

# Disiplinlerarası Bakış Açısıyla Sağlık Antropolojisi ve Sosyolojisi

---

Editörler  
Şinasi AŞKAR  
Güzin Yasemin TUNÇAY



LIVRE DE LYON

2023

Disiplinlerarası Bakış Açısıyla  
**Sağlık Antropolojisi ve Sosyolojisi**

**Editörler**

**Şinasi AŞKAR & Güzin Yasemin TUNÇAY**



**LIVRE DE LYON**

Lyon 2023



Disiplinlerarası Bakış Açısıyla  
**Sağlık Antropolojisi ve Sosyolojisi**

**Editörler**

**Şinasi AŞKAR & Güzin Yasemin TUNÇAY**



**LIVRE DE LYON**

Lyon 2023

## **Disiplinlerarası Bakış Açısıyla Sağlık Antropolojisi ve Sosyolojisi**

**Editors** • Assoc. Prof. Dr. Şinasi AŞKAR • Orcid: 0000-0002-7836-3798

Asst. Prof. Dr. Güzin Yasemin TUNÇAY • Orcid: 0000-0003-4872-1096

**Cover Design** • Motion Graphics

**Book Layout** • Motion Graphics

**First Published** • October 2023, Lyon

**ISBN:**978-2-38236-615-8

**copyright © 2023 by Livre de Lyon**

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording, or otherwise, without prior written permission from the Publisher.

**Publisher** • Livre de Lyon

**Address** • 37 rue marietton, 69009, Lyon France

**website** • <http://www.livredelyon.com>

**e-mail** • [livredelyon@gmail.com](mailto:livredelyon@gmail.com)



LIVRE DE LYON

## ÖNSÖZ

Sağlık, toplum ve bireylerin fizyolojik, psikolojik ve sosyal yönden tam iyilik ve denge halinde olmasıdır. Bu nedenle sağlık multidisipliner yaklaşım gerektiren bir alandır. Toplumda sağlık ya da hastalık değerlendirmesinin yapılabilmesi ancak bireylerin bütüncül olarak ele alınması ile gerçekleşebilir.

Sağlık Antropolojisi kültürel yönleriyle sağlık ve hastalık kavramlarını ele alır, bireye olan etkileri üzerinde durur. Sağlık sosyolojisi ise yine sağlık ve hastalık kavramlarının özellikle toplumsal yansımalarını araştırır, nedensellik ilişkilerini irdeler. Antropoloji insan davranışını bireysel düzeyde incelerken, sosyoloji sosyal yapılarının yanı sıra toplumsal davranış ve ilişkiler üzerinde durur. Bu kitapta disiplinlerarası bakış açısıyla sağlık antropolojisi ve sosyolojisi alanlarında güncel bilgilerin sunulması amaçlanmıştır. Katkı sağlayan tüm yazarlara teşekkür ederiz.

Okuyuculara yarar sağlaması dileğiyle...

**Editörler**

**Doç. Dr. Şinasi AŞKAR**

**Dr. Öğr. Üyesi Güzin Yasemin TUNÇAY**



# İÇİNDEKİLER

<b>ÖNSÖZ</b>	I
<b>BÖLÜM I.</b> HAYVANSAL KAYNAKLI FONKSİYONEL BESİNLER <i>Şeyma Nur ERCAN &amp; Şinasi AŞKAR &amp; TUNAY KONTAŞ AŞKAR</i>	1
<b>BÖLÜM II.</b> 3-6 YAŞ ÇOCUĞU OLAN EBEVEYNLERİN TUTUMLARI İLE CİNSEL EĞİTİME İLİŞKİN GÖRÜŞLERİNİN İNCELENMESİ <i>Begüm EVİRGEN &amp; Güzin Yasemin TUNÇAY</i>	9
<b>BÖLÜM III.</b> OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞU OLAN ÇOCUKLAR <i>Nazan KAYTEZ</i>	31
<b>BÖLÜM IV.</b> ERGEN FLÖRT ŞİDDETİNİN PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK ÜZERİNE ETKİSİ <i>Gül KADAN</i>	43
<b>BÖLÜM V.</b> YAŞLI REFAHININ İYİLEŞTİRİLMESİ: SOSYAL HİZMETİN ROLÜ <i>Tahsin Barış DEĞER</i>	63
<b>BÖLÜM VI.</b> BESLENME KÜLTÜRÜ VE BESLENMENİN TARİHSEL GELİŞİMİ <i>Şeyma Nur ERCAN &amp; Sevinç BAKAN</i>	89
<b>BÖLÜM VII.</b> SAĞLIK ANTROPOLOJİSİ BAĞLAMINDA GÖÇMEN SAĞLIĞI VE SOSYAL HİZMET <i>Serdar AYKUT</i>	99
<b>BÖLÜM VIII.</b> ERKEN ÇOCUKLUKTA İKİ DİLLİLİK VE DİL BOZUKLUKLARI <i>Ayşe ÇİFTÇİ</i>	113
<b>BÖLÜM IX.</b> ŞİZOFRENİ VE OKUPASYONEL KATILIM <i>Feyza ŞENGÜL</i>	131
<b>BÖLÜM X.</b> ERKEN ÇOCUKLUK EĞİTİMİNDE SAĞLIK <i>Nihan FEYMAN GÖK</i>	147
<b>BÖLÜM XI.</b> YENİLİKÇİ KRONİK BAKIM MODELİNE GENEL BİR BAKIŞ <i>Seher GÖNEN ŞENTÜRK</i>	161





# BÖLÜM I

## HAYVANSAL KAYNAKLI FONKSİYONEL BESİNLER

### *Functional Foods of Animal Origin*

Şeyma Nur ERCAN<sup>1</sup> & Şinasi AŞKAR<sup>2</sup> & Tünay KONTAŞ AŞKAR<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Çankırı Karatekin Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi,

Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Çankırı, Türkiye

E-mail: seymanurd06@gmail.com

ORCID: 0000-0002-1533-4973

<sup>2</sup>Çankırı Karatekin Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi,

Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Çankırı, Türkiye

E-mail: sinasia@gmail.com

ORCID: 0000-0002-7836-3798

<sup>3</sup>Çankırı Karatekin Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi,

Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Çankırı, Türkiye

E-mail: tunaykontas@yahoo.com

ORCID: 0000-0002-1121-8799

### 1. Giriş

**F**onksiyonel besinler, etkili düzeylerde düzenli olarak çeşitli bir diyetin parçası olarak tüketildiğinde sağlık üzerinde potansiyel olarak yararlı bir etkiye sahip olan güçlendirilmiş, zenginleştirilmiş veya geliştirilmiş besinler ile birlikte tam besinler olarak tanımlanmaktadır. Nutrasötikler sıklıkla fonksiyonel besinler terimi ile birbirinin yerine kullanılan bir terimdir. Ancak, nutrasötik terimi sağlık açısından fayda sağlayan hemen hemen her biyoaktif bileşeni (genellikle takviye formunda) ifade ettiğinden ve fonksiyonel besinler yalnızca besin formunda olduğundan, iki terim aynı

anlamda kullanılmamalıdır. Tıbbi besinler ve diyet takviyeleri, fonksiyonel besinler olarak kabul edilmez (1).

Fonksiyonel besin kavramı ilk kez 1980'lerde Japonlar tarafından kullanılmıştır. Japonların FOSHU (Foods For Specific Health Use) adını verdikleri fonksiyonel besinler kategorisinde 100 fonksiyonel ürün piyasada yer alırken, 2019 yılında onaylanan FOSHU ürünlerinin sayısı 1063'e yükselmiştir (2). Fonksiyonel besinler üç kategoride incelenmektedir (Tablo 1).

**Tablo 1.** Fonksiyonel Olarak Pazarlanan Besinlerin Kategorileri (1)

Kategoriler	Örnek
Temel besin öğeleri dışında biyoaktif besin bileşiklerini içeren besinler	Turunçgillerdeki antioksidan vitaminler, soya bazlı gıdalardaki izoflavonlar
Zenginleştirme veya kuvvetlendirme yoluyla biyoaktif besin bileşiklerini içeren değiştirilmiş besinler	Margarin ve yumurtalardaki n-3 yağ asitleri gibi
Sentezlenen besin bileşenleri	Sindirilmeyen karbonhidratlar, oligosakkaritler veya dirençli nişasta gibi prebiyotik faydalar sağlar.

Bir besinin fonksiyonel besin olarak tanımlanabilmesi için taşıması gereken özellikler:

- Besinin sağlığı koruyucu veya iyileştirici etkisi olmalı ve diyetin iyileştirmesini sağlamalıdır.
- Besin veya bileşenlerinin faydaları beslenme ya da medikal etkileri nedeniyle olmalıdır.
- Besin ya da bileşenlerinin tüketilen miktarlarının etkileri tespit edilebilmelidir.
- Güvenli olmalıdır.
- Besin veya bileşenlerinin özellikleri iyi tanımlanmalıdır.
- Besinlerin kompozisyonunun zararlı bir etkisi gözlenmemelidir.
- Bu besinler veya ürünler sıradan diyetlerde bulunabilmelidir.
- Bu besinler veya bileşenleri ilaç olarak kullanılmamalıdır (3).

**Tablo 2.** Hastalık riskinin azaltılmasıyla ilişkilendirilen bazı fonksiyonel besinler (4)

<b>Bileşen</b>	<b>Besin</b>	<b>Etki</b>
Likopenden zengin	Domates ürünleri	Kanser oranının azalması
n-3 yağ asidi içeren	Yumurtalar	Kolesterol seviyelerini düşürme
Polifenol açısından zengin	Siyah ve yeşil çay	Kanserin önlenmesi ve LDL ve toplam kolesterol düzeylerinin düşürme
Prebiyotikler	Sindirilemeyen oligosakkaritler	Kardiyovasküler hastalıklar, tip 2 diyabet ve bağırsak enfeksiyon hastalıkları için
Probiyotikler	Fermente süt ürünleri	Gastrointestinal sağlık
Konjuge linoleik asit	Geviş getiren hayvanlardan elde edilen süt ürünleri ve etler	Karsinojenezi değiştirme
	Kızılıçık suyu	Bakteriüriyi azaltma
	Turpgil sebzeler	Kanser riskini azaltma
Lutein açısından zengin	Sebzeler	Makula dejenerasyonu azaltılması

## 2. Hayvansal Kaynaklı Fonksiyonel Besinler

Bitkisel kaynaklı fonksiyonel besinler daha fazla olsa da hayvansal kaynaklı ürünlerde de optimal sağlık için potansiyel role sahip çok sayıda bileşik mevcuttur. Hayvansal kaynaklı fonksiyonel besinler örnek; yumurta, süt ve ürünleri, balık, kırmızı et verilebilir (5).

### 2.1. Balık

Balıklar iyi kaliteli protein, A, K ve B vitaminleri ile iyot, fosfor ve çinko gibi mineraller bakımından zengindir. Enerji değerleri yağlı balıklarda daha yüksektir. Balıkların yağ asit örüntüsünün çoğunluğu doymamış yağ asitlerinden oluşmaktadır. Bu nedenle sağlık üzerine olumlu etkileri olduğu bildirilmektedir (6).

Ana karbon iskeletinde çoklu çift bağ bulduran omega 3 yağ asitlerini içeren besinler besinsel önemleri ve biyolojik fonksiyonları nedeniyle birçok araştırmanın konusu olmuştur. Alfa-linolenik (ALA; 18:3, n-3) ana omega 3 yağ asidir; elangasyon ve desatürasyonla eikosapentaenoik asit (EPA; 20:5, n-3) ve dokosaheksaenoik asit (DHA; 22:6, n-3) oluşur. Özellikle yüksek oranda uzun

zincirli n-3 yağ asitleri kardiyovasküler hastalık riskinin azalmasıyla ilişkilidir (7). Yapılan bir meta analizde diyabet riski olan bireyler arasında C-reaktif protein üretimi için inflamasyon biyobelirteçlerinin azaltılmasında rolü olduğu bildirilmiştir (8)

Omega 3 yağ asitlerinin oksidatif reaksiyonlara duyarlılık ve duyuşal özellikleri fonksiyonel besinlerin üretiminde zorluklara neden olmaktadır. Oksidatif stabilizasyonu sağlayabilmek için fiziksel bariyerlerin varlığı, bileşimi, damlacık boyutu, antioksidan bileşiklerin varlığı ve yüksek sıcaklıklara, UV radyasyonuna ve atmosferik oksijene maruz kalmasını önlemelidir (9).

## 2.2. Süt ve Süt Ürünleri

Sütü memeli hayvanlar yavrularının büyümesi için salgırlar. Süt ortalama %87.3 su, %3.5 yağ, %3.4 protein, %5 karbonhidrat ve %0.7'si küldür. Sütün bileşimi hayvanın cinsine, mevsime ve beslenme şekline göre değişiklik gösterebilir. Hayvan süt proteinlerinin %85 kadarı kazein geriye kalan kısmı laktoalbumin ve lakloglobulindir. Süt yağlarının 2/3'ü doymuş, 1/3'ü doymamış yağ asitleridir. En çok bulunan palmitik ve oleik asittir. Sütte bulunan karbonhidrat laktozdur. Sütte en çok bulunan minerallerde kalsiyum ve fosfordur. Süt riboflavinin iyi bir kaynağıdır (6).

Süt, peynir, yoğurt ve diğer süt ürünlerinin insanın beslenmesine olumlu yönde katkıda bulunan başlıca besin bileşenleri arasında sütte bulunan protein, mineraller, vitaminler ve yağ asitleridir. Süt ürünleri tüketiminin kas yapımında, kan basıncını ve düşük yoğunluklu lipoprotein kolesterolü düşürmede, diş çürümesini, diyabeti, kanseri ve obeziteyi önlemede faydalı olduğunu bildirilmektedir. Ayrıca fermente süt ürünlerinde bulunan probiyotik mikroorganizmalarında sağlık üzerinde olumlu etkileri olmaktadır (10).

## 2.3. Yumurta

Yumurta hayvansal protein, vitamin, mineral, esansiyel yağ asitleri ve birçok biyoaktif bileşii içeren hayvansal kaynaklı bir fonksiyonel besin olarak tanımlanmaktadır. Yüksek biyolojik değeri nedeniyle %94'ü vücudumuz tarafından kullanılabilir. Günlük diyetimizde önemli bir yeri olan besindir ve anne süt gibi örnek protein kaynağı olarak gösterilmektedir. Yumurtanın içinde besin öğeleri ve biyoaktif bileşikler hastalıkların patofizyolojisinde yolakları etkilemektedir (11).

Yumurtanın ortalama %11'i kabuk, %58'i beyaz, %31'i de sarı kısımdan oluşmaktadır. Beyaz ve sarı kısımların besin ögesi bileşimi farklıdır. Yumurtanın

beyaz kısmında protein olarak albümin, müsin, mukoid ve avidi iken sarı kısmında vitelin ve fosvitindir. Yumurta yağının yaklaşık %30 doymuş, %10 çoklu doymamış, %60'ı da tekli doymamış yağ asitlerinden oluşmaktadır. Yumurta yüksek miktarda kolesterol içermesine rağmen yağ içeriğinin büyük bir kısmı doymamış yağ asitlerinden oluştuğu içindir (6).

Yumurtanın içerdiği biyoaktif bileşikler antiinflamatuvar, antihipertansif, antioksidan ve antikanser etki gösterebilmektedir. Yumurta tüketiminin HDL kolesterol düzeylerini artırarak ve inflamasyonu azaltarak bireyleri metabolik sendroma karşı koruyabileceği bildirilmektedir. Ayrıca yumurta tüketiminin aşırı kilolu/obez bireylerde inflamasyonu iyileştirebilen biyoaktif bileşenlerin doğrudan veya dolaylı etkisi ile vücut ağırlığı kaybını iyileştirebileceği ve yağ dokusu fonksiyonunu değiştirebilmektedir (12). Yumurtanın içeriğindeki antioksidan ve antihipertansif bileşenler aracılığı ile kan basıncı üzerinde faydalı etkiler göstermektedir. Yapılan hayvan çalışmalarında kan basıncının düşürülmesinde anjiyotensin dönüştürücü enzim (ACE) artışı ile birlikte kan basıncında düşme, nitrik oksit (NO) aracılı vazodilatasyon meydana gelmiştir (13-14).

#### **2.4. Kırmızı Et**

Et ve et ürünleri, normal fizyolojik ve biyokimyasal süreçler için önemli bir bileşen oluşturan esansiyel amino asitler, yağ asitleri, vitaminler ve mineraller gibi temel besin bileşenlerini içeren önemli besindir. Ancak et ve et ürünlerinin en büyük dezavantajı diyet posasının bulunmaması ve doymuş yağların varlığıdır (15). Protein ve yağın etteki oranı etin yağlı ve yağsız oluşuna göre değişebilir. Etin bileşiminin yarıdan fazlası sudur (6). İçerdiği besin öğeleri büyüme ve gelişme, hücre yenilenmesi, doku onarımı, hemogloblin yapısı, sinir ve bağışıklık sisteminin iyileştirilmesinde önemli rol oynamaktadır. Bununla birlikte fazla miktarda kırmızı et ve işlenmiş et ürünleri tüketilmesi özellikle kolorektal kanser riski artırdığı için ılımlı bir şekilde tüketilmesi önerilmektedir (16).

Kırmızı ette bulunan konjuge linoleik asit konjuge bir çift bağa sahip linoleik asitin konumsal ve geometrik (cis veya trans) izomerlerinden oluşmaktadır. Konjuge linoleik asit antikarsinogenik, antiobez, antidiyabetik ve antihipertansif özellikler gibi çeşitli güçlü fizyolojik fonksiyonlara sahip olduğu gösterilmiştir (17). Yapılan çalışmalarda antiobezite etkisinin adipositlerde lipolizin artışına, adipositlerde ve iskelet kası hücrelerinde artan yağ asidi  $\beta$ -oksidasyonuna bağlı olabileceği düşünülmektedir (18-19).

### 3. Sonuç

Fonksiyonel besinler, etkili düzeylerde düzenli olarak çeşitli bir diyetin parçası olarak tüketildiğinde sağlık üzerinde potansiyel yararlı bir etkiye sahip olan besinlerdir. Sağlığın geliştirilmesi ve iyileştirilmesinde etkisi olan fonksiyonel besinlerin günlük diyetle yer alması bireylerin yaşam kalitesini yükseltebilir. Fonksiyonel besinler sağlığımızı olumlu etkilemekle birlikte bu besinleri mucize olarak düşünülmemelidir. Faydalı etkilerini görebilmek için yeterli ve dengeli bir diyetle beraber tüketilmesi önemlidir. Ayrıca, birçok fonksiyonel besinin olumlu etkileri gösterilmesine rağmen insanlar üzerinde yapılan çalışmalar kısıtlı olduğu için tüketilmesi gereken miktarlar, fazla tüketildiğinde oluşabilecek yan etkileri ve gebe, emzikli, çocuklar ve yaşlılar gibi özel gruplarda nasıl etkileri olduğu tam olarak bilinmediği için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

### Kaynaklar

1. Crowe KM, Francis C; Academy of Nutrition and Dietetics. Position of the academy of nutrition and dietetics: functional foods. J Acad Nutr Diet. 2013;113(8):1096-1103.
2. Iwatani S, Yamamoto N. Functional food products in Japan: A review. Food Science and Human Wellness. 2019;8(2), 96-101.
3. Coşkun T. Fonksiyonel besinlerin sağlığımız üzerine etkileri. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi. 2005; 48: 69-84.
4. Hasler CM, Bloch AS, Thomson CA, Enrione E, Manning C. Position of the American Dietetic Association: Functional foods. J Am Diet Assoc. 2004;104(5):814-826.
5. Özgen Özkaya, Ş. Yaşam Kalitesi ve Fonksiyonel Besinler. Fenerbahçe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2021;1 (1):62-68.
6. Baysal A. Beslenme. 13. Baskı. Türkiye: Hatipoğlu Yayınevi, 2011.
7. Granato D, Barba FJ, Bursać Kovačević D, Lorenzo JM, Cruz AG, Putnik P. Functional Foods: Product Development, Technological Trends, Efficacy Testing, and Safety. Annu Rev Food Sci Technol. 2020; 11: 93-118.
8. Lin N, Shi J-J, Li Y-M ve ark. What is the impact of n-3 PUFAs on inflammation markers in Type 2 diabetic mellitus populations?: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Lipids Health Dis. 2016; 15:133.

9. Kaushik P, Dowling K, Barrow CJ, Adhikari B. Microencapsulation of omega-3 fatty acids: a review of microencapsulation and characterization methods. *J. Funct. Foods.* 2015; 19: 868–81.
10. Tunick MH, Van Hekken DL. Dairy Products and Health: Recent Insights. *J Agric Food Chem.* 2015;63(43): 9381-9388.
11. Sanlier N, Üstün D. Egg consumption and health effects: A narrative review. *J Food Sci.* 2021; 86: 4250–4261.
12. Blesso C. Egg phospholipids and cardiovascular health. *Nutrients.* 2015; 7(4): 2731–2747.
13. Jahandideh F, Chakrabarti S, Majumder K ve ark. Egg white protein hydrolysate reduces blood pressure, improves vascular relaxation and modifies aortic angiotensin II receptors expression in spontaneously hypertensive rats. *Journal of Functional Foods.* 2016; 27: 667– 673.
14. Liao W, Fan H, Davidge ST, Wu J. Egg white–derived antihypertensive peptide IRW (Ile-Arg-Trp) reduces blood pressure in spontaneously hypertensive rats via the ACE2/ang (1-7) /mas receptor Axis. *Molecular Nutrition & Food Research.* 2019; 63(9), 1900063.
15. Kausar T, Hanan E, Ayob O, Praween B, Azad Z. A review on functional ingredients in red meat products. *Bioinformation.* 2019;15(5): 358-363.
16. Yücecan S. Kırmızı etin sağlıklı beslenmedeki önemi. Hecer C, editör. *Et ve Et Ürünleri.* 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2021.
17. Koba K, Yanagita T. Health benefits of conjugated linoleic acid (CLA). *Obes Res Clin Pract.* 2014;8(6):e525-e532.
18. Park Y, Storkson JM, Albright KJ, Liu W, Pariza MW. Evidence that the trans-10, cis-12 isomer of conjugated linoleic acid induces body composition changes in mice. *Lipids* 1999; 34: 235—41.
19. Pariza MW, Park Y, Cook ME. Mechanisms of action of conjugated linoleic acid: evidence and speculation. *Proc Soc Exp Biol Med* 2000; 223: 8.13.





## BÖLÜM II

# 3-6 YAŞ ÇOCUĞU OLAN EBEVEYNLERİN TUTUMLARI İLE CİNSEL EĞİTİME İLİŞKİN GÖRÜŞLERİNİN İNCELENMESİ

*Examining the Attitudes of Parents  
with 3-6 Year Old Children and Their  
Views on Sexual Education*

**Begüm EVİRGEN<sup>1</sup> & Güzin Yasemin TUNÇAY<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>*Çankırı Karatekin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*

*Çankırı, Türkiye*

*E-mail: begm.evirgen@gmail.com,*

*ORCID: 0000-0001-8731-3429*

<sup>2</sup>*Çankırı Karatekin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi,*

*Çocuk Gelişimi Bölümü, Çankırı, Türkiye*

*E-mail: gyasemintuncay@gmail.com*

*ORCID: 0000-0003-4872-1096*

### 1. Giriş

Cinsel eğitim; fiziksel, sosyal, kültürel ve psikolojik boyutlara sahiptir (1, 2). Cinsel eğitim, vücut kısımlarının isimleri, işlevleri, çocukların kendilerini herhangi bir istismardan koruması, kimlik oluşumu, ilişki kurma, sorumluluk alma gibi kişisel becerileri kazanma, bu konularda bilgi edinme, tutum ve değerlerin biçimlenmesini içeren, yaşam boyu süren bir eğitim olarak tanımlanabilir (3). Bebeğin büyütükçe bedenini fark etmesi,

cinsel organının farkına varması, cinsiyet kavramını öğrenmesi beklenmektedir. Erken çocukluk dönemi, çocuklarda cinsiyet farkındalığının olduğu, cinsel kimliğini kazandığı, karşı cinsiyetteki bireylerin özellikleri ile hemcinslerinin özelliklerini karşılaştırmaya başladığı, bedenlerdeki farklılıklar ve kendi bedenindeki keşifler ile ilgili bilgilendirilmeye ihtiyaç duyduğu ve bunlarla ilgili çokça soru sorduğu bir dönemdir (4, 5). Çocuklar her konuda olduğu gibi cinsel konularda da meraklıdır, oyunu sever, doğal ve açıktır (6). Bu yüzden cinsellikle ilgili merak ettiklerini sormaları, bunları oyunlarına ve davranışlarına yansıtılmaları doğal karşılanmalıdır.

Toplumsal değişim, ilerleyen teknoloji, bilgiye ulaşma hızı, çocukların iletişim ve medya araçları ile daha çok zaman geçirmesi ile çocuklar ihtiyaç duydukları bilgiye ve daha fazlasına kolaylıkla ulaşabilirler (7, 8). Bu yollarla cinsel gelişim seviyesine uygun olmayan yanlış bilgiler edinebilmektedirler. Yanlış bilgi ve yönlendirmeler, çocukların endişe duymalarına veya psikolojik problemler yaşamalarına neden olmaktadır (9). Çocuğun dış faktörlerden edinmiş olduğu bilgiyi kontrol etmek ise ebeveynlerin sorumluluğundadır (10).

Ebeveynlerin çocuklarına karşı kendi yetiştiriliş tutumlarını kullanmaya devam etmeleri, cinsellik konularında uygunsuz tepkileri, susmaları, utanarak konuşmaları ile kendilerini anlatmada serbest olmadıklarını çocuklara hissettirmeleri, çocukların kafasında cinselliğin utandırılacak, soru sorulmaması gereken bir konu olduğu izlenimi uyandırabilir. Bu tür tutum ve davranışlar çocuğun yanlış yaptığı duygusuna kapılmasına, suçluluk hissetmesine, kendi bedenine yönelik olumsuz bakış açısı geliştirmesine yol açabilir (9, 11, 12, 13). Ebeveynlerin cinsel eğitim konusunda konuşmaktan çekinmelerinin en önemli sebeplerinden biri, bu konudaki bilgilerinden emin olmamaları ve çocuklarına yanlış şeyler söylemekten endişe duymalarıdır (14). Ebeveynler her zaman bir soruyu cevaplamak için hazır olmayabilirler. Bu noktada gelişim bilgisinden yardım alınmalıdır. Gelişim bilgisi, çocukların ne zaman, neyi merak edeceklerini, neyi soracaklarını, nasıl bir cevapla yetinebileceklerini öğretir. Çocuğun gelişimsel ve bireysel özellikleri de göz önünde bulundurulmalıdır (15). Cinsel eğitim ne çok erken ne çok geç olmalıdır. Gelişim düzeyine uygun olmayan bilgi, çocukta stres yaratır. Ebeveynlerin bilgi verme görevlerini yönlendirecek olan çocukların sorularıdır. Çocuğa istediği anda basit, kısa, doğru ve endişesiz bir şekilde cevap verilmelidir (16). Çocuğun ilk öğrenmeleri aile içerisinde gerçekleşir ve belirli davranış kalıpları yine aile içerisinde kazanılır. Ebeveynler, bireyin toplumsallaşması, toplumun bir parçası olması, benlik saygısı kazanımı konusunda büyük role sahiptir (17, 18, 19).

Çocukların gelişimlerinin olumlu yönde etkilenip sağlıklı bireyler olarak yetişmesi anne-babanın çocuklarına karşı tutumları ve onlarla kurdukları etkileşim ile bağlantılıdır (20, 21). Bu kapsamda sınıflandırılan ebeveyn tutumları vardır.

**Demokratik Tutum:** En sağlıklı anne baba tutumu olarak kabul edilmektedir. Demokratik tutumun benimsendiği aile ortamında, kurallar ve sorumluluklar her bir aile ferdinin fikirleri alınarak belirlenmiştir. Anne babalar çocuklarını sevgi ve saygıyla olduğu gibi kabul ederler, çocuklarını ilgi, istek ve yetenekleri doğrultusunda yetiştirmek isterler (22). Demokratik tutuma sahip olan aile ortamında yetişen çocuklar girişimci, fikirlerini rahatlıkla söyleyebilen, yaratıcı, benlik algısı yüksek, paylaşımcı gibi özellikleri taşırlar (23). Demokratik aile tutumunda yetişen çocuklar cinsellikle ilgili merak ettiklerini rahatlıkla sorabilir. Çocuklar öz güvenli yetiştikleri için herhangi bir durumda bir şeyi isteyip istemediklerini kolaylıkla ifade edebilir (24).

**Otoriter Tutum:** Otoriter tutum, çocuklarının düşüncelerini paylaşmalarına ve tartışmalarına izin vermeden ebeveynler tarafından belirlenmiş kuralların geçerli olduğu bir tutum şeklidir (25). Bu tutum şeklinde çocuğun davranışları üzerinde anne babanın kontrolü fazladır (23). Otoriter tutumda ebeveynler çocuğun bireyselliğine önem vermediği için çocuklarda düşük benlik algısı, hata yapma tedirginliğinden dolayı özgüven kaybı, çekingenlik sık görülen sonuçlardandır (22, 26, 27). Otoriter tutuma sahip olan ailelerde cinsel eğitim verilmez ve cinsellik tabu olarak görülür. Cinsellikle ilgili konular konuşulmaz, yasak, günah, utanç verici olarak grülmektedir. ocuklar bu konuda merak ettiklerini sormaya cesaret edemez, bunları aile bireylerinden değil arkadaş çevresinden, medya ve iletişim araçlarından öğrenmeye çalışır (24).

**Koruyucu Tutum:** Ebeveynlerin çocuklarını aşırı koruması, olması gerekenden daha fazla kontrol ve özen göstermesi anlamına gelir (16). Bu tutumla yetişen çocuklar bağımlı, çekingen, benmerkezci, güvensiz, kendi kendini ynetemeyen bireyler haline gelirler (28). Koruyucu aile tutumuna sahip ebeveynler çocuğun bağımsız davranmasına, kendine güven duymasına engel olur, bu aile ortamında yetişen çocuklar dıştan denetimli oldukları için cinsel eğitim boyutunda da güvensiz bir cinsel kimlik kazanabilirler. Bu tutumdaki ebeveynler çocuğun hareketlerine ve ilişkilerine sınırlandırmalar getirir, çocuklarının olgunlaştığını, büyüdüğünü kabullenmek onlar için zordur (29).

Bu nedenle ebeveynler cinsel eğitim vermek için veya çocukların sordukları soruları cevaplamak için erken olduğu düşüncesine kapılabilir.

**İzin Verici Tutum:** İzin verici ebeveyn tutumunda gerektiğinde çocuğa sınırlama getirme konusunda eksiklik mevcuttur (30, 31). İzin verici tutuma sahip ailede yetişen çocukların stresle başa çıkma, duygu kontrolü, sorumluluk alma, eleştirel bakabilme, toplumsal kuralları öğrenme ve uygulama gibi konularda sorunlar yaşadıkları gözlemlenmiştir (30, 32).

Cinsel konularla ilgili problemlerin temelinde çocukların doğru zamanda, doğru kişilerden ihtiyacı kadar bilgi alamaması yatmaktadır (33). Dolayısıyla konuyla ilgili ebeveynlerin tutumları önemlidir. Bu araştırma ebeveynlerin tutumları ile cinsel eğitime bakış açıları arasında ilişkinin olduğu düşüncesine dayanmaktadır. Bu çalışmada farklı kültür, yetiştirilme tarzı, sosyoekonomik durum gibi farklı değişkenlere bağlı farklı tutumlara sahip olan ebeveynlerin, cinsel eğitim konusundaki görüşleri incelenerek ebeveyn tutumlarının cinsel eğitime ilişkin görüşlerine nasıl yansıdığını tespit etmek amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda şu sorulara cevap aranmıştır:

1. Ebeveynlerin çoğunlukla sahip olduğu tutum nedir?
2. Ebeveynlerin cinsel eğitim ile ilgili nasıl bir bakış açısına sahiptir?
3. Ebeveynlerin tutumları, cinsel eğitime bakış açısını nasıl etkilemiştir?

## 2. Materyal ve Yöntem

### 2.1. Araştırmanın Modeli

Araştırma 3-6 yaş grubu çocuğu olan anne babaların cinsel eğitimine yönelik tutumlarının belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

### 2.2. Çalışma Grubu

Araştırma, Artvin'in Hopa ilçesinde bulunan Hopa Devlet Hastanesi Çocuk Gelişimi Birimi'ne başvuran, 3-6 yaş aralığında çocuğu olan ebeveynler ile yapılmıştır. Araştırmada veriler ebeveynlerle yapılan yüz yüze görüşmelerle toplanmıştır. Araştırmada 40 ebeveyn ile görüşülmüştür.

**Tablo 1.** Ebeveynlerin Tanıtıcı Özelliklerin Dağılımı

<b>Tanıtıcı Özellikler</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
Cinsiyet	Kadın	35	87,5
	Erkek	5	12,5
Yaş Aralığı	30 yaş ve altı	3	7,5
	31-35 yaş	20	50,0
	36-40 yaş	13	32,5
	41 yaş ve üstü	4	10,0
Evde Yaşayan Kişi Sayısı	3 veya daha az	11	27,5
	4-5 kişi	26	65,0
	6 veya daha fazla	3	7,5
Çocuğun Yaşı	3 yaşında	6	15,0
	4 yaşında	11	27,5
	5 yaşında	14	35,0
	6 yaşında	9	22,5
Çocuğun Cinsiyeti	Kız	22	55,0
	Erkek	18	45,0
Eğitim Durumu	İlkokul-Ortaokul	3	7,5
	Lise	15	37,5
	Üniversite	16	40,0
	Lisansüstü	6	15,0
Çocuk Sayısı	Tek çocuk	14	35,0
	2 çocuk	18	45,0
	3 çocuk	6	15,0
	4 ve üzeri	2	5,0
Gelir düzeyi	Alt	1	2,5
	Orta	37	92,5
	Üst	2	5,0
Çocuğuna Cinsel Eğitim Verme Konusunda Eğitim Alma Durumu	Evet	4	10,0
	Hayır	36	90,0
<b>TOPLAM</b>		<b>40</b>	<b>100,0</b>

Araştırmaya katılan ebeveynlerin %87,5'i kadın, %50'sinin 31-35 yaş arasındadır. Katılımcıların %65'i evinde 4-5 kişi yaşamakta, %35'inin 5 yaşında çocuğu var ve %55'inin kız çocuğu vardır. Ayrıca katılımcıların %40'ı üniversite mezunu, %45'inin 2 çocuğu var ve %92,5'inin gelir düzeyini orta

olarak değerlendirmiştir. Ebeveynlerden %90'nın daha önce çocuğuna nasıl cinsel eğitim vereceği konusunda eğitim almadığı görülmüştür.

### 2. 3. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri, “Kişisel Bilgi Formu”, “Ebeveyn Tutum Ölçeği” ve “Cinsel Eğitim Ebeveyn Soru Formu” aracılığıyla toplanmıştır. Veri toplama formu üç bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde yaş, meslek bilgileri, eğitim düzeyi gibi tanımlayıcı sorular sorulmuştur. İkinci bölümde açık uçlu beş sorudan oluşan “Cinsel Eğitim Ebeveyn Soru Formu” bulunmaktadır. Yarı yapılandırılmış görüşme formu şeklinde hazırlanan “Cinsel Eğitim Ebeveyn Soru Formu” ebeveynlerin çocuklara yönelik cinsel eğitim görüşlerini betimlemek amacıyla hazırlanmış ve 5 sorudan oluşmaktadır (Örn.: Cinsel eğitime başlama yaşı kaç olmalı ve cinsel eğitim çocuğa kim/kimler tarafından verilmelidir? Çocuğunuza nasıl cinsel eğitim vereceğiniz konusunda bilgilerinizi yeterli buluyor musunuz?) Cinsel ebeveyn soru formu altı alan uzmanının görüşüne sunulmuş ve görüşleri doğrultusunda değişiklikler yapılmıştır. Veri toplama formunun son bölümünde ise “Ebeveyn Tutum Ölçeği” bulunmaktadır. Ebeveyn Tutum Ölçeği, Karabulut Demir ve Şendil (34) tarafından ebeveynlerin 2-6 yaş arasındaki çocuklarına olan davranışlarını ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. 2-6 yaş arasında çocuğu olan ebeveynlere uygulanabilen ölçek, demokratik (17 madde), otoriter (11 madde), aşırı koruyucu (9 madde) ve izin verici (9 madde) olmak üzere 4 alt boyuttan ve 46 maddeden oluşmaktadır. Ölçek 5'li likert bir ölçektir. “Her zaman böyledir” 5; “Çoğunlukla böyledir” 4; “Bazen böyledir” 3; “Nadiren böyledir” 2 ve “Hiçbir zaman böyle değildir” 1 puan almaktadır. Her boyuttan alınan puanlar ayrı ayrı hesaplanarak her boyut için bir puan elde edilmektedir. Bir boyuttan yüksek puan almak o boyutun temsil ettiği davranış şeklini benimsemek anlamına gelmektedir. (23). Araştırma için, ölçek kullanımı ile ilgili ölçek sahibinden, 15.05.2021 tarihinde izin alınmıştır. Ayrıca araştırma için Çankırı Karatekin Üniversitesi Etik Kurulu'ndan (Toplantı numarası: 20, karar tarihi: 3.06.2021) ve Artvin Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü'nden izin (4.08.2021 tarihli resmi yazı) alınmıştır.

### 2. 4. Veri Toplama Araçları ve Süreci

Araştırmaya Hopa Devlet Hastanesi Çocuk Gelişimi Birimi'ne başvuran, 3-6 yaş aralığında çocuğu olan ebeveynler dâhil edilmiştir. Araştırma gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırma öncesi ebeveynlere bilgi verilmiş, onam alınmıştır. Araştırmaya katılmaya gönüllü olan ebeveynler görüşme odasına

alınmıştır. Görüşme ortamı gürültüsüz ve ebeveynin rahatlıkla kendini ifade edebileceği bir ortamdır. Veriler yüz yüze görüşme yöntemi ve ses kaydı aracılığıyla toplanmıştır. Araştırmanın verileri 18 Ekim 2021-10 Kasım 2021 tarihleri arasında toplanmıştır.

## 2. 5. Verilerin Analizi

Araştırmada ölçek puanları hesaplanmış ve puanların normal dağılıma uygunluğunun belirlenmesi amacıyla basıklık ve çarpıklık katsayıları incelenmiştir. Ölçeklerden elde edilen basıklık ve çarpıklık değerlerinin +3 ile -3 arasında olması normal dağılım için yeterli görülmektedir (35, 36, 37, 38).

**Tablo 2.** Basıklık ve çarpıklık değeri

	Çarpıklık	Basıklık
Demokratik	-0,759	0,507
Otoriter	0,318	0,529
Aşırı Koruyucu	-0,773	0,936
İzin Verici	0,171	-0,647
Ebeveyn Tutumu	-0,089	0,017

Tablo 2'deki değerlere bakıldığında her bir puanın basıklık ve çarpıklık katsayılarının -3 ile +3 arasında olduğu görülmektedir. Bu sonuca göre puanların normal dağılım gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır. Puanlar normal dağılım gösterdiği için çalışmada parametrik test teknikleri kullanılmıştır. Ölçek puanının demografik özelliklere göre farklılık gösterme durumunun analiz edilmesi için t testi ve ANOVA testi kullanılmıştır. T testi, 2 gruplu demografik değişkenlerin analizinde kullanılırken ANOVA testi k (k>2) gruplu değişkenlerin analizinde kullanılmıştır.

Araştırmanın nitel verilerinin analizi içerik analizi yöntemiyle gerçekleştirilmiştir. Verilerin analizinin gerçekleştirilmesinden önce verilerin dökümü, analiz öncesi hazırlıklar ve daha sonra tümevarım yoluyla analiz edilmesi basamakları izlenmiştir (39). Verilerin yazıya dökümü görüşmeler tamamlandıktan sonra yapılmıştır.

## 3. Bulgular

### 3.1. Ebeveyn Tutumlarına İlişkin Bulgular

Tablo 3. incelendiğinde çalışmaya katılan ebeveynlerin demokratik (X=4,37) ve aşırı koruyucu (X=3,52) alt boyutlarından aldıkları puan



ortalamalarının izin verici ( $X=2,33$ ) ve otoriter ( $X=1,75$ ) alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarından daha yüksek olduğu görülmektedir. Ölçeğin toplamından alınan puan ortalaması ise  $X=3.18$  dir. Bu doğrultuda ebeveynlerin daha çok demokratik tutuma sahip oldukları söylenebilir.

**Tablo 3.** Ölçek Puanının Betimsel İstatistikler

	Minimum	Maximum	Ort.	ss
Demokratik	3,29	4,88	4,37	0,36
Otoriter	1,00	2,64	1,75	0,35
Aşırı Koruyucu	1,22	4,89	3,52	0,80
İzin Verici	1,44	3,44	2,33	0,49
Ebeveyn Tutumu	2,65	3,61	3,18	0,22

Ebeveynlerin eğitim düzeylerine ölçekten aldıkları puanlara bakıldığında demokratik puanı ile eğitim düzeyi arasında istatistiksel anlamda bir farklılık olduğu görülmüştür ( $p<0,05$ ). Ortalama puanlara göre üniversite / lisansüstü düzeyde eğitime sahip olma puanı lise ve altı düzeyde eğitime sahip olma puanına göre daha yüksektir (Tablo 4).

**Tablo 4.** Ebeveynlerin Eğitim Düzeylerine Göre Ebeveyn Tutum Ölçeği'nden Aldıkları Puanlara İlişkin T test Sonuçları

		n	Ort.	ss	t	p
<b>Demokratik</b>	Lise ve altı	18	4,22	0,41	<b>-2,462</b>	<b>0,018*</b>
	Üniversite/Lisansüstü	22	4,49	0,28		
<b>Otoriter</b>	Lise ve altı	18	1,81	0,31	0,955	0,346
	Üniversite/Lisansüstü	22	1,71	0,38		
<b>Aşırı Koruyucu</b>	Lise ve altı	18	3,69	0,81	1,211	0,234
	Üniversite/Lisansüstü	22	3,38	0,78		
İzin Verici	Lise ve altı	18	2,17	0,46	-1,924	0,062
	Üniversite/Lisansüstü	22	2,45	0,48		

\* $p<0,05$

Ebeveynlerin tutumları sahip oldukları çocuk sayısına göre demokratik ve otoriter tutum alt boyutlarında anlamlı bir farklılık göstermektedir ( $p<0.05$ ). Buna göre üç ve üzerinde çocuk sahibi olan ebeveynler, tek çocuk sahibi olanlara göre daha az demokratik, daha fazla otoriter tutuma sahiptir. Aşırı koruyucu ve izin verici alt boyutlarından alınan puanlar sahip olunan çocuk sayısına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir (Tablo 5).

**Tablo 5.** Çocuk Sayısı Göre Ebeveyn Tutum Ölçeği'nden Alınan Puanlara İlişkin ANOVA Sonuçları

		n	Ort.	ss	F	p
<b>Demokratik</b>	Tek çocuk	14	4,47	0,31	<b>3,450</b>	<b>0,042*</b>
	2 çocuk	18	4,42	0,34		
	3 çocuk ve üzeri	8	4,09	0,40		
<b>Otoriter</b>	Tek çocuk	14	1,61	0,38	<b>3,324</b>	<b>0,047*</b>
	2 çocuk	18	1,76	0,29		
	3 çocuk ve üzeri	8	1,99	0,32		
<b>Aşırı Koruyucu</b>	Tek çocuk	14	3,56	0,89	0,841	0,439
	2 çocuk	18	3,36	0,83		
	3 çocuk ve üzeri	8	3,79	0,52		
İzin Verici	Tek çocuk	14	2,33	0,40	0,197	0,822
	2 çocuk	18	2,28	0,56		
	3 çocuk ve üzeri	8	2,42	0,51		

\*p&lt;0,05

### 5.2. Cinsel Eğitim Ebeveyn Soru Formu'na İlişkin Bulgular

Soru 1. "Cinsel eğitim size neyi çağrıştırmaktadır?" sorusuna katılımcıların verdiği cevaplardan elde edilen verilere Tablo 6'da verilmiştir.

**Tablo 6.** Cinsel eğitim size neyi çağrıştırmaktadır? sorusuna verilen cevapların dağılımı

Cevaplar	n*	%
Cinsel kimlik	15	25,0
İstismara karşı kendini koruması	10	17,0
Mahremiyet	8	14,0
Cinsiyetler arası bedensel farklılıklar	7	12,0
Cinsel merak	6	10,0
Toplumsal normlara uygun davranma	3	5,0
Cinsel ilişki	3	5,0
Diğer	7	12,0
<b>Toplam</b>	<b>59</b>	<b>100</b>

\*Birden fazla cevap veren olmuştur, yüzdesi katlanmış n üzerinden alınmıştır.

Araştırma sonucunda katılımcıların çoğunluğu (%25,0) cinsel eğitimin kendisine cinsel kimliği, çağrıştırdığını ifade etmekteyken, oldukça az bir kısmı (%5,0) cinsel ilişkiyi çağrıştırdığını belirtmiştir (Tablo 6). Ebeveynlerin

cevapları ve tutumları birlikte incelendiğinde demokratik tutuma sahip olan ebeveynlerin %45,1'i "çocuğun cinsel kimliğini, bedenini, organlarını tanıması, benlik algısı" gibi cinsel kimlik kategorisinde toplanan cevaplarını, aşırı korumacı tutuma sahip olan ebeveynlerin %44,4'ü ise "çocuğu istismara karşı koruyabilecek bilgiler" cevabını vermişlerdir.

Katılımcıların "Cinsel eğitim size neyi çağrıştırmaktadır?" sorusuna verdikleri cevaplardan bazıları şunlardır:

K7 "Çocuğun kendini tanıması, cinsel organların ne işe yaradığını bilmesi, organlarını tanıması, kız mıyım erkek miyim veyahut işte bunları bilip ilerde sıkıntı yaratmayacak şekilde öğrenmesi... Kendini tanıması diyebilirim kısaca."

K11 "Benim çocuklarımın genelde o tür şeyleri duymak hoşlarına gitmiyor yani anlatmamı istemiyorlar, çekiniyorlar yani. Cinsel eğitim deyince ne bileyim saçma bir şey yani. O tür şeyleri çocuklarıma anlatmam sadece kendi eşimle olan şey ilişkim."

K29 "Önce korkutucu geliyor direkt ilk böyle korku, onun haricinde ciddi, ciddiyet. Yani benim iki oğlum bir kızım olduğu için o aradaki farkla da zor bir eğitim gibi cinsel eğitim."

K38 "Çocukları tabi ki bilgilendirmek lazım ama o bizim görevimiz değil yani bayanların, annelerin daha yatkın olması lazım bu işte. Baba olarak yani bir kız çocuğuna onu öğretmek..."

Soru 2: "Cinsel eğitime başlama yaşı kaç olmalı ve cinsel eğitim çocuğa kim/kimler tarafından verilmeli?" sorusuna katılımcıların verdiği cevaplardan elde edilen verilere Tablo 7 ve Tablo 8'de yer verilmiştir.

**Tablo 7.** Cinsel eğitime başlama yaşı kaç olmalı? sorusuna verilen cevapların dağılımı

Cevaplar	n	%
1-3 yaş	9	22,5
3 yaş	8	20
3-6 yaş	13	32,5
7-11 yaş	6	15
12-18 yaş	3	7,5
Çocuğun farkındalığı ve algılaması önemli	1	2,5
<b>Toplam</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

Araştırma sonucuna göre ebeveynlerin çoğunluğunun (%32,5) 3-6 yaş aralığında eğitime başlanması gerektiğini savunduğu görülmüştür (tablo7). Ebeveynlerin cevapları ve tutumları birlikte incelendiğinde demokratik tutuma

sahip olan ebeveynlerin %35,4'ünün 3-6 yaş aralığında verilmesi gerektiğini, aşırı korumacı ebeveyn tutumuna sahip olan ebeveynlerin ise %33,3'ünün 1-3 yaş aralığında başlanması gerektiğini belirtmişlerdir.

**Tablo 8.** Cinsel eğitim çocuğa kim/kimler tarafından verilmeli? sorusuna verilen cevapların dağılımı

Cevaplar	n*	%
Anne	29	38,0
Baba	23	30,0
Eğitimciler- Uzman kişi	15	19,0
Kız çocuklarına anne, erkek çocuklarına baba	7	9,0
Diğer	3	4,0
<b>Toplam</b>	<b>77</b>	<b>100</b>

\*Birden fazla cevap veren olmuştur, yüzdesi katlanmış n üzerinden alınmıştır.

Araştırma sonucuna göre ebeveynlerin çoğu ebeveyn tutumundan bağımsız olarak cinsel eğitimin çocuğa anne ve baba tarafından verilmesi gerektiğini belirtmiştir.

Katılımcıların “Cinsel eğitime başlama yaşı kaç olmalı ve cinsel eğitim çocuğa kim/kimler tarafından verilmeli?” sorusuna verdikleri cevaplardan bazıları şunlardır:

K3 “Yani eğitimcilerin vermesi mesela daha iyi ama ilk önce anne baba, erkeklere baba, kızlara anne tabi ki bilmiyorum o kadar. Yani 15 yaşından sonra olabilir.”,

K10 “Bence 2, anlıyor bizi çünkü. Anne baba, benim için, baba da olması gerekiyor.”,

K13 “Bence 7-8 yaşlarda olabilir. Kızlarda öncelikle anne, baba da, anne eğitimi vermesi gerekiyor bence, ihtiyaç duyulursa, hani anlatamadığını düşünüyorsa bir uzman tarafından verilebilir. Erkeklerde de babaların vermesi bence daha uygun olur. Çünkü mahremleri paylaşmak daha iyi olur bence.”,

K32 “İşte ben belli bir yaşa kadar anne baba ortak verilebilir ama belli bir yaştan sonra özellikle kız çocuğunda anne ağırlıklı verilmesinden taraftarım, 4-5 yaşlardan sonra işte bu yaşlar çok önemli. Artık babanın biraz daha uzaklaşması gerekir diye düşünüyorum kız çocuğunda.”

Soru 3. “Çocuğunuza cinsel eğitimi nasıl vereceğiniz konusunda bilgilerinizi yeterli buluyor musunuz?” sorusuna katılımcıların verdiği cevaplardan elde edilen verilere Tablo 9’da yer verilmiştir.

**Tablo 9.** Çocuğunuza cinsel eğitimi nasıl vereceğiniz konusunda bilgilerinizi yeterli buluyor musunuz? sorusuna verilen cevapların dağılımı

<b>Cevaplar</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Yetersiz buluyorum	33	82,5
Bazı konularda yeterliyim, bazı konularda yeterli değilim	4	10,0
Yeterli buluyorum	3	7,5
<b>Toplam</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

Araştırmada ebeveynlerin büyük bir kısmı çocuğuna cinsel eğitimi nasıl vereceği konusunda bilgilerinizi yetersiz bulduğunu belirtmiştir. Konuyla ilgili bazı ebeveynlerin ifadeleri şunlardır:

K6 “*Yani çocuğum erkek olduğu için yeterli bulmuyorum, babanın vereceğini daha iyi öyle düşünüyorum da erkek olduğu için.*”

K14 “*Tam anlamıyla yeterli bulmuyorum ama öğrenmeye çalışıyorum, sizden bilgi almaya çalışıyorum, bu konuda desteğinizi alarak yapmaya çalışıyorum.*”

K17 “*Kendimi gerçekten hani yeterli bulduğum konular da var, yetersiz bulduğum konular da var. Hani cümlelerimi nasıl kullansam diye bazen düşünüyorum tabi ki farklı bir yerlere gitmemesi için çok özen gösteriyorum, seçiyorum.*”

K34 “*Asla. Açık ve net asla.*”

Soru 4. “Çocuğunuza cinsel eğitim verirken kendinizi nasıl hissedersiniz?” sorusuna katılımcıların verdiği cevaplardan elde edilen verilere Tablo 10’da yer verilmiştir.

**Tablo 10.** Çocuğunuza cinsel eğitim verirken kendinizi nasıl hissedersiniz? sorusuna verilen cevapların dağılımı

<b>Cevaplar</b>	<b>n*</b>	<b>%</b>
Endişeli	21	50,0
Nötr	12	28,5
Çekingen	9	21,5
<b>Toplam</b>	<b>42</b>	<b>100</b>

\*Birden fazla cevap veren olmuştur, yüzdesi katlanmış n üzerinden alınmıştır.

Araştırma verileri incelendiğinde ebeveynlerin tutumlarından bağımsız olarak yarısının endişeli hissettiği ve bu duygunun yanlış bir şey söyleme endişesine dayanabileceği görülmüştür.

Ebeveynlerin “Çocuğunuza cinsel eğitim verirken kendinizi nasıl hissedersiniz?” sorusuna verdikleri cevapların bazıları şu şekildedir:

K11 *“Ben çok kötü hissedirim. Çekingen daha çok.”*

K15 *“Yanlış bir şey aktarırım, onu yanlış eğitirim diye tedirgin olurum.”*

K24 *“Bir panik duygusu oluyor tabi ki, hani yanlış bir şey söylememek, işte doğru teşvik etmek. Bir de genelde bir utanç olabiliyor tabi.”*

K39 *“Nasıl anlatacağımı bilemediğim için belki gergin olurum ama aksine hani rahatsız olacağım bir konu değil. Bilmesi gereken bir konu olduğu için bir rahatsızlık hissetmem.”*

Soru 5. “Çocuğunuza cinsel eğitim verme konusunda en çok desteğe ihtiyaç duyduğunuz konular neler?” sorusuna katılımcıların verdiği cevaplardan elde edilen verilere Tablo 11’de yer verilmiştir.

**Tablo 11.** Çocuğunuza cinsel eğitim verme konusunda en çok desteğe ihtiyaç duyduğunuz konular neler? sorusuna verilen cevapların dağılımı

<b>Cevaplar</b>	<b>n*</b>	<b>%</b>
Üreme, hamilelik ve cinsel ilişki ile ilgili sorular	23	40,0
Cinsiyetler arası bedensel farklılıklar	10	18,0
Neyi nasıl anlatmam gerekir genel bir destek	8	14,0
Cinsel istismardan koruma	7	12,0
Mahremiyet eğitimi	4	7,0
Diğer	5	9,0
<b>Toplam</b>	<b>57</b>	<b>100,0</b>

\*Birden fazla cevap veren olmuştur, yüzdesi katlanmış n üzerinden alınmıştır.

Araştırma sonucuna göre hem demokratik tutuma sahip ebeveynlerin %61,2’sinin, hem de aşırı korumacı tutuma sahip ebeveynlerin %44,4 üreme, hamilelik ve cinsel ilişki ile ilgili soruları nasıl yanıtlayacağı ile ilgili desteğe ihtiyaç duydukları tespit edilmiştir.

Ebeveynlerin “Çocuğunuza cinsel eğitim verme konusunda en çok desteğe ihtiyaç duyduğunuz konular neler?” sorusuna verdikleri yanıtlardan bazıları şunlardır:

K1 *“Ben nasıl oldum?” konusu. Orada desteğe ihtiyacım olur. Yani onun anlayabileceği şekilde çünkü hani ben ne kadar anlatmaya çalışsam da biraz zaman geçtikçe, büyüdükçe daha farklı soruları oluyor hani, onda desteğe ihtiyacım olabilir.”*

K20 *“Ben nasıl dünyaya geldim?” şeklinde hani o cinsel ilişki aşamasını nasıl anlatırım mesela tam olarak onu bilemiyorum. Tamam, nerden dünyaya*

*geldiği söyleyebilirim hani ama “Nasıl oldu?” şeklinde sorarsa onu nasıl cevaplayacağımı şu an için bilemiyorum. Hani hangi yaşta ne kadar verilmesi gerektiğini de açıkçası şu an için tam bilmiyorum.”*

K21 *“En çok desteğe ihtiyaç duyduğum konular, günümüzde en çok korktuğum şey çocuklara karşı cinsel istismar olduğu için onun vücut bütünlüğünü nasıl koruması gerektiği ve mahremiyet konusunda en çok buna ihtiyaç duyduğumu düşünüyorum.”*

K29 *“En çok işte niye ikisi de farklı, organlarımızın ikisi de neden farklı, cinsiyet ayrımı yani. “Sizlerde var mı?”, “Baksam olur mu?” onun gibi bir sürü cümlede en çok böyle beni zorlayan şeyler oluyor. Yani hani nasıl davranmalıyım, burada ne söylemeliyim, yani adını nasıl koysunlar. Geçen gün “Çocuğum nasıl olacak?” diye sorduğunda nasıl cevap vermeliyim? Yani her türlü zorlanıyorum.”*

#### 4. Tartışma

Araştırma sonucuna göre ebeveyn tutum ölçeği alt boyutlarından demokratik tutum puanının en yüksek, aşırı koruyucu tutumun ise ikinci yüksek puanı aldığı tespit edilmiştir. Literatürde benzer çalışmalarda aynı sonuçların elde edildiği görülmüştür (32, 40).

Araştırma sonucuna göre ebeveynlerin eğitim düzeyleri ne kadar yüksekse eğitim düzeyi ile doğru orantılı olarak o kadar demokratik tutum göstermektedir. Araştırmaya katılan ebeveynlerin büyük çoğunluğunun demokratik tutuma sahip olduğu görülmüştür. Araştırmaya katılan ebeveynler çocuk gelişimi birimine danışmanlık için başvurmuştur. Bu nedenle de ebeveynlerin çoğunluğunun bilinçli olduğu daha önceki görüşmelerde de gözlemlenmiş ve eğitim düzeyi yüksek olduğu tespit edilmiştir. Aydoğdu ve Dilekmen (23) tarafından yapılan çalışmadaki sonuç araştırma sonucu destekler niteliktedir.

Araştırmada, tutum puanları çocuk sayısı bakımından incelendiğinde, demokratik tutum puanının çocuk sayısı azaldıkça yükseldiği, otoriter ebeveyn tutumunda ise çocuk sayısı arttıkça otoriter ebeveyn tutum puanının arttığı tespit edilmiştir. Çocuk sayısı yine ebeveynlerin eğitim düzeyi ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Eğitim düzeyi arttıkça, aile planlaması daha çok önemsendiğinden çocuk sayısında azalma olduğu düşünülmektedir. Çocuk sayısı ise ebeveynlerin çocukları ile kurdukları iletişim ve etkileşimi etkilemektedir.

Cinsel eğitim konusunda ülkemizde yapılan araştırmaların az olduğu gözlemlenmektedir. Bu araştırmada ebeveynlere “Cinsel eğitim size neyi çağrıştırmaktadır?” sorusu sorulduğunda demokratik tutuma sahip olan

ebeveynlerin büyük çoğunluğu “çocuğun cinsel kimliğini, bedenini, organlarını tanıması, benlik algısı” gibi cinsel kimlik kategorisinde toplanan cevapları, aşırı korumacı tutuma sahip olan ebeveynlerin çoğunluğu ise “çocuğu istismara karşı koruyabilecek bilgiler” cevabını vermişlerdir. Aşırı koruyucu ebeveynlerin koruyucu tutum ve düşüncelerinin fazla olmasından kaynaklı çocuklarını istismardan koruma fikri üzerinde daha çok yoğunlaştığı gözlemlenmiştir.

Ebeveynlere “Cinsel eğitime başlama yaşı kaç olmalı?” sorusu sorulduğunda, ebeveyn tutumundan bağımsız olarak ebeveynlerin çoğunluğunun 3-6 yaş aralığında eğitime başlanması gerektiğini savunduğu görülmüştür. Literatür incelendiğinde, ebeveynlere benzer soruların yöneltildiği çalışmalar mevcuttur. Ebeveynlerin cevapları incelendiğinde, çok farklı yanıtlar olduğu, ebeveynlerin bu konuda kafa karışıklığı yaşadığı fark edilmiştir. Bu çalışmalardan ilki, Göçgeldi ve ark. (13) tarafından yapılan araştırmadır. Bu araştırmada ebeveynlerin genelinin çocuk soru sormaya başladığında cinsel eğitimin verilmeye başlanması düşüncesine sahip olduğu tespit edilmiştir. Benzer bir şekilde Ceylan ve Çetin (41) tarafından yapılan çalışmada ebeveynlere sorulan cinsel eğitimin çocuğa kaç yaşından itibaren verilmesi gerektiği sorusuna katılımcıların çoğunluğu 3-6 yaş aralığında cevabını vermiştir. Eliküçük ve Sönmez (42) tarafından yapılan çalışmada ebeveynlerin çoğunun 5-6 yaşta, Eliküçük (1) tarafından yapılan çalışmada ebeveynlerin çoğunluğunun 7-12 yaşta cinsel eğitime başlanması gerektiğini savunduğu tespit edilmiştir. İşler ve Gürşimşek (43) tarafından yapılan araştırmada ise 7-12 ve 13-18 yaşta başlanması gerektiği şeklinde iki farklı görüş olduğu görülmüştür. Üstündağ (44), çalışmasında çocuklarına cinsel istismarı önleme eğitimi veren ebeveynlerin cinsel eğitimin doğumdan itibaren başlanması gerektiği, eğitimi vermeyen ebeveynlerin ise cinsel eğitime 10-15 yaşlarda başlanabileceği fikrine sahip olduğunu saptamıştır. Araştırma bulgular incelendiğinde litetatürde (45, 46) bulunan cinsel eğitimin çocuğun doğumu ile başlayıp ve yaşam boyu sürdüğünü savunan birçok kaynağın aksine sonuçlar elde edildiği görülmektedir.

Ebeveynlere sorulan “Cinsel eğitim kim/kimler tarafından verilmeli?” sorusuna ebeveyn tutumundan bağımsız olarak çoğunluğun cinsel eğitimin öncelikli olarak anne babalar tarafından verilmesi gerektiği düşüncesine sahip olduğu belirlenmiştir. Göçgeldi ve ark. (13), Eliküçük ve Sönmez (42) ve Eliküçük (1) tarafından yapılan çalışmalarda elde edilen bulgular da cinsel eğitimin öncelikli olarak anne babalar tarafından verilmesi gerektiği yönündedir. Ceylan ve Çetin (41) tarafından yapılan araştırmada, ebeveynlerin kız çocuklarına anne, erkek çocuklarına baba cinsel eğitimi vermeli ve anne baba birlikte vermeli



şeklinde iki farklı görüşte oldukları, Tuğut ve Gölbaşı (47) çalışmasında ise annelerin yarısından fazlası, babaların ise yarısı cinsel eğitimi kız çocuklarına anne, erkek çocuklarına baba vermeli şeklinde düşündükleri görülmüştür. 2017 yılında İşler (48)'in yaptığı çalışmada ise, ebeveynlerin çoğunluğunun cinsel eğitimi çocuklara uzman kişilerin vermesi gerektiği düşüncesinde olduğu saptanmıştır. Altundağ ve Çakırer Çalbayram (49) tarafından zihinsel engeli bulunan çocuklara sahip olan anneler ile yapılan araştırmada, çocuklara cinsel eğitim verilmeli şeklinde düşünen annelerin yarısından fazlası, cinsel eğitimi eğitimcilerin vermesi gerektiğini savunduğu görülmüştür. Baysan (50) tarafından yapılan araştırmada ise, babaların tamamına yakının, cinsel eğitimin çocuklara anneleri tarafından verilmesi gerektiği düşüncesine sahip oldukları tespit edilmiştir.

Ebeveynlere sorulan “Çocuğunuza cinsel eğitim verirken kendinizi nasıl hissedersiniz?” sorusuna ebeveyn tutumu fark etmeksizin ebeveynlerin çoğunluğunun yetersizlik hissi, yanlış bir şey söyleme kaygısından kaynaklı endişeli hissettiği tespit edilmiştir. Yine alanyazında yapılan çalışmalardan Tuğrul ve Artan (33) ebeveynlerin cinsel eğitim verme konusunda heyecanlı ve tedirgin hissettikleri, Artan, Ceylan ve Kurnaz Adıbatmaz (2) tarafından yapılan araştırmada da ebeveynlerin yetersizlik hissinden kaynaklı huzursuz ve endişeli hissettiği tespit edilmiştir.

Ebeveynlerin “Çocuğunuza cinsel eğitim verme konusunda en çok desteğe ihtiyaç duyduğunuz konular neler?” sorusuna verdikleri yanıtlar incelendiğinde ebeveyn tutumu fark etmeksizin çoğunluğunun üreme, hamilelik ve cinsel ilişki ile ilgili soruları nasıl yanıtlayacağı ile ilgili desteğe ihtiyaç duydukları tespit edilmiştir. Literatür incelendiğinde, Noorman, den Daas ve de Wit (51) tarafından yapılan araştırmada, ebeveynlerin çocukların yaş, cinsiyet ve kişilik özelliklerine uygun cinsel eğitimi nasıl verecekleri konusunda desteğe ihtiyaç duydukları görülmüştür. Ebeveyn tutumundan bağımsız olarak cinsel eğitim konusu ebeveynler tarafından eksik veya yanlış bilinmektedir. Demokratik tutuma sahip ebeveynlerin daha bilinçli olduğu fakat kendilerini yine de yetersiz hissettiği tespit edilmiştir. Cinsel eğitimin gerekli olduğunu düşünen ebeveynler, çocuklarının sordukları soruları nasıl cevaplayacaklarını, bu konudaki meraklarını nasıl gidereceklerini, hangi yaşta ne kadar bilgi verilmesinin doğru olacağını ve nasıl bir tutum sergilemeleri gerektiğini bilmediklerini belirtmişlerdir. Demokratik tutuma sahip fakat cinsel konuları konuşmaya önyargılı olan ebeveynlerin tutum puan ortalamalarının diğer demokratik tutum puan ortalamalarından daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

## 5. Sonuç

Cinsel eğitimin hem bireysel hem toplumsal yararları oldukça fazladır. Bu yararlar yetişkinlik sürecini de kapsayacaktır. Çocukların sağlıklı cinsel gelişimi sürdürebilmeleri için bütüncül ve gelişimsel yaklaşım ile ele alınıp öncelikle ebeveynlerin çocukların gelişim düzeylerine uygun cinsel eğitim almaları, doğru tutumlarla çocuklarına yansıtmaları gerekir. Araştırma sonucunda ebeveynlerin konuyla ilgili yanlış ve/veya eksik bilgiye ve tutuma sahip oldukları görülmüştür. Bu konuda ailelerin bilinçlenmesi için okullarda, hastanelerde, anne baba okullarında ebeveynlere uzman kişiler tarafından farkındalık eğitim programları düzenlenmelidir. Cinsel gelişim ve cinsel kimlik oluşumu, duygusal, psikolojik birçok boyutu içerisinde barındırır. Ailelerin, ruh sağlığı uzmanlarından (çocuk gelişim uzmanı, psikolog vb.) gelişimsel ve psikolojik destek alabilmeleri adına okulda öğretmenler, hastane ve aile sağlığı merkezlerinde ebeveynlerle birebir iletişim halinde olan çalışanlar tarafından ailelere gerekli yönlendirmeler yapılmalıdır. Ayrıca ebeveynler, tutumların çocuklar üzerindeki etkisi hakkında bilgilendirilmeli, tutumlarının çocuğun tüm gelişim alanlarını etkilediği gibi cinsel gelişim alanını da etkilediği açıklanmalıdır.

## Kaynaklar

1. Eliküçük, A. Anne-babalara uygulanacak cinsel gelişim eğitiminin 6 yaş çocukları bulunan ebeveynlerinin bilgi düzeylerine etkisinin incelenmesi (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Ege Üniversitesi, İzmir, 2011.
2. Artan, İ., Ceylan, Ş., Kurnaz Adıbatmaz, F. B. Ebeveynler için cinsel iletişim ölçeği: Güvenirlilik ve geçerlik çalışması. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 2020; 7 (2), 136-158.
3. Özgün, S.Y. 60-72 aylık çocuklara yönelik hazırlanan cinsellik eğitimi programının çocukların cinsel gelişimine etkisi (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Mersin Üniversitesi, Mersin, 2017.
4. Donat Bacıoğlu, S., Tezel, D. Ebeveynlerin çocuklarıyla cinsellik hakkında konuşma stratejileri ve öz-yeterlilikleri. Boğaziçi Üniversitesi Eğitim Fakültesi, 2020; 37 (2): 37-57.
5. Alptekin, Z. D. 3-6 yaş grubu çocuklara yönelik yayımlanan resimli hikâye kitaplarının temel fen kavramları açısından incelenmesi. Uluslararası Çocuk Edebiyatı ve Eğitim Araştırmaları Dergisi, 2018; 2(1): 76-86.
6. Güzelyurt, T., Yalçınkaya, Ö., Saluci, Ü., Öglü, H., Ürüm, R. Okul öncesi öğretmenlerinin cinsel eğitime ilişkin görüşleri. Çocuk, Edebiyat ve Dil Eğitimi Dergisi, 2019; 2 (2): 110-122.

7. Çankırı, A. Okul öncesi dönem çocuklarının cinsel eğitimi ile ilgili anne baba görüşlerinin incelenmesi (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Çanakkale, 2018.

8. Karakartal, D. Çocuk cinsel istismarının önlenmesinde cinsel eğitimin önemi. Uluslararası Beşeri Bilimler ve Eğitim Dergisi, 2020 6 (13): 145-156.

9. Deniz, Ü., Yıldız Altan, R. Milli eğitim bakanlığı 0-36 aylık çocuklar için eğitim programında cinsel gelişim ve eğitim. Çocuk ve Gelişim Dergisi, 2019; 2 (3): 34-44.

10. Artan, İ. ve Bayhan San, P. Çocuk gelişimi ve eğitimi. İstanbul: Morpa Yayıncılık, 2011.

11. Altundağ, S. Cinsel istismarı önlemede farklı bir yaklaşım: Çocuk farkındalığı, vücuduma dokunma! Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi (ASBD), 2020; 9 (1): 10-18.

12. Kardeş, S., Güney Karaman, N. Okul öncesi eğitim öğretmenlerinin çocuğun cinsel eğitimine ilişkin görüşleri. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 2018; 18 (3): 1554-1570.

13. Göçgeldi, E., Tüzün, H., Türker, T., Şimşek, I. Okul öncesi dönem çocuğu olan anne ve babaların çocuklara cinsel eğitim konusundaki yaklaşımlarının incelenmesi. STED/Sürekli Tıp Eğitim Dergisi, 2007; 16 (9): 134-142.

14. Semerci, B. Çocuklarımızla cinsellik hakkında nasıl konuşalım? İstanbul: Alfa Yayıncılık, 2018: s. 22.

15. Artan, İ. Okul Öncesi Dönemde Cinsel Sorular. A. Güngör Aytar, H. Boztepe ve İ. Artan (Ed.). Her yönüyle okul öncesi eğitim. Ankara: Hedef CS. Yayıncılık; 2014: 344-345.

16. Yavuzer, H. Ana-baba ve çocuk. İstanbul: Remzi Kitabevi, 2021: 31, 223-224

17. Ekşi, H., Barış, Ş., Demir, İ. H. Ergenlerde helikopter ebeveyn tutumu, şişirilmiş benlik: Duygusal özerklik, sosyal kaygı değişkenlerinin aracı etkisi. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 18 (Armağan Sayısı), 2020: 83-100.

18. Parsak, B., Kuzucu, Y. Ebeveyn tutumları ile okul öncesi dönem çocuklarında saldırganlık arasındaki ilişkide çocukların empati ve sosyal becerilerinin rolü. Humanistic Perspective, 2020; 2 (3): 347-374.

19. Peker, A., Kağızmanlı, N. Ebeveyn tutumlarının ergenlerin akademik güdülenme düzeyleri üzerindeki yordayıcı etkisi. Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 2018; 14 (1): 210-224.

20. Şenol, F. B., Karaca, N. H. Okul öncesi dönem çocuklarının benlik kavramı ve ebeveyn tutumları arasındaki ilişkinin incelenmesi. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 2020; (54): 01-19. <https://doi.org/10.21764/maeuefd.606614>.

21. Kurt, Ş. H., Aslan, D. Okul öncesi dönem çocuğu olan annelerin öz-yeterlik, psikolojik sağlamlık ve ebeveyn tutumlarının incelenmesi. Kadem Kadın Araştırmaları Dergisi, 2020; 6 (2): 211-240.

22. Atalay, D., Özyürek, A. Ergenlerde duygu düzenleme stratejileri ve ebeveyn tutumları arasındaki ilişkinin incelenmesi. Milli Eğitim Dergisi, 2021; 50 (230): 815-834.

23. Aydoğdu, F., Dilekmen, M. Ebeveyn tutumlarının çeşitli değişkenler açısından değerlendirilmesi. Bayburt Eğitim Fakültesi Dergisi, 2016; 11 (2): 569-585.

24. Tuzcuoğlu, N., Tuzcuoğlu, S. Çocuğun cinsel eğitimi; ‘Anne ben nasıl oldum?’. İstanbul: Morpa Kültür Yayınları, 2007, s. 54, 56- 57, 63

25. Ünlü, N. Ebeveyn tutumlarının okul öncesi dönemdeki 36-69 ay aralığında olan çocukların davranış problemlerine etkisi (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Üsküdar Üniversitesi, İstanbul, 2020.

26. Sevgili, S. Okul öncesi dönem çocuklarında ebeveyn tutumu ile duygusal profilin ilişkisinin incelenmesi (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Hacettepe Üniversitesi, Ankara, 2021.

27. Yavuzer, H. Çocuk psikolojisi. İstanbul: Remzi Kitabevi, 2001, s. 136.

28. Gökşen, E. Okul öncesi dönemdeki çocukların duygu düzenleme becerileri ile mizaç özellikleri ve ebeveyn tutumları arasındaki ilişkilerin incelenmesi (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Karabük Üniversitesi, Karabük, 2019.

29. Özgen, H. Çocukluk çağı ruhsal travmalarının ebeveyn tutumları üzerindeki yordayıcılığı (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). İstanbul Gelişim Üniversitesi, İstanbul, 2017.

30. Sümer, N., Gündoğdu Aktürk, E., Helvacı, E. Anne-babaların tutum ve davranışlarının psikolojik etkileri: Türkiye’de yapılan çalışmalara toplu bakış. Türk Psikoloji Yazıları, 2010; 13 (25): 42-59.

31. Yılmaz, A. Eşler arasındaki uyum ve çocuğun algıladığı anne-baba tutumu ile çocukların, ergenlerin ve gençlerin akademik başarıları ve benlik algıları arasındaki ilişkiler (Yayımlanmamış doktora tezi). Hacettepe Üniversitesi, Ankara, Türkiye, 2000.

32. Uygun, N., Kozikoğlu, İ. Çocukları okul öncesi eğitim kurumuna devam eden ebeveynlerin tutumlarının incelenmesi. *MANAS Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 2020; 9 (3): 1494-1507.

33. Tuğrul, B., Artan, İ. Çocukların cinsel eğitimi ile ilgili anne görüşlerinin incelenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2001; 20 (20): 141-149.

34. Karabulut Demir, E., Şendil, G. Ebeveyn tutum ölçeği (ETÖ). *Türk Psikolojisi Yazıları*, 2008; 11 (21): 15-25

35. Groeneveld, R.A. and Meeden, G. Measuring skewness and kurtosis. *The Statistician*, 1984; 33 (4): 391-399.

36. Moors, J. J. A. The meaning of kurtosis: Darlington reexamined. *The American Statistician*, 1986; 40 (4): 283-284.

37. Hopkins, K.D. and Weeks, D.L. Tests for normality and measures of skewness and kurtosis: Their place in research reporting. *Educational and Psychological Measurement*, 1990; 50 (4): 717-729.

38. De Carlo, L.T. On the meaning and use of kurtosis. *Psychological Methods*, 1997; 2 (3): 292-307.

39. Glesne, C. *Nitel Araştırmaya Giriş*. Ankara: Anı Yayıncılık, 2013.

40. Alabay, E. Okul öncesi dönem çocuğu olan ebeveynlerin ebeveynlik tutumlarının incelenmesi. *Erken Çocukluk Çalışmaları Dergisi*, 2017; 1 (2): 156-174.

41. Ceylan, Ş., Çetin, A. Okulöncesi eğitim kurumlarında devam eden çocukların cinsel eğitimine ilişkin ebeveyn görüşlerinin incelenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2015; 2 (3): 41-59.

42. Eliküçük, A., Sönmez, S. 6 yaş çocuklarının cinsel gelişim ve eğitimiyle ilgili ebeveyn görüşlerinin incelenmesi. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 2011; 25 (6): 45-62.

43. İşler, S., Gürşimşek, A. 3-6 yaş çocuklarının cinsel eğitiminin gerekliliği ile ilgili ebeveyn görüşlerinin incelenmesi. *Gazi Üniversitesi Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2018; 38 (3): 845-867.

44. Üstündağ, A. Ebeveynlerin cinsel istismardan korunma eğitimine yönelik tutumlarının incelenmesi. *Current Perspectives in Social Sciences*, 2022; 26 (1): 118-129.

45. Gürsoy, E ve Gençalp, N. S. *Aile ve Toplum, Eğitim-Kültür Araştırma Dergisi*, Yıl: 11 Cilt: 6 Sayı: 23 Ekim-Kasım-Aralık, 2010: 29-36.

46. Tutar Güven Ş, İşler Dalgıç A. Sex Education and its Importance in Children with Intellectual Disabilities. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2015; 6 (3): 143-148.

47. Tuğut, N., Gölbaşı, Z. Okul öncesi dönem çocuğu olan (3-6 yaş) ebeveynlerin cinsel eğitim tutumlarının incelenmesi. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 2019; 13 (3): 287-294.

48. İşler, S. Okul öncesi dönem çocuğu olan ebeveynlerin cinsel gelişime ve cinsel eğitime yönelik bilgi düzeylerinin ve tutumlarının incelenmesi (Yüksek lisans tezi). Doğu Akdeniz Üniversitesi, Öğretim ve Araştırma Enstitüsü. Kuzey Kıbrıs, 2017.

49. Altundağ, S., Çakırer Çalbayram, N. Awareness of Sexual Health in Mothers Who Have Children with Learning Disability. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi (ASBD)*, 2019; 8 (2): 96-106.

50. Baysan, M. P. 3-6 yaş döneminde çocuklara sahip anne babaların cinsel gelişim ve eğitim hakkındaki bilgi düzeyleri ve tutumları (Yüksel lisans tezi). İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul, 2020.

51. Noorman, M., den Daas, C., de Wit, J. How parents' ideals are offset by uncertainty and fears: A systematic review of the experiences of european parents regarding the sexual education of their children. *The Journal of Sex Research*, 2022.



## BÖLÜM III

# OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞU OLAN ÇOCUKLAR

### *Children with Autism Spectrum Disorder*

Nazan KAYTEZ

*Çankırı Karatekin Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi*

*Çocuk Gelişimi Bölümü, Çankırı, Türkiye*

*E-mail: nazanunal@karatekin.edu.tr*

*ORCID: 0000-0001-8232-8947*

### 1. Giriş

Otizm, Yunanca’ da benlik, öz, kendi gibi anlamları olan “otos” sözcüğünden türemiştir. Otizm ilk olarak 1911’de İsviçreli psikiyatrist Eugen Bleuler tarafından şizofreninin bir tipi olarak tanımlanmıştır. Leo Kanner, 1940’lı yıllarda otizmi çocukluk çağı sendromu olarak adlandırmıştır (1). 1980’li yıllar da ise Lorna Wing ve Christopher Gillberg tarafından otizm bir spektrum bozukluğu olarak tanımlanmıştır. Otizm, 2013 yılına kadar DSM-IV de yaygın gelişimsel bozukluk olarak tanımlanırken, 2013 yılında Amerika Psikiyatri Akademisi Birliği tarafından otizm spektrum bozukluğu adı ile ayrı bir tanı olarak yer almıştır (2,3). DSM-V’te otizm spektrum bozukluğu erken dönemde kendini gösteren, sosyal iletişim ve etkileşimde kalıcı bozukluklar ve sınırlı tekrarlı hareketler ile karakterize olan nörogelişimsel bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır (3,4). Otizm spektrum bozukluğunun nedeni tam olarak bilinmemektedir. Tanılanmasında iki temel ölçüt bulunmaktadır. Bunlar sosyal iletişim yetersizliği ve tekrarlanan davranışlardır. Otizm spektrum bozukluğundan söz edebilmek için takıntılı ve yinelenen davranışların sosyal iletişim yetersizliklerine eşlik etmesi gerekmektedir (5). Bu süreçte erken tanı çok önemlidir. Çünkü erken tanılamayla birlikte yoğun davranışsal müdahale programları otizmlili çocukların gelişimlerini desteklemektedir. Otizmlili çocukların desteklenme sürecinde aile de önemli rol oynamaktadır (6). Bu



bölümde otizm spektrum bozukluğunun nedenleri, otizm spektrum bozukluğu olan çocukların gelişimsel özellikleri, tanılanma süreçleri ve eğitimleri hakkında bilgi verilmiştir.

## 2. Otizm Spektrum Bozukluğu Ve Nedenleri

Otizm spektrum bozukluğunun da genetik ve çevresel birçok faktörün etkili olduğu belirtilmektedir (7).

**Genetik faktörler;** otizm spektrum bozukluğu vakalarının %15'inin bilinen genetik bir nedene bağlı olduğu görülmüştür (2). Otizmin ortaya çıkması için aile geçmişinde mutlaka otizimli bir birey olması gerekmemektedir. Genellikle otizm belirtileri aile bireyleri arasında farklı şekilde görülmektedir. Örneğin, otizimli çocuğun annesinde bazı takıntılar olması, babasının çocukken geç konuşması, amcasının içe dönük bir kişilik özelliğine sahip olması otizm belirtilerinin kan bağı olan kişilere dağıldığını göstermektedir. Ailenin farklı bireylerinde bu şekilde otizmin bazı belirtilerinin görülmesine "*geniş aile fenotipi*" denilmektedir (4,8). Otizm spektrum bozukluğunun genetik temelini araştırmak için bir çok ikiz çalışması yapılmıştır. Yapılan ikiz çalışmalarında tek yumurta ikizlerindeki uyumun %36-96 arasında, çift yumurta ikizlerdeki uyumun ise %0-24 arasında olduğu bulunmuştur. Ayrıca otizimli birçok çocuğun kardeşinde de otizm görülme oranı %2-6 olarak belirtilmektedir. Otizimli çocukların kardeşinde de otizm görülme sıklığı topluma göre 50-100 kat artmaktadır (1,7).

Çevresel faktörler; doğum öncesi, doğum anı ve doğum sonrası birçok faktör otizme neden olabilmektedir. Bunlar, prematüre doğum, hipoksi, düşük doğum ağırlığı, gebelikte kanama, gestasyonel diyabet, sezaryen ile doğum, gebelik döneminde ilaç kullanımı, doğum travması, mekonyum aspirasyonu, düşük Apgar skorları olarak sıralanmaktadır (9,10). Bu risk faktörlerinin otizimli çocuklarda daha sık görüldüğü tespit edilmiştir (3,11). İleri anne ve baba yaşının da otizm spektrum bozukluğu riskini arttırdığı, özellikle baba yaşının daha belirgin bir faktör olduğu belirtilmektedir. Hultman ve arkadaşları (2011) tarafından yapılan bir çalışmada anne yaşı ve otizm risk faktörleri kontrol altına alınarak sadece baba yaşına odaklanılmış, 50 yaş üzerindeki babaların çocuklarında otizm görülme oranının daha genç babalara göre %2,2 kat daha fazla olduğu tespit edilmiştir (12).

### 2.1. Otizm Spektrum Bozukluğu Olan Çocukların Gelişimsel Özellikleri

Otizm spektrum bozukluğunun erken dönemde tanılanmasında çocuğa bakım veren kişiler önemli rol oynamaktadır. Özellikle anne-babanın çocuklarını

çok iyi gözlemlemesi, gelişim dönemleri hakkında bilgi sahibi olması ve akranlarından farklı olan gelişimsel özellikleri fark edip uzman desteği alması otizmin erken dönemde tanınması açısından çok önemlidir (11, 13). Otizm belirtilerinin birçoğu bir yaş öncesinde görülebilmektedir. Ancak erken dönemde görülen belirtiler daha çok “*risk belirtileri*” olarak değerlendirilmektedir. Bu risk belirtileri genel olarak şu şekilde sıralanmaktadır (14).

*1-5 ay;* bu aylarda görülen risk belirtileri emmede zorlanma, göz takibinin olmaması, parlak ışıklara tepki vermeme, başını tutmada zorlanma, gülümsememe, yeni yüzleri görmezden gelme, yüksek seslere tepki vermeme, nesnelere elle kavrayamama şeklinde sıralanmaktadır (15).

*6-8 ay;* konuşulduğunda yüze bakmama, babıldamanın olmaması, seslenildiğinde cevap vermeme, ismiyle çağırılınca bakmama, karşılıklı gülümsemenin olmayışı veya az oluşu, hipotoni, bazı nesnelere ve detaylara aşırı odaklanma, fazla sessiz yada huzursuz olma, sınırlı göz teması, donuk yüz ifadesi, annesi veya diğer yakınlarının onunla ilgilenmesi veya oyun oynaması konusunda beklentisinin az olması, beslenme problemleri, duruş biçimi ve el hareketlerinde farklılık, baş çevresinde anormal büyüme görülmesi durumunda mutlaka bir uzmana başvurulmalıdır (16, 17).

*9-12 ay;* bu aylarda görülen risk faktörleri regresyon, yakın temas ve kucaklanmaktan kaçınma, taklit becerisinin olmaması, bir şeyi işaret ederek gösterme, el sallama gibi hareketlerin olmaması şeklinde sıralanmaktadır (15).

Otizmin belirtileri çoğunlukla 12-24 aylar arasında fark edilmektedir (2). Eğer belirtiler ciddi boyutlarda ise 12 aydan önce, daha az belirgin ise çoğunlukla 24 aydan sonra fark edilmektedir. 12-24 aylar arasında bebekte anlamsız gülümsemelerin olması, cansız nesnelere insan yüzünden daha çok ilgi göstermesi, iki yaşa yaklaşmasına rağmen sözcük çıkarmaması, parmak uçlarında yürümeye çalışması, stereotipik davranışların (tekrarlayıcı el hareketleri gibi) olması, oyuncaklarla amacına uygun oynamaması, komut almakta zorlanması ve sembolik oyun oynamaması risk belirtileri olarak değerlendirilmektedir. Daha sonraki yıllarda tipik olmayan davranışsal özellikler görülmektedir (4, 18).

*Okul öncesi dönemde gözlenen özellikler;* bu dönemde gözlenen özellikler dokunulmaktan hoşlanmamak, taklit becerisine sahip olmamak, iletişim problemleri, başkalarının söylediklerini tekrarlayarak konuşmak (ekolali) şeklinde sıralanmaktadır. Otizmliler çocuklar çoğunlukla kendisinden üçüncü şahıs gibi bahsederler, söyleneni işitmiyor gibi davranırlar, yanından uzaklaşınca çoğunlukla fark etmezler fark etseler bile umursamazlar ve rutinlerinin bozulmasına aşırı tepki gösterirler. Yine okul öncesi dönemdeki

otizmlı çocuklarda kanat çırpma veya parmak ucunda koşturma gibi tekrarlı davranışlara sıklıkla rastlanır. Bazı ses ya da ışıklardan aşırı rahatsız olurlar, öfke nöbetleri geçirebilirler. Beslenme konusunda aşırı seçici davranabilirler (15, 19).

*Okul döneminde gözlenen özellikler;* otizmlı çocuklar sosyal oyunlara katılmaktan kaçınırlar, çoğunlukla kendisinden daha küçük çocuklarla oynamayı tercih ederler, dikkatlerini toplamakta zorlanırlar, fazla kuralcı olurlar, karşılıklı konuşmaktan kaçınırlar, fazla didaktik ifadeler kullanırlar ve yaptıklarının başkaları üzerindeki olumsuz etkilerini algılayamazlar (20). Otizm spektrum bozukluğu olan çocukların genel özellikleri şu şekildedir.

➤ *Duyusal özellikleri:* Otizmlı çocukların çoğunluğu duyuşal uyarılara karşı aşırı hassas ve tepkisizdir. Belirli ses, koku yada dokulara aşırı tepki gösterebilirler ya da tepkisiz kalabilirler. Bazı uyarılara beklenmedik tepkiler de gösterebilirler. Örneğin, yüksek ses karşısında gözlerini kapamak, parlak ışık görünce kulaklarını kapamak gibi. (21).

➤ *Motor gelişim özellikleri:* Kaba ve ince motor becerilerde yetersizlik görülebilmektedir. Otizmlı çocuklar gelişim geriliği olan akranlarıyla refleksler, denge, hareket, nesnelere kavrama, görsel motor koordinasyonu açısından karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık bulunmazken tipik gelişim gösteren çocuklarla karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir (5). Yine okul öncesi dönemdeki otizmlı çocukların %37-95'inde anormal duruş şekli, el ve parmaklarda bireye özgü hareketler gözlenmiştir. Bu çocukla performans gerektiren motor becerilerde zorlanırlar (22). Ming vd (2007), otizm spektrum bozukluğu olan çocuklar ve ergenlerle yaptıkları çalışmalarında normal gelişim gösteren çocuklarla motor özelliklerini karşılaştırdıklarında otizmlı çocukların motor yetersizliklerinin çok daha fazla olduğunu belirlemişlerdir (23).

➤ *Bilişsel gelişim özellikleri:* Otizm spektrum bozukluğu olan çocuklarda çoğunlukla zihinsel yetersizlik görülmektedir. Ancak bazı çocuklarda özel yeteneklere de rastlanmaktadır. Örneğin üst düzey enstrüman çalan, resim yapan ya da olağanüstü matematik becerisine sahip olan çocuklarda bulunmaktadır. Genel olarak otizmlı çocuklar bilginin analiz edilmesi, düzenlenmesi, hatırlanması, kullanılması gibi bilişsel becerilerde yetersizlik yaşarlar. Daha zor öğrenirler, esnek düşünemezler, akademik becerileri sınırlıdır. Bilgiyi transfer etmede sorun yaşarlar. Örneğin, çocuk evde kaşık kullanmayı öğrendiği halde okulda kullanamayabilir. Yine taklit becerileri ve sözcük dağarcıkları da zayıftır. (6,7).

➤ *Dil gelişim özellikleri:* konuşma ve iletişim problemlerine sahiptirler. Dili kavramada zorlanırlar. Gecikmiş konuşma, söylenenleri anlamama, ekolalik konuşma (sözcük ve cümlelerin tekrarlanması), monoton ses tonuyla konuşma görülür. Jest ve mimiklerini etkili bir şekilde kullanamazlar (1,11). Konuşma sırasında çoğunlukla birinci tekil (ben) yerine üçüncü tekil şahısları kullanırlar. Alıcı (anlama) ve ifade edici dilde (konuşma) sorun yaşarlar. Karşılıklı konuşma sürecini yönetemezler. Cevabını bilse bile aynı soruyu tekrar tekrar sorarlar. Soru ve emir cümlelerini anlamakta zorlanırlar. Otizm spektrum bozukluğu olan çocukların dil becerileri bireysel özelliklerine göre farklılık göstermektedir. Ancak genel olarak otizimli her çocukta dil problemleri görülmektedir (5).

➤ *Sosyal ve duygusal gelişim özellikleri:* Otizimli çocukların iletişim becerilerinde yetersizlikler görülmektedir. Normal gelişim gösteren çocuklar gözlem yaparak taklit ederek oyun oynayarak sosyal becerileri kazanırlar ancak otizimli çocuklar çevre ile iletişim kurmakta güçlük yaşadıkları için akranlarıyla oyun oynamaktan kaçınırlar (13). Oyuncaklara ilgi duymazlar ve oyuncakları amacına uygun kullanmazlar. Sadece belirli nesnelere aşırı derecede bağlanabilirler. Düzen takıntıları vardır. Bu çocuklar daha az göz kontağı kurarlar bazı çocuklar ise hiç göz kontağı kurmazlar. Bu çocuklarda görülen iletişim ve sosyal etkileşimdeki yetersizlikler davranış problemlerine de neden olmaktadır. Öfke nöbetleri ağlama, çılgık atma gibi davranış problemleri görülebilmektedir. El çırpma, sallanma, nesnelere birbirine vurma, kendi etrafında dönme gibi davranışlar sergilerler. Sıklıkla uyku problemi yaşarlar. Çok sık uyanırlar ya da uyumak istemezler. Uyku kalitesi bozuldukça öfke nöbetleri de artmaktadır (1, 24).

## ***2.2. Otizm Spektrum Bozukluğu Olan Çocukların Tanılanması***

Otizimli çocukların tanılanması için ilk aşama taramadır. Birinci ve ikinci düzey olmak üzere iki tür sistematik tarama modeli bulunmaktadır. Birinci düzey tarama modelinde çocuklar belirli dönemlerde tarama araçları kullanılarak OSB olma riski açısından değerlendirilir (19). Amerikan çocuk doktorlarının savunduğu bu modelde çocuklar 9., 18., 24. ve 30. aylarda rutin olarak değerlendirilirler. Risk grubundakileri belirlemek ve genel gelişimleri değerlendirmek için; ASQ, C-DI, BDIST, BNS gibi testler kullanılır. İkinci düzey tarama modelinde rutin değerlendirme sürecinde gelişimde sapma/ gecikme olduğu belirlenen çocuklar ayrıca tekrar değerlendirilir. Bu aşamada;

CHAT, ESAT, CSBS-DP, M-CHAT gibi testler kullanılır. Tarama sürecinde özellikle ele alınması gereken ilkeler bulunmaktadır . Bu ilkeler şu şekilde sıralanmaktadır (5,9,20).

- Tarama araçlarının otizmli çocukları diğer gelişimsel problemleri olan çocuklardan ayırt etme gücünün yüksek olması gerekmektedir.
- Otizm ile birlikte diğer gelişimsel bozuklukları da belirlemelidir.
- Tarama sonucunda risk grubunda olan çocuklar mutlaka ayrıntılı değerlendirme sürecine yönlendirilmelidir.
- Çocuğun ayrıntılı gelişimsel öyküsü alınmalıdır.
- Aile çocuğun değerlendirilmesinde çok önemlidir. Çocuğun gelişimini etkileyebilecek aileye ilişkin psiko-sosyal faktörler mutlaka belirlenmelidir.
- Değerlendirme sürecinde, çocuğun zayıf yönleriyle birlikte güçlü yönleri de dikkate alınmalıdır (13, 25).
- Değerlendirme sürecinde mutlaka geçerliği-güvenirliği yapılmış ölçme araçları kullanılmalıdır.
- Anne babalar, eğitimciler ya da sağlık alanında çalışan uzmanlar otizme ait belirtileri bileşeler de doğru ve geçerli tanı konulabilmemesi için uzman kişiler gereklidir. Bu kişiler DSM-5 ve ICD-10 gibi tanı araçları ile çeşitli ölçek ve kontrol listeleri ile gözlem yaparlar ve tanı koyarlar. Tanı sonrası çocuk belirli aralıklarla mutlaka değerlendirilmeli ve gelişimi takip edilmelidir (8, 26).

Ülkemizde otizm spektrum bozukluğunun tanılanmasında sıklıkla Çocukluk Otizmi Dereceleme Ölçeği, Gilliam Otizm Dereceleme Ölçeği, Otizm Davranış Kontrol Listesi, Otizm Anketi, Otizm için Davranış Gözlem Ölçeği ve Ruhsal Bozuklukların Tanı ve Sayımsal El Kitabı (DSM-5) kullanılmaktadır (1). Türkiye’de sıklıkla kullanılan DSM-5’e göre bir çocuğun otizm spektrum bozukluğu tanısı alması için sosyal iletişim ve karşılıklı etkileşimde kalıcı yetersizlikler yaşaması, ilgi alanının kısıtlı olması ve belirtilerin çocuğun günlük işlevlerini olumsuz etkilemesi gerekmektedir (2). Örneğin, çocuk sosyal etkileşimi başlatma ya da sürdürmede başarısızlık yaşar, göz teması ve iletişim kurmakta zorlanır yada hiç kurmaz, jest ve mimiklerini kullanamaz, farklı sosyal gerekliliklere göre davranışlarını ayarlayamaz, hayali oyun oynayamaz ve akranlarıyla vakit geçirmek istemez. Rutinlerinin bozulmasından hoşlanmazlar. Alışılmadık nesnelere meşgul olur ya da aşırı bağlanır (3,4).

Otizm spektrum bozukluğu olan çocukların taranması ve tanılanmasına ilişkin iki temel sorundan söz edilebilir. Birinci sorun, bir çok ülkede yaygın olarak kullanılan CARS, GARS ve AQ gibi standart değerlendirme araçlarının

Türkçe formları bulunmasına karşın, bu ölçekler tanı koymada yaygın olarak kullanılmamakta sadece araştırma yapmak için kullanılmaktadır (27). Ayrıca nasıl tarama ve tanılama yapılacağına ilişkin her hangi bir protokol ve rehber edecek doküman bulunmadığı görülmektedir. İkinci sorun ise, Türkçe formu olan araçların psikometrik özelliklerinin genellikle az sayıda çocuktan toplanan verilerle incelenmiş olması, geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarının daha büyük gruplarla yinelenmemiş olmasıdır (28).

Çocuklara tanı konulması ve gelişimsel özelliklerin değerlendirilmesi, doğru müdahale programlarına yönlendirildiği zaman önem kazanır. Dolayısıyla tanı konulduktan sonra çocuk mutlaka uygun eğitim programına yönlendirilmelidir (5). Çocuğun uygun eğitim programına yönlendirilebilmesi için de eğitimsel değerlendirmesinin yapılması gerekmektedir. Çocuğun eğitimsel değerlendirmesi Rehberlik ve Araştırma Merkezlerinde yapılır. Çocuğun tıbbi tanılama dosyası, gelişim öyküsü, gelişim alanlarındaki mevcut performansı, akademik başarısı, bireysel yeterlilik ve ihtiyaçları bir bütün olarak değerlendirilir. Yapılan değerlendirme sonunda, çocuk için uygun eğitim kurumu belirlenir ve çocuğa ilişkin ayrıntılı rapor ve eğitim planı hazırlanır (29, 30).

### ***2.3. Otizm Spektrum Bozukluğu Olan Çocukların Eğitimleri***

Otizimli çocukların erken tanınması ve müdahale programlarıyla desteklenmesi dil gelişimleri, iletişim becerileri, sosyal ilişkiler ve okul yaşantıları üzerine olumlu etki sağlamaktadır. Özellikle çocuğun erken dönemde tanınması, ailenin çocuğun eğitimine katılımını hızlandırmaktadır. Eğitimin her aşamasına ailenin katılımı çocuğun gelişimi için gereklidir. Özellikle erken çocukluk döneminde öğretmenle çocuğun birebir çalışacağı eğitim fırsatları mutlaka olmalıdır ve bu süreçte ailenin desteği çok önemlidir (31).

Dünyada otizm spektrum bozukluğu tanısı alan çocukların eğitimlerine yönelik çalışmalar uzun yıllardır devam etmektedir. Bu çalışmaların sonucunda kimi 1960'larda başlamış kimi ise çok daha yeni olan bazı eğitim modelleri ortaya konulmuştur. Bu modellerden bazıları Uygulamalı Davranış Analizi (ABA), Floortime (Etkileşimsel Serbest Oyun), TEACCH Yöntemi, PECS Programı (Picture Educational Communication System), Duyu Bütünleme Terapisi, LEAP (Learning Experiences Alternative Program), SCERTS (Social Communication, Emotional Regulation, Transactional Support), Dil ve Konuşma Terapisi ve son olarak ülkemizde geliştirilmiş olan Nöroplay yöntemidir (4, 32, 33).

- *Uygulamalı Davranış Analizi*: Uygulamalı davranış analizinde istenilen davranışları artırma, yeni davranışlar kazandırma ve istenmeyen davranışları

azaltma amaçlanır. Davranışçı eğitsel yöntemler arasında en etkili olan ve son yirmi yıldır otizmlili çocukların eğitimlerinde yoğun olarak kullanılan bir yöntemdir (6).

- *Lovaas Modeli*: 1960'lı yılların sonuna doğru Ivar Lovaas tarafından geliştirilmiştir. Çocuğun taklit ve oyun becerilerinin geliştirilmesi amaçlanır. Doğal ortamda öğrenme esastır. Bu amaçla çocuğa etkili fırsatlar sunulur. Anne-baba katılımı önemlidir. Programda öncelikle erken çocukluk dönemine odaklanılmaktadır (29).

- *Floortime*: 1980'li yıllarda Greenspan ve Wieder tarafından Amerika'da geliştirilmiştir. İletişim problemi yaşayan çocuklarda sıklıkla kullanılır. Yerde oyun olarak da adlandırılmaktadır. Ebeveynlerin çocuklarıyla doğru iletişim kurabilmeleri amaçlanır. Floortime da çocuğun seçimleri önemlidir ve etkinlikler çocuğun liderliğinde sürdürülür (32).

- *TEACCH Yöntemi*: Otizmlili çocukların eğitimlerinde yaygın olarak kullanılır. Schopler Reichler tarafından 1966 yılında geliştirilmiştir. Çocuğun olumsuz davranışlarını değiştirmek için eğitimcilere ve ebeveynlere teknikler öğretilir. Programın amacı çocuğun bağımsız yaşam becerilerini artırmaktır. Bireyselleştirilmiş eğitim programı esastır. Anne-babanın desteği yöntemin başarısı için önemlidir (33).

- *PECS Programı*: 1994 yılında Bondy ve Frost tarafından geliştirilmiştir. İletişimi çocuğun başlatması beklenir. Olumlu pekiştireçler verilerek resim ve fotoğraf gibi görsel materyaller aracılığıyla çocuğun iletişim kurması hedeflenir. Bu yöntemde sözcüklerin yerini resimli kartlar almaktadır (4).

- *Duyu Bütünleme Terapisi*: Duyu bütünleme terapisindeki amaç çocuğun duyuusal uyaranları daha iyi algılamasını, görsel ve dokunsal uyaranlar arasında daha iyi bağlantı kurmasını sağlamaktır. Çocuğun performansını etkileyen, duyuusal motor sorunları çözmek için geliştirilmiş bireyselleştirilmiş bir müdahale terapisi. Çocuğun ince ve kaba motor becerileri, dikkat ve öz farkındalığı geliştirilir (21).

- *LEAP*: Otizmlili çocukların normal gelişim gösteren akranlarının yanında daha iyi öğrenecekleri fikrine dayanmaktadır. Program kaynaştırma eğitimini içermektedir. Aile eğitimleri önemlidir (haftada en az 15 saat) sürece aile bireyleri mutlaka dâhil edilir ve uygulamanın farklı evrelerinde çeşitli görevler verilir. Sadece otizmlili çocuklara değil farklı yetersizliğe sahip çocuklara da uygulanabilen esnek bir programdır (30).

- *SCERTS*: Çocuğun sosyal iletişimini desteklemek, göz teması kurmasını sağlamak, duyuusal destek vermek, davranış sorunlarını gidermek ve iletişim

desteğiyle çocuğun akranları, ailesi ve toplumdaki diğer kişilerle iletişimini artırmak amaçlanır (4).

- *Dil ve Konuşma Terapisi:* Dil ve konuşma terapisinin temel hedefi, çocuğun içinde bulunduğu tüm ortamlarda iletişim kurmasını sağlayacak becerileri kazandırmaktır. Böylece çocuk hem kendine yöneltilen konuşmaları daha iyi anlar, hem kendini daha anlaşılır şekilde ifade edebilir hem de konuşmayı başlatma ve devam ettirme becerilerini kazanabilir (12, 14, 18).

- *Nöroplay Yöntemi:* Otizm spektrum bozukluğu olan çocukları desteklemek amacıyla geliştirilmiş bir erken müdahale programıdır. Ebeveyn-çocuk etkileşimini destekleyen bir terapi yaklaşımıdır ve özellikle 12-42 ay arasındaki otizmlilerde kullanılır (21).

- *Denver Erken Başlama Modeli:* 12-36 aylık otizmlilerde 48-60 aylığa kadar uygulanan bir erken müdahale modelidir. Model bir gelişim müfredatıdır ve çocuğa öğretilecek beceriler ve becerilerin nasıl öğretileceği belirlidir. Oyun temellidir. Çocuğun doğal ortamı, öğretim ortamı olarak kullanılır. ESDM teknikleri konusunda eğitimci ve ebeveynlere eğitim verilir.

- *Otistik Çocuklar için Davranışsal Eğitim Programı:* Anadolu Üniversitesi Engelliler Araştırma Enstitüsü tarafından 2016 yılında başlatılan Lovaas Programı temel alınarak ve WEAP (Wisconsin Early Autism Project) gözlemlenerek geliştirilmiş erken ve yoğun davranışsal eğitim programıdır. Program başta sıfırsekiz yaş arasındaki orta ve ileri derecedeki otizmliler için hazırlanmıştır. Daha sonra diğer yaş grupları için de geliştirilmiştir. Çocuk iki-üç yıl boyunca desteklenmekte ve belirli aralıklarla değerlendirilmektedir. Programın ilk altı ayında bireysel eğitim verilmekte, akran etkileşimi başlatılmaktadır (1,4, 5).

### 3. Sonuç

Otizm spektrum bozukluğu yaşamın ilk yıllarında ortaya çıkan çocuğun günlük yaşamına katılımını etkileyen sınırlı ve yineleyici ilgi, davranış, etkinlikler ve sosyal iletişim yetersizlikleri şeklinde kendini gösteren bir nörogelişimsel bozukluktur. Otizmin nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte kalıtsal ve çevresel faktörlerin etkili olduğu belirtilmektedir. Otizmliler çocuklar tipik gelişim gösteren akranlarına kıyasla bilişsel, dil, motor, sosyal ve duygusal gelişim alanlarında yetersizlik yaşamaktadırlar. Özellikle en belirgin olanı ise sosyal gelişim alanıdır. Ancak erken dönemde yapılacak müdahaleler ve eğitim programlarıyla çocuğun günlük yaşama adaptasyonu sağlanabilmekte ve gelişimi desteklenebilmektedir. Bu nedenle tanının en erken dönemde konulması ve eğitime mümkün olan en erken dönemde başlanması gerekmektedir.



Otizm spektrum bozukluğu olan çocukların eğitimlerinde aile önemli rol oynamaktadır. Anne-babaların mutlaka çocukların gelişimleri hakkında bilgi sahibi olması ve çocuklarını iyi gözlemlemeleri gerekmektedir. Bu konuda ailelere eğitimler verilmelidir. Ayrıca aileler otizm spektrum bozukluğu hakkında bilgilendirilmeli ve çocuklarında herhangi bir gelişimsel farklılık gözlemlemeleri durumunda nereye başvuracakları konusunda yönlendirilmelidir. Bu doğrultuda ailelere şunlar önerilebilir.

- Çocuk ekranla erken dönemde tanışmamalıdır.
- Çocuk mümkün olduğunca sosyal ortamlara girmelidir.
- Çocuk diğer çocuklarla iletişim kurma konusunda desteklenmeli, uygun ortamlar sunulmalıdır.
- Çocuğa gereksiz uyaranlar sunulmamalı, gelişimini destekleyecek materyaller alınmalıdır.
- Oyun oynarken çocuğun etkinliği yönlendirmesine izin verilmelidir. Böylece çocuk etkinliklere daha fazla katılım sağlayacaktır.
- Oyun oynarken amaç öğretmek olmamalıdır. Oyun içerisinde sürekli soru sormaktan kaçınılmalıdır. Bu çocuğun etkinlikten çabuk sıkılarak uzaklaşmasına sebep olacaktır.
- Çocukla iletişim kurarken onun görüş alanına girilmelidir (dizlerin üzerinde durmak, göz hizasında olmak gibi.)
- Çocuk görüş alanındayken ismiyle seslenilmelidir (bu seslenmeler amaçsız olmamalı).
- Konuşurken çocuğun ilgisini çekebilecek farklı ses tonlamaları kullanılmalıdır.
- Bilimsel dayanağı olmayan uygulamalar çocuğa yaptırmamalıdır.
- Mutlaka uzman desteği alınıp çocuğun gelişimi düzenli olarak takip edilmelidir.

### **Kaynaklar**

1. Şahin S. Özel gereksinimli çocuklar ve özel eğitimi. Baykoç N. (Ed). Ankara: Eğiten Kitap. 2011: 289-304.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5) (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM-5). Köroğlu E, (Çev. Ed.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2014.
3. Aksoy UM. (2019). Nörogelişimsel bozukluklar: Bir Ağacın Farklı Dalları. İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Tıp Dergisi. 2019; 11(1), 1-4.

4. Tortamış Özkaya B. Yaygın gelişimsel bozukluklardan otizm spektrum bozukluğuna geçiş: DSM-5'te karşımıza çıkacak değişiklikler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2013; 5(2), 127-139.
5. Başar Şenyılmaz P, Fazlıoğlu Y. Özel gereksinimli çocuklar ve eğitimleri. Aral N, Gürsoy F. (Ed.). Ankara: Hedef Yayıncılık. 2018: 236-254.
6. Vuran S. Özel eğitim ve kaynaştırma. Cavkaytar A, Tekin Ersan D. (Ed.) Ankara: Eğiten Kitap. 2018: 27-57.
7. Gönen A. Özel eğitim. Karabulut, R (Ed.). Ankara: Eğiten Kitap.2020: 167-201.
8. Uygun N, Yavuz M. Özel eğitim ve kaynaştırma. Koçbeker Eid B, Çıkkılı Y, Deniz S. (Ed.). Ankara: Eğiten Kitap. 2020: 96-103.
9. Alyanak B, Özusta Ş. Ben hasta değilim. Ekşi A. (Ed.). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.2011:150-164.
10. Lauritsen M B, Pedersen C B, Mortensen B. effects of familial risk factors and place of birth on the risk of autism: A nationwide register-baised study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2005; 46(9), 963-971.
11. Çolak A. Otizm spektrum bozukluğu. Cavkaytar A. (Ed). Ankara: Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü. 2016: 93-121.
12. Hultman C, M.,Sandin S, Levine SZ, Lichtenstein P, Reichenberg A. Advancing paternal age and risk of autism: new evidence from a population-basedstudy and a meta-analysis of epidemiological studies. *Molecular Psychiatry*, 2011; 16, 1203-1212.
13. Mukaddes NM. Otizm spektrum bozuklukları tanı ve takip. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri. 2013.
14. Casenhiser DM, Shanker S G, Stieben J. Learning through interaction in children with autism: Preliminary data from asocial-communication-based intervention. *Autism*, 2011; 17(2), 220-241.
15. Başar Şenyılmaz P, Fazlıoğlu Y. Özel gereksinimli çocuklar ve eğitimleri. Aral N, Gürsoy F. (Ed.). Ankara: Hedef yayıncılık.2018: 236-254.
16. Günden O, Diken İ. H. Erken Çocuklukta Otizm Spektrum Bozukluğu. Diken İ. H. (Ed.). Ankara: Pegem Akademi. 2021: 165-195.
17. Irmak TY, Sütçü ST, Aydın A ve ark. Otizm davranış kontrol listesinin geçerlik ve güvenilirliğinin incelenmesi. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*. 2007; 14:13-23.
18. Gutstein SE. Empowering families through relationship development intervention: An important part of the biopsychosocial management of autism spectrum disorders. *Ann Clin Psychiatry*. 2009; 21(3), 174-182.

19. Mukaddes N. M. Bebeklikten erişkinliğe otizm aileler için kılavuz. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri. 2018.

20. Karaman Ö. Ordu ilinde otizm spektrum bozukluğu tanılarının yıllara göre değerlendirilmesi. *Sakarya Tıp Dergisi*. 2018; 8(1), 127-133.

21. Yaylaci F, Miral S. A Comparison of DSM-IV-TR and DSM-5 diagnostic classifications in the clinical diagnosis of autistic spectrum disorder. *J Autism Dev Disord*. 2017; 47:101-9.

22. Ekici B. Otizmi oyuna getir nöroplay yöntemi. Ekici B, Bıçakçı MY. (Ed.). Ekinoks Yayınları. 2018: 13-36.

23. Arslan E, İnce G. 12 haftalık egzersiz programının atipik otizmlili çocukların kaba motor beceri düzeylerine etkisi. *Uluslararası Spor, Egzersiz ve Antrenman Bilimi Dergisi*. 2015; 1(1), 51-62.

24. Ming X, Brimacombe M, Wagner G. C. Prevalence of motor impairment in autism spectrum disorders. *Brain and Development*, 2007; 29(9), 565-570.

25. Verschuur R, Didden R, Lang R, Sigafos J, Huskens B. Pivotal response treatment for children with autism spectrum disorders: A systematic review. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*, 1(1), 2014; 34-61.

26. Korkmaz B. (2010). Otizm: Klinik ve nörobiyolojik özellikleri, erken tanı, tedavi ve bazı güncel gelişmeler. *Türk Ped Arş* 2010; 45(2), 37-44.

27. Özeren GS. (2013). Otizm Spektrum Bozukluğu ve Hastalığa Kanıt Penceresinden Bakış: Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2013; 4 (2),57-63.

28. Özgür BG, Aksu H, Eser E. Otizmde yaşam kalitesi anketi anne-baba sürümünün Türkçe geçerliliği ve güvenilirliği. *Anatolian J Psychiatry*, 2017;18:344–352.

29. Kurt O, Subaşı Yurtçu A B. Otizm spektrum bozukluğu olan bireylere yönelik kapsamlı uygulamalar. *Sakarya University Journal of Education*, 2017; 7(1), 155-182.

30. Ardıç A. Özel eğitimde erken çocukluk dönemi yoğun eğitim programları: deneyimle öğrenme programının (LEAP) etkililiği çalışmalarına bir bakış. *International Journal of Early Childhood Special Education*. 2013; 5(2), 200-220.

31. Usta M B, Yazıcı DN. Otizm spektrum bozukluğunda eğitsel modellerin gözden geçirilmesi. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*. 2020; 27(3), 134-139.

32. Dionne M, Martini, R. Floor time play with a child with autism: A single-subject study. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 2011; 78(3), 196-203.

33. Mesibov GB, Shea V. The TEACCH program in the era of evidence-based practice. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2010; 40(5), 570-579.

## BÖLÜM IV

# ERGEN FLÖRT ŞİDDETİNİN PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK ÜZERİNE ETKİSİ

### *The Effect of Adolescent Dating Violence on Psychological Resilience*

Gül KADAN

*Çankırı Karatekin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi*

*Çocuk Gelişimi Bölümü, Çankırı, Türkiye*

*E-mail: gulkadan@gmail.com*

*ORCID: 0000-0002-1430-8714*

## 1. Giriş

Toplumda her an hissedilen ve toplumsal bir olgu olarak ele alınan şiddet, her yaş ve kesimden bireyi etkisini altına alabilen bir durumdur. Genellikle güçlü olanın, kendisinden daha güçsüz bir konumda olan kişiye uyguladığı baskı olarak tanımlanabilecek şiddet olgusu, her yaş ve kesimi derinden etkilemektedir (1). Özellikle kadınlar, yaşlılar ve çocuklar şiddet açısından risk grubunu oluşturmaktadır. Şiddetin ise genellikle farklı türlerde ortaya çıktığı görülmektedir (2-6). Şiddetin türlerinden biri ise son yıllarda sıklıkla yaşanan bir olgu haline gelen ve sonucunda istenmeyen pek çok durumu beraberinde getiren flört şiddetidir. Flört şiddeti en genel anlamda bir ilişkide partnerin istemediği yönde gerçekleşen fiziksel, psikolojik ve cinsel öğeleri içeren bir durumdur (2, 7-10). Flört şiddetinden ise her kesim etkilenmiş olsa da, ergenlik dönemindeki çocuklar daha da fazla risk altında bulunabilmektedir.

Ergenlik dönemi, çocuğun bireyselliğini kanıtlamaya çalıştığı, bu bireyselliğini kanıtlarken de farklı ilişki ve yönelimler içinde bulunabildiği bir süreçtir. Ergenlik döneminde genellikle yaşanan hormonal değişimler ve bir an önce büyümek isteği, onu karşı cinsten kişilerle ilişki arayışına getirmektedir (9). Ancak karşı cinsten biriyle olan ilişkide her iki tarafın yerine getirmesi

gereken özellikler bulunmaktadır. Bu noktada ergenin kendisinin henüz tam olarak gelişiminin olgunlaşmaması, ergenlik döneminin getireceği karşıt duygu durumları karşı tarafa yönelik ne istediğini bilmemesine ve bunun sonucunda problemler yaşanmasına neden olabilmektedir (11). Yaşanan bu problemler ise belirli bir süre sonra şiddete doğru ilerleyebilmektedir. Ergenlik döneminde bulunan çocuk başlangıçta ne olduğunu anlayamamakta, ancak sonuçta şiddeti uygulayan ya da şiddet uygulanan bir birey haline gelebilmektedir. Özellikle bu dönemde çevresine herhangi bir şekilde danışmayan ergende birtakım psikolojik problemler ortaya çıkabilmektedir. Ortaya çıkan psikolojik problemler ise bir süre sonra derinleşebilmekte ve sonuçta da intihara kadar giden bir süreç yaşanabilmektedir (9, 11-12). Bu süreçte önemli olan ise ergenin psikolojik sağlamlık düzeyinin ne durumda olduğudur.

Psikolojik sağlamlık ise bireyin hayatında karşılaştığı problemleri fark etmesi, bu problemlere yönelik olarak etkili ve uygun olan baş etme mekanizmalarını geliştirmesi ve uygulaması olarak tanımlanmaktadır (13). Psikolojik sağlamlığın pek çok etkenle ilişkide olduğu bilinmektedir. Bunların içinde önemli bir rolü olan aile ise ergenlik döneminde daha da önemli hale gelebilmektedir. Ailesiyle çatışmaları olan ya da ailesiyle etkili bir iletişim kuramayan ergenlerin flört etme yönelimlerinin olması beklenen bir durumdur (14). Özellikle flört ettiğini ailesinden gizleyen ve ilişkisinde şiddet yaşayan ergenlerin ise bir kısır döngü içine girdikleri görülebilmektedir. Bu kısır döngüden çıkılamaması durumunda ise zaten yeterince iyi olmayan iletişiminin daha da kısıtlanması ve olaylarla baş etme mekanizmasının yıkılması bir başka ifadeyle psikolojik sağlamlıklarının hiç olmayacak kadar zedelenmesi söz konusu olabilmektedir. Psikolojik sağlamlığın bu derece ciddi bir hasar alması ise psikolojik problemlerin sıklıkla yaşanmasına da yol açabilecektir (15). Ancak durumun fark edilmesi ve bir an önce bu durumdan kurtulma çarelerinin ergenlere sunulmasının ise oldukça önemli olduğu ortadadır. Bu düşüncelerden hareketle bölümde ergen flört şiddetinin psikolojik sağlamlık üzerindeki etkisinin ne olduğunun belirlenmesi ve çözüm önerilerinin sunulması amaçlanmıştır. Bu amaç altında da aşağıda şiddet, flört şiddeti, ergenlik döneminin özellikleri, psikolojik sağlamlık ve ergen flört şiddeti arasındaki ilişkiler ele alınarak açıklanacak ve çözüm önerileri sunulacaktır.

## 2. Şiddet

Şiddet en genel anlamda, uğrayan bireyin hayat standardını düşürerek, fiziksel ve psikolojik semptomların ortaya çıkmasını sağlayan bir durumdur

şeklinde tanımlanabilir. Bir başka ifadeyle şiddet, fiziksel ya da otorite olarak güçlü olan bireyin, kendinden daha güçsüz durumda bulunan kişilere istediklerini kabul ettirebilmek için uyguladıkları her türlü fiziksel olarak gerçekleştirilen yaralama, dayak gibi eylemlerden, sözle aşağılama, yok sayma gibi durumlara kadar giden bir durumdur. Şiddet fiziksel ya da duygusal olduğu kadar cinsel yönden de gerçekleşebilmekte, özellikle günümüzde teknoloji aracılığıyla sıklıkla gerçekleşen ve siber zorbalık olarak adlandırılan biçimde de uygulanabilmektedir (16). Ancak hangi türden gerçekleşirse gerçekleşsin şiddette, şiddet uğrayan bireylerin özgürlük, hak, sağlık, yaşam kalitesi ciddi oranda etkilenmektedir. Şiddet ilk olarak aile içinde başlamakta ve bir kısır döngü olarak gelecek nesillere aktarılmakta ve toplumun en temel birimi olan aileden de çevreye yayılmaktadır. Bu kapsamda toplumda her yaş ve kesimden bireyin şiddete uğrama ihtimali azımsanmayacak kadar yüksektir (17). Şiddet için risk faktörleri olduğu kadar koruyucu faktörlerde bulunmaktadır.

Şiddet için risk faktörleri arasında yukarıda da belirtildiği gibi aile özellikli bir yere sahiptir. Aile içinde şiddetin sıradan bir olgu haline gelmesi sonucunda, başka bir iletişim yolu olmadığını düşünen ergenler, en küçük anlaşmazlıklarında şiddete başvurmaktadır. Ailenin yanında bireysel özelliklerin, dürtü kontrol mekanizmasının yeterli olmamasının şiddete yönelik davranışı arttırılabildiği ve akran grubu arasında şiddet yanlısı davranışların bulunma sıklığının da şiddeti derinleştirebildiği ifade edilmektedir (18, 19). İfade edilenlere bakıldığında durumun ergenlik dönemindeki çocuklar için önemli olduğu da ortadadır. Ancak her ergenlik döneminde bulunan ve risk faktörlerini taşıyan bireyin de mutlaka şiddet uygulayacağı düşünülemez. Ergenin ailesi başta olmak üzere, öğretmenleri ile ya da etkileşimde bulunabileceği kişilerle gireceği sağlıklı ilişkilerin şiddetten korunmada önemli faktör olduğu da ifade edilebilir (18). Bu noktada özellikle son yıllarda ergenler arasında ortaya çıkabilen flört şiddetinin de koruyucu faktörlerle en aza indirilebileceğini söylemek mümkündür. Aşağıda flört şiddeti ele alınarak açıklanacaktır.

### 3. Flört Şiddeti

Flört şiddeti günümüzde sıklıkla aile içinde, yetişkinlikte ya da ergenlik döneminde sıklıkla karşılaşılan bir olgu durumundadır. En genel anlamıyla flört şiddeti, duygusal anlamda bir ilişki içinde bulunan kişilerden birinin, diğerinin duygularını yok sayması, kendi isteklerini ona dayatması, fiziksel olarak güç kullanması, cinsel yönden karşı tarafın istemediği ya da hazır olmadığı davranışlara zorlaması olarak tanımlanabilir (2, 7, 8, 9, 17, 20). Özellikle ergenlik

döneminde yaşanan flört şiddeti ise ergenin tüm gelişimine, psikolojisine büyük oranda zarar verme potansiyelini de taşımaktadır. Yapılan araştırmalarda ergenlik döneminde flört şiddeti yaşayan ergenlerin depresyon, anksiyete bulgularını sıklıkla yaşadıkları, davranışsal olarak daha fazla içselleştirilmiş ve dışsallaştırılmış problemler gösterdikleri, akademik ve sosyal hayatlarının büyük oranda etkilendiği yönünde sonuçlara ulaşılmıştır (2, 20, 21-28). Flört şiddeti farklı boyutlarda ortaya çıkabilmektedir.

Flört şiddeti fiziksel flört şiddeti, duygusal flört şiddeti, cinsel flört şiddeti, ekonomik flört şiddeti, sanal/dijital flört şiddeti ve ısrarlı takip şeklinde kategorilere ayrılarak incelenmektedir (29, 30). Fiziksel flört şiddeti, ilişkide kişinin partnerine yönelik olarak yönelmiş olduğu dövme, yaralama, silah kullanma gibi davranışların sergilendiği flört şiddet türüdür. Tespit edilmesi oldukça kolay olan flört şiddeti türü olarak değerlendirilebilir (8).

Duygusal ya da psikolojik flört şiddeti ise, partnerini yok saymak, onunla ilgilenmemek, ona isim takmak, alay etmek, aşağılamak, hakaret etmek, küfretmek, küsmek, aldatmak, sevgi ve ilgi göstermemek, kıskanmak ve bunun sonucunda hareketlerini aşırı kısıtlamak, giyimine, dış görünüşüne, hareketlerine karışmak ve partnerini bir kalıp içine sokmak olarak değerlendirilebilir (8, 31).

Flört şiddetinin üçüncü türü olarak ifade edilen cinsel flört şiddetinde ise partnerinin istemediği cinsel davranışlarda bulunmaya zorlanması ya da zorla cinsel ilişkiye girilmesi olarak tanımlanmaktadır (32). Ayrıca cinsel flört şiddetinde, partnerini korunmadan cinsel ilişkiye girmek için zorlamak, doğum kontrol yöntemlerini ihmal etmek, çocuk doğurma/doğurmama konusunda ısrar etmek, cinsel içerikli mesajlar atmak ya da atmaya zorlamak, sözlü ya da sözsüz cinsel tacizde bulunmak gibi davranışlar da yer almaktadır (6, 8, 21, 29, 33- 39). Türleri dâhil edilebilecek olan bir diğer flört şiddeti ekonomik flört şiddetidir. Bu şiddet türünde, kişinin çalışmasına engel olmak, maddi anlamda kişiye destek olmamak, partnerini zor durumda bırakmak gibi davranışlar sayılmaktadır (40).

Günümüzde oldukça fazla oranda rastlanan bir diğer flört şiddeti sanal flört şiddetidir. Sanal flört şiddeti teknolojik araçlarla uygulanan şiddet türüdür. Bu şiddet türünde ise partnerin, diğer partnerinin sosyal medya hesaplarını takip etmesi, konum istemesi, sürekli ve ısrarcı bir şekilde takip etmesi, özel kalması gereken bilgi, belge ya da fotoğrafların partnerinin izni olmadan sosyal medya platformlarında yayılması, ilişki bittiği anda partnerinin paylaşmış olduğu fotoğrafların altına hakaret içerikli mesajlar yazılması, cinsel içerikli mesaj, fotoğraf ya da videoları göndermesi için partnerinin zorlanması olarak ifade edilebilir (23, 34, 36, 41).

Flört şiddetinde ele alınabilecek olan son tür ise ısrarlı takiptir. İsrarlı takip, partnerin diğer partnerinin yaşam alanına müdahale etmesi olarak özetlenebilir. Bu şiddet türünde kişi, partnerinin okuluna, evine ya da gideceği yerlere gitmekte, onu sürekli takip etmektedir. Burada genellikle ilişki fiziksel olarak bitmiştir. Ancak ilişkinin bitmesini kabul etmeyen diğer taraf, ayrıldığı kişiye bir bakıma sürekli kendini hatırlatacak davranışlarda bulunmaktadır. Kişiye hediyeler göndermekte, mesajlar atmakta, arkadaşları ya da tanıyanlardan sürekli bilgi almak istemektedir (34, 36).

Flört şiddeti temelde tek bir tür olarak yaşanmamaktadır. Genellikle birden fazla şiddet türünün birbiriyle iç içe olması dikkat çekicidir. Flört şiddeti ise birtakım nedenlerle ortaya çıkabilmektedir. Bu nedenlerin ne olduğu aşağıda açıklanmıştır.

### ***3.1. Ergen Flört Şiddetinin Nedenleri***

Ergen flört şiddetinin nedenleri, ergenin çocukluk döneminden itibaren sahip olamadığı özelliklerden kaynaklanabilmektedir. Bir başka ifadeyle ergenin çocukluğundan itibaren aile içi şiddete maruz kalması, ilgisiz ebeveynlere sahip olması, uygun rol modellerinin olmaması ergenlik döneminde flört şiddetini yaşama olasılığını arttırmaktadır (8, 42- 44). Bunun yanında ergenin ailesi tarafından dinlenmemesi, sık cezalarla karşılaşması da nedenler arasında yer almaktadır (10, 45). Bu faktörlerin yanında ailenin sosyoekonomik durumu, eğitim durumu da önemli faktörler arasında sayılmaktadır. Ailenin sosyoekonomik durumunun yetersiz olması, ailede anne rolünün pasif olması sonucunda özellikle erkek ergenlerin partnerine şiddet uygulayabildiği ifade edilmektedir (44, 46). Bunun altında yatan önemli bir neden ise, toplumsal cinsiyet rolü olarak değerlendirilmektedir (29, 47, 48). Özellikle eğitim seviyesinin düşük olması ve Türk toplumunda erkek egemen bir yapının zorla benimsetilmeye çalışılması sonucunda özellikle kız ergenlerin hem ilişkilerinde flört şiddetini son ana kadar normalleştirdikleri, hem de erkek ergenlerin partnerlerine uyguladıkları şiddeti sıradan bir olgu haline getirdikleri bilinmektedir (46, 49). Bunun altında yatan önemli bir başka neden ise çevrenin varlığı olarak değerlendirilebilir.

Çevrenin şiddete yönelik onaylayıcı tutumlarının ya da toplumda her geçen gün daha da artan ancak normalleştirilen şiddetin, ergen flört şiddetinde de ortaya çıktığı görülmektedir. Üstelik bu durum bir kısır döngü haline gelebilmektedir (10). Daha önceki ilişkisinde partnerinden şiddet yaşayan kız ergenlerin daha sonraki ilişkisinde de benzer durumlara yönelik izin verici bir yapıda olduğu bilinmektedir (5, 50).



Ergen flört şiddetinin ortaya çıkmasında bir diğer özellik ise ergenin bireysel özellikleridir denilebilir. Ergenin ailesinden ve çevresinden şiddete yönelik olarak görmüş olduğu örnekler, ergenin bireysel özelliklerinde taşıdığı birtakım faktörlere katkı yapabilmekte ya da bunlarla birleşebilmektedir. Özellikle, benlik saygısının düşük olması, özsaygının olmaması sonucunda, ergenin bu özelliklerini ilişkisine de taşıyabilmesi ve bunun sonucunda da karşısındaki kişiye şiddet uygulayabilmesi söz konusu olabilmektedir. Aynı zamanda ergenin kendini ifade konusunda yaşayabileceği zorlanmalar, etkili bir iletişim kuramaması, şüpheli yapıda olması da şiddetin sıklıkla ortaya çıkmasına zemin hazırlayabilmektedir (29,51).

Ergen flört şiddeti ile ilişkili olarak gösterilen diğer bir faktör ise, özellikle erkek ergenlerin çocukluklarında cinsel istismara uğramış olmalarıdır. Cinsel istismara uğrayan erkek ergenlerin geliştirecekleri kişilik ve davranış bozukluklarının ergenlik dönemi başta olmak üzere tüm yaşantısına yansıtacağı ve bunun sonucunda ilişkilerinde flört şiddetini uyguladığı yönünde araştırma sonuçları bulunmaktadır (12, 52, 53). Flört şiddetinde ele alınan son faktör ise alkol, madde kullanımınıdır. Alkol ve madde kullanımı sonucunda, ergenin kontrolünü kaybettiği ve partnerine flört şiddetinin her türlüünü uyguladığı üzerinde durulmaktadır (5, 29, 54-56). Tüm bunlara ek olarak ergenlik döneminin kendi gelişimsel özellikleri de olaya katkı sunabilmektedir. Aşağıda ergenlik döneminin gelişimsel özellikleri ele alınarak açıklanacaktır.

#### 4. Ergenlik Döneminin Gelişimsel Özellikleri

Ergenlik dönemi, hayatın özel dönemlerinden biri olmakla beraber aynı zamanda duygusal çalkantıların yaşandığı, çocuk kalmak ile bir an önce yetişkin olmak arasında bocalamaların yaşandığı bir dönemdir. Ergenlik döneminde ergenin yaşamış olduğu hormonal değişimler sonucunda, kendisini tanımakta zorlanma durumları sıklıkla yaşanabilmektedir (57-59). Sosyal duygusal anlamda ergenlik dönemine kadar aynı cinsle olan yakınlaşma duyguları, ergenlik döneminde biçim değiştirerek karşı cinsle yönelmektedir. Ergen, karşı cinsten birisiyle yakınlaşmak istemekte, her anını bu kişiyle bir arada geçirmek için çaba sarf etmektedir. Hatta ergen hayatına almış olduğu kişinin evleneceği kişi olduğunu düşünmekte, bir an önce yetişkin olmak istemenin getirdiği özelliklerle de geleceğini planlamaktadır (60).

Ergenlik döneminde bilişsel gelişim henüz yetişkin düzeyinde değildir. Her ne kadar önceki dönemlere göre daha soyut düşünebilse, dünya hakkında görüşleri olsa da bu görüşlerin çoğunlukla ödünç alınmış görüşler olduğu da

görülmektedir. Karşıdaki kişinin ne düşündüğünü ne anladığını sezmenin önemli bir adımı olan empati ise gelişimini tamamlamamış durumdadır. Empatinin bilişsel gelişiminin geç ergenlik döneminde tamamlanması sonucunda, ergen kendini dünyanın merkezi olarak görebilmektedir. Kendini dünyanın merkezinde gören ergen ise kendisinin en güzel, en yakışıklı olduğunu düşünmekte, adeta kendisinin kurmuş olduğu hayali masalını oynamaktadır. Riskli davranışları da beraberinde getiren bu özellik ise her iki cinsiyetin de birbirine kural tanımaz şekilde davranmasına da yol açabilmektedir (61). Özellikle akran grubunun etkisinin şiddetli hissedildiği bu dönemde, bazen ergenler akran grubuna girebilmek için de bir partner edinmekte ve yine akran grubunun etkisiyle de bu partnerine şiddeti uygulayabilmektedir. Özellikle ailenin etkisinin gitgide azaldığı bu dönemde, ergenin içinde bulunduğu durumdan ailenin en son haberi olmakta ve daha önce de ifade edildiği gibi flört şiddetinin ortaya çıkması zaman almakta ve istenmeyen sonuçlar da rahatlıkla gözlenir hale gelmektedir (29, 62). Ergen flört şiddetinin ortaya çıkmasını ya da daha az oranda ergeni etkilemesini sağlayan bazı koruyucu faktörler bulunmaktadır. Bunlar aşağıda açıklanmıştır.

### **5. Ergen Flört Şiddetinde Koruyucu Faktörler**

Her ne kadar ergen flört şiddeti, özellikle gelişim alanları olgunlaşmamış olan ergenin üzerinde önemli etkilerde bulursa da, her ergenin aynı derecede etkilenmediği de bilinmektedir. Ergen flört şiddetinde ergenin ailesinin özellikleri, destek mekanizmaları ve bireysel özellikleri daha az etkilenmesine ya da etkilenmemesine yardımcı olabilmekte, olay derinleşmeden müdahale şansı da bulunabilmektedir. Bu kapsamda ergen flört şiddetinde koruyucu olan faktörlerden ilki ergenin yetiştiği ailenin özellikleridir denilebilir.

Çocuğun yetişmesinde ve nasıl bir birey olacağına en önemli etkenlerden birinin yetiştiği ortam olduğu açıktır. Bu kapsamda çocuğuyla doğduğu andan itibaren etkili iletişim kuran ebeveynler, sadece çocuklarıyla aralarındaki ilişkiyi geliştirmekle kalmamakta, aynı zamanda çocuklarına başları sıkıştığı anlarda yardım desteği alabileceklerini ifade etmektedirler. Dolayısıyla ailenin çocuklarıyla etkili bir iletişim ve etkileşim içinde bulunması ergen flört şiddetinde koruyucu bir faktör olarak değerlendirilebilir (33). Bunun yanında sadece ebeveyn- çocuk ilişkisi değil, eşler arasındaki ilişki de koruyucu faktör olarak önemli bir yer tutmaktadır. Ebeveynler aralarındaki çatışmanın çözümünde şiddete yönelik davranışlar yerine, empati yaparak, birbirlerini dinleyerek ve konuşarak çözüm yolları denediklerinde, ergenlik dönemindeki çocuklar da çok erken dönemden itibaren bu davranışları içselleştirebilmektedir (44, 63, 64).

Ebeveynlerin koruyucu faktör olabilmelerinde bir diğer özellik ise çocuklarının gelişim özelliklerini bilmeleri, gelişim özelliklerini destekleyecek psikolojik ve fizyolojik ortamı çocuklarına sağlamalarıdır. Bu ortamın sağlanması sonucunda ergenler de ihtiyaç ve isteklerini aile içinde karşılamayı öğrenecek ve bunun sonucunda da şiddete yönelik davranışları gösterme olasılıkları azalmış olacaktır. Ebeveynlerin çocuklarının bireyselliklerini kabul etmeleri, onlara saygıyla yaklaşmaları, problem çözümünde eleştirel düşünme becerisi kazandırmaları da önemlidir (65-68). Ergenlik dönemindeki çocukların, ebeveynlerinin önemli bir destek mekanizması olduğunu bilmeye ihtiyaçları bulunmaktadır. Aileden sonra önemli destek mekanizmalarından biri öğretmen ve okuldur.

Öğretmenlerin de tıpkı ailede olduğu gibi ergenlik döneminin özelliklerini bilmeleri ve yetişkinlik dönemine adım atmaya çalışan bireyin artık bir çocuk olmadığını bilerek hareket etmeleri önemlidir. Böylece ergenlik döneminde bulunan çocuk, ergen flört şiddeti gibi bir durumla karşılaştığında destek mekanizması olarak öğretmene danışabilecektir (46). Aynı zamanda okulda şiddet ve flört şiddetine yönelik uygulanacak bilgilendirme çalışmaları, eğitim programlarının da ergen flört şiddeti ortaya çıkmadan ya da derinleşmeden alınabilecek önemli koruyucu faktörler arasında sayılmaktadır (11, 68- 71). Ergen flört şiddetinin ortaya çıkma nedenlerinden birinin alkol, madde bağımlılığı olduğu göz önünde bulundurulduğunda bu alana yönelik yapılacak çalışmaların da olguyu önleyeceği ortadadır (5, 72). Ergenlerin bu dönemde alabilecekleri bir diğer destek mekanizması hiç kuşkusuz akranlarıdır. Akranları ile paylaşımlarda bulunmak, ergeni rahatlatmakta ve aldığı destekle ergen flört şiddetinin etkisini daha az yaşayabilmektedir (18, 69).

Ergen flört şiddetinde koruyucu faktörler arasında önemli olan bir diğer özellik ise ergenin bireysel özellikleridir. Kendine güveni olan, özsaygısı yüksek olan ergenlerin daha az oranda flört şiddeti yaşadıkları ya da yaşattıkları bilinmektedir. Bunun yanında ergenin iletişim biçimi, problem çözme becerisi de koruyucu faktörler arasında sayılabilmektedir (11, 73). Tüm bunlara ek olarak ergenin psikolojik sağlamlık düzeyi de flört şiddetinde koruyucu faktör olarak ele alınabilir. Bu nedenle aşağıda psikolojik sağlamlık kavramı açıklanarak, ergen flört şiddeti ile arasındaki ilişki incelenecektir.

## 6. Psikolojik Sağlamlık

Psikolojik sağlamlık en genel anlamda, bireyin günlük yaşam içinde karşılaştığı ve kendisi için risk oluşturabilecek, normal baş etme gücünü aşan durumlarda, sağlıklı bir baş etme mekanizması geliştirerek bu durumun

üstesinden gelmeyi tanımlayan bir kavram olarak değerlendirilmektedir (15). Her yaş ve kesimden birey için oldukça önemli olan psikolojik sağlık kavramı özellikle ergenlik döneminde bulunan çocuklar için daha da önemlidir. Ergenin henüz tam anlamıyla gelişmemiş olan bilişsel düşünme kapasitesi ve risk alma davranışları ise bu durumda önemli bir rol oynamaktadır (74-76). Psikolojik sağlamlıkta önemli olan birtakım faktörler bulunmaktadır. Bunlardan ilki, stresli yaşam olaylarıdır.

Stresli yaşam olayları ergenlik döneminde görülebileceği gibi, çocukluk döneminden itibaren yaşanan ve ergenlik dönemine aktarılan olaylardan da kaynaklanabilmektedir. Aile içinde yaşanan şiddet, kayıp, boşanma, okul başarısızlıkları, ergenin yakın çevresinden sosyal destek alamaması gibi faktörler ise stresli yaşam olaylarını oluşturabilmektedir. Ergenin stresli yaşam olaylarında psikolojik sağlamlık düzeyinin yeterli olmaması ise içselleştirilmiş ve dışsallaştırılmış davranış sorunlarına yol açabilmektedir. Böyle bir durumda ergen olumsuz akran grubuna girebilmekte, riskli davranışlar arasında sayılan alkol, madde kullanımına başlayabilmekte ya da şiddet davranışı sergileyebilmektedir. Psikolojik sağlamlıkta ikinci faktör ise bireysel özellikler olarak ele alınabilir. Bunlar, kişinin kendini tanıması, etkili iletişim becerisine sahip olması, empati becerisi, problemlere farklı bakış açıları ile yaklaşabilme yeteneği, benlik saygısının yüksek olması, kendine güven duyması olarak sıralanabilir. Ergenin ifade edilen özelliklere sahip olması sonucunda, karşılaşmış olduğu ve kendisini tehdit eden davranışlara karşı olumlu baş etme mekanizmaları geliştirmesi ve olaylardan en az zararla çıkması söz konusu olmaktadır. Psikolojik sağlamlıkta önemli olan bir diğer durum ise olumlu duygulanımdır (75-80).

Olumlu duygulanım sonucunda, ergenin yaşamış olduğu olayları tolere edebilme yeteneği de artmaktadır (81). Yapılan araştırmalarda psikolojik sağlamlık ile olumlu duygulanım arasında pozitif yönde ilişki olduğu ve bireyin olumlu duygulanım yeteneğinin, stres yaşayan ya da günlük hayatını tehdit eden durumlardan çıkma yolunda önemli bir görev üstlendiği sonucuna ulaşılmıştır (77, 82-84). Hayatta karşılaşılan beklenmedik durumlardan çıkabilmede oldukça önemli olan psikolojik sağlamlık ergen flört şiddetinde de oldukça önemlidir. Aşağıda ergen flört şiddeti ile psikolojik sağlamlık arasındaki ilişki ele alınacaktır.

## 7. Ergen Flört Şiddeti ile Psikolojik Sağlamlık Arasındaki İlişki

Ergenlik döneminde yakın ilişki yaşamak ve bu ilişkide karşılaşılabilecek problemlerle başa çıkmak oldukça önemli olan, aynı zamanda da kolay elde

edilemeyen bir durum olarak ifade edilebilir. Ergenlik döneminde bulunan bireyin, yakın ilişkide bulunduğu kişi ile arasında çıkacak çatışmaların çözümlenememesi ve şiddete doğru yönelmesi ise kişinin kendini sorgulamasına, problemlerini çözemediği için çaresiz hissetmesine, stresli yaşam olaylarını yaşamasına ve sonuçta da benlik saygısının ciddi oranda azalmasına yol açabilecektir (20, 22-24, 26, 85). Özellikle benlik saygısının ciddi oranda düşmesi ise psikolojik sağlık düzeyi üzerinde olumsuz sonuçları da beraberinde getirebilecektir.

Farklı nedenlerle ortaya çıkan ergen flört şiddetinde, kişinin ailesel ya da bireysel özellikleri sonucunda, karşıdaki partnerini anlayamaması, iletişim ve etkileşimin sınırlanmasına da zemin hazırlayabilecektir (86). Böyle bir durum ise problem çözme becerilerini güçleştirecek, empati becerilerini azaltacak, eleştirel düşünememesine ve tek yönlü davranmasına neden olabilecektir. Özellikle ilişkilerinde destek bulamayan ergenlerin ise böyle bir durumda bir kısır döngü içerisine girebilmesi de söz konusu olabilecektir. Girilen kısır döngü ise olayları gerçekçi olarak algılayamamaya, bu da gerçeklerle mücadele etmek yerine bu durumdan kaçmaya yol açabilecektir (29). İfade edilen tüm bu durumlar ise ergenin psikolojik sağlık düzeyi üzerinde ciddi oranda hasar bırakabilecektir.

Özellikle erken dönemden itibaren desteklenmeyen, olayları tek başına değil, ailesinden destek alarak çözmeyi öğrenen ergenler için durum daha da kötü bir hal alabilecektir. O güne kadar karşılaşmış olduğu tüm sıkıntılarda ailesinden ya da başkalarından destek alan ergen, ilişkisinde bu desteği bulamadığında şiddeti yaşaması ve yaşatması da söz konusu olabilecektir (68). Yapılan araştırmalarda, psikolojik sağlık azaldıkça flört şiddetinin artmasının söz konusu olduğuna yönelik sonuçlara ulaşılmıştır (2, 87-97). İfade edilen bu durumlar ise genelde flört şiddetinin, özelde ise ergen flört şiddetinin önemli bir halk sağlığı sorunu olduğunu ve bir an önce önlem alınması gerektiğini göstermektedir. Flört şiddetini azaltmak için geliştirilen eğitim programları ve koruyucu hizmetlerde de bireyin öncelikle psikolojik sağlık düzeyinin artırılması için gereken çalışmaların yapıldığı görülmektedir (11, 98). Bu durum ise flört şiddeti ile psikolojik sağlık arasında negatif yönde bir ilişkinin varlığını göstermesi açısından oldukça önemlidir. Dahası ergenin ilk ilişkilerinde yaşadığı şiddet ve bu şiddete bağlı olarak psikolojik sağlık düzeyinin sarsılması, ilerleyen süreçlerde de benzer davranışlar içerisine girmesine olanak sağlayacaktır (10). Bu nedenle öncelikle psikolojik sağlık düzeyinin geliştirilmesi ve sonrasında ise flört şiddetinin önlenmesinin önemli olduğu ortadadır. Aşağıda ergen flört

şiddetini önlemek ve psikolojik sağlamlığı arttırmak için yapılması gerekenlere yönelik öneriler sunulacaktır.

## **8. Ergen Flört Şiddetini Azaltmak ve Psikolojik Sağlamlık Düzeyini Arttırmak İçin Öneriler**

Ergen flört şiddetinin ve psikolojik sağlamlığın birbirini negatif yönde etkilemesine rağmen her ikisinin de çok erken dönemlerden itibaren temellendiği daha önce de açıklanmıştır. Bu nedenle flört şiddetini azaltmak ve psikolojik sağlamlık düzeyini arttırmak için yapılması gerekenler çok erken dönemlerden itibaren sağlanmalıdır. Bu noktada ailelerin ve öğretmenlerin ifade edilenleri gerçekleştirilmesi önemli görülmektedir (1-10, 90-95).

- Ailelerin çok erken zamanlardan itibaren çocuklarının gelişimleri doğrultusunda onlara sorumluluk vermesi ve onlarla etkili bir iletişim ve etkileşim kurması gerekmektedir. Böylelikle ergenlik döneminde bulunan çocuk, tüm sıkıntılarını zamanında ailesine iletebilecek ve yaşamış olduğu ilk ilişkisini ebeveynleriyle paylaşabilecektir. Bu durum ise hem zor anlarda baş etme mekanizmasının gelişmesine destek olacak, hem de flört şiddeti ile karşılaşması durumunda ne yapması ya da yapmaması gerektiği yönünde ona bir kılavuz olacaktır.

- Ebeveynlerin çocuklarına şiddet göstermemesi, problemlerini konuşarak çözmesi yolunda destek olması gerekmektedir. Eşler arasında şiddete yönelik herhangi bir davranışın yaşanmaması konusunda gereken özen gösterilmelidir. Ebeveynler çocuklarının kendilerini rol-model olarak aldıklarını unutmamalıdır.

- Ebeveynler gerçek yaşam olaylarından çocuklarına örnek sunarak, onların eleştirel düşünme, farklılıklara saygı konusunda eğitmelidir.

- Evde ya da çevrede toplumsal cinsiyet kalıp yargıları olmamalıdır. Her iki çocuğun da eşit haklara sahip olduğu çocuklara hissettirilmelidir. Çocuklar arasında ayırım yapılmamalıdır.

- Okulda çocuklara etkili iletişim yöntemleri üzerinde danışmanlık yapılmalıdır.

- Başlangıçta ailede sonrasında okulda çocukların alkol ya da madde bağımlısı olmaması için gereken özveri gösterilmelidir.

- Ergen flört şiddeti konusunda hem okul, hem de ailenin uyanık olması, çocuklarının hareketlerine ve davranışlarına dikkat etmesi gerekmektedir. Ergenlik dönemindeki çocuğun davranışlarında farklılık olduğu takdirde de zaman geçirmeden gereken danışmanlık hizmetleri alınmalıdır.

## 9. Sonuç

Günümüzde oldukça sık karşılaşılan bir olgu halinde olan flört şiddeti, her yaş ve kesimden bireyi etkisi altına almış durumdadır. Özellikle ergenlik dönemindeki çocuklar için flört şiddeti yıkıcı sonuçları beraberinde getirebilmektedir. Ergen flört şiddeti sonucunda, ergenlik döneminde bulunan çocuğun, benlik saygısı azalmakta, özgüven problemi yaşamakta, fark edilmezse ve önlem alınmazsa, depresyon gelişmekte, psikolojik sağlamlıkları ciddi oranda hasar almakta ve sonuçta da ölüme kadar giden bir yolda ergen tek başına kalabilmektedir.

Ergen flört şiddeti, ailede yaşanan şiddetin içselleştirilmesi, ergenlik döneminde bulunan çocukların gelişim özellikleri ve çevre etkisiyle kolaylaşabilmektedir. Flört şiddeti yaşayan ergen ise özellikle çevresinden destek alamadığında gerçekleri farklı algılayabilmekte ve stresli durumlarla baş etme yeteneğini kaybetmekte ve ilk deneyimlediği olumsuz etkiler, onu bir yaşam boyu takip edebilmektedir. Bu nedenle önemli bir halk sağlığı sorunu olan ergen flört şiddetinin bir an önce değerlendirilmesi ve gereken önlemlerin alınması gerekmektedir.

## Kaynaklar

1. Ali, A. Z., Ali, N.H. Teen dating violence. *International Journal of Women Empoverment*. 2015; 1(1): 30-32.
2. Alan Dikmen, H., Özyayın, T., Dereli Yılmaz, S. Üniversitedeki kadın öğrencilerde yaşanan flört şiddeti ile anksiyete ve umutsuzluk düzeyleri arasındaki ilişki. *ACU Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2018; 9(2):170-176.
3. De Puy, J., Hamby, S.L., Lindemuth, C. Teen dating violence in French-speaking Switzerland: Attitudes and experiences. *International Journal of Conflict and Violence*. 2015; 8(2):305-315.
4. Karsberg, S., Bramsen, R.H., Lasgaard, M., Elklit, A. prevalence and characteristics of three subtypes of dating violence among Danish seventh-grade students. *Scand. J. Child Adolesc Psychiatr Psychol*. 2018; 6(1):16-27.
5. Mulawa, M., Kajula, L.J., Yamanis, T.J., Balvanz, P., Kilonza, M.N., Maman, S. Perpetration and victimization of intimate partner violence among young men and women in Dar Es Salaam, Tanzania. *J. Interpers. Violence*. 2018; 33(16): 2486-2511.
6. Özdere, M., Kürtül, N. Flört şiddeti eğitiminin üniversite öğrencilerinin flört şiddetine ilişkin tutumlarına etkisi. *SSD Journal*. 2018; 3(9): 123-136.

7. Baker, C.K., Carreno, P.K. Understanding the role of technology in adolescent dating and dating violence. *J. Child. Fam Stud.* 2016; 25: 308-320.

8. Gökçaya, V.B., Öztürk, M. Çocukluktaki aile içi şiddet öyküsü ile flört şiddeti arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi.* 2021; 19(4): 219-240.

9. Taquette, S.R., Monteiro, D.L.M. Causes and consequences of adolescent dating violence: A systematic review. *J. Inj. Violence Res.* 2019; 11(2): 137-147.

10. Yıldırım, S. Terzioğlu, F. Şiddetin farklı bir yüzü: Flört şiddeti etkileri ve etkileyen faktörler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2018; 21(4): 285-292.

11. Parlak, S., Canel, A.N. Partner şiddeti üzerine bir derleme ve ergenlik döneminde partner şiddetini önleme programlarının önemi. *Trakya Eğitim Dergisi.* 2021; 11(3): 1444-1456.

12. Üçok Demir, N., Irmak, M.Y., Murat, D., Perdahlı Fiş, N. Cinsel istismara uğrayan ergen adli olgularda flört ilişkisinde şiddet varlığı. *Anadolu Psikiyatri Derg.* 2016; 17(3): 240-247.

13. Lee, H.H., Cranford, J.A. Does resilience moderate the associations between parental problem during and adolescents' internalizing and externalizing behaviors? A study of Korean adolescents. *Drug Alcohol Depend.* 2008; 96(3): 213-221.

14. Peris, T.S., Mikolowicz, D.J. Parental expressed emotion and youth psychopathology: New directions for and old construct. *Child Psychiatry Hum Dev.* 2015; 46(6): 863-873.

15. Özer, R., Özden Yıldırım, M.S. Ergenlik döneminde algılanan ebeveyn kabul reddi, duygu dışavurum ve psikolojik sağlamlık arasındaki ilişki. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi.* 2023; 10(1): 372-386.

16. Özdere, M. Üniversite öğrencilerinin flört şiddetine ilişkin tutumları. *ASOS Journal.* 2019; 95: 314-331.

17. Açıkgöz, B., Açıkgöz, B., Karakoyun, A.R. ve ark. Tıp fakültesi 5. ve 6. Sınıf öğrencilerinde flört şiddetinin değerlendirilmesi. *Konuralp Tıp Dergisi.* 2018; 10(2): 168-174.

18. Haskan Avcı, Ö. Yıldırım, İ. Ergenlerde şiddet eğilimi, yalnızlık ve sosyal destek. *H.U. Journal of Education.* 2014; 29(1): 157-168.

19. Latzman, N.E. Predicting adolescent dating violence perpetration. *Am. J. Prev. Med.* 2015; 49(3): 476-482.

20. Ladikli, N., Tarı Cömert, I. Siber flört şiddeti mağdurları ve faillerinde şiddete yönelik tutum ve sorumluluk algısı. *Humanitas.* 2023; 11(21): 186-211.



21. Avşar Baldan, G., Akış, N. Flört şiddeti. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2017; 43(1): 41-44.

22. Brown, C., Flood, M., Hegarty, K. Digital dating abuse perpetration and impact: The importance of gender. JYS., 2020; 25(2): 193-208.

23. Fernet, M., Lapierre, A., Hebert, M., Cousineau, M.M. A systematic review of literature on cyber intimate partner victimization in adolescent girls and women. Computers in Human Behavior. 2019; 100: 11-25.

24. Hancock, K., Keast, H., Ellis, W. The impact of cyber dating abuse on self-esteem: The mediating role of emotional distress. Cyberpsychology. 2017; 11(2): 1-13.

25. Koyuncu Kütük, E., Gümüştas, F., Han Almış, B. Üniversite öğrencisi kızlarda flört şiddetinin belirleyicileri ve psikiyatrik sonuçlar açısından flört dışı şiddetten farklılıkları. Anadolu Psikiyatri Derg. 2018; 19(2): 217-222.

26. Lindsay, M., Booth, J.M., Messing, J.T., Thaller, J. Experiences of online harassment among emerging adults: Emotional reactions and the mediating role of fear. J. Interpers. Violence. 2015; 31(19): 3174-3195.

27. Reed, L.A., Tolman, R.M., Ward, L.M. Snooping and sexting: Digital media as a context for dating aggression and abuse among college students. Violence Against Women. 2016; 22(13): 1556-1576.

28. Smith, K., Cenat, J.M., Lapierre, A., Dion, J., Hebert, M., Cote, K. Cyber dating violence: Prevalence and correlates among high school students from small urban areas in Quebec. J. Affect. Disord. 2018; 234: 220-223.

29. Akcan, G. Flört şiddeti: Psikopatolojik bir değerlendirme. Bartın Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi. 2020; 5(2): 72-87.

30. Rubio Garay, F., Lopez Gonzalez, M.A., Carrasco, M.A., Amor, P.J. The prevalence of dating violence: A systematic review. Papales del Psicologo. 2017; 38(2): 135-147.

31. Smith, D.M., Donnelly, J. Adolescent dating violence: A multi systemic approaches of enhancing awareness in educators, parents and society. Journal Preventive Intervention Community. 2001; 21: 53-64.

32. Cornelius, T.L., Resseguie, N. Primary and secondary prevention programs for dating violence: A review of the literature. Aggression Violent Behavior. 2007; 12: 364-375.

33. Aslan, R., Bulut, M., Arslantaş, H. Flört şiddeti. Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi. 2020; 7(45): 365-384.

34. Fidan, F., Yeşil, Y. Flört şiddeti. Balkan ve Yakın Doğu Sosyal Bilimler Dergisi. 2018; 4(1): 16-24.

35. Foshee, V.A., Bauman, K.E., Linder, F., Rice, J., Wilcher, R. Typologies of adolescent dating violence. *J. Interpers. Violence*. 2007; 22(5): 498-519.

36. Kaplan, B. Şiddetin toplumsal taşıyıcısı olarak flört şiddeti: Ankara örneği kent akademisi. *Kent Akademisi*. 2020; 13(3): 526-538.

37. Sezer, S., Ertel, R., Ertel, İ. Bir iktidar ve meşrulaştırma aracı olarak flört şiddeti: Muğla Kötekli mahallesi örneği. *Marmara Üniversitesi Kadın ve Toplumsal Cinsiyet Araştırmaları Dergisi*. 2020; 4(2): 85-115.

38. Tuz, C., Öksüz, M.E., Tekiner, A.S. Kadına yönelik şiddet derecelendirme ölçeği ve mağdurların cinsel deneyimleri ölçeği Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenilirliği. *Euras. J. Fam. Med.* 2015; 4(2): 83-89.

39. Yumuşak, A., Şahin, R. Flörtte şiddete yönelik tutum ölçeklerinin güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*. 2014; 13(49): 233-252.

40. Süneci, B., Say, A., Gümüštepe, B., Enginkaya, B., Yıldızdoğan, Ç., Yalçın, M. Üniversite öğrencilerinin flört şiddeti algıları üzerine bir araştırma. *Ufku Ötesi Bilim Dergisi*. 2016; 16(1): 58-61.

41. Bakır, A., Kalkan, M. Siber flört istismarı, beden imgesi ve benlik saygısı arasındaki ilişki. *Aile Psikolojik Danışmanlığı Dergisi*. 2019; 2(2): 21-51.

42. Cascardi, M., Jouriles, E.N. A study space analysis and narrative review of trauma- informed mediators of dating violence. *Trauma Violence Abuse*. 2018; 19(3): 266-285.

43. Livingston, J.A., Eiden, R.D., Lessard, J., Cosey, M., Henrie, J., Leonard, K.E. Etiology of teen dating violence among adolescent children of alcoholics. *J. Youth Adolesc.* 2018; 47(3): 515-533.

44. Temple, J.R., Choi, H.J., Reuter, T. ve ark. Childhood corporal punishment and future perpetration of physical dating violence. *J. Pediatr.* 2018; 194: 233-237.

45. Choi, H.J., Temple, J.R. Do gender and exposure to interparental violence moderate the stability of teen dating violence? *Prev. Sci.* 2016; 17(3): 367-376.

46. Black, B.M., Chido, L.M., Preble, K.M. ve ark. Violence exposure and teen dating violence among African- American youth. *J. Interpers Violence*. 2015; 30(12): 2174-2195.

47. Çengel, D., Yurdalan, F. Erkeklerin toplumsal cinsiyet rollerinin öz sefkat üzerindeki etkisinin incelenmesi: Flört şiddeti ve bağlanma kaygısının aracılık etkisi. *Sosyal Beşeri ve İdari Bilimler Dergisi*. 2022; 5(9): 1293-1311.

48. Qu, J., Wang, L., Zhao, J. Correlate of attitudes toward dating violence among police cadets in China. *Int. J. Offender Ther Comp Criminol.* 2018; 62(16): 4888-4903.

49. Çakır Koçak, Y., Öztürk Can, H. Flört şiddeti: Tanımı, sınıflandırması ve değerlendirmesi. Özbaşaran, F, editör. *Toplumsal cinsiyet ve kadın.* Ankara: Türkiye Klinikleri; 2019: 43-53.

50. Toplu Demirtaş, E., Aracı İyiyaydın, A. What goes around comes around: The loop of physical teen dating violence perpetration among Turkish adolescents. *New Directions for Child and Adolescent Development.* 2021; 178: 95-113.

51. Dardis, C.M., Dixon, K.J., Edwards, K., Turchik, J. An examination of the factors related to dating violence perpetration among young men and women and associated theoretical explanations: A review of the literature. *Trauma Violence Abuse.* 2015; 16(2): 136-152.

52. İmren, S.G., Ayaz, A.B., Yükseloğlu, C., Arman, A.R. Cinsel istismara uğrayan çocuk ve gençlerde klinik özellikler ve intihar girişimi ile ilişkili risk etmenleri. *Marmara Medical Journal.* 2013; 26: 11-16.

53. Soylu, N., Pılan, B.Ş., Ayaz, M., Sönmez, S. Study of factors affecting mental health in sexually abused children and adolescent. *Anadolu Psikiyatri Derg.* 2012; 13: 292-298.

54. Parker, E.M., Pebnam, K., Pas, E.T., Bradshaw, C.P. Exploring the link between alcohol and marijuana use and teen dating violence victimization among high school students: The influence of school context. *Health Educ. Behav.* 2016; 43(5): 528-536.

55. Spencer, C.M., Toews, M.L., Anders, K.M., Emanuels, S.K. Risk markers for physical teen dating violence perpetration: A meta analysis. *Trauma Violence Abuse.* 2021; 22(3): 619-631.

56. Van Ouytsel, J., Ponnet, K., Walrave, M. The associations of adolescents' dating violence victimization, well-being and engagement in risk behaviors. *J. Adolesc.* 2017; 55: 66-71.

57. Curtis, A.C. Defining adolescence. *Journal of Adolescent and Family Health.* 2015; 7(2): 1-39.

58. Negriff, S.A. Pubertal timing, depression and externalizing problems: A framework, review and examination of gender differences. *Journal of Research on Adolescence.* 2011; 21(3): 717-746.

59. Steinberg, L. *Age of opportunity: Lessons from the new science of adolescence.* Boston: MA Houghton Mifflin Harcourt. 2014.

60. Kindelberger, C., Mallet, P., Galhareet, J.M. Diversity of romantic experiences in late adolescence and their contribution to identity formation. *Social Development*. 2020; 2(29): 615-634.
61. Santrock, J.W. Yaşam boyu gelişim. Yüksel, G, çevirmen. 21. Baskı. Ankara: Nobel Yayınları; 2016.
62. Spear, L.P. Adolescent neurodevelopment. *J. Adolesc Health*. 2013; 2(52): 7-13.
63. Callaghan, J.E., Alexander, J.H., Sixsmith, J., Fellin, L.C. Beyond witnessing children's experiences of coercive control in domestic violence and abuse. *J. Interpers Violence*. 2018; 33(10): 1551-1581.
64. Izaguirre, A., Calvate, E. Exposure to family violence as a predictor violence and child-to-parent aggression in Spanish adolescents. *Youth & Society*. 2017; 49(3): 393-412.
65. Bayramova, S., Akşan, G. Flört şiddeti ve ebeveynlik stilleri arasındaki ilişki: Üniversite öğrencileri. *Toplum Ekonomi ve Yönetim Dergisi*. 2022; 3(2): 169-199.
66. Başgöl, Ş., Doğan Özdemir, N.G., Karadeniz Benli, C. Hemşirelik öğrencilerinin aile içi şiddet farkındalıklarının flört şiddetine etkisi. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*. 2023; 32(1): 27-36.
67. Gonzalez Mendez, R., Yones, J.M., Ramirez Santana, G. Witnessing partner violence: Exploring the role of partner preferences on dating violence. *J. Interpers Violence*. 2017; 32(8): 1235-1248.
68. Set, Z. Flört şiddeti: Bir gözden geçirme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2020; 12(4): 444-454.
69. Giordano, P.C., Kaufman, A.M., Manning, W.D., Langmore, M.A. Teen dating violence: The influence of friendships and school context. *Social Focus*. 2015; 48(2): 150-171.
70. Güçlü, S., Unutkan, A. Kuramlar ekseninde flört şiddeti ve okul sosyal hizmeti için öneriler. Kayaarslan, S, editör. *Gençlik ve eğitim çerçevesinde güncel araştırmalar*. Ankara: İksad Yayınevi; 2021: 59-96.
71. Lee, C., Wong, J.S. Examining the effects of teen dating violence prevention programs: A systematic review and meta analysis. *Journal of Experimental Criminology*. 2022; 18: 1-40.
72. Choi, H.J., Elmquist, J., Shorey, R.C., Rothman, E.F., Stuart, G.L., Temple, J.R. Stability of alcohol use and teen dating violence for female youth: A latent transition analysis. *Drug Alcohol Rev*. 2017; 36(1): 80-87.

73. DeWall, C.N., Anderson, C.A., Bushman, B.J. Aggression. Weiner, L.B., Tennen, H.A., Suls, J.M, editörler. Handbook of psychology personality and social psychology. USA: Wiley; 2012: 449-466.

74. Arslan, G. Ergenlerde psikolojik sağlamlık: Bireysel koruyucu faktörlerin rolü. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi. 2015; 5(44): 73-82.

75. Demircioğlu, H., Yoldaş, C. Çocukluk ve ergenlik döneminde psikososyal risk faktörleri ve koruyucu unsurlar. ASHD. 2019; 18(1): 40-48.

76. Windle, G. What is resilience? A review and concept analysis. Reviews in Clinical Gerontology. 2011; 21(2): 152-169.

77. Compas, B.E. Processes of risk and resilience drug adolescence: Linking contexts and individuals. Lerner, L.M., Steinberg, L, editörler. Handbook of adolescent psychology. USA: Wiley; 2004: 263-296.

78. Gee, D.G., Sisk, L.M., Cohodes, E.M., Bryce, N.V. Leveraging the science of stress to promote resilience and optimize mental health interventions during adolescence. Comment, 2022; 13: 1-5.

79. Gizir, C. Psikolojik sağlamlık risk faktörleri ve koruyucu faktörler üzerine bir derleme çalışması. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi. 2007; 3(28): 113-128.

80. Xing, C., Sun, J.M. The role of psychological resilience and positive affect in risky decision-making. Int. J. Psychol. 2013; 48(5): 935-943.

81. Keye, M.D., Pidgeon, A.M. Investigation of the relationship between resilience, mindfulness, and academic self efficacy. Open Journal of Social Sciences. 2013; 1(6): 1-4.

82. Cohn, M.A., Fredrickson, B.L., Brown, S.L., Mikels, J.A., Conway, A.M. Happiness unpacked: Positive emotions increase life satisfaction by building resilience. Emotion. 2009; 9(3): 361-368.

83. Ong, A.D., Zautra, A.J., Reid, M.C. Psychological resilience predicts decreases in pain catastrophizing through positive emotions. Psychol Aging. 2010; 25(3): 516-523.

84. Tugade, M.M., Fredrickson, B.L. Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. J. Pers. Soc. Psychol. 2004; 86(2): 320-333.

85. Brown, C., Hegarty, K. Developmental and validation of the TAR scale: A measure of technology- facilitated abuse in relationships. Computers in Human Behavior Reports. 2021; 3: 1-10.

86. Aydoğdu Karaslan, İ., Önür, N., Söğüt, E.G. TV dizilerinde flört şiddetinin temsili ve izleyicilerin farkındalıklarının artırılması. *ASR Journal*. 2022; 7(43): 1321-1333.

87. Antai, D. Controlling behavior, power relations within intimate relationships and intimate partner physical and sexual violence against women in Nigeria. *BMC Public Health*. 2011; 11(1): 1-11.

88. Arabacı, L.B., Dikeç, G., Büyükbayram, A., Uzunoğlu, G., Ozon, E. Traumatic growth and psychological resilience status of female victims of violence inpatients in a district psychiatric hospital. *Arch. Psychiatr Nurs*. 2018; 32(4): 568-573.

89. Arslan, G., Balkıs, M. Ergenlerde duygusal istismar, problem davranışlar, öz yeterlik ve psikolojik sağlamlık arasındaki ilişki. *Sakarya University Journal of Education*. 2016; 6(1): 8-22.

90. Baltacı, H.Ş., Altan, T., Özkılıç, I., Karataş, U.Y. Üniversite öğrencilerinde flört şiddeti tutumunun yordayıcısı olarak öz duyarlık, öfke ifade tarzı ve bazı demografik değişkenler. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2022; 22(4): 1668-1683.

91. Chan, K.L., Straus, M.A., Brownridge, D.A., Tiwari, A., Leung, W.C. Prevalence of dating partner violence and suicidal ideation among male and female university students worldwide. *J. Midwifery Womens Health*. 2008; 53(6): 529-537.

92. Dosil, M., Jaureguizar, J., Bernaras, E., Sbicigo, J.B. Teen dating violence, sexism and resilience: A multivariate analysis. *Int. J. Environ Res. Public Health*. 2020; 17(8): 2652-2670.

93. Kaura, S.A., Lohman, B.J. Dating violence victimization, relationship satisfaction, mental health problems, and acceptability of violence: A comparison of men and women. *Journal of Family Violence*. 2007; 22(6): 367-381.

94. Kumcağız, H., Orak, O.S., Şahin, C. Üniversite öğrencilerinin romantik ilişkilerinde algıladıkları istismarı yordamada algılanan anne baba tutumları ve boyun eğici davranışlar. *Manas Sosyal Araştırmalar Dergisi*. 2018; 7(2): 389-399.

95. Meekers, D., Pallin, S.C., Hutchinson, P. Intimate partner violence and mental health in Bolivia. *BMC Women Health*. 2013; 13(1): 1-16.

96. Naseem, S., Munaf, S. Resilience and aggression of adolescents, early and middle-aged adults: Analyzing gender differences. *Pakistan Journal of Gender Studies*. 2020; 20(1): 155-172.

97. Sezer, Ö., Sumbaş, E. Üniversite öğrencilerinin çiftler arası şiddeti kabullerinin çeşitli değişkenler açısından incelenmesi. *Journal of International Social Research*. 2018; 11(56): 638-649.

98. Üstünel, A.Ö. Eşit, güvenli, özgür ilişki: Üniversite öğrencilerine yönelik bir flört şiddeti önleme programının etki değerlendirmesi. *Türk Psikoloji Yazıları*. 2020; 23(45): 19-38.

## BÖLÜM V

# YAŞLI REFAHININ İYİLEŞTİRİLMESİ: SOSYAL HİZMETİN ROLÜ

### *Improving the Elderly Welfare: The Role of Social Work*

**Tahsin Barış DEĞER**

*Çankırı Karatekin Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi,*

*Gerontoloji Bölümü, Çankırı, Türkiye*

*E Mail: drbarisdeger@gmail.com*

*ORCID: 0000-0002-4231-0782*

### 1. Giriş

**Y**aşlı nüfus tüm dünyada artış göstermektedir. Refah düzeyleri yüksek olan gelişmiş ülkeler yaşlı toplum haline çoktan gelmiş, gelişmekte olan ülkeler ise daha hızlı bir şekilde yaşlı nüfus artışı sürecinden geçmektedir (1). Gümüş tsunami adı verilen bu durum, dünyadaki tüm ülkelere yeni ve beklenmedik zorluklar getirmektedir. Grileşen bu nüfus (yaşlı nüfusun toplam nüfus içerisindeki oranının artması), çok daha fazla kitlenin çok daha fazla yıllarını aktif ve bağımsız geçirebilme ihtiyacını da beraberinde getirecektir (2). Yaşlılık, fiziksel, ruhsal ve sosyal değişimlerin yaşandığı bir dönemdir (3). Refah ise rahatlık içerisinde iyi yaşamaktır (4). Öyleyse yaşlı refahı, yaşlıları fiziksel, psikolojik ve sosyal olarak rahatlık içerisinde iyi yaşatmayı hedef alan bir terim olarak tanımlanabilir. Sosyal hizmet, hayat güçlükleriyle mücadele etmek ve iyilik halini geliştirmek için kişilerle ve yapılarla çalışan bir disiplin ve meslek olduğuna göre (5), yaşlı refahını korumak ve geliştirmek adına sosyal hizmet biliminin ve uygulamalarının ne derece önemli olduğu yadsınmaz bir gerçektir. Bu makalede; yaşlı refahının kapsamı ve sosyal hizmet uygulamalarının yaşlı refahı üzerindeki rolü, literatür ışığında kapsamlı bir şekilde ortaya konmaya çalışılacaktır.



## 2. Demografik Yaşlanma

21. yüzyılın en önemli demografik olaylarından biri nüfusun yaşlanmasıdır. 2050 yılına gelindiğinde dünya genelinde 60 yaş ve üzeri insan sayısının iki milyarın üzerinde olacağı öngörülmektedir (6). Ülkemizde de yaşlı nüfus hızla artmaktadır. 2022 yılı itibarıyla Türkiye’de 65 yaş üstü nüfusun toplam nüfusa oranı %9,9 olarak rapor edilmektedir. Bu oranın 2040 yılında %16,3 olacağı, 2060 yılında ise %22,6’ya çıkacağı beklenmektedir (7). Yani ülkemizde her beş kişiden birisinin yaşlı olacağı günler çok da uzak görünmemektedir.

Demografik yaşlanma, tüm sanayileşmiş ekonomiler ve çok sayıda gelişmekte olan ülke için büyük bir zorluk teşkil etmektedir (8). Gelişmiş ülkelerde nüfus yaşlanması ekonomik gelişme ile birlikte ilerlemiştir. Gelişmekte olan ülkelerde ise, yaşlanma hızı çok daha yüksek seyretmekte, ekonomik olarak henüz refah seviyesi yakalanamamışken bu yaşlılık dalgasına maruz kalmaktadırlar. Bu toplumların yaşlı insanların ihtiyaçlarını karşılamada güçlük yaşayacakları aşikârdır. Sosyal hizmetler, gelir dağılımı ve sağlık bakım sistemlerinde sorunlar yaşama ihtimalleri yüksek gözükmemektedir. Bu ülkelerin barınma, emeklilik, teknoloji, ulaşım, sağlık hizmetleriyle ilgili yaşlı refahı politikalarına şimdiden yatırım yapmaları gerekmektedir ve zorunludur (9).

Sağlık alanında ilerlemeler, teknolojinin sağladığı imkânlar neticesinde ölüm oranları azalmış, ömür uzamış, doğuştan beklenen yaşam süresi artmıştır. Doğum oranlarının azalmasıyla beraber yaşlı nüfusun toplam nüfus içerisindeki oranı artış göstermiştir (10). İnsanların daha uzun yıllarını yaşlılık döneminde geçirmeleri sağlık ve sosyal riskleri de beraberinde getirmektedir. Yaşlı dönemi kronik hastalıkların görülme sıklığının ve sosyal izolasyonun arttığı, sosyal statü ve gelir seviyesinin azaldığı bir dönemdir (11). Yaşlı bireylerde refah seviyelerini korumak için, yaşam kalitelerini artıran, demografik veriler ışığında uygun sağlık ve sosyal güvenlik politikalarına ihtiyaç bulunmaktadır. Yaşlı refahı, yaşlıların daha uzun yıllar kimseye ihtiyaç duymadan yaşayabilmeleri, bakıma ihtiyaç duyduklarında kaliteli sağlık bakım hizmeti alabilmeleri, sosyal hayata katılabilmeleri ve kendini gerçekleştirme fırsatlarına erişebilmeleriyle sağlanabilmektedir (12, 13).

## 3. Refah Devleti ve Refah Devlet Modelleri

Refah devleti kavramı sanayi devrimi sonrası dönemde ortaya çıkan sosyoekonomik ve politik sorunların bireylerin, ailelerin ve sivil örgütlenmelerin üstesinden gelebilecekleri boyutlara ulaşmasıyla birlikte devletin bu alana müdahale etmesi sonucunda ortaya çıkmıştır (14). Sanayi devrimi bireysel ve

toplumsal değişimlere yol açmıştır. Bu dönemde kırsal bölgelerden kentlere doğru bir göç dalgası başlamış, iş güvenliği ve barınma sorunları baş göstermiş, geleneksel aile yapıları parçalanmış ve özellikle yaşlının aile içerisindeki bakımı bir problem olarak baş göstermiştir. Fabrikalaşmayla birlikte, işçi sınıfı sayısındaki artış, emek, güvenli çalışma ortamı, iş kazalarına önlem gibi nedenlerle örgütlenmeler oluşmuştur. Böylece devletin insanları koruması gündeme gelmiş ve refah devleti kavramı ortaya atılmıştır (15). 1900’lü yılların başlarına kadar liberal ekonomik düzenle devletin ekonomik ve sosyal alana aktif bir müdahalesi söz konusu değilken ve devlet sadece iç/dış güvenliğin sağlanmasından sorumlu iken, 20. yüzyılın başlarında yaşanan ekonomik ve politik krizler, işçi kitle hareketleri liberal modelin yeniden gözden geçirilmesi sonucunu ortaya çıkarmıştır. Artık devlet “gece bekçisi” olmaktan çıkmış ve “müdahaleci” konumuna gelmiştir (14). Özellikle ikinci dünya savaşı sonrası yaşanan hızlı ekonomik büyüme refah devleti oluşumunda ivme yaratmış, toplumun tüm gruplarıyla beraber yaşlı nüfusun yaşam koşullarının iyileştirilmesi yönünde de ciddi adımlar atılmıştır. Daha önceleri aile, dini gruplar, vakıflar tarafından karşılanmaya çalışılan yaşlıların ihtiyaçları sosyal devlet kapsamına alınmıştır (15).

Sosyal refah devleti, bir toplumdaki insanların ekonomik, sağlık ve sosyal ihtiyaçlarının karşılanmasını hedefler (16). Sosyal refah devleti, sosyal devlet, refah devleti kavramları aynı anlamı ifade etmektedir, en çok kullanılanı ise refah devletidir. Refah devletlerine Almanya, İsveç gibi Avrupa devletleri ve ABD, Avusturalya, Japonya gibi devletleri örnek olarak verilebilir. Bu ülkeler demokrasinin yerleştiği, güçlü ekonomi ve sanayiye sahip ülkelerdir. Gelişmekte olan diğer ülkeler ise henüz refah devleti sınıfına girememiştir (17).

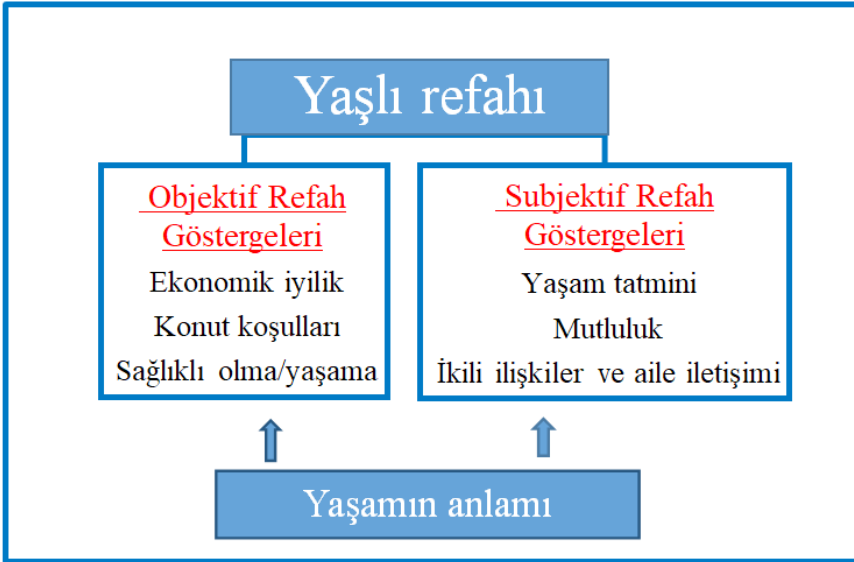
Refah devletinde toplumdaki gruplar arasındaki sosyoekonomik farkların azaltılması amaçlanır. Refah devletinin sosyal politika anlayışında sağlık, eğitim, konut, gelir dağılımı ve sosyal hizmetleri ön planda tutarak sosyal koruma ve sosyal güvenlik hizmetleri sunmak bulunmaktadır. Yani refah devleti vatandaşlarına asgari bir geliri garanti eden, ekonomik ve sosyal güvencesizliği azaltan, topluma iyi bir yaşam standardı sağlamaya çalışan devlettir (14).

Refah devlet modelleri genel olarak üç gruba ayrılmaktadır. Birincisi Liberal modeldir. Bu modelde ABD, Kanada, Avusturalya bulunmaktadır. Bu devletlerde vatandaşlara tam istihdam garantisi verilmez, sosyal sorunları devlet tazmin etmez. Sosyal yardımlar uygulanan gelir testlerinin sonuçlarına göre verilir. İkincisi Muhafazakâr modeldir. Almanya, Fransa, İtalya’nın bulunduğu bu modelde Katolik Kilise anlayışıyla harcamalar aile merkezli yapılır.

Üçüncüsü Sosyal Demokrat modeldir. İsveç, Norveç gibi İskandinav ülkelerinde uygulanır. Burada temel aktör devlettir ve vatandaşlara verilen sosyal hizmetler gelir, meslek, sınıf gibi farklara bakılmaksızın eşit ve evrensel niteliktedir. Bu modellerin birbirlerine kıyasla üstün zayıf yönleri bulunsa da en zayıf olanı bile diğer gelişmekte olan devletlerden üstündür (14, 18).

#### 4. Yaşlı Refahı

Yaşlı refahı genel olarak yaşlı insanların gelir güvencesine sahip olması, diğer insanlarla iyi iletişim kurabilmesi, bağımsız kararlar alabilmesi, kendini değerli hissetmesi, yaşadığı toplum içerisinde mutlu ve tatmin olması olarak tanımlanmaktadır (19). Bu tanım daha derin incelendiğinde yaşlı refahının içerisinde objektif ve subjektif öğeler barındırdığı görülmektedir. Bu öğeler arasındaki ilişkinin yaşlının deneyimleri ile içinde bulunduğu yaşam şartlarına ait algı ve beklentilerle şekillendiği belirtilmektedir. Yaşam tatmini, mutluluk, kişiler arası ilişkiler olarak sıralanan subjektif göstergeler ile gelir düzeyi, konut şartları, sağlık durumu olarak sıralanan objektif göstergeler yaşlı refahının bileşenlerini oluşturmaktadır (19) (Şekil 1).



Şekil 1. Yaşlılıkta yaşamın anlamını belirleyen refah göstergeleri (19).

Yaşlı refahı bileşenlerinin yaşlıların yaşam kalitelerinin bileşenleriyle eşleşmesi yaşam kalitesi seviyesinin yaşlı refahı için bir gösterge olabileceği anlamına gelmektedir (20).

Bir ülkede yaşlı refahını tespit eden ölçümlerin ortaya konması kalkınmanın da bir göstergesi olarak kabul edilmektedir (21). Birleşmiş Milletler bünyesindeki “HelpAge International” örgütü yaşlı refahını tespit etmek amacıyla 2013 yılında Küresel Yaşlanma İzlem Endeksi (KYİE) adı verilen kriterler belirlemiştir. Bu endeks yaşlı bireylerin; gelir güvenliği, sağlık durumu, kapasite/yapabilirlik düzeyi ve çevre şartları olmak üzere dört temel alandan oluşmaktadır. Bu temel alanlardan ilki gelir güvenliğidir. İçerisinde emeklilik maaşı, yaşlı yoksulluk oranı, göreceli yaşlı refahı, kişi başına düşen gayri safi milli hasıladan oluşur. Temel alanlardan ikincisi sağlık durumudur. Ortalama yaşam beklentisi, ortalama sağlıklı yaşam beklentisi ve ruhsal iyi olma halinden oluşur. Üçüncü temel alan kapasite / yapabilirlik düzeyidir. Yaşlı istihdamı ve yaşlıların eğitim düzeyinden oluşur. Son olarak çevresel koşullar temel alanı gelmektedir. Bu alan; sosyal ortamlara katılım, yaşanılan evin, sokağın, şehrin fiziksel olarak güvenliği, bağımsızlık düzeyi ve kamu ulaşım araçlarına erişimden oluşmaktadır (Tablo 1) (13, 21-22).

**Tablo 1.** Küresel Yaşlanma İzlem Endeksi Temel Alan ve Göstergeleri (22)

Temel alanlar	Gelir güvenliği	Sağlık durumu	Kapasite	Çevre
Göstergeler	Emeklilik geliri	Ort. Yaşam beklentisi (60 yaş)	Yaşlı istihdamı	Sosyal bağlar
	Yaşlı yoksulluk oranı	Ort. Sağlıklı yaşam beklentisi (60 yaş)		Fiziksel güvenlik
	Yaşlı göreceli refah	Psikolojik iyi hali	Yaşlıların eğitim düzeyi	Özgürlük düzeyi
	Kişi başına düşen gelir			Toplu taşımaya erişim

## 5. Yaşlı Refahını Etkileyen Faktörler

Yaşlı refahını etkileyen faktörler; gelir güvenliği, sağlık durumu, kapasite (yapabilirlik) ve çevresel koşullar olmak üzere dört temel alan ve onların alt göstergeleri (13 gösterge) üzerinden ele alınacaktır.

### 5. 1. Gelir Güvenliği

Yaşlılıkta en önemli ihtiyaçların başında hiç kuşkusuz ki emekli maaşı gelmektedir. Birey hayatı boyunca çalışmış, hayatını idame etmesini sağlayan

parasını kazanmış, emekli olmuş ve artık para kazanacağı bir işi olmadığından emekli maaşıyla geçinmek zorunda kalmıştır. Günümüzde demografik değişim verilerinden de anlaşıldığı üzere, doğurganlık oranlarındaki düşme ve sağlık imkânlarındaki artışa bağlı yaşam süresindeki uzama nüfusun yaşlanmasına neden olmuştur. Bu nedenle emekli maaşıyla geçinilmesi gereken yıllar da uzamıştır. Burada üstünde durulması gereken iki nokta vardır. Birincisi her bireyin emekli maaşı güvencesine sahip olması gerektiği, ikincisi emekli maaşının yaşlının refahını sağlayacak yeterlilikte olmasıdır.

Her bireyin emekli maaşına sahip olması noktasında işin içine sosyal güvenlik ve buna bağlı olarak sosyal sigorta girmektedir. Sosyal güvenlik toplumsal refahı doğrudan etkileyen modern ulus devletinin inşasının temel taşlarından biridir. En genel tanımıyla sosyal risklere karşı bireyin refahını korumayı amaçlayan uygulamaları bütünüdür. Bir dizi sosyal, siyasi veya ekonomik değişimin sonucu olarak arzu edilmeyen toplumsal belirsizliklerin ortaya çıkmasına sosyal risk denir. Bu sosyal riskler; işsizlik, yoksulluk, malullük, hastalık, yaşlılık ve ölüm olarak sıralanabilir (23).

Sosyal güvenlik kapsam olarak sosyal sigorta, sosyal yardımlaşma ve sosyal hizmetlerden oluşmaktadır. Emekli maaşının oluşmasını sağlayan bireyin çalıştığı yıllarda primlerini yatırdığı sosyal sigorta sistemidir. Sosyal sigorta modern sosyal güvenlik sistemlerinin dayandığı sosyal risklerin azaltılmasındaki en önemli unsurdur. Çalışanların kazandıkları gelirin bir kısmını kanun zoruyla prim olarak sigorta kurumuna ödemelerine dayanır. Böylece bireyler karşılaşabilecekleri hastalık ve yaşlılık gibi sosyal risklere karşı zorunlu tasarruf ederler (23).

Günümüz yaşlıları ve bu yaşlıların geçmişteki çalışma yılları düşünüldüğünde, gelişmekte olan ülkelerin birçoğunda hiçbir sosyal güvenlik sistemi içerisinde bulunmamış ya da sistem içerisinde emekliliğe yetecek kadar bulunmamış ve prim ödemeleri yetersiz kalmış yaşlılar bulunmaktadır. Ayrıca kadın olduğu için hiçbir zaman çalışma hayatının içerisinde olmamış ve sağlık güvencesine kocasının üzerinden dâhil olmuş yaşlı sayısı da bir hayli fazladır. Ülkemizde yaklaşık 2 milyon yaşlının sosyal güvenlikten yararlanmadığı, bunun yaklaşık üçte birinin başkası üzerinden sosyal güvenlik elde edebildiği, bunun yarısından fazlasının kadınlardan oluştuğu rapor edilmiştir (24).

Hiçbir sosyal güvencesi olmayan yaşlılara ülkemizde yaşlı maaşı adı altında ödeme yapılmaktadır. “2022 sayılı 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Kanun” kapsamında yapılan bu ödemeden 2021 yılı itibarıyla 820.933 yaşlı birey faydalanmıştır

(25). 2022 yılı verilerine göre yoksulluk veya sosyal dışlanma riski altında kalan yaşlı (65+ yaş) oranı %20,5 olarak rapor edilmiştir (26). Yaşlılarda yoksulluk, yetersiz beslenme, sağlık ve diğer temel hizmetlere ulaşmada yetersizlik, hastalık, olumsuz barınma koşulları, ayrımcılık ve dışlanma şeklinde yaşlıların hayatlarına yansımaktadır (27).

Emekli maaşlarının yaşlıların refahını sağlayacak düzeyde olması da diğer önemli bir husus olarak karşımıza çıkmaktadır. Bununla sosyal sigorta prim gün sayısı ile ilişkisi vardır. Geçmişte düşük prim gün sayılarıyla emekli olan yaşlıların maaşları bugün kaliteli bir emeklilik dönemi için yetersiz gelmektedir. 1992 yılında yürürlüğe giren yasayla erkeklerde 25, kadınlarda 20 yıl çalışanlar emekli olmuşlardır. 2008 yılında yürürlüğe giren 5510 sayılı kanun ile emeklilik yaşı kademeli olarak 65'e yükseltilmiş, 2048 yılında tüm çalışanların emeklilik yaşı 65 olacak şekilde düzenlenmiştir (23). 2023 yılı mart ayında ise, EYT (emeklilikte yaşa takılanlar) adı altında mecliste kabul edilerek resmi gazetede yayınlanan düzenlemeyle, 1999 yılından önce çalışma hayatına başlamış ve belli bir gün prim ödeme sayısına ulaşmış herkese emeklilik hakkı verilmiştir (28). Popülist politikalarla sürekli değiştirilen yasalara son verilmeli, demografik ve gerontolojik veriler ışığında, ülkemizin güçlü ve zayıf yönlerini dikkate alarak, uzun vadeli ve sürdürülebilir sosyal politikalar ve sosyal güvenlik düzenlemeleri üretilmelidir (23).

## **5.2. Sağlık Durumu**

Sağlığı yerinde olmayan bir insanın hayattan keyif alması ve kaliteli yaşaması mümkün değildir. Dünya Sağlık Örgütü tanımına göre sağlık; bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halinde olmasıdır. (29) Sağlığın tanımından yola çıkıldığında hem bedensel hastalıkların hem de psikolojik durumun sağlık üzerinde etkili olduğu görülmektedir. Yaşın ilerlemesiyle beraber hücresel düzeyde başlayan hasarlar, genetik faktörler ve yaşam tarzıyla birleştiğinde kronik hastalıkların görülme sıklığındaki artış kaçınılmaz olmaktadır (30). 65 yaş ve üstü bireylerle yapılan saha çalışmalarında; en az bir kronik hastalığa sahip yaşlıların oranı %70'in üzerinde bulunmuştur. (31-32) Yaşlılıkta görülen fiziksel hastalıkların yanı sıra psikolojik ve sosyolojik faktörlerde sağlık durumunu doğrudan etkilemektedir. Sosyoekonomik düzey, eğitim seviyesi, cinsiyet, emeklilik, statü kaybı, çevre koşulları, arkadaş veya eşin ölümü gibi faktörler yaşlılarda ruhsal durumun belirleyicileri olmaktadır (33). Yapılan saha çalışmalarında yaşlı bireylerdeki depresyon prevalansının %4,5 ile %37,4 arasında olduğu rapor edilmiştir (34). Yalnız yaşayan yaşlı

bireylerle yapılan bir çalışmada ise; depresyon riski prevalansı %69,8 olarak bulunmuştur (35).

Yaşlanma ve yaşam beklentisi yakından ilişkilidir. Bir bireyin yaşam beklentisini belirlemek aynı zamanda yaşlanma sürecini şemalaştırmanın bir yoludur (33). Doğuşta beklenen yaşam süresi, yeni doğan bir kişinin yaşaması beklenen ortalama yıl sayısıdır. Bireylerin hayatları süresince maruz kalacakları ölüm risklerine göre hesaplanır. Ülkelerin sosyal ve ekonomik gelişmişliklerinin bir göstergesidir (3). Ülkemizde 2022 yılına ait doğuşta beklenen yaşam süresi erkekler için 75,0 yıl ve kadınlar için 80,5 yıldır (36).

Yaşlı refahını etkileyen sağlık durumu yaşlılıkta mevcut bulunan kronik hastalıkların yönetimi ve sağlıklı yaşam biçimiyle, sağlıklı yaşlanma ve yaşlılık döneminde bağımlılık durumunun mümkün olduğu ölçüde daha ileri yaşlara ötelenmesi prensipleriyle doğru orantılıdır.

### **5.3. Kapasite**

Kapasite durumu; yaşlı istihdamı ve yaşlıların eğitim durumları alt göstergeleri üzerinden ele alınmaktadır.

#### **5.3.1. Yaşlı İstihdamı**

Buradaki istihdam 55-64 yaşlar arasında olan kişilerin çalışma hayatının içerisinde olması durumudur. Çalışan bireyler bir taraftan para kazanırken diğer taraftan sosyal hayatın içerisinde olacaklardır (13, 21). Bireylerin yaşamlarını sürdürmelerine imkân tanıyan istihdam, sosyoekonomik katkıları ve nüfusun yaşlanmasıyla beraber değerlendirildiğinde yaşlı işgücünün istihdam üzerindeki olumlu etkilerinden bahsedilmektedir (37). Nüfusun yaşlanması, çalışanların yaşlanması ve beklenen işgücü eksikliklerine karşı birçok sanayileşmiş ülkede yaşlı çalışanların istihdam gücüne katılımlarını artırmak önemli bir politika hedefi haline gelmiştir. Gelecekteki ekonomik büyüme, rekabet edebilirlik, şirketlerin kendi yaşlı iş güçlerini ne kadar etkili biçimde kullanabileceklerine bağlı olacaktır. Yaşlı işçiler teknolojik gelişmelere ayak uydurmalıdır. Çünkü iş yerlerinde bazı ayrımcılıklara maruz kalmaktadırlar. Burada işverenler tarafından yaşlı işçilere karşı olumsuz algılar da söz konusudur. Avrupa konseyi 2010 yılı itibariyle AB genelinde yaşlıların istihdam oranlarını artırmayı hedeflemiş, işverenlere işyerlerinde sağlık korumalarının ve çalışma şartlarının iyileştirilmesi için çağrıda bulunmuştur. (38) Ayrıca yaşam boyu öğrenmenin de yaşlıların çalışma hayatındaki sürelerin devamı açısından faydaları bulunmaktadır (37).

Yaşlı işçilerin istihdam oranlarını artıran etkenler; emekli olma yaşını yükselten ve erken emekliliği engelleyen yasaların yürürlüğe girmesi ve kadınların iş piyasasına daha fazla katılmasıdır. (38) AB ülkelerine bakıldığında 55-64 yaş aralığındaki nüfusun iş gücüne katılım oranı 2018 yılı itibariyle %61,9'dur. Bu oran ülkemizde %37,8 olarak bildirilmektedir. (37) 65 yaş ve üzerinde ise ülkemizde 2021 yılı itibariyle iş gücüne katılım oranı %10 olarak rapor edilmiştir (25).

### ***5.3.2. Yaşlıların Eğitim Durumları***

Buradaki eğitim durumu 60 yaş ve üstünü kapsamı alanına almaktadır. Yapılan saha çalışmaları incelendiğinde yaşlılarda eğitim seviyesinin yaşam kalitesi üzerine etkisi çok net bir şekilde görülmektedir. Eğitim seviyesi yükseldikçe yaşam kalitesi artmaktadır. (32, 39-40) Ancak ülkemizde halen çok ciddi bir oranda okuma yazma bilmeyen yaşlılar bulunmaktadır (31-32). Bu oranlar ülkemizde yaşlı refahı için halen alınması gereken çok yolun olduğunu göstermektedir. Bugünkü yaşlı refahı için yaşlılıkta eğitim, yaşlı refahını yakın bir gelecekte yükseltmek için 50 yaş ve üstü için eğitim şarttır.

Yaşlı refahı için; ergenlikte eğitim, orta yaşlarda iş, ileri yaşlarda keyif süreçlerinden oluşan bir modelden, yaşam boyu ve yaşamın her alanında öğrenme modeline doğru geçişin daha faydalı olacağı önerilmektedir. Yaşam boyu öğrenmenin bir parçası olan devamlı yeni beceriler geliştirme iş piyasasında yaşlıların istihdamda kalma sürelerini uzatacaktır. Çağımızda yeni üretim yöntemi hizmetleri ön plana çıkmaktadır. Yeni üretim yöntemi bilgiye, kaygan istihdam piyasasına ve yeni organizasyon yapılarına dayalıdır. Burada insan kaynakları ön plana çıkmaktadır (41).

Kanun koyucular için yaşam boyu öğrenme, nüfusun yaşlanmasının getirdiği ekonomik problemlerin aşılması için en önemli dayanaklardan biridir. Nüfusun yaşlanması istihdama yeni katılan genç nüfusun azalması anlamına gelmekte ve yaşlı çalışanlar için hızlı gelişen teknoloji ve bilgiyi takip etmek daha da önem kazanmaktadır. Ayrıca yaşamın tüm alanlarına yayılmış öğrenme, uzun yaşamı yük olmaktan çıkarıp sosyokültürel bir zenginlik haline getirir. Uzun eğitim süreleri, gönüllülük, toplumsal faaliyetlere ve aile yaşamına dâhil olma yaş ayrımcılığını da engelleyebilir. Eğitim sosyal üretkenlik ve sosyal statü için de önemlidir. Sosyal üretkenlik yaşlılık keyif çatma zamanı değil de aktif bir dönem olarak görüldüğünde artar. Yaşlılık fırsatların ve etkinliklerin artışı olarak kabul görür. Öğrenme



yaşlıların sağlıklı ve aktif kalmalarını sağlar, aile ve toplum bağlarını güçlendirir ve bağımsızlığı teşvik eder. Bu durum sadece yaşlı bireye değil, topluma da fayda sağlar (41).

Yaşlılıkta eğitime en iyi örnek ülkemizde son yıllarda artış gösteren Tazelenme Üniversiteleri'dir. Bu eğitimin yaşlıların sağlık, hafıza, psikolojik seviye, yaşam memnuniyeti ve topluma fayda yönünden olumlu etkileri kanıtla dayalı olarak ortaya konulmuştur (42).

#### 5.4. Çevre Koşulları

Çevresel koşullar; sosyal yaşam, fiziksel güvenlik, bağımsızlık düzeyi ve ulaşım imkânları alt boyutlarından oluşmaktadır. Sosyal yaşam; sosyal ilişkiler, sosyal faaliyetlere katılım, arkadaş ve komşu ilişkileri, aile içi iletişim olarak detaylandırılabilir. Sosyal ilişkiler insanların kişilik ve benlik saygılarını etkiler. Yaşlılıkla beraber azalan sosyal çevre kişileri yalnızlığa sürükleyebilir. Sosyal ilişkileri güçlü yaşlılarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştiği ve psikolojik iyi oluşlarında artış olduğu bildirilmiştir (43).

Fiziksel güvenlik evde ve ev dışında güvenli yaşam alanları demektir. Yaşlıların zamanlarının çoğunu evde geçirdikleri ifade edilmektedir. Yaşın ilerlemesiyle birlikte oluşan fizyolojik gerilemelere bağlı fiziksel yetersizlikler ve emekli olma durumu evde daha fazla vakit geçirmelerini etkileyen başlıca faktörlerdir. Arkadaş ve komşularla oluşturulan sosyal ilişkiler, mahalleye alışık olma, kendi tanıdığı toplumun içerisinde güvenli ve rahat yaşamak başarılı yaşlanma ve refahla ilgili bulunmuştur (44).

Yaşlının evi ve yaşadığı çevresinin fiziksel, sosyal, duygusal ve kültürel boyutları olduğu bildirilmiştir. Evi, sokağı fiziksel boyut, aile ve komşularıyla ilişkileri sosyal boyut, aidiyet hissi duygusal boyut ve ırkı, dini inançları, örf ve adetleri kültürel boyuttur. Yaşadığı konut yaşlının kendi hayat hikâyesinin geçtiği ve sosyal kimliğini koruduğu yerdir (45).

Başarılı yaşlılık için hem ev içinin hem de yaşanılan kentin yaşlılar için uygun olması da çok önem arz etmektedir. Evin içi düşmeye ve ev kazalarına karşı önlemlerle donatılı olmalıdır. Eşiklerin yüksek olmaması, tuvalette tutunma barlarının olması gibi yaşlıyı düşmelere karşı koruyucu donanımların bulunması faydalıdır. Tufan (2017), bir yaşlı için uygun model ev tasarlamış ve Nazilli belediyesi bünyesinde bu ev inşa edilerek sergiye sunulmuştur (46).

Yaşlılar için diğer önemli bir hususta ulaşımdır. Toplu taşıma araçları yaşlıların rahat kullanımı için tasarlanmış olmalıdır. Daha kırsal alanlarda ve toplu taşıma araçlarının yeterli olmadığı bölgelerde yerel yönetimlerce yaşlı

ve engelli taşıma araçları adı verilen, lift sistemleri bulunan araçlar hizmet vermelidir. Ulaşımını yürüyerek sağlayan yaşlılara yönelik kentlerde güvenli kaldırım ve yaya geçitleri bulunmalıdır (47).

## 6. Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi, insanların içinde yaşadığı çevre koşulları ve fırsatlar içerisinde yaşamdan memnun olma ve iyi olma durumudur (39). Bireylerin fiziksel işlevsellik düzeyleri, sağlıkları ve ruhsal durumlarıyla ilgili yaşam memnuniyetlerini gösteren bir ölçüdür (48). Yaşam kalitesi çok yönlü bir kavramdır ve içerisinde objektif ve sübjektif kalite göstergelerini barındırır. Objektif göstergeler; gelir düzeyi, sağlık durumu, eğitim seviyesi, mülkiyet sahipliği, sosyal güvence, yaşanılan ev ve çevre şartları olarak sıralanabilir. Sübjektif göstergeler ise; aile ve sosyal çevresinden aldığı doyum, kendi sağlığına yönelik algısı, yaşamdan ne derece tatmin olduğuna dair düşünceleridir (20). Yaşam kalitesi toplum refahını değerlendirmede bir indeks olarak kullanılır (49).

Tanımlardan anlaşıldığı üzere, yaşlı refahı ve yaşam kalitesinin tanımları, objektif ve sübjektif göstergeleri birbirine çok benzerdir. Yaşlılarda yaşam kalitesinin ölçümü o toplumdaki yaşlı refahı hakkında sağlam ipuçları verebilmektedir. Yaşlılarda yaşam kalitesini ölçen çeşitli ölçekler bulunmaktadır. Ülkemizde geçerlilik ve güvenilirliği ortaya konulan WHOQOL-OLD (Yaşlılar İçin Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Modülü), CASP-19 (Yaşlılar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği Türkçe Versiyon 13) ve OPQOL-Brief (Yaşlı Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form) bulunmaktadır (20, 50).

## 7. Sosyal Hizmet

Uluslararası Sosyal Hizmet Uzmanları Federasyonu (IFSW) ve Uluslararası Sosyal Hizmet Okulları Birliği (IASSW) tarafından 2014 yılında kabul edilen tanıma göre; “*Sosyal hizmet, sosyal değişimi ve gelişimi, sosyal bütünleşmeyi, insanların güçlendirilmesini ve özgürleşmelerini destekleyen uygulama temelli bir meslek ve akademik disiplindir. Sosyal hizmet, sosyal adalet, insan hakları, ortak sorumluluk ve farklılıklara saygı ilkelerini merkeze alır. Sosyal hizmet teorileri, beşeri bilimler, sosyal bilimler ve yerel bilgi ile desteklenen sosyal hizmet, yaşam zorluklarıyla mücadele etmek ve iyilik halini geliştirmek için insanlarla ve yapılarla çalışır*” (5).

Sosyal hizmet disipliniyle ilgili daha ayrıntılı bilgiler vermeye geçmeden önce sosyal hizmet kavramı ve ülkemizde kullanımı hakkında bilgi vermek

yerinde olacaktır. İngilizce dilinde “social work” terimi Türkçe diline “sosyal çalışma” olarak çevrilir ve dünya genelinde bu bir meslek olarak kabul görür. “Social service(s)” terimi ise Türkçe diline “sosyal hizmet(ler)” olarak çevrilir ve bu mesleğin çalıştığı alanı ifade eder. Örneğin hemşire bir meslek adıdır, çalışma alanı ise sağlık ve bakım hizmetleridir. Sosyal hizmet disiplininin de ülkemizde sosyal çalışma ve sosyal hizmetler olarak kullanılmasının daha doğru olduğu savunulmaktadır (51). Ancak ülkemizde alanda sosyal hizmet disiplini, üniversitelerde açılan bölümlerde sosyal hizmet bölümleri, mesleğin kullanımında sosyal hizmet uzmanı, verilen hizmetlerde ise sosyal hizmetler veya sosyal hizmet uygulamaları terimlerinin yaygın olarak kullanıldığı görülmektedir.

Sosyal hizmetin temel görevi dezavantajlı durumda olan birey, grup ve toplumların sorunlarını çözmek ve refahını sağlamaktır. İnsanların kapasitelerini ortaya çıkarmak ve sosyal işlevselliklerini artırmak için toplumda koşulları sağlayan mesleki bir uygulamadır (52).

Sosyal hizmet; insanların yaşamları boyunca karşılaşılabilecekleri güçlüklerle mücadelelerinde yanlarında olmayı amaç edinen bir çalışma alanı ve meslek disiplini. Bireyi yaşamını etkileyen problemlerin çözümünde merkeze alarak, kişiyi sahip olduğu güçlü yönleriyle çözüm sürecinin yöneticisi yapar. Kişilerin potansiyellerini açığa çıkartarak topluma katkı sağlamalarını ve refah içinde yaşamalarını hedefler. Faaliyet alanı insan, çevresi ve mevcut sorunlardır. Sosyal hizmet kuram ve yöntemleriyle çözüm yolları dener. Özellikle dezavantajlı bireylerin davranışlarını inceler ve olumsuz durumlara müdahale eder, onları güçlendirmeye çalışır (53).

Sosyal hizmetler; eğitim, sağlık, sosyal güvenlik, sosyal refah, konut, rehabilitasyon, eğlence, boş zamanlar gibi temel hizmet alanlarında insanların korunması ve geliştirilmesini hedef alan çalışmalardır (54).

Sosyal hizmet uygulamalarıyla müdahale edilen sosyal sorunlar; yoksulluk, yaşlılık, engellilik, suç, göç, afet, boşanma, aile içi şiddet, ihmal, istismar, yalnızlık, sosyal dışlanma, ötekileştirme, madde bağımlılığı, işsizlik, cinsiyetçilik, sağlık sorunları ve yaşam şartları olarak sıralanabilir. Bu nedenle sosyal hizmet uygulamalarının aile ve çocuk refahı, tıbbi ve psikiyatrik sosyal hizmet, yaşlı refahı gibi alanlarda sorunların çözümü noktasında son derece önemli olduğu bildirilmektedir (53).

### **7.1. Sosyal Hizmet Kuram ve Yöntemleri**

Sosyal hizmet uzmanları mesleklerini icra ederken belirli kuramlar ve çeşitli yöntemler kullanırlar. Kuram sosyal hizmet uzmanının bireylere bakış

ve yaklaşımına yol gösteren esaslardır. Kuram, içinde bulunulan durumu değerlendirmeyi kolaylaştırır ve sosyal hizmet uzmanının olaya nasıl müdahale etmesi gerektiğine dair bir temel hazırlar. Yöntemler ise sosyal hizmet uzmanlarının bireylere müdahale ederken kullandıkları belirli teknikler ve yaklaşımlardır. Kuramlar uygun yöntemin seçilmesini kolaylaştırır (55).

Sistem kuramı, ekolojik yaklaşım, güçlendirme yaklaşımı, feminist kuram, baskı karşıtı çalışma, kriz müdahalesi ve bilişsel davranışçı terapi olarak adlandırılan sosyal çalışma kuramları bulunmaktadır. Burada hepsi ayrıntılı açıklanmayacak, kısaca birkaçına değinilecektir. Örneğin ekolojik yaklaşım kuramında “çevresi içinde birey” ilkesi ön plandadır. Birey çevresinde bulunan sistemlerle beraber değerlendirilir. Bu kurama göre davranan bir sosyal hizmet uzmanı bireyin kendi ihtiyaçları ile çevresinin özellikleri arasında uyum sağlamak için bireyin baş etme kapasitesini artırmaya yönelik uygulamalar gerçekleştirir. Güçlendirme yaklaşımı kuramında bireyin güçlü yönleri, yetenek ve becerilerine odaklanılır (55).

Sosyal hizmet uygulamalarında yöntemlerin mikro, mezzo ve makro seviyede uygulandığı görülmektedir. Mikro düzey bireysel olarak yapılan çalışmalardır. Mikro düzeyde sosyal hizmet uzmanları sosyal teşhis, sosyal inceleme, vaka takibi ve bireysel danışmanlık yaparlar. Mezzo düzey aile ve grup müdahaleleridir. Makro düzeyde ise hak ihlallerinde savunuculuk ve sosyal politika geliştirme çalışmaları bulunmaktadır (56). Mikro, mezzo ve makro düzeydeki çalışmalara, yaşlılara yönelik sosyal hizmet uygulamaları başlığı altında daha detaylı değinilecektir.

Sosyal hizmet uzmanları birey, grup veya toplumlara müdahalede bulunurken mesleğin gerektirdiği rol ve işlevlere göre hareket ederler. Bağlantı kurucu rolünde; bireyi hizmete yönlendirme, hizmet sistemleri arasında bağlantı kurma işlevleri vardır. Savunucu rolünde; birey ve grupların haklarını savunur. Danışman rolünde; psikososyal değerlendirme, sosyal iletişimi artırma, terapötik müdahale bulunur. Vaka yöneticisi rolünde; hizmeti planlama, destek verme ve takip etme işlevleri bulunur. Bunların dışında eğitici / öğretici, iş yükü yöneticisi, personel geliştiricisi, sosyal değişme ajanı, profesyonel ve yönetici rolleri de bulunmaktadır (57).

## ***7.2. Gerontolojik Sosyal Hizmet ve Geriatrik/Tıbbi Sosyal Hizmet***

Gerontolojik sosyal hizmet; sosyal hizmet disiplininin yaşlıların fiziksel, sosyal ve psikolojik alanlarına müdahale etmesidir. Huzurevi, yaşlı bakım evi gibi kurumlarda veya evde bakım hizmetlerinde ihtiyaç duyulan sosyal

hizmetlerin sosyal hizmet uzmanları tarafından sağlanmasıdır. Yaşlılara, bakım vericilerine, ailelerine psikososyal destek sağlamak, yaşlının sosyal bakım planını yapmak, yaşlıyı içerisinde bulunduğu çevreyle değerlendirerek yaşam kalitesini artırmak sosyal hizmet uzmanının görevlerindedir. Fiziksel, sosyal, ruhsal, ailesel, kültürel ve toplumsal faktörleri dikkate alarak yaşlıların iyilik hallerini artıracak müdahaleler de gerontolojik sosyal hizmetin içerisinde yer alır. Yaşlının onurunu yükseltmek, yaşam doyumunu artırmak, işlevselliğini güçlendirmek, yaşam koşullarını iyileştirmek, problem çözme kapasitelerini artırmak sosyal hizmet uzmanının gerontolojik sosyal hizmet alanı içerisindeki sorumluluklarındandır (52-53).

Geriatrik sosyal hizmet sağlık kuruluşlarında, palyatif bakım merkezlerinde, hastanelerin geriatri ünitelerinde yaşlılara yönelik verilen sosyal hizmetleri kapsamaktadır. Özellikle geriatri ekibinin bir üyesi olarak sosyal hizmet uzmanı geriatri ünitesine hastalık şikâyeti ile gelen yaşlıya; tedavi aşamasında güçlendirici ve disiplinler arası bağlantı kurucu rolleriyle destek verir ve tedavisini kolaylaştırır. Tedavi sonrası süreçte ise vaka yöneticisi rolüyle yaşlıyı takip eder, sosyal uyumunu ve topluma yeniden katılımını destekleyerek yaşam kalitesini artırır (58).

## **8. Yaşlı Refahı ve Sosyal Hizmet Uygulamaları**

Sosyal hizmet uygulamaları yaşlılara yönelik mikro, mezo ve makro düzeyde çalışmalarla gerçekleştirilir. Bu çalışmalar yaşlı refahını etkileyen faktörler üzerinden başlıklar halinde kısaca ele alınabilir.

### **8.1. Gelir Güvenliği**

Yaşlıların gelir güvenliği sosyal politikaların ödevidir. Bu da sosyal hizmetin makro düzeyde yapılan çalışmaları içerisinde yer alır. Yaşlı hakları ve sosyal devlet anlayışı yaşlılara yönelik sosyal politika ihtiyacını doğurmaktadır. Mevcut sosyal politikaların değerlendirilmesi ve yeni politikaların oluşturulmasında sosyal hizmet disiplini önemli bir yere sahiptir (56). Sosyal güvenlik, sosyal sigorta, sosyal yardımlar, emeklilik yasaları, istihdam fırsatları, yaşlı maaşı ödemeleri, engelli maaşı ödemeleri, bakım hizmetleri düzenlemeleri, yaş ayrımcılığıyla ilgili çalışmalar ve sivil toplum örgütleriyle birlikte yapılan çalışmalar sosyal hizmetin gelir güvenliğiyle ilgili makro düzeyde çalışmalarına örneklerdir.

Sosyal hizmet uzmanları mikro düzeyde çalışmalarla da yaşlıların ekonomik durumlarına katkıda bulunurlar. Sosyal inceleme, bireysel danışmanlık

sosyal hizmetin mikro düzeyde çalışmalarıdır. Sosyal hizmet uzmanı yaşlıyı ve ailesini değerlendirerek yaşlıyı toplumsal kaynaklara nasıl ulaşacağı konusunda yönlendirmektedir (56).

Günümüz yaşlılarında gelir güvencesizliğinin özellikle kadın yaşlılarda daha ön plana çıktığı görülmektedir. Geleneksel ve ataerkil toplumlarda “erkek dışarıda kadın evde olmalıdır” anlayışı, kız çocuklarının okula gönderilmeyişi, kadının iş hayatında bulunamayışı, iş piyasasında cinsiyete göre görev dağılımları, maaş farkları, kırsalda tarım alanlarında sigortasız çalışma gibi faktörler ileri yaşlara geldiklerinde kadınları gelir güvencesizliğiyle yüz yüze getirmektedir (59). Gençlik ve yetişkinlik dönemlerinde istihdam edilemeyen ve sosyal sigortadan mahrum kalan kadın yaşlandığında kocasına veya çocuklarına muhtaç olur. Bu durumun yaşlının refahına engel olduğu, yaşlı ihmali ve istismarına yol açtığı bildirilmektedir (60). Sosyal hizmet bu noktada en önemli sorun çözücü meslek olarak gelmektedir. Sosyal hizmet uzmanları kadınların güçlendirilmesi, bilinçlendirilmesi, baş etme kapasitelerinin artırılması, toplumda haklarını elde edebilmelerinin sağlanması yönünde çalışmalar yürütür. Sosyal adaletin sağlanması sosyal hizmet disiplininin nihai hedefidir. Kadınların istihdama girmesi yönünde bireysel ve toplumsal çalışmalar yürütür. Kadınların nitelikli mesleki eğitim almaları yönünde çalışmalar yapar, istihdam projeleri, bilimsel toplantılar, lobcilik ve savunuculuk faaliyetleri yürütür. Böylece kadınların istihdama girişleri ve istihdam sonrası haklarıyla ilgili her alanda faaliyet gösterir (61).

Yaşlılıkta gelir güvencesinin sağlanması ve yaşlılıktaki gelirin yaşlının sosyal refahını sağlayacak düzeyde olmasının temel şartı sosyal sigorta primlerinin uzun vadede yatırılmış olmasıdır. Bunun için belirli bir yaştan sonra ve yeterli gün prim sayısı ile emekli olunması çok önemlidir. Bunun için çoğu Avrupa ülkesi emeklilik yaşını yükseltmiştir. Örneğin Finlandiya emeklilik yaşını 68'e yükseltmiş ancak 62 yaşında erken emeklilik opsiyonu da tanımıştır. İnsanları daha uzun seneler çalışmaya yöneltmek için teşvik sistemi getirilmiş, 52 yaşından sonra ve 62 yaşından sonra emekli maaşı birikim taakkuk oranlarını artırmıştır (62). Çin'de yapılan araştırmalar da ileri yaşta emeklilik sisteminin yaşlı refahını artırabileceğini bildirmektedir. Bunun için hükümetin halkı emekliliği ertelemenin yararları konusunda ikna etmesi ve gecikmiş emekliliğin uygulanmasını kolaylaştıracak destekleyici politikaların hayata geçirilmesi (örneğin, emekli maaşlarının yenilenme oranlarının arttırılması veya sağlıklı yaşlanma stratejisinin uygulanması) gerektiği bildirilmiştir. Ayrıca emeklilik politikasının farklı sosyo-ekonomik kökenden gelen kişiler için farklılaştırılması

gerektiği de rapor edilmiştir (63-64). Bu noktada da sosyal hizmet anahtar rol oynar. Örneğin bir maden işçisi, bir inşaat işçisiyle, masa başında çalışan bir memur veya bir polis aynı iş zorluklarına sahip değildir. Toplumun tüm sosyal, kültürel ve ekonomik yapısını ortaya koyarak araştırmalar yapmak ve iş zorlukları ölçüsünde, sosyal adalet temelinde oluşturulacak bir emeklilik yasasına katkı vermek, bir insan hakları mesleği olan sosyal hizmetin makro düzeyde ödevlerindedir.

## 8.2. Sağlık

Sosyal hizmetin sağlık hizmetlerindeki rolünden tıbbi sosyal hizmet başlığı altında bahsedilmiştir. Yaşlı hastanın ve/veya bakım vericisinin/ailesinin hastalık nedeniyle hayatını etkileyen sosyal ve psikolojik sorunlarını tespit etmek, çözüm için yapılacak müdahaleleri planlamak ve uygulamak tıbbi sosyal hizmet uzmanının görevidir. Sağlık bakanlığı tarafından 2011 yılında çıkarılan yönergede tıbbi sosyal hizmetin tanımı yapılmıştır. Buna göre tıbbi sosyal hizmet; *“ayakta ya da yatarak tedavi gören hastaların tıbbi tedaviden etkili bir şekilde yararlanması, tedavi sürecinde hastanın ailesi ve çevresi ile ilişkilerinin değerlendirilmesi, tedavi sürecini etkileyen psikososyal ve sosyoekonomik sorunların zamanında çözümlenerek sosyal işlevselliğini yeniden kazanması amacıyla yürütülen sosyal hizmet uygulamaları”* olarak tanımlanmaktadır. Türkiye’de bu uygulamalar Sağlık Bakanlığına bağlı kurumlarda gerçekleştirilmektedir. Yaşlılara yönelik hizmetler Tıbbi Sosyal Hizmet Birimi, Evde Sağlık Hizmetleri, Hasta Hakları Birimi, Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde yürütülmektedir. Ayrıca geriatri birimleri başta olmak üzere kliniklerde de tıbbi sosyal hizmetler uygulanmaktadır (65).

Sağlık alanında sosyal hizmet uzmanları bireysel olarak mikro düzeyde yaşlıya yönelik uygulamalarının yanında özellikle yaşlının bakım vericilerine yönelik uygulamalarıyla da dikkat çekmektedirler. Yatalak, bakıma muhtaç veya Alzheimer/demans hastası olan yaşlılara bakım veren aile üyelerinde zaman içerisinde tükenmişlik görülebilmektedir. Sosyal hizmet uzmanı bireysel değerlendirme sonucunda bakım verene psikososyal destek ve baş etme stratejileri konusunda destek verebilmektedir (56).

Sosyal hizmet uzmanları hem yaşlı bireyler hem de bakım vericilerine yönelik mezzo düzeyde grup uygulamaları da gerçekleştirebilmektedirler. Bunlar; psiko eğitim grupları, gelişim grupları veya destek grupları adları altında olabilir. Gruplarda kişiler baş etme stratejileri geliştirir, içinde buldukları durumla ilgili farkındalık kazanır ve yeni bakış açlarına

sahip olurlar. Bu tür gruplarda en fazla öne çıkan metot bilişsel davranışçı terapidir (56).

Sosyal hizmet uzmanları yaşlılara sağlıkla ilgili hizmetlerini Sağlık bakanlığına bağlı kuruluşlar dışında Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığının kurum ve kuruluşları, evde bakım hizmetleri, huzurevleri, yaşlı bakım merkezleri ve belediyelerin yaşlı yaşam evlerinde gerçekleştirmektedirler. Ayrıca sosyal hizmet uzmanları aktif yaşlanma, başarılı yaşlanma için etkinlikler, programlar, eğitimler düzenler ve sağlıklı yaşlanmaya da katkıda bulunurlar (66).

### **8.3. Eğitim**

Eğitim yaşlı refahında en temel ve en önemli konudur. Gelir güvenliği, istihdam, sağlık, çevresel yaşam koşulları gibi yaşlı refahını etkileyen bütün faktörleri iyileştirir. İyi bir eğitim yetişkinlikte istihdamın önünü açar, bu da yaşlılıkta gelir güvencesini beraberinde getirir. Günümüzde iyi eğitim almış olan yaşlı oranları düşük olduğu gibi, okuma yazma bilmeyen yaşlıların oranı da halen yüksektir. Ülkemizde yapılan ulusal çaplı bir çalışmada okuma yazma bilmeyen yaşlı oranı %29,6 olarak bulunmuştur (31). Taşrada yaşayan yaşlılar içerisinde bu oran daha da yüksektir. Kırsalda yaşayan yaşlıların yaşam kalitelerinin yükselmesi için yaşlılara yönelik okuma yazma kursları açılması, yaşam boyu eğitim çerçevesinde yaşlıların çeşitli kurs ve etkinliklerle desteklenmesi gerektiği bildirilmektedir (32). Bu noktada sosyal hizmet disiplini devreye girmektedir. Sosyal hizmet uzmanı bağlantı kurucu rolüyle yaşlıyı değerlendirir ve hizmetlere yönlendirir. Eğitici/öğretici rolüyle yaşlıların sosyal yaşam becerilerini geliştirir, davranış değişikliği sağlar ve önleyici hizmetler verir. Vaka yöneticisi rolüyle yaşlı için planlanan eğitimde takip ve koordinasyonu sağlar (57). Özellikle taşrada kaymakamlıklar veya belediyeler bünyesinde sosyal hizmet uzmanının istihdam edilmesi çok önemlidir. Yerelde yaşayan yaşlıların sorun ve ihtiyaçlarının belirlenmesi ve kurumsal hizmetlerin ona göre planlanması bakımından yerelde de makro düzeyde çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

Yaşlılık döneminde eğitim ve eğitimin yaşlı refahı üzerindeki etkilerine en iyi örnek “60+ Tazelenme Üniversiteleri” verilebilir. 60 yaş ve üzeri yaşlıların katıldığı, dört yıllık üniversite eğitimi gördüğü, teorik ve uygulamalı derslerin işlendiği bir projedir. 2016 yılında Akdeniz Üniversitesi bünyesinde başlayan eğitim, kısa zamanda hızla yayılmış, Ege, Muğla Sıtkı Koçman, Mehmet Akif Ersoy, Anadolu Üniversitelerinde de hayata geçirilmiştir. Bu eğitimin yaşlıların hastalık risklerini azalttığı, bedensel aktifliği artırdığı, yeni beceriler geliştirme



ve yeni tecrübeler edinmede etkili olduğu görülmüştür. Yaşlılarda özerklik duygusunu artırdığı, hafıza üzerinde iyileştirici etki gösterdiği, yaşamın anlamını ve aidiyet duygusunu artırdığı ortaya konmuştur. Eğitime katılan yaşlılar başkalarına faydalı olduklarını ve takdir edilme duygusu yaşadıklarını ifade etmişlerdir (42). Bu eğitim müfredatı incelendiğinde içeriğinde sosyal hizmetin mezzo düzeydeki çalışmalarının da bulunduğu gözükmektedir. Bu eğitim üniversitelerdeki sosyal hizmet bölümleri akademisyenleri ve öğrencileri için güzel bir uygulama alanıdır. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığıyla YÖK arasında imzalanan protokolle Tazelenme Üniversiteleri ülkemizde daha da yaygınlaşacak gibi gözükmektedir (67).

Sosyal hizmet uzmanları belediyeler bünyesindeki yaşlı yaşam evlerinde yaşlılara yönelik eğitim faaliyetleri ve programları yürütmektedirler. Eğitim planlarının yapılması ve mezzo düzeyde eğitim gruplarının oluşturulmasında son derece aktif rol oynamaktadırlar.

#### **8.4. Çevre**

Çevresel koşullar yaşlının içerisinde bulunduğu yaşam koşullarını ve sosyal ilişkilerini içerir. Yaşlı toplumda evinde yaşadığı gibi, huzurevi, bakım evi gibi bir kurumda da yaşıyor olabilir.

Kurum bakımı, bakım ihtiyacı içerisinde olan yaşlıların profesyonel meslek elemanları tarafından sağlık, sosyal, ekonomik ve psikolojik ihtiyaçlarının karşılandığı, yaşlının iyilik halinin sürdürülmesi için hizmet veren bakım modelidir. Bu modelde sosyal hizmet uzmanlarına büyük görevler düşmektedir. İlk öncelikli görev, yaşlı evinden ayrılıp kuruma geldiği zaman başlar. Yaşlı geçmiş yaşamından tamamıyla farklı ve belirli kuralları olan bir yaşama geçmiştir. Yaşlıların bu kurallara alışması zor olabilmekte, kendilerini kısıtlanmış veya terk edilmiş hissedebilmektedirler. Bu nedenle yaşlılarla birey odaklı çalışılması ve psikososyal destek verilmesi önemlidir. Yaşlı kuruma ilk geldiğinde sosyal hizmet uzmanı tarafından ön görüşme yapılır ve rapor düzenlenir. Bu rapora göre yaşlının uyumu için uygulamalar planlanır. Daha sonra vaka takibi yapılarak uyum süreci izlenir. Sosyal hizmet uzmanı tarafından yürütülen bu izlem, yaşlının ihtiyaçlarının belirlenmesini, gerektiğinde hizmet alabilecekleri farklı kurumlara yönlendirilmelerini ve vaka savunuculuğu yapılmasını da içerir (56).

Kurumda bireysel düzeyde müdahaleler dışında mezzo düzeyde grup uygulamaları da düzenlenebilir. Örneğin demans hastalarının bulunduğu bir yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezinde sosyal hizmet uzmanı bilişsel

fonksiyonlarını artırıcı terapi etkinlikleri planlayabilir, konunun uzmanlarıyla beraber bu etkinliklere katılım sağlayabilir (68).

Gündüz yaşlı yaşam merkezleri Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığına veya belediyelere bağlı kurumlardır. Burada yaşlılar boş zamanlarını geçirir, çeşitli etkinliklere katılır ve sosyalleşirler. Bu kurumlarda yaşlıları fiziksel, sosyal, zihinsel ve ruhsal olarak destekleyecek hizmetler sunulmaktadır. Yaşlı veya bakım verene yönelik eğitimler, resim ve sanatları kursları, koro toplulukları, terapi grupları, danışmanlık hizmetleri gibi faaliyetler bu kurumların çalışmalarına örnek olarak verilebilir (69). Sosyal hizmet uzmanları bu kurumlarda yaşlılarla ve bakım verenleriyle mikro ve mezo düzeyde faaliyetlerini yürütürler. Ayrıca kurumların planlayacakları hizmetlere ilişkin makro düzeyde çalışmalar da yapabilmektedirler.

Bilim ve teknolojinin gelişmesiyle beraber, yeni görüntüleme ve iletişim cihazları geliştirilmiştir. Bu cihazlar üç boyutlu sanal içeriğe sahip, gerçeğe çok benzeyen ortamları simüle edebilen, kullanıcılara sanki ortamın içindelermiş gibi hissettiren, dev ekranlı ve çözünürlüğü yüksek cihazlardır. Yeni konsept bir sosyal hizmet uygulaması olan bu model, dijital cihazlara karşı savunmasız olan yaşlılara daha iyi hizmet verme fırsatı sağlayan sürükleyici bir kullanıcı deneyimi ve gelişmiş etkileşim teknolojileri sunmaktadır. Son yıllarda modern gündüz yaşlı yaşam merkezlerinde denenmeye başlamıştır. Bu modelde birçok etkinlik yaşlının bir tuşa dokunmasıyla ayağına gelmekte, yaşlı bu etkinliğin içerisinde kendini gerçeğe yakın derecede hissetmektedir. Ayrıca başka mekân ve merkezlerdeki kişilerle üç boyutlu görüşme ve etkileşme şansı da elde etmektedirler. Sürükleyici deneyim “immersive experience” adı altında literatüre giren bu sosyal hizmet modellerine ve daha da fazlasına sosyal hizmet disiplininin gelecekte hazır olması gerekmektedir (70).

Evde bakım; sağlığın sürdürülmesi, geliştirilmesi, hastalık ve yetersizliklerin olumsuz etkilerinin en aza indirilmesi amacıyla yaşlı bireylere ve ailelerine, kendi yerleşim yerlerinde sağlık ve sosyal hizmetlerin harmanlanarak birlikte sunulmasıdır. Bu bakımda amaç yaşlıların kendi evlerinde olabildiğince bağımsız kalmalarının sağlanmasıdır (71). Sosyal hizmetin mesleki etkinlik odağı “çevresi içinde birey” olduğundan sosyal hizmet uzmanı evde bakım ekibinde görev alarak yaşlıyı sosyal çevresiyle birlikte değerlendirir ve gerekli müdahale planının hazırlanmasına yardımcı olur. İnceleme, teşhis ve planlama aşamalarında olduğu kadar uygulama ve değerlendirme aşamalarında da sorumluluk alır. Evde bakım hizmeti alan yaşlının yaşam kalitesinin artırılması ve bakım veren aile üyesinin psikososyal ve ekonomik yönden desteklenmesi uzmanın temel görevidir.

Görevini yaparken yaşlının kültürel özelliklerini ve değer yargılarını dikkate alır. Mikro düzeyde yaşlının güçlü yönlerini ortaya çıkaracak, başa çıkma kapasitesini artıracak çalışmalar yapar. Tükenmişlik yaşayan bakım vereni destekler. Mezzo düzeyde eko-sistem bakış açısını kullanarak ailelerin sosyal destek sistemleri üzerine odaklanır. İhtiyaç ve sorunları için hangi kurumlardan nasıl destek alabilecekleri konusunda ailelere rehberlik yapar ve süreci takip eder. Makro düzeyde, sosyal devlet anlayışı gereği evde bakım hizmetleriyle ilgili merkezi ve yerel yönetimlerce geliştirilecek sosyal politikalara ve çıkarılacak yasalara, yaşlıların da görüşlerini alarak önerilerde bulunur (72).

Teknolojinin gelişmesiyle evde bakım hizmetlerinde de yeni sistem sosyal destek uygulamaları hayata geçmeye başlamıştır. Tele sosyal hizmet uygulaması olarak ifade edilen proje Ankara Valiliği tarafından uygulanmıştır. Bakıma muhtaç yaşlıların evlerine diyafon monte edilmiş, yaşlıya da üzerinde bir basma düğmesi bulunan bileklik verilmiştir. Yaşlı düğmeye bastığında sinyal bir çağrı merkezindeki görevlilere iletilmektedir. Bu sistem yaşlının ilaç saatlerini, doğum günlerini hatırlatmakta, çeşitli sosyal aktivitelerden de yaşlıyı haberdar ederek sosyalleşmesine katkı yapmaktadır (56). Bu tür dijital sosyal hizmetlerin çoğalacağını öngörmek kehanet değildir.

Sosyal hizmet uzmanı yaşlıların içinde bulunduğu evin yaşlının fiziksel durumuna uygunluğunu da değerlendirir. Düşme kazalarını önleyecek fiziksel ev içi şartlarının oluşturulmasını sağlar (73). Sosyal hizmet uzmanları yaşlı ihmal ve istismarında da etkin rol oynar. İhmal ve istismarın belirtileri olabilecek durumları ve yasal çerçeveyi bilir, güçlendirme temelli sosyal hizmet müdahalesinde bulunur (74). Sosyal hizmet uzmanları evde bakım hizmeti almayan ve yalnız yaşayan yaşlılarla da mikro düzeyde çalışmalar yapar, uzlaştırma ve aracılık etme rolleriyle yaşlının aile bireyleriyle ve akrabalarıyla iletişimi güçlendirir. Gerekğinde mezzo düzeyde grup etkinliklerine dâhil ederek yaşlıya psikososyal destek sağlar (56).

Yaşlı refahında ulaşım imkânları da önem arz etmektedir. Son yıllarda belediyeler tarafından tekerlekli sandalye kullanan yaşlıları evlerinden ihtiyaç duydukları başka mekânlara taşıyan lift sistemli araçlar hizmete sokulmuştur (75). Sosyal hizmet uzmanları yaşlılarla mikro düzeyde görüşme yaparken bağlantı kurucu rolleriyle ihtiyaç duyan yaşlıları bu tür hizmetlere yönlendirebilir. Yaşanılan şehirde yerel yönetim tarafından böyle bir hizmet sunulmuyor ise, sosyal hizmet uzmanı ilgili belediyeye bu hizmetin sunulması için, ihtiyaç raporlarını ve örnek uygulamaları da içeren bir dosya verebilir, makro düzeyde bir yerel politika önerebilir.

## 9. Sonuç

Sosyal hizmet uzmanı, yaşlı ve ailesi adına savunma, yaşlıyla sistem arasında uzlaştırma, ihtiyaçlarla kaynaklar arasında aracılık etme, hizmeti planlama, en uygun hizmet/bakıma karar verme, uygulama, izlem ve değerlendirme olarak sıralanan rol ve müdahaleleriyle yaşlı refahında etkin görev alır. (76)

Yaşlı refahı küresel yaşlanma izlem endeksine göre gelir güvenliği, sağlık durumu, kapasite durumu ve çevresel şartlar olmak üzere temel göstergelerden oluşmaktadır. Sosyal hizmet uzmanı bu gösterge alanlarının her birinde mikro, mezo ve makro düzeylerde çalışmalar yapar.

Önümüzdeki 50 yıl içerisinde her dört kişiden birinin yaşlı olacağı ülkemizde yaşlı refahı kavramı daha fazla ön planda olacak ve sosyal hizmet disiplini de bir o kadar önem kazanacaktır. Yaşlılara yönelik hizmet veren kamu ve özel sektörlerde sosyal hizmet uzmanı istihdamı artırılmalıdır. Merkezi yönetim tarafından özellikle taşrada, kaymakamlık ve kaymakamlığa bağlı sosyal yardımlaşma ve dayanışma vakıfları bünyesinde sosyal hizmet uzmanları mutlaka bulunmalıdır. Yerel yönetimlerde sosyal hizmet uzmanı istihdamının artırılması yönünde yasal düzenlemelere gidilmelidir.

Üniversitelerdeki sosyal hizmet müfredatlarının gerontolojik sosyal hizmet kapsamı geniş tutulmalı, akademik kadroda konunun uzmanı akademisyenler bulunmalı, mezun olan sosyal hizmet uzmanlarının bu alanda daha yetkin olmaları sağlanmalıdır. Mezuniyet sonrası hizmet içi eğitimlerle sosyal hizmet uzmanları desteklenmeli, enstitüler bünyesinde bulunan sosyal hizmet anabilim dallarında gerontolojik sosyal hizmet lisansüstü eğitim programları açılmalıdır. Gelecek kuşakları, içerisinde yaşlıların hâkim olduğu bir dünya beklemektedir.

## Kaynaklar

1. Tuna M, Tenlik Ö. Türkiye’de ve dünyada yaşlanma. Tufan İ, Durak M, editör(ler). Gerontoloji. 1. Basım. Nobel Yayınevi; 2017: 3-25
2. Tanrıöver Ö. Aktif yaşlanma çerçevesinde yaşam boyu öğrenme. Pekesen M, editör. Yaşlı Bakım Hizmet Modelleri ve Sosyal Politika Yaklaşımları, 2. Basım. Nobel Yayınevi; 2023: 219-231
3. Değer TB. Yaşlılık ve yaşlanma. Pekesen M, editör. Yaşlı Bakım Hizmet Modelleri ve Sosyal Politika Yaklaşımları, 2. Basım. Nobel Yayınevi; 2023: 1-25
4. Akar Ç. Türkçe Sözlük. Açık Yayınları, Ankara
5. Mayda FA. Jane Addams’ın unutulmuş mirasını hatırlamak: sosyal hizmet uygulaması bağlamında sporun gücü ve potansiyeli üzerine bir değerlendirme. Toplum ve Sosyal Hizmet, 2020; 31(3): 1278-1306.

6. Demirbaş H, Tuna B. Mahkûm yaşlılar. Değer TB, editör. Dezavantajlı Yaşlılar ve Sosyal Politika, 1. Basım. Nobel Yayınevi; 2023: 39-60

7. Türkiye İstatistik Kurumu (TUIK). Haber Bülteni. İstatistiklerle yaşlılar, 2022, Yayım tarihi: 17.03.2023 <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=%C4%B0statistiklerle-Ya%C5%9F1%C4%B1lar-2022-49667&dil=1> Erişim tarihi 10 Eylül 2023

8. Dedry A, Onder H, Pestieau P. Aging, social security design, and capital accumulation. *The Journal of the Economics of Ageing*. 2017; 9: 145-155

9. Kunkel SR, Scott Brown J, Whittington FJ. *Global Aging: Comparative Perspectives on Aging and the Life Course*. New York: Springer Publishing Company; 2014: 80

10. Varışlı B. Türkiye’de yaşlanma ve demografi. Tufan İ, Durak M, editör(ler). *Gerontoloji*. 1. Basım. Nobel Yayınevi; 2017: 27-35

11. Gördes Aydoğdu N. Yoksul Yaşlılar. Değer TB, editör. *Dezavantajlı Yaşlılar ve Sosyal Politika*, 1. Basım. Nobel Yayınevi; 2023: 133-146

12. Cengiz İ. Türk sosyal güvenlik sistemi içerisinde yaşlılara yönelik sosyal yardım ve sosyal hizmetler. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 2018; 8(2): 23-40.

13. Durmaz Bodur N. Sosyal yardımların yaşlı refahı üzerindeki etkisi. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 2022; 15(2): 57-73

14. Ceylan H. *Yaşlılık ve Refah Devleti*, 1. Basım. İstanbul: Açılımkitap; 2015: 81-87

15. Özada Nazım A. Refah modellerine göre yaşlı ve yaşlılık olgusu. Sütçü S, editör. *Güncel Tartışmalarla Yaşlılık*, 1. Basım. İstanbul: Efe Akademik Yayıncılık; 2022: 45-66

16. Zastrow C. *Intoduction to Social Work and Social Welfare: Empowering People*, (12th Ed). USA: Cengage Publication; 2017

17. Özdemir H. *Küreselleşme sürecinde refah devleti*. İstanbul Ticaret Odası Yayınları; 2007

18. Taşçı F. Refah devleti modelleri içinde Türkiye’nin pozisyonu: ‘yaşlı algısı’ üzerinden değerlendirmeler. *İnsan & Toplum*, 2013; 3(5): 5-35.

19. Özmete E. Yaşlılıkta yaşamın anlamının refah göstergeleriyle yordanması. *Aile ve Toplum*, 2008; 4(15): 7-20

20. Değer TB. Yaşlılarda yaşam kalitesi ve ölçekleri, Say Şahin D, editör. *Yaşlanmaya Sağlık Sosyolojisi Perspektifinden Multidisipliner Yaklaşımlar*, 1. Basım, Bursa: Ekin Yayınevi; 2020: 313-329

21. Oğlak S. Yaşlı sosyal refahının küresel yaşlanma izlem endeksi yönünden değerlendirilmesi ve Türkiye yaşlı sosyal refahının görünümü. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 2019; 12(2): 84-96

22. HelpAge International, 2015. <https://www.helpage.org/silo/files/global-agewatch-index-2015-insight-report.pdf> Erişim tarihi 11 Eylül 2023
23. Aysan MF. Türkiye’de sosyal güvenlik ve refah, Tufan İ, Durak M, editör(ler). Gerontoloji. 1. Basım. Nobel Yayınevi; 2017: 387-407
24. Tufan İ. Gerontolojik Söyleşiler, 1. Basım, Nobel Yayınevi, 2018: 112
25. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı. Engelli ve yaşlı istatistik bülteni, Temmuz 2022. [https://www.aile.gov.tr/media/115108/eyhgm\\_istatistik\\_bulteni\\_temmuz2022.pdf](https://www.aile.gov.tr/media/115108/eyhgm_istatistik_bulteni_temmuz2022.pdf) Erişim tarihi 12 Eylül 2023
26. Türkiye İstatistik Kurumu (TUIK). Yoksulluk ve Yaşam Koşulları İstatistikleri, 2022. Yayımlanma tarihi: 08 Mayıs 2023 <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Yoksulluk-ve-Yasam-Kosullari-Istatistikleri-2022-49746> Erişim tarihi 13 Eylül 2023
27. Ulusal F. Artan yaşlı nüfusun sosyoekonomik etkileri. Gençtürk Z, editör. Yaşlılık ve Sosyal Politika Tartışmaları, 1. Basım, Detay Yayıncılık; 2020: 42-54
28. Sosyal Güvenlik Kurumu. <https://www.sgk.gov.tr/Haber/Detay/Emeklilikte-Yasa-Takılanlar-ile-Ilgili-Duzenlemeyi-Iceren-Kanun-Teklifi-TBMM-Genel-Kurulunda-Kabul-Edilerek-Yasalasti-2023-03-01-01-42-59> Erişim tarihi: 13 Eylül 2023
29. Alu A. Sağlıkın temel kavramları. Sağlık Yönetimi Dergisi; 2017; 1(2): 32-41
30. Altın Z. Yaşlanmayla birlikte sık görülen kronik hastalıklar. Say Şahin D, editör. Yaşlanmaya Sağlık Sosyolojisi Perspektifinden Multidisipliner Yaklaşımlar, 1. Basım, Bursa: Ekin Yayınevi; 2020: 139-156
31. Değer TB, Çakmak HS, Bozkurt E, Eminsoy B. Depression in older people during the Covid-19 curfew. *Journal of Basic and Clinical Health Sciences*, 2021; 5(2): 6-14
32. Değer TB, Ordu Y. Yaşlılarda Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler: Bir Taşra Örneği. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2022; 11(2): 574-585
33. Kaçar M. Yaşlılıkta sık karşılaşılan sağlık problemleri ve önleme yaklaşımları. Pekesen M, editör. Yaşlı Bakım Hizmet Modelleri ve Sosyal Politika Yaklaşımları, 2. Basım. Nobel Yayınevi; 2023: 27-43
34. Luppa M, Sikorski C, Luck T, ve ark. Age and gender specific prevalence of depression in latest life: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 2012; 136(3): 212-221
35. Yüksekaya N. Yalnız yaşayan yaşlıların hayatlarındaki rekreasyonel aktivitelerin acil servise başvurma sıklığı ve depresyon seviyeleri üzerindeki

etkisi. Çankırı Karatekin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Çankırı; 2023

36. Türkiye İstatistik Kurumu (TUIK). Haber Bülteni. Dünya Nüfus Günü 2023, Yayımlanma tarihi: 06.07.2023 <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Dunya-Nufus-Gunu-2023-49688> Erişim tarihi 15 Eylül 2023

37. Korkut G. Çalışma yaşamında yaşlı istihdamının genel görünümü ve yaş ayrımcılığı. Gençtürk Z, editör. Yaşlılık ve Sosyal Politika Tartışmaları, 1. Basım, Detay Yayıncılık; 2020: 55-67

38. Frerichs F. Yaşlı işçiler, olgular ve görüngeler. Tufan İ, Durak M, editör(ler). Gerontoloji. 1. Basım. Nobel Yayınevi; 2017: 476-490

39. Khalaf MAK, Değer TB. Evaluation of quality of life in the elderly who have fallen: Falling and quality of life in the elderly. J Surg Med, 2023; 7(1): 95-100.

40. Al Yasarı H, Değer TB. Factors Affecting the Quality of Life of the Elderly in Iraq and Türkiye and Differences Between the Two Cultures. Journal of Economy Culture and Society. 2022; (66): 133-143

41. Kolland F. Eğitimsel Gerontoloji. Tufan İ, Durak M, editör(ler). Gerontoloji. 1. Basım. Nobel Yayınevi; 2017: 89-106

42. Tufan İ. Türkiye’de Yaşlı Eğitimi. 1. Basım, Nobel Yayınevi; 2022

43. Softa H, Bayraktar T, Uğuz C. Yaşlı bireylerin algılanan sosyal destek sistemleri, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi, 2016; 9(1): 1-12

44. Yuvakgil Z. Yaşlılık ve yaşlılar için uygun konutların özellikleri. Gençtürk Z, editör. Yaşlılık ve Sosyal Politika Tartışmaları, 1. Basım, Detay Yayıncılık; 2020: 168-181

45. Iecovich E. Aging in place: From theory to practice. Anthropological Notebooks, 2014; 20(1): 21-23

46. Tufan İ. Model Ev. Tufan İ, Durak M, editör(ler). Gerontoloji. 1. Basım. Nobel Yayınevi; 2017: 334

47. Silverstein NM. Yaşlanma ve ulaşım. Tufan İ, Durak M, editör(ler). Gerontoloji. 1. Basım. Nobel Yayınevi; 2017: 269-287

48. DeOliveira LSSCB, Souza EC, Rodrigues RAS, Fett CA, Piva AB. The effects of physical activity on anxiety, depression, and quality of life in elderly people living in the community. Trends Psychiatry Psychother, 2019; 41(1): 36-42

49. Kim GM, Hong MS, Noh W. Factors affecting the health-related quality of life in community-dwelling elderly people. Wiley, Public Health Nursing, 2018; 35: 482–489

50. Çalıskan H, Ayçiçek GŞ, Özsürekli C, Doğrul RT, Balcı C, Sümer F, ve ark. Turkish validation of a new scale from older people's perspectives: Older people's quality of life-brief (OPQOL-brief). *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 2019; 83: 91-95

51. Tomanbay İ. Sözcükler değişmeden süreçler değişmez: Bilimde ve meslekte önce kavram. İstinye Üniversitesi Prof. Dr. İlhan Tomanbay resmi web sitesi, makaleler, 1 Şubat 2019. <https://www.ilhantomanbay.com/2019/02/01/sozcukler-degismeden-surecler-degisemez-bilimde-ve-meslekte-once-kavram%EF%BB%BF/> Erişim tarihi 14 Eylül 2023

52. Şeker A. Sosyal çalışmanın temel kavramları. Tomanbay İ, editör. Sosyal Hizmete Giriş, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları; 2018: 3-31

53. Ören K. Dezavantajlı Gruplar ve Sosyal Hizmet. 1. Basım. Nobel Yayınevi; 2021: 31

54. Özdemir İM. Küreselleşme sürecinde Türkiye'de sosyal devlet ve sosyal hizmetler. Selçuk Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Konya; 2008

55. Teater B. Sosyal Hizmet Kuram ve Yöntemleri: Uygulama için bir giriş. 1. Basım. Ankara: Nika Yayınevi; 2015: 16

56. Erdener M. Yaşlılığa sosyal hizmet perspektifinden bakış. Say Şahin D, editör. Yaşlanmaya Sağlık Sosyolojisi Perspektifinden Multidisipliner Yaklaşımlar, 1. Basım, Bursa: Ekin Yayınevi; 2020: 395-414

57. Zengin O, Çalış N. Sosyal hizmet uzmanlarının mesleki uygulamaları ve çalışma koşulları. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 2017; 28(1): 47-68

58. Önal Dölek B. Geriatrik hizmetlerde ekip çalışması ve geriatrik ekipte sosyal çalışmacı. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 2013; 24(1): 191-198

59. Karakuş A. Kadın yaşlılar. Değer TB, editör. Dezavantajlı Yaşlılar ve Sosyal Politika, 1. Basım. Nobel Yayınevi; 2023: 99-131

60. Bradshaw S, Chant S, Linneker B. Gender and poverty: What we know, don't know, and need to know for Agenda 2030. *Gender, Place & Culture*, 2017; 24(12): 1667-1688

61. Erbay E, Tuncay T. Sosyal hizmet bakışıyla kadın istihdamı. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 2006; 17(2): 25-40

62. Bauknecht J. Yaşlı çalışanların işgücü arzını artırma. Tufan İ, Durak M, editör(ler). *Gerontoloji*. 1. Basım. Nobel Yayınevi; 2017: 441-465

63. Hualei Y, Zheng S, Yingxi S. Raising retirement age, TFP elderly welfare in China. *China Economist*, 2021; 16(2): 95-107

64. Shen Z, Yang J. A Simulation Study of the Effect of Delayed Retirement on Welfare of the Elderly: Evidence from China, 2021: 1-12



65. Ulucan Özkan E, Daşbaşı S. Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde Tıbbi Sosyal Hizmet: Türkiye'ye yönelik bir model önerisi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2023; 12(3): 1474-1487

66. Savaş E, Uğurlu Z. Aktif ve başarılı yaşlanma. Birinci E, editör. Gerontolojik Sosyal Hizmet. 1. Basım. Nobel Yayınevi; 2021: 111-127

67. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı. <https://www.aile.gov.tr/haberler/6-tazelenme-universitesinde-5-bin-665-kisiye-egitim-veriliyor> Erişim tarihi 15 Eylül 2023

68. Siviş R, Demir A. Küresel yaşlanma ve Türkiye'de yaşlılarla psikolojik danışma ve rehberlik. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi, 2016; 3(21): 43-48

69. Değer TB. Yaşlılar ve yerel yönetimler. Gençtürk Z, editör. Yaşlılık ve Sosyal Politika Tartışmaları, 1. Basım, Detay Yayıncılık; 2020: 264-285

70. Lee EJ, Park SJ. Immersive Experience Model of the Elderly Welfare Centers Supporting Successful Aging. Front. Psychol. 2020; 11: 8.

71. Uçku R. Yaşlı bakımında temel bilgiler. Arslantaş D, editör. Yaşlı ve Hasta Bakım Hizmetleri. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları; 2015: 1-25

72. Karataş Z. Manevi değerler boyutuyla evde bakım hizmetleri. 1. Basım. İstanbul: Açılımkıtap; 2016

73. Heinze RG. Almanya'da yaşlılar için konut ve yaşam alanları. Tufan İ, Durak M, editör(ler). Gerontoloji. 1. Basım. Nobel Yayınevi; 2017: 315-333

74. Akdeniz Ş. Yaşlı istismarı ve ihmali. Gençtürk Z, editör. Yaşlılık ve Sosyal Politika Tartışmaları, 1. Basım, Detay Yayıncılık; 2020: 149-167

75. Söke Belediyesi. <https://soke.bel.tr/haberler/soke-belediyesinden-engellilere-buyuk-kolaylik> Erişim tarihi 16 Eylül 2023

76. Özmete E. Gerontolojik Sosyal Hizmet. Konu: Yaşlı bireylerle sosyal hizmet uygulaması, Atatürk Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi ders notları

## BÖLÜM VI

# BESLENME KÜLTÜRÜ VE BESLENMENİN TARİHSEL GELİŞİMİ

### *Nutrition Culture and Historical Development of Nutrition*

Şeyma Nur ERCAN<sup>1</sup>, Sevinç BAKAN<sup>2</sup>

<sup>1</sup>*Çankırı Karatekin Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi,  
Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Çankırı, Türkiye  
E-mail: seymanurd06@gmail.com  
ORCID: 0000-0002-1533-4973*

<sup>2</sup>*Çankırı Karatekin Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi,  
Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Çankırı, Türkiye  
E-mail: sevincbakan@karatekin.edu.tr  
ORCID: 0000-0002-8660-7756*

### 1. Giriş

**B**eslenme başta yaşamın devamı için gerekli olmakla birlikte büyüme ve gelişme, sağlığın geliştirilmesi, korunması, dokularının yenilenmesi için gerekli olan besinlerin tüketilmesi olarak tanımlanmaktadır. Beslenme süreci anne karnından ölüme kadar yaşam boyunca devam eden bir süreçtir (1). İnsanların, geçmişten günümüze gelinceye dek beslenme ihtiyacını çeşitli şekillerde karşılamışlardır. Toplayıcılıktan, avcı toplayıcı, tarım ve yerleşik hayata geçilmesiyle beraber beslenme şekilleri ve tüketilen besin öğeleri değişim göstermiştir. Yiyecek temini, saklanması, dağıtımı ve tüketimi için birçok keşif ve icatlar yapılmıştır (2).

Her canlı yaşamını sürdürebilmesi beslenmek zorundadır. Bu nedenle beslenme toplumların en önemli parçası olup birçok bilim dalının içinde yer almakta ve üzerinde çok çeşitli araştırmalar yürütülmektedir. Antropoloji, yeryüzünde yaşayan toplumların kültürlerini, insanın fiziksel ve biyolojik yapılarını incelemektedir. Antropoloji dünyasında en aktif olarak çalışılan

konulardan biri beslenme kültürüdür (3). Beslenme antropolojisi ise beslenme ile kültür arasındaki ilişkileri inceleyen ve bunların karşılıklı etkileşimlerini ele alan bilim dalıdır. Yemek kültürü araştırmaları, toplumların ekonomik, sosyal, kültürel yapılarını ve bu yapılarındaki değişimlerini ortaya çıkarması adına önemli bir araç olduğu bildirilmiştir (4).

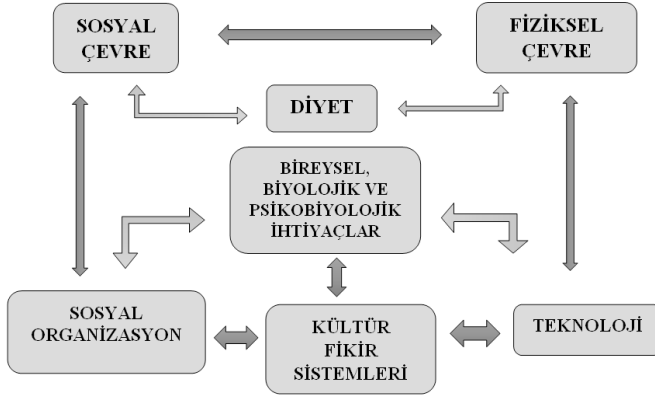
## 2. Beslenmenin Toplumdaki Roller

Yemek toplumda çeşitli işlevlere hizmet eder. Bu konuda farklı yaklaşımlar vardır. Beslenme konusu her zaman bilim adamlarının ilgisini çektiği için, öncelikle insan maddi kültürünün gelişim tarihi incelemede önemli bir rol oynar. Yemek, halkların kültürel ve ekonomik ilişkilerinin, insanların tarihsel gelişim sürecindeki halkların etnik tarihinin incelenmesine hizmet eder. Yemek çalışması, maddi kültürün doğrudan yaşam biçimiyle, yani belirli ulusal geleneklerin korunmasıyla ilgili yönlerinin incelenmesidir. Beslenme kültürü, insan ve gıda arasındaki ilişki sosyal yaşamla bağlantılıdır. Farklı yiyeceklerin nasıl hazırlanacağı ne zaman ve ne kadar yenildiği ve yiyeceklerin nasıl depolanacağı gibi faktörler, nüfusun yeme kültürünün genel bir değerlendirmesini sağladığı bildirilmiştir (5).

Yerli halkların geleneksel gıda sistemleri, yerel, doğal çevreden kültürel olarak kabul edilebilir öğelerden oluşması olarak tanımlanır. Dünya çapında yerli halkların hızlı diyet değişikliği, bu yiyeceğin kullanımına ve geleneksel gıda sisteminin sürdürülebilirliği için gereken geleneksel bilgiye yönelik tehditler oluşturduğu belirtilmiştir (6). Beslenme çalışmaları, kültürel materyalizmin insan davranışına ilişkin yapısalcı veya sembolik açıklamalara karşı göreceli yararlarını tartışmak için hayati bir alan olmuştur. Ayrıca, besinden kaçınma araştırmaları, kültürel ve biyolojik evrim arasındaki ilişki hakkında teorileri geliştirmeye devam etmiştir. Besin arzı ile mevsimsel çatışma ritüelleri, besin arzı ve savaş sıklığı ile gıda kaynağı periyodikliği ve işbirlikçiliği arasındaki ilişkilerin hiçbir şekilde metodolojik sorunlardan yoksun olmamakla birlikte incelenmesi insan ilişkileri alanı dosyalarının faydasını göstermektedir. Karşılaştırmalı kültürler arası araştırma, muhbirlerin yanıtlarındaki kültür içi çeşitliliğin nedenleri incelendiği belirtilmiştir (7).

### 2.1. Beslenmeyi Etkileyen Etmenler

Yapılan bir araştırmada “Yemek için yaşamak” ve “Yaşamak için yemek” bulgularının yemekle insan ilişkisine değinilmiştir.



**Şekil 1.** Ekolojik bir gıda ve beslenme modeli (8)

Modeldeki değerleri aşağıdaki gibi tanımlamaktadır (8):

- Fiziksel çevre:** İklimi, su kaynaklarını, toprak özelliklerini, doğal olarak oluşan flora ve faunayı ve gıda alımı ve üretimi için koşulları oluşturan diğer özellikleri içerir.
- Sosyal çevre:** Besin üretimi ve dağıtım davranışının toplum üzerinde derin etkileri olabilecek daha büyük dış çevreyi (diğer toplumlar, bölgeler ve toplulukları) ifade eder.
- Teknoloji:** Besinlerin üretimi, dağıtımını, satın alınması, depolanması ve hazırlanması için kullanılan tüm araç ve teknikleri içerir.
- Kültür:** Besin tercihleri ve kısıtlamaları, besinlerin sosyal etkileşimlerde kullanımları, besinlerle ilgili dini inançlar, besin ve sağlıkla ilgili fikirleri ifade eder. Ekolojik modelin kendi toplumumuzda, “beslenme bilimi” başlığı altında atıfta bulunduğumuz bilgi, kültürün veya fikir sistemlerinin bileşeninin bir parçası olacaktır.

Bu teoride, bu sektörlerin birbirlerine bağlanmasının pek çok yolu vardır ve her birindeki değişiklikler ve gelişmeler diğerlerini etkiler. Fiziksel çevrenin bir yönü olan küresel ısınma, yalnızca belirli yerlerdeki gıda arzı üzerindeki ani etkileri açısından değil, aynı zamanda yeni dil, yeni kavramlar ve hatta yeni korkular günlük yaşamın kelime dağarcığına girerken fikir sistemlerindeki (kültür) değişiklikler açısından da incelenebilir. Küresel ısınmanın etkileri, yeni teknolojilerin icadında ve ekonomik değişimlerdeki değişikliklerde ve bu değişimleri kolaylaştıran politika ve organizasyon yapılarında belirlenebilir. Ekolojik modeldeki hiçbir sektör, fiziksel ortamdaki büyük bir değişiklikten etkilenmez ve bu değişikliklerin her biri diyet alımlarını bir dereceye kadar etkiler. Aynı “birbirine bağlılık” ilkesi, modelin diğer sektörlerinde başlayan

değişiklikler içinde geçerlidir. Başka bir deyişle beslenme antropolojisi, araştırmaların dayandığı ekolojik model, temelde bir sistem modeli olduğu bildirilmiştir (8).

Ekolojik model ve eleştirel biyokültürel bakış açısı ile birlikte, küreselleşmeyi diyet ve diyet kalitesi, enerji dengesi ve biyolojik işleyişle ilişkilendirmek için yararlıdır. Diyet kalitesi kavramı nispeten yenidir ve toplam diyetin hem besin değerini hem de çeşitliliğini değerlendirmek için geliştirilmiştir, bu da besinler ile sağlık durumu arasındaki ilişkinin incelenmesine olanak tanır. Normal olarak, diyet kalitesi, sağlıklı beslenme indeksi gibi puanlama araçları kullanılarak ölçülür. Makro besin dengesi ile eş anlamlı olarak kullanılan enerji dengesi, canlı organizmalarda kalori alımı ile kalori harcaması arasındaki dengenin bir ölçümüdür. İnsanlarda alım, yiyecek ve içeceklerin kalori (enerji) tüketiminin ölçülmesiyle belirlenirken, harcama, metabolik süreçler (örn. Bazal metabolizma, termojenez) ve fiziksel aktivite yoluyla vücut tarafından yakılan kalorilerin ölçülmesiyle belirlendiği bildirilmiştir (9).

## **2.2. Adaptasyon Süreci**

İnsanların maddi ihtiyaçlarını karşılamak için nasıl başa çıktıkları ve uyum sağladıkları beslenme antropolojisinin ayırt edici bir ortak noktasıdır. Besin ve beslenme ile ilgili üç tür adaptasyon düzeyi vardır:

- Genetik adaptasyon,
- Fizyolojik adaptasyon
- Sosyokültürel adaptasyon

Genetik adaptasyon; avantajlı gene sahip bireylerin hayatta kalmasını (dolayısıyla üreme potansiyellerini) arttıran bir genin (veya gen kümesinin) biyolojik kalıtım yoluyla bir nesilden diğerine geçen bir değişiktir. Genetik adaptasyonlar nispeten nadir görülürken, fizyolojik ve sosyokültürel adaptasyonlar hızlı olmaktadır. Çevresel değişime cevap vermek için bir araç sağlarlar. Fizyolojik adaptasyonun bir şekli, kronik kalori açıkları karşısında bazal metabolizma hızında bir azalma büyüme geriliğine neden olmaktadır. Sosyokültürel adaptasyonlar, biyolojik uyarlamalardan ziyade davranışsal ve teknolojik yenilikleri içerdiği bildirilmiştir (8).

## **3. Dünyada Beslenmenin Tarihsel Süreci**

Taş alet yapımı, ateşin kontrol altına alınması, avlanma stratejilerinin gelişmesi, tarım ve evcilleştirilmenin başlaması ve sanayi devrimi olması

insanoğlunun beslenmesinde önemli etkilere sahiptir. Yaşamlarını devam ettirmek için insanlar uygun besinleri bulmak ve güvence altına almak için çeşitli yöntemler geliştirmişlerdir. İnsanların beslenme alışkanlıkları da bu gelişmelere paralel olarak değişim göstermiştir (10). Avcı-toplayıcılık ile başlayan süreç, yerleşik hayata geçiş ile tarıma dayalı bir geçim ve nihayetinde sanayi devrimiyle birlikte beslenme alışkanlıklarımızla tümüyle değişmiştir (1).

### ***3.1. Tarih Öncesi Devirler***

Taş devri ve maden devri olarak ikiye ayrılmaktadır. Bu dönemde yazılı belgeler olmadığı için varsayımlara dayanmaktadır. İlk insanlar yerleşik düzene geçene kadar avcı-toplayıcı olarak sadece karın doyurma amaçlı beslenmişlerdir. Her bölgenin bitki ve hayvan popülasyonları farklı olduğu için tüketilen besinler buna göre değişiklik göstermektedir. Ateşin kullanılmasıyla beraber besinlerin pişirilmeye başlanması insan beslenmesinin niteliğini önemli ölçüde artıran bir yenilik olmuştur. Yerleşik hayata geçilmeye başlanmasıyla beraber insanlar yiyecek ve mal biriktirmeye başlamışlardır. Bu dönemde yabani bitki ve hayvanların evcilleştirilmeye başlamasıyla insanlık tarihinin önemli aşamalarından biri gerçekleşmiştir. İnsanlar evcilleştirilmiş hayvanlardan daha çok süt, peynir ve yoğurt olarak yararlanmaktaydılar. Kesilen hayvan olduğunda onları tüketiyorlardı. Depolanan tahıllarla da ekmekler yapıyorlardı. Yeterli yiyecek bulan insanlar göç etmeyi bırakıp kalıcı olarak yerleşik hayata başlamışlardır (11). Önceleri kilden çanak-çömlek yapmış ve besinlerini saklama kuyularında depolamışlardır. Neolitik Çağ'ın sonlarına doğru Kalkolitik Çağ ile bakır madeninin işlenmesi ardından Tunç Çağı ve Demir Çağı ile daha fazla kesici alet, mutfak eşyası geliştirmişlerdir (12)

### ***3.2. Tarih Devirleri***

İlk çağ, orta çağ, yeni çağ ve yakın çağ olarak dört bölümde incelenmektedir (11). İlk Çağ'da Anadolu Uygarlıklarında daha sonrasında devam eden Orta Çağ'da ise Roma ve Bizans İmparatorluklarında farklı beslenme kültürlerinin şekillendiği ifade edilmektedir (12). İlk çağ döneminde beslenme karın doyurma amaçlıydı ve yerleşik insanlar genelde ettikleri ürünleri ve yetiştirdikleri hayvanlarla besleniyorlardı (11). Ortaçağ toplumlarında dönem içerisindeki savaşlar yetersiz beslenme ve salgın hastalıkların artmasına sebep olmuştur. Ayrıca Ortaçağ besinlerindeki vitamin ve kalsiyum yetersizliği de bebek ve çocuklarda raşitizm, anemi ve büyüme geriliği gibi rahatsızlıkların oluşmasına sebep olmuştur (1). Sanayi devri ile beraber insanın beslenme sürecindeki son

aşama gerçekleşmiştir. İşlenmiş hazır besinler, rafine edilmiş tahıllar, işlenmiş yağlar gibi yeni ürünler hayatımıza girmiştir. Böylece insanların beslenmesinde karbonhidrat kaynakları, hayvansal ürünler, doymuş yağ ve kolesterolü yüksek besinler daha fazla yer almaya başlamıştır. Bu durum da beslenme kaynaklı birçok kronik hastalığın görülme riskini artırmaktadır (10).

#### **4. Ülkemizde Beslenmenin Tarihsel Süreci**

İnsanların beslenme alışkanlıkları yüzyıllar boyunca önemli değişiklikler göstermiştir (1). Özellikle, yemek kültürü çalışmasının yirminci yüzyılın başlarında başlaması ve kendi renkli sonuçlarına varması, antropologlar için bir araştırma merkezi haline gelmiştir. Maddi kültürün bir unsuru olan yemek, nüfusun yaşamında önemli bir yere sahiptir. Bu nedenle besin insanın oluşumunda kilit bir olgudur (5).

##### **4.1. Avcı Toplayıcı Beslenme**

İnsanın yeryüzünde görülmesinden yerleşik düzene (Neolitik Dönem) geçene kadar avcı toplayıcı olarak sadece doymak amaçlı beslenmişlerdir. Bu dönemde buldukları bölge ki bitkileri toplayıp ve hayvanları avlayıp beslenmişlerdir (12).

##### **4.2. Orta Asya Dönemi**

Türklerin ana yurdu olarak kabul edilen Orta Asya’da yaşadıkları dönemde nasıl beslendikleriyle ilgili yazılı kaynaklar sınırlıdır. Burada yaşayan Türklerin zamanla hayvanları ve bazı bitkileri yetiştirmeye başlamışlardır. Temel besinleri et, süt, buğday ve arpadır. Türklerin Anadolu’ya göçe başladıkları dönem öncesi mutfak kültürleri o dönem yaşayan topluluklarınkıyla benzerlik göstermektedir (13).

##### **4.3. Anadolu Selçukluları ve Beylikler Dönemi**

Anadolu’ya özellikle 1041 yılından itibaren büyük gruplar halinde gelip yerleşen Selçukluların mutfak kültürleriyle ilgili bilgileri 1072 yılında Kaşgarlı Mahmud’un yazdığı Divanu Lüğati’t Türk, aynı tarihlerde Yusuf Has Hacip’in Kutadgu Bilig, 13. Yüzyılda Mevlana’nın eserleri ve 14. Yüzyılda yazılı hale getirilmiş Dede Korkut hikayelerinde bulunmaktadır. Bu eserlerde Türk’lerin temel besinleri, yemekleri hazırlama şekillerine yer verilmiştir (12).

#### **4.4. Osmanlı İmparatorluğu Dönemi**

Kuruluşundan (1299), Türkiye Cumhuriyeti'nin kuruluşuna (1923) kadarki süreci kapsar. Osmanlı imparatorluğunun gelişimine paralel olarak, mutfak kültürü de gelişmiştir. Mutfak saray yaşamının önemli bir parçası haline gelmiştir. Aşçılar, ziyafetleri daha gösterişli hale getirmek için adeta birbirleriyle yarışarak, Osmanlı Mutfak Kültürü'nün zenginleşmesine katkıda bulunmuşlardır. Saray mutfağı Avrupa ülkeleriyle iletişimin artmasıyla onlarında mutfaklarından etkilenmiştir (13).

#### **4.5. Cumhuriyet Dönemi (1923- Günümüz)**

Mutfak kültürüyle ilgili kaynaklar daha çok İstanbul mutfağına ait olmasına karşın, Türk mutfağı denilince Türkiye'nin her bölgesindeki yemekler akla gelmektedir. Bölgeler arası iletişimin artmasıyla beraber belirli bölgelere ait yemekler diğer bölgelerde de bilinir hale gelmiştir. Ayrıca dünyadaki teknolojik gelişmelerle Türk mutfağında kullanılan ürünlerde etkilemiştir (14).

### **5. Küreselleşmenin Beslenme Üzerine Etkisi**

İnsan yaşam yollarının evrimini hem uzun vadeli hem de kısavadedeli “sosyokültürel süreçler” açısından tanımlanabilmektedir. Beslenme antropolojisinde, en önemli uzun vadeli evrimsel değişim, avlanma-toplanma geçiminden yerleşik, tarıma dayalı toplumlara geçiştir. Halen devam etmekte olan ve beslenme antropologlarının da çalışma konusu olan büyük ölçekli sosyokültürel süreçler genellikle “küreselleşme”, “modernleşme” (şehirlerin büyümesi dahil), enerji kaynaklarının yer değiştirmesi ve sanayileşme etkileri altında toplanmaktadır. Kitle iletişim araçlarıyla temasın hızla artması ve kadınların ücretli iş gücüne katılımının artması da beslenmeyi ilgilendiren önemli sosyokültürel etmenler arasında yer aldığı bildirilmiştir (8). Artan mal, hizmet ve sermaye akışı ve genişleyen gelişmiş iletişim teknolojileri ve gelişmiş ulaşım sistemleri aracılığıyla sosyal ağların kültürel fikir ve bilgi paylaşımını kolaylaştırmaktadır. Bu küreselleşme süreçleri birlikte diyet ve yaşam tarzı değişikliklerini hızlandırmaktadır. Küreselleşme ve diyet kalitesi üzerine incelenen çalışmaların neredeyse tamamı Batılılaşmaya veya beslenme geçişine odaklanmakta olduğu belirtilmiştir (9).

Yetersiz beslenme, enerji yanlısı eksiklikler, anne sütünden yoksun bırakma ve mikro besin ögesi eksiklikleri gibi çeşitli biçimlerdeki yetersiz beslenmeden, yüksek yağ alımı, düşük posalı diyetlerle ilişkili beslenme sorunlarına kadar bir yelpazeyi içerdiği de tanımlanmaktadır. “Beslenmeye



geçiş” terimi küresel endüstriyel gıda sistemine olan bağımlılığın artması ve diyetsel yer değiştirmenin (yerel düzeyde gıda üretiminin azalması ve ithal gıdalara olan bağımlılığın artması) bir sonucu olarak daha Batılı bir diyete geçişi tanımamak için icat edilmiştir. Beslenme geçişi, “yüksek miktarda rafine karbonhidrat, ilave şeker, yağ ve hayvansal kaynaklı gıda alımı” ile karakterize edilmiştir. İlk olarak sanayileşmiş ülkelerde belgelenmesine rağmen, beslenmeye geçiş artık dünya çapında düşük ve orta gelirli ülkelerde görülmektedir. Beslenmeye geçiş, daha zayıf beslenme ile ilişkilendirilmiş ve bunun sonucunda yüksek oranda aşırı vücut ağırlığı, obezite ve diğer kronik bulaşıcı olmayan hastalıklar (örn. Kardiyovasküler rahatsızlık, metabolik sendrom) ortaya çıktığı bildirilmiştir (15). Ayrıca meyve-sebze tüketimi, fast-food üretiminin yüksek olduğu mahallelerde belirgin bir şekilde azaldığı belirtilmektedir. Reklam propagandaları, geleneksel beslenme alışkanlıklarından uzaklaşmayı etkileyen pazarlama güçleriyle bağlantılı olarak, ekran tabanlı medya tüketimi söz konusudur. Ancak araştırmalar, ekran süresinin (bağımsız olarak fiziksel aktivitenin) yüksek enerjili, düşük besin içeriği olan yiyecek ve içeceklerin tüketimi ile önemli ölçüde ilişkili olduğunu göstermektedir (16). Sonuç olarak, küreselleşmenin neden olduğu en önemli sorun geleneksel beslenmenin yerine yağlı, tuzlu ve şekerli besinlerin tüketilmesiyle beraber başta obezite olmak üzere birçok sağlık probleminin oluşmasına yol açmaktadır. İnsanların yüzyıllardır en önemli ölüm nedeni enfeksiyon hastalıkları iken sanayileşme ile beraber son yüzyılda bulaşıcı olmayan hastalıklar en önemli ölüm nedeni olmuştur (3).

## 6. Sonuç

İnsanların yaşamlarını devam ettirebilmeleri için temel gereksinimlerinden olan beslenme antropoloji alanında da en çok araştırılan konulardan biridir. İnsanların avcı toplayıcılıkla başlayan beslenme alışkanlıkları tarım başlaması ile yerleşik hayata geçilmesi ve sonrasında sanayi devrimi ile değişiklik göstermiştir. Özellikle küreselleşme ile beraber dünyanın herhangi bir bölgesinde yetişen veya üretilen besine birçok insan ulaşabilmektedir. Küreselleşme ile yüksek enerji ve yağlı besinlere çok kolay bir şekilde ulaşılmasıyla artan obezite, kardiyovasküler hastalıklar, diyabet gibi bulaşıcı olmayan hastalıklar enfeksiyon hastalıklarının yerini alarak en önemli ölüm nedenlerini oluşturmaktadır.

## Kaynaklar

1. Eren E, Özer İ. Eski Anadolu Toplumlarında Beslenme Alışkanlıkları. Güncel Turizm Araştırmaları Dergisi. 2018; 1 (Ek Sayı):308-323.

2. Selimoğlu E, Bektaş Y, Özkocak V, Gültekin T. Beslenme Şeklinin Zaman İçindeki Tarihsel Yolculuğu. SETSCI Conference Indexing System. 2018;3: 390-398
3. Acar Tek N, Sürücüoğlu MS. Beslenme Antropolojisi. Ankara: Hedef CS Basın Yayın, 2019.
4. Çelik Yeşil S, Akkuş Ç. Tescillenen Yöresel Yemek İsimlerinin Yaygın Kullanımla Uyumu: Kastamonu Simidi mi Kel Simit mi? Journal of Humanities and Tourism Research. 2022;12(1):163-172
5. Faizullaeva MK. Reviews Of Nutritional Anthropology. European Scholar Journal. 2021; 2 (9): 1-3.
6. Kuhnlein HV, Recheval O. Dietary change and traditional food systems of indigenous peoples. Annu Rev Nutr. 1996; 16: 417-442.
7. Mintz SW, Du Bois CM. The Anthropology of Food and Eating. Annual Review of Anthropology. 2002;31, 99–119.
8. Peltó GH, Goodman AH, Dufour HL. The Biocultural Perspective In Nutritional Anthropology. Nutritional Anthropology. 2000; 1-10.
9. Himmelgreen DA, Cantor A, Arias S, Romero Daza N. Using a biocultural approach to examine migration/globalization, diet quality, and energy balance. Physiol Behav. 2014; 134: 76-85.
10. Jew S, AbuMweis S, Jones P. Evolution of the Human Diet: Linking Our Ancestral Diet to Modern Functional Foods as a Means of Chronic Disease Prevention. Journal of Medicinal Food. 2009;12(5):925-934.
11. Merdol TK. Beslenme Antropolojisi-I. 2. Baskı. Ankara: Hatiboğlu Yayınları, 2015.
12. Göde G, Kayaardı S, Uyarcan M, Söbeli C. Tarihin gelişim sürecinde Türk yemek kültürü ve beslenme alışkanlıklarının değişimi. Food and Health. 2021;7(3):216-226.
13. Solmaz Y, Dülger Altın D. Türk Mutfak Kültürü ve Beslenme Alışkanlıkları Üzerine Bir Değerlendirme. Safran Kültür ve Turizm Araştırmaları Dergisi. 2018;1(3):108-124.
14. Akın G, Özkoçak V, Gültekin T. Geçmişten Günümüze Geleneksel Anadolu Mutfak Kültürünün Gelişimi. Antropoloji. 2015; 30: 33-52.
15. Grivetti EL. Nutritional Geography: History and Trends. Nutritional Anthropology. 2000;23(2):2-16.
16. Logan AC, Jacka FN. Nutritional psychiatry research: an emerging discipline and its intersection with global urbanization, environmental challenges and the evolutionary mismatch. J Physiol Anthropol. 2014;33(1):22.



## BÖLÜM VII

# SAĞLIK ANTROPOLOJİSİ BAĞLAMINDA GÖÇMEN SAĞLIĞI VE SOSYAL HİZMET

### *Migrant Health and Social Work in the Context of Health Anthropology*

Serdar AYKUT

*Çankırı Karatekin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi  
Sosyal Hizmet Bölümü, Çankırı, Türkiye  
E-mail: serdaraykut@karatekin.edu.tr  
ORCID: 0000-0002-3317-0634*

#### 1. Giriş

**K**üresel bir sorun olan, dünyamızın her bölgesinde hızla artış gösteren göç olgusu, toplumları sağlık, eğitim, ekonomik, sosyal ve siyasal birçok farklı yönden etkilemekte ve buna bağlı olarak yeni sorunlara neden olmaktadır. Aslında insanların göç etmek zorunda kalması ve desteklenip korunma ihtiyacında olan bu insanların zorlu yaşamları insanlık tarihine kadar gitmektedir. Savaşlar, etnik çatışmalar, doğal afetler ve terör gibi değişik türden sebeplerle yaşamlarını devam ettirmek isteyen milyonlarca insan ülkelerini terk ederek göç deneyimini yaşamak zorunda kalmaktadır. Bu zorlu süreçte göç eden bireyler, başta eğitim, barınma ve sağlık olmak üzere birçok temel sorunla karşılaşmakta ve çok sayıda risklere maruz kalmaktadır. Göç hareketleri ülkelerin kültürel yapılarında önemli değişiklikler meydana getirmektedir. Günümüz toplumları giderek farklı kültürleri ve kimlikleri içine alan çok kültürlü bir duruma dönüşmekte ve daha geçirgen olmaktadır. Bu toplumsal değişim süreçlerinde göçmenlerin uyumu ve yerleştikleri ülkelerdeki sağlık başta olmak üzere tüm sorunları önem arz etmektedir.

Toplumlar arasında, sağlığa yönelik birtakım algılar ve tedaviler, kültürel faktörlerden dolayı farklılık göstermektedir (1). Sağlık antropolojisi, hastalıkları

araştırırken, hastalıklarla bağlantılı sosyokültürel etmenlerini de bir bütün olarak inceler. Bu durumun en önemli nedeni ise, hastalıklara karşı oluşan görüşlerin topluluklar içinde birçok açıdan farklılıklar göstermesi olarak açıklanabilir. Bu konuya yönelik yapılan araştırmalara bakıldığında, hastalığa neden olan sebeplerin çoğu kültürler arasında farklılık gösterdiğine yöneliktir. Farklı etnik topluluklar hastalıkları ve bu hastalık emarelerini değişik şekilde açıklayabilirler. Bundan dolayı toplumların ve etnik grupların hastalıkları nasıl değerlendirdiğini belirlemek ve anlamak, aynı zamanda o toplumun sağlık sisteminin gelişmesine de destek sağlamış olur (2). Birey, grup ve toplumların sorunlarının çözümüne yönelik uygulamalar yapan bir disiplin ve meslek olarak sosyal hizmet için toplum sağlığı ve sosyal sağlık oldukça önem arz etmektedir. Sosyal hizmet, hasta bireylerin ve onların aile bireylerinin hastalıklarla bağlantılı psikososyal problemlerini çözmeyi amaçlayan uygulamalar gerçekleştirir ve aynı zamanda toplum sağlığının gelişmesine katkı sunar.

Sosyal hizmet mesleğinin yürütücüsü olan sosyal hizmet uzmanı içinde bulunduğu toplumun sosyokültürel yapısını doğru bir şekilde belirlemeli ve ne tür bir uygulama süreci belirleyebileceğini kültürel gerçeklikten hareketle yapmalıdır. Çevresi içerisinde bireyi esas alan sosyal hizmet uzmanları, kültürel becerileri ve değerleri kapsamayan bir sosyal hizmet uygulaması gerçekleştirdiğinde bu uygulama yetersiz ve doğru bir müdahale olamayacaktır. Sosyal hizmet uygulamalarında ana özne olan birey, grup ve aile, içinde bulunulan kültürel özellikler ve yapıardan ayrı düşünülmemelidir (3).

Bu bölümde sağlık antropolojisinin, bir sorun çözücü meslek ve disiplin olarak bilinen sosyal hizmetle, benzer ortak noktaları ve ilişkisi kapsamlı ele alınarak göçmen sağlığına değinilecektir.

## 2. Sağlık Antropolojisi

Sosyal bilimlerde yeni olan ve insan bilimi şeklinde tanımlanan antropoloji, benzerlik ve farklılık temelinde insan toplumlarının biyolojik yapılarını, genetik kurgularını, fiziksel özelliklerini, toplumsal örgütlenişlerini, barınma biçimlerini, ritüellerini, inanç sistemlerini incelerken, temel anlamda insan çeşitliliğine yönelmektedir. İnsanın var olduğu tüm alanları kapsayan bu bilim, bir yanı sıra onu sosyal bilimlere diğer bir yanı sıra da doğa bilimlerine yaslandırmaktadır. Böyle bir temelle Avrupa'da fiziki ve kültürel antropoloji olarak iki ana dala ayrılan bu disiplin Amerika'da dört dallı bir yapıya sahiptir. Antropoloji sadece bireyi odağına almaz. Aynı zamanda çalışma alanı toplum içinde yaşayan insan ve bu insanın yaptıkları davranışları kapsamaktadır (4). Böylece odağında

insan çeşitliliğini ve farklılığını alan bütüncül bir yaklaşımı uygular. Bu açıdan Antropoloji bilimi insanın olduğu her alanı içine alarak insanı sosyal, fizyolojik, kültürel ve siyasal bir canlı olarak değerlendirerek onu değerli bir varlık olarak savunur. Önemli bilimsel bir disiplin olarak tanımlanan Antropolojinin kullanımı 16. yüzyılın başında olduğu düşünülmektedir. Avrupalı teologlar ise, 17. ile 18. yüzyıllar arasında Anthropo kavramını insan benzeri birtakım özelliklerin tanrıya yönelik atfedilmesini anlatmak için kullandılar. Değişik etnik toplulukların kültürel özelliklerini açıklayan Almanca Antropologie kavramı, 18. yüzyılın sonlarına doğru Rusya ile Avusturya'da çoğu yazar tarafından değinilmeye başlanmıştır (5). Antropoloji bilimi "insanı ve insan toplumlarını tüm yönleriyle (biyolojik, sosyal, kültürel) inceleyen, bütüncül ve karşılaştırmalı bir disiplindir (6). Antropoloji aynı zamanda bireylerin kültürel ve biyolojik farklılıklarını, kültürlerin coğrafya ve zaman içinde ortaklık, benzerlik ile farklılıklarını ortaya çıkartmaya çalışır. Antropoloji bilimi, biyolojik antropoloji veya fiziksel antropoloji, sosyal veya kültürel antropoloji olarak ikiye ayrılır. Amerikalı birtakım antropologlar bu bilimi; biyolojik, kültürel, linguistik ve arkeolojik olarak ayırmaktadırlar (7).

Sağlık antropolojisi, biyolojik ve kültürel antropolojiden oluşan uygulamalı ve akademik bir disiplindir. Birey ve toplumların genel sağlık sorunları, hastalık ve toplum içinde var olan sağlık hizmetleri sistemi ile farklı kültürlerin ve etnik grupların hastalık ile ilgili teorilerini araştırır (8). Antropolojinin alt alanı olarak insan davranışları, sağlık ve hastalıklar arasında oluşan biyokültürel etkileşim ve ilişkileri inceleyip hastalıklar ve genel sağlık durumlarına ilişkin bir bakış açısı sağlar. Sağlık alanında çalışan antropologlar, ne tür hastalıkların ve sağlık koşullarının insanları nasıl etkilediği ve rahatsızlıkların sosyal açıdan nasıl teşhis ve tedavi edildiği gibi konularda çalışmalarını yürütürler (9).

Hastalık, bilimsel olarak tanımlanmış genetik ya da bir bakteri, virüs, mantar, parazit ve diğer patojenler yoluyla insan sağlığının tehdit altında olma durumunu ifade etmektedir. Rahatsızlık ise bireyin hissettiği veya algıladığı sağlıksız olma durumudur. Bununla birlikte sağlıklı ve sağlıksız olma durumu sağlığı tehdit eden durumların yanı sıra kültürel kaynaklı olmaktadır. Değişik etnik gruplar ve kültürler; farklı rahatsızlıkları, semptomları ve bunların nedenlerini farklı şekillerde tanımlar. Dolayısıyla her biri farklı sağlık koruma sistemleri ve tedavi şekilleri geliştirmiştir. Bundan ötürü hastalığın şiddeti ve türü de değişkenlik göstermektedir. Örneğin, grup farklılıkları, Amerika'da oldukça yaygındır. Güney Amerika'da bulunan yerli halklar arasında yüksek erken ölüm oranı ve yaygın sağlık bozukluklarının olduğu belirlenmiş olup, yerli

gruplar arasında ortalama yaşam süresinin, diğer Güney Amerikalılara oranla en az 25 yıl daha kısa olduğu bildirilmiştir. 2000 yılında yapılan bir araştırmada ise, Brezilyalı ve Venezuelalı yerli halkların ortalama yaşam süresinin, dünyada en düşük ortalama ömür oranının olduğu Sierra Leone'den bile düşük olduğu ortaya çıkmıştır (10).

Mevcut dünya sistemi çeşitli hastalıkların, savaşların, köleliğin ve diğer baskı unsurlarının yayılmasına sebep olarak yerli halkların sağlıklarını daha da kötüleştirmiştir. Geleneksel olarak ve antik dönemlerde, avcı ve toplayıcılar küçük sayıda, sürekli hareket halinde ve diğer gruplarla fazla temas halinde olmadıkları için tarıma bağlı yerleşik ve kent toplumlarını etkileyen salgın ve bulaşıcı hastalıklardan etkilenmemişlerdir. Kolera, tifo ve veba daha çok nüfus yoğunluğunun yüksek olduğu yerlerde hızla yayılması, şehirde yaşayanları daha fazla etkilemektedir. Sıtma hastalığının yayılması da nüfusun artması ve ağaçların kesilerek ekim alanı açılmasıyla ilişkilendirilmektedir. Obezite gibi bazı hastalıkların ve fiziksel durumların ekonomik gelişim ve küreselleşmeyle yayıldığı bilinmektedir (11).

Antik dönemden başlayıp 20. yüzyılın başına kadar, Şistozomiyazis hastalığına bağlı olarak idrardan kan gelmesi, Mısırlılarda reglin erkek şekli olarak değerlendirilmiş ve böylece erkek çocukların ergenlik döneminin bir süreci olarak kabul edilmiştir (12). HIV enfeksiyonu ve AIDS ile bağlantılı ölümlerde dünya çapında en yüksek oran özellikle Güney Afrika'da görülmektedir. AIDS, çoğunlukla cinsel olarak aktif yetişkinlerde ölüme sebep olması sebebi ile, geriye çocuklar ve gençlerden oluşan fakat iş gücüne yeterli katkıda bulunamayan bir popülasyon bırakmaktadır. Güney ve Doğu Afrika'da AIDS ve diğer cinsel yolla geçen hastalıklar büyük oranda seks işçileri ile birlikte olma ile daha hızlı yayılmaktadır. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar ayrıca geçici işçi olarak şehirlere, çalışma kamplarına ve madenlere iş aramaya gelen erkeklere yine seks işçileri yoluyla geçmektedir. Bu erkekler, geldikleri köylere geri döndüklerinde eşlerine bu hastalığı bulaştırmaktadırlar. Avrupa, Asya, Kuzey ve Güney Amerika'daki şehirler de cinsel yolla bulaşan hastalıkların yayılmasında başrol oynarlar. Kültürel faktörler de HIV'nin yayılmasında etkin rol oynamaktadır (13).

Hastalık vaka ve türleri toplumlar arasında değişkenlik gösterdiği gibi, kültürler hastalıkları farklı algılar ve tedavi eder. Sağlık standartları da zaman ve coğrafya içinde değişkenlik gösterebilen kültürel durumlardır. Bunun yanında bütün toplumlarda, hastalığı tanımlamak, sınıflamak ve açıklamak için bir hastalık teorisi söz konusudur. Hastalığa neden olan kişisel, doğal ve duygusal olmak üzere üç temel teoriden söz edilmektedir. Kişisel hastalık

teorileri hastalığın nedeni olarak büyücü, cadı, hayalet ya da ataların ruhları gibi bazı aktörleri gösterir ve bunlara suçlu yükler. Doğal hastalık teorileri ise bunu kişiselleştirmez. Buna en iyi örnek modern tıptır. Bundan dolayı modern tıp, hastalıkları biyolojik patojenlerle, kazalarla, toksik materyal ya da genlerle ilişkilendirir. Diğer doğacı etno-medikal sistemler hastalığın suçunu dengesiz vücut sıvılarından kaynaklanan sağlıksız bedene atar (14).

Birçok Latin toplumu; yiyecek, içecek ve çevresel koşulları sıcak ya da soğuk olarak sınıflandırır. İnsanlar soğuk ya da sıcak maddeleri birlikte yedikleri ya da içtiklerinde veya bunları uygun olmayan koşullarda tükettiklerinde hasta olacaklarına inanırlar. Duygusal hastalık teorileri ise duygusal deneyimlerin hastalığa neden olduğunu kabul eder. Her toplumda; hastalığı önlemeye, teşhis etmeye ve iyileştirmeye yönelik birtakım inançlar, gelenekler, uzmanlar ve tekniklerin olduğu bir sağlık hizmetleri sistemi vardır. Bir toplumun hastalık nedensellik teorisi, o toplumun hastalıkları tedavi şeklini biçimlendirir. Sağlık alanında önemli bir model olan önleyici sağlık hizmeti 20. yüzyılda gelişmeye başlamıştır. Bu kapsamda, günümüzde artık cerrahi işlemler çok daha güvenli ve geleneksel yöntemlere göre daha etkin sonuçlar vermektedir. Fakat endüstrileşme ve küreselleşme kendi sağlık problemlerini de yaratmaktadır. Bu sorunlara örnek olarak, günümüzdeki stres faktörleri arasında göç, kötü beslenme, riskli işlerde çalışma, aidiyet hissedilmeyen işler, işyerinde psikolojik baskı, izole edilme, yoksulluk, evsizlik, uyuşturucu madde kullanımı ve gürültü, hava ve su kirliliği verilebilir. Endüstrileşmiş toplumlardaki sağlık problemlerine daha çok ekonomik, sosyal, politik ve kültürel faktörler gibi patojenler neden olmaktadır. Yoksulluk aynı zamanda enfeksiyon hastalıklarının yayılmasında da önemli bir faktördür. Sağlık alanında yapılacak bütün uygulama ve müdahaleler yerel kültürle birlikte uyum içinde olmalıdır ve ayrıca yerli halk tarafından kabul görmelidir (15).

### 3. Antropoloji ve Sosyal Hizmet İlişkisi

Antropoloji bilimi ve uygulama alanları, sosyal hizmetin mesleki uygulamalarına önemli faydalar sağlamaktadır. Toplumu detaylı ele alarak kültürlerin ve buna bağlı olarak alt kültürlerin araştırılması, sosyal hizmet mesleğinin ekosistem yaklaşımını ciddi anlamda etkileyecek özelliكتedir (16). Antropoloji, insan ve toplumları merkez odağına alan farklı alanlardaki bilimlerin bilgilerini bir araya getirip birleştirerek; birey, aile, toplum ve bunların kültürlerini kapsamlı inceler. Bu disiplinin ilgi alanı; insanlığın geleneği, kökeni, tarih öncesi ve sonrası durumu, ırkı, sosyalleşmesi, ahlakı



ve dini oluşturmaktadır. Doğrudan insana yardım eden meslekler açısından, toplumsal ve bireysel ilişkilerin düzenlenmesi ve çatışmanın en aza indirgenmesi için antropolojik bakış önemlidir (17). Bütün çalışmalarında sosyal hizmet uzmanı, her yaştan ve her kültürden insanla uygulamalar gerçekleştireceğinden antropolojik bakış açısını edinmesi sosyal sorunları tespit etme ve çözüme doğru uygulamaları yürütmelerine yardımcı olur (14). Sosyal hizmet, insanı ve toplumun sorunlarının belirlenmesi ve çözülmesi için çalışan bir meslek olduğu için sosyal hizmet uzmanı, müdahale sırasında ve mesleki uygulamalarında hizmet ettiği kişilerin ve içinde bulunduğu sosyokültürel çevrenin özelliklerini bilmelidir (17). Antropoloji farklı kültürler arasındaki etkileşim ve değişimlerin yol açtığı sorunların çözümünde de sosyal hizmete yardımcı olur (14). Antropoloji araştırmaları ve antropoloji bilgisi, sosyal hizmet uzmanlarının sosyal refah alanında daha doğru çalışmalar yürütebilmesi için veri sağlamaktadır (17).

Antropoloji ve sosyal hizmet, teori ve yaklaşım açısından benzer ve ortak bir yol izlemektedir. Sosyal hizmet uzmanının toplumsal kültürel değişimin ortaya çıkardığı problemleri analiz etmek ve bunları çözmek için, antropolojinin birtakım değerlerini ve savunma ilkelerini anlamasını, toplumsal değişimin beraberinde getirmiş olduğu dinamizmi bilmesini ve aynı zamanda toplumların etnografyasını iyi tahlil etmesini gerektirmektedir. Aynı zamanda antropolojik bir anlayışı benimseyen bir sosyal hizmet uzmanı, bireyi çevresi içinde tanıyarak ve toplumsal işlevselliğini en yüksek noktaya çıkarmada, bireyin sahip olduğu beceri ve güçlerinin kendisi ve içinde yaşadığı toplumun faydasına kullanmasında yardımcı olmaktadır.

Antropoloji disiplininin uygulamalı özelliği, direk insan davranışlarını yönlendirmesini savunmayla, sosyal hizmet disiplininde ise müracaatçısını savunarak, eyleme geçme arasında önemli bir benzerlik söz konusudur. Sosyal hizmet uzmanı burada bir kültürleşme ajanı ve bazen de direk kültürün değişmesinde öncü olan kişidir. Bundan ötürü sosyal hizmet uzmanının herhangi bir müracaatçısı ile gerçekleştirdiği uygulamalarda, o müracaatçının içinde bulunduğu gruba özel toplumsal, psikolojik, kültürel özellikleri bilmesi ve öğrenmesi gerekmektedir. Ayrıca değişik kültürlerde, farklı kişilik özellikleri oluştuğunu bilmeli müracaatçısının kişiliği ile ilgili kaynaklanan davranışlarını tanımlamalıdır.

Bir sosyal hizmet uzmanı her kültürden, her yaştan, her meslekten kişiyle çalışabileceğinden en azından bir meslek formasyonu içinde bu özelliklerin ne olduğunu bilmesi gerekir. Antropologların burada bakış açıları farklıdır. Onlar, üzerinde çalıştıkları toplumun kültürel değerlerine ve toplumsal, kültürel olgulara

bakarlar. Bunun yanında sözü edilen toplumlarda sosyal refah programlarının ortaya çıkardığı genel ya da özel birkaç soruna değinmekle yetinirler. Sosyal hizmet uzmanının kültürel şartlanmalardan arınması ve birincil insani değerlere, başka deyişle sosyal hizmet değerlerine uyarak çalışmalarını yapması beklenir. Sosyal hizmet eğitiminde antropoloji disiplininin önemi çok fazladır. Sosyal hizmet uzmanı her kültürden, her yaştan ve her meslekten kişilerle çalışabileceğinden onun antropolojik bir bakış açısı kazanması müracaatçılarının sorunlarını tanımada, çözümüne yardımcı olmada ve sosyal refah programlarının yönetilmesinde ve karar almada yardımcı olacaktır. Öte yandan hassas olacağı bir diğer konuda, müracaatçısının kültürel değerlerini iyi tanıyarak, onları müracaatçısının yararına mesleki uygulamalarında kullanmaktır (18).

Antropologlar ve sosyal hizmet uzmanları arasındaki ortaklıklar ve birliktelikler genellikle üç farklı katılım biçimiyle tanımlanır. Bunlardan ilki, antropolojinin sosyal hizmet araştırmaları ve teorisine, özellikle de bilim insanlarının her alan tarafından farklı şekilde katkı sundukları teorileri, fikirleri, soruları ve içgörülerini paylaştığı kavram alışverişi ile ilgili katkısıdır (19). Örneğin literatür kapsamında kültür kavramını ele aldığımızda, kültürün karmaşıklığını anlamak ve öğretmek için buzdaki metaforundan yararlanılmaktadır (20). Antropolog Edward T. Hall'un 1976 yılındaki çalışmalarından alınarak uyarlanan buzdaki kültür teorisi, sosyal hizmet uzmanlarını, kültürün yüzeydeki yansımalarının çok daha ötesine bakmaya teşvik ederek, kültürün daha derin yapılarını görmeyi teşvik eder. Dolayısıyla, sosyal hizmet uzmanları müracaatçılarıyla etkileşime girdiğinde kültür olgusuna odaklanamayabilir. İkinci katılım biçimi, sosyal hizmetin kültürel inşasına odaklanır. Bu durum, sosyal hizmet uzmanlarının antropolojik bakışın nesnesi haline geldiği çalışmalarda sıklıkla fark edilmektedir. Örneğin antropolog Linda Bell, Avrupa'daki sosyal hizmet uzmanlarıyla 30 yılı aşkın etnografik etkileşimden yararlanarak, sosyal hizmet uzmanlarının mesleki uygulamalarının gerçekleştirilmesini zorlaştıran kültürel varsayımlar ve belirsizliklerle nasıl boğuştuğunu göstermektedir. Üçüncü katılım biçimi ise, özellikle uluslararası veya çok kültürlü ortamlarda müdahalelerin iş birliğine dayalı olarak geliştirilmesini içerir. Bu tür iş birlikleri, antropolojinin toplumla ilgili çalışmalarında etik açıdan daha duyarlı bir uygulamanın oluşmasına yardımcı olacaktır (21). Sosyal hizmet, bir meslek ve disiplin olarak sosyal sorunlar odağında, en önemli temel insan ihtiyaçlarını karşılamayı amaçlar. Aynı zamanda birey, grup ve toplumların psikososyal sorunlarının çözülmesini ve sosyal hakların iyileştirilmesini hedefine koyan mikro, mezzo, makro düzeyde uygulamalar yürüten ve sosyal işlevselliği arttıran bir bilimdir.

Uluslararası Sosyal Hizmet Uzmanları Federasyonu (IFSW) ile Uluslararası Sosyal Hizmet Okulları Birliği (IASSW), ortak ve uluslararası bir deklarasyonla 2014 yılında sosyal hizmetin güncel tanımını yapmışlardır (22). Bu tanıma göre; “Sosyal hizmet, sosyal değişimi, kalkınmayı ve toplumsal birliği sağlayan, insanları güçlendiren ve bağımsızlaştıran uygulama temelli bir meslek ve akademik bir disiplindir. Sosyal adalet, insan hakları, ortak sorumluluk ve farklılıklara saygı ilkeleri sosyal hizmetin temelindedir. Sosyal hizmet teorileri, sosyal, beşerî bilimler ve yerel bilgi ile desteklenen sosyal hizmet, yaşam zorluklarıyla mücadele etmek ve iyilik halini geliştirmek için insanlarla ve yapılarla çalışır”. Sosyal hizmeti her tanımlayan, yaptığı tanımı, kafasında sahip olduğu yaklaşıma dayandırmıştır. Dolayısıyla bu tanımlar, yapıldığı bölgenin kültürel yapısından, ülkenin ekonomik, siyasal ve sosyopolitik özelliklerinden etkilenmektedir. Sosyal hizmet mesleğinin uygulayıcısı ve disiplininin öncüsü olarak sosyal hizmet uzmanı; sosyal sorunları çözmek ve sosyal işlevselliği arttırmak için bireylerle, ailelerle, gruplarla ve toplumla sistemli mesleki çalışmalar yürütür. Sosyal hizmetin diğer disiplinlerden ayırt edici özellikleri;

1. Sosyal hizmetin odağı, insan davranışı ve çevre faktörlerini içeren bütündür.
2. Davranışın şekillenmesinde aile temeldir. Mesleki müdahaleler aile merkezlidir.
3. Kişilerin sorunlarını çözmek için toplum kaynakları kullanılır.
4. Mesleki ilişki, müdahale sürecinin anahtarıdır (23, 24).

Sosyal hizmet; sağlık, aile, hukuk, adli, eğitim ve ekonomi gibi farklı kurumlarda etkin ve söz sahibidir. Göç konusu da sosyal hizmetin önemli bir uygulama alanını oluşturmakta ve göçmenlerin karşılaştıkları her türlü sorunun çözümünde sosyal hizmet başlıca mesleklerden biri olarak bilinmektedir.

#### 4. Göç

Savaşlar, etnik çatışma ve iç karışıklıklar, daha iyi hayat koşullarına erişmek gibi birçok sebebe bağlı olarak ortaya çıkan göç hareketleri geçmişten bugüne kadar her dönemde sürekli güncelliğini koruyan bir sorun olmuştur. Bundan ötürü birçok farklı disiplin ve meslekten araştırmacıların ve uygulamacıların odak noktası haline gelmiştir. İnsanlık kadar eski olan bu sorun, aslında yerleşik yaşama geçmeden önce bir yaşam biçimini temsil etmektedir. Kentleşme ve yerleşik hayata geçmekle birlikte sosyal, ekonomik, siyasal, dini ve toplumsal birçok nedenden dolayı bireysel veya toplu, kalıcı, geçici, isteğe bağlı veya

zorunlu göçler ortaya çıkmıştır. Taşınma, doğal afetler, savaşlar ve kıtlık gibi sebeplere bağlı olarak, tarihi çok eski geçmişe dayanan göç olgusu farklı şekillerde ortaya çıkmıştır.

Göç olgusunun kapsamında zaman, mekân, mesafe, kalıcılık ve demografik boyutlar vardır. Genel olarak göçler; gönüllü ve zorunlu göçler olmak üzere iki grupta değerlendirilmektedir. Maddi koşullar başta olmak üzere kişinin isteğine bağlı olarak gerçekleşen gönüllü göçlerin tersine zorunlu göçler, kişilerin isteği dışında farklı durumların etkisi ve bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır (25).

Geçmiş tarihe bakıldığında, insanlar ve toplumlar farklı neden veya sonuçlardan dolayı kimi zaman gönüllü, kimi zaman ise zorunlu bir şekilde göç etmiştir (26). Bu bağlamda bir yer değiştirme hareketi olan göç olgusunda esas belirleyiciler sosyal yapı ve birey olmaktadır. Bundan ötürü göçmenler ve yeni yerleştikleri yerlerin sosyal dokusu ciddi anlamda etkilenmekte, yeni bir toplumsal düzen ve yapı ortaya çıkmaktadır (27). Göreceli olarak az sayıda olumlu şekilde yapılan göçlerin yanında olumsuz nedenlerden kaynaklı çok daha fazla ve haliyle çok daha olumsuz sonuçlara sebep olan göçler söz konusudur. Bu göçler içinde en acı verici olanı, yaşanan savaş ve çatışma koşullarından ötürü bireylerin kendi ülkelerini bırakmak zorunda kaldığı göç süreçleridir. Bundan ötürü zorunlu göçe maruz kalan bu bireyler en incinebilir, hassas ve savunmasız gruplar olarak görülmektedir (28).

## 5. Göçmen Sağlığı ve Sosyal Hizmet

Göç olgusu içinde yer alan, sığınmacı ve mültecilik kavramları sıklıkla karıştırılmakta ve çoğu zaman birlikte kullanılmaktadır. Bu iki temel kavram aslında 1951 yılında düzenlenen *Mültecilerin Hukuki Statüsüne İlişkin Sözleşme* 'de değinilen sebeplerden dolayı kendi ülkesini geride bırakarak başka bir ülkeye sığınmaya gelen bireyleri tanımlamaktadır. Mülteci statüsünün netleşip verilmesine kadar olan süreçte verilen statü "sığınmacı" statüsü olarak belirlenmiştir. Bu noktada sığınmacı, sığındığı ülkeye mülteci olmak için başvuru yapmış fakat henüz bu statüyü elde etmemiş yabancı uyruklu bireylerdir. Mülteci kavramı ise sığınılan ülkeye yapılan başvurunun kesinleşmesi ile edinilen hukuki bir statü olarak bilinmektedir. Bu açıdan sığınma talebinde bulunup mülteci statüsü alan kişiler; sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkı, sosyal hizmetlerden faydalanma hakkı ve çalışma hakkı gibi bir takım siyasal ve sosyoekonomik haklar kazanmış olurlar (29). Sığınmacı ve mülteciler yurtlarını terk etmelerine sebep olan problemlerle birlikte gerek kaçış sürecindeki kendi ülkelerinde gerekse vardıkları ülkelerde birçok farklı kültürel ve psikososyal

sorunlarla karşılaşmaktadırlar. Ortaya çıkan bu sorunların çözülmesi ve bu bireylere insani destek hizmetlerinin sağlanması, çok disiplinli ve kapsamlı bir yaklaşımı gerekli kılar. Sosyal hizmet mesleği bu açıdan göç alanındaki bütün süreçlerin en önemli aktörüdür ve var olan durumların hepsini her yönüyle ele alarak bütünsel bir bakış açısıyla değerlendirir.

Sığınmacı ve mülteciler, ortaya çıkan zorlu hayat koşulları, sağlık ve sosyal hizmetlere ulaşmada karşılaştıkları güçlükler, kültürle ilgili sorunlar, beslenme ve barınma ile ilgili problemler, istismar ve şiddet gibi birçok farklı nedenlerden ötürü sağlık ve sağlık hizmetleri yönünden en kırılgan ve en savunmasız gruplardır. Bundan ötürü karşılaştıkları sağlık sorunları diğer sorunlarına göre daha fazladır.

Göçmenlerin karşılaştıkları temel sağlık sorunları ise; beslenme bozukluğu, çocuklardaki büyüme ve gelişim geriliği, anemi, bulaşıcı hastalıklar, şiddet ve buna bağlı yaralanmalar, HIV/AIDS gibi cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, riskli gebelik, düşük yapma ve doğum komplikasyonları, kronik hastalıklar ve yol açtıkları komplikasyonlar, kaygı, uyku ve travma sonrası stres bozukluğu, depresyon vb. psikolojik sorunlar ve diş sağlığı problemleri olarak bilinmektedir.

Göçmenler, karşılaştıkları hastalıkların teşhis ve tedavi imkanları, başlıca sağlık hizmetleri, koruyucu ve önleyici sağlık hizmetleri ile ilaçlara ulaşım gibi konularda ciddi sorun yaşamaktadır. Göçmen bireylerin sağlık hizmetlerine erişim konusunda karşılaştıkları en önemli sorunlar arasında dil ve iletişim sorunları ile kültürel farklılıklar, başına gelen tecavüz, taciz, ihmal ve istismar gibi durumları açıklamada çekingenlik, sağlık konusunda bilgi sahibi olmamak, kimliğini ispatlayamamak, idari ve yasal engeller, özel gereksinimleri konusunda sağlık hizmeti sağlayanların farkındalık ve geçmiş deneyimlerinin az olması olarak gelmektedir (30). Göçmen kadınlar başta olmak üzere kişiler, sağlık konusunda ve sağlık hizmeti sunumunda dini inançlar, kültür ve dil kaynaklı birçok sorun yaşamaktadırlar. Örneğin gebe bir göçmen kadın inancından dolayı erkek bir hekime görünmek istemeyebilir. Dolayısıyla göçmenlere yönelik verilen sağlık hizmetlerinin onların bakış açısı ve kültürel özellikleriyle değerlendirilmesi, bu hizmetlerden maksimum düzeyde faydalanmasını sağlayacaktır.

Ayrıca sığınmacı ve mültecilere verilecek sağlık, barınma, iş hayatı, eğitim ile ilgili bütün hizmetlerin birbirini bütüncül destekleyecek şekilde planlanması ve koordineli olarak yürütülmesi önemlidir (31). Sosyal hizmet uzmanı göç alanındaki mesleki uygulamalarının her düzeyinde görev almaktadır. Mesleğin, genelci sosyal hizmet yaklaşımından hareketle mikro, mezzo ve makro düzeylerde sorunlara yönelik müdahale planları gerçekleştirir. Birey ve aile

odaklı psikososyal müdahaleleri kapsayan mikro düzey uygulamalar; sığınmacı ve mülteci kişilerin yerleştikleri ülkeye ve topluma uyum sağlamalarının desteklenmesi, her açıdan sağlıklı ve katılımcı davranışlar kazanmalarının sağlanması ve var olan güçlerini ortaya çıkartacak beceriler kazandırıp kendilerine güvenlerinin sağlanması olarak açıklanabilir. Mikro düzey müdahaleler olarak; birey odaklı birtakım danışmanlıklar, yaşadıkları travmalara yönelik geliştirilecek psikososyal terapötik müdahaleler ve uyumlarını sağlayacak eğitimler yapılabilir.

Mezzo düzeyde, grup odaklı uygulamalar söz konusudur. Göçmenlerle çalışırken sosyal hizmet uzmanları, grup çalışmalarıyla müracaatçılarına beceriler aşılamayı, duyguları kontrol etmeyi, birbirleriyle yaşam deneyimlerini paylaşmayı ve grup dinamizmini kullanarak bir takım güçlendirici etkinlikleri gerçekleştirir. Bu çalışmaları yürütürken aynı zamanda dayanışmanın, birlikteliğin ve kendine yardım örgütlenmesinin gelişmesini de sağlamaktadır. Toplumla çalışmaları içine alan makro düzey uygulamalarda ise, göçmen bireylerin sağlık, ekonomik, sosyal yardım benzeri temel ihtiyaçlarının karşılanmadığı durumlarda bunların sağlanması için mevcut ve potansiyel kaynakları kapsamlı araştırmak ve kaynaklarla bir araya getirmek, göçmenlerle ilgili sosyal politikalar geliştirmek veya katkı sunmak ve aynı zamanda göçmenlerin toplum örgütlenmesini sağlamaktır. Sosyal hizmet uzmanının göçmen bireylerle bütün çalışmalarını yürütürken sahip olduğu eğitimci, savunucu, araştırmacı, aktivist ve danışman olmak üzere birçok farklı mesleki rolünü yerine getirmesi gerekir.

## 6. Sonuç

Antropologlar ve sosyal hizmet uzmanları sosyal adaleti ve göçmenlere daha iyi hizmeti sağlamak için birlikte çalışmaya devam ederlerse, bütün toplumsal kesimler bundan daha fazla faydalanacaktır. Sosyal hizmet, sosyal adaletin sağlanması ve bütün incinebilir grupların savunulmasını hedeflerken, antropoloji ise toplum içinde farklılıklara karşı hoşgörünün kurumsallaştırılmasını ve azınlıkların savunulmasını amaçlar. Özellikle göçmen gruplara sağlık başta olmak üzere daha iyi hizmet verebilmek için kültürel duyarlılığın geliştirilmesi, bilgi, diyalog, karşılıklı iş birliği ve empatinin olması gerekir. Sosyal ilişkileri ve bağlantıları yetersiz olan göçmen bireyler, ihtiyaçlarını karşılamak ve sorunlarını çözmek için sosyal hizmetlere ve bir takım sivil toplum örgütlerine başvurmaktadırlar. Bundan ötürü, göçmen bireyleri savunmak ve sorunlarını çözmek sosyal hizmet uzmanlarının temel işidir. Antropolojinin odağında ise göçmen bireylerin içinde bulunduğu zor duruma dair kültürel bilgiler sağlamak

yer alır. Sosyal hizmet uzmanları, göçmenlerle çalışırken sosyal hizmetin antropolojiyle, özellikle de uygulamalı antropolojiyle olan bağlantısını göz ardı etmemelidir. Sosyal hizmet ile sağlık antropolojisi arasındaki ilişki, yalnızca hizmet kalitesini değil aynı zamanda göçmen topluluklar arasındaki iletişimi ve bilgi iş birliğini de geliştirebilir. Antropolojik bir yaklaşımı benimseyen sosyal hizmet uzmanları, her türlü bakım ve hizmete ihtiyaç duyan göçmenleri sosyokültürel olarak daha iyi anlayabilir ve onlarla daha fazla sağlıklı bir etkileşim kurabilirler.

Sağlık antropolojisi; kendi ülkelerindeki göçmen çeşitliliği, onların hastalıklara bakış açıları, algıları ve yerli halkın bu gruplara yönelik kültürel önyargıları hakkında önemli bilgiler sağlar. Bu bilgilerden etkin bir şekilde yararlanan sosyal hizmet uzmanları göçmenlere yönelik mesleki uygulama ve müdahale planlamalarında daha başarılı çalışmalar yürütebilecektir. Sosyal hizmet eğitiminde antropolojiye yer verilmesi, sosyal hizmet uzmanlarına, antropolojik bir bakış açısı ve sorunlara yönelik analiz ve çözüm becerileri edindirdiği için önem arz etmektedir. Bu açıdan Sosyal hizmet bölümlerinin müfredatlarında antropolojiyle ilgili derslere kesinlikle yer verilmelidir.

### **Kaynaklar**

1. Kottak C. P. Antropoloji: İnsan Çeşitliliğinin Önemi. Ankara: De Ki Basım Yayın Ltd. Şti.; 2014.
2. Güler G, Bakırcı Ç. M. Antropoloji İnsanı Anlamak. Ç.M. Bakırcı. (Editör). Evrenin Karanlığında Evrimin Işığı. (Birinci Baskı). İstanbul: Korkitap; 2017: 347-409.
3. Uzunlaşan Ş, Gökçeşlan Çifci E. Sosyal Hizmet Uygulamalarında Kültürel Yetkinliği Geliştirmenin Önemi. Toplum ve Sosyal Hizmet. 2019; 30 (1): 213-230.
4. Levi-Strauss C. Modern Dünyanın Sorunları Karşısında Antropoloji. Çeviren Akın Terzi. İstanbul: Metis Yayınları; 2000.
5. Vermeulen H. F. Fieldwork and Footnotes: Studies in the History of European Anthropology. London: Routledge; 1995.
6. Özbudun S, Uysal G. 50 Soruda Antropoloji, 3.Baskı, Bilim ve Gelecek Kitaplığı, İstanbul: 7 Renk Basım Yayıncılık; 2015.
7. Kottak C.P. Antropoloji: İnsan Çeşitliğine Bir bakış, Ankara: Ütopya Yayınevi; 2002.
8. Joralemon D. Exploring Medical Anthropology, 3rd ed. Boston: Pearson; 2010.

9. Yaylagül N. K., Baş A. M. Sağlık Antropolojisi Araştırmalarında Yaşlılık. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2016; 25 (3):139-154.
10. Hurtado A M, C A Lambourne, P. James, K. Hill, K. Cheman, and K. Baca. Human Rights, Biomedical Science and Infectious Diseases among South American Indigenous Groups. Annual Review of Anthropology. 2005; (34): 639-665
11. Inhorn M C, P J Brown. The Anthropology of Infectious Disease. Annual Review of Anthropology. 1990; (9):89-117.
12. Kloos H, Rosalie D. The Paleoepidemiology of Schistosomiasis in Ancient Egypt . Human Ecology Review. 2002; 9 (1): 14-25.
13. Baro M, T F Deubel. Persistent Hunger: Perspectives on Vulnerability, Famine, and Food Security in Sub-Saharan Africa. Annual Review of Anthropology. 2006; (35):521-538.
14. Martin E. The end of the Body? American Ethnologist. 1992; (19):121-140.
15. Gezon L, Kottak C. Kültür. (Çev. Akile G. ve ark.), Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara; 2020. (Orijinal yayın tarihi, 2011)
16. Genç Y. Sosyal hizmet bilimine giriş. Atatürk Üniversitesi Açık öğretim Fakültesi Ders Kitabı. Atatürk Üniversitesi Yayınevi. Erzurum, 2012.
17. Emiroğlu V. Sosyal Antropolojinin Mesleki Uygulamalarda Yeri ve Önemi. Toplum ve Sosyal Hizmet. 1983; 1(1): 59-71.
18. Emiroğlu V. (1978). Uygulamalı antropoloji ve sosyal hizmet. Antropoloji. 1978; (11): 1-6.
19. Mathias J, Gulbas LE, Chin M, et al. Interrogating culture: Anthropology, social work, and the concept trade. Journal of Social Work. 2020; 21(4): 631–650.
20. Parker J. Introducing Social Work. Thousand Oaks, CA: Sage; 2020.
21. Gulbas LE, Perry, TE, Chin M, Mathias J. Social work and anthropology: Traversing, trading, and translating across boundaries. Qualitative Social Work. 2021; 20(6): 1415-1425.
22. Global Definition of Social Work. 2020. <https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/>. Erişim: 25.09.2023
23. Kongar E. İnsanı yönlendirme ve sosyal hizmetler. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları; 1972.
24. Kut S. Sosyal hizmet mesleği, nitelikleri, temel unsurları, müdahale yöntemleri. Ankara: Nadir Yayınları; 1988.
25. Erkan R. Kentleşme ve sosyal değişme. Ankara: Bilim adamı yayınları; 2010.



26. Erol M, Ersever O. G. Göç krizi ve göç krizine müdahale. Kara Harp Okulu Bilim Dergisi. 2014; 24(1): 47-68.

27. Adıgüzel Y. Göç ve göç sonrası Türkiye’de mevcut durum. M. Baloğlu E Göv ve T Bağrıaçık (Ed.). Geçici koruma statüsündeki bireylere yönelik rehberlik hizmetleri kılavuz kitabı. Ankara: Milli Eğitim Bakanlığı Yayını; 2017.

28. Noji E. The public health consequences of disasters. Prehospital and Disaster Medicine. 2000; 15(4): 21-31.

29. Örgen A. İnsan Hakları, Sosyal hizmet ve Mültecilik Üzerine Bir Derleme. Ufkun Ötesi Bilim Dergisi. 2017; 17(1): 38-52.

30. Karadağ Ö, Altıntaş K H. Mülteciler ve Sağlık. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2010; 9(1): 55-62.

31. Afyonoğlu F.M. Göç ve sosyal politika. Sosyal politika ve sosyal hizmet. Edt. D. Başer. Nobel: Ankara; 2020.

## BÖLÜM VIII

# ERKEN ÇOCUKLUKTA İKİ DİLLİLİK VE DİL BOZUKLUKLARI

### *Bilingualism and Language Disorders in Early Childhood*

Ayşe ÇİFTCİ

*Çankırı Karatekin Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi,  
Çocuk Gelişimi Bölümü, Çankırı, Türkiye  
E-mail: ayse.ciftci@alumni.york.ac.uk  
ORCID: 0000-0002-4766-3835*

#### 1. Giriş

Erken çocukluk dönemi, dil, bilişsel yetenekler, motor beceriler ve sosyal-duygusal gelişim gibi unsurların bir araya gelerek çocukta bütünsel bir gelişim süreci oluşturduğu bir periyottur. Doğumla beraber başlayıp hayat boyu gelişimi devam eden ve kişilerarası iletişimi sağlayan en önemli unsur dildir. Erken çocukluk, bir çocuğun dil gelişiminin kritik bir dönemidir ve dil becerilerinin temelini oluşturur. Bu dönemde normal gelişim gösteren çocuklar kendi anadillerinin yanı sıra farklı dilleri de öğrenme yeteneğine sahiptirler (1). Dünyadaki çocukların çoğunluğu birden fazla dile maruz kalarak büyümekte ve bu çocukların dörtte üçü iki dilli olarak sınıflandırılacak kadar akıcı bir şekilde konuşmaktadır (2,3). İki dillilik, dünya genelinde giderek yaygınlaşan bir olgudur ve bazı aileler, çocuklarına iki farklı dilde gelişim imkânı sunmaktadır. Ancak ailelerin, eğitimcilerin ve dil ve konuşma terapistlerinin endişelendiği ortak bir konu vardır. İki dilliliğin dil gelişimi üzerinde etkisi ve iki dilli bir çocuğun dil ve konuşma bozukluğu riski.

Bu bölüm, erken çocukluk dönemindeki çocukların dil gelişimi konusunda önemli bir sorunu ele alır: iki dillilik ve dil bozuklukları arasındaki ilişki. Son yıllarda pek çok araştırmacı, iki dilli kişileri, her iki dilde de dilsel yeterliliği yüksek olan ve bunları günlük yaşamlarında kullanabilen kişiler olarak tanımlamaktadır (4). Buna göre, iki dile sahip olan ve bunları akıcı bir şekilde

kullanan kişiye, bu dilleri eş zamanlı mı yoksa sıralı olarak mı edindiğine bakılmaksızın iki dilli denir (5). Ancak iki dillilik aynı zamanda bazı dil bozukluklarının belirtilerini de içerebilir.

İlerleyen başlıklarda, iki dilliliğin avantajları ve zorlukları, dil bozukluklarının tanımı ve erken çocukluk dönemindeki çocuklarda dil bozukluğunun belirtileri detaylı bir şekilde ele alınacaktır. Ayrıca, örnek vakalar ve son bilimsel araştırmalarla desteklenmiş bilgi sunulacaktır. Sonuç bölümünde ise bu önemli konunun özeti çıkarılacak ve gelecekteki sağlık ve eğitimdeki araştırma alanlarına ışık tutacak düşünceler sunulacaktır.

İki dillilik ve dil bozuklukları, dil gelişimi alanında önemli bir konudur ve bu bölüm, bu konunun daha iyi anlaşılmasına ve dil gelişimi sorunları yaşayan çocuklara daha iyi destek olunmasına yardımcı olacak bir kaynak sunmayı hedeflemektedir.

## 2. İki Dillilik: Dilin Sınırlarını Zorlayan Yetenek

Dil, insanların düşüncelerini ifade etmek, bilgi alışverişi yapmak ve iletişim kurmak için kullandığı karmaşık bir sistemdir <sup>5</sup>. İnsanlar arasındaki etkileşimin temelini oluşturan bu araç, çocukların bilişsel ve duygusal gelişimlerinde kritik bir rol oynamaktadır. Günümüzde çok sayıda çocuk, ana dilinin yanında bir ya da daha fazla yabancı dil öğrenmektedir. Bu durumun yaygınlaşmasında göç, yurt dışında eğitim, yabancı eşle evlenme, uluslararası ticaret, turizm ve ailelerin geleceğe yönelik planları iki dilliliği artırmaktadır.

İki dillilik, dillerini birden fazla bağlamda aktif olarak kullanabilen iki dilli kişileri ve ikinci dillerini edinme sürecinde olan kişileri kapsayacak kadar geniştir (6). Bu iki dil, genellikle çocuğun ailesinin ana dili ve çocuğun büyüdüğü çevrenin dilidir. İki dillilik, birçok farklı biçimde ortaya çıkabilir. Bir çocuğun iki dili aynı anda (simultaneous bilingualism) veya farklı yaşlarda (sequential bilingualism) öğrenmesi mümkündür (1,2). Örneğin, bir çocuk İspanyolca konuşulan bir ailede büyürken, yaşadığı çevrenin ana dili olan İngilizceyi okulda öğrenir. Bu tür iki dillilik dünya genelinde giderek yaygınlaşmaktadır ve dilin sınırlarını zorlamaktadır. İki dillilik, bu tür deneyimlerin bir sonucu olarak ortaya çıkabilir.

İki dilli çocuklar, her iki dilde farklı beceriler geliştirebilirler. Bu beceriler; kelime dağarcığı, dil yapısı, dil becerileri ve kültürel yorumlama gibi alanlarda farklılık gösterebilir (7,8). Örneğin, bir dilde güçlü bir kelime dağarcığına sahip olabilirken, diğer dilde dil bilimsel karmaşıklığı daha iyi anlayabilirler. Bu gibi sözel dil becerilerinin gelişiminde çocukların biyolojik özellikleri dışında

çevresel faktörler de etkilidir (8,9). Bunlar arasında aile yapısı, kültürel bağlam, dilin yaşandığı çevre, eğitim politikaları ve bireysel yetenekler yer almaktadır (8,10). Örneğin, ailenin her iki dilin kullanımına nasıl yaklaştığı (konuşma sıklığı, dildeki yeterliliği vb.) çocuğun dil gelişimini büyük ölçüde etkileyebilir.

### 3. İki Dilliliğin Olumlu ve Olumsuz Etkileri

#### 3.1. İki Dilli Yetişen Çocukların Bilişsel Avantajları

İki dilli yetişen çocuklar, bilişsel avantajlar açısından dikkate değer sonuçlar ortaya koymaktadır. Bu avantajlar, dil çeşitliliği ve zihinsel esneklikle ilişkilendirilir. Aşağıda, iki dilli çocukların bilişsel gelişimindeki temel avantajları detaylı bir şekilde inceleyelim:

**a. Dil Yapısı ve Dilbilgisi Farkındalığı:** İki dilli çocuklar, iki farklı dilin yapılarına maruz kaldıkları için dilbilgisi kurallarını ve dil yapısını daha erken yaşta anlamaya başlarlar (11,12). Bu, çocukların dilbilgisel farkındalığını artırabilir ve daha iyi bir dil becerisi geliştirmelerine olanak tanır. Özellikle iki dildeki farklı dilbilgisi yapılarını ayırt etme yeteneği, genel dil becerilerini artırabilir.

**b. Çoklu Görev Yeteneği:** İki dilli çocuklar, her iki dil arasında geçiş yapma yeteneğini geliştirirken, aynı zamanda çoklu görev yapma becerisini de geliştirebilirler. İki dilde iletişim kurarken, dikkatlerini bölme ve farklı dillere odaklanma yeteneği kazanırlar. Bu, çocukların daha iyi problem çözme ve çoklu görevleri etkili bir şekilde yönetme becerisi kazanmalarına katkı sağlar.

**c. Duygusal Zekâ:** İki dilli çocuklar, farklı dil ve kültürel bağlamlarda iletişim kurma deneyimi yaşadıkları için duygusal zekâ gelişimi açısından avantajlı olabilirler (11). Farklı dillerde ifade edilen duygusal ifadeleri anlama ve yorumlama yetenekleri daha gelişmiş olabilir. Bu, empati ve duygusal anlayışlarını artırabilir.

**d. Yaratıcı Düşünme ve Problem Çözme:** İki dilli çocuklar, farklı dil ve kültürel bağlamlarda iletişim kurma gerekliliği nedeniyle yaratıcı düşünme yeteneklerini geliştirebilirler. Farklı dilde düşünme ve ifade etme deneyimi, farklı bakış açıları kazanmalarına ve çeşitli problemleri çözme yeteneklerini artırmalarına yardımcı olabilir. Bu, inovasyon ve yaratıcı düşünme becerilerini destekler.

**e. Kültürel Farkındalık ve Tolerans:** İki dilli yetişen çocuklar, farklı dil ve kültürlerle doğrudan temas halinde oldukları için kültürel farkındalık ve tolerans geliştirme olasılıkları daha yüksektir (12). Farklı dilleri ve kültürleri

deneyimlemek, bireylerin farklılıklara daha saygılı ve açık fikirli olmalarına katkı sağlar.

**f. Zihinsel Esneklik:** İki dilli çocuklar, farklı diller arasında geçiş yapma gerekliliği nedeniyle zihinsel esnekliklerini geliştirebilirler (1). Bu, bireylerin farklı görevlere ve düşünme tarzlarına hızlı bir şekilde uyum sağlama yeteneğini artırabilir.

Sonuç olarak, iki dilli yetişen çocukların bilişsel avantajları, farklı dillerde düşünme ve iletişim kurma deneyimleri sayesinde ortaya çıkar. Bu avantajlar, çocukların genel bilişsel gelişimlerini zenginleştirir ve onları daha esnek, yaratıcı ve duygusal olarak zengin bireyler haline getirebilir. Bu nedenle, iki dilli çocukların dil çeşitliliğini deneyimlerken bu bilişsel avantajların farkında olunması önemlidir.

### 3.2. İki Dilliliğin Sosyal ve Kültürel Yönü

İki dilliliğin sosyal ve kültürel yönleri, bireylerin farklı dil ve kültürleri deneyimlemesi ve bu deneyimlerin hayatlarına katkı sağlaması açısından son derece önemlidir. İki dilliliğin sosyal ve kültürel etkisi aşağıda verilmiştir:

**a. Kültürel Çeşitlilik:** İki dilliliğin en belirgin sosyal ve kültürel yönlerinden biri, bireylerin farklı kültürleri deneyimleme fırsatıdır (11). İki dilli bireyler, her iki dilin konuşulduğu kültürleri anlama ve içselleştirme fırsatına sahiptirler. Bu, kültürel zenginlik ve çeşitlilik açısından büyük bir avantajdır.

**b. İletişim Becerileri:** İki dilliliğin sosyal yönü, bireylerin farklı dil ve kültürlerle iletişim kurabilme yeteneğini geliştirmesini içerir (12). İki dilli bireyler, farklı dil gruplarıyla daha kolay iletişim kurabilirler, bu da onların daha geniş bir iletişim ağına sahip olmalarını sağlar. Bu, iş, arkadaşlık ilişkileri, iş birliği ve kültürel alışveriş açısından büyük fayda sağlayabilir.

**c. Kültürel Bağlılık ve Kimlik:** İki dilliliğin kültürel yönü, bireylerin kendi köklerine ve kimliklerine bağlılığını artırabilir. İki dilli bireyler hem kendi kök kültürlerine hem de diğer kültürlere ait olma deneyimini yaşarlar. Bu deneyim, kişisel kimliklerini zenginleştirebilir ve kendilerini daha çok yönlü hissetmelerine olanak tanır (11,12).

**d. Tolerans ve Empati:** İki dilliliğin kültürel yönü, farklı dil ve kültürlerle etkileşimde bulunma gerekliliği nedeniyle tolerans ve empati gelişimini teşvik edebilir. İki dilli bireyler, farklı dünya görüşlerini anlama ve değer verme yeteneklerini geliştirirler. Bu, toplumlar arasında daha iyi anlayış ve barışı teşvik edebilir (11).

**e. Eğitim ve Kariyer Olanakları:** İki dilliliğin sosyal yönü, bireylerin daha geniş bir eğitim ve kariyer yelpazesi için kapılarını açabilir (1,11,12). İki dilli bireyler, iş dünyasında ve uluslararası ilişkilerde daha fazla fırsatla karşılaşabilirler. İki dil bilmek, çok uluslu şirketlerde çalışma, yurtdışında eğitim alma ve uluslararası projelerde yer alma şansını artırabilir.

**f. Kültürel Köprüler:** İki dilliliğin sosyal yönü, farklı dilleri ve kültürleri birleştirme yeteneğini vurgular (1). İki dilli bireyler, farklı dil konuşan topluluklar arasında kültürel köprüler kurabilirler. Bu, kültürel anlayışı artırır ve kültürler arası iletişimi kolaylaştırır.

İki dilliliğin sosyal ve kültürel yönleri, bireylerin kültürel çeşitlilikle zenginleşmesini, iletişim becerilerini geliştirmesini, kültürel kimliklerini güçlendirmesini ve daha açık fikirli ve hoşgörülü olmalarını teşvik eder. Bu nedenle, iki dilli çocukların ve yetişkinlerin bu sosyal ve kültürel avantajları değerlendirmesi önemlidir.

### 3.3. İki Dilli Çocukların Karşılaşabileceği Zorluklar ve Çözüm Yolları *Formun Üstü*

İki dilli çocuklar, iki dilde büyümenin avantajlarının yanı sıra bazı özel zorluklarla da karşılaşabilirler. Bu zorluklar hem dil gelişimi hem de sosyal etkileşimlerini etkileyebilir. Bu zorluklar aşağıda verilmiştir:

**a) Dil Geçiş Bozuklukları (Code switching):** İki dilli çocuklar, bazen iki dil arasında geçiş yaparken dil geçiş bozuklukları yaşayabilirler. Bu, bir dildeki kelimenin diğer dile karıştırılması veya dilbilgisel hataların yapılması anlamına gelir. Örneğin, bir konuşmacı aynı konuşma içinde iki dili de kullanarak cümleler kurabilir. “You have an exam next week, *şimdiden çalışmaya başlamalısın.*” Bu tür bozukluklar, çocuğun her iki dilde de iletişimini olumsuz etkileyebilir.

#### *Çözüm Yolları:*

- Dil Geçiş Bozukluklarını Anlama: Dil geçiş bozukluklarını tanıma ve anlama süreci, çocuğun her iki dildeki dilbilgisi farklılıklarını anlamasını gerektirir.
- Tutarlı ve Düzenli Dil Maruziyeti: Tutarlı ve düzenli olarak her iki dille de maruziyet, dil geçiş bozukluklarını azaltabilir.
- Dilbilgisel Eğitim: Dilbilgisel eğitim, çocuğun her iki dilde dilbilgisi kurallarını daha iyi anlamasına yardımcı olabilir (14).

**b) Kod Karıştırma (Code mixing):** İki dilli çocuklar, bazen bir dildeki sözcükleri veya ifadeleri diğer dile karıştırabilirler. Bu, “kod karıştırma” olarak adlandırılır. Örneğin, çocuk bir cümle içinde iki dildeki kelimeleri karıştırabilir. Örneğin, bir çocuk Türkçe konuşurken «Neden *eve* gitmek zorundayız?» diye sorarken İngilizce konuşurken ‘*home*’ kullanmak yerine “Why do we have to go *ev*?” olarak söyleyebilir. Bu, iletişimi karmaşıklaştırabilir ve bazen karşı tarafın anlamasını zorlaştırabilir.

*Çözüm Yolları:*

- Dilde Netlik ve Tutarlılık: Aileler ve eğitimciler, çocuğun her iki dilde de net ve tutarlı bir dil kullanmasını teşvik etmelidir.
- Dil Öğrenme Stratejileri: Çocuğa, iki dili ayrı tutma ve her dilde farklı stratejiler kullanma konusunda rehberlik edilmelidir (12).

**c) Dil Öğrenme Zorlukları:** İki dilli çocuklar, her iki dilin de gerektirdiği kelime dağarcığını ve dil becerilerini geliştirmekte zorluk yaşayabilirler. Bu, özellikle dil geçiş bozuklukları yaşayan çocuklar için daha fazla sorun teşkil edebilir. İki dilli çocuklar, her iki dilde de dil öğrenme süreçlerini yönetme ihtiyacı duyabilirler. Formun Altı

*Çözüm Yolları:*

- Dil Kursları ve Terapi: Dil öğrenme zorluklarına karşı çocuğa özel dil kursları ve terapi sağlanabilir.
- Düzenli Kitap Okuma: Çocuğun her iki dilde de düzenli olarak kitap okuması, kelime dağarcığını artırabilir (7).

**d) Kültürel Kimlik Karmaşası:** İki dilli çocuklar, farklı kültürlerin etkisi altında büyüdüleri için bazen kültürel kimlik karmaşası yaşayabilirler. Kendi kök kültürleriyle diğer kültürler arasında denge kurma gerekliliği, bazı çocuklar için kimlik karmaşasına neden olabilir.

*Çözüm Yolları:*

- Kültürel Eğitim: Aileler, çocuğun her iki kültürü de anlamasına ve değer vermesine yardımcı olacak kültürel eğitim sağlayabilirler.
- İkinci Nesil Göçmen Programları: İkinci nesil göçmen programları, çocukların kendi kimliklerini oluşturmalarına ve kültürel köklerini anlamalarına yardımcı olabilir (5).

**e) Arkadaşlık İlişkileri:** İki dilli çocuklar, dil farklılıkları nedeniyle arkadaşlık ilişkilerinde bazen zorluklar yaşayabilirler. Dil bariyerleri, bazı çocuklar için arkadaş edinmeyi zorlaştırabilir.

### *Çözüm Yolları:*

- **Sosyal Becerilerin Geliştirilmesi:** Çocuğun sosyal becerilerini geliştirmesine yardımcı olmak için sosyal etkinliklere katılması ve dil bariyerlerini aşmak için iletişim becerilerini geliştirmesi teşvik edilmelidir.
- **İki Dilli Arkadaşlıklar:** Çocuğun iki dilli arkadaşlar edinmesi ve farklı dillerde iletişim kurma deneyimi yaşaması önemlidir.

Sonuç olarak, iki dilli çocuklar bazı özel zorluklarla karşılaşabilirler, ancak bu zorlukların üstesinden gelmek için çeşitli çözüm yolları bulunmaktadır. Ailelerin, eğitimcilerin ve uzmanların, çocukların her iki dilde de sağlıklı bir şekilde gelişmelerini desteklemek için bu zorlukları anlamaları ve çözüm yollarını uygulamaları önemlidir (10).

## **4. Dil Bozuklukları**

Dil bozuklukları, dilin anlama, ifade etme, konuşma veya yazma becerilerindeki anormal gelişim veya işlev bozuklukları olarak tanımlanır <sup>13</sup>. Bu bozukluklar, bireylerin günlük yaşamlarını ve iletişim yeteneklerini önemli ölçüde etkileyebilir. Bu bölümde, dil bozukluklarının tanımı, türleri, belirtileri ve teşhisi ele alınacaktır.

### **4.1. Dil Bozukluğu Kavramı ve Tanımı**

Dil bozukluğu, bir bireyin bir veya birden fazla dil becerisinde normal gelişim seviyesini elde edememesi veya bu becerilerin işlevselliğini kaybetmesi durumunda ortaya çıkar. Dil bozuklukları, iletişim güçlükleri yaratabilir ve bireyin kişisel ve sosyal yaşamını etkileyebilir.

### **4.2. Dil Bozukluğunun Türleri**

Dil bozuklukları farklı türlerde olabilir ve bu türler dilin hangi yönünün etkilendiğine bağlı olarak sınıflandırılır. Temel dil bozukluğu türleri şunlardır (13):

a. **Konuşma Bozuklukları:** Konuşma bozuklukları, bireylerin sesleri veya konuşma ritmi üzerinde sorunlar yaşadığı durumları kapsar. Bu tür bozukluklar, kekemelik, ses bozuklukları veya konuşma hızındaki anormallikleri içerebilir.

b. **Ses Bozuklukları:** Ses bozuklukları, bireylerin belirli sesleri üretme veya ayırt etme yeteneklerinin anormal olduğu durumları ifade eder. Bu, çocukluk dönemindeki dil gelişim bozukluklarından kaynaklanabilir.

c. **Dil Gelişim Bozuklukları:** Dil gelişim bozuklukları, bireylerin dilin yapısını veya kullanımını anlama ve ifade etme becerilerinde sorun yaşadığı



durumları kapsar. Bu tür bozukluklar, dilin sözcük dağarcığı, dilbilgisi veya sözcüklerin doğru kullanımı ile ilgili olabilir.

### ***4.3. Erken Çocukluk Döneminde Dil Bozukluğunun Belirtileri ve Teşhisi***

Erken çocukluk döneminde dil bozukluğunun belirtileri genellikle dil gelişimi için tipik kilometre taşlarının ulaşılamaması veya belirli dil becerilerinde gerilik olarak kendini gösterir. Bu belirtiler, dil bozukluğunun erken teşhisini sağlamak açısından önemlidir.

Dil bozukluğunun teşhisi, dil değerlendirmeleri ve dil patoloji uzmanları tarafından yapılır. Dil değerlendirmeleri, bireyin dil becerilerini değerlendirmek için standart testler, gözlem ve dil örnekleri kullanır (5,7).

Erken çocukluk döneminde dil bozukluğu belirtileri, çocuğun normal dil gelişimi ile karşılaştırıldığında fark edilebilir. Bu belirtiler, dil bozukluğunun erken teşhisi ve uygun müdahalesi için önemlidir. İşte bu belirtileri anlamak için dikkate alınması gereken bazı önemli faktörler:

#### ***4.3.1. Gecikmiş Dil Gelişimi***

Çocukluk döneminde dil gelişimi, belli bir hızda ilerler ve çocuklar belirli yaş aralıklarında belirli dil becerilerini kazanır (14). Dil bozukluğu olan çocuklar, bu dil gelişimi kilometre taşlarını normalden daha geç veya eksik şekilde geçebilirler. Örneğin, kelime dağarcığı gelişimi normalden daha yavaş olabilir veya karmaşık cümleleri oluşturma konusunda zorluk yaşayabilirler (5).

#### ***4.3.2. Anlaşılmayan Konuşma***

Dil bozukluğu olan çocuklar, konuştuklarında diğer insanlar tarafından zor anlaşılabilirler. Bu, seslerin yanlış telaffuz edilmesi, kelime değişiklikleri veya konuşma hızındaki anormalliklerle ilişkilendirilebilir. Anlaşılabilirlik sorunları, iletişim güçlüklerine neden olabilir. Örneğin, “kaka” yerine “tata” demek gibi (5).

#### ***4.3.3. Dil İfadelerinde Eksiklikler***

Dil bozukluğu olan çocuklar, düşüncelerini veya duygularını ifade etmekte zorlanabilirler. Dil ifadeleri sırasında eksik veya sınırlı olabilirler. Bu, çocuğun duygusal ve sosyal gelişimini etkileyebilir.

#### ***4.3.4. Dil Anlama Zorluğu***

Dil bozukluğu olan çocuklar, konuşulan veya yazılı dilin anlamını anlama konusunda güçlük yaşayabilirler. Bu, talimatları veya hikayeleri anlama, kelime anlamlarını kavrama ve metinleri yorumlama yeteneklerini içerebilir.

#### 4.3.5. İletişim Güçlükleri

Dil bozukluğu olan çocuklar, iletişim sırasında güçlükler yaşayabilirler. Bu, diğer çocuklar veya yetişkinlerle etkileşim kurma konusunda sorunlar yaşamalarına yol açabilir. Sosyal etkileşimlerde sık sık yanlış anlaşılmalara veya anlaşılmalara görülebilir (13).

Dil bozukluğu olan çocukların belirtileri, yaşlarına, dil bozukluğunun türüne ve şiddetine bağlı olarak değişebilir. Bu nedenle, bu belirtileri tanımlamak ve teşhis etmek için bir dil patoloğunun veya uzmanın yardımı genellikle gereklidir.

#### 4.3.6. Teşhis ve Değerlendirme

Erken çocukluk döneminde dil bozukluğunun teşhisi, doğru bir tanı ve müdahale sağlamak açısından kritik öneme sahiptir. Erken teşhis ve uygun tedavi, çocuğun dil becerilerini geliştirmesine ve iletişim yeteneklerini güçlendirmesine yardımcı olabilir.

Dil bozukluğunun teşhisi ve değerlendirmesi, lisanslı bir dil patoloğu veya konuşma terapisti tarafından yapılır. Bu profesyoneller, çocuğun dil becerilerini değerlendirmek için çeşitli yöntemler kullanır. Değerlendirme süreci, aşağıdaki adımları içerebilir (13):

- **Özgeçmiş ve Aile Anamnezi:** Çocuğun dil gelişimi ile ilgili aile öyküsü ve önceki gelişimsel kilometre taşları hakkında bilgi toplanır. Çocuğun dil gelişimini düzenli olarak izlemek, potansiyel sorunları erken tanımanıza yardımcı olabilir. Çocuğun yaşına uygun konuşma becerilerini değerlendirmek için klinik araçlar ve gelişim takip grafikleri kullanılabilir.

- **Gözlem:** Aile üyeleri ve eğitimciler, çocuğun konuşma ve dil becerilerini gözlemlemelidir. Dil bozukluğuna dair belirtiler fark edildiğinde, bir uzmana başvurmak önemlidir. Uzmanlar, çocuğun iletişim ve dil becerilerini gözlemleyerek değerlendirme yaparlar.

- **Dil Patoloğu Muayenesi:** Dil bozukluğu tanısı koyma yetkisi olan bir dil patoloğu, çocuğun dil becerilerini daha ayrıntılı bir şekilde değerlendirebilir. Bu değerlendirme, çocuğun hangi alanlarda güçlük yaşadığını ve hangi terapilerin gerektiğini belirlemeye yardımcı olur.

- **Dil Testleri:** Standart dil testleri kullanılarak çocuğun dil becerileri ölçülür. Bu testler, kelime dağarcığı, dilbilgisi ve iletişim yeteneklerini değerlendirebilir.

- **İş birliği:** Aileler, çocuklarının değerlendirme ve teşhis sürecine aktif olarak katılmalıdır. Ailelerin gözlemleri ve bilgileri, teşhise katkı sağlayabilir.

## 5. DİL BOZUKLUĞUNUN TEDAVİSİ VE MÜDAHALESİ

Dil bozukluğu olan bireylerin tedavisi ve müdahalesi, spesifik bozukluk türüne, şiddetine ve bireyin gereksinimlerine bağlı olarak değişebilir (13). Genellikle, dil terapistleri veya konuşma patoloğları, bireylere özgü terapi planları geliştirirler. Tedavi genellikle dil becerilerini geliştirmeye yöneliktir. Terapi, bireyin sözcük dağarcığını artırmak, dilbilgisi becerilerini güçlendirmek ve iletişim yeteneklerini iyileştirmek için çeşitli teknikler kullanır. Ayrıca, aileler ve eğitimciler, terapinin günlük yaşamda uygulanmasına yardımcı olabilirler.

Dil bozukluğu, bireylerin dil becerilerini etkileyen karmaşık bir konudur. Erken teşhis ve uygun tedavi ile, birçok bireyin dil becerilerini geliştirmelerine yardımcı olmak mümkündür. Bu nedenle, dil bozukluğu olan bireylerin erken teşhis edilmesi ve uygun müdahale sağlanması önemlidir. Ayrıca, dil bozukluğunun farkındalığının artırılması ve ailelere bu konuda destek sağlanması da gereklidir. **Formun Üstü** Dil bozukluğu olan bireylerin dil becerilerini geliştirmek ve iletişim yeteneklerini güçlendirmek için kullanılan bazı yaygın yöntemler ve müdahaleler vardır:

### 5.1. Dil Terapisi (Konuşma Terapisi)

Dil terapisi veya konuşma terapisi, dil bozukluğu olan bireylere özel olarak tasarlanmış bir tedavi yöntemidir. Bu terapiler, bir dil patoloğu veya konuşma terapisti tarafından yürütülür. Temel hedef, bireyin dil becerilerini geliştirmek ve iletişim yeteneklerini artırmaktır. Terapiler, bireyin yaşına, dil bozukluğunun türüne ve şiddetine göre özelleştirilir (13).

- **Bireyselleştirilmiş Terapi:** Dil terapisi programları, bireyin ihtiyaçlarına göre özelleştirilir. Terapist, bireyin güçlü ve zayıf yönlerini değerlendirir ve tedavi planını buna göre oluşturur.

- **Ses Terapisi:** Ses bozukluğu olan bireyler için ses terapisi, doğru ses üretimini öğretmeye odaklanır. Ses terapisi, bireyin yanlış telaffuz ettiği sesleri düzeltmek için çeşitli teknikleri içerebilir.

- **Dilbilgisi Terapisi:** Dil gelişim bozukluğu olan bireyler için dilbilgisi terapisi, dilbilgisi kurallarını anlama ve kullanma becerilerini geliştirmeye yardımcı olur.

- **İletişim Becerileri Geliştirme:** Dil terapisi, bireyin iletişim becerilerini güçlendirmek için sözel ve sözel olmayan iletişim stratejilerini içerebilir (13).

### 5.2. Aile Katılımı ve Eğitimi

Dil bozukluğu olan çocukların tedavisinde ailelerin katılımı büyük önem taşır. Aileler, bireyin günlük yaşamında terapi öğretilerini uygulamada kritik bir rol oynarlar. Ayrıca, ailelerin dil bozukluğu konusunda bilinçli olmaları ve bireylerinin ihtiyaçlarını anlamaları önemlidir (13).

- **Aile Eğitimi:** Dil terapistleri, ailelere dil bozukluğunu anlama, terapi sürecini destekleme ve terapi öğretilerini günlük yaşamda uygulama konusunda eğitim verirler.
- **Evde Uygulama:** Aileler, çocuklarına terapi öğretilerini evde uygulamada yardımcı olurlar. Bu, terapinin sürekli bir şekilde ilerlemesini sağlar.

### 5.3. Dil Kursları ve Grup Terapileri

Dil bozukluğu olan bireyler için dil kursları veya grup terapileri, bireylerin diğer benzer zorluklar yaşayanlarla iletişim kurmalarına ve dil becerilerini geliştirmelerine yardımcı olabilir (13).

Grup terapileri, bireylerin sosyal becerilerini geliştirmelerine ve dil gelişimleri üzerinde çalışmalarına olanak tanır. Bu gruplar, dil bozukluğu olan bireylerin bir araya gelmesini ve birbirleriyle iletişim kurmasını teşvik eder (13).

### 5.4. Teknoloji Destekli Terapiler

Günümüzde, teknoloji dil bozukluğu olan bireylerin tedavisinde etkili bir rol oynamaktadır. Dil terapisi uygulamaları, özel dil öğrenme yazılımları ve diğer teknoloji tabanlı araçlar, bireylerin dil becerilerini geliştirmelerine yardımcı olabilir.

### 5.5. Uzun Vadeli Destek ve İzleme

Dil bozukluğu olan bireyler, uzun vadeli destek ve izleme gerektirebilirler. Dil terapisi süreci tamamlandıktan sonra, bireyin ilerlemesini takip etmek ve gerektiğinde müdahalede bulunmak önemlidir.

Dil bozukluğunun tedavisi ve müdahalesi, bireyin ihtiyaçlarına özgü olarak planlanmalıdır. Erken teşhis ve uygun tedavi, bireyin dil becerilerini geliştirmesine ve iletişim yeteneklerini güçlendirmesine yardımcı olabilir. Ailelerin ve dil terapistlerinin iş birliği, başarılı bir tedavi süreci için temel öneme sahiptir (6,10).

## 6. İki Dillilik ve Dil Bozukluğu İlişkisi

İki dillilik ve dil bozukluğu arasındaki ilişki, dil bilimciler, psikologlar ve dil patoloğları için büyük bir ilgi odağıdır. İki dillilik, bir bireyin iki veya daha fazla dili etkili bir şekilde kullanabilme yeteneği olarak tanımlanırken, dil bozukluğu, dilin anlama, ifade etme, konuşma veya yazma becerilerindeki anormal gelişim veya işlev bozukluğunu ifade eder (11). Bu iki konsept arasındaki ilişki karmaşıktır ve çeşitli boyutlarda incelenmelidir.

İki dillilik ve dil bozukluğu arasındaki ilişkiyi daha iyi anlamak için şu alt başlıkları ele alabiliriz (15):

### 6.1. İki Dillilik ve Dil Bozukluğu İlişkisinin Doğası

İki dillilik ve dil bozukluğu arasındaki ilişkinin doğası, dil edinim süreçleriyle yakından ilişkilidir. Bireylerin doğuştan iki dil konuştuğu durumlarla, sonradan ikinci bir dili öğrenenler arasında farklılıklar gözlemlenir (5). Doğuştan gelen iki dillilikte, bireyler genellikle iki dilde de yetkinlik gösterebilirken, sonradan edinilen ikinci dil, ilk dilin gelişimini etkileyebilir. Bu nedenle, iki dillilik türünün dil bozukluğu üzerindeki etkileri incelenmelidir.

Örneklerle açıklayacak olursak:

#### *Örnek 1: Doğuştan İki Dillilik ve Dil Bozukluğu*

Bir ailede annenin İngilizce, baba ise Türkçe konuştuğunu düşünelim. Çocuk, her iki dil de doğal bir şekilde öğrenir. Ancak, çocuk ilerleyen yaşlarda, İngilizce ve Türkçe arasında bazı dil bozukluğu belirtileri göstermeye başlar. Örneğin, cümlenin ortasında dilleri karıştırabilir veya bazı sesleri yanlış telaffuz edebilir. Bu durum, iki dillilik ve dil bozukluğu arasındaki ilişkinin bir örneğini temsil eder (5).

#### *Örnek 2: Sonradan Edinilen İki Dillilik ve Dil Bozukluğu*

Bir yetişkin, ana dilini İngilizce olarak konuşuyor ancak iş nedeniyle Türkçe öğrenmeye başlıyor. İkinci dili edinme sürecinde, kişi bazı dil bozukluğu belirtileri göstermeye başlar. Örneğin, Türkçe konuşurken bazı cümleleri yanlış kurabilir veya dilbilgisi kurallarını ihlal edebilir. Bu, sonradan edinilen iki dillilik ve dil bozukluğu arasındaki ilişkiyi yansıtır (5).

### 6.2. İki Dillilik ve Dil Bozukluğu Riski

İki dilli çocuklar, birden fazla dil öğrenme sürecinde dil bozukluğu riskiyle karşı karşıya olabilirler. Bu risk, kod karıştırma (code-mixing) veya kod

değiştirme (code-switching) gibi fenomenlerle ilişkilendirilebilir. Örneğin, bir çocuk, iki dil arasında cümle yapısı veya kelime seçimi konusunda karmaşıklıklar yaşayabilir. Bu, dil bozukluğu tanısı koymayı karmaşıklştırabilir, çünkü iki dilli çocukların dil kullanımındaki farklılıklar dil patologları için zorluklar yaratabilir (13).

Örneğin, bir çocuk, evde İspanyolca ve okulda İngilizce öğreniyor. Bu çocuk, bazen iki dil arasında geçiş yaparken (kod karıştırma), cümlenin ortasında dilleri karıştırabilir. Örneğin, “I want leche” gibi bir cümle kullanabilir (leche, İspanyolca’da süt anlamına gelir). Bu durum, dil bozukluğu tanısı koymayı zorlaştırabilir, çünkü dil patologları bu tür dil karışıklıklarını dil bozukluğu belirtisi olarak değerlendirmelidir (13).

### ***6.3. İki Dilli Çocukların Dil Gelişimi ve Dil Bozukluğu İlişkisi***

İki dillilik ve dil bozukluğu arasındaki ilişkiyi anlamak için iki dilli çocukların dil gelişimi daha iyi incelenmelidir. Bazı çalışmalar, iki dilli çocukların bazı dil gelişim özelliklerinin tipik olarak tek dilli çocuklardan farklı olduğunu göstermektedir. Bu farklılıklar, iki dillilik ve dil bozukluğu arasındaki ilişkiyi daha anlaşılır hale getirmek açısından önemlidir. İki dilli çocukların tipik gelişimini anlamak, dil bozukluğunu doğru bir şekilde teşhis etmek için gereklidir (16,17).

Örneğin, bir çocuk, ailesi tarafından İngilizce ve Türkçe olarak büyütülüyor. Çocuk, her iki dilde de iletişim kurabiliyor ancak bazı dil gelişimi belirtileri gösteriyor. Örneğin, kelime dağarcığı yaşına göre daha sınırlı olabilir veya bazı sesleri yanlış telaffuz edebilir (5). Dil patologları, bu çocuğun dil gelişimini dikkatlice değerlendirmeli ve dil bozukluğu tanısı koymak için uygun ölçütleri kullanmalıdır.

### ***6.4. İki Dillilik ve Dil Bozukluğu Araştırma ve Uygulama Alanları***

İki dillilik ve dil bozukluğu arasındaki ilişkiyi daha iyi anlamak ve bu alanda daha fazla bilgi oluşturmak için çeşitli araştırma ve uygulama alanları vardır (2,4,7):

- İki dilli çocukların dil gelişimi ve dil bozukluğu riskinin daha fazla incelenmesi.
- Dil bozukluğu olan iki dilli çocukların terapi ve eğitim programlarının geliştirilmesi ve etkililiğinin değerlendirilmesi.
- İki dillilik ve dil bozukluğu arasındaki etkileşimin nörolojik temellerinin daha iyi anlaşılması için çalışmalar yapılması.

Bu araştırma alanlarının daha fazla çalışma gerektirdiği açıktır ve gelecekteki araştırmalar, iki dillilik ve dil bozukluğu arasındaki ilişkiyi daha iyi anlamamıza yardımcı olacaktır. Bu sayede, dil bozukluğu olan iki dilli bireylerin daha iyi desteklenmesi ve tedavi edilmesi mümkün olacaktır.

### 7. Ailelere ve Eğitimcilere Tavsiyeler: Erken Müdahalenin Önemi

Dil bozukluklarının erken tanınması ve müdahalesi, çocukların dil gelişimini desteklemek ve olumsuz sonuçları en aza indirmek için hayati öneme sahiptir. Aileler ve eğitimciler, erken müdahalenin önemi konusunda bilinçli olmalı ve çocuklarına yardımcı olmak için aşağıdaki tavsiyelere dikkat etmelidirler (13):

**a. Erken Tanı ve Uzman Danışmanlığı:** Dil bozukluğu belirtileri gözlemlendiğinde, aileler hemen bir uzmana başvurmalıdır. Bu uzman, çocuğun dil gelişimini değerlendirebilir ve gerekli tedavi veya terapiyi önerir.

**b. Sabır ve Empati:** Aileler, çocuklarının dil bozukluğu ile mücadele ettiğini anlamalı ve sabırlı olmalıdır. İletişimde yaşanan güçlükler çocuğu olumsuz düşünmeye ve dili öğrenemeyeceği yönünde umutsuzluğa sürükleyebilir, bu nedenle aileler empati göstermelidir.

**c. Dil Gelişimini Desteklemek:** Aileler, çocuklarının dil gelişimini günlük yaşamda desteklemelidir. Öykü zamanı, oyunlar ve diğer etkileşimler, dil becerilerini geliştirmek için harika fırsatlardır.

**d. Terapi ve Eğitim Programlarına Katılım:** Aileler, uzmanların önerdiği terapi veya eğitim programlarına düzenli olarak katılmalıdır. Bu programlar, çocuğun dil becerilerini iyileştirmek için tasarlanmıştır ve aile katılımı kritiktir.

**e. Dil Bozukluğu Hakkında Eğitim:** Aileler ve eğitimciler, dil bozukluğu hakkında bilgi edinmeli ve bu konuda eğitilmelidir. Bilinçli bir yaklaşım, çocuğun daha iyi desteklenmesine yardımcı olabilir.

**f. İş birliği ve Koordinasyon:** Aileler, çocuklarının terapistleri ve eğitimcileri ile düzenli iletişim halinde olmalıdır. Bu iş birliği, çocuğun dil gelişimi için koordinasyonu sağlar.

**g. Kendi Kendine Bakım:** Aileler, çocuklarına destek olurken kendi fiziksel ve duygusal ihtiyaçlarına da dikkat etmelidir. Bu, uzun vadeli bir müdahale sürecini sürdürebilmeleri için önemlidir.

**h. Toplumsal Destek ve Bilinçlendirme:** Aileler ve eğitimciler, dil bozukluğu hakkında toplumsal farkındalık oluşturmaya katkıda bulunmalıdır. Bu, toplumun dil bozukluğu olan çocuklara daha fazla anlayış ve destek göstermesine yardımcı olabilir.

Sonuç olarak, erken müdahale, dil bozukluğu olan çocukların dil gelişimini desteklemenin kritik bir parçasıdır. Aileler ve eğitimciler, bu tavsiyelere uyarak çocukların daha iyi iletişim becerileri kazanmalarına yardımcı olabilirler. Unutulmamalıdır ki, her çocuk farklıdır ve bireyselleştirilmiş bir yaklaşımın önemi büyüktür (2,14).Formun ÜstüFormun Altı

## 8. Sonuç

Bu bölümde, dil bozuklukları ve iki dillilik konularının dil edinimi ve gelişimi üzerindeki etkileri ve iki dillilik ve dil bozuklukları gibi karmaşık dil konularının önemi açıklanmıştır. İki dillilik, çocukların dil becerilerini zenginleştirebilecek bilişsel avantajlar sunabilirken, dil bozuklukları dil gelişimini olumsuz yönde etkileyebilir. Sonuç olarak, dil bozuklukları ve iki dillilik, çocukların dil gelişimi ve iletişim becerileri üzerinde karmaşık etkilere sahip önemli konulardır. Erken teşhis ve müdahale, çocukların daha iyi bir dil gelişimi elde etmelerine yardımcı olabilir. Aileler, eğitimciler ve uzmanlar bu konuları daha iyi anlamalı ve çocukların dil becerilerini desteklemek için çaba göstermelidirler. Bu alanda daha fazla araştırma yapılması ve toplumsal farkındalığın artırılması, çocukların daha iyi bir geleceğe sahip olmalarına katkıda bulunabilir.

Bu bağlamda:

- İki dillilik deneyimi olan çocuklar, bilişsel esnekliklerini artırabilirler. Ancak, bu avantajların tam anlamıyla değerlendirilmesi ve sürdürülmesi için uygun eğitim ve destek sağlanmalıdır.
- Dil bozukluğu belirtileri gözlemlenen çocuklar için erken teşhis ve müdahale kritiktir. Erken dönemde yapılan tanı, çocuğun daha iyi bir dil gelişimi elde etmesine yardımcı olabilir.
- Aileler, çocuklarının dil gelişimini günlük yaşamda desteklemelidir. Etkileşimli aktiviteler ve dil oyunları, dil becerilerini artırmak için kullanılabilir.
- Uzman bir dil patoloğu veya terapisti tarafından önerilen terapi ve eğitim programlarına düzenli olarak katılım, dil bozukluğu olan çocukların dil becerilerini geliştirmede önemlidir.
- Aileler ve eğitimciler, kendi kendilerine bakım yapmalı ve destek sistemlerini güçlendirmelidirler. Bu, uzun vadeli bir müdahale sürecini sürdürmek için gereklidir.
- Dil bozukluğu ve iki dillilik hakkında daha fazla araştırma yapılmalıdır. Bu alandaki yeni bulgular, çocukların dil gelişimini ve iletişim becerilerini daha iyi anlamamıza ve iyileştirmemize yardımcı olabilir.



## Kaynaklar

1. Cummins J. Bilingual Children's Mother Tongue: Why Is It Important for Education? *Sprogforum*. 2001;7(19):15-20. <http://www.iteachilearn.com/cummins/mother.htm>

2. Hoff E. Language development in bilingual children. In: Bavin EL, Naigles LR, eds. *The Cambridge Handbook of Child Language*. Second Edi. Cambridge University Press; 2015:483-503.

3. De Houwer A. Parental language input patterns and children's bilingual use. *Appl Psycholinguist*. 2007;28(3):411-424. doi:10.1017/S0142716407070221

4. Bhatia TK, Ritchie WC. *The Handbook of Bilingualism and Multilingualism*. 2nd editio. (Bhatia TK, Ritchie WC, eds.). John Wiley & Sons; 2014.

5. Çiftci A. Language Growth in Turkish-English Bilingual Children in the United Kingdom. Published online 2021. <https://etheses.whiterose.ac.uk/31767/>

6. Olson DJ. A systematic review of proficiency assessment methods in bilingualism research. *Int J Biling*. Published online 2023. doi:10.1177/13670069231153720

7. Haman E, Łuniewska M, Hansen P, et al. Noun and verb knowledge in monolingual preschool children across 17 languages: Data from Cross-linguistic Lexical Tasks (LITMUS-CLT). *Clin Linguist Phon*. 2017;31(11-12):818-843. doi:10.1080/02699206.2017.1308553

8. De Houwer A. Environmental factors in early bilingual development: The role of parental beliefs and attitudes. *Biling Migr*. 2011;(January 1999):75-96. doi:10.1515/9783110807820.75

9. Ketenoğlu ZE, Ünsal A. Okul Öncesi Öğretmenlerinin Erken Okuryazarlık Bileşenleri Hakkında Farkındalıkları. *Int J Eurasia Soc Sci*. 2022;13(50):1408-1429. doi:10.35826/ijoess.3206

10. Hoff E. The Specificity of Environmental Influence: Socioeconomic Status Affects Early Vocabulary Development Via Maternal Speech. *Child Dev*. 2003;74(5):1368-1378. doi:10.1111/1467-8624.00612

11. Hamers JF, Blanc MHA. *Bilinguality and Bilingualism*. USA: Cambridge University Press; 2000.

12. Wei L. Dimensions of bilingualism. In: Wei L, ed. *The Bilingualism Reader*. Routledge; 2000:2-21.

13. Oyer HJ, Crowe B. *Speech, Language and Hearing Disorders*. Little, Brown; 1987.

14. Hoff E, Johnston J, Pakulak E, et al. Language development and literacy. *Encycl Early Child Dev.* 2013;(May):1-94.
15. Heilmann JJ, Rojas R, Iglesias A, Miller JF. Clinical impact of wordless picture storybooks on bilingual narrative language production: A comparison of the “Frog” stories. *Int J Lang Commun Disord.* 2016;51(3):339-345. doi:10.1111/1460-6984.12201
16. Marian V, Blumfield H, Kaushanskaya M. Bilinguals and Multilinguals. *Hear Res.* 2007;50(August):940–967. doi:10.1044/1092-4388(2007/067)
17. Allman B. Vocabulary Size and Accuracy of Monolingual and Bilingual Preschool Children. *ISB4 Proc 4th Int Symp Biling.* 2005;(1993):58-77.



## BÖLÜM IX

# ŞİZOFRENİ VE OKUPASYONEL KATILIM

### *Schizophrenia and Occupational Participation*

Feyza ŞENGÜL

*Çankırı Karatekin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi*

*Ergoterapi Bölümü, Çankırı, Türkiye*

*E-mail: feyzasengul@karatekin.edu.tr*

*ORCID: 0009-0009-8250-2082*

### 1. Giriş

Şizofreni; bireyin duygulanım, düşünce, algılama ve davranışlarını olumsuz etkileyen kronik bir psikiyatrik hastalıktır. DSM-V tanı kriterlerine göre, şizofreninin belirtileri arasında pozitif belirtiler olarak adlandırılan halüsinasyonlar veya sanrılar gibi eklenen belirtiler bulunur. Ayrıca, negatif belirtiler olarak adlandırılan sığ duygulanım veya konuşmanın yoksulluğu gibi eksilen belirtiler de mevcuttur. Dezorganize konuşma veya davranışlar ile dikkat, bellek ve yürütücü işlevler de dahil olmak üzere bilişsel bozulmalar da belirtiler arasında yer almaktadır (1, 2). Bireyler, bahsedilen belirtiler ve çevresel etkenler nedeniyle sıklıkla günlük yaşam aktiviteleri (GYA) ve yardımcı günlük yaşam aktivitelerinde (Y-GYA) limitasyon gösterirler.

Ergoterapide okupasyon, bireylerin zamanlarını meşgul etmek ve yaşama anlam ve amaç getirmek için bireysel, aileyle ve toplumla birlikte yapılan günlük aktiviteleri ifade eder. Okupasyon bir bireyin, grubun veya popülasyonun sağlığı, kimliği ve yetkinlik duygusu açısından merkezi bir roledir ve kişiye özgü anlam ve değere sahiptir. İnsanların yapması gereken, yapmak istediği ve yapması beklenen şeyleri içerir ve ergoterapistler tarafından müdahalenin bir parçası olarak kullanılır (3).

Hastalığın şiddetli ve kronik doğası, sıklıkla kişinin psiko-sosyal-okupasyonel işlevselliğinde bozulmaya yol açar (4). Birey günlük yaşam aktivitelerini sürdürmede fiziksel, psikolojik, sosyal, ekonomik veya toplumsal

problemlerle karşılaşabilir. Gün içerisinde giymesi gereken kıyafetlerini seçme, kahvaltı hazırlama veya işe gitmek için ulaşım araçlarını kullanma gibi birçok insan için otomatik hale gelen bazı okupasyonel rutinlerini düzenlemekte ve okupasyonlara katılım sağlamakta problem yaşayabilir. Bu bölümün amacı; okupasyonlar ve şizofreni tanılı bireylerin dokuz okupasyon alanındaki spesifik problemleri hakkında bilgi edinmek, okupasyonel katılımlarını incelemek ve ergoterapi alanındaki okupasyon temelli uygulamalar hakkında bir bakış açısı kazanmaktır.

## 2. Şizofreni ve Ergoterapi

### 2.1. Şizofreni

Şizofreninin etiolojisi üzerine yapılan araştırmalar, biyolojik ve çevresel faktörlerin etkileşime girerek hastalığa yol açtığını öne sürmektedir. Biyolojik faktörler arasında; prenatal faktörler, nöroanatomi farklılıklar, dopamin ve genetik faktörler ve çevresel faktörler arasında; kırsal çevre, stres hassasiyeti, madde kullanımı ve azınlık gruplar bulunmaktadır. Hastalığın prevalans oranı kültürler arasında benzerlik gösterir ancak prognoz ülkelere göre değişir ve gelişmekte olan ülkelerde daha iyi sonuçlar elde edilir. İlk teşhis genellikle 20'li yaşların başında konulur. Başlangıç yaşı özellikle yıkıcı olabilir çünkü bu dönem çoğu insanın önemli yetişkin ilişkileri kurduğu ve yaşamda yeni roller üstlendikleri dönemdir. Bununla birlikte, şizofreni her yaşta gelişebilir, ancak nadiren ergenlik öncesinde veya 40 yaşından sonra teşhis edilir. Geç başlangıçlı şizofreni kadınlarda daha yaygındır. Epidemiyolojik çalışmalarda cinsiyet açısından farklılık görülmektedir, hastalığın erkeklerde görülme sıklığı daha yüksektir ve kadınlara oranla belirtiler erkeklerde daha şiddetli görülür. Kadınlar daha fazla depresyon yaşar ve genellikle daha ileri yaşlarda bu durumu geliştirme eğilimindedir, erkekler ise daha fazla negatif semptomlar, daha kötü sonuçlar, daha fazla bilişsel bozukluk ve daha fazla madde kötüye kullanımı yaşar. Şizofreni kriterlerini karşılamadan önce, çoğu bireyde davranış ve deneyimlerde belirsiz değişikliklerin olduğu haftalar veya aylar süren bir prodromal dönem bulunmaktadır. Prodromal dönem, hastalığın erken belirtilerinin ortaya çıktığı zaman ile bozukluk için tanısal kriterlerin karşılandığı nokta arasındaki süredir. Şizofreninin prodromunu tanımak, erken tedavi ve semptom kontrolü için önemlidir (3).

Occupational Therapy Practise Framework (OTPF-4)'a göre okupasyonlar; günlük yaşam aktiviteleri (GYA), yardımcı günlük yaşam aktiviteleri (Y-GYA), sağlık yönetimi, dinlenme ve uyku, eğitim, iş, oyun, serbest zaman ve sosyal katılım gibi geniş bir yelpazede sınıflandırılır (3). Bu sınıflandırma, sonraki

bölmelerde daha ayrıntılı olarak incelenecektir. Bireylerin okupasyon seçimleri; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, sosyoekonomik durum, ilgi, ihtiyaç ve kültürel bağlam gibi birçok etkene göre değişmektedir, bu sebeple karmaşık ve çok boyutludur. Okupasyonların sınıflandırılması da yine bireysel faktörlere göre değişim gösterebilir. Örneğin bir birey için yemek yapmak, vakit geçirmekten zevk aldığı bir serbest zaman aktivitesiyken başka bir bireyin yaşamını sürdürmek için bir kafede devam ettirdiği iş aktivitesi olabilir.

## ***2.2. Ruh Sağlığında Ergoterapi***

Tarihsel olarak, tedavi bütününe bir parçası olarak kullanılan ergoterapi, özellikle ergoterapistlerin ruh sağlığındaki rolü ve işlevi açısından kökleri derin bir geçmişe sahiptir. Mesleğin temelleri, ruh sağlığıyla yakından ilişkilendirilir. 19.yüzyılın başlarında sağlık tesislerinde geliştirilen manevi tedavi hareketinde, iş ve serbest zaman aktiviteleri ve personel ile hastalar arasındaki kişilerarası ilişkiler birinci öneme sahip olmuştur. Bu da ergoterapinin kor değerlerini ön plana çıkarmıştır: anlamlı aktivitenin terapötik değeri, destekleyici çevre ve tatmin edici kişilerarası ilişkilerin önemi, kişisel bakım, iş-oyun ve serbest zaman rutinlerinde denge (5)].

20. yüzyılın başlarında, ergoterapinin kurucuları, zihinsel ve fiziksel sağlığı destekleyen bir literatür oluşturarak mesleğin değerini kanıtlamışlardır. 1922'de Adolph Meyer, ruhsal problemlerin, kişinin çevresiyle uyumsuz etkileşiminin sonucu olduğunu öne sürerek günlük aktiviteler ile yaşam memnuniyeti arasında açık bir ilişki olduğunu göstermiştir (6). Ergoterapi, günlük yaşamı düzenleyen ve sağlık ve iyilik haline katkıda bulunan aktivitelere bağlanma anlayışı üzerine kurulmuştur. Ergoterapistler, bireylerin istek ve ihtiyaçlarını belirlemek için kişi merkezli perspektif temelinde bireyle birlikte çalışır ve günlük yaşam aktivitelerine sağlıklı katılımı etkileyen engelleyici veya destekleyici faktörleri belirler. Klinik karar verme süreci boyunca ergoterapistler, kanıt dayalı çeşitli teorik perspektif ve yaklaşımları seçer ve uygular (6, 7). Meslek, her bireyin anlamlı bir yaşam sürdürme, çevresiyle etkileşimde bulunma, sağlık ve refahlarını geliştirme ve toplum içinde tam katılımlarını destekleyerek ruh sağlığı hizmetlerine özgün bir katkı sağlar. Sadece ruh sağlığını değil, aynı zamanda bireylerin ilgi alanlarını, değerlerini, alışkanlıklarını ve rollerini göz önünde bulundurarak, günlük yaşam becerilerini etkileyen fiziksel, duyuşsal ve bilişsel işlevleri değerlendiren ve müdahalelerde bulunan bir yaklaşım içerir. Bireysel faktörler, aktiviteler ve çevre arasındaki karmaşık etkileşimi analiz eder. Şizofreni tedavisinde ergoterapi müdahaleleri, bireysel odaklı yaklaşımları

benimser ve anlamlı, amaçlı aktiviteler aracılığıyla işlevselliği artırmayı, pozitif ve negatif belirtileri azaltmayı ve toplumsal katılımı teşvik etmeyi amaçlar (1, 8).

### ***2.3. Şizofreninin Okupasyonel Performansa Etkisi***

Okupasyonel performans, kişinin katıldığı okupasyonlar ve çevre arasındaki karmaşık ve dinamik etkileşimin sonucu oluşur ve bireyin okupasyon alanlarına katılım düzeyini gösterir. Şizofreninin tekrarlayıcı doğası, bireylerin günlük yaşama entegre olmasını zorlaştırmakta ve pozitif, negatif ve bilişsel belirtiler topluma katılıma engel olmaktadır. Özellikle anhedoni (isteksizlik) ve apati (ilgisizlik), bireylerin günlük yaşam aktivitelerini tamamlamasında en büyük engel olarak görülür. Ayrıca kognitif becerilerdeki bozukluk nedeniyle kahvaltı hazırlama, banyo yapma, alışveriş, temizlik gibi ev işlerini yönetme, kitap okuma, okula veya işe devam etmede, özetle günlük yaşama adapte olmada ve organizasyon sağlamada güçlük görülmektedir (9). Bireyler, doğal çevre ile günlük temaslarını kaybettikçe (hastalık belirtileri kronikleştikçe) aktivite yoksunluğu yaşarlar. Bu durumda ergoterapi, bireyin okupasyonel performansını artırmaya ve aktiviteler aracılığıyla bireylerin iyilik halini geliştirmeye odaklanır (10, 11).

#### ***2.3.1. Aktivite Düzeyleri***

Literatürde şizofreni tanılı bireylerin okupasyonel performans alanlarıyla ilgili yaşadıkları problemlere dair farklı bulgulardan bahsedilmektedir. Bireylerin okupasyonel performansının değerlendirildiği bir çalışmada, çoğunlukla diğer kişilerle etkileşim gerektiren iş ve serbest zamanla ilgili aktivitelerde güçlük çektikleri belirlenmiştir (12). Bireyler, düşük maddi kaynaklar ve ulaşım imkanlarının sınırlılığı nedeniyle genellikle rekreasyon olanaklarından yoksundurlar ve aktif serbest zaman ve sosyal etkileşim yerine pasif serbest zaman aktivitelerine daha çok zaman ayırmaktadırlar. İletişim kurmakta zorlanmaları sebebiyle daha az sosyal bağlantıları vardır ve eğlenceli aktivitelerle daha az ilgi gösterirler. Bu nedenle sosyal olarak izole olma eğilimindedirler (11, 13).

Uyku, televizyon, yeme içme, diğer insanlara ve objelere bakmak gibi sessiz aktiviteler en çok zaman harcanılan aktiviteler iken, çok az zaman ayırdıkları aktiviteler kişisel bakım ve ev işleriyle ilgilidir. Konuyla ilgili yapılan araştırmalarda, şizofreni tanısı alan bireylerin günlük yaşam aktiviteleri içerisinde en büyük zorlukları genellikle kişisel bakım aktivitelerini yerine getirmede yaşadıkları belirlenmiştir (8, 11).

### 2.3.2. Bilişsel Bozukluklar

Şizofrenide bilişsel bozukluklar dikkat, bellek ve yürütücü işlevle ilgili sorunları içerir. Bireyler ilgisiz bilgileri elemekte, ortamdaki bilgileri işlemekte, bilgiyi kısa bir süre için tutmakta ve zihinde manipüle etmekte zorlanırlar. Örneğin, kişi market alışverişi yaparken, listedeki malzemelerden hangilerini aldığını veya hangi malzemenin nerede bulunduğunu hatırlamada zorluk yaşar.

Yürütücü işlevler; organizasyon, planlama, kavramsal esneklik ve problem çözme gibi yüksek seviyeli bilişsel becerileri içerir. Bireyler, olaylar için beyinde senaryo oluşturmada veya alışkanlık kalıpları geliştirmede güçlük yaşarlar. Örneğin, çoğu insanın bir kafeye gitmek için beyinde senaryo veya adım adım rehberi bulunur. Bu durumda izlenmesi gereken belirli adımlar ve toplumsal beklentiler vardır. Birçok insan, bir senaryo takip etmekte olduklarının farkında değilken, şizofrenili birey görevi yerine getirmek için adımları ve kuralları tanımlamakta zorluk yaşar. Tanıdık olmayan durumlarda, çevreyi anlamak ve durum hakkında ne bildiklerini belirlemekte daha fazla zorlandıkları görülmüştür (14).

## 3. Okupasyon

Okupasyonlar bir bağlam içinde gerçekleşir ve kişi, çevre ve aktivite performansı arasındaki etkileşimden etkilenir. Okupasyonlara katılım, ergoterapi sürecinde hem hedef, hem de müdahale aracı olarak kullanılmaktadır (3).



Şekil 1. Okupasyon Alanları



### 3.1. Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA) ve Yardımcı Günlük Yaşam Aktiviteleri (Y-GYA)

Market alışverişi, çoğu insanın pek üzerine düşünmeden gerçekleştirdiği bir temel yaşam becerisidir. Bir malzeme bulunamazsa veya kasadaki sıra yavaş ilerlerse sinirlenilebilir fakat şizofreni tanılı bireyle için durum bundan daha komplekstir. Market, sınıflandırılması gereken birçok bilgi, diğer insanlardan gelen sosyal talepler, çeşitli duyuşsal uyarılar ve alınması gereken kararların olduğu yoğun bir ortamdır. Birey bozulmuş dikkat ve bilgi işleme sebebiyle konsantre olamıyorsa, görsel-işitsel algı problemleri nedeniyle malzemeleri bulamıyorsa, problem çözme ve sosyal ipuçlarına dayalı davranışı düzenlemede sorunlar varsa veya markete gitmek için ulaşım araçlarını kullanamıyorsa bu engellerle başa çıkmak için ekstra bir efor sarf etmelidir. Ergoterapistler, bireylerin anlamlı ve başarılı bir yaşam sürdürmeleri için, kişi çevre ve aktiviteye dair faktörleri ele alarak kişilerin GYA ve Y-GYA'larını gerçekleştirmelerine yardımcı olurlar (14).

**Tablo 1.** Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Yardımcı Günlük Yaşam Aktiviteleri Alanları

Günlük Yaşam Aktiviteleri	Yardımcı Günlük Yaşam Aktiviteleri
Banyo yapma	Bakım verme
Tuvalet ve tuvalet hijyeni	Evcil hayvan bakımı
Giynme	İletişim yönetimi
Yeme ve yutma	Sürücülük ve toplumsal mobilite
Beslenme	Finansal yönetim
Fonksiyonel mobilite	Ev düzeni ve yönetimi
Kişisel hijyen ve bakım	Yemek hazırlama ve temizleme
Cinsel aktivite	Dini ve manevi ifade
	Güvenlik ve acil bakım
	Alışveriş

Günlük yaşam aktiviteleri, bireylerin kendi bedenini korumaya yönelik ve rutin olarak tamamlanan aktivitelerdir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada, şizofrenili bireylerin en çok kendine bakım alanında diş fırçalama, banyo yapma ve tıraş olma gibi aktivitelerde; fonksiyonel mobilite alanında ise toplu taşıma kullanma, bağımsız olarak dışarı çıkma ve araba süre konusunda problem yaşadıkları belirlenmiştir (DOĞU, 2021).

Yardımcı günlük yaşam aktiviteleri ise daha çok evde ve toplumda bireyin günlük yaşamını destekleyen aktivitelerdir. Y-GYA'lar, GYA'lara göre daha

karmaşıktır, çünkü çevre ile etkileşime dayanır, araç kullanımını gerektirir ve gerçekleştirilmesi daha fazla aşama içerir. Bu nedenle, şizofreni tanılı bireyler için, temel GYA aktivitelerine göre daha fazla zorluk yaşama riski bulunmaktadır (15). Yapılan bir çalışmada, Y-GYA alanları arasında en çok zorluk yaşananların ilaç yönetimi, yemek hazırlama ve alışveriş yapma olduğu gözlenmiştir. Bunları finansal işler, çamaşır yıkama gibi ev işleri, ulaşım zorlukları ve toplumda kendini idare etmede zorluklar (alışveriş yapma, ATM kullanma ve hesap yapma) takip etmektedir (16).

### 3.2. Sağlık Yönetimi

Şizofreni tanılı bireylerin genel nüfusa göre morbidite ve mortalite riski çok daha yüksektir. Belirli patolojilere genetik yatkınlık, kötü beslenme alışkanlıkları ve hareketsiz yaşam tarzları, yüksek oranda sigara ve madde kullanımı, yoğun ağız hastalıkları ve farmakolojik tedavi sırasında potansiyel olumsuz olaylar nedeniyle kardiyovasküler risk faktörlerine daha yüksek bir hassasiyet gösterirler. İlaç yönetimindeki düzensizlik, sağlık hizmetlerine erişimde ulaşım zorluğu, stigma kaynaklı problemler, yoksulluk ve hastalığın negatif belirtileri durumu olumsuz etkilemektedir (14, 17). Tedavide kullanılan bazı ikinci nesil antipsikotiklerin diğerlerine göre önemli ölçüde daha fazla metabolik yan etkiye neden olduğunu da bilinmektedir (18).

Son yıllarda bireylerin fiziksel sağlığının önemi, tıbbi topluluk tarafından giderek daha fazla tanınmaktadır. Bu nedenle, hastalık grubunun sağlık yönetimi için standartları tanımlamak amacıyla kılavuzlar geliştirilmektedir (17).

**Tablo 2.** Sağlık Yönetimi ve Dinlenme ve Uyku Alanları

Sağlık Yönetimi	Dinlenme ve Uyku
Sosyal ve duygusal sağlık desteği ve korunması	Dinlenme
Semptom ve durum yönetimi	Uyku hazırlığı
Sağlık hizmet sistemi ile iletişim	Uyku katılımı
İlaç yönetimi	
Fiziksel aktivite	
Beslenme yönetimi	
Kişisel bakım cihazı yönetimi	

### 3.3. Dinlenme ve Uyku

Uyku, zihinsel ve fiziksel sağlığı yenilemek için kritik olan dinamik ve aktif bir süreç olarak tanımlanır. Yaşamın üçte birini kaplayan ve tüm uyanık

okupasyonlarımızın temeli olan uykunun kalitesi, gün içinde yaptığımız her şeyin kalitesini etkilemektedir. Uykunun bozulması; sağlığı, bağışıklığı, bilişsel yetenekleri, ruh halini, güvenliği, gelişimi ve yaşam kalitesini olumsuz etkiler.

Şizofreni tanılı bireyler, sıklıkla uykusuzluk yaşarlar. Günlük bir rutinleri veya uyku düzenleri olmaması sebebiyle, iyi bir uyku için uygun olmayan alışkanlıklar geliştirmektedirler. Çalışmalar bireylerin artmış uykuyu başlatma süresi, azalmış toplam uyku süresi ve azalmış REM uykusuna sahip olduğunu göstermektedir. İyi bir uykuyu desteklemek için yaşam tarzı seçimlerinin etkili kullanılması olarak tanımlanan uyku hijyeni, şizofreni tanılı bireylerde uykusuzluğun tedavisi için etkilidir. Kafein, nikotin ve alkol alımının izlenmesi; yatmadan hemen önce fazla egzersiz yapmamak; düzenli bir uyku programını sürdürmek; yatmadan önce bir rutin kullanmak ve etkili bir uyku ortamını korumak gibi durumlar, bireyin vücut saatini ayarlamasına yardımcı olur ve günlük yaşamdaki işlevselliğini artırabilir (14).

### ***3.4. Eğitim, İş ve Oyun***

Hastalığa yönelik stigmatizasyon, kognitif bozukluklar ve negatif semptomlar gibi faktörlerle birlikte, engelli bireylere yönelik destekli istihdam programlarının eksikliği şizofreni tanılı bireylerin çalışmasını zorlaştırmaktadır. Çalışmak isteyen birçok bireyin de yaşadıkları zorluklar nedeniyle pes ettiği ve çalışma isteğinden vazgeçtiği bilinmektedir. Yapılan bir çalışmada, bireylerin günlük yaşamlarında memnun olmadıklarını aktivite performans alanlarının başında istihdam, eğitim ve ekonomik yetersizlik; ikincil olarak iletişimle ve rutinleri sürdürmekle ilgili zorluklar saptanmıştır. Benzer şekilde başka bir çalışmada, şizofreni tanılı bireylerin en sık iş ve sosyal ilişkilerde zorlandıkları, bunu takip eden zorlukların ise öz bakım ve sağlıkla ilgili olduğu sonucuna varılmıştır (19, 20). Görüldüğü gibi, sorun yaşanan aktivite alanlarının sırası kültür, yaşam şartları ve hastalığın kişilerde oluşturduğu etkilere göre değişse de en başlarda eğitim ve işle ilgili sorunlar yerini korumaktadır (9). Öte yandan hastalığa uygun iş imkanlarının oluşturulması, stigmadan kaçınmak için halkın bilgilendirilmesi, dernek faaliyetlerinin artırılması ve kanun temelli yapılandırılmalar oluşturulması bireylerin belirttikleri çözüm önerileri arasındadır (20).

**Tablo 3.** Eğitim, İş ve Oyun Alanları

<b>Eğitim</b>	<b>İş</b>	<b>Oyun</b>
Resmi eğitimsel katılım	İş ilgileri ve takibi	Oyun keşfi
Resmi olmayan kişisel eğitim ihtiyaçlarının veya ilgi alanlarının keşfi	İş arama ve elde etme	Oyuna katılım
Resmi olmayan eğitimsel katılım	İş performansı ve sürekliliği	
	Emekliliğe hazırlık ve adaptasyon	
	Gönüllü keşif	
	Gönüllü katılım	

### 3.5. Serbest Zaman Aktiviteleri

Serbest zaman; bireyin kendisine ayırdığı, zorunlu görevlerle ilişkilendirilmeyen özel zaman olarak tanımlanır. Bireylerin dışsal baskıları hissetmediği, zamanı anlamlı ve tatmin edici bir şekilde geçirdiği, tercihlerini özgürce ifade edebildiği ve sosyal katılım ortamı oluşturduğu bir yapı olması açısından önemlidir. Bireylerde bozulmuş zaman kullanımı, iş veya oyuna karşı isteksizlik ve olumsuz benlik algısı gibi faktörler serbest zaman aktivite katılımını etkileyebilir. Ancak, fiziksel aktivitenin de dahil olduğu, düzenli ve iyi yapılandırılmış serbest zaman aktiviteleri, sağlığa ve okupasyonel dengeye olumlu katkılar sağlayabilmektedir (21).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada, aktivite performans alanları içerisinde ilk sırada serbest zaman aktivitelerinde yaşanan limitasyon bildirilmiştir. Bireylerin sessiz rekreasyon alanındaki aktivitelerden TV izleme, internet kullanımı, kitap okuma ve örgü örmede limitasyon yaşadıkları; aktif rekreasyon alanında ise daha çok egzersiz yapmakta sorun yaşadıkları saptanmıştır (11).

**Tablo 4.** Serbest Zaman Aktiviteleri ve Sosyal Katılım Alanları

<b>Serbest Zaman Aktiviteleri</b>	<b>Sosyal Katılım</b>
Serbest zaman keşfi	Toplumsal katılım
Serbest zaman katılımı	Aile katılımı
	Arkadaşlık
	Yakın ilişkiler
	Akran grup katılımı

### **3.6. Sosyal Katılım**

Bireyler, hastalık süresince yaşam kalitelerini olumsuz etkileyen ve toplulukları, aileleri, akranları ve arkadaşları ile sosyal katılım kısıtlamalarına sebep olan birçok sosyal ve ekonomik bariyerle karşılaşır. Toplumsal hayatın temel yönleri, serbest zaman katılımı ve gönüllü fırsatları içerir ve bunlar, şizofreni tanılı bireylerin iyileşmesinin merkezi olarak kabul edilen aktivitelerdir. American Occupational Therapy Association (AOTA), sosyal katılımı “Diğerleriyle olan ve sosyal karşılıklı bağlılığı destekleyen sosyal durumlar içinde yer almak” olarak tanımlamıştır (14).

Sosyal çevre ve özellikle yakın ilişkiler, fiziksel ve mental sağlıkta önemli bir rol oynamaktadır. Şizofreni tanılı bireyler için geniş sosyal ağlar; aidiyet ve güven duygularında artış, psikolojik sıkıntıda azalma, ruh sağlığı hizmetleriyle artan ilişki ve yaşam kalitesini iyileştirme ile ilişkilidir. Tersine, daha küçük sosyal ağlar ise; artan hastane kabulleri, artan semptomoloji ve zayıf sosyal işlevsellik ile ilişkilendirilmiştir. Yapılan bir çalışmada, kronik ruhsal bozukluğu olan bireylerin sosyal ağlarının 5 ila 40 yerine 3 ila 13 arasında değiştiği ve genel popülasyondakilerden önemli ölçüde daha az olduğu bulunmuştur (14, 22). Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada, bireylerin sosyal katılım alanında arkadaş edinme, sohbet etme, komşular ile görüşme, topluma dahil olma, yeni kişilerle tanışma ve iş arkadaşlarıyla iletişim kurma konularında problem yaşadıkları belirtilmiştir (11).

Olumlu ilişkiler, duygusal destek, arkadaşlık ve dostluk; hayatın anlamı ve amacının bulunmasının yanı sıra, günlük yaşam aktivitelerinde de pratik destek sundukları için başa çıkma yöntemlerinde kilit bir strateji olarak görülmektedir. Bu durumda ergoterapistlerin de “iyileşmenin desteklenebileceği kabul edici ve olanak sağlayan sosyal ortamlar yaratmanın önemini” vurgulaması gerektiği söylenmiştir (14, 23).

## **4. Şizofrenide Kullanılan Müdahaleler**

### **4.1. İlaç Tedavisi**

Antipsikotik ilaçlar, şizofreni tedavisinde birinci basamakta bulunur. Bu ilaçların, özellikle sanrılar ve halüsinasyonlar gibi pozitif semptomları kontrol altına aldığı bilinmektedir. Ancak sığ duygulanım, konuşma eksikliği ve sosyal iletişim sorunları gibi negatif belirtilere etkileri sınırlıdır. Dopamin D2 reseptörlerini bloke ederek tedavi edici etki gösterirler ve etki mekanizmaları ve yan etkilere göre iki ana grupta incelenirler: birinci kuşak (tipik) ve ikinci

kuşak (atipik) antipsikotikler. Klorpromazin, haloperidol gibi birinci kuşak antipsikotikler ekstrapiramidal sistem yan etkilerine yol açabilen ilaçlardır ve tedavi uyumunu olumsuz etkileyebilirler. Diğer yandan klozapin, olanzapin ve risperidon gibi ikinci kuşak ilaçlar ise birinci kuşak ilaçlara göre pozitif belirtileri daha iyi azaltır; ancak, kilo alımı ve glikoz intoleransı gibi metabolik etkilere yol açma riskleri vardır (1).

İlaçların kullanımı, kişiden kişiye farklılık gösterebilir ve etki süreleri değişebilir. Bu nedenle ilaç tedavilerinin yanı sıra psikososyal müdahale programları da uygulanmaktadır (9, 24).

#### **4.2. Psikososyal Müdahaleler**

Farmakoterapi ile birlikte psikososyal müdahalelerin, hastalarını iyileşmesine katkı sağladığı bilimsel çalışmalarla kanıtlanmıştır. Son araştırmalar, şizofreni tedavisinde bütünsel yaklaşımların hastaların semptomlarına odaklanmanın ötesinde, bağımsız yaşam becerileri, topluma aktif katılım, eğitim ve mesleki gelişim, sosyal ilişkiler gibi günlük yaşam alanlarında iyileşmeleri hedeflemek için önemli olduğunu belirtmektedir.

Psikososyal müdahaleler, şizofreni tanılı bireylerin sosyal becerilerini, öz-yeterliliklerini, günlük yaşam becerilerini ve kişilerarası iletişimlerini artırmayı amaçlayan bir dizi farklı yaklaşımı içermektedir. Bu yaklaşımlar arasında bilişsel davranışçı terapi, grup ve aile terapileri, kişi merkezli müdahaleler, yaşam becerileri eğitimi ve mesleki rehabilitasyon bulunmaktadır. Temel hedef, hastaların bağımsız yaşamaya yönelik sosyal ve mesleki becerilerini iyileştirmektir (1, 8).

Bu bağlamda, şizofreni hastalarının psikososyal rehabilitasyonunda bulunan yaklaşımlardan biri de ergoterapi müdahaleleridir. Ergoterapi, kronik ruhsal bozukluğu olan bireylerin günlük yaşama katılımını artırmaya, yaşam rollerine uyum sağlamaya ve toplumsal ve sosyal hayata katılımlarını geliştirmeye yardımcı olur (8, 9).

#### **4.3. Ergoterapi Müdahale Programları**

Türkiye’de yapılan ağır ruhsal hastalığa sahip bireylere yönelik psikososyal müdahalelerin incelendiği sistematik bir çalışmada müdahaleler üçe ayrılmıştır: psikoeğitim, özgün beceri eğitimleri ve sorun veya belirti odaklı çalışmalar. Çoğunluğu şizofreni hastalığına yönelik planlanan bu müdahalelerde özgün beceri eğitimi içerisinde bulunan ergoterapi programı; şizofreni tanılı bireylerde iletişim, problem çözme becerileri, ilaç uyumu, sosyal işlevsellik ve yaşam

kalitesini geliştirmiş, hastaneye yatış sıklığı ve süresini azaltmıştır. Türkiye’de sınırlı bir şekilde uygulandığı gözlemlenen bu programların, özellikle bilişsel ve mesleki işlevsellik alanlarında daha yaygın bir şekilde benimsenmesi ve klinik uygulamanın rutin bir parçası haline getirilmesi son derece önemli bir adım olacağı belirtilmiştir (14, 25).

Özellikle gözden geçirme çalışmaları ve meta-analizler incelendiğinde, literatürde çok çeşitli ergoterapi müdahale programlarının olduğu dikkati çekmektedir (12, 26, 27). İncelenen bir meta analizde; beş ana müdahale türü tespit edilmiştir: okupasyon temelli, psikoeğitim, beceri eğitimi, kognisyon temelli ve teknoloji destekli müdahaleler. Müdahaleler, beş kategori altında sıralanabilse de literatürdeki birçok çalışma birden fazla kategoriden gelen yöntemlerin birleşimini içermektedir (12) Bu nedenle bu bölümün devamında, okupasyon temelli müdahaleler ön planda olmakla birlikte belirtilen diğer ergoterapi müdahalelerinden literatürde kullanım sıklıklarına göre yer verilecektir.

Bahsedilen müdahale alanları dışında; zaman kullanımı, okupasyonel denge, hayvan destekli terapi, duyu bütünleme, destekli istihdam ve eğitim alanlarında çalışmalar da yapılmaktadır (26).

### **5. Okupasyon Temelli Müdahaleler**

Okupasyon odaklı gruplar; gevşeme ve nefes alma egzersizleri gibi fiziksel aktiviteler, el sanatlarına yönelik aktiviteler, yemek yapma ve alışveriş grupları, müzik program grupları, bahçecilik aktiviteleri ve rekreasyon grupları gibi birçok aktivite grubunu içerir. Okupasyon temelli bir grup oluşturulurken, bireyin motivasyonu ve ilgi alanları izlenerek kişiye özgü yapılandırılmış aktivite programları hazırlanır. Aktiviteyle ilgili temel basamaklar belirlenir ve bu sırada rutin oluşumu ve okupasyon dengesi amaçlanır. Birey cesaretlendirilerek iyilik halinin ve toplumsal yaşama katılımının artırılması da yine amaçlar arasındadır. Çeşitli çalışmalarda, okupasyon gruplarının pozitif ve negatif belirtilerde iyileşmeye yol açtığı, kişilerarası ilişkilerde olumlu etkiler oluşturduğu, benlik saygısı ve duygusal farkındalığı geliştirdiği ve okupasyonel performansı artırdığı kanıtlanmıştır (28-30). Bir çalışmada, destekli konutlarda yaşayan ruhsal bozukluk tanılı bireyler ile toplumsal bahçecilik programı yapılandırılmıştır. Konuksever bir alan, aidiyet duygusu ve ‘yapmak’ yoluyla pozitif duygular gelişiminin, kişilerin iyilik haline katkıda bulunduğu saptanmıştır. Ek olarak bahçecilik aktivitesinin depresyon ve stresi azaltma, yaşam kalitesini geliştirme ve toplum bilincini artırma gibi sağlık üzerine pozitif etkileri olduğu belirlenmiştir (30).

## **5.1. Beceri Eğitimi**

### **5.1.1. Yaşam Becerileri Eğitimi**

Şizofreni tanılı bireyler genellikle günlük aktiviteleri yerine getirme, bağımsız yaşama, eğitim, çalışma ve sosyalleşme gibi konularda karşılaşılabilecekleri zorlukları içeren toplumsal ve okupasyonel re-entegrasyon sorunları yaşayabilirler. GYA ve Y-GYA becerilerini içeren yaşam becerileri eğitimi, bireyi topluma yeniden entegre etmeyi amaçlar. Seanslar bireylerin çeşitli aktivite alanlarında yaşadıkları problemlerle ilgili ihtiyaçlarını karşılamak için planlanır ve odaklanılan beceriler farklılık göstermektedir; yemek hazırlama, para yönetimi, bilgisayar kullanımı, ulaşım, market alışverişi (24) gibi. Yemek hazırlama aktivitesinin kullanıldığı bir grup çalışmasında, bireylerin bağımsızlık düzeylerinin arttığı, çalışma belleği, sözel akıcılık ve genel bilişsel fonksiyon durumlarında iyileşme görüldüğü belirtilmiştir. Beceri eğitimi alan katılımcılar topluma daha hızlı ve daha başarılı bir şekilde entegre olmaktadır (31).

Ergoterapistler, bireylere kişiselleştirilmiş hedefler oluşturmak için yaşam becerileri eğitimi kullanır. Birey odaklı bir yaklaşım benimseyerek aktivite performans alanlarını ve bağlantılı çevresel faktörleri değerlendiren bu yaklaşım, danışanın evinde, süpermarkette, sokakta ve ATM’de gibi günlük yaşam ortamlarında terapi sunmayı amaçlar. Toplumun çeşitli yerlerinde, danışana çeşitli öğrenme fırsatları sunacak grup çalışmaları gibi farklı şekillerde sunulabilir (1).

### **5.1.2. Sosyal Beceri Eğitimi**

Sosyal beceriler, etkili sosyal performans için gereken belirli tepki verme becerileri olarak tanımlanır (9). Seanslar, sosyal öğrenme teorisindeki beş ilkeye göre yapılandırılır: modelleme (beceriye gösterme), pekiştirme (olumlu davranış ile becerinin tekrarlanmasını teşvik etme), şekillendirme (istenilen davranışın ardışık yaklaşımlarla pekiştirilmesi), tam öğrenme (tekrarlı pratik), ve genelleme (davranışı veya beceriyi bir bağlamdan diğerine aktarma). Belirtilen beş ilke, sosyal beceri seanslarına yerleştirilir. Seanslarda, her becerinin temelini oluşturan gerekçe belirlenir ve beceri basamakları katılımcılarla paylaşılır. Rol oyunları ile senaryolar canlandırılır, becerinin öğrenilmesi ve uygulanması olumlu ve düzeltici geri bildirimlerle desteklenir. Seans sonunda, becerilerin kalıcı hale gelmesine yardımcı olmak için ev ödevleri verilir (32).

Literatürde çeşitli sosyal beceri eğitimi programları bulunmaktadır. Bunlardan Bellack ve arkadaşlarının geliştirdiği programa göre iletişim,



girişkenlik, çatışma yönetimi, toplumsal yaşam, arkadaşlık ve flört, sağlığı koruma, mesleki gelişim ve madde ve alkol kullanımıyla baş etmeyle ilgili beceriler, davranışçı tekniklerle ele alınmaktadır. Becerinin şizofreni tanılı bireylerdeki etkisi; sosyal etkileşimde gelişme, yaşam kalitesi ve işlevselliğin artması ve alevlenme dönemlerinin azalması şeklinde belirtilmiştir (11, 32).

## 6. Sonuç

Şizofreni, kişilerin psikolojik, sosyal ve okupasyonel işlevselliğinde bozulmalara yol açan kronik ve karmaşık bir hastalıktır (4). Bireyler günlük yaşam aktivitelerini sürdürmede fiziksel, psikolojik, sosyal, ekonomik ve toplumsal problemlerle karşılaşır ve toplumsal yaşama entegrasyonu, yaşam kalitesini ve okupasyonel performansı geliştirmek için ergoterapi müdahalelerinden yararlanırlar. Ergoterapi programları; şizofreni tanılı bireylerde iletişim, problem çözme becerileri, ilaç uyumu ve sosyal işlevselliği geliştirerek hastaneye yatış sıklığı ve süresini azaltabilmektedir (14, 25). Anlamlı ve kişi için bir amaca sahip aktiviteler, birey ve çevre perspektifinde değerlendirilerek kişi için en uygun müdahale yöntemine karar verilir. Bu bağlamda, şizofreni tanılı bireylerin yaşam kalitesini ve iyi olma halini geliştirmek için; becerileri eğitimleri ve grup aktiviteleri gibi okupasyon temelli müdahalelerin planlanmasının önemli olduğu belirtilmektedir.

## KAYNAKLAR

1. Abaoğlu H. Şizofrenili bireylerde yaşam becerileri eğitiminin işlevsellik üzerine etkisinin incelenmesi (Doktora tezi). Türkiye: Hacettepe Üniversitesi; 2018.
2. Birliği AP. *DSM-IV-TR tanı ölçütleri başvuru elkitabı*. Türkiye: Hekimler Yayın Birliği; 2005.
3. Association AOT. *Occupational therapy practice framework: Domain et process*. 2020.
4. Rani A, Raman KJ, Ammapattian T, Antony S, Prahbu SG, Basavarappa C. *Lived Experiences of Persons with Chronic Schizophrenia Living in the Community*. Indian Journal of Psychological Medicine. 2023; 45(4): 374-382.
5. Bryant W, Fieldhouse J, Bannigan K. *Creek's Occupational Therapy and Mental Health E-Book*. Elsevier Health Sciences. 2008.
6. Meyer A. *The philosophy of occupation therapy*. American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation. 1922; 1(1): 1-10.

7. Anthony WA. *Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s*. Psychosocial rehabilitation journal. 1993; 16(4): 11.
8. Gibson RW, D'Amico M, Jaffe L, Arbesman M. *Occupational therapy interventions for recovery in the areas of community integration and normative life roles for adults with serious mental illness: A systematic review*. The American Journal of Occupational Therapy. 2011; 65(3): 247-256.
9. Doğu SE. Şizofreni Olan Bireylerde Ergoterapi ve Sosyal Beceri Eğitiminin Etkinliğinin Karşılaştırılması. Türkiye: Hacettepe Üniversitesi; 2019; 250.
10. Bejerholm U, Eklund M. *Engagement in occupations among men and women with schizophrenia*. Occupational therapy international, 2006. 13(2): 100-121.
11. Doğu SE. Şizofreni tanısı olan bireylerde aktivite performans alanlarına yönelik sorunların belirlenmesi. Sağlık Profesyonelleri Araştırma Dergisi, 2021. 3(2): 43-54.
12. Crouch R, Alers V. *Occupational therapy in psychiatry and mental health*. 5. ed. John Wiley & Sons; 2014.
13. Ekici G, Çorakçı Z, Şafak Y. Şizofrenili bireylerde aktivite performansı, yaşam memnuniyeti ve ruhsal durum ilişkilerinin incelenmesi. Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi, 2016. 4(2): 65-71.
14. Brown C, Stoffel VC, Munoz J. *Occupational therapy in mental health: A vision for participation*. FA Davis; 2019.
15. Lipskaya L, Jarus T, Kotler M. *Influence of cognition and symptoms of schizophrenia on IADL performance*. Scandinavian journal of occupational therapy, 2011. 18(3): 180-187.
16. Samuel R, Thomas E, Jacob K. *Instrumental activities of daily living dysfunction among people with schizophrenia*. Indian journal of psychological medicine, 2018. 40(2): 134-138.
17. Chacón F, Mora F, Gervás-Ríos A, Gilaberte I. *Efficacy of lifestyle interventions in physical health management of patients with severe mental illness*. Annals of general psychiatry, 2011. 10(1): 1-10.
18. Marder SR, et al. *The Mount Sinai conference on the pharmacotherapy of schizophrenia*. Schizophrenia Bulletin, 2002. 28(1): 5-16.
19. Hayes RL, Halford WK. *Time use of unemployed and employed single male schizophrenia subjects*. Schizophrenia Bulletin, 1996. 22(4): 659-669.
20. Işıl I, Savaş G, Kılıç N. Şizofreni hastalığına sahip bireylerin çalışma hayatı konusunda yaşadıkları güçlükler. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2019(3): 399-408.

21. Katırcıbaşı G. *Şizofreni Tanılı Bireylerde Serbest Zamanla İlişkili Ergoterapi Müdahalelerinin İncelenmesi*. Türkiye: Hacettepe Üniversitesi; 2022.

22. de Mooij LD, Kikkert M, Beekman ATF, Lommerse NM, Dekker JJM. *The conundrum of social participation in severe mental illness*. VU Research Portal: 154.

23. Georgaca E, Zissi A. *Living with psychosis: Strategies and social conditions for recovery*. Psychosis, 2018. 10(2): 81-89.

24. John A, Gandhi S, Prasad MK, Manjula M. *Effectiveness of IADL interventions to improve functioning in persons with Schizophrenia: A systematic review*. International Journal of Social Psychiatry, 2022. 68(3): 500-513.

25. Bekiroğlu S, Özden SA. *Türkiye’de ağır ruhsal hastalığa sahip bireylere ve ailelerine yönelik psikososyal müdahaleler: sistematik bir inceleme*. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 2021. 13(1): 52-76.

26. Kirsh B, Martin L, Hutqvist J, Eklund M. *Occupational therapy interventions in mental health: A literature review in search of evidence*. Occupational Therapy in Mental Health, 2019. 35(2): 109-156.

27. Kim JH, Ko SB, Park HY. A systematic review of occupational therapy interventions applied to patients with schizophrenia. J Korean Soc Occup Ther, 2016. 24(3): 35-53.

28. Fan Y, Ma L, Xu W, Lamberti JS, Caine ED. *A community-based peer support service for persons with severe mental illness in China*. BMC psychiatry, 2018. 18: 1-10.

29. Keightley M, Agnihotri S, Subramaniapillai S ve ark. *Investigating a theatre-based intervention for indigenous youth with fetal alcohol spectrum disorder: exploration d’une intervention basée Sur le théâtre auprès de jeunes Autochtones atteints du syndrome d’alcoolisme fœtal*. Canadian Journal of Occupational Therapy, 2018. 85(2): 128-136.

30. Suto MJ, Smith S, Damiano N, Channe S. *Participation in Community Gardening: Sowing the Seeds of Well-Being: Participation au jardinage communautaire: Pour semer les graines du bien-être*. Canadian Journal of Occupational Therapy, 2021. 88(2): 142-152.

31. Grimm EZ, Meus JS, Brown C ve ark. *Meal preparation: Comparing treatment approaches to increase acquisition of skills for adults with schizophrenic disorders*. OTJR: Occupation, Participation and Health, 2009. 29(4): 148-153.

32. Browne J, Mueser KT, Pratt SI. *Social skills training for persons with schizophrenia*, in *Social skills across the life span*. Elsevier; 2020: 329-342.

## BÖLÜM X

# ERKEN ÇOCUKLUK EĞİTİMİNDE SAĞLIK

## *Health in Early Childhood Education*

**Nihan FEYMAN GÖK**

*Çankırı Karatekin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi*

*Çocuk Gelişimi Bölümü, Çankırı, Türkiye*

*E-mail: nfeymangok@karatekin.edu.tr*

*ORCID: 0000-0002-0838-6791*

### 1. Giriş

**E**rken çocukluk eğitimi yaşamın ilk sekiz yılında çocuklara profesyoneller tarafından hizmet verilen eğitim sürecini ifade eder. Erken çocukluk eğitimi yıllar geçtikçe önem kazanan bir alandır. Erken çocukluk dönemi savunucularından Nobel ödüllü ekonomist Heckman, yetenekli ve üretken bir işgücü sağlamak için doğumdan beş yaşına kadar olan çocukların bilişsel ve sosyal becerilerinin gelişmesine yatırım yapmanın önemine dikkat çekmiştir (1). Erken gelişimin amaçlı öğretmenler yani verdikleri kararların ardında bir amacı olan ve amacını açıklayabilen öğretmenler tarafından verilen etkili bir eğitimle sağlanabileceğine dair kanıtlar mevcuttur (2). Amaçlı ve etkili eğitim, çocukların düşünme, öğrenme ve gelişmelerinin sağlıklı bir biçimde desteklenmesidir. Bu doğrultuda çocukların farklı yaş dönemlerinde fiziksel, sosyal, duygusal ve bilişsel alanlarda bütüncül gelişmesi hedeflenmeli ve bu sürecin nasıl gerçekleştiği bilinmelidir. Çocukların sağlığının iyi olması, erken çocukluk dönemi boyunca sağlıkla ilgili kazanımların elde edilmesi ve sürdürülmesi erken çocukluk eğitiminin en önemli görevleri arasındadır. Çocuğun okul ve hayattaki başarısı sağlıktan ayrı düşünülemez. Sağlık ve sağlığın geliştirilmesi erken dönemlerden itibaren bireyin yaşamında önemli bir yere sahiptir (3-4). Dünya Sağlık Örgütü “sağlık, yalnızca hastalık veya sakatlığın olmaması değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik halidir” demektedir (5). Bu doğrultuda sağlık, bütüncül olarak ele alınmalıdır.

## 2. Çocuk Hakkı Olarak Sağlık Hakkı

Sağlığın tanımı sadece hastalık veya sakatlığın olmaması değil aynı zamanda fiziksel, sosyal ve ruhsal refah durumunu ifade etmektedir (6). Sağlık bireylerin en temel haklarından ve bir milletin kalkınmasının en önemli faktörlerinden biridir. Bireyin sağlık hakkının en önemli unsurları Dünya Sağlık Örgütü tarafından yüksek sağlık standardına sahip olmak ve insanlar arasında ayırım gözetmemek olarak açıklanmıştır (7). Çocuk hakları, dünya üzerindeki tüm çocukların doğuştan sahip olduğu evrensel bir kavramdır. Sağlık hakkı ise çocukların sahip olduğu en temel haklardandır. Her bireyin doğumdan itibaren sahip olduğu hakların hepsine çocukların da sahip olduğu bilinciyle özellikle sağlık hakkında belirli hakların çocuklara ayrıcalıklı olarak tanınması gerekmektedir. Çocuk Hakları Sözleşmesi çocuğun sağlık hakkını “çocuğun sağlık düzeyinin en iyi durumda olması ve sağlık hizmetlerine erişebilmesi olarak ifade etmektedir (8). Çocukların sağlık haklarından mahrum kalmaması için taraf devletler, bu hakkın uygulanmasını takip eder ve çaba gösterirler. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Anayasasına göre bireyler arasında ayrımcılık yapılması sağlık hakkının ihlal edilmesi anlamına gelmektedir (9). Çocukların tüm sağlık hizmetlerinden yararlanması küresel bir taahhüt olarak düşünülebilir.

### 2.1. Sağlığı Destekleyici Eğitim Programları

Türkiye’de okul çocuklarının ve okul çalışanlarının sağlığının değerlendirilmesi, geliştirilmesi, sağlıklı okul yaşamının sağlanması ve sürdürülmesi, öğrenciye ve topluma sağlık eğitiminin verilmesi için okul sağlığı çalışmaları başlatılmıştır. Okul sağlığı programı ile bütüncül yaklaşımın benimsendiği bir okul sağlığı modelinin oluşturulması hedeflenmektedir (10). Program, öğrencilerin yıllık periyodik izlem ve muayenelerinin yapılmasını kapsamaktadır. Bu çalışmalar sağlık hizmetleri, sağlıklı ve güvenli okul çevresi, sağlıklı beslenme, sağlık eğitimi, fiziksel aktivite, aile ve toplum katılımıdır. Program kapsamında aile hekimleri ve sağlık çalışanları dışında psikolojik danışman ve rehber öğretmene, öğretmen ve veliye de önemli roller düşmektedir. Program bireylerden yola çıkarak toplumun sağlık düzeyini yükseltmeyi amaçlamaktadır.

Fiziksel sağlık, çocukların fiziksel olarak genel durumunu tanımlayan büyüme, kuvvet, esneklik ve dayanıklılığı içeren bir terimdir. Çocukların fiziksel sağlığında kalıtım, iyi beslenme, sağlık hizmetlerine erişim ve zinde oluşu destekleyici etkinliklere katılım gibi önemli faktörler rol oynamaktadır. Yaşam kalitesinin

yükseltilmesinde ve korunmasında sağlığın önemli bir yeri vardır. Sağlığın korunması ve geliştirilmesinde bireylerin sağlık bilincinin geliştirilmesi önemli bir etkidir (11). Sağlık ve sağlık davranışlarının kazandırılmasında okulların ve eğitim programlarının önemli olduğu bilinmektedir (12). Türk Milli Eğitimi'nin genel amaçlarına bakıldığında Madde 2'de sağlık vurgusu şu şekildedir (13) :

“Beden, zihin, ahlak, ruh ve duygu bakımlarından dengeli ve sağlıklı şekilde gelişmiş bir kişiliğe ve karaktere, hür ve bilimsel düşünme gücüne, geniş bir dünya görüşüne sahip, insan haklarına saygılı, kişilik ve teşebbüse değer veren, topluma karşı sorumluluk duyan; yapıcı, yaratıcı ve verimli kişiler olarak yetiştirmek amaçlanır.” Sağlık eğitimi, sağlığın korunması ve geliştirilmesinde en temel etmenlerden biridir (14). MEB Okul Öncesi Eğitim Programı'nda sağlıkla ilgili aşağıdaki tanıtım yazısına yer verilmiştir (15):

“Bu program okul öncesi eğitim kurumlarına devam eden çocukların zengin öğrenme deneyimleri aracılığıyla sağlıklı büyümelerini, tüm gelişim alanlarının desteklenerek en üst düzeye ulaşmasını, özbakım becerilerini kazanmalarını ve temel eğitime hazır bulunmalarını sağlamak amacı ile geliştirilmiştir. Program çocukların gelişimsel özellikleri, ilgi ve gereksinimleri ile çevresel koşullarını dikkate alan gelişimsel, sarmal ve eklektik bir yapıdadır.”

Okul öncesi eğitimin amaçlarında sağlık, çocukların beden, zihin ve duygu gelişimini ve iyi alışkanlıklar kazanmasını sağlamak olarak; okul öncesi eğitimin temel ilkelerinde ise okul öncesi eğitim çocuğun motor, sosyal ve duygusal, dil ve bilişsel gelişimini desteklemeli, özbakım becerilerini kazandırmalı ve onu ilkökula hazırlamak şeklinde tanımlanmıştır (15):

Okul Öncesi Eğitim Programı'nda özbakım becerileriyle ilgili kazanım ve göstergeler bölümünde ise sağlığa ilişkin aşağıdaki kazanım ve göstergeler yer almaktadır: Kazanımlardan biri çocuğun bedeniyle ilgili temizlik kuralları uygulamasıdır. Bu gösterge altında çocuğun Saçını taraması, dişini fırçalaması, elini, yüzünü yıkaması tuvalet gereksinimine yönelik işleri yapması beklenmektedir. Bir diğer kazanım yaşam alanlarında gerekli düzenlemeler yapmasıdır. Buna göre çocuğun ev ve okuldaki eşyalarını temiz ve özenle kullanması, toplaması, katlayıp asarak yerleştirilmesi beklenmektedir. Bir diğer kazanım beslenmeye ilişkindir. Buna göre çocuğun yeterli ve dengeli beslenmesi gerekir. Yiyecek ve içecekleri yeterli oranda yemesi ve içmesi, öğün zamanlarında yemek yemeye çaba göstermesi kazanması gereken davranışlardandır. Çocuk sağlığı olumsuz yönde etkileyen yiyecekleri ve içecekleri yemekten ve içmekten kaçınma, yiyecekleri yerken sağlık ve görgü kurallarına özen gösterme davranışlarını kazanmalıdır.

Dinlenmenin önemini açıklama yani çocuk kendisini dinlendiren etkinliklerin neler olduğunu söyleyerek dinlendirici etkinliklere katılma davranışını öğrenir. Dinlenmediğinde ortaya çıkabilecek sonuçları söyleyebilir. Çocuk günlük yaşam becerileri için gerekli araç ve gereçleri kullanma kazanımı kapsamında beslenme, beden temizliğiyle ve çevre temizliği amacıyla uygun araç ve gereçleri kullanma becerisi kazanmalıdır. Son olarak çocuk sağlığına ilişkin önlemler alma davranışını erken çocukluk eğitim programı yoluyla kazanmalıdır. Bu kazanıma ilişkin sağlığını korumak için yapması gerekenleri söylemesi, sağlığına dikkat etmediğinde ortaya çıkabilecek sonuçları açıklaması ve sağlığını korumak için gerekenleri yapması önemli göstergelerdendir.

## ***2.2. Sağlık Eğitiminde Erken Çocukluk Eğitimcisinin Rolü***

Erken çocukluk eğitimi kurumlarında çalışan öğretmenler çocukların sağlıklı olmasında önemli bir rol oynamaktadır. Çocukları hastalıklardan korumak, sağlıklı yaşamı desteklemek, hastalık ve yaralanmaları engelleyici etkinliklerle öğrenme sürecini yürütmek öğretmen sorumluluğundadır. Tüm etkinlikler ve deneyimler esnasında çocuklara yeterli ve dikkatli gözetim sağlamak, güvenli, uygun mobilya ve materyaller bulundurmak ve bunları kontrol etmek gerekmektedir (16). Eğitimcilerin sorumlu olduğu sağlık uygulamaları şunlardır:

- Sınıf ortamını temiz tutma ve sınıfı havalandırma
- El hijyeni ve temizlik konusunda model olma
- Beslenme ve basit sağlıklı atıştırmalıklar hazırlama
- Dinlenme
- Hareketli bir yaşam alışkanlığı ve egzersiz
- Acil durumlara karşı hazırlıklı olma
- Sağlıklı yaşamayı teşvik eden ortamlar hazırlama

Eğitimciler gün boyu çocukları gözetmeli, gerektiğinde çocuklara ilk yardım bilgisiyle müdahale etmeli, çocuklara güvenlik hatırlatmaları yapmalı ve riskli davranışlara müdahale edebilmek için çocuklara yakın durmalıdır. Okul öncesi çocuklar sağlıklı olmak için pek çok şeyi kendi kendilerine yapabilir ve becerilerini geliştirebilirler. Soğuk bir günde dışarı çıkmadan önce ceketlerini giyerler, yemeklerden sonra dişlerini fırçalarlar, tuvaleti kullandıktan sonra ellerini yıkarlar. Çocuklar ayrıca besleyici yiyecekleri seçmeyi, hazırlamayı ve yemeyi de öğrenebilirler. Eğitimciler sağlık uygulamalarını geliştirmek için bazı adımları takip edebilirler. Bu adımlar şöyle sıralanmıştır:

1. Sınıfı her gün yeterli havalandırın ve aydınlatma, konforlu sıcaklık ve sıhhi koşullar açısından kontrol edin.
2. Kağıt havlu, sabun ve çocukların erişebileceği plastik kaplı, çöp kutuları sağlayın. Çocuklar bu malzemeleri kullandıklarında sağlıklı bir çevre korumanıza yardımcı olurlar.
3. Günlük sağlık kontrollerinizi tamamlayın ve gün boyunca hastalık belirtilerine karşı tetikte olun.
4. Nezle grip gibi bulaşıcı hastalıkların ve çocukluk dönemi hastalıklarının semptomlarını tanıyın ve ailelerle düzenli temas halinde olun.
5. Mikropların yayılmasını önlemek için el yıkama prosedürlerini titizlikle takip edin.
6. Yiyecekleri hazırlamadan ve servis etmeden önce ve sonra masa yüzeylerinin temizlenmesini ve dezenfekte edilmesini sağlayın.
7. Rahatlatıcı ve dinç olmayı sağlayan iç ve dış mekan dengesini gözeterek esnek bir eğitim programını takip edin.
8. Tüm çocuklara dinlenmeleri için yeterli zaman tanıyın. Şekerleme/dinlenme zamanı genellikle öğle yemeğinden sonra planlanır ve bazı çocukların ek dinlenme zamanına ihtiyacı olabilir.
9. Tuvalet, el yıkama, diş fırçalama, atıştırmalıklar ve yemek zamanlarında çocukları bağımsız olarak becerilerini kullanmaya teşvik edin.
10. El yıkama, kağıt mendil kullanma, besleyici gıdalar yeme ve dezenfekte etme gibi sağlıklı alışkanlıklarına örnek olun.
11. Günlük rutinler, sohbetler, kitaplar, yemek pişirme etkinlikleri ve sağlık profesyonellerini ziyaret ederek sağlık ve hijyen kavramlarını tanıyın.
12. Besleyici atıştırmalıklar yapmayı planlayın ve servis yapın. Yemek pişirme faaliyetleri için besin değeri yüksek yemek tarifleri seçin ve teşvik edin.
13. Sohbet etmeyi teşvik etmek ve sağlıklı beslenme alışkanlıklarına örnek olmak için yemek sırasında çocuklarla aile sofrasında oturur gibi oturun.
14. Çocukların vücutlarının dinlenmeye, yemeğe, suya veya harekete ihtiyaç duyduğu zamanı fark etmelerine yardımcı olun.
15. Ailelere sağlıklı yaşamı nasıl desteklediğinizi anlatın. Menülerin kopyalarını el yıkama yoluyla soğuk algınlığının önlenmesine ilişkin makaleleri ailelere gönderin.
16. Çocuklar yemeğini bitirdiğinde tabaklarını temizlemeli ve masa üzerini silerek ellerini yıkamalıdır.



### ***2.3. Erken Çocukluk Eğitiminde Etkili Sağlık Programı***

Sağlık, yalnızca hastalığın olmayışı değil, fiziksel, zihinsel ve sosyal refah durumudur. Sağlıklı insanlar genellikle iyi dinlenmiş ve enerjiktir, doğru yiyecekleri yerler, kendilerini yetkin hissederler ve başkalarıyla iyi geçinirler. Çocuklar doğdukları andan itibaren aşılama ve rutin kontrolleri, diş hekimi ziyaretleri ve doktora gitme deneyimleriyle sağlık profesyonelleriyle iletişim içinde olurlar. Bu iletişim deneyimleri çocukların sağlığa ilişkin fikir edinmesini sağlar. Erken çocukluk eğitiminde sağlık programının amacı çocuklara sağlıklı ve güvenli davranışları öğretmektir. Etkili bir erken çocukluk eğitiminde sağlık programı el hijyeni, güvenlik, beslenme-yemek yapma, sağlıklı yaşam alışkanlıkları ve resimli çocuk kitaplarında sağlığa ilişkin temalardan oluşmaktadır.

#### ***2.3.1. El Hijyeni***

Bir virüsün yayılmasını durdurmanın en etkili ve en kolay yollarından biri el hijyeninin sağlanmasıdır (18). Elleri temizlemek insanları hem hastalığa karşı korur hem de hastalığın bulaşmasını önler. DSÖ tavsiyelerine göre el hijyeni okullarda hem okul personelinin hem de çocukların hayatının bir parçası olmalıdır (17). Okulda tuvaletten önce ve sonra, yemeklerden önce ve açık havada oyun oynadıktan sonra yemek zamanı elleri yıkama, iyi ki doğdu şarkısını söyleyerek şarkı bitene dek elleri yıkamaya devam etme ve böylece 20 saniye süre ile el yıkama prosedürünün sürmesi sağlanır.

Çocukluk çağı hastalıklarının çoğu bulaşıcıdır. Hasta çocuklar mikropları okuldaki masalarda, materyallerde ve ekipmanlarda bırakabilir. Mikroplar bir çocuktan diğerine tükürük, mukus, idrar, kusmuk ve dışkı yoluyla yayılabilir. Hastalığa neden olan mikroplar, bir çocuk her hapşırduğunda veya öksürdüğünde, yemeğini paylaştığında veya tuvaleti kullandıktan sonra ellerini yıkamayı unuttuğunda bulaşabilir. Hasta görünüp görünmediğine bakarak kimin bulaşıcı bir hastalığı olduğu söylenemez. Bazen çocuk sağlıklı görünse bile hastalıklar bulaşıcı olabilir. Çoğu hastalık semptomlar ortaya çıkmadan birkaç gün önce bulaşıcıdır. Bazıları herhangi bir belirtiyeye neden olmadan uzun süre taşınabilir. Bu nedenle hastalıkların çocuklar ve yetişkinler arasında yayılmasını önlemek için el yıkama, temizleme ve dezenfekte etme, vücut sıvılarıyla temas halinde eldiven kullanma gibi evrensel önlemlere uymak önemlidir (18).

Çocukları el temizliğini özendirme için eğitim adına karar vericilerin, okul liderlerinin ve öğretmenlerin kanıt temelli el hijyeni davranış değişikliği yaklaşımlarını programa dahil etmesi önemlidir. Ayrıca okullara ayrılan bütçede

su, sabun ve kağıt havluya erişimin sağlanması gerekmektedir. El yıkanırken çocuklar kollarını sıvar, akan suyun altında eller ıslatılır. Okulda el hijyenini sağlamak amacıyla şu aşamalardan oluşan el yıkama tekniği uygulanmalıdır (18) : Bilekler, avuç içi, ellerin sırt ve parmak araları ile tırnakların kenar ve uçları sabun ile köpürtülerek en az 20 saniye süreyle kuvvetlice ovuşturulur. Ardından eller su altında iyice durulanır ve bileklerden başlayarak kâğıt havlu ile kurulanır. Aynı kâğıt havlu ile musluk kapatılır. El yıkama prosedürü atıştırmalık ve yemek hazırlamadan, yemek yemeden ve servis etmeden önce ve sonra, ilaç uygulamadan önce ve sonra, tuvaleti kullandıktan veya bir çocuğun tuvaleti kullanmasına yardım ettikten sonra, bulaşıcı bir hastalığı olabilecek bir çocukla yakın temastan sonra, sınıfı, banyo yüzeylerini veya oyuncakları temizledikten sonra, evcil hayvanlara veya evcil hayvan malzemelerine dokunduktan sonra, çöpün plastik torbasını değiştirdikten sonra, birden fazla kişi tarafından kullanılan suda oynamadan önce ve sonra veya açık havada oynadıktan sonra kum havuzlarında oynadıktan sonra uygulanır.

El yıkama herkes içindir. Okuldaki profesyoneller, ellerini sık sık ve iyice yıkayarak çocuk bakımı programlarında hastalıkların yayılmasını azaltabilirler. Öğretmenler kendi ellerini yıkar ve çocukların eve vardıklarında ve eve gitmeden önce ellerini yıkamalarına yardımcı olur. Elleri temizlerken antibakteriyel içeren sabun kullanmaya gerek yoktur, normal sabun yeterlidir. Su ve sabunla yeterli sürede ellerin her tarafına sabun ve su degecek şekilde yıkanması korunmayı artırmak için önemlidir.

### **2.3.2. Güvenlik**

Erken çocukluk eğitim programının amaçlarından biri çocukları okul içinde ve oyun bahçesinde oluşabilecek kazalardan korunma konusunda eğitmektir. Okulda kazalardan korunmanın yolu güvenli oynamayı ve güvenli etkileşim kurmayı öğrenmektir. Yetişkinler okulda yaralanmaları nasıl önleyeceklerini ya da yaralanmalar meydana geldiğinde ne yapacaklarını bilmelidirler. Çocukların kendilerini güvende hissetmeleri için yetişkinlerin onları zarardan koruyacaklarına ve yaralanmalar meydana geldiğinde yetişkinlerin ne yapacaklarını bileceklerine güven duymaları gerekmektedir. Güvenlik konusu risk konusunu beraberinde getirir. Çocuklar yeni zorluklar denedikçe ve bağımsızlıklarını keşfettikçe doğrudan yetişkin gözetimi olmadan hareket edebilirler. Risk almak yaralanmalara yol açabileceğinden çocukların eylemlerinin olası sonuçlarını düşünmeyi ve nasıl önlem almaları

gerektiğini öğrenmeleri gerekmektedir. Çocukların yaralanmasına neden olan kazaların çoğunun önlenelidir. Okulda çocukların güvenliğine ilişkin öğretmenlerin mesleki sorumlulukları vardır Öğretmenler üç temel güvenlik stratejisi kullanır (18) :

- Net sınırlar sağlayacak şekilde sınıfı ve dış mekânı düzenlemek ve tüm alanları tehlikelerden uzak tutmak,
- Çocuklara güvenlik konusunda model olmak, onlarla konuşmak ve gerektiğinde yaralanmaları önlemek için çocukların oyunlarına müdahale etmek,
- Çocukların güvenliğini her gün ve acil durumlarda sağlamak için programın temel prosedürlerini bilmek ve bunlara uymak

Tatbikatlarda ve acil durumlarda bu prosedürlerin sakın bir şekilde takip edilmesi çocukların kendilerini güvende olmayı öğrenmelerini sağlar ve onların ileriye düşünmelerine, güvenlik alışkanlıkları geliştirmelerine yardımcı olur. Çocukların güvende olmak kadar zorlayıcı etkinliklerle becerilerini geliştirmeye de gereksinim duyarlar. Bu nedenle çocukların çevresindeki tüm riskleri ortadan kaldırmak yerine riskleri azaltmalı ve tehlikeleri ortadan kaldırmalıdır. Eğitimciler dikkatli bir gözetimle çocuklara öğretilen zorlayıcı becerilere odaklanarak risk ve zorluğu dengeleyebilirler (19).

### **2.3.3. Beslenme ve Yemek Yapma**

Erken çocuklukta sağlıklı beslenme ile okula hazır olma, akademik başarı, beyin gelişimi ilişkilidir. Çocuklara sağlıklı beslenmeyi öğretmek, çeşitli türlerde besin türlerini tanıtmak ve dengeli beslenmeye karşı ilgi geliştirmek beslenme eğitiminin temelini oluşturmaktadır (20). Öğretmenler okulda çocuklara her zaman ve bazen gıdalarını öğreterek sağlıklı beslenme tercihleri yapmalarını sağlayabilirler (16). Örneğin dondurma bazen gıdası iken, elma her zaman gıdasıdır. Sağlık davranışları erken çocukluk yıllarında kazanılır ve çocukları yaşamları boyunca etkiler. Yemek yapma ise çocukların gıdaları tanımalarını ve denemesini sağlar. Yemek pişirme etkinlikleri ve ev yemekleri tipinde yemekler okul öncesi çocukların iyi beslenmeyi öğrenmesine olanak tanır. İyi sağlık ve beslenme alışkanlıkları erken yaşta geliştirildiğinde, bunların kişinin hayatı boyunca devam etmesi muhtemeldir.

### **2.3.4. Sağlıklı Yaşam Alışkanlıkları**

Okulda gerçekleşen günlük rutinler ve aktiviteler sırasında sağlıklı alışkanlıklar konusunda çocuklarla konuşmak önemlidir. Böylece çocuklar kendi sağlıklarını nasıl koruyacaklarını öğrenmiş olurlar. Çocuklara iyi sağlık

alışkanlıklarını öğretmenin ilk adımı, bunları sınıfta günlük olarak uygulamaktır. Düzenli diş fırçalama, sık sık el yıkama, kâğıt mendillerin kullanılması ve atılması, yiyeceklerin dikkatli hazırlanması gibi rutinler sayesinde çocuklar iyi sağlık alışkanlıklarını öğrenebilirler. Çocuklar kendileri için mümkün olduğunca çok şey yapmaya teşvik edilmelidir. Ellerine sabun pompalamak, diş fırçasına diş macunu sıkmak, masayı kurmak, kendilerine servis yapmak, açık havada oynamak için giyinmek gibi rutinler düşünüldüğünden daha etkili ve kalıcıdır. Ayrıca çocuklar çevre sağlığını korumaya davet edilmelidir. Çocukları masayı çamaşır suyu sıkmadan temizleyebilir, sıvı sabunluğu doldurabilir ve çöp kutusu için yeni bir plastik poşet çıkarabilirler. Çocukların bu tür sağlık davranışları göstermesi, yalnızca sağlığa ilişkin kazanımlar olmayıp aynı zamanda özgüven gelişimi, sorumluluk alma gibi duygusal gelişime dair kazanımlar edinmesini sağlar.

### **2.3.5. Oyunla Sağlık**

Çocukların dramatik oyun kapsamında bir hastane veya dişçi muayenehanesi kurabilmesi için bebek karyolası, stetoskop, bandaj ve beyaz önlük gibi aksesuarlar sağlanabilir. Bu özellikle çocuklardan biri, bir arkadaşı ya da aile üyesi hastaysa ya da yakın gelecekte hastaneye gidecekse uygun olmaktadır. Çocuklar ayrıca kontroller ve aşılar için doktor veya diş hekimine yapılacak ziyaretlerin provasını da yapabilirler. Çocukların kendi deneyimlerini öğrenmek ya da bildiklerini hatırlamalarına yardımcı olmak için onlara çocuklara açık uçlu sorular sorulmalıdır. Sınıfta bir öğrenme merkezi oluşturulabilir, boş ama sağlıklı yiyecek kutularıyla, oyuncak meyve ve sebzelerle bu merkez donatılabilir. Çocukların hazırladığı sağlıklı yemekler hakkında yorum yapılmalıdır.

### **2.3.6. Resimli Çocuk Kitaplarıyla Sağlık**

Resimli çocuk kitapları büyük çoğunluğu resimlerden oluşan, çocuklara görsel ve sözel deneyimler sunan kitaplardır (21). Çocuklara eğitim vermek için edebiyat, en etkili yoldur (22). Resimli çocuk kitapları diğer kitaplardan farklı olarak hitap ettiği çocukların yaş ve gelişim göz önünde bulundurularak yazılır (23) ve çocuklar için özel olarak hazırlanır. Resimli çocuk kitapları içinde yaşadıkları çevre ve dünya hakkında çocuklara öğrenme ve keşfetme fırsatı sunar (24).

Çocuk kitapları çocukların çok yönlü gelişmesine katkı sağlamakta, onların duygusal sağlığının iyi oluşunu desteklemekte ve kitaplar yoluyla ebeveynleriyle çocuğun iletişimi güçlenmektedir. Ayrıca sağlık konusu başta

olmak üzere pek çok konuda kitaplar aracılığıyla bilgi edinimi sağlanmaktadır. Çocuklara kitap okumak başlı başına sağlığa iyi gelen bir deneyim olmasının yanı sıra kitaplar çocuğun sağlık konusunda bilgi edinmesini sağlayan değerli bir kaynak olarak da hizmet eder.

İnsanların sorunları çözme ve ruhsal olarak iyileşmesi sürecinde doğru kitapların kullanılması *bibliyoterapi* olarak adlandırılmaktadır (25). Çocuklarda bibliyoterapi, çocuğun kendisini ve çevresini tanınması, kendisini okuduğu kitapla karşılaştırması, benzerlik ve farklılıkları fark etmesi, okuduğu kitabın karakteri ile özdeşim kurması ve kitap ile kazandığı farkındalığı kendi hayatına yansıtmasıdır (25). Bibliyoterapi yönteminin kullanılmasıyla çocuklarda travma, depresyon ve anksiyete bozukluğu gibi durumlarda etkili sonuçlara ulaşıldığı bilinmektedir (26).

Kitaplar sağlıklı yaşam alışkanlığı edinmede önemli bir yere sahiptir. Çocuğun kitaplarda geçen karakterleri örnek alması, onların davranışlarını benimseyerek kendi hayatına kolaylıkla taşıması olasıdır. Çocuklara sağlıklı yaşamı konu edinen resimli çocuk kitaplarının okunması sağlıklı yaşam alışkanlıklarının yerleşmesini ve kalıcılığını sağlayan destekleyici bir unsurdur.

### 2.3.7. Hareketle Sağlık

Günümüzde çocukların yaşam tarzlarındaki değişiklikler hareketli bir yaşam sürmeyi engellemektedir. Çocuklar doğadaki çocukluk deneyimlerinden mahrum kalmaktadır (27). Çocukların sert ve yuvarlanmalı oyunlara, açık hava oyun ortamları gereksinimi vardır. Gelişimsel olarak beden eğitimi hareket etmeyi öğrenme ve hareket yoluyla öğrenmeye yardımcı olmaktır Hareket keşfi çocukların kendilerini yetenekli, becerikli ve problem çözücü, özgüven sahibi ve bağımsız bireyler olarak görmelerini pekiştirmektedir (16). Çoğu sağlık problemlerinin hareketli olmayan bir yaşamdan kaynaklandığı ifade edilmektedir (28). Hareketli olmayan bir yaşam tarzının insanlarda çeşitli kronik hastalıklara neden olduğu belirtilmektedir (29). Çocuklar hareketli yaşam alışkanlığı benimsemek için doğrudan öğretim yöntemiyle pratik yapmaya, hareketlerine ilişkin geribildirim almaya ve teşvik edilmeye gereksinim duyarlar.

## 3. Sonuç

Sağlıklı yaşam isteği her yaş dönemindeki bireyin önemseddiği ve yaşam boyu devamını istediği bir konudur. Sağlıklı yaşamın bilinçli bir hale dönüşmesi çocukken başlayan alışkanlıkların devam ettirilmesi ve sevdirilmesiyle mümkündür. Çocuklara sağlıklı yaşam kültür ve bilincini özümsetmek önemlidir.

Erken çocukluk eğitiminde çocukta olumlu sağlık davranışlarının gelişimini destekleyecek etkili, uygulanabilir ve sürdürülebilir sağlık eğitim programları geliştirilmeli ve uygulanmalıdır.

## KAYNAKLAR

1. Heckman JJ. Invest in Early Childhood Development: Reduce Deficits, Strengthen the Economy. <https://heckmanequation.org/resource/invest-in-early-childhood-development-reduce-deficits-strengthen-the-economy/> Erişim tarihi : 11 Eylül, 2023.
2. Copplen C, Bredekamp S. (Ed.). Develop intellectually appropriate practices in early childhood programs serving children from birth to age 8 (rev. ed.). USA, Washington, DC: National Association for the Education of Young Children, 2009.
3. Buchanan D. A new ethic for health promotion: Reflections on a philosophy of health education for the 21st century. *Health Education & Behavior*. 2006; 33(3): 290-304.
4. Allensworth DD Addressing the social determinants of health of children and youth: A role for SOPHE members. *Health Education & Behavior*. 2011; 38(4), 331-338.
5. World Health Organization-WHO. What is the WHO definition of health? <https://www.who.int/about/who-we-are/frequently-asked-questions> Erişim tarihi : 15 Eylül, 2023.
6. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Sağlıkın teşviki ve geliştirilmesi sözlüğü. Bakanlık Yayın No: 814, 2011.
7. Zengin N. Sağlık Hakkı ve Sağlık Hizmetlerinin Sunumu. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*. 2010; (1) 1, 45.
8. UN Committee on the Rights of the Child. General comment No. 17 on the right of the child to rest, leisure, play, recreational activities, cultural life and the arts (Article 24). UN, 2013.
9. Ertan İM. Uluslararası Boyutlarıyla Sağlık Hakkı, Legal Yayıncılık. 2012.
10. Sağlık Bakanlığı. Okulda sağlığın korunması ve geliştirilmesi programı. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/sagligin-gelistirilmesi-programlari/okulda-sagligin-korunmasi-gelistirilmesi-programi.html> Erişim tarihi : 13 Ağustos, 2023.
11. Yılmaz M, Tiryaki Z. Sağlık okuryazarlığı nedir? Nasıl ölçülür? *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*. 2016; 9(4), 142-147.

12. Clift S, Jensen BB. The Health Promoting School: International advances in theory, evaluation and practice. Denmark, Danish University of Education Press, 2005.

13. Milli Eğitim Temel Kanunu <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.1739.pdf> Erişim tarihi : 19 Eylül, 2023.

14. Özsanı SH. Sağlık yönetimi ve sağlık eğitimi ilişkisi. Yükseköğretim Dergisi. 2013; 3(1), 9-11.

15. MEB-Milli Eğitim Bakanlığı. 36-72 aylık çocuklar için okul öncesi eğitim programı. Türkiye, Milli Eğitim Yayınları, 2013.

16. Bredekamp S. Effective practices in early childhood education: Building a foundation.USA, Pearson, 2013.

17. World Health Organization- WHO. Hand hygiene at scale initiative: improving hand hygiene access and behaviour in health care facilities at the critical interface between WASH and infection prevention and control. <https://www.who.int/infection-prevention/en/> Erişim tarihi : 19 Eylül, 2023.

18. Koralek D G, Dodge DT, Pizzolongo, PJ. Caring for preschool children. USA, Teaching Strategies, 2004.

19. Greenman J. Care spaces, places of learning. USA, Exchange Press, 2005.

20. Bernath P, Masi W. Smart school snacks: A comprehensive preschool nutrition education program. YC Young Children. 2006; 61(3), 20.

21. Owens WT, Nowell LS. More than just pictures: Using picture story books to broaden young learners' social consciousness. The Social Studies. 2001; 92(1), 33-40.

22. Nikolajeva, M. Approaches to the History of Children's Literature. Maria Nikolajeva (Ed.), (s. X).UK, Greenword Press, 1995.

23. Ural S. Okul öncesi çocuk kitaplarının tanımı. Mübeccel Gönen (Ed.), Çocuk edebiyatı (s. 33-55). Türkiye, Eğiten Kitap, 2013.

24. Russell D. Literature for Children: A Short Introduction. USA, NY: Alibris, 1994.

25. Bekaroğlu E. Kitapların psikoterapide bir aracı olarak kullanımı: vaka örneği ile bibliyoterapi uygulaması. Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi. 2019; 7 (94), 250-258.

26. De Vries D, Brennan Z, Lankin M, Morse R, Rix B, Beck T. Healing with books: A literature review of bibliotherapy used with children and youth who have experienced trauma. Therapeutic Recreation Journal. 2017; 51(1), 48-74.

27. Louv R. Last child in the woods: Saving our children from nature-deficit disorder. NC: Algonquin Books, 2005.

28. Redland A R, Stuijbergen AK. Strategies for maintenance of health-promoting behaviors. Nursing Clinics of North America. 1993; 28(2), 427-442.

29. Arslan C, Ceviz D. Ev hanımı ve çalışan kadınların obezite prevalansı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. Fırat Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2007; 21(5), 211-220.





## BÖLÜM XI

# YENİLİKÇİ KRONİK BAKIM MODELİNE GENEL BİR BAKIŞ

### *An Overview of the Innovative Chronic Care Model*

Seher GÖNEN ŞENTÜRK

*Çankırı Karatekin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi  
Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı,  
Çankırı, Türkiye*

*E-mail: sehergonen@karatekin.edu.tr*

*ORCID: 0000-0002-4785-6610*

### 1. Giriş

**B**ulaşıcı olmayan hastalıklar olarak da bilinen kronik hastalıklar genellikle uzun süreli, genetik, fizyolojik, çevresel ve davranışsal faktörlerin birleşimiyle ortaya çıkan hastalıklardır. En sık görülen kronik hastalıklar miyokard infarktüsü (MI), serebrovasküler olay (SVO) gibi kardiyovasküler hastalıklar, kanserler, diyabet, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) ve astım gibi kronik solunum yolu hastalıklarıdır. Kronik hastalıklar tüm dünyada ölüm nedenleri arasında ilk sıralarda yer almakta (%74), düşük ve orta gelirli ülkelerde ise ölümlerin dörtte üçünden fazlası (%86) kronik hastalıklar nedeniyle görülmektedir. Tütün kullanımı, fiziksel hareketsizlik, alkolizm, sağlıksız beslenme ve hava kirliliği kronik hastalıklar için değiştirilebilir risk faktörleri olarak bilinmektedir. Kronik hastalıklar, birey, aile ve toplum için yıkıcı sağlık sorunlarına neden olmakta, sağlık sistemine ciddi yük oluşturmaktadır. Çoğu ülkede sağlık sistemini tehdit etmektedir. Sosyoekonomik yük kronik hastalıkların önlenmesi ve kontrol haline alınmasını zorunlu hale getirmektedir. Dünya Sağlık Örgütü uzun yıllardır kronik hastalıkların sürveyansı, önlenmesi ve kontrolüne ilişkin uluslararası eylem için liderlik ve kanıt temeli sağlamaktadır (1).

Tüm bu ihtiyaçlar ulusal çapta harekete geçilmesi gerektiğini ortaya koymuş ve bu ihtiyaçtan dolayı kronik hastalık bakım modelleri geliştirilmiştir.

Kronik hastalıklarda bakım modelleri özellikle gelişmekte olan ülkelerde sağlık bakım sistemlerinin kronik hastalıklara kavramsal yaklaşımında yol gösterici olması açısından kıymetlidir. Bu modellerin kullanımı kronik hastalığa sahip bireylerin daha kaliteli bir yaşam sürmesi, toplumsal politikaların oluşturulması ve sürdürülmesi, toplumda ve bireylerde farkındalık yaratılması ve damgalanmanın azalması konusunda önem taşımaktadır (2).

## 2. Kronik Bakım Modellerinin Gelişim Süreci, Güçlü ve Zayıf Yönleri

Kronik hastalık bakımının geliştirilmesi için model kullanımı ilk defa 1990 yılında Amerika’da başlatılmıştır. Edward Wagner ve arkadaşları kronik hastalık bakımını geliştirmek isteyen sağlık kuruluşları için bir rehber olarak kullanılmak üzere, Kronik Bakım Modeli’ni (KBM) geliştirmiştir (3). Kronik Bakım Modeli teori ve pratik arasında sağlıklı bir ilişki için örnek teşkil etmektedir. Model esnek ve yeni kanıtlar doğrultusunda değiştirilebilir ve geliştirilebilir özelliktedir (3-5). 2001 yılında KBM geliştirilmiş ve Glasgow ve arkadaşları tarafından Genişletilmiş Kronik Bakım Modeli ortaya çıkarılmıştır (6). Bu model KBM’ye ek olarak özellikle bireyin ve tüm toplumun sağlığını korumada ve geliştirmede politikaların değiştirilmesi ve toplumsal kaynakların harekete geçirilmesine odaklanmaktadır. Modele göre sağlığı etkileyen sosyal, kültürel, çevresel ve ekonomik etmenlerle ilgili engeller aşılmadan verilen çabalar sonuç vermeyebilir (6-8). Kronik bakım modelinde olduğu gibi Genişletilmiş KBM’de de beklenen sonuç; bireylerin, grupların, sağlık ekibi üyelerinin ve organizasyonların pozitif ve verimli etkileşimi ile daha iyi fonksiyonel ve klinik sonuçların elde edilmesi ve toplumun sağlığının yükseltilmesidir (7, 8). Bu iki modele ek olarak Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2002 yılında Yenilikçi (İnovatif) Kronik Bakım Modeli’ni ortaya koymuştur (9). Birbirinden geliştirilen ve revize edilen bu üç kronik bakım modelinin güçlü ve zayıf yönleri Tablo 1’de sunulmuştur.

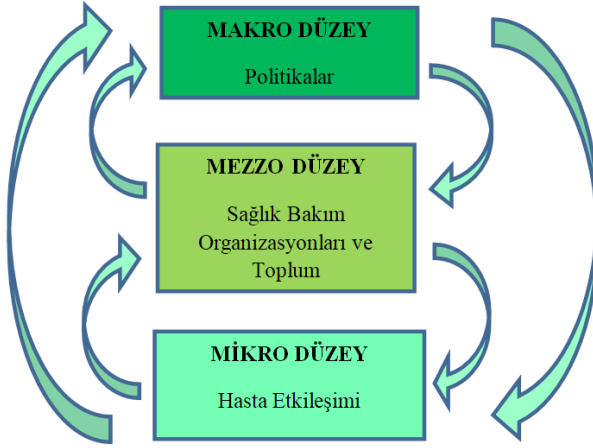
## 3. Yenilikçi (İnovatif) Kronik Bakım Modeli

Yenilikçi (İnovatif) Kronik Bakım Modeli, düşük ve orta gelir grubundaki ülkelerin kullanması için oluşturulmuştur (2, 9). Makro düzeyde (politika ve finans), mezzo düzeyde (sağlık bakım organizasyonu ve toplumu) ve mikro düzeyde (hasta ve aileyi) değerlendiren, Kronik Bakım Modeli’nin genişletilmiş ve tekrar yapılandırılmış şeklidir. Bu nedenle modelin adı Yenilikçi Kronik Bakım Modeli’dir. Modelin kavramsal çerçevesi; kanıta dayalı rehberler kullanmak, toplum odaklı olmak, önlem odaklı olmak, kalite odaklı olmak, entegre ve esnek olmak şeklinde 6 ana basamağa temellendirilmiştir (9).

Tablo 1. Kronik Bakım Modellerinin Güçlü ve Zayıf Yönleri (3,6,9)

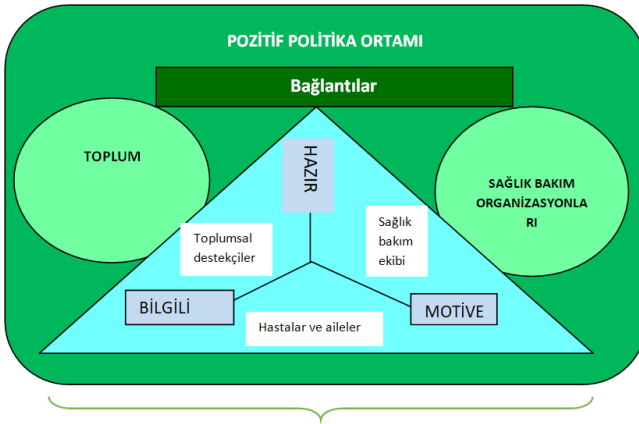
Modelin Adı	Güçlü Yönleri	Zayıf Yönleri
<b>Kronik Bakım Modeli</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Geniş bir maddi destek verilmiş ve akademik bir grup tarafından geliştirilmiştir.</li> <li>- Kronik hastalıkların yönetiminde ilk ve temel modeldir.</li> <li>- Diğer modeller KBM temel alınarak oluşturulmuştur.</li> <li>- Kanıta dayalı uygulamalar esas alınarak oluşturulmuştur.</li> <li>- Teori ve pratik arasında sağlıklı bir ilişki için örnek teşkil etmektedir.</li> <li>- Model esnek ve yeni kanıtlar doğrultusunda değiştirilebilir ve geliştirilebilir.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gelişmiş ülkelerin sistemine uygun olarak geliştirilmiştir.</li> <li>- Açıklayıcı bir teori değildir kanıta dayalı rehberler sonunda oluşturulan bir kanıttır.</li> <li>- Maliyeti yüksek bir sağlık sistemini gerektirir.</li> <li>- Hasta ve sağlık ekibi arasında sürekli etkileşimi gerektirdiği için sağlık personeli eksikliği yaşayan ülkeler için kullanışsızdır.</li> <li>- Temel sağlık hizmetlerine yeterince önem verilmemiştir.</li> <li>- Sadece kronik hastalığa sahip bireylerden bahsedilmiştir.</li> <li>- Yeterince açıklanmamış bir modeldir.</li> </ul>
<b>Genişletilmiş Kronik Bakım Modeli</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- KBM'ine toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesi parametrelerinin eklenmiş şeklidir.</li> <li>- Temel sağlık hizmetlerini iyileştirici bir model olduğu için hastalıkların önlenmesini ve komplikasyonları önleme açısından kolaylık sağlar.</li> <li>- Kronik hastalıkların yükünü azaltıcı ek çabaların yönetiminde sadece hasta bireyleri değil sağlıklı bireylerinde desteklenmesini savunmaktadır.</li> <li>- Özellikle politikaların değiştirilmesine değinilmiştir.</li> <li>- Esnek ve yenilikçi bir modeldir.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bu model yüksek kalite sağlık bakım servislerini gerektirmektedir bu nedenle de düşük ve orta geliri ülkeler için uygun değildir.</li> </ul>
<b>Yenilikçi Kronik Bakım Modeli</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- İşbirliğine önem veren bir modeldir. Hasta ve aile, sağlık bakım ekibi ve toplumsal destekçiler arasında sürekli bir ortaklıktan söz eder.</li> <li>- Düşük ve orta geliri ülkeler için yol haritası çizmiştir.</li> <li>- Sivil toplum kuruluşlarının ve kronik hastalıklar ile ilgili kurulan derneklerin öneminden bahseden ilk modeldir.</li> <li>- Esnek, entegre ve yenilikçi bir modeldir.</li> <li>- Kronik hastalıkların önlenmesine önem vermiştir.</li> <li>- Akut bakım modelini kabul etmez ve toplumların bu anlayıştan kurtulmasını önerir.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Politik sürece fazla önem verdiği için kronik hastalık bakımından uzaklaşmış bir modeldir.</li> <li>- İyi yapılandırılmış organize bir sağlık bakım organizasyonu olmayan ülkeler için kullanışsızdır.</li> <li>- Çok sayıda sağlık personeline gereksinim duyar.</li> </ul>

Modelde Makro- Mezzo ve Mikro bileşenler daha etkili uzun süreli sağlık sorunları yönetmek için bir sağlık sistemi oluşturmak veya yeniden tasarlamak için kullanılan “yapı taşları” olarak tarif edilmektedir (Şekil 1). Mikro düzey bakımında; hasta, aile, toplum ve sağlık bakım ekibi yer almaktadır. Aile, toplum ve sağlık ekibinin bilgili, motive, hazırlanmış ve bir arada çalışabilir olması beklenmektedir. Mezzo düzey bakımında sağlık bakım organizasyonlarının bir arada, geliştirici ve sürekliliği olan bir çevre yaratması makro düzeyde bakım için ise pozitif politikaların geliştirilmesi ve devamlılığı önerilmektedir (2, 9).



Şekil 1. Yenilikçi Kronik Bakım Modeli'nin Yapıtaşları Arasındaki İlişki (9).

Karar vericiler mevcut sistemlerde değişiklikleri başlatmak için, ya da gelecekteki sistemleri için stratejik planlar yapmak, yeni sistemler geliştirmek için bu yapı taşlarını kullanabilmektedir.



Şekil 2. Yenilikçi Kronik Bakım Modeli'nin Kavramları Arasındaki İlişki (9).

Bu çatının merkezinde yer alan üçgende; hasta ve aile, sağlık bakım ekibi ve toplumsal destekçiler yer almaktadır. Bu üçlü arasında bir ortaklık vardır. Her üye bilgili, motive ve kronik durumu yönetmek için hazırlıklı ve iletişim ve bakımın her düzeyinde üçlünün diğer üyeleri ile işbirliği yapmaktadır. Bu üçlü büyük sağlık bakım organizasyonu, geniş toplum ve politika çevreleri tarafından etkilenmekte ve desteklenmektedir. Bileşenlerin entegrasyonu optimum olduğunda, toplum ve sağlık ekibi tarafından desteklenen hasta ve aileler kronik durumların bakımında aktif rol alabilmektedir (Şekil 2) (2, 8, 9).

Bu model kronik hastalıklar için bakımı iyileştirmek ve geliştirmek için 8 temel strateji önermektedir;

**1. Bir paradigma şiftine destek olmak:** Bulaşıcı hastalıkların azaltılması, yaşlı nüfusun artması kronik hastalıklar ve sağlık sorunlarını arttırmıştır. Hastalar, sağlık çalışanları ve karar vericilerin kronik hastalıkların bakımında etkili olabilmeleri için farklı tiplerde sağlık sistemlerine ihtiyaçları vardır. Çok çeşitli kronik hastalıklar örneğin diyabet, astım, kalp yetmezliği ve depresyon uzun ve düzenli sağlık bakım ilişkisi gerektirmektedir. Bu modelde kısıtlı ya da göz ardı edilmiş imkanlar organize edilerek, sağlık bakım sistemini kronik koşulların bakımını kapsayacak şekilde hizmeti kaydırmasına destek olmaktadır. Bu alan ile ilgili Dünya Sağlık Örgütü' nün önerileri şu şekildedir;

- Sağlık bakım sistemi ile ilgili dokümanları karar vericiler ile tartışın.
- Kronik durumlar ile ilgili bilgi toplayın.
- Kronik hastalıkların artan yükünü yönetmek için etkili stratejilerin varlığını politikacılar, karar vericiler ve sağlık yetkilileri ile paylaşarak onları duyarlı hale getirin.
  - Tanıtım, reklam ve düzenli programlar yoluyla, eğitim ve yeni tutumları genel olarak teşvik etmek için bir forum olarak medyayı kullanın.
  - Kronik koşullar hakkındaki mesajları yaymak için hazır, güçlü ve inandırıcı sesler kullanın.
  - Yerel demonstrasyon projelerinin içine yenilikçi bakım modelleri ve stratejilerini ekleyerek yeni fikirlerin yayılmasını teşvik edin.
  - Kronik durumlar hakkında farklı düşünmeye toplumu ikna etmek için kitlesel pazarlama stratejileri kullanın.

**2. Siyasi çevreyi yönetin:** Siyasi karar vericiler olarak, sağlık liderleri, hastalar, aileler ve toplum üyeleri yanı sıra onları temsil eden örgütlerin de dikkate alınması gerekir. Her grup kendi değerlerine, çıkarlarına ve etki kapsamına sahiptir. Başarılı olmak, doğru dönüşümü sağlamak, çift yönlü bilgi

paylaşımını başlatmak için her aşamada paydaşlar arasında uzlaşma ve siyasi bağlılığı oluşturmak gerekmektedir. Bu alan ile ilgili öneriler şu şekildedir;

- Hastaları, aileleri ve diğer etkili bireyleri kronik koşullarının giderek artan yükü ve bu durumu yönetmek için etkili stratejilerin varlığı hakkında eğitin ve bilgilendirin.

- Hükümet içinde anahtar rolde olan liderler, sağlık bakım organizasyonları ve toplum ile diyalog kurarak onların değerlerini ve çıkarlarını anlayın.

- Yerel bağlamlarda değişimi savunmak için sağlık bakım liderlerini ve toplum liderlerini kullanın.

- Sağlık bakımını tartışmada farklı çıkarları temsil eden örgütleri ve dernekleri belirleyin.

- Politika oluşturulması ve hizmet planlamasında paydaşları belirleyin.

- Siyasi liderler ile sağlık bakımında kronik koşulların yeniden yönlendirilmesi ile ilgili bağlılık geliştirin.

- Kronik koşullar yönetim maliyetleri ve etkileri üzerine sistematik derlemeler oluşturun.

- Yenilikçi bakım modelinin ve stratejilerinin maliyet-etkinliğini göstermek için yerel bilimsel araştırmalar yürütün.

**3. Entegre sağlık bakımını inşa edin:** Sağlık bakım sistemleri hizmetlerinin parçalanmasına karşı korunmalıdır. Kronik durumlar için bakım ayarlamaları ve sağlayıcılar arasında paylaşılan bilgiyi sağlamak zaman içinde bir entegrasyon gerektirmektedir. Sağlık bakımı içindeki entegrasyonu sağlamak için hastalıkların önlenmesi, hizmet veren kurumlar ve toplumsal kaynaklar arasında koordinasyon ve finansman gerekmektedir.

Bu alan ile ilgili öneriler şu şekildedir;

- Politikalar, planlar ve finansman yapılarının kronik koşulları konusunda güncel olduğundan ve tutarlı mesajlar yansıttığından emin olun.

- Temel hasta kayıtlarını geliştirin (basit kâğıt, kalem, defter ve temel bilgi sistemleri gibi).

- Bilgi sistemlerini kamu ve özel sağlık ayarları, sağlayıcıları ve zaman içinde koordinasyonu artırmak için yükseltin.

- Verileri, sağlık kuruluşları ve toplumlar arasında stratejilerin paylaşımı için geliştirin.

- Ortak bilgi sistemi üzerinden sağlık bakım ayarlarına bağlantı kurun.

**4. Sağlık için sektörel politikaları hizaya getirin:** Hükümetlerde çeşitli yetkililerin politikalar ve sağlığını etkileyen stratejiler oluşturması gerekmektedir.

Tüm sektörlerin politikaları analiz edilmeli ve sağlık sonuçlarını maksimize etmek için uyumlu hale getirilmesi gerekmektedir. İş uygulamaları (örneğin, güvenli çalışma ortamının sağlanması), tarımsal düzenlemeler (örneğin, pestisit kullanımının engellenmesi), eğitim (örneğin, okullarda sağlığı geliştirmenin öğretilmesi) ve daha geniş yasal çerçeveler ile sağlık hizmeti uyumlu olmalıdır.

Bu alan ile ilgili öneriler şu şekildedir;

- Geleneksel şifacılar da dâhil olmak üzere özel sektörün sağlık çalışanları ile bağlantıları geliştirin.
- Halk sağlığını etkileme potansiyeline sahip olan sağlık dışı hükümet sektörleriyle bağlantıları geliştirin.
- Kamu sağlığını riske sokan (örneğin, tütün ve alkol) durumlar ile ilgili pazarlamayı frenleyici bir mevzuatı düzenlemeye destek olun.
- Toplum temelli önleme faaliyetlerini diğer hükümet sektörleri ile işbirliği içinde uygulayın.
- Birçok özel/kamusal sektörün düzenleyici organlarını tanıtım, önlenmesi ve kronik koşulların kapsamlı bir yönetim için savunucu duruma getirin.

**5. Sağlık personelinin daha etkili kullanımı:** Sağlık bakım hizmeti sağlayıcılarının, kamu sağlık personelinin ve sağlık bakım kuruluşlarının yeni ekip bakım modelleri ve kronik durumları yönetmek için kanıta dayalı uygulamalara ihtiyacı vardır. Gelişmiş iletişim yetenekleri, davranış değişikliği teknikleri, hasta eğitimi ve danışmanlık becerileri, kronik sorunları olan hastalara yardımcı olabilir. Bu alan ile ilgili öneriler şu şekildedir;

- Kronik hastalıkların yönetiminde sağlık çalışanlarını temel beceri eğitimleri için teşvik edin.
- Çok amaçlı sağlık çalışanlarını konunun uzmanları ile bağlantılı hale getirerek onların karar vermelerini güçlendirin.
- Sağlık bakım çalışanlarının eğitiminde workshoplar ve basılı materyaller kullanın.
- Kronik durumların yönetiminde sağlık bakım çalışanlarına eğitimin sürekliliğini sağlama görevini verin.
- Tıbbi okullar ve diğer eğitim programlarının kronik durumların yönetimini desteklemesi için etkili olmasını sağlayın.
- Tıp eğitimi ihtiyaçlarını anlamak için Sağlık Bakanlığı ve Milli Eğitim Bakanlığı arasında ortak komiteler kurarak ortak bir anlayış geliştirin.
- Sağlık ihtiyaçlarını karşılamak için sağlık personelinin özelliklerini (örneğin, öz-yönetim danışmanları ve kalite geliştirme uzmanları) değiştirin ve geliştirin.



- Sağlık bakım personelinin yararı yönünde eğitim kaynaklarını yeniden tahsis edin.

**6. Hasta ve aile merkezli bakımı sağlayın:** Kronik hastalıkların yönetimi yaşam tarzı ve günlük davranış değişikliği gerektirdiğinden sağlık vurgusu merkezde hastanın rolü ve sorumluluğu üzerine olmalıdır. Bu şekilde hastaya odaklanmak klinik uygulamada önemli bir değişimi oluşturmaktadır. Şu andaki sitemde hasta kendi bakımında pasif rodedir, sağlığını geliştirmek için ne yapması gerektiğini söyleyen fırsatları kaçırmaktadır. Kronik durumlar için sağlık bakım hizmeti hasta ve ailesi etrafında yeniden odaklanmalıdır. Bu alan ile ilgili öneriler şu şekildedir;

- Hastalar ve aileleri için kronik durumlar yönetimi hakkında temel bilgileri sağlayın.
- Sağlık bakım etkileşimleri sırasında öz-yönetim desteğine yönlendirin.
- Kronik hastalıkların yönetiminde hastalar ve aileleri için eğitim ve beceri geliştirmeyi içeren workshoplar yapın.
- Öz yönetim mesajlarını içeren eğitim materyalleri yazın.
- Hasta ve ailelerinin sağlık ortamı dışında telefonla veya internet aracılığıyla bilgi ve öz-yönetim desteğine erişimini sağlayın.
- Bireyselleştirilmiş öz yönetim malzemelerini üretmek için bilgisayar destekli hasta öz yönetim değerlendirmesini kullanın.

**7. Hasta topluluklarını destekleyin:** Kronik hastalığı olan bireyler için sağlık bakım hizmeti hastanede başlamamakta ya da bitmemektedir. Bu durum klinik duvarların ötesinde hastaların yaşam ve çalışma ortamlarına kadar nüfuz etmektedir. Kronik koşulları başarıyla yönetmek için hastalar ve ailelerinin ihtiyaç duyduğu hizmetlerin sağlanması gerekmektedir. Ayrıca, bu topluluklar organize sağlık bakım hizmeti tarafından sağlanamayan sağlık hizmetlerinde önemli bir boşluğu doldurabilir. Bu alan ile ilgili öneriler şu şekildedir;

- Kronik durumlar için bakım sağlayan toplum gruplarını ve sivil toplum örgütlerini destekleyin.
- Sağlık bakım kuruluşları, toplum temelli hizmetler ile politika ve stratejiler arasında bilgi alış verişi yapılabilen bir yapı kurulmalıdır.
- Politika yapma ve hizmet planlamasında toplum örgütlerinin rollerini destekleyin.
- Sağlık kuruluşları ve toplum arasında hasta bilgilerini paylaşan bir strateji geliştirin.

İşverenlerin kronik durumlar yönetimi hakkında bilgilendirilmesini sağlayın. İş yerlerinde öz yönetim ve hastalıkların önlenmesi konusunda çaba gösterin.

**8. Kronik hastalıkların önlenmesini vurgulayın:** Fiziksel aktivitenin artırılması, tütün kullanımının azaltılması ve sağlıklı beslenmenin sınırlandırılması, komplikasyonların erken saptanması çoğu kronik hastalığı ve kronik hastalıklara bağlı gelişen komplikasyonu önlenebilir. Önleme her sağlık etkileşiminin bir bileşeni olmalıdır. Bu alan ile ilgili öneriler şu şekildedir;

- Kronik durumların önlenmesinin birinci basamak sağlık hizmetlerinin elinde olduğundan emin olun.
- Hastaların kronik koşulları ile ilişkili risklerini en aza indirmek için temel bilgi ve becerileri sağlık çalışanları ile sağlayın.
- Kamu sağlığını riske sokan (örneğin, tütün ve alkol) durumlar ile ilgili pazarlamayı frenleyici bir mevzuatı düzenlemeye destek olun.
- Toplum temelli önleme faaliyetlerini destekleyin.
- Risk faktörlerini izleyin ve kronik koşulların gelişmesi için risk altında olan kişileri tanımlayın.
- Birincil önlem için yönergeleri eğitim ve araçların içine yardımcı olacak şekilde yerleştirin.
- Hastalar ile her karşılaşmada hastalıkları önleyici bilgileri sunun.
- Önleme çabalarını destekleyenleri ödüllendirilir böylece bu duruma teşvik etmiş olun.

Tanımlamalarda mikro, mezzo ve makro düzeyler her zaman net değildir. Örneğin sağlık personeli kronik hastalığı olan bireyi eğitmezse bireyde eksiklik meydana gelir mezzo düzeyde olan bu yetersizlik mikro düzeyde gibi görünebilir. Aslında uzmanlık ve hastalar için bakım araçlarını sağlamak sağlık kuruluşunun sorumluluğundadır ve buradaki eğitim eksiklikleri mezzo düzeyde bir sorun olarak kabul edilebilir. Bir politika kararı ile toplumun taleplerini ve eğitim gereksinimlerini karşılamak için tıp eğitiminde değişiklik yapılması gerekiyorsa bu durumda makro düzey bir sorundur. Mikro düzeyde hasta etkileşiminin yeterince olmaması, mezzo düzeyde sağlık bakım organizasyonu ile toplum arasında bağlantının olmaması, makro düzeyde ise politik problemler modelin işlerliğini olumsuz yönde etkilemektedir (9).

2013 yılında DSÖ ile Pan Amerikan Sağlık Organizasyonu (PAHO) arasında yapılan ortak bir kongrede kronik hastalıkların yönetimi ile ilgili şu önerilere yer verilmiştir;

1. Bütünüyle Kronik Bakım Modeli'ni uygulamak.
2. Hasta merkezli bir yaklaşım sağlamak.
3. Kronik hastalıkların önlenmesinde çok sektörlü bir politika oluşturmak ya da var olan politikaları gözden geçirmek.
4. Klinik bilgi sistemini izleme, değerlendirme ve kalite geliştirme stratejileri de dahil olmak üzere sağlık sisteminin ayrılmaz parçaları olarak oluşturmak veya mevcut olanı iyileştirmek.
5. Sistematik hasta öz-yönetim desteği sağlamak.
6. Sağlığı geliştirici stratejiler ve toplum katılımı ile güçlendirilmiş koruyucu ve toplum bakımını sağlamak.
7. Kronik hastalıkların yönetimi ve denetimini sağlayan sağlık sistemini değiştirmek ya da mevcut olanı korumak.
8. Bakımın sürekliliğini destekleyen toplum sağlığı liderleri ile bağlantı kurmak.
9. Kanıta dayalı proaktif bakım ve kalite geliştirme stratejilerini içeren bir kronik bakım kültürü yaratacak şekilde sağlık hizmetlerinin yönünü değiştirmek.
10. Bulaşıcı olmayan kronik hastalıkların yönetiminde sürekli eğitim sağlayarak multidisipliner ekipler şeklinde sağlık çalışanlarını yeniden yapılandırmak (10).

Kronik hastalıklar tüm dünya sağlığını, ekonomisini ve yaşam şartlarını olumsuz yönde etkilemektedir. Bu nedenle ülkelerin ulusal eylem planlarını gözden geçirmesi, özellikle kronik durumların önlenmesi için stratejilerin geliştirilmesi önemlidir.

#### **4. Sonuç**

Kronik hastalıkların bakımında sağlık sisteminde değişiklikleri başlatmak karar vericiler ve diğer sağlık bakım liderlerinin elindedir. Liderlerin daha efektif olabilmesi için mikro, mezo ve makro düzeyleri dikkate alması gerekmektedir. Değişim bu modelde anlatılan yapı taşları kullanılarak küçük adımlar ile de olsa başlatılabilir. Tüm bakım sisteminin değişmesi gerekli değildir. Sağlık bakım sisteminin içinde yapıtaşları olan mikro, mezo ve makro düzeylerde entegrasyon sağlanırsa bu durum sağlık sistemi için oldukça yarar sağlayabilir.

## Kaynaklar

1. World Health Organization (WHO). Noncommunicable diseases. [https://www.who.int/health-topics/noncommunicable-diseases#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/noncommunicable-diseases#tab=tab_1) Erişim tarihi 1 Ekim 2023.
2. Fadiloğlu Ç. Akciğer kanserinde bakım modelleri. Aydın A ve Can G editör(ler). Akciğer kanserinde tedavi ve bakım. 1. Baskı. İstanbul: İpomet Matbaacılık; 2010: 63-74.
3. Wagner E, Austin B, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: translating evidence into action. Health Affairs. 2001; 20:6.
4. Wagner EH, Davis C, Schaefer J, Von Korff M, Austin B. A survey of leading chronic disease management programs: are they consistent with the literature? Journal of Nursing Care Quality. 2002; 16 (2): 67-80.
5. Bodenheimer T. Interventions to improve chronic illness care: evaluating their effectiveness. Disease Management. 2003; 6 (2).
6. Glasgow RE, Orleans CT, Wagner EH. Does the Chronic Care Model serve also as a template for improving prevention? The Milkbank Quarterly. 2001;79(4).
7. Barr V, Robinson S, Link B. et al. The expended chronic care model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the chronic care model. Health care quarterly. 2003; 7(1):73-82.
8. Türkmen E. Kronik hastalıklar ve önemi. Durna Z editör. Kronik hastalıklar ve bakım. 1. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2012:37-49.
9. World Health Organization (WHO). Innovative care for chronic conditions: building blocks for action. Global report. Geneva, Switzerland. 2002.
10. Pan American Health Organization (PAHO). Innovative care for chronic conditions: organizing and delivering high quality care for chronic noncommunicable diseases in the Americas. Washington, DC: PAHO, 2013.

