkilemesi dolayısıyla, mimarlar ve tasarımcılar tarafından dikkatle ele alınmasını gerektirmektedir. Ev, fiziki bir barınak olmaktan öte, insanların zamanlarının büyük bir kısmını geçirdiği, kendini ve yaşam biçimini ifade ettiği ve bunun aracılığıyla toplumla bağ kurduğu, kişisel güvenlik ve mahremiyet hissini sağlayan özel bir yaşama mekanıdır. Yaşlı insanlar, zamanlarının büyük çoğunluğunu evlerinde geçirmeyi tercih etmektedirler (Pinto ve ark., 2000). Bu nedenle, gerekli yaşam şartlarının sağlanmadığı bir ev ortamı, yaşlı insanların fiziksel ve psikolojik sağlığını olumsuz yönde etkilemekte ve onları bakıma muhtaç bir konuma getirmektedir (Iwarsson & Isacsson, 1997).

Yaşlanmayla birlikte insanın hayatının bir bölümünde geçici veya kalıcı olarak bir yetersizliğe sahip olması olasıdır. Bu yetersizlikler hareketlilik (mobility), eklem ve motor (dexterity), duyuşal (sensory) ve zihinsel (cognitive) yetersizlikler olmak üzere dört gruba ayrılır (Wilkoff & Abed, 1994). Hareketlilik yetersizliği bireylerin yatay ve düşey düzlemde hareket etme (yürüme, merdiven inip çıkma) yeteneklerindeki kısıtlanma ve kayıplara karşılık gelmektedir. Yetersizliğin düzeyine bağlı olarak tekerlekli sandalye, baston veya yürüteç kullanımı gerektirmektedir.

Bir hareketi yaparken varolan eklem çabukluğuna ait kayıplar (dexterity impairments), sinir kontrolü kayıpları, biomekanik sistem ve motor yeteneklerindeki yetersizliklerle tanımlanır. Romatizma, çeşitli derecedeki felçlerden kaynaklanan güç ve eklem hareketi kayıpları bu tür yetersizliklere neden olur (Wilkoff & Abed, 1994; Grist ve ark., 1996).

Kaldırma, çekme, itme hareketlerinde, kapı kollarını, tutunma borularını ve diğer nesnelere kavramada, çeşitli kontrol düğmelerine (elektrikli aygıt düğmeleri gibi) ve raflara erişimde sorunlar yaşanır (Era, Lyyra, Viitasalo ve Heikkinen, 1992; Raschko, 1991; Valins, 1988). Bu kısıtlılık, omurganın çökmesine bağlı olarak 3.5-4 cm. ye kadar varan

boy kaybından da kaynaklanmaktadır (Valins, 1988). Bu yetersizliklerin neden olduğu en önemli sorunlardan biri, artan düşme eğilimidir. Düşmeler, fiziksel mekanın özelliklerinden kaynaklanabildiği gibi yaşlı insanların herhangi bir rahatsızlıkları nedeniyle dengelerini kaybetmeleri sonucunda da gerçekleşebilmektedir. Basamaklar, yön değişiklikleri, aydınlatma ve renk-doku zıtlıklarındaki yetersizliklerden kaynaklanan düşmeler, bu konudaki duyarlı tasarım önlemleri ile en aza indirilebilmektedir (Valins, 1988).

Duyusal yetersizlikler (sensory impairments), görsel, işitsel ve dokunsal his kayıplarına karşılık gelir. Görsel ve işitsel his kaybında kısmi veya bütünüyle yetenek kaybı söz konusu olabilir. Dokunsal his kaybında ise sıcak soğuk ve doku hissi kaybı oluşabilir (Wilkoff & Abed, 1994; Grist ve ark., 1996). Bu konudaki yetersizlikleri karşılamak için, fiziksel mekan tasarımında aydınlık düzeyi, görsel ve dokusal zıtlık kalitesi ve akustik özellikleriyle ilgili duyarlı tasarım seçenekleri öngörülmektedir (Valins, 1988). Zihinsel yetersizliklere (Cognitive impairments) sahip bireylerde algılamada ve anlamada yavaşlık gözlenmesine karşın, mimari kısıtlamalardan en az etkilenen gruptur. Özellikle sosyal mekanlarda yön bulma konusunda sorunlar yaşandığı için, yönlendirme sistemlerinde bilginin büyük harfli, kolay okunur, resimli ve sık tekrar edilir olması gerekmektedir (Wilkoff & Abed, 1994; Grist ve ark., 1996).

Yaşlı insanlar için günlük yaşam mekanlarının tasarımına ait en önemli kısıtlayıcı unsur, ölçüsel uygunsuzluklardır (Hoglund, 1985; Panero and Zelnik, 1979). Genç insanlar, mekan ve mobilyayla ilgili ölçüsel uygunsuzluklara bir dereceye kadar katlanabilmekte, yaşlı insanlar ise fizyolojik kısıtlılıkları nedeniyle bu esnekliği gösterememektedirler. Bu nedenle, mekan ve mobilya tasarımında yaşlı insanlarla ilgili verilerin esas alınması daha doğru bir yaklaşımdır. Yaşlı insanların yaşam gereklerine göre belirlenen tasarım kararları, diğer yaş grubundaki insanların ihtiyaçlarına da fazlasıyla cevap verebilecektir. İnsanların yaşlanırken kendi kendilerine yetebilirliklerinin, onların sağlık ve kişisel iyilik hissi ile doğrudan bağlantılı olduğu bilinmektedir (Schuurmans ve ark., 2005). Banyo mekanı, mahremiyet hissini kuvvetli olduğu mekanlardan biri olması dolayısıyla, yaşlı insanların bağımsızlık hissini en çok etkileyen mekanlardan biridir. Bu anlamda banyo tasarımında erişilebilirlik özelliği, yaşlı insanlar için özel bir önem taşımaktadır. Hareket kısıtlılığı ve eklem problemleri olan insanlar için standart yükseklikteki banyo klozetleri, oturmada ve kalkmada problem yaratmakta, bu problemi gidermek için yükseltilmiş klozetlerin kullanılması gerekmektedir. Yürümesinde ve eklemlerinde hareket kısıtlılığı olan insanlar için klozet çevresinde kavrama borularının bulunması erişime yardımcı olmaktadır. Ayrıca tuvalet rulosunun klozetin yan tarafında ve biraz öne doğru bir yerde bulunması, oturur durumdayken kol mesafesinde erişilebilir olması, havlu askılarının lavabo ve banyo küvetine kol boyu mesafede ve uygun yükseklikte tasarlanması gerekmektedir. Özellikle hareketliliğe yardımcı alet kullanan insanlar için (tekerlekli sandalye, baston, yürüteç), yavaşmada sorun yaşamamak amacıyla lavabonun altında bir miktar boşluk bırakılması, tercihen eşiği olmayan bir duş kabini kullanılması, banyo küveti mevcutsa erişimi kolaylaştırmak için bunun gömme olması, duşta/küvette oturma bölümünün bulunması gözönünde tutulması gereken diğer tasarım özellikleridir. Tutunma ihtiyacı nedeniyle, sıcak ve soğuk musluk kontrollerinin ayrı ayrı değil, tek noktadan kontrol edilebildiği armatürlerin tercih edilmesi gerekmektedir. Mekanın ıslak zemin olması nedeniyle banyo zemininin ve özellikle küvet yüzeyinin kaymaz yüzey özellikli olması, olası düşmeleri engelleyecektir. Duşta/banyoda yıkanmak için duş başlığının elde tutulan ve yumuşak kordonlu tipte olması, yetersizliği olan insanlara kolaylık sağlamakta, ancak başlığın yerine takılmasının çeşitli yetersizlikler nedeniyle sorun olabileceği de

bilinmektedir (Mace, 1991; TMMOB Mimarlar Odası, 1990). Yaşlı insanların yetersizlikleri ile banyo erişim ve tasarım kriterleri, bu araştırma çalışmasının konusunu oluşturmaktadır. Bütün bu tasarım özelliklerinin varlığına veya olmamasına karşın, yaşlı insanların karşılaştıkları zorluklar ve yardım alma konusundaki tutumları da araştırma konusudur.

Ülkemizde yaşlı nüfusun yaşam şartları ve beklentileri, bu konudaki tasarım politikalarının ve sosyal hizmetlerin belirlenmesi için önemle ele alınması gereken bir araştırma alanıdır. Bağımlı ve bağımsız yaşayan yaşlı insanların deneyimleri, yaşam şartları ve alışkanlıkları referans alınması gereken kaynaklardır. Bu çalışma, yaşlı insanların yaş grubu ve engellilik düzeyiyle banyo kullanımındaki kolaylık-zorluk ve bağımlılık dereceleri arasındaki bağlantıyı belirlemek ve bu alandaki kullanım eğilimlerini tanımlamak amacıyla yapılmıştır. Araştırma, 50 yaş sonrası farklı yaş gruplarındaki ve farklı yapabilirlik düzeyindeki insanların banyo kullanımındaki zorlanma ve bağımlılık düzeylerini belirlemekte ve erişilebilirlikle ilgili banyo detaylarının varlığını sorgulamaktadır.

2. YÖNTEM

2.1. Örneklem: Araştırma sonuçları, İstanbul'da orta ve orta üstü gelir seviyesinin yaygın olarak yaşadığı semtlerde bağımsız veya aile olarak ev ortamında yaşayan 50 yaş üstü rastgele seçilmiş 63 kişiden alınan bilgiye dayanmaktadır. Yetişkinliğin son dönemi ve yaşlılık dönemi arasındaki karşılaştırmanın da yapılabilmesi amacıyla, yaşa bağlı değişen banyo kullanımı verilerinin 50 yaş sonrasına ait dağılımda incelenmesine karar verilmiştir. Araştırmanın yapıldığı bireylerin yaş verileri 10 yıllık aralarla belirlenerek 50-60 yaş, 60-70 yaş, 70-80 yaş ve 80 yaş yukarısı olarak gruplandırılmıştır.

2.2. Veri toplama araçları: Banyo kullanımıyla ilgili verilere erişebilmek için bir anket çalışması yapılmıştır. Anket çalışmasına katılan bireylere yaş ve fiziksel yetersizlik bilgileri sorulmuştur. Fiziksel yetersizlikle ilgili sorular belirlenirken, hareketlilik (mobility), eklem ve motor (dexterity) ve duyuşal (sensory) yetersizlik alanlarına bağlı olarak hazırlanmıştır (Wilkoff & Abed, 1994). Zihinsel yetersizliği olan bireyler ise, araştırma yönteminin farklı olması gerekliliği nedeniyle bu çalışmanın dışında tutulmuştur. Fiziksel yetersizlikler, görme yetersizliği (Miyopi, hipermetropi, astigmat, katarakt vb.), kavrama zorluğu veya güç kaybı (Romatizma, artrit vb. kaynaklı), duyma zorluğu, yürüme zorluğu, dokunma hissi kaybı (Sıcak, soğuk ve doku hissi eksikliği) olarak belirlenmiştir (Wilkoff and Abed, 1994; Grist, R. R. ve ark., 1996). Bu yetersizliklere bağlı herhangi bir alet kullanılıp kullanılmadığı da sorulmuştur. Anketin diğer bölümü banyo donanımının özellikleri ve donanımın erişilebilirliğiyle ilgilidir. Banyoda duş kabini ve küvet seçeneklerinden hangisinin varolduğu, duş veya küvette kavrama borularının, oturma yerinin ve elle tutulan duş başlığının bulunup bulunmadığı, duşta/küvette kaymayı önleyen bir tedbirin alınıp alınmadığı soruları sorulmuştur. Banyoda bağımsızlık hissini destekleyen kişisel ihtiyaçların giderilmesine yönelik aktivitelerden küvete girip çıkmak, duşta/küvette tutunma ihtiyacı, musluklara erişim, duş başlığını yerine takmak, havlulara erişmek, banyo için yardım almak, lavaboyu kullanmak, tuvalete oturup kalkmak, tuvalet kağıdına uzanmak aktiviteleriyle ilgili zorluk düzeyini belirleyici sorular sorulmuştur. Çalışmada herhangi bir yetersizliği olmadığını bildiren bireyler de, banyo aktivitelerindeki karşılaşılan zorluk düzeyinin yaşa bağlı değişimini belirlemek amacıyla araştırmada veri olarak kullanılmıştır.

2.3. İşlem: Araştırmada, erişim ve kullanım özelliklerinin yanı sıra banyodaki çeşitli aktivitelerin ya da hareketlerin yapımındaki algılanan zorluk derecesi belirlenmeye

çalışılmıştır. Buradaki zorluk kavramı, kişinin bir işini yardım almadan yaparken hissettiği kişisel algı düzeyine karşılık gelmektedir. Bu sorularda 'çok zor, zor, kolay ve çok kolay' olmak üzere dört farklı zorluk-kolaylık düzeyi belirlenmiştir. Banyo aktiviteleriyle ilgili ortalama 1 (çok kolay) ise bireyin aktiviteyi zorlanmadan yaptığı, 2 (kolay) ise minimal zorlukla yaptığı, 3 (zor) ise zorlukla yaptığı, 4 (çok zor) ise yapamadığı veya yardım alması gerektiği anlamına gelmektedir. Araştırmaya katılan bireylerin bağımlılık düzeylerini belirlemek amacıyla, bir aktiviteyi yapabilmek için gerekiyorsa bir başkasından veya bir araçtan yardım alıp almadıkları ve bu yardımın düzeyi belirlenmeye çalışılmıştır. Bunun için de 'çok az, az, fazla ve çok fazla' olmak üzere dört farklı yardım alma düzeyi belirlenmiştir. Genel yorumlamalarda ise, banyo aktiviteleriyle ilgili ortalamalar 2 değerine eşit veya az ise, bu durum katılımcıların o aktivitedeki zorluk düzeyinin "zor" düzeyinde olduğunu göstermektedir. Eğer 2 değerinden büyük ise "kolay" düzeyine karşılık gelmektedir. Aynı şekilde, bağımlılık düzeyiyle ilgili sorularda da ortalamalar 2'nin altında ise bağımlılık düzeyinin "az" olduğu, 2'nin üstünde ise bağımlılık düzeyinin "çok" olduğu anlamına gelmektedir. Bulguların istatistiksel anlamlılığını doğrulamak için ANOVA testi uygulanmış ve sonuçlar bu bulgulara göre yorumlanmıştır.

3. BULGULAR

Araştırmanın yapıldığı katılımcıların yarısından fazlası (n=37) 60 yaşın üzerindedir. Bu grubun çoğunluğu (n=23), 60-70 yaş grubuna dahildir. 70-80 yaş grubunda 10, 80 ve sonrasında ise 5 katılımcı bulunmaktadır. 50-60 yaş grubunda bulunan 25 kişi, yaşlılık döneminin hemen öncesindeki verilerle diğer yaş gruplarının karşılaştırılmasına olanak sağlamıştır. Çalışmaya katılanların 13'ü erkek 50'si ise kadındır. Katılımcıların çoğunluğu (n=42) bu yetersizliklerden en az birine sahip olduğunu belirtmiştir. Dokunma hissi kaybının olduğunu bildiren birey çıkmamıştır. Dolayısıyla bu seçenek değerlendirme dışı bırakılmıştır. Güç kaybı ve yürüme zorluğu olan katılımcıların hemen hepsi (n=8) baston veya üçlü baston kullanmaktadırlar (Tablo 1).

Yaşa bağlı olarak banyo aktivitelerindeki zorluk düzeyinin ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 2'de verilmiştir. Yaş aralıkları 50-60, 60-70, 70-80 ve 80 yaş sonrası olarak tanımlanmış ve bu yaş gruplarının küvete girip çıkmak, duşta/banyoda tutunmak, musluklara ulaşmak, duş başlığını takmak, havlulara erişmek, banyo için yardım almak, lavabo kullanmak, tuvalete oturup kalkmak ve tuvalet kağıdına erişmek aktivitelerindeki zorluk düzeyleri incelenmiştir. Banyo etkinliklerindeki zorluk düzeyleri ise, kolay (1) ve çok kolay (2) algılanan etkinlikler (ortalama \bar{x} 2) veya zor(3) ve çok zor (4) algılanan etkinliklerdir (ortalama \bar{x} >2). Bağımlılıkla ilgili sorularda (tutunma ihtiyacı, banyo için yardım alma) düzey çok az, az (ortalama \bar{x} 2), fazla ve çok fazla (ortalama \bar{x} > 2) olarak belirlenmiştir. Aktivitelerin yaşa bağlı ortalamalarına bakıldığı zaman, tutunma ihtiyacının, duş başlığı takmanın, banyo için yardım almanın ve tuvalet kağıdına erişimin yaş ilerledikçe artan bir ortalaması gösterdiği görülmüştür (Tablo 2).

Yaş ve zorluk düzeyi ilişkisini daha ileri düzeyde değerlendirmek için ANOVA testi uygulanmış; tutunma (p=0.00), duş başlığını takmak (p=0.002) ve tuvalet kağıdına erişmek (p= 0.002) etkinliklerinin p=0.01 kritik değerinden küçük olduğu ve yaşa bağlı algılanan zorluktaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür (Tablo 2). Çalışmanın diğer bir bakış açısı ise yetersizlik çeşidine bağlı olarak banyo aktivitelerinde karşılaşılan zorluklar üzerine kurgulanmıştır. Bununla ilgili üç türlü ilişki hakkında araştırma yapılmıştır. İlk araştırma, yetersizliği olan ve olmadığını bildiren katılımcıların banyo etkinlikleri zorluk düzeyi ile ilgili bağıntıdır. Bununla ilgili ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 3'de verilmiştir. Bütün banyo etkinliklerinde yetersizliği olan katılımcıların ortalamalarının (\bar{X} > 2) olmayanlara göre daha yüksek olduğu ve bu

nedenle daha çok zorluk çektikleri bulunmuştur. ANOVA testi sonuçlarına göre ise küvete girip çıkma ve tutunma ihtiyacıyla, yetersizliğin olması veya olmaması ilişkisindeki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (p £ 0.01).

Katılımcıların yetersizlik özellikleri ve banyo etkinlikleri zorluk düzeyi incelemesinde, yetersizlik çeşitlerinin banyo etkinlikleriyle olan bağıntısını bulabilmek için ikinci bir test uygulanmıştır. Görme, kavrama, duyma, dokunma ve yürüme yetersizliği olanların banyo etkinliklerindeki algıladıkları zorluk düzeyinin farklı olup olmadığı araştırılmıştır. Sonuçlar Tablo 4'te gösterilmiştir. ANOVA sonuçlarına göre yetersizlik çeşidinin banyo etkinliklerindeki zorluk düzeyi ortalamalarının birbirinden önemli bir farklılık göstermediği bulunmuştur. Sadece yürüme yetersizliği olanlar banyo yardımında diğer gruplara göre daha fazla yardım almakta, bu grubu kavrama yetersizliği ve güç kaybı olanlar izlemektedir.

Yetersizlik ve banyo etkinlikleri ilişkisindeki üçüncü araştırma ise yetersizlik sayısına bağlı olarak banyo etkinliklerindeki zorluk düzeyinin nasıl değiştiğinin incelenmesidir. Bir, iki, ve üç yetersizliği olan katılımcılar belirlenmiş ve artan yetersizlik sayısıyla banyo etkinliklerindeki zorluğun arttığı hipotezi araştırılmıştır. Dört farklı yetersizliği olduğunu belirten birey ise çıkmamıştır. Bu çalışmayla ilgili ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 5'te gösterilmiştir. Bütün banyo etkinliklerinde yetersizlik çeşidinin artmasına bağlı olarak ortalama değerlerin yükseldiği, yani zorluk düzeyinin arttığı bulunmuştur. ANOVA testinin sonuçları da musluklara ulaşma, duş başlığını takma ve lavabo kullanma etkinlikleri dışındaki tüm etkinliklerdeki bulguların istatistiksel olarak anlamlı olduğunu göstermektedir.

4. TARTIŞMA

Bu araştırmanın sonuçları, yaşlılık döneminin bir parçası kabul edilen yaş ve yetersizlik verilerinin banyo etkinliklerine olan etkisini ortaya koymuştur. Yaşın ilerlemesinin ve buna bağlı ortaya çıkan yetersizliklerin oluşturduğu sürecin yaşanmayı tanımlaması dolayısıyla, bu iki etkenin bağımsız günlük aktivitelerden olan banyo ortamında karşılaşılan zorluklar üzerinde etkili oldukları varsayımı araştırmanın konusunu oluşturmuştur.

Yaşa bağlı zorluk-bağımlılık algısında, 80 yaş sonrasında bazı aktivitelerde (küvete girip çıkmak, tutunma ihtiyacı, duş başlığını takmak ve tuvalet kağıdına erişmek) ani artışlar olmasına karşın, birbirini izleyen diğer yaş gruplarındaki artışların daha az olduğu görülmektedir (Tablo 2). Bu durum, inanların yaşlarının ilerlemesine karşın, öznel yapabilirlik kabiliyetlerini kaybetmedikleri veya bu kabiliyeti ancak fiziksel yetersizlikler ortaya çıktıkça kaybettikleri düşüncesini akla getirmektedir. Bu yargının ikinci kısmını, araştırmanın diğer varsayımı oluşturmuştur. İlk bulgu, ilerleyen yaşın günlük yaşam aktivitelerinden olan banyo yapma aktivitesine tek başına etkisi olmadığı sonucunu doğrulamaktadır. Bu konuda daha önce yapılmış bir araştırma olarak, kendi kendini idare edebilirlik yeteneğinin yaşlı insanlarda görünen sağlık ve kişisel iyilik hali arasındaki ilişki araştırılmıştır. Araştırma sonucu, insanların kendilerine yeterlilik hislerinin, zihinsel ve davranışsal yeteneklerini etkilediği ve bunun sonucu olarak ilerleyen yaşlardaki iyilik hissine katkıda bulunduğunu göstermektedir. Yaşlanan insanlarda fiziksel ve biçimsel yetersizlikler artmaya başladıkça görünen sağlık ve öznel iyilik hislerinde azalmalar meydana gelmektedir (Schoormans ve ark., 2005).

Yetersizliği olan ve olmayanların banyoda karşılaştığı zorluklar karşılaştırıldığında, yetersizliği olanların zorluk düzeyi ortalamaları diğer gruba göre çok daha yüksektir (Tablo 3). Bu da yetersizliklerin beklendiği gibi algılanan zorluk düzeyini önemli ölçüde arttırdığını göstermektedir. Küvete girip çıkma ve tutunma ihtiyacında belirlenen

istatistiksel anlamlı sonuç, yetersizliğe bağlı olarak düşme korkusunun da arttığını göstermektedir. Bu bulgu ile daha önce yapılmış bazı araştırma sonuçları arasında paralellik görülmektedir. Yaşlı insanların düşme korkularının arkasındaki nedenleri incelemek için yapılan bir araştırmada vücuttaki denge sorunlarının düşme korkusunu beslediği ortaya konulmuştur (Lach, 2005; Hatch, Gill-Body, & Portney, 2003). Ayrıca düşük sağlık düzeyinin insanların sağlık servislerini daha sık kullanmalarıyla ve düşme vakalarındaki artışla bağlantılı olduğu (Fessel & Nevitt, 1997), sağlık düzeyindeki düşüklüğün fiziksel ve fonksiyonel zayıflıklara yol açarak düşme korkusunu arttırdığı da bulgular arasındadır (Friedman ve ark., 2002; Lawrence ve ark., 1998).

Yaşlı insanlarda ev ortamında düşme vakaları en çok yatak odası, merdiven ve banyoda gerçekleşmektedir (Campbell ve ark., 1995). Yapılan araştırmada 60 yaş üstü katılımcıların %92'sinin (n=35) banyosunda kavrama borularının bulunmadığı, %65'inin (n=24) ise banyoda kaymayı önleyen bir tedbirinin olmadığı belirlenmiştir. Yine aynı grubun %58'inin (n=21) duşta veya banyoda bir oturma yeri bulunmamaktadır. Banyoda yapılacak kavrama boruları ve kaymaz yüzeyler gibi değişiklikler, yaşlı insanların bağımsız banyo yapma yetilerini arttırmaktadır (Kutty, 2000).

Yetersizlik çeşidine bağlı olarak araştırılan banyo etkinlikleri zorluk düzeyinde ise herhangi bir bağıntı bulunmamıştır (Tablo 4). Yani yetersizlik çeşitleri, banyo etkinliklerindeki zorluk düzeyini birbirinden farklı olarak etkilememektedir. Yalnız banyo için yardım alma konusunda, yürüme yetersizliği olanların diğer gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla yardım aldığı bulunmuştur. Bu sonuç, banyo yapma sırasındaki bazı etkinliklerin yer değiştirme gerekliliği dolayısıyla kayma ve düşmelere neden olabileceği varsayımına ve dolayısıyla daha fazla yardım ihtiyacına bağlanabilir. Görme yetersizliğinin diğer yetersizliklerle kıyaslandığında bütün yaş gruplarında oldukça yaygın olduğu (%65), ancak banyo etkinliklerinde algılanan zorluk düzeyine baskın bir olumsuz etkisi olmadığı belirlenmiştir. Ancak literatürde, görme yeteneğindeki yetersizliklerin yaşam kalitesinde, hareketlilikte, günlük görsel ağırlıklı işlerde, sosyal etkinliklerde ve psikolojik iyilik halinde önemli etkileri olduğu bilinmektedir (Fylan, 2005). Hollanda'da görme yetersizliği bulunan yaşlı insanlara yapılan bir araştırmanın sonuçlarına göre ise bireylerin hareketliliklerinin (bir yerden bir yere erişimlerinin) görme yetersizlikleri dolayısıyla kısıtlandığı, bu bireylerin sosyal aktivitelerle daha az ilgilendikleri ve yardım almaya daha eğilimli oldukları bulunmuştur (Brouwer ve ark., 2005). Bu çalışmada, banyo mekanının kişisel bir ortam olması dolayısıyla görme yeteneğindeki sorunların diğer yetersizliklere baskın bir zorluk düzeyi göstermediğini düşünebiliriz.

Yetersizlik sayısının artmasına bağlı olarak banyo etkinliklerinde algının zorlaşması da beklenen bir sonuçtur (Tablo 5). Yaşlı insanların yapabilirlikleri ne kadar azalırca bağımsızlıkları da o derece kısıtlanmaktadır. Erişim problemleri olan ve bağımsız etkinlik olanağı vermeyen ev ortamları, yaşlı insanların kişisel sağlık ve iyilik hislerini olumsuz yönde etkilemektedir (Iwarsson ve Isacson, 1997). Bu durum Lawton (1983, 1991) tarafından önerilen The Good Life Modeli'nin ana bölümleri arasındaki ilişkiye de işaret etmektedir. Yaşlı insanların iyi hayat düzeyini etkileyen dört alan, davranışsal yeterlilik (Behavioral competence), psikolojik iyilik hali (Psychological well-being), nesnel çevre (Objective environment) ve algılanan hayat kalitesi (Perceived quality of life) olarak önerilmektedir. Bu alanlardan herhangi birindeki olumlu değerlendirme, diğer alanların da olumlu etkilenmesi sonucunu getirecektir. Buna göre, nesnel çevrenin (banyo ve onu oluşturan fiziksel özellikler gibi) erişilebilir olması ve bunun sonucu varolan davranışsal yeterlilik, psikolojik iyilik halini ve algılanan hayat kalitesini de olumlu yönde etkileyebilecektir. Buna bağlı olarak, yapılan çalışma yaşlı insanların yetersizliklerine

bağlı olarak davranışsal yeterliliklerini kaybettiklerine bir örnektir. Bu ilişkiler arasındaki bağlantılarla ilgili pek çok konu, araştırmaya açık bir konumdadır. Bulguların sonuçlarına bağlı olarak, mekan ve ürün tasarımcılarına da sorumluluklar düşmektedir. Banyo tasarımında kavrama borularının ve kaymazlık önlemlerinin mekanın vazgeçilmez özellikleri olarak kabul edilmesi gerekmektedir. Bu anlamda yapılan değişiklikler, yaşlılardaki düşme oranını %30 düzeyinde azaltmaktadır (Tinetti ve ark., 1994).

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma çevresel psikoloji ve diğer ilişkili bilim dalları ile fiziksel çevreye ait uygulama kararları arasında bir boşluk olduğunu göstermektedir. Ülkemizdeki yaşlı insan nüfusunun hızlı artışı, onların yaşam kalitesini artırma konusundaki eğilimlere hız verilmesini gerektirmektedir.

Bu çalışmanın metodolojisi dolayısıyla doğasından kaynaklanan bir sınırlılığı mevcuttur. Bu da, banyo kullanımında karşılaşılan zorluk düzeyinin, bireylerin kendi kişisel yargıları olarak tespit edilmiş olmasıdır. Ancak daha önce yapılmış bağımsızlık/erişilebilirlik ve kişisel sağlık/ iyilik hissi arasındaki bağıntıları inceleyen araştırma sonuçlarıyla paralellik göstermesi ve banyo mekanının bu anlamda ele alınmış olmasıyla değer taşımaktadır. Araştırmadaki algılanan zorluk düzeyinin banyo donatısıyla ilgili tasarım ve ölçüsel verilerinin incelenmesi ve bu iki veri arasındaki bağlantının araştırılması, daha kapsamlı sonuçların elde edilmesini sağlayabilir.

Bu araştırmadaki birey sayısının artırılmasıyla pek çok farklı değişkene bağlı olarak veri toplanması mümkün olacaktır. Bu çalışmada yaşlı insanların yetersizliklerine yönelik bazı özel banyo ekipmanlarının (kavrama boruları gibi) varlığı sorgulanmış olmasına karşın, bu ekipmanların çok az mevcut olması dolayısıyla bu veriye istatistiksel çalışma yapılamamıştır. Ancak bu tür yardımcı ekipman kullanılan ve kullanılmayan banyolardaki zorluk düzeyi karşılaştırması, bir araştırma konusu olarak ele alınabilir.

Çalışmanın sadece belli bir kentsel alandan seçilen bireylerle yapılmış olması, sonuçların genel yargılar için kullanılmasında dikkatli olunmasını gerektirmektedir. Farklı gelir düzeyi ve sosyo-kültürel gruplar arasında yapılacak karşılaştırma, çalışmanın verileriyle ilgili daha kapsamlı sonuçlar sağlayacaktır.

Sonuç olarak bu çalışma, yaşlı insanların farklı yetersizlik düzeylerine bağlı olarak bazı banyo aktivitelerinde zorluklarla karşılaştıklarını, bu durumun onların bağımsızlık ve yapabilirlik hislerini olumsuz etkilediğini ortaya koymaktadır. Banyo mekanlarındaki tasarım/erişim hataları da bu durumun nedenlerindedir. Özetle, yaş ve banyo aktivitelerindeki zorluk düzeyi arasında özellikle 80 yaş ve sonrasında bağlantılar olmasına karşın (Tablo 2), bu iki değişken arasındaki bağlantının ana kaynağı yaşa bağlı olarak artış gösteren yetersizliklerdir. Çeşidine göre varolan yetersizliklerle zorluk düzeyi arasında bir bağıntı bulunmazken (Tablo 4), yetersizliği olan ve olmayanlar arasındaki algılanan zorluk düzeyi arasında önemli farklılıklar bulunmuştur (Tablo 3). Yetersizlik sayısının artmasıyla zorluk düzeyinde de artış gözlenmektedir (Tablo 5). Bu çalışmanın sonuçları, yetersizlik düzeyine bağlı olarak banyo tasarımlarının özelleşebileceğini, ancak erişilebilir bir banyonun her yaş düzeyinin kaçınılmaz ihtiyacı olduğunu ortaya koymaktadır.

KAYNAKLAR

- AIKEN, L. R. An Introduction to Gerontology. Sage Publications, London, (1995). Pp: 53.
- BROUWER, D. M., Sadlo, G., Winding, K. & Hanneman, M.I.G. Limitation in Mobility: Experiences of Visually Impaired Older People. A Phenomenological Study, International Congress Series, 1282, 474-476, (2005).
- CAMPBELL, A.J., Busby, W. J., Robertson, M.C., Lum, C.L., Langlois, J.A. & Morgan,

F.C. Disease, Impairment, Disability and Social Handicap: A Community Vased Study of People Aged 70 years and Over, *Disability and Rehabilitation*, 16, 72-79, (1994).

DEMING, M. B. & Cutler, N. E. "Demography of the Aged". In D. S. Woodruff and J. E. Birren (Eds.). *Aging: Scientific Perspectives and Social Issues* (2nd ed.). Brooks-Cole, Monterey, CA, (1983). Pp: 18-51.

DİE. "Özürlülük oranı". Devlet İstatistik Enstitüsü Veritabanı. <http://www.die.gov.tr/yillik/05-saglik.pdf>, 2004.

ERA, P., Lyyra, A. L., Viitasalo, J.T. & Heikkinen, E. Determinants of Isometric Muscle Strength in Men of Different Ages. *Eur. Journal of Applied Physiology*, 64,1, 84-91, (1992).

FESSEL, K. D. & Nevitt, M. C. Correlates of Fear of Falling and Activity Limitations Among Persons with Rheumatoid Arthritis. *Arthritis Care and Research*, 10(4), 222-228, (1997).

FRIEDMAN, S. M., Munoz, B., West, S. K., Rubin, G. S. & Fried, L. P. Falls and Fear of Falling: Which Comes First? A Longitudinal Prediction Model Suggests Strategies for Primary and Secondary Prevention. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(8), 1329-1335, (2002).

FYLAN, F. Focus-Qol: Measuring Quality of Life in Low Vision. *International Congress Series*, 1282, 549-553, (2005).

GRIST, R. R., White, T. R., Hasell, M.J., Williams, S. R., Hill, R. & West J. L. *Accessible Design Review Guide. An ADAAG Guide for Designing and Specifying Spaces, Buildings and Sites*. McGraw Hill, New York, (1996). Pp: 12-60.

HATCH, J., Gill-Body, K. M. & Portney, L.G. Determinants of Balance Confidence in Community-Dwelling Elderly People, *Physical Therapy*, 83(12), 1072-1079, (2003).

HOGLUND, J.D. *Housing for the Elderly: Privacy and Independence in Environments for the Aging*. Van Nostrand Reinhold, New York, (1985). Pp: 78.

IWARSSON, S. & Isacson, Å. Quality of Life in the Elderly Population: An Example Exploring Interrelationships Among Subjective Well-being, ADL Dependence, and Housing Accessibility, *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 26, 71-83, (1997).

KUTTY, N. The Production of Functionality by the Elderly: A Household Production Function Approach, *Applied Economics*, 32, 1269-1280, (2000).

LACH, H. W. Incidence and Risk Factors for Developing Fear of Falling in Older Adults, *Public Health Nursing*, 22(1), 45-52, (2005).

LAWTON, M.P. Environment and Other Determinants of Well-being in Older People, *Gerontologist*, 23, 349-357, (1983).

LAWRENCE, R. H., Tennstedt, S. L., Kasten, L. E., Howland, J. & Jette, A. M. Intensity and Correlates of Fear of Falling and Hurting Oneself in the Next Year: Baseline Findings from a Roybal Center Fear of Falling Intervention, *Journal of Aging and Health*, 10(3), 267-286, (1998).

LAWTON, M.P. A Multidimensional View of Quality of Life in the Frail Elders, *The Concept and Measurement of Quality of Life in the Frail Elderly*, eds: Birren, J.E., Lubben, J.E., Rowe, J.C., Academic Press Inc., San Diego, US, (1991). Pp: 3-27.

MACE, R.L. *The Accessible Housing Design File*. Van Nostrand Reinhold, New York, (1991). Pp: 171-187.

PANERO, J. & Zelnik, M. *Human Dimensions and Interior Space*. New York: Watson-Guptill Publications, London: The Architectural Press., (1979). Pp: 47-55.

PINTO, M.R., De Medici, S., Van Sant, C., Bianchi, A., Zlotnicki, A. & Napoli, C. *Ergonomics, Gerontechnology, and Design for the Home-environments*, Applied

Ergonomics, 31, 317-322, (2000).

RASCHKO, B.B. Housing Interiors for the Disabled and Elderly. Van Nostrand Reinhold, New York, (1991). Pp: 48.

SCHUURMANS, H., Steverink, N., Frieswijk, N., Buunk, B., Slaets, J. & Lindenberg, S. How to Measure Self-Management Abilities in Older People by Self-report. The Development of SMAS-30, Quality of Life Research,14(10), 2215-2228, (2005).

TMMOB Mimarlar Odası İstanbul Büyükkent Şubesi, Ulaşılabilirlik Kılavuzu, İstanbul, (1990). Pp: 6.

U. S. Bureau of the Census. "The elderly around the globe" U.S. Bureau of the Census International Database.

<http://www.census.gov/ipc/prod/wp02/wp-02004.pdf>, 2004.

VALINS, M. Housing for Elderly People: A Guide for Architects, Interior Designers. Architectural Press, London , (1988). Pp: 13-14.

WILKOFF, Wm. L. & Abed, L.W. Practicing Universal Design. Van Nostrand Reinhold , New York , (1994). Pp: 23.

TINETTI , M.E. , Baker, D.I., McAvay, G., Claus, E.B., Garrett, P., Gottschalk, M.L. & Koch, K. A Multifunctional Intervention to Reduce the Risk of Falling Among Elderly People Living in the Community, The New England Journal of Medicine, 331, 821-827, (1994).

TABLO 1. Araştırmaya Katılan Bireylerin Yaşa Bağlı Yetersizlikleri

Görme Yetersizliği

Kavrama zorluğu +Güç Kaybı

Duyuma Zorluğu

Yürüme Zorluğu

Engelsiz

50-60 yaş

n=25

12

1

2

1

10

60-70 yaş

n=23

10

3

2

2

10

70-80 yaş

n=10

7

2

3

4

1

80+ yaş

n=5

5

2

0

2

0

$\Sigma n=63$

TABLO 2. Banyo Etkinliklerindeki Yaşa Bağlı Algılanan Zorluk Düzeyi

50-60 yaş

60-70 yaş

70-80 yaş

80 ve sonrası

n=25

n=23

n=10

n=5

Ortalama (X)-

Ortalama (X)-

Ortalama (X)-

Ortalama (X)-

F

P

Standart sapma (S)

Standart sapma (S)

Standart sapma (S)

Standart sapma (S)

Küvete girip çıkmak

2.381-0.9207

2.5294-0.7998

2.5556-1.0138

3.25-0.9574

1,05

0,381

Tutunma ihtiyacı *

1.64-0.9074

1.8261-0.9841

2.5-1.0801

3.8-0.4472

8,50

0,00

Musluklara ulaşılırlık

1.88-0.781

1.8095-0.8136

2-0.4714

1.6-0.5477

0,36

0,78

Duş başılığını takmak *

1.92-0.8622

2.3043-0.9261

2.4-0.6992

3.6-0.5477

5,63

0,002

Havlulara erişmek

1.96-0.6758

2.087-0.9

2.2-0.7888

2.-0.7071

0,25

0,858

Banyo için yardım almak

0.24-0.8307

0.3636-0.658

0.5556-1.333

1.2-1.6432

1,53

0,217

Lavabo kullanmak

1.56-0.7681

1.8636-0.9409

2.2-1.1353

2.2-0.4472

1,67

0,184

Tuvalete oturup kalkmak

1.48-0.7141

1.8261-0.777

2.3-1.1595

2.2-0.4472

3,00

0,037

Tuvalet kağıdına erişmek *

1.56-0.6506
1.6087-0.6564
1.8-1.0328
3.0-1.0
5,43
0,002

Zorluk veya bağımlılık düzeyleri
1=Çok kolay 2=Kolay 3=Zor 4=Çok zor
1=Çok az 2=Az 3=Fazla 4=Çok fazla
* p £ 0.01

TABLO 3. Banyo Etkinliklerinde Yetersizliği Olup Olmamaya Bağlı Algılanan Zorluk Düzeyi

Yetersizliği olmayan
Yetersizliği olan

n=21
n=42

Ortalama (X)-
Ortalama (X)-
F
P

Standart sapma (S)
Standart sapma (S)

Küvete girip çıkmak *
2.00-0.6794
2.7297-0.9021
7,51
0.009
Tutunma ihtiyacı *
1.381-0.590
2.333-1.162
12,44
0,01
Musluklara ulaşılabilirlik
1.65-0.5871
1.9512-0.7730
2,36

0,13
Duş başlığını takmak
2.0476-1.0235
2.3810-0.8821
1,80
0,19
Havlulara erişmek
1.8571-0.7270
2.1429-0.7831
1,95
0,167
Banyo için yardım almak
0.2-0.5231
0.5122-1.0982
1,45
0,234
Lavabo kullanmak
1.6-0.9403
1.9286-0.8665
1,84
0,18
Tuvalete oturup kalkmak
1.5714-0.7464
1.9048-0.8782
2,22
0,141
Tuvalet kağıdına erişmek
1.5238-0.6016
1.8333-0.9084
1,99
0,163

Zorluk veya bağımlılık düzeyleri
1=Çok kolay 2=Kolay 3=Zor 4=Çok zor
1=Çok az 2=Az 3=Fazla 4=Çok fazla
* p £ 0.01

TABLO 4. Banyo Etkinliklerinde Yetersizlik Çeşidine Bağlı Algılanan Zorluk Düzeyi

Görme Yetersizliği
Kavrama
Duyma
Yürüme

n=35

n=8

n=7

n=9

Ortalama (X)-

Ortalama (X)-

Ortalama (X)-

Ortalama (X)-

F

P

Standart sapma (S)

Standart sapma (S)

Standart sapma (S)

Standart sapma (S)

Küvete girip çıkmak

2.5667-0.8976

3.3333-0.5774

3.3333-0.5774

4.00-0.00

2,05

0,126

Tutunma ihtiyacı

2.171-1.098

3.667-0.577

2.333-1.528

4.00-0.00

2,47

0,077

Musluklara ulaşılrlık

1.9118-0.6212

1.6667-0.5774

2.00-1.7321

4.00-0.00

2,86

0,050

Duş başlığını takmak

2.3714-0.8432

2.6667-1.5275

2.00-1.00

3.00-0.00

0,44

0,727

Havlulara erişmek

2.2-0.7971
1.6667-0.5774
2.00-1.00
2.00-0.00
0,46
0,714
Banyo için yardım almak *
0.2941-0.76
1.3333-2.3094
1.00-1.00
4.00-0.00
6,42
0,001
Lavabo kullanmak
1.8857-0.7960
2.3333-1.1547
2.00—1.7321
2.00-0.00
0,24
0,867
Tuvalete oturup kalkmak
1.8571-0.7724
2.3333-1.5275
2.00-1.7321
2.00-0.00
0,27
0,845
Tuvalet kağıdına erişmek
1.8857-0.9322
1.3333-0.5774
1.6667-1.1547
2.00-0.00
0,37
0,776

Zorluk veya bağımlılık düzeyleri

1=Çok kolay 2=Kolay 3=Zor 4=Çok zor

1=Çok az 2=Az 3=Fazla 4=Çok fazla

* p £ 0.01

TABLO 5. Banyo Etkinliklerinde Yetersizlik Sayısına Bağlı Algılanan Zorluk Düzeyi

Yetersizliği olmayan

1 Yetersizlik

2 Yetersizlik

3 Yetersizlik

n=21

n=32

n=7

n=3

Ortalama (X)-

Ortalama (X)-

Ortalama (X)-

Ortalama (X)-

F

P

Standart sapma (S)

Standart sapma (S)

Standart sapma (S)

Standart sapma (S)

Küvete girip çıkmak *

2.00-0.6794

2.6538-0.7971

2.6667-1.0328

3.75-0.50

5,68

0,002

Tutunma ihtiyacı *

1.3810-0.5896

2.0968-1.1649

2.6667-1.0328

3.5-0.5774

7,16

0,000

Musluklara ulaşılabilirlik

1.65-0.5871

1.9032-0.8309

2.2-0.4472

2.25-0.5

1,38

0,26

Duş başlığını takmak

2.0476-1.0235

2.3226-0.9087

2.5-0.5477

3.0-0.8165

1,39

0,254

Havlulara erişmek *

1.8571-0.7270

1.9355-0.6290

2.5-0.8367

3.25-0.9574

5,50

0,002

Banyo için yardım almak *

0.2-0.5231

0.3-0.8367

0.8333-1.6021

1.75-1.5

3,93

0,01

Lavabo kullanmak

1.6-0.9403

1.8065-0.8334

2.3333-1.0328

2.5-0.5774

1,90

0,14

Tuvalete oturup kalkmak *

1.5238-0.6016

1.6452-0.7549

1.8333-1.169

2.3-1.1595

4,62

0,006

Tuvalet kağıdına erişmek *

1.56-0.6506

1.6087-0.6564

1.8-1.0328

3.0-0.8165

4,43

0,007

Zorluk veya bağımlılık düzeyleri

1=Çok kolay 2=Kolay 3=Zor 4=Çok zor

1=Çok az 2=Az 3=Fazla 4=Çok fazla

YAZAR NOTLARI

Prof. Dr. Erhan Balkan'a bu çalışmanın bir an önce tamamlanması için verdiği destekten dolayı teşekkür ederim.

ACCESS PROBLEMS OF ELDERLY PEOPLE IN BATHROOM USE

Aging is a process that influence the order of late period of life with the appearance of impairments. As being aged, health and mobility problems are accepted the signs of aging. However, aging process represents variety with respect to age, sexuality, race,

experience, culture and ability levels of people (Deming and Cutler, 1983; Aiken, 1995). As a result of aging process, some of the daily activities of elderly people, are restricted. Impairments that accompany the aging are resulted by the lost or decreased body functions. Studies in ergonomics and gerontechnology try to improve the relationship between the physical environment and the elderly people. Physiological decline that cause the problems between elderly people and physical environment can be stated as reach problems, increasing tendency of fall, decreasing in sensory abilities and mobility impairments.

In despite of functional and morphological restrictions resulted by aging, elderly people forms the main body of the social consciousness and experience of a society. Therefore, keeping their active roles in the daily life is a social responsibility. This goal can be achieved by compensating the disabilities with sensitive design attitudes in the physical environment.

Advances in technology, developments in health and medical sciences extended the human life expectancy. Hence aging population has been increased proportionally in total population in the developing countries. In the forthcoming fifty years, aging population in the world is expected to increase drastically in total world population. In our country, the proportion of the elderly people above 60 years to total population was %5-9 in year 2002 and it is expected to exceed %10 in year 2025 (US Census Bureau International Database, 2002). The disability level of this population is also increasing with aging.

Since design attitudes for the environment directly influence the life quality of elderly people, architects and designers are required to carry the responsibility of designing accessible environments. Beyond being a physical shelter for people, house is a private living environment that people spend majority of their time while finding personal security and privacy there. It is known that elderly people spend most of their time in house (Pinto, M.R. et.al., 2000). Therefore, a house environment where necessary life conditions are not provided, physical and psychological health of elderly people is negatively affected and they need to take help from outside.

One of the most important defect in the living environments is the misfit of measurements to the elderly people (Hoglund, J. D., 1985; Panero and Zelnik, 1979). While young people can tolerate misfit in the measurements, elderly people cannot do this because of their physiological impairments. If the design decisions are given according to the needs of elderly people, these decisions will also support the needs of other age groups.

In our country, conditions of life and expectations of elderly people is a research area that has to be taken into consideration to determine the design politiques and decisions of social support. Elderly people, who lives dependent or independent, should be the source of reference through their experiences, expectations and habits. The aim of this study is to determine the covariation between the age group, the impairment and the perception of difficulty and dependence in the bathroom activities. Results of the research are also looking for the attitudes and habits of elderly people in bathroom use.

METHODOLOGY

Sample: Research results were obtained from randomly selected 63 people who are either living independent or together with their relatives in house. They are above the age of 50 and from middle and upper middle income level. To be able to make a comparison between the late period of middle age and the older ages, research data was collected from the age beginning from fifties. Age data was divided into ten years of periods as between 50 to 60, 60 to 70, 70 to 80 and 80 above. Respondents were also questioned

about their physical and sensory impairments.

Means of Data Collection: A questionnaire was distributed to the sample. The ones who declared not having any impairment were also included in the collected data in order to search the covariance between the perception of difficulty-dependence and age groups. Respondents were also asked the accessibility and other characteristics of their bathroom and use habits.

Process: In the research, the perception of difficulty-dependence (PPD) level were investigated in addition to accessibility and habits of use. Perception of difficulty-dependence (PPD) corresponds to the personal level of perception when doing an activity without taking any support or the amount of support to be needed. Four levels of difficulty are defined as “very difficult, difficult, easy and very easy”. In order to define the dependence of respondents, they were questioned whether they are taking support from a vehicle or a person. For these questions, four levels are defined as “very little, little, much and very much”. When the mean values were found to be equal and less than 2, it means that the respondents find the activity difficult to realise. If higher than 2, it refers to the activity to be found easy. Meanwhile, if the means of dependence questions are found to be equal and less than 2, it means the respondents feel little dependence and if higher than 2, then they feel much dependence. To examine the significance of the findings, test of ANOVA was further applied and the results were discussed according to the findings.

FINDINGS

In this research, more than half of the respondents (n=37) are above 60 years old. Majority of this group (n=23) is in between 60-70 years old. There are 9 people in between 70-80 age group and 5 people above 80 years old. 25 people who are between the ages 50-60 are included in the research to compare their data that belong to the pre-elderly period with the other age groups. In the questionnaire, physical impairments are described as visual impairment, grasping difficulty and power loss, hearing impairment, walking impairment and loss of touching sense. A major amount of respondents (n=42) reported that they had at least one of these impairments. The respondents who have power loss and walking impairments (n=8) are all using either a cane or a tripod cane. Means and standard deviations in perception of difficulty-dependence (PDD) are given in Table 1. Age periods are selected as 50-60, 60-70, 70-80 and 80 above. Levels of difficulty perception in bathroom activities are described as easy and very easy (mean \leq 2) or difficult and very difficult (mean $>$ 2). In questions about dependence (Holding in shower/bath, receiving help to have bath), levels are defined as very little, little (mean \leq 2) or much and very much (mean $>$ 2). Questions about bathroom activities include, going in and out of bath tube, holding in the shower/bath tube, reaching the faucet controls, fixing the shower head, reaching the towels, receiving help for bathing, using the lavatory, sitting and standing the toilet and reaching the toilet roll. Some of these activities represented higher mean values in relation to age (see Table 1). Test of ANOVA was applied to evaluate the results statistically. Finally holding need in shower/bath, fixing the shower head, reaching the toilet roll were found to be statistically significant in relation to age ($p \leq 0,01$).

Another view point of the study is based on PPD in bathroom activities in relation to impairment types. Three types of relations were investigated under this topic. The first one is based on a comparison between the respondents having impairments and the ones who do not have. Means and standard deviations are given in Table 2. In all

bathroom activities, the means of respondents with impairments, were found to be high (x £ 2) in comparison to the ones without impairments. Hence, first group feels higher difficulty and dependence in bathroom activities. Test of ANOVA proves statistical significance only in activities of going in and out of bath tube and holding need in shower/bath.

A second test is applied to find a relation between the impairment types and activities. In this study, PPD of people with visual impairment, grasping difficulty and power loss, hearing, sense of touch and walking impairments compared in various bathroom activities. Results are indicated in Table 3. According to results of ANOVA test, types of impairments do not represent a difference in between the means of PPD in bathroom activities. Only the ones who have walking impairments are found to take more help in bathing and the ones with grasping difficulty and power loss follow this group. The third research is based on the number of impairments in relation to PPD of bathroom activities. The respondents having one, two or three impairments were identified and increasing number of impairments were tested for PPD. The results are given in Table 4. It was found that in all bathroom activities, PPD is increasing with the increasing number of impairments. The results of ANOVA also indicates that, data about all activities are statistically significant except the activities of reaching the faucet controls, fixing the shower head and using the lavatory. It means that when the number of impairment increases, PPD is also increasing.

DISCUSSION

The results of this research represents the findings about aging and impairments, which are accepted as part of being elderly, in relation to bathroom activities. Since getting older and accompanying impairments are accepted as the determinants of the aging process, these two factors which were investigated for their influence on perception of difficulty-dependence in bathroom activities of elderly people formed the main hypotheses of the research.

Although there are drastic increases in the mean values of PDD in some of the activities (e.g. going in and out of bath tube, holding in shower/bath, fixing shower head, reaching toilet roll) for the age above 80 years old, increases are found to be lower in the other subsequent age groups. This finding leads to the idea that people do not lose the subjective feeling of independence when they are getting older if not an impairment accompanies. The last part of this theorem formed the second hypothesis of the study as the appearing impairments cause the loss of feeling of independency. First finding indicated that getting older by itself is not influential in increase of PDD in bathroom activities.

When PDD of the respondents with impairments are compared with the ones without impairments, the first group has higher mean values of PDD than the second group. This is an expected result that the impairments increase the mean values of PDD. A significant finding in the activity of going in and out of bath tube implies that fear of falling increases depending on the appearance of impairments. In elderly people, most of the falls happen in bedroom, stairs and bathroom in house environments (Campbell et.al., 1995). In the research, % 92 percent of the respondents (n=35) above 60 years old are not using grab bars in their bathroom, and % 65 of them (n=24) do not use any preventative against slippery surfaces. Besides, % 58 of the same group (n=21) do not have a seat in bath tube or shower. Adaptations like grab bars and non-slippery surfaces in the bathrooms increase the independency of the elderly people (Kutty, 2000).

No relation was found between the types of impairments and PDD. This means that impairments do not influence the perception differently in various bathroom activities. The only statistically significant finding is about receiving help when having a bath, i.e. the ones with walking impairments are taking more help to have a bath. This result implies that some of the activities that require change of place in the bath tube can cause fear of slip and fall, hence results a demand in elderly people to receive more help from the other people. Visual impairments were found to be prevalent to all age groups (%65), but not negatively influential on bathroom activities.

It is also an expected result that mean values of PDD increases depending on increasing number of impairments. The more the abilities of elderly people decreases, the more their independence is lost. The house environments with accessibility problems influence the feeling of subjective health and well-being of elderly people negatively (Iwaarson ve Isacsson, 1997). This corresponds to the relations between the main parts of Lawton's model of The Good Life (1983, 1991). The four fields that influence the order of life of elderly people are proposed as beavioral competence, psychological well-being, objective environment and perceived quality of life. A positive evaluation in any one of these fields can cause positive impressions also in the other fields. Accordingly, accessibility of objective environment (like bathroom and its physical qualities) and the existing behavioral independence in result brings the feeling of psychological well-being and positive perception of life quality as well. This research indicates that elderly people loose the behavioral independency depending on the appearance of impairments with aging. Many factors in relation to these issues are waiting to be investigated. Product and interior designers are charged with the responsibility to develop a sensitive design attitude depending on the results of findings in researches. Grab bars and non-slippery surfaces should be accepted as the essentials of bathroom design. It is known that adaptations decrease the cases of falls %30 (Tinetti et.al., 1994).

This research also indicates that there is a gap between the environmental psychology, related fields of study and the application of the decisions in reality. Rapid increase of the elderly population in our country requires to invoke attitudes to increase their life quality. As a result, the bathrooms with accessibility problems influence the perception of ability and independence of elderly people. The results of this study also point out that the design of bathrooms can be specified according to impairments of the elderly people, however, an accessible bathroom is an indispensable need of all age groups.

I.Uluslararası Bakım Kongresi İstanbul Deklarasyonu

1. Uluslararası Bakım Kongresi 02-08 Mayıs 2005 tarihlerinde İstanbul'da Yapılmıştır. Kongre sonunda yayınlanan İstanbul Deklarayonunu Bakım Kongresi katılımcıları görüş birliği ile kabul etmişlerdir.

İSTANBUL DEKLARASYONU KÜRESEL YAŞLANMA VE BAKIM

Nüfus yaşlanması 21. asrın en önemli demografik trendidir. Bütün dünyada insanlar daha

uzun yaşamakta (yaşlı sayısı çoğalmakta) ve fertilité oranı azalmaktadır. Bunun sonucu olarak genç yaşlardaki insan sayısı azalırken, yaşlanan insan sayısı artmaktadır. Nüfus yaşlanması, sağlıktan sosyal güvenliğe, çevre ile ilgili konulardan eğitime, iş olanaklarına, eğlence endüstrisine ve aile hayatına kadar toplumun bütün yönlerini etkilemektedir. Zengin ülkelerin nüfusu yaşlanmış ve daha da yaşlanmakta fakat Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerin yaşlanma durumu ve hızı henüz öncelik arzedecek kadar önem verilmemiş bir konudur.

Bu noktadan hareketle 02- 08 Mayıs 2005 İstanbul ,1. Uluslararası Bakım Kongresi katılımcıları aşağıdaki konuları görüş birliği ile kabul etmişlerdir.

1. Yaşlanma, gelişim gündeminin en önemli parçasıdır. 2015 yılına kadar bütün dünyada yoksulluğun azaltılması isteniyorsa yaşlanma konusunun milenyum gelişme hedeflerine dahil edilmesi için çaba harcanmalıdır.
 2. Yaşlı popülasyonun büyük çoğunluğu ailelerine, toplumlarına ve ekonomilerine kaynak oluşturmaktadır. Bütün ülkelerde bunların katkıları çok önemli olmakla beraber pek fark edilememektedir. Aslında yaşlılar bir yük olmaktan çok buldukları ortama bir çok katkı sağlayan insanlardır.
 3. Bazı incinebilir, özellikle de çok yaşlı, düşkün, yoksul, dul, özürlü ve yalnız olan yaşlıların kültür ve cinsiyete duyarlı sosyal güvenlik sistemleri tarafından korunma altına alınmaları gerekmektedir.
 4. Sağlıklı yaşlanmayı hayat boyunca en güvenli biçimde sürdürmek ve garanti altına almak için yaşlı hayatında en iyi sigorta sağlıktır.
 5. Sağlık ve sosyal hizmetler birlikte yürütülmelidir. Temel sağlık sektörü yaşlılara toplum merkezli hizmetleri sunacak ideal bir yaklaşım olarak görülmelidir.
 6. İç ve dış göç, yaşlıların kendi doğdukları yerlerden uzaklaşmalarına ve riske maruz kalmalarına yol açmaktadır.
 7. Yaşlılıkla ilgili politikalar ayrımcı olmayan ve sosyal sisteme dahil edilerek etkin ve üretken yaşlanmayı sağlamalıdır; yaşlı kimselerin yalnızca ihtiyaçlarının değil haklarının da olduğu unutulmamalıdır.
 8. Geleceğin tüm profesyonelleri (doktorlar, hemşireler, avukatlar, mimarlar, öğretmenler, ev ekonomistleri, fizyoterapistler, beden eğitimi çalıştırıcıları, sosyal hizmetler uzmanları vs.) yaşlılığın çok yönlülüğü ile etkin olarak uğraşmak için uygun eğitim almalıdır.
 9. Nüfus yaşlanmasıyla birlikte uygun bakımın daha çok önem kazandığı hayatın son aşamalarında itibarlı, saygın, kaliteli yaşam ilkeleri unutulmaması gereken etik uygulamalardır
 10. Tüm toplumlarda aile, bakıma muhtaç yaşlı kimseleri destekleyen en önemli kaynaktır ve ailede bakımı sağlayanlar böyle bir temel rol oynamada desteklenmeli ve bu böyle kabul edilmelidir.
 11. Hayatın hiçbir safhasında yaşlının hakları ayrıma tabii tutulmamalıdır. Yüzyıllar boyu kültürler ve dinler arasındaki toleransı ve uygulamayı daha da geliştiren, doğu ile batı, zenginle yoksul, gelişmiş ve gelişmekte olan dünya ile doğal ve tarihi köprü vazifesi gören ve yüzyıllar boyu bu değerlerle beslenen Türkiye nüfus yaşlanması konusunda küresel lider olarak merkez rol oynayacak ideal bir ülkedir.
- I.Uluslar arası Bakım Kongresi İstanbul 2005 katılımcıları Uluslar arası Gerontoloji Birliği'nin ve Dünya Sağlık Örgütü'nün, Türkiye'yi, yaşlanma konusunun tüm aşamalarında, uluslar arası toplumun lideri yapma çağrısını onaylamışlardır.