



ISSN: 2149-309X

Hasta Hakları ve Tıbbi Sosyal Hizmetler Dairesi Başkanlığı



Hakemli Dergi  
**TSHD**

Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi

6 Aylık Dergi/Biannually

<https://edergi.saglik.gov.tr/>

<https://dergipark.org.tr/tr/pub/tshd>

Yıl/Year: 2021 Haziran/June

Sayı/Issue: 17

- COVID-19 PANDEMİ SÜRECİNDE SAĞLIK ANKSİYETESİ, YAŞAM DOYUMU ve İLİŞKİLİ DEĞİŞKENLER (Araştırma Makalesi)
- DUCHENNE MUSKÜLER DİSTROFİLİ HASTALARINA BAKIM VEREN AİLE ÜYELERİNİN BAKIM YÜKÜ VE AİLE YILMAZLIK DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ (Araştırma Makalesi)
- KRONİK ÜVEİT HASTALIĞI OLAN ÇOCUĞA SAHİP EBEVEYNLERİN COVID-19 PANDEMİSİ SÜRECİNE İLİŞKİN DENEYİMLERİ (Araştırma Makalesi)
- BİREYLERİN ÇOCUK KAYBI VE YAS SÜRECİNİN AİLE SİSTEM TEORİSİ TEMELİNDE SOSYAL HİZMET PERSPEKTİFİYLE DEĞERLENDİRİLMESİ (Araştırma Makalesi)
- YAŞLI BİREYLERDE KORONAVİRÜS (COVID-19) KORKUSU: YETİŞKİN BİREYLERLE KARŞILAŞTIRMALI BİR ÇALIŞMA (Araştırma Makalesi)
- GENÇLERİN BAĞLANMA STİLLERİ İLE EŞ SEÇİMİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ (Araştırma Makalesi)
- YAŞLI BİREYLERDE YAŞAM KALİTESİ VE DEPRESYON İLİŞKİSİ (Araştırma Makalesi)
- PALYATİF BAKIM MERKEZLERİ KAPSAMINDA VERİLEN PSİKOSOSYAL DESTEK HİZMETLERİ: SOSYAL HİZMET UZMANLARI VE PSİKOLOGLARIN GÖZÜNDEN NİTEL BİR DEĞERLENDİRME (Araştırma Makalesi)
- YAŞLI İHMAL VE İSTİSMARINA YÖNELİK MÜDAHALE (Derleme Makale)
- SOSYAL HİZMET PERSPEKTİFİNDEN ÇOCUKLUK ÇAĞI KANSERLERİNDE SORUN ALANLARI VE MÜDAHALE BECERİLERİ (Derleme Makale)
- YAŞLILIKTA SOSYAL DIŞLANMA ARAŞTIRMALARI: BİR İÇERİK ANALİZİ (Derleme Makale)

BAKANLIK YAYIN NO:

**963**

T.C SAĞLIK BAKANLIĞI

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Hasta Hakları ve Tıbbi Sosyal Hizmetler Dairesi Başkanlığı Yayınıdır.



## Derginin Künyesi

### YAYIN SAHİBİ

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Adına  
Prof. Dr. Ahmet TEKİN  
T.C. Sağlık Bakanlığı  
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü  
\*

### YAYIN KURULU BAŞKANI

Sevil SERİN  
T.C. Sağlık Bakanlığı  
Sağlık Hizmetleri Genel Müdür Yardımcısı  
\*

### YAYIN KURULU BŞK.YRD.

Avşar ASLAN  
T.C. Sağlık Bakanlığı  
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü  
Hasta Hakları ve Tıbbi Sosyal Hizmetler Dairesi Başkanı  
\*

### EDİTÖRLER

Avşar ASLAN  
Daire Başkanı  
Hasta Hakları ve Tıbbi Sosyal Hizmetler Dairesi Başkanlığı  
\*

Murat DERİN

Sosyal Hizmet Uzmanı  
Hasta Hakları ve Tıbbi Sosyal Hizmetler Dairesi Başkanlığı  
\*

### YAYIN KURULU

Avşar ASLAN  
Murat DERİN  
Bilal KURHAN  
Eren BİNGÖL  
Özlem ÇELİK KARAMANLI  
Seher ÖZTURHAN  
Emine KARAGÖZ  
Feriha Elif EROĞLU  
\*

### HUKUK DANIŞMANI

Ömer SEVERCAN



ULAKBİM TR Dizinde taranmaktadır.

\*

Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi altı ayda bir yayınlanan Türkçe hakemli bir dergidir.

\*

Dergide yayınlanan yazılardaki görüşler yazarlarına aittir.

SAĞLIK BAKANLIĞI  
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü  
Hasta Hakları ve Tıbbi Sosyal Hizmetler Dairesi Başkanlığı  
Bilkent Yerleşkesi, Üniversiteler Mah. Dumlupınar Bulvarı 6001. Cad. No:9 Çankaya/ANKARA  
Tel:+90 (312) 458 50 44,  
E-Posta: [murat.derin@saglik.gov.tr](mailto:murat.derin@saglik.gov.tr)  
DERGİPARK: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/tshd>  
WEB: <https://edergi.saglik.gov.tr/>

Bakanlık Yayın No:  
963  
ISSN:2149-309X

---

## **DANIŞMA KURULU**

**Prof. Dr. Arzu İAĞASIOĞLU ÇOBAN**

Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakóltesi, Sosyal Hizmet Bölümü

**Prof. Dr. Nurdan DUMAN**

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Sağlık Bilimleri Fakóltesi, Sosyal Hizmet Bölümü

**Prof. Dr. Eda PURUTÇUOĞLU**

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Sağlık Bilimleri Fakóltesi, Sosyal Hizmet Bölümü

**Prof. Dr. Yasemin ÖZKAN**

Hacettepe Üniversitesi, İ.İ.B.F, Sosyal Hizmet Bölümü

**Prof. Dr. Ayşe Sezen SERPEN**

Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakóltesi, Sosyal Hizmet Bölümü

**Prof. Dr. İshak AYDEMİR**

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Edebiyat Fakóltesi, Sosyal Hizmet Bölümü

**Doç. Dr. Gonca POLAT**

Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakóltesi, Sosyal Hizmet Bölümü

**Doç. Dr. Semra SARUÇ**

Anadolu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakóltesi, Sosyal Hizmet Bölümü

**Doç.Dr. Taner ARTAN**

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaőa, Sağlık Bilimleri Fakóltesi, Sosyal Hizmet Bölümü

**Doç. Dr. Üyesi Melek ZUBAROĞLU YANARDAĞ**

Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi, Sosyal Hizmet Bölümü

**Doç. Dr. Oğuzhan ZENGİN**

Karabük Üniversitesi, İ.İ.B.F, Sosyal Hizmet Bölümü

**Dr. Öğr. Üyesi Hüsnünur ASLANTÜRK**

Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakóltesi Sosyal Hizmet Bölümü

**Dr. Öğr. Üyesi Figen PASLI**

Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakóltesi Sosyal Hizmet Bölümü

**Dr. Öğr. Üyesi Ergün HASGÜL**

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Sağlık Bilimleri Fakóltesi, Sosyal Hizmet Bölümü

**Dr. Öğr. Üyesi Buğra YILDIRIM**

Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakóltesi, Sosyal Hizmet Bölümü

**Dr. Öğr. Üyesi Beyza ERKOÇ**

Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakóltesi, Sosyal Hizmet Bölümü

**Dr. Öğr. Üyesi Zeki Karataş**

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, İİBF, Sosyal Hizmet Bölümü

---

## BU SAYININ HAKEMLERİ

### **Prof. Dr. Emine ÖZMETE**

Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

### **Prof. Dr. Arzu İÇAĞASIOĞLU ÇOBAN**

Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

### **Prof. Dr. Mehmet Zafer DANIŞ**

Sakarya Üniversitesi, Fen-Edebiyat Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

### **Prof. Dr. Tarık TUNCAY**

Hacettepe Üniversitesi, İ.İ.B.F, Sosyal Hizmet Bölümü

### **Prof. Dr. Fatma ARPACI**

Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

### **Doç. Dr. Filiz YILDIRIM**

Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

### **Doç. Dr. Doğa BAŞER**

Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

### **Doç. Dr. Sinan AKÇAY**

Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

### **Doç. Dr. Hüsamettin Çetin**

Kırıkkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

### **Doç. Dr. Hasan Hüseyin TEKİN**

Necmettin Erbakan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

### **Dr. Öğretim Üyesi Meliha Funda AFYONOĞLU**

Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

### **Dr. Öğr. Üyesi Beyza ERKOÇ**

Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

### **Dr. Öğr. Üyesi Seval BEKİROĞLU**

Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

### **Dr. Öğr. Üyesi Ergün HASGÜL**

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

---

**Dr. Öğr. Üyesi Gülçin ORHAN**

Jandarma ve Sahil Güvenlik Akademisi, Jandarma ve Sahil Güvenlik Fak., Güvenlik Bilimleri Bölümü

**Dr. Öğr. Üyesi Merve Deniz PAK GÜRE**

Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

**Dr. Öğr. Üyesi Zeki Karataş**

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, İİBF, Sosyal Hizmet Bölümü

**Dr. Öğr. Üyesi Murat ÇAY**

Akdeniz Üniversitesi, Sosyal Bilimler MYO, Sosyal Hizmetler ve Danışmanlık Bölümü

**Dr. Öğr. Üyesi Emre BİRİNCİ**

Anadolu Üniversitesi, Yunus Emre MYO, Sağlık Bakım Hizmetleri Bölümü

**Dr. Öğr. Üyesi Dilara USTABAŞI GÜNDÜZ**

KTO Karatay Üniversitesi, Sosyal ve Beşeri Bilimler Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

**Dr. Öğretim Üyesi Azime ARISOY**

Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi, Çavdır MYO, Sosyal Hizmet ve Danışmanlık Bölümü

**Dr. Öğr. Üyesi Fuat YALMAN**

Düzce Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü

**Dr. Bahadır TURAN**

Sağlık Bakanlığı

---

**Prof. Dr. Ahmet TEKİN**  
**T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel**  
**Müdürü**

ÖNSÖZ

Merhaba Sevgili Okurlarımız,

Küresel pandeminin etkisini yavaş yavaş yitirmekte olduğu bu süreçte ülke olarak önemli zorlukları geride bırakmanın sevincini yaşadığımızı ve emektar sağlık çalışanlarımızın gayretlerinden duyduğum memnuniyeti ifade ederek sözlerime başlamak istiyorum.



2013 yılından beri yayım hayatına kesintisiz devam eden ve 17'inci sayısı yayımlanan dergimize her zaman olduğu gibi yoğun bir ilgi olduğunu gururla belirtir; bilimsel çalışmaların kesintisiz ve zamanında okuyucularımıza ulaştırılması için gayret gösteren dergimizin değerli editörlerine, kıymetli hakem akademisyenlerimize ve yazarlarımıza teşekkürlerimi sunarım.

Dergimizin bu sayısında yine hepsi birbirinden değerli 11 çalışmaya yer verilmiştir. Bu çalışmalardan 8 tanesi araştırma olup, sırasıyla “Covid-19 Pandemi Sürecinde Sağlık Anksiyetesinin Yaşam Doyumu Üzerine Etkisi”, “Duchenne Musküler Distrofli Hastalarına Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükü Ve Aile Yılmazlık Düzeyleri Arasındaki İlişki”, “Kronik Üveit Hastalığı Olan Çocuğa Sahip Ebeveynlerin Covid-19 Pandemisi Sürecine İlişkin Deneyimleri”, “ Bireylerin Çocuk Kaybı Ve Yas Sürecinin Aile Sistem Teorisi Temelinde Sosyal Hizmet Perspektifiyle Değerlendirilmesi”, “ Yaşlı Bireylerde Koronavirüs (Covid-19) Korkusu: Yetişkin Bireylerle Karşılaştırmalı Bir Çalışma”, “Gençlerin Bağlanma Stilleri İle Eş Seçimi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi”, “Yaşlı Bireylerde Yaşam Kalitesi Ve Depresyon İlişkisi”, “Palyatif Bakım Merkezleri Kapsamında Verilen Psikososyal Destek Hizmetleri: Sosyal Hizmet Uzmanları Ve Psikologların Gözünden Nitel Bir Değerlendirme” adlı çalışmalardır. Bu sayımızda yine derleme çalışmalara da yer verilmiştir. “Yaşlı İhmal Ve İstismarına Yönelik Müdahale”, “Sosyal Hizmet Perspektifinden Çocukluk Çağı Kanserlerinde Sorun Alanları Ve Müdahale Becerileri” ve “Yaşlılıkta Sosyal Dışlanma Araştırmaları: Bir İçerik Analizi” derleme çalışmalar olarak yerini almıştır. Birbirinden kıymetli tüm bu çalışmaların okuyucu ile buluşmasında verdikleri emeklerden dolayı editörlerimize, bilimsel çalışmaları için dergimizi tercih eden tüm yazarlarımıza, çalışmaları değerlendiren kıymetli hakemlerimize ve bizi ilgiyle takip eden okurlarımıza teşekkür eder; sağlıklı günler dilerim.

---

## İÇİNDEKİLER

- **COVID-19 PANDEMİ SÜRECİNDE SAĞLIK ANKSİYETESİ, YAŞAM DOYUMU ve İLİŞKİLİ DEĞİŞKENLER (Araştırma Makalesi)**  
**HEALTH ANXIETY, LIFE SATISFACTION AND RELATED VARIABLES IN THE COVID-19 PANDEMIC PROCESS (Research Article)**
  - Emel AVÇIN
  - Beyza ERKOÇ
- **DUCHENNE MUSKÜLER DİSTROFİLİ HASTALARINA BAKIM VEREN AİLE ÜYELERİNİN BAKIM YÜKÜ VE AİLE YILMAZLIK DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ (Araştırma Makalesi)**  
**THE RELATIONSHIP BETWEEN CAREGIVING BURDEN AND FAMILY RESILIENCE LEVELS OF FAMILY MEMBERS WHO CARE FOR DUCHENNE MUSCULAR DYSTROPHY PATIENTS (Research Article)**
  - İrem ARSLANTATAR
  - Reyhan ATASÜ TOPÇUOĞLU
- **KRONİK ÜVEİT HASTALIĞI OLAN ÇOCUĞA SAHİP EBEVEYNLERİN COVID-19 PANDEMİSİ SÜRECİNE İLİŞKİN DENEYİMLERİ (Araştırma Makalesi)**  
EXPERIENCES OF PARENTS WITH CHILDREN OF CHRONIC UVEITIS DISEASE RELATED TO COVID-19 PANDEMIC PROCESS (Research Article)
  - Rauf YANARDAĞ
  - Yasemin ÖZKAN
  - F. Nilüfer YALÇINDAĞ
- **BİREYLERİN ÇOCUK KAYBI VE YAS SÜRECİNİN AİLE SİSTEM TEORİSİ TEMELİNDE SOSYAL HİZMET PERSPEKTİFİYLE DEĞERLENDİRİLMESİ (Araştırma Makalesi)**  
**EVALUATION OF INDIVIDUALS' CHILD LOSS AND GRIEF PROCESS ON THE BASIS OF FAMILY SYSTEM THEORY WITHIN THE PERSPECTIVE OF SOCIAL WORK**
  - Meliha Funda AFYONOĞLU
  - Nur Feyzal KESEN
  - Medine ÖZCAN
  - Mustafa YAVUZ
- **YAŞLI BİREYLERDE KORONAVİRÜS (COVID-19) KORKUSU: YETİŞKİN BİREYLERLE KARŞILAŞTIRMALI BİR ÇALIŞMA (Araştırma Makalesi)**  
**FEAR OF CORONAVIRUS (COVID-19) IN ELDERLY PEOPLE: A COMPARATIVE STUDY WITH ADULTS (Research Article)**
  - Azime ARISOY
  - Murat ÇAY



- 
- **GENÇLERİN BAĞLANMA STİLLERİ İLE EŞ SEÇİMİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ (Araştırma Makalesi)**

**THE EXAMINING RELATIONSHIP BETWEEN ATTACHMENT STYLES OF YOUNG PEOPLE AND OF CHOICE SPOUSE (Research Article)**

- Rasim BABAHAÑOĞLU

- **YAŞLI BİREYLERDE YAŞAM KALİTESİ VE DEPRESYON İLİŞKİSİ (Araştırma Makalesi)**

**THE RELATIONSHIP OF LIFE QUALITY AND DEPRESSION IN ELDERLY INDIVIDUALS (Research Article)**

- Emre BİRİNCİ

- **PALYATİF BAKIM MERKEZLERİ KAPSAMINDA VERİLEN PSİKOSOSYAL DESTEK HİZMETLERİ: SOSYAL HİZMET UZMANLARI VE PSİKOLOGLARIN GÖZÜNDEN NİTEL BİR DEĞERLENDİRME (Araştırma Makalesi)**

**PSYCHOSOCIAL SUPPORT SERVICES PROVIDED WITHIN THE SCOPE OF PALLIATIVE CARE CENTERS: A QUALITATIVE ASSESSMENT FROM THE EYES OF SOCIAL WORKERS AND PSYCHOLOGISTS (Research Article)**

- Gökben KANGALGİL BALTA
- Seval BEKİROĞLU

- **YAŞLI İHMAL VE İSTİSMARINA YÖNELİK MÜDAHALE (Derleme Makale)**

**ELDERLY NEGLECT AND ABUSE INTERVENTION (Review Article)**

- Güle İŞLER

- **SOSYAL HİZMET PERSPEKTİFİNDEN ÇOCUKLUK ÇAĞI KANSERLERİNDE SORUN ALANLARI VE MÜDAHALE BECERİLERİ (Derleme Makale)**

**PROBLEM AREAS AND INTERVENTION SKILLS IN CHILDHOOD CANCER FROM THE SOCIAL WORK PERSPECTİVE (Review Article)**

- Didem KAÇAR ADAM

- **YAŞLILIKTA SOSYAL DIŞLANMA ARAŞTIRMALARI: BİR İÇERİK ANALİZİ (Derleme Makale)**

**RESEARCHES ON SOCIAL EXCLUSION AT OLD AGE: A CONTENT ANALYSIS (Review Article)**

- Nilüfer KORKMAZ YAYLAGÜL
- Hande BARLIN, Hande KIRIŞIK

---

## "Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisinde TÜBA ve TÜBİTAK'ın yayın etiğine uygun yazılar yayınlanır"

### **Yayın Kuralları**

- 1) "Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi" Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Hasta Hakları ve Tıbbi Sosyal Hizmetler Daire Başkanlığı tarafından Haziran ve Aralık ayı olmak üzere yılda iki defa yayınlanan hakemli bir dergidir.
- 2) Derginin yayın dili Türkçedir ve e-dergi formatında yayınlanmaktadır.
- 3) Dergi sosyal hizmet disiplini ve mesleği kapsamına giren yazıları yayınlayan disiplinler arası akademik bir dergidir.
- 4) Dergide, derleme makaleler, araştırma makaleleri, bildirimler, yayın değerlendirme ve tartışma yazıları, vaka sunumları yayınlanmaktadır.
- 5) Dergiye gönderilecek araştırma çalışmalarının hakem değerlendirilmesine alınabilmesi için mutlaka etik kurul onayının alınmış olması ve çalışma ile birlikte dergi editörlüğüne sunulması gerekmektedir.
- 6) Dergi, sağlığın sosyal hizmet boyutunu ele alan (Aile, Çocuk, Gençlik, Kadın, Yaşlılık, Engellilik, Alkol ve Madde Bağımlılığı, Psiko-onkoloji, AIDS, Sığınmacı ve Mülteciler, kimsesizler, göç, insan ticareti mağdurları, şiddet mağdurları, ihmal ve istismar vakaları, yoksulluk vb.) tüm yazılara açıktır.
- 7) Dergide, tıbbi sosyal hizmet alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının ve diğer profesyonellerin alana ilişkin bilgi ve becerilerinin artırılması, bilimsel araştırma yaparak literatüre katkı vermelerinin desteklenmesi ve tıbbi sosyal hizmet alanında bilimsel bilgi üretiminin gerçekleştirilmesi amaçlanmaktadır.
  - Dergi "hakemli" bir yayındır. Dergiye gönderilen yazı, yayın kurulu tarafından incelendikten sonra çalışmalar anonim halde ve yazarın kimliğini belli edebilecek herhangi bir bilgi yada ibareye vermeyecek biçimde uzman hakemlere yönlendirilir ve hakemlerce değerlendirmeye alınır. (Bu nedenle dergiye yayımlanmak üzere gönderilen yazılarda, çalışmanın yayınlanmasına ilişkin olumlu karar yazar(lar)a bildirilene kadar geçen süreçte, metin içinde, yazar(lar)ın isim, kurum, çalışmanın yapıldığı kuruluş ismi vb. yazar(lar)ı belli eden hiçbir bilgiye yer verilmemeli ve karar sonrası gerekli bilgileri makale şablonuna uygun olarak vermelidir).
  - Dergiye gönderilen yazılar, Yayın Kurulu tarafından öncelik sırasına konur ve çalışmalar derginin yayın ilkeleri ve yazım kurallarına uygunluğu bakımından değerlendirilir. Derginin yayın ilkelerine, Dergipark alanında bulunan Tıbbi Sosyal Hizmet Makale Şablonuna ve yazım kurallarına uygun biçimde hazırlanmayan makaleler değerlendirmeye alınmaz ve hakeme gönderilmez.
  - Hakem inceleme sürecinin başlatılmasına Editör ve Yayın Kurulu karar verir. Ön değerlendirmeden geçen çalışmalar incelenmek üzere konu ile ilgili en az iki hakeme veya konusuna göre üç hakeme gönderilir. İki hakemden olumlu rapor alan yazılar yayına kabul edilir. Hakem raporlarından biri olumlu diğeri olumsuz ise, çalışma üçüncü bir hakeme gönderilir. Hakemlerin raporları birbiri ile çelişirse çalışma editör tarafından değerlendirilir. Hakemlerden olumlu rapor alamayan makaleler yayınlanmaz ve yazarına iade edilmez; bu konuda idari ve adli sorumluluk kabul edilmez.
  - Hakem değerlendirme raporları saklanır. Eğer hakemler tarafından düzeltme isteniyorsa çalışmalar gerekli düzeltmelerin yapılması için yazarlara geri gönderilir. Yazarlara raporlar doğrultusunda geliştirilmek veya düzeltilmek üzere gönderilen yazılar, gerekli düzenlemeler yapılarak editörün verdiği süre içinde tekrar dergiye ulaştırılmalıdır. Bu süre içinde düzeltilmeyen yazıların değerlendirme süreci sona erer. Yazarlar hakemlerin eleştirisi, öneri ve düzeltme taleplerini dikkate alırlar; katılmadıkları hususlar varsa, gerekçeleriyle birlikte itiraz etme hakkına sahiptirler.
  - Yazar(lar)la hakemler arasındaki iletişimi yalnızca editör sağlar.
  - Makale değerlendirme sürecinde yazar ve hakem isimleri gizli tutulur.
  - Yayımlanmak üzere dergiye gönderilen çalışmaların daha önce hiç bir yerde yayımlanmamış ya da yayımlanmak üzere başka bir derginin değerlendirme sürecine alınmamış veya başka bir yerde yayımlanmak üzere kabul edilmemiş olması gerekir. Herhangi bir bilimsel toplantıda sunulmuş ve yayımlanmamış yazılarda, toplantının adı, yeri ve tarihi belirtilmelidir.
  - Editör, esasa yönelik olmayan hatalar, dergi bütünlüğü bakımından gerekli konular vb. durumlarda düzeltmeler yapabilir ve bunlar hakkında yazara bilgi verir.
  - Değerlendirme sürecinde olan ve yayımlanan yazıların sorumluluğu tümüyle yazar(lar)a aittir. Dergide yayımlanan yazılar Sağlık Bakanlığı'nın görüşünü yansıtmaz.
  - Sağlık Bakanlığı Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi, yayımlanmak üzere kabul edilen ve yayımlanan yazıların, başka bir işleme gerek kalmaksızın, bütün yayın haklarına sahip olur.
  - Gönderilen yazıların yayımlanma zorunluluğu yoktur.

- Bir yazarın derginin aynı sayısında ilk isim olarak bir, iki ve diğer isim sırasında bir olmak üzere en fazla iki eseri yayımlanabilir.

### Yazıların Dergiye Gönderilmesi

- Belirtilen ilkelere uygun olarak hazırlanmış makaleler DERGİPARK makale yönetim sistemi <https://dergipark.org.tr/tr/pub/tshd> üzerinden gönderilmelidir.
- Soru, görüş ve önerilerle ilgili olarak [murat.derin@saglik.gov.tr](mailto:murat.derin@saglik.gov.tr) adresine mail gönderilebilirsiniz.

### İletişim Adresleri

Murat DERİN

Sosyal Hizmet Uzmanı

Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Hasta Hakları ve Tıbbi Sosyal Hizmetler Dairesi Başkanlığı, Bilkent Yerleşkesi Üniversiteler Mahallesi Dumlupınar Bulvarı 6001 Cadde No:9 Çankaya/ANKARA, Telefon: (0312) 458 50 44, e-mail: [murat.derin@saglik.gov.tr](mailto:murat.derin@saglik.gov.tr)

### Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi Yazım Kuralları

1. Çalışmanın başlığı büyük harflerle ve sayfanın ortasına gelecek şekilde "Calibri" yazı karakteri ile 10,5 punto ve bir aralıkla koyu olarak yazılmalıdır. Bir alt satıra ana başlık yazısının sağ alt tarafına yazar veya yazarların adları, akademik unvanları ile birlikte yazılmalı ve çalıştığı kurum adları ise (\*) işareti ile dipnot şeklinde sayfanın alt kısmında verilmelidir. Yapılan çalışma herhangi bir kurum tarafından destek görmüşse, makalenin ana başlığının son kelimesi üzerine (\*) konularak destek veren kurumun adı aynı sayfada dipnot olarak verilmelidir.
2. Gönderilen yazıların Türkçe ve İngilizce başlıkları 150 kelimeyi aşmayacak şekilde yazının tümünü öz biçimde (çalışmanın amacını, yöntemini, bulgu ve sonucunu) yansıtacak nitelikte olmalıdır. Türkçe ve İngilizce özetler ile en az üç en fazla beş adet Türkçe ve İngilizce anahtar kelime yer almalıdır. Özetin başlığının "Öz" ve "Abstract" olarak konulması gerekmektedir. "Keywords" ve "Anahtar Kelimeler" sözcükleri bir tab (1,25 cm) içeriden ve italik yazılmalıdır. Özetlerin başlığı ve metin kısmı, "Calibri" karakterde 9 punto ve bir (1) aralıkla yazılmalıdır.
3. Dergiye gönderilen yazılar, Makalenin özeti, anahtar sözcükleri ve kaynakçayı içerecek şekilde 8000 kelimeye kadar ve Microsoft Word Türkçe sürümlerinde yazılmalıdır. Tablo, şekil, kaynaklar ve eklerle birlikte en çok 25 A4 sayfa boyutunda olmalıdır. Yazılar "Calibri" fontu kullanılarak, 1,5 aralık, 10,5 punto ve 2,5 cm kenar boşlukları ile yazılmalıdır. Metin iki yana yaslı ve satır başı verilmeden yazılmalıdır. Sayfalar numaralandırılmalıdır.
4. Bölüm başlıkları kalın (bold), sola yaslı (girintisiz) ve yalnızca kelimelerin ilk harfleri büyük olacak şekilde yazılmalıdır. Alt başlıklar 1., 1.1, 1.1.1. şeklinde numaralandırılmalı ve yazının başlık öz/abstract, giriş, yöntem, bulgular, sonuç, tartışma ve kaynakça şeklinde ana bölümlerine yer verilmelidir.
5. Çizelge, grafik, resim vb. derginin sayfa boyutları dışına taşmamalı ve bunların hazırlanmasında "Calibri" karakterde 9 punto ve bir (1) aralıkla yazı kullanılmalıdır. Kaynak ve gerekli durumlarda açıklayıcı dipnotlar ve kısaltmalar, şekil ve çizelgelerin hemen altında 9 punto olarak yazılmalıdır.
6. Metin içi atıflarda ve kaynakçada "APA Stili 6. Sürüm" olarak adlandırılan ve Amerikan Psikologlar Derneği tarafından yayınlanan "The publication manual of the American Psychological Association" isimli kaynaktaki belirtilen yazım ilkelerine uyulmalıdır. Gerektiğinde dipnotta açıklamalara yer verilebilir.
7. Metinde kaynaklara atıfta bulunurken yazar soyadı, tarih ve sayfa bilgisi verilmelidir.
  - Tek yazarlı kaynaklara atıf örnekleri, Karatay (2001).....(s. 44); Gökçeğöz ( 2009, s. 10).....; Türkmen (2007, s. 15). İki yazarlı kaynaklara yapılan atıf örnekleri: Arslan ve Taşçı (2004).....(s.38); Öztürk ve Toprak'a (2009) göre.....(s.105).
  - APA atıf formatına uygun olarak, atıfta bulunulan kaynağın yazar sayısı 3 ile 5 arasında ise, kaynağa metin içinde ilk geçtiği yerde yukarıdaki gibi atıfta bulunulur: Özkan, Türkmen ve Arslan (1993, ss. 15-25). Aynı kaynağa daha sonra yapılan atıflarda ilk yazarın soyadı ile birlikte "vd." ifadesi kullanılır: Özkan vd. (1993, ss. 15-25). Cümle sonunda birden fazla esere atıfta bulunuluyorsa bu kaynaklar parantez içinde alfabetik sıra ile verilmelidir. Örneğin: ...(Gökçeğöz, 2009; Türker, 2001) ya da (Öztürk ve Toprak, 2009, s. 45; Taşçı, 2007, ss. 182-186).
  - Aynı yazara ait iki ya da daha fazla esere gönderme yapılıyorsa yayın yılına alfabetik sırayı izleyen harfler eklenir: örneğin (Derin Murat, 2010a);(Derin Murat, 2010b).
  - Eserin yazarı belirtilmemişse alıntı yaparken eserin adının ilk birkaç sözcüğü kullanılır. Bu tür bir yapıta gönderme yapılırken kitabın adı eğik (italik) olarak yazılır ve ardından tarih belirtilir:
  - Diğer bir kaynaktaki (Türkiye Uyuşturucu Raporu, 2014) belirtildiği gibi... Türkiye Uyuşturucu Raporu'nda (2014) belirtildiği gibi...
  - Çalışmalarda birincil kaynaklara ulaşmak esastır, ama bazı güçlükler nedeniyle ulaşılamamışsa, göndermede alıntılanan ya da aktarılan kaynak belirtilir;
  - (Smith, 2001'den aktaran Öztürk, 2010, s. 320). Alıntılanan ya da aktarılan yapıttaki kaynak bilgilerine yer verilmez.

---

## Kaynakça gösterimi:

Kaynaklar yazarların soyadına göre alfabetik olarak sıralanır. Eğer yazar adı yoksa eser adı esas alınır. Bir yazarın birden çok eseri kullanılmışsa kaynaklar kronolojik sırayla yazılır. Bir yazarın aynı yıl yayımlanmış birden fazla yapıtı kullanılmışsa eser adlarının alfabetik sırasına göre "2016a", "2016b" şeklinde sıralanır.

### ▪ Kitap

Bulunması gereken bilgiler:

Yazarın adı (soyadı, adının baş harfi)

Yayının yılı (ayraç içinde)

Eser adı (başlığın ilk harfinden sonra bütünüyle küçük ve eğik harflerle yazılır )

Yayın bilgileri (ayraç içinde, 1. basımlar belirtilmez)

Yayın yeri ve yayınevi

Tek yazarlı ya da editörlü kitap:

Arslan, S. (2017). *Nadir hastalıklar*. Ankara: Sağlık Yayınevi.

Özkan, E. (Ed.).(2015). *Tıbbi sosyal hizmet ve uygulamaları*. Ankara: Gökay Yayınevi.

İki ya da daha fazla yazarlı kitap:

Öztürk, Y. ve Ulucan, O. (2014). *Onkolojik sosyal hizmet*. Ankara: Kota Yayınevi.

Kurum yazarlığı olan kitap:

*Sağlık Bakanlığı*. (2013). *Toplam Kalite*. Ankara: Sağlık Yayınevi.

Çeviri kitaplar:

Brown, A. (2016). *Child protection*. (A. Demir, Çev.) İstanbul: Görkem Yayınevi.

### ▪ Makaleler

Bulunması gereken bilgiler:

Yazarın adı (soyadı, adının baş harfi)

Yayının yılı (ayraç içinde, varsa ay)

Makale adı (ilk harfi büyük geri kalanlar özel isim değilse küçük şekilde)

Dergi adı (italik ve her kelimenin ilk harfi büyük şekilde)

Cilt numarası (italik şekilde)

Sayısı (ayraç içinde)

Sayfa numara aralığı

Doi:xxxxxx

Özbesler, C. (2013, Aralık). Hasta yaşam kalitesinde tıbbi sosyal hizmet uygulamalarının önemi. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 2 (2), 44-56. doi: 12140277

### ▪ İnternet Kaynakları

Bulunması gereken bilgiler:

Yazar adı (soyadı, adının baş harfi)

Yayın tarihi (ayraç içinde)

Yazının adı (italik olarak, ilk harfi büyük geri kalanlar küçük şekilde)

Erişim Tarihi: Gün Ay Yıl

Yazının linki

Pehlivan, K. (2012). *Toplum ruh sağlığı merkezlerinin işleyişi*. Erişim tarihi:25 Nisan 2016, [www.hastasaglik.gov.tr](http://www.hastasaglik.gov.tr).

### ▪ Yayımlanmamış Yüksek Lisans ve Doktora Tezleri

Derin, M. (2017). *Madde bağımlısı bireylerin sosyal dışlanma algıları* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.



SAĞLIK BAKANLIĞI  
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü  
Hasta Hakları ve Tıbbi Sosyal Hizmetler Dairesi Başkanlığı  
Bakanlık Yayın No:963

ULAKBİM TR Dizinde Taranmaktadır

Hakemli Dergi  
**TSHD**  
Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi

ISSN: 2149-309X-Biannually  
<https://edergi.saglik.gov.tr/>  
<https://dergipark.org.tr/tr/pub/tshd>  
Yıl/Year: 2021 Haziran/June Sayı/Issue: 17

## COVID-19 PANDEMİ SÜRECİNDE SAĞLIK ANKSİYETESİ, YAŞAM DOYUMU ve İLİŞKİLİ DEĞİŞKENLER

Emel AVÇIN<sup>1</sup>  
Beyza ERKOÇ<sup>2</sup>

### Makale Bilgileri/ Article info

Makalenin Türü/Article Type: Araştırma  
Geliş Tarihi / Date Received : 20.03.2021  
Revizyon Tarihi/Date Revised: 16.05.2021  
Kabul Tarihi / Date Accepted : 14.04.2021  
Yayın Tarihi / Date Published : 30.06.2021  
DOI: <https://doi.org/10.46218/tshd.898389>

**Makale Künyesi/To cite this article:** Avçin, E. ve Erkoç, B. (2021, Haziran). Covid-19 pandemi sürecinde sağlık anksiyetesi, yaşam doyumu ve ilişkili değişkenler. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 17, 1-13. Doi: <https://doi.org/10.46218/tshd.898389>.

**Sorumlu Yazar/Corresponding Author:** Emel AVÇIN, Öğretim Görevlisi, Yalova Üniversitesi, Termal MYO, İlk ve Acil Yardım Programı emel.avcin@yalova.edu.tr

### Öz

Bir yılı aşkın süredir dünya çapında yayılımını sürdüren bir pandemi haline gelen Covid-19 pandemisi, yalnızca toplumların beden sağlığını değil, ruh sağlığını da olumsuz şekilde etkilemektedir. Bu çalışmada, Covid-19 pandemi sürecinde hissedilen sağlık anksiyetesi ve algılanan yaşam doyumunun çeşitli değişkenler açısından incelenmesi ve birbirleriyle olan ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Buradan hareketle, mesaj ya da mail yolu ile çevrimiçi online anket ile 18-65 yaş arası 405 erişkine ulaşılmıştır. Verilerin toplanmasında, "Katılımcı Bilgi Formu", "Sağlık Anksiyetesi Ölçeği" ve "Yaşam Doyumu Ölçeği" kullanılmıştır. Veriler SPSS 20.0 programı ile değerlendirilmiştir. Katılımcıların 219 (%54,1)'u kadın, 186 (%45,9)'u erkektir. Kadın katılımcıların sağlık anksiyetesi ölçek puanları erkek katılımcılardan yüksektir ve aralarında anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Katılımcılardan Covid-19 tanısı almış olanların yaşam doyumu tanı almayanlara göre daha düşük olduğu saptanmış ve aralarında anlamlı fark belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Katılımcıların sağlık anksiyeteleri arttıkça yaşam doyumlarının azaldığı ve anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir ( $r=-,103$ ;  $p=,039$ ). Pandemi sürecinde kişilerin sağlık anksiyetelerinin azaltılması, yaşam doyumlarının artırılması ve ruh sağlığının korunması için multidisipliner hareket edilmeli, tedbirler uygulanmalı ve toplumun her kesimine ulaşılması hedeflenmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Anksiyete, Pandemi, Sağlık, Sağlık anksiyetesi, Yaşam doyumu.

## HEALTH ANXIETY, LIFE SATISFACTION AND RELATED VARIABLES IN THE COVID-19 PANDEMIC PROCESS

### Abstract

The Covid-19 pandemic, which has become a pandemic that has been spreading around the world for more than a year, affects not only the physical health of the societies, but also the mental health. In this study, it was aimed to examine the health anxiety felt and perceived life satisfaction during the Covid-19 pandemic process in terms of various variables and to evaluate their relationship with each other. From this point of view, 405 adults between the ages of 18-65 were reached via an online questionnaire via message or mail. In collecting data, "Participant Information Form", "Health Anxiety Scale" and "Life Satisfaction Scale" were used. The data were evaluated with the SPSS 20.0 program. 219 (54.1%) of the participants are women and 186 (45.9%) of them are men. Health anxiety scale scores of female participants are higher than male participants and a significant difference was found between them ( $p<0.05$ ). It was determined that the life satisfaction of the participants who were diagnosed with Covid-19 was lower than those who were not diagnosed, and a significant difference was found between them ( $p<0,05$ ). It was found that as the health anxiety of the participants increased, their life satisfaction decreased and there was a significant relationship ( $r=-,103$ ;  $p=,039$ ). In the pandemic process, multidisciplinary action should

<sup>1</sup> Öğretim Görevlisi, Yalova Üniversitesi, Termal MYO, İlk ve Acil Yardım Programı, Yalova/ Türkiye, emel.avcin@yalova.edu.tr, ORCID: 0000-0002-8867-4039

<sup>2</sup> Dr. Öğr. Üyesi, Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü, Zonguldak/ Türkiye, ORCID : 0000-0002-0035-6782

be taken, measures should be implemented and it should be aimed to reach all segments of the society in order to reduce the health anxiety of people, to increase their life satisfaction and to protect their mental health.

**Keywords:** *Anxiety, Pandemic, Health, Health anxiety, Life Satisfaction.*

## Giriş

Covid-19, SARS-CoV ve MERS-CoV'unda içinde bulunduğu betacoronavirusalesi içerisinde yer alan bir virüs türüdür. 2019 yılında ortaya çıkan Covid-19 virüsü, kısa süre içinde tüm dünyayı etkisi altına almıştır. Öyle ki 11 Mart 2020 tarihi itibariyle global ölçekli bir salgın yani "pandemi" ilan edilmiştir (WHO, 2020). Dünya çapında şu ana dek Covid-19'un etkilediği insan sayısı 118 milyonu aşarken, yaklaşık 2.7 milyon insan da yaşamını yitirmiştir (WHO, 2021). Türkiye'de ilk Covid-19 vakası 11 Mart 2020'de belirlenmiş ve birinci yılın sonunda etkilenen insan sayısı 2.9 milyona ulaşırken, ölüm sayısı 29.500'e yaklaşmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2021).

Günümüz itibariyle virüs yayılımının önlenmesi bağlamında birçok ülke yönetimi ve sağlık kuruluşları tarafından ciddi tedbirlerin uygulanmış olduğu Covid-19 pandemisi nedeniyle, virüsün doğrudan oluşturduğu bedensel sağlık problemleri, anksiyete, panik ve endişe benzeri ruh sağlığı sorunlarının görülmesi beklendiği belirtilmiştir (Erdoğan, 2020; Bozkurt, 2020). Özellikle pandeminin ilk ortaya çıktığı ve vaka sayılarının yükseldiği dönemlerde bireylerin artan düzeylerde anksiyete, korku, endişe ve stres algıladıkları tespit edilmiştir (Rajkumar vd., 2020). Şu anda pandemi, sosyal ve ekonomik düzeni ciddi şekilde etkileyen, kurumlara dönük güven hissini sarsan, mevcut değerleri sorgulatan, bir belirsizlik ve korkunun egemen olduğu global ölçekte bir varoluşsal kriz halini almıştır. Virüsün ortaya çıkış nedenlerinin net olarak bilinmemesi, gözle görülememesi ve toplumun bütün kesimlerinden kişilerin risk altında olması pandemiyi global bir travma haline getirmiştir. Travma sonrası beklenen tüm psikolojik tepkiler, pandemi sürecinde bireylerde gözlenmiştir. Yaşanılan belirsizlikle beraber hastalığın bulaşması kaygısıyla yaşanan mutsuzluk, korku, ümitsizlik, çaresizlik benzeri duyguları da pandemik bir hal almıştır (Wu vd., 2009; Sim vd., 2010; Wang vd., 2020).

Kaygı, Amerikan Psikoloji Derneği (APA) tarafından "gerginlik hissi, endişeli düşünceler ve fiziksel değişikliklerle (nabızda artma gibi) meydana çıkan duygu" şeklinde tanımlanmış olup (APA, 2020) anksiyete ile eş anlamlı kullanılmaktadır. Kaygı, var olan tehdidin doğası tam anlamıyla anlaşılmadığı zaman, ortaya çıkma şekli belirsiz olduğunda ve kişiler kendilerini stresin başlangıcı veya sonlandırılması noktasında yeterince kontrole sahip olmadıklarını hissettiklerinde açık bir sıkıntı kaynağı olmaktadır (Taha vd., 2013). Sağlık anksiyetesi/kaygısı, kişinin sağlığına dönük ciddi bir tehdit altında bulunduğu düşüncesi ile beliren ve neticede kişinin fiziksel ve duygusal kaygı belirtilerini tetiklemekte olan psikolojik bir deneyim olarak tanımlanmaktadır (Abramowitz, 2007; Özdelikara vd., 2018). Pandemiler, kişilerin kaygı düzeyini

artırdığı ve yaşam kalitelerini azalttığı yönünde çok sayıda psiko-sosyal etkenin olduğu gözlenmiştir (Taha vd., 2013).

Doyum kavramı, beklenti, gereksinim, istek ve dileklerin karşılanması durumunu ifade etmektedir. “Yaşam doyumunu” ise bir bireyin beklentileriyle, elinde bulunanların kıyaslanmasıyla elde edilen durum veya sonuçtur. Diğer bir ifadeyle, bireyin beklentilerinin, mevcut durum ile karşılaştırılmasıyla meydana çıkan sonucu tanımlamaktadır (Özer ve Karabulut, 2003). Öznel iyi oluşun bir göstergesi konumunda olan yaşam doyumunu, kişinin yaşamı ile ilgili duygusal ve bilişsel değerlendirmeleri içermektedir (Shengquan, 2017). Yaşam doyumunu, kişiden kişiye ve birçok faktöre göre değişiklik gösterebilir. Sağlıklı ve mutlu olmak, hayattan zevk almak, benlik algısının yüksek olması, dış görünüşün beğenilmesi, yaşamda bir amacın olması, yaşamın anlamlı olması, sosyal olarak uyumlu olma, fiziksel ve psikolojik iyilik haline sahip olma ve ekonomik özgürlüğe sahip olma gibi faktörler yaşam doyumunu etkileyen faktörlerdir (Lee, 2016; Appleton, 2008). Aynı zamanda yaş, cinsiyet, eğitim ve öğretim, iş hayatı, sosyal çevre, genetik faktörler, evlilik ve aile yaşamı, zekâ seviyesi, bireysel davranışlar, topluluk psikolojisi ve yaşanılan ülke gibi birçok faktör de yaşam doyumunu etkileyebilmektedir (Dağlı ve Baysal, 2016). Yaşam doyumunun statik olmayıp, dinamik bir yapısının bulunduğu ve var olan yaşam koşulları ve bireysel standartlara göre değişebileceği (Dağlı ve Baysal, 2016), insanın hayatı boyunca karşılaşılabileceği çatışmalar, engellemeler ve anlık olarak ortaya çıkan olumsuz durumlar yaşam doyum düzeyinin düşmesine sebep olabileceği vurgulanmaktadır (Demirel ve Canat, 2004).

Literatürde yaşam doyumunu yüksek olan kişilerin her yönden sağlıklı bir hayata, yüksek seviyede sosyal işlevselliğe, çevrelerinde daha pozitif sosyal ilişkilere, yaşamlarıyla uyumlu bir karaktere ve kişisel gelişime açık olan bilişsel bir yapıya sahip olduğu, anksiyete oluşturacak olaylara daha dirençli oldukları ve anksiyeteleri ile daha güçlü başa çıkabildikleri bilinmektedir (Huebner, Suldo, Smith ve McKnight, 2004; Kabasakal ve Uz-Baş, 2013; Matheny vd., 2002). Covid-19 pandemisinin yayılmasını önleyebilme adına alınmış olan en temel strateji, bireyleri fiziksel yönden birbirlerinden ayırmak ve izole etmektir (CDC, 2020). Bu pandemi döneminde de izolasyon amacıyla gerçekleştirilen “evde kal” çağrısının psikolojik sonuçları incelendiğinde, bedensel sağlığı koruma adına kritik değer taşıyan bu uygulamanın, psikolojik ve ekonomik yönden negatif sonuçları olduğu desteklenmiştir. Yapılan araştırmalar, evde kalmanın depresyon, sağlık anksiyetesi, finansal endişe ve yalnızlık hislerini artırdığını, yaşam doyumunu, yaşam kalitesini azalttığını göstermiştir (Reger vd., 2020; Thunström vd., 2020). Bireyin ailesinde, akrabalarında ve çevresinde Covid-19 tanılı birinin bulunması da anksiyete düzeyini önemli derecede artırırken, yaşam kalitelerini önemli derecede azaltmıştır (Cao ve ark., 2020).

Covid-19 pek çok insanın normal yaşantısını olumsuz etkilediği ve içerisinde birçok belirsizliği barındırdığı için anksiyeteye yol açtığı değerlendirilmiştir. Covid-19 virüsünün hem yayılma hem de bulaşma hızının

yüksek olması, pandemi sürecinin ne kadar süreceği ve gidişatının bilinmemesi, medyada sunulan görüntüler, hemen herkesin çevresinde Covid-19 tanısı alan ya da yoğun bakımda tedavi gören bireylerin olması, bireylerin sağlık anksiyetesi düzeylerini artıracak ve yaşam doyumlarını azaltacağını düşündürmüştür. Bu araştırmada, içinde bulunduğumuz pandemi sürecinde bireylerin sağlık anksiyetesi, yaşam doymu ve ilişkili değişkenlerin incelenmesi amaçlanmıştır.

## 2. Yöntem

**2.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi:** Araştırmada, pandemi sürecinde bireylerin sağlık anksiyetesi, yaşam doymu ve ilişkili değişkenlerin incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırma, tanımlayıcı nitelikte ve kesitsel tipte gerçekleştirilmiştir.

**2.2. Araştırma Evreni:** *Araştırmanın evrenini;* Türkiye’de yaşayan ve 18-65 yaş arasında olan erişkinler oluşturmuştur. Araştırmanın örnekleminde, herhangi bir grup, tabaka ya da belirli özellikler hedeflenmeden, toplumun her kesimine ulaşılması amaçlanmıştır; katılımcı olmayı kabul eden ve Türkçe okuyup anlayabilen 18-65 yaş arasındaki erişkinler oluşturmuştur. *Araştırmanın örneklemini ise,* 08.01.2021-12.02.2021 tarihleri arasında araştırmaya katılma kriterlerine uyan 405 erişkin oluşturmuştur. Veriler çevrimiçi anketler (Google Form) ile toplanmıştır. Soru formu tüm katılımcılara mesaj ya da mail yolu ile ulaştırılmıştır. Katılımcılar soruları görmeden önce çalışma hakkında bilgilendirme yapılmış ve onam veren katılımcılar sorulara yanıt vermiştir.

Örneklem büyüklüğünü hesaplamak için;

$$n = \frac{NPQZ^2}{(N - 1)d^2 + PQZ^2}$$

şeklindeki oran için örneklem büyüklüğünün tahmini formülünden yararlanılmıştır (Akbulut ve Yıldız, 1999). Burada; TÜİK 2019 verilerinden elde edilen 18-65 yaş arası nüfus 49.391.925’dir. %95 güven seviyesinde %5 (0,05) hata payı ile ana kütleyle temsil edecek örneklem büyüklüğü bu çalışma için 384 olarak belirlenmiştir, araştırmada 405 katılımcıya ulaşılmıştır. Çalışmanın sonunda, örneklem büyüklüğünün gücü G\*Power 3.1.9.4 programı ile hesaplanmıştır. 405 katılımcı ve alpha=0,05 hata payı ile örneklemin evreni temsil gücü %94 olarak bulunmuştur.

**2.3. Veri Toplama Araçları:** Verilerin toplanmasında, “Katılımcı Bilgi Formu”, “Sağlık Anksiyetesi Ölçeği” ve “Yaşam Doyumu Ölçeği” kullanılmıştır. Çalışmada, toplam 35 adet soru bulunmaktadır.

*Katılımcı Bilgi Formu:* Verilerin toplanmasında kullanılan yapılandırılmış katılımcı bilgi formu, literatür bilgileri doğrultusunda araştırmacılar tarafından geliştirilmiştir (Aydemir ve ark., 2013; Bozkurt ve ark., 2020; Erdoğan ve ark., 2020). Formda; cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum, kronik hastalık varlığı, pandemi sürecinde herhangi bir işte çalışma durumu, size Covid-19 tanısı konulma durumu, aile ya da yakın



çevreden birine Covid-19 tanısı konulma durumu, korona virüs hakkında yeterli bilgi sahibi olma durumu, evde kal/sosyal izolasyon kurallarına uyma durumu, Covid-19 pandemisinden dolayı diğer insanlarla olan ilişkilerinizi/inançlarınızı sorguladınız mı ve sosyal medya, TV izleme gibi durumlarda değişiklik olup olmadığı soruları yer almaktadır. Bu form 12 sorudan oluşmaktadır.

*Sağlık Anksiyetesi Ölçeği:* Salkovskis, Rimes, Warwick ve Clarktarafından 2002 yılında geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2013 yılında Aydemir, Kirpınar, Sati, Uykur ve Cengiz tarafından yapılmıştır. Sağlık anksiyetesi ölçeği 18 maddeden oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçeğin puanlaması her bir maddede 0-3 arasındadır ve yüksek puan yüksek düzeyde sağlık anksiyetesini göstermektedir. Ölçek iki faktörden oluşmaktadır; birinci faktör ölçeğin ilk 14 maddesini içermektedir ve bedensel belirtilere aşırı duyarlılık ve kaygı boyutunu temsil eden gövde boyut olarak adlandırılmaktadır. İkinci faktör ölçeğin son 4 maddesini içermektedir ve hastalığın olumsuz sonuçlarıyla ilişkili boyut olarak adlandırılmaktadır. Ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0,91 olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada ise ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,91'dir.

*Yaşam Doyumu Ölçeği:* Yaşam doyumu ölçeği Diener, Emmons, Larsen ve Griffin tarafından 1985 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe uyarlaması Baysal ve Dağlı (2016) tarafından yapılmıştır. Yaşam Doyumunu ölçmek amacıyla geliştirilen bu ölçek 5 maddeden oluşan, tek boyutlu, geçerli ve güvenilir bir ölçme aracıdır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 5, en yüksek puan ise 25'dir. Ölçekten alınan puanın yüksek olması bireylerin yaşamdan aldıkları doyumun artışına işaret ederken, ölçekten alınan düşük puan bireyin yaşamdan aldığı doyumun düşük olduğunu göstermektedir. Cronbach Alpha iç tutarlılık güvenilirlik katsayısı 0.88 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada ise ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,89'dur.

**2.4. Verilerin Toplanması:** Araştırma verileri, "Google form" vasıtasıyla oluşturulan çevrimiçi online anket ile toplanmıştır. Veriler; araştırmanın amacı, kapsamı ve katılımcılara kendilerinden ne beklenildiği ve hakları konusunda bilgi verildikten sonra araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden bireylerden elde edilmiştir. Soru formu, tüm gönüllü katılımcılara e-posta veya mesaj yoluyla "Google form" bağlantısı ile ulaştırılmıştır.

Sorular hazırlanırken "zorunlu cevaplama" seçeneği kodlandığı için unutulmuş ya da atlanılan sorular sistem tarafından uyarılmış ve anket formu tamamlanmadan gönderilememiştir. Katılımcılardan ortalama 10-12 dakika zaman ayırması istenmiş ve bu çalışma öncesi belirtilmiştir. İlgili tarihler arasında çalışmaya dâhil edilme kriterlerine uyan 405 gönüllüye ulaşıldığında ise veri toplama işlemi sona ermiştir.

**2.5. Verilerin Değerlendirilmesi:** Araştırmanın amacına uygun olarak toplanan online veriler SPSS (Statistical Package for Social Science) 20.0 istatistik paket programı kullanılarak uygun istatistiksel testler kullanılarak değerlendirilmiştir. Normal dağılımda, skewness- kurtosis testlerinde  $\pm 1$  aralığı normal değer kabul edilmiş ve çalışmamızdaki verilerin normal dağılıma uygun olduğu bulunmuştur. Veri analizinde;

frekans, ortalama, standart sapma, bağımsız gruplarda t testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA), pearsonkorelasyon ve basit regresyon testleri kullanılmıştır.

**2.6. Araştırmanın Etik İlkeleri:** Çalışmanın yürütülebilmesi için Sağlık Bakanlığı'ndan uygulama izni ve Yalova Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulundan (Karar No: 2020/13) etik izni alınmıştır. Araştırmada kullanılan ölçekler, katılımcılara sunulmadan önce ölçeğin geliştiricilerinden gerekli izinler alınmıştır. Araştırmanın tüm aşamalarında etik ilkelere uygun davranılmıştır.

### 3. Bulgular

Araştırmanın bu bölümünde katılımcılardan elde edilen verilerin analiz edilmesi sonucunda bulgular ve yorumlara yer verilmiştir.

**Tablo 1. Katılımcıların Demografik Özellikleri**

		n=405	Frekans (%)
Cinsiyet	Kadın	219	54,1
	Erkek	186	45,9
Yaş	18-25	136	33,6
	26-35	94	23,2
	36-45	110	27,2
	46 yaş ve üzeri	65	16,0
Eğitim Durumu	Lise ve altı	220	54,3
	Ön lisans	105	25,9
	Lisans	75	18,5
	Lisans üstü	5	1,2
Medeni Durum	Bekar	170	42,0
	Evli	235	58,0
Kronik Hastalık Varlığı	Var	72	17,8
	Yok	333	82,2

Tablo 1'de katılımcıların tanımlayıcı özellikleri verilmiştir. Katılımcıların 219 (%54,1)'u kadın, 136 (%33,6)'sı 18-25 yaş aralığında, 220 (%54,3) kişi lise ve altı eğitim seviyesine sahip, 235 (%58,0) kişi evli ve 333 (%82,2) kişinin ise kronik bir hastalığı yoktur.

**Tablo 2. Katılımcıların Pandemi Sürecine İlişkin Yanıtları**

		n=405	Frekans (%)
Pandemi sürecinde herhangi bir işte çalışma durumu	Çalışıyor	188	46,4
	Çalışmıyor	217	53,6
Covid-19 tanısı alma durumu	Evet	86	21,2
	Hayır	319	78,8
Yakın çevrenizin (aile/arkadaş/komşu) Covid-19 tanısı alma durumu	Evet	318	78,5
	Hayır	87	21,5
Covid-19 hakkında yeterli bilgiye sahip olma durumu	Evet	260	64,2
	Hayır	31	7,7
	Kısmen	114	28,1
Evde kal/sosyal izolasyon kurallarına uyma durumu	Evet	289	71,4
	Hayır	23	5,7
	Kısmen	93	23,0

Covid-19 pandemisinden dolayı diğer insanlarla olan ilişkilerinizi/inançlarınızı sorgula durumunuz	Evet	161	39,8
	Hayır	120	29,6
	Kısmen	124	30,6
Covid-19 pandemi döneminde sosyal medya, TV, telefon gibi araçlarla geçirdiğiniz vakitte değişiklik olma durumu	Evet	310	76,5
	Hayır	60	14,8
	Emin Değilim	35	8,7

Tablo 2’de katılımcıların pandemiye ilişkin yanıtları yer almaktadır. 118 (%46,4) kişi pandemi sürecinde bir işte çalışırken, 217 (%53,6) kişi çalışmamaktadır. Katılımcılardan 86 (%21,2)’si Covid-19 tanısı almış, 318 (%78,5)’inin de yakın çevresinde Covid-19 tanısı almış kişiler bulunmaktadır. 260 (%64,2) kişi Covid-19 hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunu ifade etmiş, 289 (%71,4) kişi de evde kal/sosyal izolasyon kurallarına uyduğunu belirtmiştir. 161 (%39,8) kişi pandemiden dolayı diğer insanlarla olan ilişkileri hakkındaki inançlarını sorgulamakta, 310 (%76,5) kişi de pandemi döneminde sosyal medya, TV, telefon gibi araçlarla geçirdiği vakitte değişiklik olduğunu belirtmiştir.

**Tablo 3. Katılımcıların Demografik Özellikleri ile Sağlık Anksiyetesi ve Yaşam Doymu Arasındaki İlişki**

n=405		Bedensel Belirtilere Aşırı Duyarlılık ve Kaygı Boyutu	Hastalığın Olumsuz Sonuçları Boyutu	Sağlık Anksiyetesi Ölçeği	Yaşam Doymu Ölçeği
		ORT±SS	ORT±SS	ORT±SS	ORT±SS
Cinsiyet	Erkek	14,77±9,21	4,84±2,98	19,61±11,06	13,31±4,77
	Kadın	21,67±10,43	5,42±3,26	27,09±12,79	13,30±4,51
İstatistiksel Test ve p		t=6,991 p=,000	t=1,843 p=,066	t=6,230 p=,000	t=0,133 p=,974
Yaş	18-25	17,59±9,02	5,26±2,99	22,85±10,51	13,41±4,38
	26-35	18,84±10,34	5,00±3,00	23,84±12,67	12,96±4,76
	36-45	18,25±10,75	5,15±3,22	23,41±13,07	13,67±4,75
	46 yaş ve üzeri	20,35±12,70	5,14±3,57	25,49±15,36	12,95±4,75
İstatistiksel Test ve p		F=1,078 p=,358	F=0,123 p=,946	F=0,669 p=,572	F=0,555 p=,645
Eğitim Durumu	Lise ve altı	18,61±11,26	4,90±3,17	23,50±13,45	13,33±5,05
	Ön lisans	19,21±9,97	5,57±2,89*	24,78±11,92	12,67±3,82
	Lisans	17,68±8,76	5,57±3,24*	23,25±10,82	13,96±4,15
	Lisans üstü	17,40±4,03	4,20±1,78*	21,60±4,50	15,80±6,22
İstatistiksel Test ve p		F=1,091 p=,353	F=1,091 p=,353	F=4,285 p=,005	F=1,610 p=,185
Medeni Durum	Bekar	17,25±9,43	5,21±3,12	22,46±11,22	13,16±4,68
	Evli	19,41±11,08	5,11±3,16	24,52±13,43	13,40±4,59
İstatistiksel Test ve p		t=2,064 p=,040	t=0,332 p=,740	t=1,630 p=,104	t=,513 p=,608
Kronik Hastalık Varlığı	Var	17,47±9,21	4,56±2,65	22,03±11,09	12,97±4,09
	Yok	18,73±10,71	5,28±3,23	24,01±12,86	13,38±4,73
İstatistiksel Test ve p		t=1,016 p=,312	t=1,774 p=,077	t=1,210 p=,227	t=0,670 p=,503

Tablo 3’te katılımcıların demografik özellikleri ile sağlık anksiyetesi ve yaşam doymu arasındaki ilişki karşılaştırmalı olarak verilmiştir. Kadın katılımcıların sağlık anksiyetesi ölçek puanı (27,09±12,79) erkek katılımcılardan (19,61±11,06) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (t=6,230, p=,000). 46 ve üzeri yaşı olan grubun sağlık anksiyetesi (25,49±15,36) en yüksek çıkarken (F=0,669, p=0,572), yaşam doymu (12,95±4,75) en düşük çıkmıştır (F=0,555, p=0,645). Önlisans mezunlarının sağlık anksiyetesi en yüksek (24,78±11,92) ve yaşam doymuları (12,67±3,82) en düşük bulunmuştur. Evli katılımcıların hem sağlık anksiyeteleri

(24,52±13,43>22,46±11,22) hem de yaşam doyumlari (13,40±4,59>13,16±4,68) bekârlara göre daha yüksek çıkmıştır (p<0,05).

**Tablo 4. Katılımcıların Pandemi Sürecine İlişkin Yanıtları ile Sağlık Anksiyetesi ve Yaşam Doymu Arasındaki İlişki**

n=405		Bedensel Belirtilere Aşırı Duyarlılık ve Kaygı Boyutu	Hastalığın Olumsuz Sonuçları Boyutu	Sağlık Anksiyetesi Ölçeği	Yaşam Doymu Ölçeği
		ORT±SS	ORT±SS	ORT±SS	ORT±SS
Pandemi sürecinde herhangi bir işte çalışma durumu	Çalışıyor	19,26±10,58	5,22±3,18	24,48±12,79	12,99±4,75
	Çalışmıyor	17,85±10,34	5,09±3,11	22,94±12,37	13,58±4,50
İstatistiksel Test ve p		t=1,356 p=,166	t=0,433 p=,665	t=1,236 p=,217	t=1,273 p=,204
Covid -19 tanısı alma durumu	Evet	20,29±10,14	5,06±2,85	25,35±12,30	12,40±4,19
	Hayır	18,02±10,51	5,18±3,22	23,20±12,63	13,55±4,71
İstatistiksel Test ve p		t=1,789 p=,074	t=0,307 p=,759	t=1,409 p=,160	t=2,159 <b>p=,040</b>
Yakın çevrenizin (aile/arkadaş/komşu) Covid-19 tanısı alma durumu	Evet	18,92±10,52	5,15±3,08	24,08±12,57	13,09±4,59
	Hayır	16,97±10,16	5,14±3,40	22,10±12,56	14,07±4,71
İstatistiksel Test ve p		t=1,550 p=,122	t=0,042 p=,966	t=1,299 p=,195	t=1,744 p=,082
Covid-19 hakkında yeterli bilgiye sahip olma durumu	Evet	19,17±10,85	5,43±3,21*	24,60±12,94	13,30±4,48
	Hayır	16,71±8,81	4,13±2,76*	20,84±10,79	13,45±5,32
	Kısmen	17,74±9,84	4,79±3,01	22,53±11,98	13,28±4,78
İstatistiksel Test ve p		F=1,952 p=,143	F=3,453 <b>p=,033</b>	F=2,646 p=,062	F=0,017 p=,983
Evde kal/sosyal izolasyon kurallarına uyma durumu	Evet	18,81±10,53	5,13±3,15	23,94±12,61	13,52±4,58
	Hayır	18,00±9,15	4,91±3,32	22,91±11,39	12,35±5,11
	Kısmen	17,69±10,61	5,26±3,12	22,95±12,85	12,87±4,65
İstatistiksel Test ve p		F=0,429 p=,652	F=0,123 p=,885	F=0,261 p=,770	F=1,211 p=,299
Covid-19 pandemisinden dolayı diğer insanlarla olan ilişkilerinizi/inançlarınızı sorgula durumunuz	Evet	18,70±10,19	5,20±3,13	23,90±12,37	13,49±4,31
	Hayır	17,65±10,53	5,18±3,17	22,83±12,53	13,72±5,02
	Kısmen	19,08±10,76	5,05±3,16	24,13±12,95	12,66±4,59
İstatistiksel Test ve p		F=0,614 p=,542	F=0,095 p=,909	F=0,373 p=,689	F=1,810 p=,165
Covid-19 pandemi döneminde sosyal medya, TV, telefon gibi araçlarla geçirdiğiniz vakitte değişiklik olma durumu	Evet	18,81±10,64	5,22±3,14	24,04±12,77	13,20±4,71
	Hayır	18,15±10,25	5,23±3,08	23,38±12,34	13,45±4,39
	Emin Değilim	16,37±9,13	4,37±3,23	20,74±11,07	13,94±4,34
İstatistiksel Test ve p		F=0,896 p=,409	F=1,175 p=,310	F=1,094 p=,336	F=0,435 p=,647

Tablo 4'te katılımcıların pandemiye ilişkin yanıtları ile sağlık anksiyetesi ve yaşam doyumu ölçeklerinin karşılaştırılması verilmiştir. Pandemi sürecinde herhangi bir işte çalışanların sağlık anksiyetesi puanları çalışmayanlara göre daha yüksek ( $24,48 \pm 12,79 > 22,94 \pm 12,37$ ) ve yaşam doyumu puanları daha düşüktür ( $12,99 \pm 4,75 < 13,58 \pm 4,50$ ). Ancak aralarında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ). Kendisi Covid-19 tanısı almış olanların yaşam doyumu tanı almayanlara göre daha düşüktür ve aralarında istatistiksel açıdan anlamlı fark tespit edilmiştir ( $p = 0,040$ ). Covid-19 hakkında yeterli bilgiye sahip olmayanlar daha az sağlık anksiyetesine ( $20,84 \pm 10,79$ ) ve daha yüksek yaşam doyumuna ( $13,45 \pm 5,32$ ) sahiptir. Evde kal kuralına uyanların hem sağlık anksiyetesi ( $23,94 \pm 12,61$ ) hem de yaşam doyumu ( $13,52 \pm 4,58$ ) diğerlerine göre daha yüksektir. Pandemiden dolayı diğer insanlarla olan ilişkilerini/inançlarını sorgulamayan katılımcılar diğerlerine göre en az sağlık anksiyetesine sahip ( $22,83 \pm 12,53$ ), en yüksek yaşam doyumuna ( $13,72 \pm 5,02$ ) sahiptir. Pandemi döneminde sosyal medya, TV, telefon gibi araçlarla geçirdiğiniz vakitte değişiklik olanlar diğerlerine göre yüksek oranda sağlık anksiyetesi ( $24,04 \pm 12,77$ ) yaşarken, yaşam doyumu da en düşük ( $13,20 \pm 4,71$ ) bulunmuştur. Ancak gruplar arasında anlamlı fark görülmemiştir ( $p > 0,05$ ).

**Tablo 5. Sağlık Anksiyetesinin Yaşam Doyumu Üzerine Etkisi**

Sağlık Anksiyetesi	B	Standart Hata	$\beta$	t	p
Sabit	27,361	1,897		14,426	,000
Yaşam Doyumu	-,279	,135	-,103	-2,069	,039

R: ,103 R<sup>2</sup>: ,011 F: 4,281 \*p < 0,05

Tablo 5'te araştırmada kullanılan sağlık anksiyetesi ve yaşam doyumu ölçekleri arasında ilişki ve etki varlığına bakılmıştır. Katılımcıların sağlık anksiyeteleri arttıkça yaşam doyumlarının azaldığı, aralarında negatif yönlü bir etki ve anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir ( $r = -,103$ ;  $p = ,039$ ).

#### 4. Tartışma

Bu araştırma ile pandemi sürecinde bireylerin sağlık anksiyetesi, yaşam doyumu ve ilişkili değişkenlerin incelenmesi amaçlanmıştır. Covid-19 pandemi süreci tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de her alanda büyük yıkımlara neden olmuştur. Pandemi sadece sağlık alanında değil, sosyal, ekonomik, ahlaki, mesleki, etiksel alanlarda olumsuz etkilemiştir (Üstün ve Özçiftçi, 2020: 144). Pandeminin hızlı ve kontrol edilemeyen bir şekilde yayılması, kişilerin büyük ölçüde korku ve umutsuzluk yaşanmasına ve dünyanın hiçbir yerinde güvende olunmadığı duygusunu yaşamasına neden olmuştur. Aynı zamanda pandemi kişilerin kaygı, depresyon, çaresizlik, stres, korku gibi duygularla psikolojik sağlıklarının bozulmasına neden olmuştur (Ilooi, 2020: 1). Bu çalışma ile içinde bulunduğumuz pandemi sürecinde bireylerin sağlık anksiyetesinin yaşam doyumu üzerindeki etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Kadınlar katılımcıların sağlık anksiyete puanlarının erkek katılımcılardan istatistiksel yönden anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir. Literatürde

çalışma bulgusuna benzer sonuçları içeren araştırmalar mevcuttur. De Pedraza, Guzi ve Tijdens (2020) tarafından 25 ülkede yaşam memnuniyetsizliği ve kaygı durumlarının belirlenmesi amacı ile gerçekleştirilen araştırma sonuçlarına bakıldığında bu çalışmanın sonuçları ile tutarlı olarak kadınların pandemi sürecinde kaygı durumları erkeklere göre daha yüksek çıkmıştır. Rogowska, Kuśnierz, Bokszczanin (2020) ve Liang ve arkadaşları (2020) tarafından Covid-19 pandemisinin üniversite öğrencilerinin psikolojileri üzerinde nasıl etki bıraktığına ilişkin gerçekleştirmiş oldukları çalışmaların sonuçları da bu çalışmanın sonucunu destekler niteliktedir. Kadınların erkeklere göre daha duygusal yapıda olduğu fikri bu sonuçla ilişkili olarak düşünülebilir.

Bu çalışmada yaşı daha fazla olan grubun sağlık anksiyetesi puanı en yüksek çıkarken yaşam doyumu puanı en düşük çıkmıştır. Ön lisans mezunlarının sağlık anksiyetesi en yüksek ve yaşam doyumları en düşük bulunmuştur. Evli katılımcıların hem sağlık anksiyeteleri hem de yaşam doyumları bekarlara göre daha yüksek çıkmıştır. Araştırma sonuçlarından elde edilen diğer sonuçlar; herhangi bir işte çalışanların sağlık anksiyetesi puanlarının çalışmayanlara göre daha yüksek ve yaşam doyumu puanlarının daha düşük çıkmasına rağmen aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Covid-19 tanısı almış olan katılımcıların yaşam doyumu tanı almayanlara göre daha düşük çıkmıştır ve aralarında istatistiksel açıdan anlamlı fark tespit edilmiştir. Covid-19 tanısı almış olmak bireyler üzerinde başlı başına stres, kaygı, depresyon sebebidir. Öldürücü olmasının yanında Covid-19 tanısı bireylerin bulaşıcılığı nedeni ile sosyal alanlardan, yakına çevresinden uzaklaştırılmasına, bir nevi damgalanmasına da neden olmaktadır. Covid-19 hakkında yeterli bilgiye sahip olmayanlar daha az sağlık anksiyetesine ve daha yüksek yaşam doyumuna sahiptir. Evde kal kuralına uyanların hem sağlık anksiyetesi hem de yaşam doyumu diğerlerine göre daha yüksektir. Pandemi dolayısı ile diğer insanlarla olan ilişkilerini/inançlarını sorgulamayan katılımcılar diğerlerine göre en az sağlık anksiyetesine ve en yüksek yaşam doyumuna sahiptir. Pandemi döneminde sosyal medya, TV, telefon gibi araçlarla geçirdiğiniz vakitte değişiklik olanlar diğerlerine göre yüksek oranda sağlık anksiyetesi yaşarken, yaşam doyumu da en düşük bulunmuştur. Ancak gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır. Sosyal medya, TV, telefon gibi araçlar vasıtasıyla bireyler pandemiye ilişkin ve sağlık hakkında doğru ya da yanlış birçok bilgiye anında erişebilmekte ve bu durum bireylerin bir süre sonra korku, endişe yaşamasına neden olabilmektedir. Bildiğimiz kadarıyla bu çalışma öncül bir çalışma özelliği taşımakta olup, yukarıda bahsi geçen birçok değişkene ilişkin literatürde kıyaslama yapılabilecek kadar çok çalışmaya rastlanmamıştır.

Çalışmamızın bulgularından elde edilen bir diğer bulgu katılımcıların sağlık anksiyeteleri arttıkça yaşam doyumlarının azaldığı, aralarında negatif yönlü bir etki ve anlamlı ilişki olduğudur. Araştırma sonucuna benzer şekilde Güney, Kalafat ve Boysan (2010) tarafından Ankara Üniversitesinde eğitim gören 364 öğrenci ile gerçekleştirilen araştırmada da yaşam doyumu, depresyon, anksiyete ve umutsuzluk ölçekleri arasında alınan puanlarda negatif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edilmiştir.

## 5. Sonuç

Literatür taraması sonucunda ve bildiğimiz kadarıyla Covid 19 pandemi sürecinde bireylerin sağlık anksiyetesinin yaşam doyumu üzerindeki etkisinin incelenmesi amacıyla gerçekleştirilmiş herhangi bir çalışma bulunamamıştır. Bu bakımdan çalışmanın özgün olduğu düşünülmektedir. Araştırma sonucuna göre sağlık anksiyetesi ile yaşam doyumu arasında negatif yönlü bir etki ve anlamlı ilişki olduğu başka bir ifade ile sağlık anksiyetesinin artmasının yaşam doyumunu azalttığı sonucuna ulaşılmıştır. Çalışma sonuçları ışığında geliştirilen öneriler; Covid-19 sürecinin daha uzun süre devam edeceği ön görüldüğünden bireylerin sağlık anksiyetelerinin azaltılması ve yaşam doyumlarının artırılması için multidisipliner bir çalışma yapılması gereklidir. Multidisipliner ekip içerisinde hekimlerin, hemşirelerin, sosyal hizmet uzmanlarının, psikiyatristlerin, psikologların bulunması gereklidir. Bu ekip, pandemi koşullarına uygun olarak bireylerle sürekli iletişim halinde olmalıdır. İletişim için gerekirse sosyal medya kanalları aktif şekilde kullanılmalıdır. Sosyal medyada sağlığa ve pandemi sürecine ilişkin yanlış bilgilendirmelerini, kaygı arttırıcı paylaşımların önüne geçilmesi gerekmektedir. Bireylerin pandemi gibi zorlu koşullarla başedebilme kapasitelerinin artırılması için psiko-sosyal yönden desteklenmeleri ve güçlendirilmeleri, psikolojik sağlamlıklarının artırılması gereklidir. Pandemiye ilişkin doğru bilgiler ve uygun davranışların öğretilmesi için eğitim programları düzenlenmelidir. Aynı zamanda sonuçların genellenebilmesi ya da meslek grupları bazında değerlendirmeler yapılabilmesi amacıyla çalışmanın daha geniş kitleler ya da risk grubundaki meslek grupları örnekleme ile yürütülmesi önemli görülmektedir.

**Kaynakça**

- Abramowitz, J.S., Olatunji, B.O., & Deacon, B.J. (2007). Health anxiety, hypochondriasis, and the anxiety disorders. *Behavior Therapy*, 38 (1), 86-94. Doi: [10.1016/j.beth.2006.05.001](https://doi.org/10.1016/j.beth.2006.05.001)
- Almond, D., & Mazumder, B. (2005). The 1918 influenza pandemic and subsequent health outcomes: an analysis of SIPP data. *American Economic Review*, 95 (2), 258-262. Doi: [10.1257/000282805774669943](https://doi.org/10.1257/000282805774669943)
- American Psychological Association (APA). (2020). Anxiety. Erişim Tarihi: 01.11.2020. Adres: <https://www.apa.org/topics/anxiety>, Erişim Tarihi: 01.11.2020.
- Appleton, S. & Song, L. (2008). Life satisfaction in urban China: components and determinants. *World Development*, 36 (11), 2325-2340. Doi: [10.1016/j.worlddev.2008.04.009](https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2008.04.009)
- Aydemir, Ö., Kirpınar, I., Sati, T., Uykur, B., & Cengiz, C. (2013). Sağlık anksiyetesi ölçeğinin Türkçe için güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 50 (4), 325-331. Doi: [10.4274/npa.y6383](https://doi.org/10.4274/npa.y6383)
- Bozkurt, Y., Zeybek, Z., & Aşkın, R. (2020). Covid-19 pandemisi: psikolojik etkileri ve terapötik müdahaleler. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 19 (37), 304-318 .
- Cao, W., Fang, Z., Hou, G., Han, M., Xu, X., Dong, J., & Zheng, J. (2020). The psychological impact of the Covid-19 epidemic on college students in China. *Psychiatry Research*, 287, 112934. Doi: [10.1016/j.psychres.2020.112934](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112934)
- Centers for Disease Control and Prevention. (2020). Coronavirus disease 2019 (Covid-19). Erişim Tarihi: 13.11.2020, <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevent-getting-sick/how-covid-spreads.html>
- Dağlı, A., & Baysal, N. (2016). Yaşam doyumu ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması: geçerlik güvenilirlik çalışması. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 15 (59), 1250-1263. Doi: [10.17755/esosder.263229](https://doi.org/10.17755/esosder.263229)
- De Pedraza, P., Guzi, M., & Tijdens, K. (2020). Life Dissatisfaction and Anxiety in Covid-19 pandemic. *GLO Discussion Paper*, 544. <http://hdl.handle.net/10419/217053>
- Demirel, S., & Canat, S. (2004). Ankara'daki beş eğitim kurumunda kendini yaralama davranışı üzerine bir çalışma. *Kriz Dergisi*, 12(3), 1-9. Doi: [10.1501/Kriz\\_0000000210](https://doi.org/10.1501/Kriz_0000000210)
- Erdoğdu, Y., Koçoğlu, F., & Sevim, C. (2020). COVID-19 pandemisi sürecinde anksiyete ile umutsuzluk düzeylerinin psikososyal ve demografik değişkenlere göre incelenmesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 23, 1-14. Doi: [10.5505/kpd.2020.35403](https://doi.org/10.5505/kpd.2020.35403)
- Güney, S., Kalafat, T., & Boysan, M. (2010). Dimensions of mental health: life satisfaction, anxiety and depression: a preventive mental health study in Ankara University students population. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 2(2), 1210-1213. Doi: [10.1016/j.sbspro.2010.03.174](https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.03.174)
- Huebner, E.S., Suldo, S.M., Smith, L.C., & McKnight, C.G. (2004). Life satisfaction in children and youth: Empirical foundations and implications for school psychologists. *Psychology in the Schools*, 41(1), 81-93. Doi: [10.1002/pits.10140](https://doi.org/10.1002/pits.10140)
- Kabasakal, Z., & Uz-Baş, A. (2013). Öğretmen adaylarında yaşam doyumunun yordayıcısı olarak problem çözme becerileri. *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi*, 2(1), 27-35.
- Lee, J., Kim, E., & Wachholtz, A. (2016). The effect of perceived stress on life satisfaction: The mediating effect of self-efficacy. *Ch'ongsonyonghak Yongu*, 23(10), 29-47. Doi: [10.21509/KIYS.2016.10.23.10.29](https://doi.org/10.21509/KIYS.2016.10.23.10.29)
- Liang, L., Ren, H., Cao, R., Hu, Y., Qin, Z., Li, C., & Mei, S. (2020). The Effect of COVID-19 on youth mental health. *Psychiatric Quarterly*, 91(3), 841-852. Doi: [10.1007/s11126-020-09744-3](https://doi.org/10.1007/s11126-020-09744-3)
- Looi, M. K. (2020). Covid-19: Japan declares state of emergency as Tokyo cases soar. *British Medical Journal*, 369, m1447. doi:10.1136/bmj.m1447
- Matheny, K.B., Curlette, W.L., Aysan, F., Herrington, A., Gfroerer, C.A., Thompson, D., & Hamarat, E. (2002). Coping resources, perceived stress, and life satisfaction among Turkish and American university students. *International Journal of Stress Management*, 9(2), 81-97. Doi: [10.1023/A:1014902719664](https://doi.org/10.1023/A:1014902719664)
- OECD. Erişim Tarihi: 21.11.2020. [www.oecdbetterlifeindex.org/topics/life-satisfaction/](http://www.oecdbetterlifeindex.org/topics/life-satisfaction/)
- Özer, M., & Karabulut, Ö. (2003). Yaşlılarda yaşam doyumu. *Geriatry*, 6(2), 72-74.
- Özdelikara, A., Ağaçdiken, A.S., & Mumcu, N. (2018). Hemşirelik öğrencilerinde sağlık algısı, sağlık anksiyetesi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 14, 275-282. Doi: [10.5350/BTDMJB.20170310015347](https://doi.org/10.5350/BTDMJB.20170310015347)



- Rogowska, A. M., Kuśnierz, C., & Bokszczanin, A. (2020). Examining anxiety, life satisfaction, general health, stress and coping styles during COVID-19 pandemic in polish sample of university students. *Psychology Research and Behavior Management*, 13, 797-811. doi: [10.2147/PRBM.S266511](https://doi.org/10.2147/PRBM.S266511)
- Rajkumar, R.P. (2020). COVID-19 and mental health: A review of the existing literature. *Asian Journal of Psychiatry*, 52, 102066. Doi: [10.1016/j.ajp.2020.102066](https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102066)
- Reger, M.A., Stanley, I.H., & Joiner, T. E. (2020). Suicide mortality and coronavirus disease 2019—a perfect storm?. *JAMA Psychiatry*, 77(11), 1093-1094. doi:10.1001/jamapsychiatry.2020.1060
- Sağlık Bakanlığı, 2020. Erişim Tarihi: 13.03.2021. <https://covid19.saglik.gov.tr/>.
- Salkovskis, P.M., Rimes, K.A., Warwick, H.M., & Clark, D.M. (2002). The health anxiety inventory: development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychological Medicine*, 32 (5), 843-853. Doi:10.1017/S0033291702005822
- Shengquan, Y., Lu, Y., & Kin-Kit, L. (2012). A cross-lagged model of self-esteem and life satisfaction: Gender differences among Chinese university students. *Personality and Individual Differences*, 52 (4), 546–551. Doi: [10.1016/j.paid.2011.11.018](https://doi.org/10.1016/j.paid.2011.11.018)
- Sim, K., Chan, Y.H., Chong, P.N., Chua, H.C., & Soon, S.W. (2010). Psychosocial and coping responses with in the community health care setting towards a national outbreak of an infectious disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 68(2), 195- 202. Doi: 10.1016/j.jpsychores.2009.04.004
- Taha, S., Matheson, K., Cronin, T., & Anisman, H. (2013). Intolerance of uncertainty, appraisals, coping, and anxiety: The case of the 2009 H1N1 pandemic. *British Journal of Health Psychology*, 19(3), 592–605. Doi: [10.1111/bjhp.12058](https://doi.org/10.1111/bjhp.12058)
- Thunstrom, L., Newbold, S., Finnoff, D., Ashworth, M., & Shogren, J.F. (2020). The benefits and costs of flatten the curve for Covid-19. *SSRN Electronic Journal*, 3561934. Doi: 10.2139/ssrn.3561934
- Üstün, Ç., & Özçiftçi, S. (2020). Covid-19 pandemisinin sosyal yaşam ve etik düzlem üzerine etkileri: bir değerlendirme çalışması. *Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi*, 25 (Covid-19 Özel Sayı), 142-153. Doi: [10.21673/adoluklin.721864](https://doi.org/10.21673/adoluklin.721864)
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C.S., & Ho, R.C. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (Covid-19) epidemic among the general population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5), 1729. Doi: [10.3390/ijerph17051729](https://doi.org/10.3390/ijerph17051729)
- World Health Organization (WHO). (2020). Coronavirus disease (Covid-19) advice for the public. Erişim Tarihi: 13.03.2021. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/needextra-precautions/people-at-higher-risk.html>, <https://covid19.who.int/>
- Wu, P., Fang, Y., Guan, Z., Fan, B., Kong, J., Yao, Z., & Hoven, C.W. (2009). The psychological impact of the SARS epidemic on hospital employees in China: exposure, risk perception, and altruistic acceptance of risk. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 54(5), 302-311. Doi: [10.1177/070674370905400504](https://doi.org/10.1177/070674370905400504)

\*



SAĞLIK BAKANLIĞI  
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü  
Hasta Hakları ve Tıbbi Sosyal Hizmetler Dairesi Başkanlığı  
Bakanlık Yayın No:963

ULAKBİM TR Dizinde Taranmaktadır

Hakemli Dergi  
**TSHD**  
Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi

ISSN: 2149-309X-Biannually  
<https://edergi.saglik.gov.tr/>  
<https://dergipark.org.tr/tr/pub/tshd>  
Yıl/Year: 2021 Haziran/June  
Sayı/Issue: 17

## DUCHENNE MUSKÜLER DİSTROFİLİ HASTALARINA BAKIM VEREN AİLE ÜYELERİNİN BAKIM YÜKÜ VE AİLE YILMAZLIK DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ\*

İrem ARSLANTATAR<sup>1</sup>  
Reyhan ATASÜ TOPÇUOĞLU<sup>2</sup>

### Makale Bilgileri/ Article info

Makalenin Türü/Article Type: Araştırma  
Geliş Tarihi / Date Received : 20.01.2021  
Revizyon Tarihi/Date Revised: 27.02.2021  
Kabul Tarihi / Date Accepted : 14.04.2021  
Yayın Tarihi / Date Published: 30.06.2021  
Doi: <https://doi.org/10.46218/tshd.865150>

### Makale Künyesi/To cite this article:

Arslantatar, İ. ve Atasü Topçuoğlu, R. (2021, Haziran). Duchenne musküler distrofilili hastalarına bakım veren aile üyelerinin bakım yükü ve aile yılmazlık düzeyleri arasındaki ilişki. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 17, 14-37.  
Doi: <https://doi.org/10.46218/tshd.865150>

### Sorumlu Yazar/Corresponding Author:

İrem Arslantatar, Doktora Öğrencisi, Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü, Ankara, irem.arslantatar@hacettepe.edu.tr  
irem.arslantatar95@gmail.com

### Öz

Bu araştırma, Duchenne Musküler Distrofili (DMD'li) bireylere bakım veren aile üyelerinin bakım verme sürecinde karşılaştıkları güçlüklerin yanı sıra; bakım yükleri ve aile yılmazlık düzeyleri arasındaki ilişkiselliği ortaya koymak amacıyla gerçekleştirilmiştir. Nicel araştırma yöntemi ile gerçekleştirilen bu çalışmada tarama modellerinden "İlişkisel Tarama Modeli" kullanılmıştır. Araştırmanın örneklemini, Sağlık Bakanlığına bağlı İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kas Hastalıkları Merkezi'nden ve Türkiye Kas Hastalıkları Derneği İzmir Şubesi'nden 09.12.2019-12.03.2020 tarihleri arasında DMD tanısı nedeni ile hizmet alan hastaların bakımından birinci derece sorumlu olan ve araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden 70 aile üyesi oluşturmaktadır. Veri toplama araçları olarak, Sosyodemografik Bilgi Formu, Bakım Verme Yükü Ölçeği, Bakım Verenlerin Yükü Envanteri ve Aile Yılmazlık Ölçeği kullanılmıştır. İstatistiksel analizler IBM SPSS Statistics 25.0 paket programı kullanılarak yapılmıştır. Araştırmamızda, DMD hastasına bakım veren aile üyelerinin bakım verme yükü düzeyinin "Orta-Hafif" olduğu tespit edilmiştir. Yılmazlık düzeyleri açısından, DMD hastasına bakım veren aile üyelerinin genel olarak "yılmaz" oldukları söylenebilmektedir. Araştırmamızda, DMD hastasına bakım veren aile üyelerinin bakım verme yükü ile aile yılmazlık düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Ancak; Bakım Verenlerin Yükü Envanteri gelişimsel yük alt boyutu ile Aile Yılmazlık Ölçeği kontrol alt boyutu; duygusal yük alt boyutu ile öz yetkinlik ve kontrol alt boyutları arasında negatif yönde ilişki tespit edilmiştir. Araştırmada elde

edilen bulgular DMD'li bireylere bakım veren aile üyelerinin bakım verme yükünün azaltılıp yılmazlık düzeylerinin artırılmasına yönelik sosyal hizmet müdahale ve stratejilerinin ortaya koyulması ihtiyacını ön plana çıkarmaktadır. Bu bağlamda, araştırmanın alana önemli katkılar sunacağı düşünülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Duchenne musküler distrofi (DMD), Aile, Bakım veren yükü, Yılmazlık, Aile yılmazlığı.

## THE RELATIONSHIP BETWEEN CAREGIVING BURDEN AND FAMILY RESILIENCE LEVELS OF FAMILY MEMBERS WHO CARE FOR DUCHENNE MUSCULAR DYSTROPHY PATIENTS

### Abstract

This research was carried out in order to reveal the difficulties faced by family members who care for individuals with Duchenne Muscular Dystrophy (DMD) in the process of caregiving, as well as the relation between caregiver burden and family resilience levels. In this research that has been carried out by quantitative research method, "correlational study model" is used. The research sample includes 70 family members who are primarily responsible for the care of patients receiving treatment for DMD diagnosis and agreed voluntarily to participate from the Neuromuscular Disorders Center of

\* Bu makale Reyhan ATASÜ TOPÇUOĞLU danışmanlığında yürütülen ve İrem ARSLANTATAR tarafından 01.07.2020 tarihinde savunulan yüksek lisans tezinden üretilmiştir.

<sup>1</sup> Doktora Öğrencisi, Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü, Ankara, irem.arslantatar@hacettepe.edu.tr, irem.arslantatar95@gmail.com, ORCID ID: 0000-0003-2239-3717

<sup>2</sup> Doç. Dr., Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü, Ankara, ratasu@hacettepe.edu.tr  
ORCID ID: 0000-0002-9635-7578

İzmir Tepecik Training and Research Hospital affiliated to the Ministry of Health, and the İzmir Branch of the Neuromuscular Disorders Association of Turkey between 09.12.2019-12.03.2020. Sociodemographic Questionnaire, Caregiver Burden Scale, Caregiver Burden Inventory and Family Resilience Scale are used as data collection tools. Statistical analyses are performed using IBM SPSS Statistics 25.0 package program. In the research, caregiver burden of family members who care for a DMD patient is found to be "Moderate-Mild". In terms of resilience levels, it can be said that family members who care for DMD patients are generally "resilient" individuals. The research found no statistically significant relationship between caregiver burden of family members who care for DMD patients and their family resilience levels. However, a negative relationship is found between the Caregiver Burden Inventory Developmental Burden Subscale and Family Resilience Scale Control Subscale; Emotional Burden Subscale and Self-efficacy and Control Subscale. The research findings highlight the need for social work interventions and strategies to reduce the caregiver burden of family members who care for individuals with DMD and to increase their level of family resilience. In this context, the research is thought to make significant contributions to the field.

**Keywords:** Duchenne muscular dystrophy (DMD), Family, Caregiver burden, Resilience, Family resilience.

## Giriş

Kas distrofileri (musküler distrofiler) dejeneratif, kas kuvveti kaybına ve fonksiyonel kabiliyetlerin kademeli olarak kısıtlanmasına yol açan nadir hastalıklar olarak tanımlanmaktadır. Duchenne Musküler Distrofi (DMD) ise, "distrofin" adı verilen yaşamsal bir kas proteininin üretilmemesine bağlı olarak kas kaybı yaşanmasına neden olan, bu nedenle de yaşam süresini kısaltan, ilerleyici ve genetik geçişli bir kas hastalığıdır (Chen ve Clark, 2007, s.297). DMD, erken yaşta başlayan, kaslarda ilerleyici dejenerasyon ile seyreden, insanlarda en sık görülen ikinci genetik bozukluk ve kas zayıflığı hastalıkları içerisinde en sık görülen kas hastalığıdır. Hastalığın görülme sıklığı açısından bakıldığında, 3.500 canlı erkek bebek doğumunun yaklaşık birinde (Billard vd., 1998; Cwik ve Brooke, 1996) ve 50.000.000 canlı kız bebek doğumunun yaklaşık birinde hastalık ortaya çıkmaktadır (Pearson ve van Ommen, 1985). Türkiye’de farklı kas hastalıkları gruplarından olmak üzere yaklaşık 100.000 nöromusküler hastanın var olduğu, bu sayı içerisinde yaklaşık 10.000 DMD hastasının bulunduğu, bu sayının yaklaşık 5.000’inin çocuk hastalardan oluştuğu tahmin edilmektedir (Hartley vd., 2011’den aktaran Bekiroğlu ve Gökçearslan Çifçi, 2017, s.33). DMD genelde beş yaşın altında başlayarak sonraki aşamalarda yürüme kaybına, buna bağlı tekerlekli sandalye kullanımına, skolyoza ve solunum güçlüğüne yol açar. Daha ileri aşamalarda akciğerler ve kalple ilgili sıkıntılar ortaya çıkar. Bu fiziksel etkilenimlerin yanı sıra, Otizm Spektrum Bozukluğu gibi nörogelişimsel bozukluklar da gelişebilir. DMD’li bireyler, hastalığa ilişkin süreç ilerledikçe günlük yaşamlarının tümünde yardıma gereksinim duyar. Bu gereksinimi giderme sorumluluğu, genellikle ebeveynler ve yakın aile üyeleri tarafından üstlenilir (Atagün vd., 2011). DMD’nin, biyolojik, sosyo-duygusal ve psikososyal sağlık üzerindeki etkileri göz önünde bulundurulduğunda; bakım veren aile üyeleri, bu süreçte pek çok engel ve güçlüklerle karşılaşır. Hastalığın henüz tam bir tedavisinin olmayışı, hastanın beklenen yaşam süresinin kısa olmasının yarattığı baskı ve bakıma ilişkin güçlükler ile eklenildiğinde, bakım verenler üzerinde artan bir yük oluşmaktadır. Bu noktada, DMD’de bakım sorumluluğunu üstlenen aile üyelerinin, bakım yüküne nasıl uyum sağladıklarının ve yılmazlık düzeylerinin bakım yükü bağlamında ele alınması önem arz etmektedir.

## 1. Duchenne Musküler Distrofili Hastalarına Bakım Veren Aile Üyeleri Açısından Bakım Yükü

Bakım kavramının İngilizce tanımına göre "care"; "Birisini veya bir şeyi koruma ve o kişinin veya şeyin ihtiyaç duyduğu şeyi sağlama süreci" olarak tanımlanmaktadır. Çok boyutlu bir kavram olarak bakımın kısaca; bir kişinin beslenme, giyinme, hijyen ihtiyaçlarının giderilmesi, sağlık hizmetlerine erişiminin sağlanması gibi temel gereksinimleri üstlenme ve sağlama işi olduğu söylenebilmektedir. Bakım, bakım veren ve bakıma gereksinim duyan kişi açısından "iki kişinin ilişkisini ve bu ilişkide emek gerektiren birtakım eylemleri" içermektedir (Dinç, 2010, s.76). Özellikle birinci derecede bakım veren kişiler, enformel (profesyonel olmayan) bakım sistemi içerisindeki aile üyeleri olmaktadır. Bakım, bakım verenin günlük yaşamını kısıtlayan, tek yönlü, yoğun ve uzun süreli bakımı içeren bir sürece dönüşebilmektedir. Aile içerisinde bakım vermenin yoğun ve zorlayıcı yapısı, bakım yüküne yol açabilmektedir. Bu bağlamda ele alındığında, bakım yükü "bakım veren açısından, hastaya bakım verilirken yaşanabilen fiziksel sağlık sorunları, psikososyal veya finansal tepkileri" ifade eden bir kavramdır (Atagün vd., 2011, s.515).

Bakım verme hem bakım veren hem de bakım alan açısından ağır, yorucu ve stresli bir süreçtir. Bakımın doğası, bakımı alan kişinin ihtiyaçlarına bağlı olarak değişmektedir. Hastalığa veya duruma (çocuk, yaşlı bakımı) ilişkin karakteristik özellikler ve karşılaşılan güçlükler, bakım koşulları açısından temel belirleyici olmaktadır. Bakım verilen hastaların erken yaşta kaybedilmesi, hastalığın henüz kesin bir tedavisinin bulunmaması, var olan destekleyici ilaç tedavilerine erişimde yaşanan zorluklar, kas hastalıkları alanında uzmanlaşmış hastanelerin ve sağlık personelinin azlığı, DMD hastası bireylere bakım verenler açısından karşılaşılan karakteristik güçlükleri oluşturmaktadır. Aile üyeleri, hastalığın ilk evrelerinde hastanın yalnızca günlük yaşam faaliyetlerine ilişkin yardım sağlamaktayken, hastalığın ileri evrelerinde tüm bakım ihtiyaçlarının karşılanması noktasında rol üstlenmektedir. DMD'nin uzun vadeli bakım gerektiren ilerleyici doğası aileler üzerinde artan bir yük oluşturmaktadır (Thomas, Rajaram ve Nalini, 2014, s.145).

DMD hastasına bakım verme, bakım veren aile üyelerinin fiziksel, psikososyal ve ekonomik açıdan "iyi olma" durumunu negatif yönde etkileyebilmektedir; ancak, bu negatif etkinin düzeyinin tüm bakım verenlerde aynı olacağını söylemek olanaksızdır. Bu noktada, bakım yükünü etkileyen faktörler (bakım verene ilişkin faktörler, hasta kaynaklı faktörler, sosyal faktörler) bakım veren aile üyeleri tarafından algılanan bakım yükü üzerinde etkili olmaktadır (Tanrıkulu, 2019, s.20).

Ayrıca, bakım veren bireylerin yaşayabilecekleri olumlu ya da olumsuz bir deneyimin birden fazla yaşamsal alanı (fiziksel, duygusal, sosyal vb.) etkileyebileceği, yani bakım sürecinin etkileşimsel bir doğrultuda ilerlediği göz önünde bulundurulmalıdır. Ayrıca DMD hastasına bakım veren aile üyelerinin iyilik haline etki edebilecek, yük yaratabilecek durumların bütüncül bir biçimde ele alınması gerekliliği savunulmaktadır (Atagün vd., 2011). Bu çerçevede DMD'li hastalara bakım veren aile üyelerinin bakım yükünü fiziksel, psikososyal ve ekonomik yönlerden ele almak olanaklıdır.

Fiziksel yük açısından; DMD hastasına bakım veren aile üyeleri, bakım süreci içerisinde kendi sağlıklarını olumsuz yönde etkileyebilecek metabolik ve fiziksel etkilere karşı daha hassas olabilmektedir. Bakım verenler sırt-bel-diz ağrısı, hipertansiyon, migren, uykusuzluk, aşırı yorgunluk, iştah artışı ya da iştahsızlık, kilo alma veya kilo kaybı gibi fiziksel güçlüklerle karşılaşabilmektedir (Yeşil vd., 2016, s.55). Bu fiziksel güçlükler, duygusal uyarılara (üzüntü, kaygı, çaresizlik hissetme vb.) karşı bir tepki olarak gelişebileceği gibi, bakım alanın bedensel şartlarının (kilo alma, boy uzaması, fiziksel görünüşün ve/veya işlevselliğin azalması gibi) değişmesi neticesinde de olabilir.

Psikososyal yük açısından bakıldığında, DMD'li bir aile üyesine bakım sağlamak ağır ve duygusal bir yük oluşturabilir. Yeterli ve zamanında sağlık hizmetlerine erişimde yaşanan zorluklar ve günlük yaşamın zorluklarını yönetmek bakım veren açısından psikososyal yükü artıran faktörlerdir (Gocheva vd., 2019, s.2). Duygusal açıdan aile üyeleri, özellikle de kusurlu X kromozomu nedeniyle "taşıyıcı" olarak tanımlanan anneler, çocuklarının içinde bulunduğu durum ile ilgili suçlulukla baş etmeye çalışabilmektedir. Ayrıca stresle başa çıkma, gelecek hakkındaki endişeler, hastalık hakkında bilgi ve iletişim ihtiyacı, kişilerarası ilişkiler/aile işlevselliği ile ilgili sorunlar, bakım alan kişi için yapılacak alternatif düzenlemelere ilişkin endişeler, günlük bakım ile ilgili zorluklar, bakım için gereken çaba ve zaman, finansal etkiler, (çocukluk çağındaki bakım alan durumunda) okul yetkilileri ile ilgili sorunlar ve eğitim konusundaki sıkıntılar da psikososyal bakım yükünü artırmaktadır (Thomas vd., 2014, s.148).

DMD'de bakım verme, pek çok çalışmada orta veya yüksek derecede stres ile ilişkilendirilirken (Chen vd., 2002; Landfeldt vd., 2018; Reid ve Renwick, 2001), bazı çalışmalar da (Magliano vd., 2014; Pangalila vd., 2012; Read vd., 2011), bakım verenler tarafından algılanan strese ek olarak bakımın, olumlu-ödüllendirici bir süreç olarak algılanabildiğini de ortaya koymaktadır.

Ekonomik yük açısından; yoksulluk, DMD hastasına bakım veren bazı bakım verenler için ciddi bir sorundur. Bakım sürecinde kazancın kısıtlanması, uzun süreli enformel bakımı sağlama ihtiyacı ile ilişkilidir. Uzun süreli bakım ihtiyaçları ve tedavi süreçleri açısından artan ekonomik giderler, özellikle bakım için işten ayrılan aile üyelerinin varlığında, hastalığın aile üzerindeki ekonomik yükünü artırabilmektedir. Ayrıca, DMD'li bireyin bakımı ile ilgili harcamalar, ailenin ekonomik durumu üzerinde sürekli bir baskı oluşturabilmektedir (Yamaguchi, Sonoda ve Suzuki, 2019, s.749).

## **2. Duchenne Musküler Distrofili Hastalarına Bakım Veren Aile Üyeleri Açısından Aile Yılmazlığı**

İngilizce'de "Resilience", Türkçe'de ise "Yılmazlık" olarak kullanılan kavram; "çabuk iyileşme ve zorlukları yenme gücü, toparlanma, dirençlilik, dayanıklılık, esneklik ve eski işlevsellik düzeyine geri dönebilme" gibi anlamlarda kullanılmaktadır. Yılmazlık aynı zamanda, "önemli bir sorun bağlamında olumlu uyarlanmayı içeren dinamik bir süreç" olarak tanımlanmaktadır. Yılmazlık, "istikrarlı bir dengeyi sağlama kabiliyeti"dir. Bu nedenle de "iyileşme ve toparlanma" kavramlarından farklı bir kavramdır. Yılmazlık, belirli bir kişilik

özelliği olmamakla birlikte, var olan olumsuzluklar ve güçlüklerle rağmen olumlu uyumun gerçekleştiği bir sürece atıfta bulunur (Werner, 1989; Fee ve Hinton, 2011, s.2).

Yılmazlıkla ilişkili kavramlar ve tanımlamalar göz önünde bulundurulduğunda, yılmazlığın temelde iki önemli bileşeni içerdiği söylenebilmektedir. Bunlardan birincisi; ciddi bir problem, güçlük veya engelle karşılaşmak; ikincisi ise karşılaşılan problem, güçlük veya engel karşısında ayakta kalmayı başararak var olan duruma uyum sağlayabilmektir (Kumbasar, 2016, s.12).

Yılmazlığa ilişkin yapılan çalışmalar, daha çok yılmazlığın bireysel boyutuna yoğunlaşmış ve yoğun stres yaratan bir felaket, kaza veya hastalık durumunun "birey" üzerinde yarattığı olumsuz yaşam süreçlerine uyum sağlanmasına odaklanmıştır. Bunun yanı sıra, son zamanlarda yapılan çalışmalar yılmazlığın yalnızca "bireysel süreçler" içerisinde değil aynı zamanda "ailesel ve sosyokültürel bağlamlarda" da ele alınması gerektiğini savunmaktadır (McCubbin vd., 1999; Özbay ve Aydoğan, 2013, s.130). Özellikle, engelli veya kronik rahatsızlığı bulunan bir çocuğa sahip olma, bir aile üyesinin kaybı veya tedavisi güç olan ya da tedavisi bulunmayan bir hastalık ile karşı karşıya gelme gibi durumlar ailelerin yılmazlığını da önemli ölçüde etkileyebilmektedir (Ciğerli vd., 2014; Palancı, 2018, s.218). Bu noktada aile yılmazlığını, önemli bir zorluk ya da kriz durumu karşısında içsel ve dışsal kaynakların etkin bir şekilde kullanılarak aile içinde uyum sağlama, yeterli işlevde bulunma, ayakta kalabilme ve sağlıklı aile işleyişini sürdürme ya da geliştirme becerisi olarak tanımlamak mümkündür (Greeff vd., 2006; Buluş ve Bağcı, 2016, s.138). Öte yandan aile üyelerinin yılmazlığı da aile yılmazlığı kavramı açısından ele alınması gereken bir diğer boyuttur. Geleneksel bakış açısına göre "Aile yılmazlığı, aile üyelerinin bireysel özelliklerinin toplamıdır." Bunun aksine modern bakış açısında, aile üyelerinin her birinin ailenin yılmazlığına sağladığı katkılar üzerinde durulmaktadır. Yani, her bir aile üyesinin aile yılmazlığına tek başlarına önemli katkı sağlayabilecekleri düşünülmektedir. Ayrıca, aile sistemine has özellikler (ortak bir inanç ve değer sistemine sahip olma, ailevi uyum, kişilerarası iletişim, aile öz saygısı, ailenin mali durumu, aile üyelerinin strese tepki verebilme yetenekleri, aile üyelerinin liderlik becerileri vb.) de aile yılmazlığını etkileyebilmektedir (Gönen ve Purutçuoğlu, 2009, s.4).

Birincil olarak DMD tanısı almak, tanıyı alan birey ve ailesi için zorlu bir süreci başlatır. Tanıya verilen en yaygın tepkiler, yas sürecinin çeşitli aşamalarını içermektedir. İlk tepkilerden biri "inkâr"dır. Bu süreçte inkâr, hızlı bir biçimde "öfke"ye dönebilmektedir. Öfke, yas ve kaybetme duygusundan kaynak bulan yoğun bir duygudur. Bir başka tepki de "korku"dur. Özellikle ebeveynler, geleceğin DMD tanısı alan aile üyeleri için beraberinde getirebileceklerinden korkar ve genellikle de olası en kötü senaryoyu zihinlerinde canlandırırlar. Suçluluk da benzer şekilde, verilen yaygın tepkilerden biridir. Suçluluktan sonra kafa karışıklığı, güçsüzlük, hayal kırıklığı ve DMD tanısını "reddetme" gibi durumlar ortaya çıkabilir. Bu tepkiler, ezici bir şok ve yas sürecinin evrensel parçalarıdır. Ailelerin kriz durumunu nasıl algıladıkları ve bunu nasıl anlamlandırdıkları aile yılmazlığı açısından önemli bir yer tutmaktadır. Ortak bir inanç ve değer sistemine sahip olma, bir ailenin yeni bir duruma nasıl yaklaştığını ve bu yeni duruma nasıl tepki verdiğini etkiler, ayrıca

aile üyeleri arasındaki etkileşim kalıplarını şekillendirir ve güçlendirir. Ortak manevi değerler ve kültürel miras da aile biriminin ötesinde aileye bir anlam ve amaç sunar (Walsh, 1996, s.268). Bu sürecin empatik bir şekilde ele alınması, yalnızca DMD ile ilgili negatif yönler odaklanmayan ve ailelerin geniş bir yaşam görüşü benimsemelerinde yardımcı bir rol üstlenilmesi (Poysky ve Kinnett, 2009, s.733); ilk kriz durumu ile baş edebilmesi için aileye güç ve destek sağlayacak, ailenin yılmazlığını etkileyebilecek ilk adımdır (Webb, 2005, s.390). Ailelerin krizle baş etmesi bir tür meydan okumadır. Bu meydan okuma, ailenin yaşam döngüsündeki ilişki uyumunu içermektedir. Aile yılmazlığı perspektifinde aileler, zarar görmüş öğeler olarak görülmekten ziyade, zorluklarla baş edebilen ve kendi kendini onarma kapasitesine sahip olan birimlerdir. Bu noktada aileler ve aile yılmazlığı, bağlamsal bir biçimde, ailenin kendine has biricikliğinde, kendi zorluklarına ilişkin özellikler ve kaynaklar ile birlikte ele alınır (Walsh, 1996, s.265).

Tüm bu kuramsal veriler ışığında araştırmamız "DMD'li hastalarına bakım veren aile üyelerinin bakım yükleri ile aile yılmazlık düzeyleri arasında ilişki var mıdır?" sorusu üzerinde temellenmiştir. Bu noktada, DMD hastası bireye birinci derecede bakım veren aile üyelerinin bakım verme yükü ile aile yılmazlık düzeyleri arasındaki ilişki ortaya konulmuştur. Konu ile ilgili olarak hem genel ulusal literatürde hem de sosyal hizmet ulusal literatüründe benzer bir çalışmaya rastlanmamıştır. DMD konusunda yapılan çalışmaların sınırlı olması, ailenin bakım yükünü ve aile yılmazlık düzeyini odak alan bir çalışmanın mevcut olmaması sebebiyle araştırmamız bu alanda öncü bir nitelik taşımaktadır.

### **3. Yöntem**

#### **3.1. Araştırmanın Modeli**

Araştırmada, DMD tanısı alan hastalarına bakım veren aile üyelerinin bakım yükleri ve aile yılmazlık düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla tarama modellerinden "İlişkisel (Korelasyonel) Tarama Modeli" kullanılmıştır.

#### **3.2. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme**

Bu araştırmanın evrenini, Sağlık Bakanlığına bağlı Kas Hastalıkları Merkezi'nden ve Türkiye Kas Hastalıkları Derneği İzmir Şubesi'nden DMD tanısı nedeniyle hizmet alan hastaların bakımından birinci derece sorumlu olan aile üyeleri oluşturmaktadır. Araştırma evreni, verilerin toplandığı kurumlardan elde edilen hasta listelerindeki sayılar baz alındığında (vefat eden, tanısı değişen, kuruma gelmeyi bırakan veya araştırmaya katılmayı kabul etmeyen DMD'li bireyler de dahil olmak üzere) yaklaşık olarak 200 DMD'li hastaya bakım veren aile üyesinden oluşmaktadır.

Araştırmanın örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında güç analizi yönteminden yararlanılmıştır. Güç, örneklem sayısından etkilendiği için en uygun örneklem sayısı güç analizi ile hesaplanabilmektedir. Güç, 0.00 ve 1.00 arasında değişir ve gücün yükselmesi ölçümün farkı bulmak için daha hassas olacağı anlamına gelir. Araştırmalarda, gücün 0.80 ve üzerinde olması istenir (Pagano, 2009'dan aktaran Çapık, 2014, s.273).

Bu bağlamda; bu araştırma için yapılan güç analizinde, evreni temsil etmek üzere; örneklem hacmi  $\alpha=0,05$  anlamlılık düzeyinde,  $1-\alpha=0,95$  güven aralığında  $\beta=0,20$  hata riski ile  $1-\beta=0,80$  güçte örneklemdeki bakım veren aile üyesi sayısı 68 olarak tespit edilmiştir. Araştırma sürecinde; örneklemde kayıplar yaşanabileceği göz önüne alınarak örneklemdeki bakım veren aile üyesi sayısı 70 olarak belirlenmiştir.

Bu noktada araştırmanın örneklemini, Sağlık Bakanlığına bağlı İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kas Hastalıkları Merkezi'nden ve Türkiye Kas Hastalıkları Derneği İzmir Şubesi'nden 09.12.2019-12.03.2020 tarihleri arasında DMD tanısı nedeni ile hizmet alan hastaların bakımından birinci derece sorumlu olan ve araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden 70 aile üyesi oluşturmaktadır.

### **3.3. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri**

Bakım verilen bireyin en az altı ay önce DMD tanısı almış olması, bakım verenin hastanın bakımından birinci derecede sorumlu olması, bakım verenin duyuşsal ve bilişsel düzeyinin araştırmada kullanılacak veri toplama araçlarında yer alan soru ve ifadeleri yanıtlamayı engellemeyecek düzeyde olması, bakım verenin Türkçe anlama ve konuşabilme düzeyinin iletişim kurmaya yeterli olması ve bakım verenin araştırmaya katılmaya gönüllü olması araştırmaya dahil edilme kriterleri olarak belirlenmiştir. Bu bağlamda araştırma kapsamına, araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan 70 aile üyesi alınmıştır. On bir aile üyesi (altısı ev ziyaretini kabul etmediğini, beş aile üyesi de yeteri kadar zamanı olmadığını belirterek) araştırmaya katılmayı reddetmiştir. Bununla birlikte, geçici koruma statüsündeki Suriyeli iki aile üyesi de Türkçe anlama ve konuşabilme düzeylerinin iletişim kurmaya yeterli olmaması nedeniyle araştırma kapsamının dışında bırakılmıştır. Araştırmada veri kaybı yaşanmamış, dolayısıyla veri toplama araçlarını dolduran tüm katılımcıların yanıtları çalışmaya dahil edilmiştir.

### **3.4. Veri Toplama Araçları**

Araştırma kapsamına alınan aile üyelerinin bakım yükleri ve aile yılmazlık düzeylerini belirlemeye yönelik verilerin elde edilmesinde veri toplama araçları olarak, Sosyodemografik Bilgi Formu, Bakım Verme Yüğü Ölçeğı, Bakım Verenlerin Yüğü Envanteri ve Aile Yılmazlık Ölçeğı kullanılmıştır.

#### **3.4.1. Sosyodemografik Bilgi Formu**

Verilerin toplanacağı örneklemdeki kişilerin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, gelir durumu vb. sosyodemografik özelliklerin tespit edilmesi amacıyla araştırmacı tarafından oluşturulan veri toplama aracıdır. Formda, bakım verene ilişkin özellikleri (yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, medeni durumu, sahip olunan sağlıklı ve DMD'li çocuk sayısı, yaşanan yer, bir işte çalışma durumu, algılanan sosyo-ekonomik durumu) belirlemeye yönelik sekiz soru, bakım sürecine ilişkin özellikleri (bakım verilen hastaya yakınlık durumu, hastanın yaşı, cinsiyeti, hastalığın teşhisinden bu yana geçen süre, ne zamandır bakım verildiğı günlük ortalama kaç saat bakım verildiğı, hangi alanda bakım desteğı verildiğı, bakım verme sebebiyle bakım



verenin hayatında hangi alanların etkilendiği, DMD hastasına bakım verme ile ilgili daha önceden bir eğitim alınıp alınmadığı, bakım konusunda yardımcı olan kişinin olup olmadığı, eğer yardım eden varsa bu kişinin hangi konuda ve ne zamandır yardım ettiği) belirlemeye yönelik on iki soru olmak üzere toplam yirmi soru bulunmaktadır.

### **3.4.2. Bakım Verme Yükü Ölçeği (Zarit Burden Interview-ZBI)**

Zarit, Reever ve Peterson tarafından 1980 yılında geliştirilen bu ölçek bakım gereksinimi olan bireye bakım verenlerin bakım yükünü ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması İnci (2006) tarafından yapılmıştır. Yirmi iki sorudan oluşan bu ölçek, 1'den 5'e kadar olan sorulardan oluşan likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin puanlaması; 1= Asla, 2=Nadiren, 3= Bazen, 4= Sık Sık, 5= Hemen Her Zaman şeklindedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 22, en yüksek puan ise 110'dur. 22-46 puan aralığı "Hafif Yük", 47-55 puan aralığı "Orta Yük"; 56-110 puan aralığı ise "Şiddetli Yük" olarak sınıflandırılmaktadır. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0,87 ile 0,94 arasında, test-tekrar test güvenilirliği ise 0,71 olarak saptanmıştır. Ölçek tek boyutlu olup alt boyutu bulunmamaktadır. Bu çalışmada Bakım Verme Yükü Ölçeği'nin iç tutarlılık katsayısı (Cronbach Alfa) değeri 0,819 olarak bulunmuştur.

### **3.4.3. Bakım Verenlerin Yükü Envanteri (Caregiver Burden Inventory-CBI)**

1989 yılında Kanada'da Novak ve Guest tarafından, bakım vermenin bakım sunan hasta yakınları üzerindeki etkisini ölçmek amacıyla geliştirilmiş bir araçtır. Bakım Verenlerin Yükü Envanterinin Türk toplumu için geçerlik ve güvenilirlik çalışması 2004 yılında Küçüküçlü tarafından yapılmış ve Bakım Verenlerin Yükü Envanteri (BYE) olarak yayınlanmıştır. Küçüküçlü'nün çalışmasında envanterin tamamı için elde edilen Cronbach Alpha değeri 0,94, alt boyutlarda ise 0,82 ile 0,94 arasında bulunmuştur. Bu çalışmada ise envanterin tümü için elde edilen Cronbach Alpha değeri 0,805 olarak bulunmuştur. Beşli likert tipindeki (0-5) Bakım Verenlerin Yükü Envanteri'nin, toplam yirmi dört maddesi ve beş alt boyutu bulunmaktadır. Bu alt boyutlar; zaman-bağımlılık yükü (5 madde), gelişimsel yük (5 madde), fiziksel yük (4 madde), sosyal yük (5 madde) ve duygusal yük (5 madde) şeklindedir. Envanterin puanlaması; Hiç tanımlamıyor (0) Puan, Az tanımlıyor (1) Puan, Orta derecede tanımlıyor (2) Puan, Oldukça tanımlıyor (3) Puan ve Çok tanımlıyor (4) Puan şeklindedir. Her alt boyut için bakım veren aile üyesi 0 ile 20 arasında puan alabilmektedir. Dört maddeden oluşan fiziksel yük alt boyutunda, her bir maddeye verilen yanıtın puanı 1,25 ile çarpılarak puan hesaplaması yapılmakta ve bu alt boyuttan da toplam 20 puan elde edilmektedir. Her bir bireyin toplam puanı 0 ile 100 arasında değişmektedir. Ölçekten elde edilen yüksek puan, yüksek derecedeki bakım verme yükünü, düşük puan ise düşük derecedeki bakım verme yükünü göstermektedir.

### 3.4.4. Aile Yılmazlık Ölçeği (Family Resilience Scale-FRS)

Ailelerin yılmazlık algılarını ölçmek amacıyla 2010 yılında Kaner ve Bayraklı tarafından geliştirilmiştir. Ölçek, otuz yedi maddeden ve dört alt boyuttan (Mücadelecilik-Meydan Okuma alt boyutu, 17 madde; Öz Yetkinlik alt boyutu, 9 madde; Yaşama Bağlılık alt boyutu, 8 madde; Kontrol alt boyutu, 3 madde) oluşmaktadır. 5'li likert tipi ölçekte, ölçeğin puanlaması; 1 Puan=Beni hiç tanımlamıyor, 2 Puan=Beni biraz tanımlıyor, 3 Puan=Beni orta düzeyde tanımlıyor, 4 Puan= Beni iyi tanımlıyor, 5 Puan=Beni çok iyi tanımlıyor şeklindedir. Ölçekten yüksek puan almak, yılmazlığın yüksek olduğunu ifade etmektedir. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,54 ile 0,91 arasında olup, test-tekrar test güvenirlik değerleri 0,33 ile 0,80 arasında değişmektedir. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,852 olarak bulunmuştur.

Araştırmada kullanılan üç ölçeğin (Bakım Verme Yükü Ölçeği, Bakım Verenlerin Yükü Envanteri, Aile Yılmazlık Ölçeği) iç tutarlılığını gösteren Cronbach- $\alpha$  analizi sonuçları Tablo 1.'de gösterildiği gibidir.

**Tablo 1.** Ölçeklerin İç Tutarlılığını Gösteren Cronbach- $\alpha$  Analizi Sonuçları

Ölçek	Faktörler	Cronbach Alfa Katsayısı	P değeri	Ölçeğin Cronbach Alfa Katsayısı*
Bakım Verenlerin Yükü Envanteri	Zaman-Bağımlılık Yükü	0,790	<0,001	0,805
	Gelişimsel Yük	0,677	<0,001	
	Fiziksel Yük	0,815	0,001	
	Sosyal Yük	0,459	<0,001	
	Duygusal Yük	0,721	<0,001	
Bakım Verme Yükü Ölçeği				0,819
Aile Yılmazlık Ölçeği Toplam Puanı	Mücadelecilik-Meydan Okuma	0,777	<0,001	0,852
	Özyetkinlik	0,772	<0,001	
	Yaşama Bağlılık	0,704	<0,001	
	Kontrol	0,216	<0,001	

\*: Cronbach- $\alpha$  değerlerinin 1'e yakın olması; araştırmada kullanılan ölçeklerin güvenilirliğinin yüksek olduğunu ve bilimsel olarak geçerli olduğunu göstermektedir.

### 3.5. Veri Toplama Süreci

#### 3.5.1. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırma verilerinin toplanmasından önce, Hacettepe Üniversitesi Etik Komisyonu'ndan 15.10.2019 tarihli ve 35853172-300 sayılı yazılı Etik Komisyon İzni ve araştırmanın kurumlarda yapılabilmesi için kurum izinleri Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Bilimsel Araştırma Çalışmaları Ön İzin Formu ve Türkiye Kas Hastalıkları Derneği İzmir Şubesi Araştırma İzni Belgesi alınmıştır.

Araştırmaya katılması muhtemel tüm bakım verenler, anket formunun uygulanmasından hemen önce araştırmanın ne şekilde yürütüleceği, amacı ve araştırmadan elde edilecek verilerin hangi bağlamda kullanılacağı ve gizlilik hususunda bilgilendirilmiştir. Sözlü onaylarından sonra tüm katılımcı bakım verenlere gönüllü katılım formu imzalatılmıştır.

Görüşme esnasında, henüz DMD tanısını öğrenmemiş veya başka bir gelişimsel bozukluğu olan (Otizm Spektrum Bozukluğu, Bilişsel Gelişim Geriliği vb.) çocukluk çağındaki bireyler de bulunduğu için bakım verenler ile ayrı bir ortamda görüşülmüştür. Ardından, bakım alan bireylerle de günlük yaşamlarındaki aktivitelerine ilişkin görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Araştırmada veriler etik hassasiyet çevresinde toplanmıştır.

### **3.5.2. Ön Uygulama**

Araştırma verilerinin toplanmaya başlamasından önce, anket formunun işlerliğini değerlendirmek amacıyla, Türkiye Kas Hastalıkları Derneği İzmir Şubesi'nden gelen yirmi bakım veren aile üyesine yaklaşık otuzar dakika süren ve yüz yüze gerçekleştirilen bir ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulamanın sonucunda, soruların anlaşılmasına ve işlerliğine dair herhangi bir sorunla karşılaşılma olup anket formunda herhangi bir düzenleme de yapılmamıştır. Ön uygulamada uygulanan veri toplama araçları da araştırmaya dahil edilmiştir.

### **3.5.3. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması**

Çalışmaya gönüllü olarak katılan katılımcılara, araştırmanın amacı ve yöntemi açıklanmış, araştırmaya katılımın gönüllülük esasına dayalı olduğu, verilerin gizli tutulacağı, araştırma kapsamında kendilerinden herhangi bir ücret talep edilmeyeceği ve kendilerine de herhangi bir ödeme yapılmayacağı sözlü ve yazılı olarak beyan edilmiştir. Bu bağlamda, çalışmaya katılmayı kabul edenlerin yazılı ve sözlü onamları alınmıştır. Veri toplama araçları 09.12.2019-12.03.2020 tarihleri arasında uygulanmıştır.

Veri toplama araçları, eğitim düzeyi yüksek olan bakım verenlerin kendisi tarafından doldurulurken, eğitim düzeyi düşük olan bakım verenler için veri toplama araçlarındaki soru ve ifadeler araştırmacı tarafından okunarak doldurulmuştur.

İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kas Hastalıkları Merkezi'nden toplanacak veriler için, merkezin koordinatör hekimi, hemşiresi ve sekreteri ile koordineli bir şekilde merkeze ait randevu defteri üzerinden hasta takibi yapılmıştır. Merkeze gelen DMD hastalarına genellikle, hastanın bakımından birinci derecede sorumlu olan aile üyeleri refakat etmektedir. Bu kapsamda görüşmeler, hasta randevularının genellikle daha yoğun olduğu günler olan Salı ve Çarşamba günleri 09.00-15.00 saatleri arasında, merkeze ait hekim odalarında yüz yüze olarak gerçekleştirilmiştir. Verilerin tamamı yüz yüze görüşülerek toplanmış ve bakım veren aile üyelerinin veri toplama aracındaki soruları yanıtlama süresi otuz dakika olmuştur.

Türkiye Kas Hastalıkları Derneği İzmir Şubesi'nden toplanan veriler için, dernek başkanı, başkan yardımcısı ve derneğin gönüllü üyeleri ile koordineli bir şekilde çalışılmıştır. Dernekte, DMD tanısı alan hastaların yanı sıra, tüm kas hastalıkları gruplarından hastalar ve aileleri hizmet almaktadır. Bu nedenle, DMD tanılı hastalar ile diğer tanıları birbirinden ayırmak için dernek gönüllüleri tarafından ayrı listeler oluşturulmuştur. Ardından oluşturulan bu listeler yine gönüllüler arasında paylaştırılmış, bu üyeler vasıtasıyla DMD tanılı

hastaların ikamet ettikleri evlerine ziyaretler gerçekleştirilmiştir. Ziyaretler öncesinde, ailelerden randevu alınmış ve ziyaretin bir araştırma kapsamında gerçekleştirileceği beyan edilerek ailelerin sözlü onamı alınmıştır. Bu vesileyle, hem bakım alan bireylerle hem de onlara birinci derecede bakım veren aile üyeleriyle kendi bakım ortamları içerisinde görüşme fırsatı elde edilmiştir.

Öte yandan araştırma kapsamında gerçekleştirilen bu ziyaretlerle, DMD'nin ileri evresinde ve çoğunlukla da immobil olduğu için dışarıya çıkamayan DMD'li bireylerin aile üyeleri ile de görüşülmüştür. Böylelikle, araştırma açısından hastalığın farklı dönemlerinde karşılaşılabilecek güçlükler, araştırmacı tarafından ilk elden gözlemlenebilmiş ve ileri evredeki hastaların -hastalığın ilk evrelerinde ve mobilitesi olan hastalara göre- ikinci planda kalması gibi bir tehlike de minimum düzeye indirilmeye çalışılmıştır.

### 3.6. Verilerin Çözümlemesi ve Yorumlanması

İstatistiksel analizler IBM SPSS Statistics 25.0 (IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25.0. Armonk, NY: IBM Corp.) paket programı kullanılarak yapılmıştır. Tüm analizlerde anlamlılık düzeyi 0,05 olarak belirlenmiştir.

Çalışmada nümerik veriler ortalama, standart sapma, medyan, minimum, maksimum değerler ile, kategorik veriler ise frekans ve oran değerleri kullanılarak özetlenmiştir. Nümerik değişkenlerde normallik varsayımı Shapiro Wilk testi ile kontrol edilmiş ve normal dağılmama sonuçlarına paralel olarak grup sayısı iki olan karşılaştırmalar için Mann Whitney U testi, grup sayısı ikiden fazla olan karşılaştırmalarda ise Kruskal Wallis testi tercih edilmiştir.

## 4. Bulgular

Araştırmada elde edilen bulgular; aile üyelerini tanıtıcı bulgular, bakım süreçlerine ilişkin bulgular, bakım yüklerine ilişkin bulgular, aile yılmazlık düzeylerine ilişkin bulgular ve bakım yükü ile aile yılmazlık düzeyleri arasındaki ilişkiye ilişkin bulgular olmak üzere beş başlık altında sunulmuştur.

### 4.1. Bakım Veren Aile Üyelerini Tanıtıcı Bulgular

**Tablo 2.** Araştırmaya Katılan Bakım Verenlerin Sosyodemografik Özellikleri 1

DEĞİŞKENLER	GRUPLAR	SAYI (n)	YÜZDE (%)
Yaş (Cinsiyet Gruplarına Göre)	Ortanca Yaş: 39,0 Min: 24,0 Max: 71,0		
	CİNSİYET (Yaş Ort±SS)	SAYI (n)	YÜZDE (%)
	KADIN (40,09±9,84)	65	92,9
	ERKEK (52,20±11,278)	5	7,1
	TOPLAM	70	100

<b>Eğitim Durumu</b>	Okuryazar Değil	2	2,9
	Okuryazar	2	2,9
	İlkokul	23	32,9
	Ortaokul	11	15,7
	Lise	16	22,8
	Üniversite	15	21,4
	Lisansüstü	1	1,4
<b>TOPLAM</b>	<b>70</b>	<b>100</b>	
<b>Medeni Durum</b>	Evli	65	92,9
	Bekar	5	7,1
	<b>TOPLAM</b>	<b>70</b>	<b>100</b>
<b>Yaşanılan Yer</b>	İl	56	80,0
	İlçe	12	17,1
	Köy	2	2,9
	<b>TOPLAM</b>	<b>70</b>	<b>100</b>
<b>Çalışma Durumu</b>	Evet	10	14,3
	Hayır	60	85,7
	<b>TOPLAM</b>	<b>70</b>	<b>100</b>
<b>Sosyoekonomik Durum</b>	İyi	13	18,6
	Orta	47	67,1
	Kötü	10	14,3
	<b>TOPLAM</b>	<b>70</b>	<b>100</b>

Araştırma kapsamında DMD hastası aile üyelerine bakım verenlerin %92,9'u kadın (anneler), %7,1'i erkektir (babalardır). Görüşülen ebeveynlerin (n=70) yaş ortalaması 40,96±10,347, ortanca yaş 39, en düşük yaş 24, en büyük yaş 71'dir. Annelerin (n=65) yaş ortalaması 40,09±9,84; babaların (n=5) yaş ortalaması ise 52,20±11,278'dir. Bakım veren aile üyelerinin %2,9'u okuryazar değil (n=2) iken, %2,9'u okuryazardır (n=2). Bakım verenlerin %32,9'u ilkokul (n=23), %15,7'si ortaokul (n=11), %22,8'i lise (n=16), %21,4'ü üniversite (n=15), %1,4'ü lisansüstü (n=1) mezunudur. Bakım verenlerin %92,9'u evli (n=65) iken %7,1'i (n=5) bekadır. Bakım verenlerin %80'i ilde (n=56), %17,1'i ilçede (n=12), %2,9'u ise köyde (n=2) ikamet etmektedir. Bakım verenlerin %60'ı çalışmıyor iken (n=60), %14,3'ü çalışmaktadır (n=10). Bakım verenlerin, %18,6'sı iyi (n=13), %67,1'i orta (n=47) ve %14,3'ü kötü (n=10) sosyoekonomik durumdadır.

**Tablo 3.** Araştırmaya Katılan Bakım Verenlerin Sosyodemografik Özellikleri 2

DEĞİŞKENLER	GRUPLAR	SAYI (n)	YÜZDE (%)
<b>Bakım Verenlerin Sahip Olduğu Çocuk Sayısı</b>	1 Çocuk	18	25,7
	2 Çocuk	36	51,4
	3 Çocuk	13	18,6
	4 Çocuk	2	2,9
	5 Çocuk	1	1,4
	<b>TOPLAM</b>	<b>70</b>	<b>100</b>
<b>Bakım Verenlerin Sahip Olduğu Sağlıklı Çocuk Sayısı</b>	0 Çocuk	21	30,0
	1 Çocuk	34	48,6
	2 Çocuk	12	17,1
	3 Çocuk	2	2,9
	4 Çocuk	1	1,4
<b>TOPLAM</b>	<b>70</b>	<b>100</b>	
<b>Bakım Verenlerin Sahip Olduğu DMD Hastası Çocuk Sayısı</b>	1 Çocuk	64	91,4
	2 Çocuk	6	8,6
	<b>TOPLAM</b>	<b>70</b>	<b>100</b>

Bakım verenlerin %25,7'si 1 çocuk (n=18), %51,4'ü 2 çocuk (n=36), %18,6'sı 3 çocuk (n=13), %2,9'u 4 çocuk (n=2), %1,4'ü 5 çocuk (n=1) çocuk sahibidir. Sahip olunan sağlıklı çocuk sayısı açısından bakıldığında; bakım verenlerin %30'u sağlıklı çocuk sahibi değil (n=21) iken; %48,6'sı 1 sağlıklı çocuğa (n=34), %17,1'i 2 sağlıklı çocuğa (n=12), %2,9'u 3 sağlıklı çocuğa (n=2), %1,4'ü 4 sağlıklı çocuğa (n=1) sahiptir. Sahip olunan DMD hastası çocuk sayısı açısından bakıldığında; bakım verenlerin %91,4'ü 1 DMD hastası çocuk sahibi (n=64) iken; %8,6'sı 2 DMD hastası çocuk sahibidir (n=6).

#### 4.2. Bakım Süreçlerine İlişkin Bulgular

**Tablo 4.** Araştırmaya Katılan Bakım Verenlerin Bakım Süreçlerine İlişkin Özellikler 1

DEĞİŞKENLER	GRUPLAR	SAYI (n)	YÜZDE (%)
<b>Bakım Verilen DMD'li Bireye Yakınlık Derecesi</b>	Hastanın Annesi	65	92,9
	Hastanın Babası	5	7,1
	<b>TOPLAM</b>	<b>70</b>	<b>100</b>
<b>Bakım Verilen DMD'li Bireyin Yaşı</b>	8 yaş ve altı	24	34,3
	9-18 yaş aralığı	26	37,1
	19 yaş ve üzeri	20	28,6
	<b>TOPLAM</b>	<b>70</b>	<b>100</b>
<b>Bakım Verilen DMD'li Bireyin Cinsiyeti</b>	Kadın	0	0
	Erkek	70	100
	<b>TOPLAM</b>	<b>70</b>	<b>100</b>
<b>Bakım Verilen DMD'li Bireyin Tanı Yaşı (Ay)</b>	<=12 aylık	15	21,4
	13-36 aylık	26	37,2
	37-48 aylık	11	15,7
	>48 aylık	18	25,7
	<b>TOPLAM</b>	<b>70</b>	<b>100</b>

DMD hastasına bakım veren aile üyelerinin yakınlık derecesi açısından; bakım verenlerin %92,9'u hastanın annesi (n=65) iken %7,1'i hastanın babasıdır (n=5). Bakım verilen DMD'li hastaların %34,3'ü 8 ve yaş altı (n=24), %37,1'i 9-18 yaş aralığında (n=26), %28,6'sı 19 yaş ve üzeridir (n=20). Bakım verilen DMD hastalarının (n=70) tamamının cinsiyeti erkektir. Bakım verilen DMD hastalarının %21,4'ü 12 ay ve daha az aylıkken (n=15), %37,2'si 13-36 aylık (n=26), %15,7'si 37-48 aylık (n=11), %25,7'si 48 aylıktan daha büyük (n=18) yaşta tanı almıştır.

**Tablo 5.** Araştırmaya Katılan Bakım Verenlerin Bakım Süreçlerine İlişkin Özellikler 2

DEĞİŞKENLER	GRUPLAR	SAYI (n)	YÜZDE (%)
<b>Bakım Verenlerin DMD'li Bireye Bakım Verme Süresi</b>	1-5 yıl	26	37,1
	6-10 yıl	19	27,1
	11-15 yıl	7	10,0
	15-20 yıl	13	18,7
	20 yıldan daha fazla	5	7,1
	<b>TOPLAM</b>	<b>70</b>	<b>100</b>

<b>Bakım Verenlerin DMD'li Bireylere Günlük Ortalama Bakım Saati</b>	1-3 saat	2	2,9
	3-6 saat	4	5,7
	6 saatin üzeri	64	91,4
	<b>TOPLAM</b>	<b>70</b>	<b>100</b>
<b>Bakım Veren DMD'li Bireye Bakım Verdiği Alanlar*</b>	<b>BAKIM ALANI</b>		<b>F</b>
	Ekonomik (Mali) Destek		4
	Fiziksel Destek		45
	Sosyal Destek		44
	Psikolojik Destek		43
	Hepsi		19
<b>*Anket formunda birden fazla alan işaretlenebilmektedir.</b>			
<b>Bakım Veren DMD Hastasına Bakım Verme Nedeniyle Hayatında Etkilenen Alanlar*</b>	<b>ETKİLENEN ALANLAR</b>		<b>F</b>
	Hiçbir zorluk yaşamıyorum.		2
	Fiziksel sağlığında bozulma yaşıyorum.		49
	Ekonomik güçlükler yaşıyorum.		27
	Psikolojik güçlükler yaşıyorum.		50
	Öz bakım ile ilgili güçlükler yaşıyorum.		16
	Sosyal faaliyetlere katılımda güçlükler yaşıyorum.		30
	İşimi bırakmak zorunda kaldım.		9
	Kendime vakit ayıramıyorum.		24
	Eş ve/veya çocuklarına vakit ayıramıyorum		20
<b>*Anket formunda birden fazla alan işaretlenebilmektedir.</b>			
<b>Bakım Verenlerin DMD Hastasına Bakım Verme ile İlgili Eğitim Alma Durumu</b>	Evet	19	27,1
	Hayır	51	52,9
	<b>TOPLAM</b>	<b>70</b>	<b>100</b>

Araştırmaya katılan bakım verenlerin %37,1'i 1-5 yıldır (n=26), %27,1'i 6-10 yıldır (n=19), %10'u 11-15 yıldır (n=7), %18,7'si 15-20 yıldır (n=13), %7,1'i 20 yıldan fazladır DMD hastasına bakım vermektedir. Bakım verenlerin %2,9'u günlük ortalama 1-3 saat (n=2), %5,7'si günlük ortalama 3-6 saat (n=4), %91,4'ü günlük ortalama 6 saatten fazla hastasına bakım vermektedir. Bakım desteği sunulan alan açısından bakıldığında; araştırmada yer alan bakım verenlerin 45'i fiziksel olarak, 44'ü sosyal anlamda, 43'ü psikolojik anlamda ve 19'u da bu bakım alanlarının tümünde hastasına bakım desteği sağladığını belirtmiştir. Bakım verenlerin, DMD hastasına bakım verme nedeniyle hayatlarında etkilenen alanlara bakıldığında; araştırmada yer alan bakım verenlerin 50'si bu süreçte psikolojik güçlükler yaşadığını, 49'u fiziksel sağlığında bozulma, 30'u sosyal faaliyetlere katılımda, 27'si ekonomik ve 16'sı öz bakım ile ilgili güçlükler yaşadığını ifade etmiştir. Bunun yanı sıra, 24 bakım veren kendine vakit ayıramadığını, 20 bakım veren eş ve/veya çocuklarına vakit ayıramadığını, 9'u bakım verme sebebiyle işini bırakmak zorunda kaldığını, 2'si ise bakım süreci ile ilgili hiçbir zorluk yaşamadığını ifade etmiştir. Daha önceden DMD hastasına bakım verme ile ilgili bir eğitim alıp almadığı sorulan bakım verenlerin; %27,1'i bu konuda eğitim aldığını belirtirken (n=19), %72,9'u bu konuda herhangi bir eğitim almadığını ifade etmiştir (n=51).

**Tablo 6.** Bakım Sürecinde Sorumluluğun Paylaşılma Durumuna İlişkin Özellikler

DEĞİŞKENLER	GRUPLAR	SAYI (n)	YÜZDE (%)
Bakım ile İlgili Yardım Alma Durumu	Evet	59	84,3
	Hayır	11	15,7
	<b>TOPLAM</b>	<b>70</b>	<b>100</b>
DMD Hastasına Bakım Verirken Bakım Verene Yardımcı Olan Kişi	Hastanın Babası	42	60,0
	Yardımcı olan yok.	11	16
	Hastanın Kız Kardeşi	5	7,2
	Hastanın Annesi	4	5,7
	Hastanın Teyzesi	3	4,3
	Hastanın Anneannesi	2	2,9
	Hastanın Babaannesi	1	1,3
	Hastanın Ağabeyi	1	1,3
	Komşu Kadın	1	1,3
	<b>TOPLAM</b>	<b>70</b>	<b>100</b>
Yardımcı Olan Kişilerin Oldukları Bakım Alanı*	<b>BAKIM ALANI</b>		<b>F</b>
	Yardımcı olan kimse yok.		11
	Tüm bakım alanlarında		12
	Ev içerisindeki işler		5
	Hijyen ihtiyaçları		30
	Taşıma		25
	Ulaşım		28
	Sosyal faaliyetlere katılım		5
	Kıyafet değişimi		6
	Gezmek		4
	Egzersiz yaptırma		3
	Solunum cihazı temizliği		2
	Kitap okuma		1
	Yemek yedirme		8
	Oyun oynama		1
<b>*Anket formunda birden fazla alan işaretlenebilmektedir.</b>			
Yardımcı Olan Kişiler Ne Zamandır Yardım Ediyor?	1-5 yıl	30	50,8
	6-10 yıl	14	23,7
	10 yıldan fazla	15	25,5
	<b>TOPLAM</b>	<b>70</b>	<b>100</b>

Bakım ile ilgili yardım alma açısından, bakım verenlerin %84,3'ü bakım ile ilgili yardım alırken (n=59), %15,7'si bakım ile ilgili yardım almamaktadır (n=11). Bakım verenlerin %60'ı bakım ile ilgili yardımı hastanın babasından (n=42), %7,2'si hastanın kız kardeşinden (n=5), %5,7'si hastanın annesinden (n=4), %4,3'ü hastanın teyzesinden (n=3), %2,9'u hastanın anneannesinden (n=2), %1,3'ü hastanın babaannesinden (n=1), %1,3'ü hastanın ağabeyinden (n=1) ve %1,3'ü komşusundan (n=1) almaktadır.

Bakım verenlerin 30'u bakım ile ilgili yardımı, hastanın hijyen ihtiyaçlarının karşılanması, 28'i ulaşımın sağlanması, 25'i taşıma, 8'i yemek yedirme, 6'sı kıyafet değişimi, 5'i sosyal faaliyetlere katılım, 5'i ev içerisindeki işler, 4'ü gezmek, 3'ü egzersiz yaptırma, 2'si solunum cihazı temizliği, 1'i kitap okuma ve 1'i oyun oynama alanlarında yardım almaktadır. Bakım verenlerin 12'si ise bakım konusunda kendisine yardımcı olan kişinin, tüm bakım alanlarında kendisine yardımcı olduğunu belirtmiştir.



Bakım verenlere bakım konusunda yardımcı olan kişilerin %50,8'i bakım ile ilgili yardımı 1-5 yıldır (n=30), %23,7'si bakım ile ilgili yardımı 6-10 yıldır (n=14), %25,5'i bakım ile ilgili yardımı 10 yıldan fazla (n=15) zamandır sağlamaktadır.

#### 4.3. Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yüklerine İlişkin Bulgular

**Tablo 7.** Bakım Verenlerin Yükü Envanteri ve Bakım Verme Yükü Ölçeği Toplam Puanı

	N	Ort±SS	Min- Maks Puan
<b>Bakım Verenlerin Yükü Envanteri Toplam Puanı</b>	70	35,039±13,605	0-65
<b>Zaman- Bağımlılık Yükü Alt Boyutu</b>	70	13,87±4,344	0-20
<b>Gelişimsel Yük Alt Boyutu</b>	70	6,73±4,581	0-20
<b>Fiziksel Yük Alt Boyutu</b>	70	8,696±5,759	0-20
<b>Sosyal Yük Alt Boyutu</b>	70	3,54±3,574	0-14
<b>Duygusal Yük Alt Boyutu</b>	70	2,34±3,055	0-15
<b>Bakım Verme Yükü Ölçeği Toplam Puanı</b>	70	51,3300±11,7320	27-79

Tablo 7.'deki verilere göre; DMD hastasına bakım veren aile üyelerinin Bakım Verenlerin Yükü Envanteri puan ortalamaları 35,0393±13,6050'dır.

Bakım veren aile üyelerinin, envanterin Zaman-Bağımlılık Yükü Alt Boyutu'ndan 13,87±4,344, Gelişimsel Yük Alt Boyutu'ndan 6,73±4,581, Fiziksel Yük Alt Boyutu'ndan 8,696±5,759, Sosyal Yük Alt Boyutu'ndan 3,54±3,574 ve Duygusal Yük Alt Boyutu'ndan 2,34±3,055 puan aldıkları belirlenmiştir.

Bakım veren aile üyelerinin, Bakım Verme Yükü Ölçeği puan ortalamaları ise; 51,3300±11,7320 olarak belirlenmiştir.

**Tablo 8.** Bakım Verme Yükü Ölçeği Puan Aralığı

Bakım Verme Yükü Ölçeği Puan Aralığı	N	Yüzde (%)
<b>Hafif Düzeyde Bakım Yükü (22-46 Puan)</b>	23	32,9
<b>Orta Düzeyde Bakım Yükü (47-55 Puan)</b>	23	32,9
<b>Şiddetli Düzeyde Bakım Yükü (56-110 Puan)</b>	24	34,3
<b>Toplam</b>	<b>70</b>	<b>100</b>

Tablo 8.'deki verilere göre; DMD hastasına bakım veren aile üyelerinin %32,9'u hafif düzeyde bakım yükü, %32,9'u orta düzeyde bakım yükü ve %34,3'i şiddetli düzeyde bakım yükü hissetmektedir.

#### 4.4. Bakım Veren Aile Üyelerinin Aile Yılmazlık Düzeylerine İlişkin Bulgular

**Tablo 9.** Aile Yılmazlık Ölçeği Toplam Puanı ve Ölçeğin Alt Boyutları

		N	Ort±SS
<b>Aile Yılmazlık Ölçeği Toplam Puanı</b>	(Minimum 37- Maksimum 185 puan)	70	139±12,452
<b>Mücadelecilik-Meydan Okuma Alt Boyutu</b>	(Minimum 17- Maksimum 85 Puan)	70	62,87±7,187
<b>Özyetkinlik Alt Boyutu</b>	(Minimum 9- Maksimum 45 Puan)	70	36,69±3,399
<b>Yaşama Bağlılık Alt Boyutu</b>	(Minimum 8- Maksimum 40 Puan)	70	29,40±4,203
<b>Kontrol Alt Boyutu</b>	(Minimum 3- Maksimum 15 Puan)	70	10,14±2,009

Tablo 9.'a göre, DMD hastasına bakım veren aile üyelerinin Aile Yılmazlık Ölçeği'nden aldıkları toplam puan ortalaması 139±12,452'dir. Bakım veren aile üyelerinin, ölçeğin Mücadelecilik-Meydan Okuma Alt Boyutu'ndan 62,87±7,187, Özyetkinlik Alt Boyutu'ndan 36,69±3,399, Yaşama Bağlılık Alt Boyutu'ndan 29,40±4,203 ve Kontrol Alt Boyutu'ndan 10,14±2,009 puan aldıkları belirlenmiştir.

#### 4.5. Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükü ve Aile Yılmazlık Düzeyleri Arasındaki İlişkiye İlişkin Bulgular

**Tablo 10.** Bakım Verme Yükü Düzeyi ile Aile Yılmazlık Düzeyi Arasındaki İlişki

		Aile Yılmazlık Ölçeği Alt Boyutları				Aile Yılmazlık Ölçeği Toplam Puanı	
		Mücadelecilik-Meydan Okuma	Özyetkinlik	Yaşama Bağlılık	Kontrol		
Bakım Verenlerin Yükü Envanteri Alt Boyutları	Zaman-Bağımlılık Yükü	R	0,176	0,206	0,057	0,085	0,183
		p*	0,145	0,087	0,642	0,485	0,129
		N	70	70	70	70	70
	Gelişimsel Yük	R	0,041	-0,010	0,025	-0,292	0,010
		p*	0,738	0,936	0,837	0,014	0,936
		N	70	70	70	70	70
	Fiziksel Yük	R	-0,008	0,186	-0,156	-0,028	0,045
		p*	0,947	0,124	0,198	0,817	0,712
		N	70	70	70	70	70
	Sosyal Yük	R	0,007	0,019	-0,188	0,025	-0,051
		p*	0,954	0,874	0,120	0,836	0,674
		N	70	70	70	70	70
	Duygusal Yük	R	-0,048	-0,28*	-0,092	-0,427	-0,154
		p*	0,691	0,016	0,449	<0,001	0,202
		N	70	70	70	70	70
	Bakım Verenlerin Yükü Envanteri Toplam Puanı	R	0,092	0,120	-0,097	-0,151	0,075
		p*	0,450	0,322	0,426	0,213	0,535
		N	70	70	70	70	70
Bakım Verme Yükü Ölçeği Toplam Puanı	R	0,098	0,097	-0,088	-0,168	0,085	
	p*	0,418	0,426	0,468	0,163	0,484	
	N	70	70	70	70	70	

\*: Spearman Korelasyon Analizi

Tablo 10.'da yer alan Spearman korelasyon analizine göre Bakım Verenlerin Yükü Envanteri Toplam Puanı ile Aile Yılmazlık Ölçeği Toplam arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ( $r=0,075$ ;  $p=0,535$ ). Buna ek olarak, Bakım Verme Yükü Ölçeği Toplam Puanı ile Aile Yılmazlık Ölçeği Toplam Puanı arasında da istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanamamıştır ( $r=0,085$ ;  $p=0,484$ ). Ancak, ölçek alt boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişkilerin de saptandığı görülmektedir.

Bakım Verenlerin Yükü Envanteri Gelişimsel Yük ve Aile Yılmazlık Ölçeği Kontrol alt boyutları arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır ( $r=-0,292$ ;  $p=0,014$ ). Gelişimsel yük, bakım verenlerin yaşama ilişkin beklentileri ve şu anda içerisinde buldukları durumu anlamlandırmalarıyla ilgili bir alt boyuttur. Kontrol alt boyutu ise, bakım verenlerin yaşama ilişkin süreçleri kontrol edebilme becerisini ifade etmektedir. Böyle bir sonucun elde edilmesi, bakım verenlerin yaşama ilişkin beklentilerindeki azalış ile birlikte yaşamları üzerindeki kontrol becerilerinde de azalma olduğunu göstermektedir.

Bakım Verenlerin Yükü Envanteri Duygusal Yük ve Aile Yılmazlık Ölçeği Özyetkinlik alt boyutu arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı zayıf ilişki vardır ( $r=-0,286$ ;  $p<0,05$ ). Ayrıca, Duygusal Yük ile Kontrol alt boyutu arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı orta şiddette ilişki vardır ( $r=-0,427$ ;  $p<0,05$ ). Duygusal yük alt boyutu, bakım verilen kişiye atfedilen olumsuz duygulara atıfta bulunan bir alt boyuttur. Duygusal Yük alt boyutu ile Özyetkinlik ve Kontrol alt boyutları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır. Böyle bir sonucun elde edilmesi, bakım verilen kişiye atfedilen olumsuz duygulardaki artış ile birlikte bakım verenlerin öz yeterliliklerine olan inançlarının ve kontrol becerilerinin azalış gösterdiğini ortaya koymaktadır.

## 5. Tartışma

DMD hastası bireye birinci derecede bakım veren aile üyelerinin bakım verme yükü ile aile yılmazlık düzeyleri arasındaki ilişkiyi ortaya koymayı amaçladığımız çalışmamıza katılan bakım verenlerin %92,9'u ( $n=65$ ) kadın, %7,1'i ( $n=5$ ) erkekti. Bakım veren aile üyelerinin çoğu evli (%92,9  $n=65$ ), ilkökul mezunu (%32,9  $n=23$ ), çalışmayan (%85,7  $n=60$ ) ve orta sosyoekonomik durumda (%67,1  $n=47$ ) olan kişilerden oluşmaktaydı. DMD hastasına bakım veren aile üyelerinin bakım verdikleri hastalarının büyük bir bölümü (%74,3  $n=52$ ) 48 aylık olmalarından daha önce DMD tanısı almıştı. Yapılan bir çalışmada, hastaların %20'sine 2 yaşından önce %72'sine 4 yaşından önce tanı konulabilmektedir (Dubowitz, 1977). Bir başka çalışmada ise, hasta bireylerin %25'ine 2 yaşın altında, %50'sine 2-4 yaşlarında tanı konulabildiği bildirilmiştir (Tunçbay ve Tunçbay, 2004). Bu bakımdan hastanın tanı yaşına ilişkin elde edilen bulgular bu iki çalışmanın bulguları ile örtüşmektedir. Ayrıca araştırmamızda, bakım alan DMD'li bireylerin yaşı açısından bir değerlendirme yapıldığında, 19 yaş ve üzeri bakım alan DMD'li bireylerin oranının %28,6 ( $n=20$ ) olduğu saptanmıştır. Bu bulguyu, DMD'li hastaların 20 yaşlarına gelince öleceklerine ilişkin toplumsal tezin bir antitezi olarak yorumlamak mümkündür (T.C Sağlık Bakanlığı, 2019).

Araştırmamıza katılan bakım verenlerin %37,1'i (n=26) 1-5 yıldır hastasına bakım vermektedir ve bakım verenlerin çoğunun (%91,4 n=64) günlük ortalama bakım verme süresi 6 saatin üzerindedir. Bakım verenler tarafından sunulan bu günlük ve uzun süreli bakımın (Örneğin; taşıma, yemek hazırlama, temizlik, giyinme, yemek ve tuvalet ihtiyaçlarının karşılanması) aile üyeleri tarafından sağlandığı göz önünde bulundurulduğunda, DMD hastasına bakım veren aile üyelerinin fiziksel güçlüklerle karşılaşma riskinin yüksek olacağı söylenebilmektedir (Landfeldt vd., 2018). Nitekim, araştırmamızda bakım verenlerin %70'i psikolojik zorluklar, yine %70'i fiziksel sorunlar yaşadığını, yaklaşık yarısı sosyal faaliyetlere katılmakta güçlük çektiğini ve %27'si ekonomik güçlükler yaşadığını belirtmiştir. Bu noktada bakım süreci, fiziksel sağlığın azaldığı, fizyolojik problemlerin ortaya çıktığı, bakım verenlerin yoğun psikososyal ve ekonomik güçlüklerle karşılaştığı bir çizgide ilerlemektedir (Atagün vd., 2011).

Araştırmamızda, bakım veren aile üyelerinin DMD hastasına en yoğun bakım verdikleri alanların fiziksel (%29, n=45), sosyal (%28, n=44) ve psikolojik (%27, n=43) destek alanları olduğu saptanmıştır. Ek olarak araştırmamızın bu bulgusuna göre, bakım verme yalnızca fiziksel bakım boyutunu içermez. Bakımın çok yönlü ve çok boyutlu bir kavram olarak ele alınmasıyla, bakım verenlerin bakıma ilişkin faaliyetleri; alışveriş ihtiyaçlarının karşılanması, banyo yaptırmayı, giyinmeyi sağlamayı, beslenme ihtiyaçlarının karşılanması, yatağa yatırma ve yataktan kaldırmayı, evin günlük ihtiyaçlarını gidermeyi, ilaç ve tıbbi desteğin sağlanmasının yanı sıra psikoduygusal desteği de içermektedir (Tanrıku, 2019).

DMD hastasına bakım sağlamak aynı zamanda ağır ve duygusal bir yükür. Yeterli ve zamanında sağlık hizmetlerine erişimde yaşanan zorluklar ve günlük yaşamın zorluklarını yönetmek bakım veren açısından psikososyal yükü artıran faktörlerdir. Bu perspektiften, DMD hastasına bakım veren aile üyelerini; hastalık ile baş eden, DMD'li bireye fiziksel, sosyo-ekonomik ve psikolojik destek sağlayan aile üyeleri olarak tanımlamak daha doğru görünmektedir. Ayrıca araştırmamızda elde ettiğimiz bu bulgu, bakım veren aile üyelerinin bakım verme sürecinde 'çok boyutlu' bir bakım yükü ile karşı karşıya kalabileceğini göstermesi bakımından önemlidir (Yeşil vd., 2016).

Araştırmamızda, bakım verenlerin %27,1'inin (n=19) DMD hastasına bakım verme ile daha önceden eğitim aldığı; ancak çoğunun (%72,9 n=51) bu konuda herhangi bir eğitim almadığı tespit edilmiştir. Literatürde eğitim almanın, aile üyelerinin hastalık ve hastalığa ilişkin süreçleri anlamasında, hastalığın ortaya çıkardığı bireysel ve sosyal sonuçları öğrenmesinde ve bakım verdikleri hastalar ile kurdukları iletişimde önemli değişimler sağladığı vurgulansa da (Duran ve Eroğlu, 2016); inmeli hastalara bakım veren 110 kişi ile gerçekleştirilen bir çalışmada bakım verenlerin %91'inin hasta bireyin bakımı konusunda eğitim almadığı tespit edilmiştir (Koçak, 2011). Epilepsili çocuğa sahip 384 ebeveyn ile gerçekleştirilen bir başka çalışmada ise (Sarpdağı, 2018), ebeveynlerin %60'ının hastalık ve hasta bireyin bakımına ilişkin herhangi bir eğitim almadığı ortaya koyulmaktadır. Bizim araştırmamızda tespit ettiğimiz bulgu, sözünü ettiğimiz iki çalışmanın da bulguları ile paralellik göstermektedir.

Araştırmamızda, DMD hastasına bakım veren aile üyelerinin %32,9'u (n=23) hafif düzeyde, %32,9'u (n=23) orta düzeyde ve %34,3'i (n=24) şiddetli düzeyde bakım yükü hissetmektedir. Genel olarak araştırmamıza katılan bakım veren aile üyeleri "orta-hafif" düzeyde bakım yükü hissetmektedir. Elde ettiğimiz bu bulgu, DMD hastasına bakım veren aile üyelerinin bakım sürecini ve bakıma ilişkin faaliyetleri olumlu-ödüllendirici olarak algıladığını göstermesi bakımından önemlidir. Bu noktada araştırmamız, bakımın "olumlu-ödüllendirici" bir süreç olarak algılanabildiğini ortaya koyan çalışmaların (Magliano vd., 2014; Pangalila vd., 2012; Read vd., 2011) bulguları ile örtüşen bir niteliktedir.

Araştırmamıza katılan bakım veren aile üyelerinin Aile Yılmazlık Ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalaması  $139 \pm 12,452$ 'dur. Elde ettiğimiz ortalama, ölçekten alınabilecek minimum ve maksimum puanlar ile birlikte değerlendirildiğinde bakım veren aile üyelerinin genel olarak "yılmaz" oldukları söylenebilmektedir. Yılmaz ailelerde aile üyeleri, stres kaynaklı negatif etkilenimleri azaltmak, öz-benliği korumak, güçlüklerin üstesinden gelmelerine yardım edecek olanaklara ve kaynaklara erişmek için gerekli baş etme mekanizmalarına ve becerilerine sahiptir (Koçak, 2011).

Literatürde, DMD'li bireylerin ailelerinin yılmazlığını doğrudan veya dolaylı olarak araştıran bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bununla birlikte, otizmlili çocuğa sahip ailelerin (Turan, 2017) ve işitme engelli çocuğa sahip ailelerin (Kumbasar, 2016) aile yılmazlık düzeylerini inceleyen çalışmalara rastlanmaktadır. Turan (2017), otizmlili ve otizmlili olmayan çocuğa sahip ailelerin yılmazlık düzeylerini incelediği araştırmasında, bizim de araştırmamızda kullandığımız Aile Yılmazlık Ölçeğini kullanmış ve otizmlili çocukların ebeveynlerinin ölçeğin Özyetkinlik alt boyutundan aldıkları puanın, otizmlili olmayan çocukların ebeveynlerine göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğunu bulmuştur. Bizim araştırmamızda elde ettiğimiz verilerde, Mücadelecilik-Meydan Okuma ve Özyetkinlik alt boyutları puan ortalamaları, Turan (2017)'in araştırmasında her iki grup (otizmlili olan ve olmayan çocuklara sahip ebeveynler) için de elde ettiği puan ortalamalarından yüksektir. Kumbasar (2016) işitme engelli ve işitme engelli olmayan çocuklara sahip ailelerin sosyal destek algısı, yılmazlık ve tükenmişlik düzeylerini incelemek amacıyla yaptığı çalışmasında, Aile Yılmazlık Ölçeğini kullanmış ve işitme engelli çocuğa sahip ebeveynlerin normal çocuğa sahip ebeveynlere göre yılmazlık düzeylerinin anlamlı ölçüde daha düşük olduğunu ortaya koymuştur. Bizim araştırmamızda elde ettiğimiz verilerde ise, ölçeğin tüm alt boyutları için elde edilen puan ortalamaları, Kumbasar (2016)'in araştırmasında her iki grup (işitme engelli olan ve olmayan çocuğa sahip ebeveynler) için de elde ettiği puan ortalamalarından yüksektir. Bu da araştırmamızın verilerinin farklılıkları olarak belirtilebilir. Ayrıca, ulusal literatürde daha öncesinde DMD'li bireylerin ailelerine odaklanan bir çalışmanın bulunmayışı, araştırmamızın bu alanda var olan bir boşluğu doldurabileceğini düşündürmektedir.

Araştırmamızın yapıldığı dönemde, DMD gibi nöromusküler hastalıklara sahip bireylere aktif hizmet sunan Türkiye genelindeki iki kas hastalıkları merkezi bulunmaktadır. Araştırma verilerinin bu merkezlerden biri olan İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kas Hastalıkları Merkezi'ne başvuran hastaların ve bu

alandaki faaliyet gösteren bir sivil toplum kuruluşu olan Türkiye Kas Hastalıkları Derneği İzmir Şubesi'nden hizmet alan hastaların aile üyelerinden toplanmış olması araştırmamızın kısıtlılıklarıdır. Bu bağlamda, gelecek araştırmalarda daha geniş bir veri toplama alanı içerisinde DMD'li bireylerin ailelerine ulaşılabilir. Ayrıca, araştırmamız bundan sonra yapılacak çalışmalara bir basamak yaratmak, sosyal hizmet açısından bu alandaki müracaatçı kitlesini tanımlamak ve DMD'ye ilişkin bakım süreçlerinin boyutlarını ortaya koymak amacıyla nicel araştırma yöntemiyle gerçekleştirilmiştir. Gelecek için nitel çalışmalara da ihtiyaç olduğu söylenebilir.

## 6. Sonuç

Sonuç olarak araştırmamızda, DMD hastasına bakım veren aile üyelerinin bakım yükü ile aile yılmazlık düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bunun nedeni, bakım yükünü belirleyen unsurların ailelerin yılmazlığı değil, dışsal nedenler olmasıdır. Bakım yükü esasen hastalığın evresi, bakıma destekte hizmetlerin ulaşılabilirliği, ailenin sosyo-ekonomik düzeyi ve bunun evde bakım elemanı istihdam etmeye yeterli olup olmaması gibi dışsal etmenlerle belirlenmektedir. Sosyal hizmetler boyutunda bakım verenlerin bakım yüklerini azaltarak yılmazlık düzeylerini artıracak girişimlerin planlanması, analiz edilmesi ve uygulanması önemlidir. Bakım verenlerin hissettikleri psikoduygusal yükün azaltılması, duygusal uyum ve baş etme mekanizmalarının geliştirilmesi için hastalık, tedavi ve hastanın bakımı (palyatif bakım, hospis ve yaşam sonu bakım) konusunda sosyal hizmet uzmanlarının sunacağı psikososyal desteğe ve sosyal hizmetlere duyulan gereksinim ortadadır. Özellikle palyatif bakım gereksinimi bulunan DMD'li hastalara bakım verenlerin, daha uzun süre strese maruz kalabilecekleri ve yaşam kalitelerinin de buna bağlı olarak olumsuz yönde etkilenebileceği göz önünde bulundurulmalı ve aile üyelerine bu yönde psikososyal destek hizmeti sunulmalıdır. Ayrıca bu alanda, kaynakların iyi bir şekilde organize edildiği, güçlendirici, uyum kapasitesini arttırıcı çalışmalara da ihtiyaç duyulmaktadır.

## Kaynaklar

- Atagün, M.İ., Balaban, Ö.D., Atagün, Z., Elagöz, M. & Özpolat Yılmaz, A. (2011). Kronik hastalıklarda bakım veren yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(3), 513-552. doi: 10.5455/cap.20110323
- Bekiroğlu, S. & Gökçearslan Çifçi, E. (2017, Aralık). Nöromusküler hasta ailelerinin yaşadıkları güçlükler. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 704-722.
- Billard, C., Gillet, P., Barthez, M.A., Hommet, C. & Bertrand, P. (1998). Reading ability and processing in duchenne muscular dystrophy and spinal muscular atrophy. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 40(1), 12-20. doi: 10.1111/j.1469-8749.1998.tb15351.x
- Buluş, M. & Bağcı, B. (2016). Evlilik doyumu: aile yılmazlığı ve etkili iletişim becerilerinin rolü. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 40, 136-152.
- Chen, J.Y., Chen, S.S., Jong, Y.J., Yang, Y.H. & Chang, Y.Y. (2002). A comparison of the stress and coping strategies between the parents of children with duchenne muscular dystrophy and children with a fever. *International Pediatric Nursing*, 17(5), 367-379. doi: 10.1053/jpdn.2002.123525
- Chen, J.Y. & Clark, M.J. (2007). Family function in families of children with duchenne muscular dystrophy. *Family Community Health*, 30(4), 296-304. doi: 10.1097/01.FCH.0000290542.10458.f8
- Ciğerli, Ö., Topsever, P., Alvur, T. M. & Görpelioğlu, S. (2014). Engelli çocuğu olan anne babaların tanı anından itibaren ebeveynlik deneyimleri: farklılığı kabullenmek. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 8(3), 75-81.
- Cwik, V. & Brooke, M. (1996). Disorders of muscle dystrophies and myopathies. B.O. Berg (Ed.). *Principles of Child Neurology* içinde (1665-1671. ss.). New York: McGraw-Hill.
- Çapık, C. (2014). İstatistiksel güç analizi ve hemşirelik araştırmalarında kullanımı: temel bilgiler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 17(4), 268-274.
- Dinç, L. (2010). Bakım kavramı ve ahlaki boyutu. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 74-82.
- Dubowitz, V. (1977). Muscle disorders in childhood. *Israel Journal of Medical Sciences*, 13(2), 89-92.
- Duran S. & Eroğlu S. (2016). Psikiyatrik hastalık tanılı hasta ve ailelerinin eğitim gereksinimlerinin belirlenmesi. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 13, 237-247.
- Fee, R.J. & Hinton, V.J. (2011, November). Resilience in children diagnosed with a chronic neuromuscular disorder. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 32(9), 644-650. doi: 10.1097/DBP.0b013e318235d614
- Gocheva, V., Schmidt, Orsini, A.L., Hafner, P., Schaedelin, S, Weber, P. & Fischer, D. (2019). Psychosocial adjustment and parental stress in duchenne muscular dystrophy, *European Journal of Paediatric Neurology*, 23(6), 832-841. doi: 10.1016/j.ejpn.2019.09.008
- Gönen, E. & Puruçuoğlu, E. (2009). Kriz ve stres koşullarında aile direnci: koruyucu ve iyileştirici faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Sosyolojik Araştırmalar E- Dergisi*.
- Greeff, A.P., Vansteenwegen, A. & Ide, M. (2006). Resiliency in families with a member with a psychological disorder. *The American Journal of Family Therapy*, 34, 285-300. doi: 10.1080/01926180600637465
- İnci, F.H. (2006). Bakım verme yükü ölçeği'nin türkçe'ye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirliği. (Yüksek Lisans Tezi). Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Denizli.
- Kaner, S. & Bayraklı, H. (2010). Aile yılmazlık ölçeği: geliştirilmesi, geçerliği ve güvenirligi. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi*. 11(2), 47-62.
-

- Koçak, G. (2011). İnmeli hastalarda bakım vericinin yükü. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Kumbasar, A. (2016). İşitme engelli ve engelli olmayan çocuklara sahip ailelerde sosyal destek algısı, yılmazlık ve tükenmişlik düzeylerinin incelenmesi. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Küçükgüçlü, Ö., Esen, A. & Yener, G. (2009). Bakımverenlerin yükü envanterinin türk toplumu için geçerlik ve güvenilirliğinin incelenmesi. *Journal of Neurological Sciences*, 26(1), 60-73.
- Landfeldt, E., Edström, J., Bucella, F., Kirschner, J. & Lochmüller, H. (2018). Duchenne muscular dystrophy and caregiver burden: a systematic review. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 60, 987-996. doi: 10.1111/dmcn.13934
- McCubbin, H.I., Thompson, E.A. Thompson, A.I. & Futrell, J.A. (1999). *The dynamics of resilient*. California: Sage Publications.
- Magliano, L., Patalano, M, Sagliocchi, A. & Scutifero, M. (2014). "I have got something positive out of this situation": psychological benefits of caregiving in relatives of young people with muscular dystrophy. *Journal of Neurology*, 261, 188-195. doi: 10.1007/s00415-013-7176-8
- Novak, M. & Guest, C. (1989) Application of a multidimensional caregiver burden inventory. *Gerontologist*, 29(6), 798-803. doi: 10.1093/geront/29.6.798
- Özbay, Y. & Aydoğan, D. (2013, Temmuz-Aralık). Aile yılmazlığı: bir engele rağmen birlikte güçlenen aile. *Sosyal Politika Çalışmaları*, 31, 129-146.
- Palancı, M. (2018). Engelli çocuğa sahip anne babaların aile yılmazlığı, öznel iyi oluş ve evlilik uyumlarının psiko-sosyal yeterlikler ile yordanması. *Eğitim ve Bilim*, 43(193), 217-236.
- Pangalila, R.F., van den Bas, G.A, Stam, H.J., van Exel, N.J., Brouwer, W.B. & Roebroek, M.E. (2012). Subjective caregiver burden of parents of adults with duchenne muscular dystrophy. *Disability and Rehabilitation*, 34(12), 988-996. doi: 10.3109/09638288.2011.628738
- Pearson, R. & Ommen, G.V. (1985). Recent developments in dna research of duchenne muscular dystrophy (current clinical practice). L.P. Ten Kate, P.L. Pearson and A.M. Stadhouders (Eds.). *Research Into the Origin and Treatment of Muscular Dystrophy* içinde. Elsevier.
- Poysky, J. & Kinnett, K. (2009). Facilitating family adjustment to a diagnosis of duchenne muscular dystrophy: April 24-25, 2008, Miami, Florida. *Neuromuscular Disorders*, 19(10), 733-738. doi: 10.1016/j.nmd.2009.07.011
- Read, J., Kinali, M., Muntoni, F., Weaver, T. & Garralda, M.E. (2011). Siblings of young people with duchenne muscular dystrophy--a qualitative study of impact and coping. *European Journal of Paediatric Neurology: EJPN: Official Journal of the European Paediatric Neurology Society*, 15(1), 21–28. doi: 10.1016/j.ejpn.2010.07.006
- Reid, D.T. & Renwick, R.M. (2001). Relating familial stress to the psychosocial adjustment of adolescents with duchenne muscular dystrophy. *International Journal of Rehabilitation Research. Internationale Zeitschrift für Rehabilitationsforschung. Revue internationale de recherches de readaptation*, 24(2), 83–93, doi: 10.1097/00004356-200106000-00001
- Sarpdağı, Y. (2018). Epilepsili çocuğa sahip ebeveynlerin bakım yükü ve umutsuzluk düzeyinin incelenmesi (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
- Tanrikulu, S. (2019). Evinde bir aile üyesine bakım veren kadınların bakım verme yüklerinin incelenmesi. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.



- T.C. Sağlık Bakanlığı. DMD hastalarına yönelik yapılan çalışmalara ilişkin açıklama (19.12.2019). Erişim Tarihi: 28 Eylül 2020, Erişim Adresi: <https://www.saglik.gov.tr/TR,61606/dmd-hastalarina-yonelik-yapilan-calismalara-iliskin-aciklama-19122019.html>
- Thomas, P. T., Rajaram, P. & Nalini, A. (2014). Psychosocial challenges in family caregiving with children suffering from duchenne muscular dystrophy. *Health & Social Work, 39*(3), 144–152. doi: 10.1093/hsw/hlu027
- Tunçbay, T. & Tunçbay, E. (2004). Nöromusküler hastalıklar. İzmir: MN Medikal & Nobel Tıp.
- Turan, N. (2017). Otistik çocuğa sahip ailelerin yılmazlık düzeylerinin incelenmesi (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Gaziantep.
- Walsh, F. (1996). The concept of family resilience: crisis and challenge. *Family Process, 35*(3), 261-281. doi: 10.1111/j.1545-5300.1996.00261.x.
- Webb, C.L. (2005). Parent' perspectives on coping with duchenne muscular dystrophy. *Child: Care, Health & Development, 31*(4), 385-396. doi: 10.1111/j.1365-2214.2005.00518.x
- Werner, E.E. (1989, April). Children of garden island. *Scientific American, 260*(4), 106-111. doi: 10.1038/scientificamerican0489-106
- Yamaguchi, M., Sonoda, E. & Suzuki, M. (2019). The experience of parents of adult sons with Duchenne muscular dystrophy regarding their prolonged roles as primary caregivers: a serial qualitative study. *Disability and Rehabilitation, 41*(7), 746-752. doi: 10.1080/09638288.2017.1408148
- Yeşil, T., Çetinkaya Uslusoy, E. & Korkmaz, M. (2016). Kronik hastalığı olanlara bakım verenlerin bakım yükü ve yaşam kalitesinin incelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 5*(4), 54-66.
- Zarit, S.H., Reever, K.E. & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontologist, 20* (6), 649-655. doi: 10.1093/geront/20.6.649.



SAĞLIK BAKANLIĞI  
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü  
Hasta Hakları ve Tıbbi Sosyal Hizmetler Dairesi Başkanlığı  
Bakanlık Yayın No:963

ULAKBİM TR Dizinde Taranmaktadır

Hakemli Dergi  
**TSHD**  
Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi

ISSN: 2149-309X-Biannually  
<https://edergi.saglik.gov.tr/>  
<https://dergipark.org.tr/tr/pub/tshd>  
Yıl/Year: 2021 Haziran/June Sayı/Issue: 17

## KRONİK ÜVEİT HASTALIĞI OLAN ÇOCUĞA SAHİP EBEVEYNLERİN COVID-19 PANDEMİSİ SÜRECİNE İLİŞKİN DENEYİMLERİ\*

Rauf YANARDAĞ<sup>1</sup>  
Yasemin ÖZKAN<sup>2</sup>  
F. Nilüfer YALÇINDAĞ<sup>3</sup>

### Makale Bilgileri/ Article info

Makalenin Türü/Article Type: Araştırma  
Geliş Tarihi / Date Received : 30.04.2021  
Revizyon Tarihi/Date Revised:01.06.2021  
Kabul Tarihi / Date Accepted : 17.06.2021  
Yayın Tarihi / Date Published : 30.06.2021  
DOI: <https://doi.org/10.46218/tshd.930085>

### Makale Künyesi/To cite this article:

Yanardağ, R., Özkan, Y. ve Yalçındağ, F. N. (2021, Haziran). Kronik üveit hastalığı olan çocuğa sahip ebeveynlerin covid-19 pandemisi sürecine ilişkin deneyimleri. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 17, 38-58. Doi: <https://doi.org/10.46218/tshd.930085>.

**Sorumlu Yazar/Corresponding Author:** Rauf YANARDAĞ, Niğde İl Sağlık Müdürlüğü, [shu.raufyanardag@gmail.com](mailto:shu.raufyanardag@gmail.com), ORCID: 0000-0002-5783-2137

### ÖZ

Bu araştırmanın amacı, kronik üveit hastalığı olan çocuğa sahip ebeveynlerin Covid-19 Pandemisi döneminde çocuklarının hastalık durumu ve tedavi sürecine ilişkin yaşam deneyimlerini görünür kılmaktır. Nitel araştırma deseninin kullanıldığı bu çalışmada fenomenolojik yaklaşımdan yararlanılmıştır. Çalışmaya, kronik üveit hastalığı tanısı konulup, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalı'nda tedavileri devam eden 10 çocuğun 15 ebeveyni katılmıştır. Veri toplama aracı olarak sosyo-demografik bilgi formu ve yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır. Çalışma kapsamında elde edilen verilerin analizinde, tematik analiz tekniği kullanılmıştır. Analiz sürecinde MAXQDA nitel analiz programından yararlanılmıştır. Ebeveynlerin Covid-19 Pandemisi sürecindeki yaşam deneyimlerinde, ekonomik ve psiko-sosyal sorunlar, alınan tedbirlerin etkisi ve sorunlarla başetme stratejileri olmak üzere dört ana tema ön plana çıkmıştır. Bu kapsamda ailelere ekonomik ve psiko-sosyal desteğin sağlanması, çocuklarının sağlık hizmetlerinden etkin bir şekilde yararlanabilmeleri için sağlık hizmetlerine erişiminin kolaylaştırılması önemlidir.

**Anahtar Kelimeler:** Kronik üveitli Çocuk, Ebeveyn deneyimi, Covid-19, Tıbbi sosyal hizmet.

## EXPERIENCES OF PARENTS WITH CHILDREN OF CHRONIC UVEITIS DISEASE RELATED TO COVID-19 PANDEMIC PROCESS

### Abstract

The aim of this research is to make visible the life experiences of parents with children having chronic uveitis disease during the Covid-19 Pandemic period regarding the disease status and treatment process. In this study, qualitative research design and the phenomenological approach was used. 15 parents of 10 children who were diagnosed with chronic uveitis disease and whose treatments are continuing in Ankara University Faculty of Medicine, Department of Ophthalmology, participated in the study. Socio-demographic information form and semi-structured interview form were used as data collection tools. Thematic analysis technique was used in the analysis of the data obtained within the scope of the study. MAXQDA qualitative analysis program was used in the analysis process. In the life experiences of parents during the Covid-19 Pandemic process, four main themes came to the fore: economic and psycho-social problems, the effect of the measures taken, and coping strategies. In this context, it is important to provide economic and psycho-social support to families and to facilitate their

\* Bu makale birinci yazarın doktora tez çalışması kapsamında yapılan başka bir araştırmadan üretilmiştir.

<sup>1</sup> Sosyal Çalışmacı, Niğde İl Sağlık Müdürlüğü, [shu.raufyanardag@gmail.com](mailto:shu.raufyanardag@gmail.com), ORCID: 0000-0002-5783-2137

<sup>2</sup> Prof.Dr., Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü, [yaseminozkan@hacettepe.edu.tr](mailto:yaseminozkan@hacettepe.edu.tr), ORCID: 0000-0002-2968-363X

<sup>3</sup> Prof.Dr., Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü Göz Hastalıkları Anabilim Dalı [nil.yalcindag@gmail.com](mailto:nil.yalcindag@gmail.com), ORCID: 0000-0002-8963-5146

children's access to health services so that they can benefit from health services effectively. In this context, it is important to provide economic and psycho-social support to families and to facilitate their children's access to health services so that they can benefit from health services effectively.

**Keywords:** *Child with Chronic Uveitis, Parental Experience, Covid-19, Medical Social Work.*

## 1. Giriş

Üveit<sup>4</sup>, iltihabın başlangıcı ve süresine göre insan yaşamının her döneminde görüldüğü gibi çocukluk döneminde de akut veya kronik olarak görülebilmektedir. Akut üveit, hastalığın süresinin 3 ay ve daha az süre ile sınırlı olduğu durumlardır. Kronik üveit ise, nadir görülen ancak potansiyel olarak görmeyi tehdit eden önemli bir süregelen hastalıktır (Goetz ve Rumsey, 2020; Smith, 2005; Abdwani, 2009).

Çocukluk çağı üveitleri, tüm üveit popülasyonunun % 5 ile 10'unu oluşturmaktadır. Çocukluk çağı üveitlerinin tedavisinde klinik görünümdeki varyasyonlar, kapsamlı göz muayenesindeki zorluklar, gecikmiş tanı, inflamasyonun yaşam kalitesi üzerindeki yükünün artması, sınırlı tedavi seçenekleri ve ambliyopi riski başlıca zorluklar vardır. Ayrıca kendi şikayetlerini fark edip dile getirmeleri yetişkinlere göre daha zor olan çocuklarda kronik üveit hastalığının olumsuz etkileri çok daha fazla olmaktadır. Bunlarla beraber, uzun süreli ve artan komplikasyon riskleri nedeniyle, çocukluk çağı üveitleri önemli oküler morbiditeye neden olabilir ve çocukluk çağındaki üveit vakalarının % 25 ile 33'ünde ciddi görme kaybı görülmektedir (Bisway, 2016). Kronik aşamadaki üveit hastalığı, uzun süreli bakım gerektiren hastalıklar grubundadır. Kronik rahatsızlıklara yönelik uzun süreli bakım ve tedavideki zorluklar, hasta ve ailesinin fiziksel ve zihinsel sağlığını olumsuz etkilerken, ortaya çıkan Covid-19 Pandemisi, bu hasta ve ebeveynlerini psiko-sosyal ve ekonomik açıdan daha derinden etkilemesi daha olasıdır.

Pandemi, tıbbi bir olgu olmanın yanında birey, aile ve toplumu önemli derecede etkileyen bir sorundur. Salgın ve benzeri felaketler, sağlık yönünden bir tehdit oluşturmasının yanında insanları ekonomik, sosyal ve psikolojik açıdan da olumsuz etkileyebilmektedir. Kaygı, panik, belirsizlik ve risk, bireysel, toplumsal ve evrensel anlamda olumsuz bir çerçeve oluşturmaktadır (Karataş, 2020). İnsan davranışı ve sosyal etkileşim, hastalığın etkisine bağlı olarak tedavi arayışı sürecinde, hem hastalar hem de ebeveynlerin yaşam kaliteleri üzerinde önemli bir rol oynamaktadır (Rivzi Jafree ve Nagi, 2020).

Özellikle nadir görülen veya kronik bir hastalığı olan birey ve ailesinin salgın endişesi ve akabinde uygulanan kısıtlamalar, bireylerin sağlık hizmetlerine ulaşamama, sağlık hizmetlerinden yararlanamama, bağışıklığın baskılanması, stres, panik ve benzeri sorunlar yaşama olasılığını artırmaktadır (Willner ve diğ., 2020). Bir

---

<sup>4</sup> Üveit, kelime anlamı olarak gözdeki uvea dokusunun iltihaplanmasıdır. Üveit görme azalmasına ve kaybına neden olabilen bir göz hastalığıdır. Üveit, gözde kızarıklık, ağrı, ışığa karşı hassasiyet, uçuşmalar, bulanık görme ve ciddi görme kaybı gibi belirtiler ile ortaya çıkmaktadır (Ballenger ve diğ., 2018). Fakat yetişkinlerden farklı olarak, birçok çocukluk çağı üveitlerinde gözde kızarıklık ve ağrı gibi belirtiler olmadan sinsi bir seyir olabilmektedir. Görme organı olan gözün iltihaplanması etkili bir şekilde tedavi edilmezse görme fonksiyonunun olumsuz etkilenmesi ile sonuçlanmaktadır (Chan ve diğ., 2018).

bireyin maruz kaldığı salgın hastalık, acı ve/ya psiko-sosyal sorunlar eş, ebeveyn, çocuk ve kardeş gibi çekirdek ailenin de yaşam koşullarını ve psiko-sosyal sağlığını etkilemektedir.

Ebeveynler, kronik üveit gibi süregelen bir hastalığı olan çocuğa sahip olmanın getirmiş olduğu psiko-sosyal ve ekonomik zorlukları deneyimlemenin yanı sıra, Covid-19 ile ilişkili fiziksel ve zihinsel sağlık yükünün de zorluklarını yaşayabilmektedirler. Bu nedenle, pandeminin ortaya çıkmasından önce psikolojik ve ekonomik sıkıntıların zaten var olduğu düşünüldüğünde bu ebeveynlerin belirli tepkilerini anlamak önemlidir (Evans ve diğ., 2020). Covid-19 pandemisi kronik veya nadir bir hastalığı olan çocuğa sahip ailelerin yaşamını, ilişkilerini, sağlık ve ekonomik durumunu olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Evans ve arkadaşlarının (2020) yaptıkları bir araştırmada; Covid-19 sırasında ebeveynlerin ve çocuklarının karşılaştığı en önemli stres faktörlerinin başında sahip oldukları işin kaybedilmesinin ve buna bağlı olarak çocuklarının sağlık durumunu olumsuz etkileyen genel refah durumunun kötüleşmesinin geldiği tespit edilmiştir. Yüksek işsizlik oranları ve ekonomik belirsizlik, sosyal destek yetersizliği, okulların kapanması, yeşil alan ve oyun alanları dahil olmak üzere birçok yerin kapanmasının tüm aile üyelerini olumsuz etkilediği bilinmektedir. İş ve aile sorumluluklarıyla başa çıkmanın aileleri stresli hale getirdiği ve çocuk ve ebeveyninin ruh sağlığı sorunlarına yol açtığı zaten bilinmektedir (Evans ve diğ., 2020).

Covid-19 salgın hastalığında kronik hastalığı olanların yüksek risk grubunda olduğu belirtilmiştir (Birinci ve Bulut, 2020). Dolayısıyla kronik üveit gibi bir hastalığı olan çocuğa bakım veren, onun ihtiyaçlarını karşılayan, sağlık profesyonelleri dışında onunla doğrudan iletişim halinde olan ebeveynler için, söz konusu risk durumunun daha da artması, yeni ihtiyaçların ortaya çıkması muhtemeldir. Çünkü ebeveynlerin kronik üveit hastalığı olan çocuğuna bakma, onun sağlık kontrollerini yerine getirme ve sosyal yaşamlarını kontrol etme sorumluluğu hali hazırda onların yaşamını zorlaştıran bir durum iken, bunun üstüne bir de covid-19 gibi salgın bir hastalığın ortaya çıkması, yeni ruhsal, ekonomik, kültürel, sosyal ve tıbbi sorunların yaşanmasına neden olmaktadır (Cantekin ve Arpacı, 2020). Bu durum, kronik üveit hastalığı olan çocuğa sahip ebeveynlerin Covid-19 pandemisi dönemindeki deneyimlerinin duygusal, psiko-sosyal ve ekonomik yönden değerlendirilmesini önemli kılmaktadır.

Salgının etkisi ve yayılım hızı devam ederken örselenmeye daha açık olan birey, aile, grup gibi dezavantajlı grupların sorunlarının fark edilmesi ve çözüm önerilerinin sunulması önemlidir. Bu nedenle kronik üveit gibi bir hastalıklı çocuğa sahip ebeveynlerinin pandemi sürecindeki deneyimleri ile ilgili araştırmaların tıbbi ve paramedikal yönlerle sınırlı kalmaması, bunun yanında psiko-sosyal, ekonomik, ulaşım, barınma sorunu ve eğitimsel gelişimini de kapsayan çalışmaların yapılması gerekmektedir. Sözü edilen sorunların incelenmesi, yeni ihtiyaçların belirlenmesi ve sosyal hizmet alanında etkin önerilerin sunulması için bu çalışma önemlidir. Covid-19 döneminde kronik üveit hastalıklı çocuğa sahip ebeveynlerin, deneyimlerini görünür kılınmasına ve daha da önemlisi doğrudan etkilenenlerin sesinin duyurulmasına ihtiyaç vardır.

Bu doğrultuda, fenomenolojik araştırmamızın temel amacı, kronik üveit hastalığı olan çocuğa sahip ebeveynlerin Covid-19 Pandemisi döneminde çocuklarının hastalık durumu ve tedavi sürecine ilişkin yaşam deneyimlerini ortaya koymaktır.

## 2. Yöntem

### 2.1. Araştırmanın Modeli

Bu araştırmada, nitel araştırma deseni kullanılmış olup, fenomenolojik yaklaşımdan yararlanılmıştır. Nitel araştırma, kişilerle derinlemesine görüşmeler gerçekleştirerek kişilerin yaşamış oldukları deneyimleri ve süreçleri görünür kılmak için kullanılmaktadır (Creswell, 2014). Bu yaklaşım, kronik üveit hastalıklı çocuğa sahip ebeveynlerin Covid-19 Pandemisi dönemindeki deneyimlerini görünür kılmak için şu sorulara cevap aramaya imkan sağlamaktadır.

1. Covid-19 Pandemisi, ebeveynlerin ve çocukların sağlık hizmetlerine erişimini nasıl etkilemiştir?
2. Çocukların sağlık durumu, Covid-19 Pandemisi sürecinden nasıl etkilenmiştir?
3. Bu süreç çocukların ve ebeveynlerin psiko-sosyal durumunu nasıl etkilemiştir?
4. Ailenin ekonomik durumu bu süreçten nasıl etkilenmiş ve bu etkilenme ebeveynlerin üveit hastalığı ile mücadelesinde ne tür sorunlara yol açmıştır?
5. Covid-19 Pandemisi sürecinde ebeveynlerin, hastalığın getirdikleri ile başa çıkma stratejileri nelerdir?

### 2.2. Veri Toplama Araçları

Nitel araştırmada, algıların ve olayların doğal ortamda gerçekçi ve bütüncül bir biçimde ortaya konmasına yönelik olarak gözlem, görüşme ve doküman incelemesi gibi nitel veri toplama araçları kullanılabilir (Patton, 2014). Araştırmamızın amaçlarına ulaşmak için veri toplama araçları olarak, demografik bilgi formu ve yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır. Bu soru formunda, araştırmacılar tarafından literatür taraması (Angeles-Han ve diğ., 2010; Ballenger ve diğ., 2018; Birinci ve Bulut, 2020; Darlington ve diğ., 2020; Evans ve diğ., 2020; Gomez Zuniga ve diğ., 2019; Karataş, 2020; Sen ve diğ., 2017; Tokatly Latzer ve diğ., 2020; Uzunçayır ve İlhan, 2020; Willner ve diğ., 2020) yapılarak geliştirilmiş bir ana ve beş adet alt soru bulunmaktadır.

Verilerin toplanması, araştırmacı tarafından hazırlanan açık uçlu sorular ve yarı yapılandırılmış görüşme formu ile gerekli yasal izinler ve katılımcıların onamları alındıktan sonra 8 katılımcı ile yüz yüze, 7 katılımcı ile de online görüşme şeklinde gerçekleştirilmiştir.

### 2.3. Araştırmanın Katılımcıları

Bu araştırmanın katılımcıları, kronik üveit hastalığı tanısı konulup, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalı'nda tedavisi devam eden çocukların ebeveynlerinden gönüllü olan kişilerdir. Araştırmada amaçlı örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Araştırmamızda genel anlamda veride yeterli doygunluğa ve niteliğe ulaşmak için yeterli sayıda olduğu düşünülen 10 çocuğun 15 gönüllü ebeveynine ulaşıp onlar ile 2021 yılı Şubat ayı içerisinde bireysel görüşmeler gerçekleştirilmiştir. 8 katılımcıyla Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalı'nda yüz yüze, 7 katılımcı ile de Covid-19 Pandemisi'nin bulaş riski ve yayılım hızının artmasından dolayı online olarak görüşülmüştür. Bu doğrultuda 2021 yılı Şubat ayı içerisinde, 18 yaşından küçük olup tedavisi devam eden kronik üveit hastalığı olan çocukların ebeveynlerine çalışmanın amacı ve kapsamından bahsedilmiştir.

Kronik üveit hastalığı olan çocuğa sahip ebeveynlerin bilgilerinin gizliliği açısından gerçek isimlerine yer verilmemiş, bunun yerine ebeveynlerin isimleri ağaç isimleriyle (Tablo 1) belirtilmiştir.

Tablo 1. Ebeveynlere Ait Sosyo-Demografik Bilgiler

Katılımcılar	Görüşülen Ebeveyn	Ebeveyn Medeni Durum	Ebeveyn Yaşı	Ebeveyn Eğitim Durumu	Ebeveyn Mesleği	Ebeveyn Sosyal Güvencesi	Ebeveyn Yaşadığı Yer	Ailenin Aylık Geliri	Çocuğun Yaşı	Çocuğun Tedavi Süresi
Ardıç	Baba	Evli	36	Lise	İşçi	SSK	Kent	Asgari Ücret	13	3 Yıl
Söğüt	Anne	Evli	36	Lise	Ev Hanımı	SSK	Kent	Asgari Ücret	13	3 Yıl
Ladin	Baba	Evli	38	Lise	İşçi	SSK	Kent	Asgari Ücretin 2 katı	11	8 Yıl
Çam	Anne	Evli	39	Önlisans	Ev Hanımı	SSK	Kent	Asgari Ücretin 2 katı	11	8 Yıl
Akasya	Anne	Boşanmış	46	Ortaokul	Ev Hanımı	Yok	Kent	Asgari Ücretin Altı	17	4 Yıl
Ihlamur	Anne	Evli	44	Lise	Ev Hanımı	Yok	Kent	Asgari Ücretin Altı	12	7 Yıl
Gökнар	Baba	Evli	49	Lise	İşsiz	Yok	Kent	Asgari Ücretin Altı	12	7 Yıl
Sedir	Baba	Evli	43	Doktora	Öğretmen	Emekli Sandığı	Kent	Asgari Ücretin 4 Katı	12	5 Yıl
Meşe	Anne	Evli	44	Doktora	Akademisyen	Emekli Sandığı	Kent	Asgari Ücretin 4 katı	12	5 Yıl
Servi	Baba	Evli	33	Lise	İşçi	SSK	Kır	Asgari Ücret	9	3 Yıl
Gürgen	Baba	Evli	45	Lise	Ev Hanımı	SSK	Kent	Asgari Ücret	12	7 Yıl
Çınar	Baba	Evli	37	Lise	İşçi	SSK	Kent	Asgari Ücret	10	9 Yıl
Kayın	Anne	Evli	31	Lise	Ev Hanımı	SSK	Kent	Asgari Ücret	10	9 Yıl
Kavak	Anne	Evli	47	İlkokul	Ev Hanımı	SSK	Kent	Asgari Ücret	15	10 Yıl
Sığla	Anne	Boşanmış	42	Lise	Memur	Emekli Sandığı	Kent	Asgari Ücret	12	4 Yıl

Yukarıdaki tabloda da belirtildiği gibi 8 anne ve 7 baba olmak üzere toplam 15 ebeveyn çalışmaya dahil edilmiştir. Katılımcı ebeveynlerin yaşları 31 ile 49 arasında değişmekte olup, yaş ortalaması 38'dir. 13'ü evli ve 2'si boşanmıştır, 7'si ev hanımı, 3'ü kamu personeli, 4'ü yoksulluk sınırının altında gelire sahip ve 1'i de işsizdir.

Katılımcı ebeveynlerin 10 çocuğunun yaşları 9 ile 15 arasında değişmekte olup yaş ortalaması 12'dir. Hastalık teşhisi kronik üveit olup hastalık süresi 3 ile 10 yıl arasında değişmektedir.

#### **2.4. Araştırmanın Etik Yönü**

Katılımcılara ulaşım ve alan çalışması için Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalı'ndan çalışma izni ve Hacettepe Üniversitesi Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden kişilere çalışmanın hakkında bilgi verilmiş, görüşmelerin ses kaydının yapılacağı ve gizlilik ilkesine uygun hareket edileceği açıklanmış ve onamları alınmıştır. Elde edilen dökümler ve ses kayıtlarının, tarafımızca saklı tutulacağı ve sadece çalışmanın içinde bilimsel amaçlarla kullanılacağı belirtilmiştir. Katılımcıların istediği anda araştırmadan hiçbir koşul belirtmeden ayrılabilceği ve bu konuda kendisine veya çocuğuna olumsuz dönecek herhangi bir durumun söz konusu olmayacağı ifade edilmiştir.

#### **2.5. Verilerin Analizi ve Yorumlanması**

Araştırma kapsamında katılımcılardan elde edilen veriler ve araştırmacının gözlem notları yazıya geçirildikten sonra, nitel veriler tematik analiz tekniği kullanılarak analiz edilmiştir. Yapılan görüşmelerden en uzun görüşme bir kadın ebeveyn ile 56 dk., en kısa görüşme ise bir erkek ebeveyn ile 28 dk. sürmüştür. 15 katılımcı ile yapılan görüşmelerin toplam süresi 540 dk. sürmüş olup, ortalama olarak her bir katılımcıyla yapılan görüşme 36 dk. sürmüştür.

Ses kayıtları deşifre edildikten sonra MAXQDA programına aktarılmıştır. Bu aşamadan sonra her bir katılımcıya ait kayıtların dökümü, ilk olarak, araştırma konusu ile ilgili anlamlı metin birimlerini tanımlamak için baştan sona dikkatlice okunarak genel bir kanaat elde edilmeye çalışılmıştır. Veriler satır, cümle ve paragraf kodlama prensibine uygun olarak kodlanmıştır.

Katılımcıların ifadelerinden hareketle kodlamalar yapılarak alt tema ve ana temalara ulaşılmıştır. Katılımcı kodları, oluşturulan temalara göre belirlenip, bulgular alıntılarla ve gözlem notlarıyla açıklanmıştır. Daha sonra da, aynı konuyla ilgili metin birimleri analitik kategoriler halinde gruplandırılmış ve geçici etiketler verilmiştir. Son olarak, her etiketi destekleyecek veri setlerinin tanımlandığından emin olmak için veriler gözden geçirilmiştir. Bu doğrultuda araştırma kapsamında aşağıdaki Şekil 1(Kelime Bulutu)'de de belirtildiği gibi kodlara, kodlardan da bulgular bölümünde anlatıldığı gibi alt temalara ve ana temalara ulaşılmıştır.





Katılımcılara, Covid-19 Pandemisinin ekonomik durumunuzu nasıl etkilediği ile ilgili soru yöneltildiğinde, neredeyse tamamında ekonomik sorunlarla ilişkili olarak gider artışı, gelir kaybı ve geçim sorunu yaşadıkları bulunmuştur.

### 3.1.1. Gider Artışı

Çalışmada katılımcıların anlatılarında, Covid-19 sürecinde, hastaneye gitmek için araba kiralama, yoğun beslenme gibi yeni ihtiyaçların ortaya çıkması, muayene ücretlerinin ve temel gıdalardaki fiyat artışlarına bağlı gider artışının olduğu ön plana çıkmıştır.

Söğüt pandemi dönemindeki pahalılıktan dolayı gider artışları olduğunu anlatmıştır: *“Pandemiden dolayı her şey çok pahalılaştı, maddi sıkıntılarımız çok oldu, giderlerimiz kat kat arttı”*.

Ardıç, pandemi döneminde hastaneye gitmek için otobüs bulamadıklarını, özel araç kiralamak zorunda kaldığını, bunun da belli bir gider artışına neden olduğunu anlatmıştır: *“Pandemi bizim için çok büyük bir maliyet, külfiyet oluyor. Mesela benim arabam yok, ama koronadan dolayı araba kiralayıp Ankara’ya gidiyoruz. Tabi böyle olunca zaten gelirimiz azaldı, bunun üstüne giderlerimiz arttı.”*

Pandemi döneminde işten çıkartılan kadın Akasya bu durumu, *“Yani pandemi maddi ihtiyaçlarımızı daha da artırıyor. Beni bayağı bi mağdur ediyor. Bir taraftan hem işsiz kaldım bir taraftan da hastanedeki muayene fiyatlarının artması bizi iyice mağdur ediyor.”* şeklinde ortaya koymuştur.

Bazı katılımcılar pandemi döneminde kamu kurumlarına ulaşmayınca özel sağlık kuruluşlarında tedavilerini devam ettiklerini, bunun da belir bir maliyete neden olduğunu ifade etmişlerdir.

Meşe: *“Özel hastaneye giderek, bağışıklığımızı güçlendirmek için gıdaya daha fazla harcama yaptık.”*, şeklinde, Sıgla: *“Bu tedavi giderleri, pandemiden dolayı özel hastaneye gittiğimiz için daha da arttı, ama bazen o parayı bulamıyorsun, borç eksik olmuyor.”* cümlesiyle ve Kavak: *“Giderlerimiz çok arttı, çünkü maddi imkanlarımızı zorlayarak özel hastaneye gitmek zorunda kaldık.”* şeklinde anlatmıştır.

### 3.1.2. Gelir Kaybı

Katılımcıların anlatımlarında, Covid-19 Pandemisi sürecinde işsizlik, gelirden azalma, işyerinin kapanması ve organik beslenme artışı gibi sorunlardan dolayı gelir kaybı yaşadıkları bulunmuştur.

Baba Ardıç, *“Pandemi döneminde aylarca bana yarım maaş yattı. Ve ben bu yarım maaşla evimi geçindirmeye çalıştım.”* cümlesiyle, İhlamur: *“Ekonomik anlamda çok zorlandık. Eşim korona yüzünden işinden oldu, şimdi işsiz, onun için hastaneye gidip gelmemiz zor oluyor, sigortamız iptal oldu. Yani maddi anlamda bu koronadan dolayı çok zorluk çektik. Parasızlık çok büyük sıkıntı, anlatamam Allah kimseye yaşatmasın.”* şeklinde ifade etmiştir. Köyde yaşayan erkek Servi de pandemi döneminde yaşadıkları gelir kaybını: *“Ben dokuz ay boyunca kovidden dolayı çalışamadım, işsiz kaldım.”* şeklinde ifade etmiştir.

Baba Sedir: *“Pandemi ekonomik durumumuzu olumlu yönde etkiledi diyebilirim. Çünkü normalde yaşadığımız sosyal hayatın belli bir ekonomik bedeli var. Pandemiye sosyal hayat diye bir şey kalmayınca, bu bedeli ödemiyorsunuz, hani biz kamu personeli olduğumuz için maaşlarımızda herhangi bir kesinti yaşanmadığı için bu para cebimizde kaldı.”*

Kamu personeli olan Sedir, pandemi döneminde gelir kaybı yaşamadığını, uygulanan sokağa çıkma kısıtlamalarından dolayı bazı harcamaları yapmadıklarını anlatarak diğer katılımcılardan ayrılmıştır.

### 3.1.3. Geçim Sorunu

Çalışmaya katılan 15 ebeveyn den kamu personeli olmayan 11 katılımcının anlatımında, Covid-19 Pandemisine bağlı olarak geçinememe, işsizlik, muayene ücretlerinin artışı, pahalılık gibi sorunlar ön plana çıkmıştır.

Covid-19 hastalığından dolayı babasını kaybeden, eşi işsiz kalan Söğüt, yaşadıkları geçim sıkıntısını *“Aşımız kapalıydı.”* metaforuyla, uzun süre hem konuşarak hem de yoğun bir duygulanım yaşayarak anlatmıştır.

*Söğüt: “Yani hepimiz alt üst olduk hocam, aşımız kapalıydı, eş dost da destek vermedi hani bu koronadan dolayı, bir de babam öldü, kimse arayıp sormadı, hani nerden bulcağız, nerden ne yapcağız diye. Hani eşim yarım aylık alıyor, kirayı ödesen evin harcı borcu, Ankara’ya nasıl gidip geleceğiz? Evde annem, üveitli çocuğumuz var, pazar harcımız bir yardan, evimizin taksitleri var, üveiti olan çocuğumuzun Ankara’ya kontrolleri var. Yani dedim insana hiç mi destek olunmaz, neden yardım etmiyorlar, yani nereye giden nerden destek alan, yok hocam yok. Yani bazen diyon yarabbim şurdan biri geçse de bi 50 TL verse, bi 100 TL uzatsa diyon, düşünün hocam o kadar çaresizdik yani. Yani hangi birini anlatsam hocam?, hepsi birbirini geçti. Yani inanır mısınız eve bir kilo zeytin bile alamadık hocam. Buz dolabında düşünün hocam zeytin yok, peynir yok, neredeyse elektriğimiz bile kesilecekti hocam yatıramadık, yok hırsızlık mı edelim?, Yok yatıramadık. Hocam inanır mısınız bebeğimizin bezlerini alamadık, yani en acı tuzu bile bulamadık hocam, borçlarımızla kavrula kavrula bugünlerimize geldik.”*

Katılımcıya *“Aşımız kapalıydı.”* kavramını neden kullandığı sorulduğunda, Anne Söğüt bu durumu *“O kadar çaresiz ve psikolojik olarak altüst olduk ki, yani hocam hiçbir şey yiyip içemedik.”* şeklinde açıklamıştır.

Baba Gökna r, pandemi döneminde işten çıkartıldığı için yaşadığı geçim sorununu şu şekilde anlatmıştır:

*“Pandemi sürecinde, ben işsiz kaldım, siz ne yiyorsunuz, ne içiyorsunuz, nerde yatıyorsunuz hiçbir yetkili, hiç kimse ne sordu ne yardım etti, yani çok yokluk yaşadık, ama faturalarımız tıkr tıkr geldi, zamlar tıkr tıkr yapıldı, ama işimize zam yapılmasını bırakın olandan da olduk. Hayat çok zor oldu yani. Bir taraftan işsizlik, üstüne her şeye zam yapıldı.”*

Eşinden boşanmış olup, pandemi döneminde işsiz kalan 46 yaşındaki Akasya, bir ebeveyn olarak çocuğuna karşı sorumluluklarını yerine getirmek için yaptığı fedakarlıkları şu şekilde ifade etmiştir:

*“Her şeye rağmen bazı şeylerden kısip o tedaviyi yapmak zorundayız. Her zaman ertelemek zorundayız bazı şeyleri, mesela su faturası beklesin, gaz faturası beklesin ama ben bu ilacı almak zorundayım. Ya da o an için tatlı yapacaksam şekerim yağım bilmem neyim beklesin, gezmeme tozmam beklesin, kıyafetin beklesin.”*

Köyde müstakil bir evde, geniş ailesi ve ikisinde kronik hastalık olmak üzere üç çocuğuyla birlikte yaşayan ve Covid-19 döneminde yarım maaş alan Baba Servi yaşadığı geçim sorununu, ailesinin sorumluluklarını omuzlarında yoğun bir şekilde hissedip, gözleri yaş dolarak ve kısık bir ses tonuyla anlatmıştır.

Servi: *“Asgari ücreti bile vermiyorlar, günü birlik çalışıp gününbirlik kazanan insanlarız öyle olunca bizim neyimize yetecek abi, nasıl geçindireceğim 3 tane çocuk, anne-baba, 2 kız kardeş, nasıl yetecek abi?”*

### **3.2. Psiko-sosyal Etkilere İlişkin Tema**

Katılımcılardan, Covid-19 Pandemisi sürecinde üveit hastalığı olan çocuğunun durumunu da dikkate alarak Covid-19 Pandemisinin kendisine ve ailesine dönük psikolojik ve sosyal yansımalarından genel olarak anlatılması istenmiştir. Kendilerine yöneltilen bu soruya verdikleri cevaplarda, Covid-19 döneminde özellikle üveit hastalığı olan çocuğa Covid-19’un bulaşma kaygısı başta olmak üzere, çaresizlik, salgın kapsamında alınan bireysel ve kamusal tedbirlerin etkisi alt temalar olarak ön plana çıkmıştır.

#### **3.2.1. Covid-19 Hastalığının Çocuğa Bulaşma Kaygısı**

Ebeveynler, Covid-19 ile beraber çocuğunun hastalığının ilerlemesine bağlı olarak yoğun bir şekilde kaygı ve tedirginlik yaşadıklarını dile getirmişlerdir. Çoğu katılımcılar bu durumu “tedirginlik”, “psikolojimiz bozuldu”, “fiziksel izolasyon”, “eve kapanma”, “çocuğumuz korona olmasın”, “ya çocuğumda üveit tekrar ederse”, “sürekli çocuğu kontrol etme” gibi ifadelerle dile getirmişlerdir. Bu durumu Baba Ladin, pandemi sürecinde çocuğuna Covid-19’un bulaşma ihtimalinden dolayı yaşadığı psikolojik sorunları şu cümlelerle ifade etmiştir:

*“Üveit hastaları ağır ve bağışıklık sistemini baskılayan ilaçlar kullanıyorlar, o yüzden koviddan gerçekten kötü etkilenebilirler, hani bunları bildiğimiz için çok daha fazla korkuyorduk. Çok kötü etkiledi, daha da psikolojimiz bozuldu. Çocuğumun hastalığı tedavisi, kontrolleri nasıl olacak, kovid ona bulaşırsa nasıl olacak diye, ben kendim pandemide depresyona girdim yani, pandemide sigaraya başladım.”*

Katılımcılardan Çam, çocuğuna Covid-19’un bulaşmaması için uyguladıkları yoğun izolasyon sürecini bir cezaevine benzeterek: *“Korkularımızdan dışarı çıkamadık, ya çocuğumuz korona olursa diye çok korkularımız oldu, eve kapandık, yani kapalı cezaevi gibi.”* anlatmıştır.

Diğer bazı katılımcılar da yaşadıkları endişe ve uyguladıkları yoğun tedbirleri şu şekilde ifade etmişlerdir:

Anne Meşe: *“Bir kere psikolojimizi çok bozdu, ailecek çok korttuk, kovidin çocuğumuza bulaş riskinden dolayı, endişelerimiz en azından böyle bir hastalığı olmayan ailelere göre daha çok arttı, yani bizdeki sorun,*

*biz üveitli çocuğumuzdan dolayı biz çok izole yaşıyoruz, biz diğer insanlar gibi değiliz, hatta çok korunduğumuz için herkes bize korkak diyor.”*

Kayın: *“Yani bu ilaçların yan etkileri öyle çok var ki, bu pandemide hani çocuğun bağışıklığını düşürecek diye, onları düşünmek hani uyutmuyordu geceleri açıkçası.”*

Kronik hastalıklı bir çocuğa sahip olmak, ebeveynlerde Covid-19'un bulaşma kaygısının daha derinden yaşanmasına ve daha fazla fiziksel tedbirler almaya yönelttiği bulunmuştur.

### 3.2.2. Çaresizlik

Ebeveynler hem kendi durumlarına hem de kronik üveit hastalığı olan çocuğunun durumuna bağlı olarak pandemi döneminde yaşamış oldukları çaresizliği *“Bazen insanın kolu kanadı kırılıyor.”*, *“gelenek baskısı”*, *“Hastaneye gitsen bir türlü, gitmezsen bir türlü.”*, *“bazen yetmiyor...”* gibi ifadelerle anlatmıştır.

Tedavisinde kullanılan ilaçların bir taraftan olumlu etki yaparken, diğer taraftan çocuğun bağışıklık sistemini zayıflatarak Covid-19 hastalığından olumsuz etkilenmeye daha açık hale getirdiğine dair yaşadığı çaresizliği Anne Akasya gözlerinden yaş akarak ve duygu yüklü bir ses tonuyla: *“Üveitte kullanılan ilaçlar çok ağır ilaçlar olduğu için bağışıklığını da düşüren ilaçlar. Onun için bu koronada ilaçları kullansan bir dert kullanmazsan bir dert yani. Ne bileyim ya çocuk olunca zor oluyor, hani bazen insanın kolu kanadı kırılır da böyle çaresiz kalmış gibi oluyor insan.”* şeklinde açıklamıştır.

Baba İhlamur yaşadığı çaresizliğin daha iyi anlaşılması için kendisiyle empati kurulmasını istediğini şu şekilde dile getirmiştir: *“Ben işsiz kaldım, siz ne yiyorsunuz, ne içiyorsunuz, nerde yatıyorsunuz hiçbir yetkili ne sordu ne yardım etti. Yani ben işimi kaybettim, bir babanın hasta olan bir çocuğunun ihtiyacını karşılayamamaktaki düştüğü durumu, o çaresizliği düşünsenize?”*

Bir taraftan iki çocuğunda da kronik hastalık olan, öbür taraftan bunun üstüne ekstra bir de pandemi döneminde işsiz kalan 33 yaşındaki Baba Servi yaşadığı çaresizliği *“...tuzu biberi oldu.”* deyişiyle: *“Abi hem 2 kronik hastalığı olan çocuk, hem işsizlik olup çocukları özel hastaneye götüremeyince bizde psikoloji diye bir şey kalmadı aslında. Biz zaten devamlı hastanelerle etkileşim halindeyiz, bir de bu kovid çıkınca nasıl diyeyim tuzu biberi oldu.”* cümleleriyle dile getirmiştir.

Kendisine Covid teşhisi konulduğunu ve çok ağır atlattığını belirten ve çocuğuyla birlikte yaşayan bir kadın katılımcı Sığla ise duygulanım yaşayarak yaşadığı yalnızlığı: *“Yani orada ölsem kimsenin haberi olmayacak, siz yalnızsınız, mesela eşiyile birlikte aynı evde kovid geçirenler oldu, birbirlerine destek oldular, hem psikoloji olarak hem yardım etme konusunda, yani bir suyunu bile alacak halim olmuyordu.”* şeklinde ifade etmiştir.

### 3.2.3. Alınan Tedbirlerin Etkisi

Pandemi sürecinde kamunun almış olduğu tedbirlerin kendisinde yaratmış olduğu psikolojik etkiyi Baba Ardiç *“Mesela belediye hoparlörlerinden, camilerden sık sık anonslar yapıldı, sokağa çıkmayın, işte oraya gitmeyin buraya gitmeyin, diye. Zaten her yerde korona konuşuluyordu, hayatımızın her yerinde var, kronik hastalığı olan bir çocuğunuz var, bu anonslar daha çok kuşkumuzu artırdı.”* şeklinde anlatmıştır.

Covid-19’dan dolayı babasını kaybeden ve eşi de yarım maaş almak zorunda kalan Anne Söğüt alınan tedbirlerin kendisinde yaratmış olduğu etkileri üzüntülü bir ses tonuyla şu cümlelerle paylaşmıştır:

*“Taziye zaten yasaktı hocam, devamlı sivil polis, sağlıkçı, bir tane de başka biri, üç kişi iki güne bi, bir güne bir üç kişi üç kişi gelip kontrol ediyordu, bunaldım, kafam attı hocam, gelip durmayın dedim, bak geliyorsunuz dedim, zaten kimse taziyeye gelmiyor. Bir gün kafam iyice attı yaw siz iki güne bir, bir güne bir ne arayıp duruyorsunuz, benim zaten psikolojim iyice bozuk, niye ısrar edip duruyorsunuz dedim.”*

Anne İhlamur, okulların kapanmasından dolayı çocuğunun yaşadığı mağduriyeti: *“Bu sağlık sorunlarının yanında, okula gidememesi de bizleri, onu çok yıpratıyor. Çünkü okula gitmeyi çok istiyor, okulu çok seviyor, ama okullar kapalı olduğu için gidemiyor. Bir de bu pandemi de hastaneye gidemeyince hastalığı ilerledi, gidince 5 gün yatarak tedavi almak zorunda kaldık, orda internetten bile derslerine giremedi. Yani çocuk canlı derse girecek telefonumuzdaki internet bitti, öyle olunca tabi daha çok üzüyor, derslerinden geri kalıyor.”* şeklinde ifade etmiştir.

Servi, alınan tedbirlerin kendisini ve ailesini ekonomik ve psikolojik olarak olumsuz etkilediğini: *“Pandemide çocuğa korona bulaşırsa veya gözü kötü olursa ne yapacağız diye çok korktuk, hani hastaneye götürmek için otobüs yok, heryer kapalı, şehirler arası otobüs yok, araba kiralamak zor, hani zaten koronadan dolayı işten çıkarmışlar, para yok. Bir de mesela dışarıda bir dolaşayım, bir yerde oturayım nefesleneyim dersen öyle bir yer yok yani. Hani ev desen eve de tıklıyon, çocuklar yani zaten hani düşün dışarıya hiçbir yere çıkamıyon.”* cümleleriyle anlatmıştır.

Baba Sedir: *“Korona ile ilgili yapılan haberler, açıklamalar, yayınlar genellikle belli bir hastalığı veya kronik hastalığı olanlarda kovid daha ağır geçiyor veya ölümcül olabiliyor şeklindeydi. Bu da, hani evde kronik hastalığı olan bir çocuğun olması, kovidin de ne kadar çok bulaşıcı ve ölümcül bir etkisinin olduğunun bilincinde olmamız bizi daha da endişeye soktu.”*

Pandemiyi kontrol altına almak için uygulanan tedbirler, ailelerin çocuklarının sağlık durumuyla ilgili olarak kaygı ve stres düzeyleri arttırmış, bazı ebeveynlerin işsiz kalmalarına, çocukların eğitimden geri kalmasına, sağlık durumunun kötüleşmesine, eve kapanmalarına neden olmuştur.

### 3.3. Sağlık Durumlarına İlişkin Tema

Katılımcılara Covid-19 pandemisi döneminde sağlık hizmetlerine erişim ve çocuğunun sağlık durumuyla ilgili neler paylaşmak istersiniz diye soru sorduğumda, sağlık hizmetlerine erişememe ve çocuğunun fazladan kilo aldığı cevapları ön plana çıkmıştır. Ebeveynler, Covid-19 salgınından dolayı randevularının iptal edilmesi, randevu alamama gibi nedenlerden dolayı sağlık hizmetlerine ulaşmada yaşadıkları sorunları dile getirmişlerdir. Ayrıca fiziksel izolasyon ve yoğun beslenmeye bağlı olarak çocuklarının fazladan kilo aldıklarını belirtmişlerdir.

#### 3.3.1. Sağlık Hizmetlerine Ulaşamama Durumu

Randevuların ertelenmesi, randevuların iptal edilmesi, yaşanan sokağa çıkma kısıtlamalarından dolayı hemen hemen tüm katılımcılar pandemi sürecinde sağlık hizmetlerine ulaşmada bazı problemler yaşadıklarını şu şekilde dile getirmişlerdir. Örneğin katılımcılardan ev hanımı Anne Gürgen: *“Çünkü ilk zamanlar hastaneler uzun süre doğru dürüst hiç hasta alınmadı, şehirler arası yasaklar oldu.”* şeklinde, İhlamur ise, *“Hani hastanede bazı randevularımız ertelenince hani nasıl gidiyor bilmiyorduk, yani atak geçirmesinden korktuk. Sağlık hizmetlerine erişme sıkıntılarımız oldu.”* ifadesiyle dile getirmiştir.

Pandemi döneminde sağlık hizmetlerine ulaşamama durumunu Baba Çınar: *“Bu pandemi sürecinde kontrolümüz vardı götüremedik hocam, randevu alamadık.”* şeklinde, Çam ise: *“Yani tedavilerimiz aksadı. Bir ara mesela hastanede klinik tamamen kapandı, randevu verilmedi, kovidde şehirlerarası yasaklar, sokağa çıkma kısıtlamaları, otobüs bulamama.”* cümleleriyle dile getirmiştir. Bir kızında kronik üveit, diğer kızında da Akdeniz Ateşi hastalığı olan, pandemi döneminde de işsiz kalan Anne Akasya bu durumu: *“Zaten bu virüs ilk çıktığı zaman randevularımız iptal edildi, bizi almadılar, ona biz baya bi üzülmüştük. Sonra bir süre randevu alamadık, vermediler yani. Böyle olunca tabi endişelerimiz arttı. Yani atak geçirmesinden çok korktuk”* şeklinde anlatmıştır.

#### 3.3.2. Çocuğun Fazladan Kilo Alımı

Katılımcılardan çoğu çocuğunun pandemi sürecinde yaşadığı hareketsizlik, yoğun beslenmeye bağlı olarak fazladan kilo aldığını dile getirmiştir. Örneğin katılımcılardan Baba Sedir: *“Çocuğumuz bu pandemi sürecinde fazla kilo aldı.”* şeklinde açıklarken, Anne Kavak bu durumu, *“Çok beslenmesini istedik, hani bağıışıklığı güçlensin diye, o da demirini eksiltmiş, çok kilo aldı.”* şeklinde ifade etmiştir.

Katılımcılardan Anne Çam: *“Bir de çocuğum hani korona bulaşırsa çok etkilemesin diye çok yiyor, evden hiç dışarı çıkmıyor, öyle olunca bu pandemide çok kilo aldı.”* cümlesiyle, Anne Meşe de *“Hani bağıışıklığı güçlensin diye çok beslenmesine dikkat ettik, ama bu sefer de çok kilo aldı.”* şeklinde belirtmiştir.

Anne Sığla pandemi döneminde çocuğunun fazla yemek yeme ve fiziksel izolasyondan dolayı hareketsiz kalmasına bağlı olarak fazladan kilo aldığını şu şekilde ifade etmiştir:

*“Yani hocam pandemiden önce zorla yemek verirdim, o kadar zayıftı ki kaburgaları böyle sayılıyordu, ama bu pandemide okulların da kapanmasıyla çocuk istediği saatte yatıyor, istediği saatte kalkıyor, yani çok yemek yiyor, habire acıktım diyor, e haliyle hareketsiz de kalıyor ondan dolayı çok kilo aldı yani.”*

### **3.4. Başetme Stratejilerine İlişkin Tema**

Ebeveynlere Covid-19 pandemisi sürecinde kronik üveit hastalığı olan çocuğunun sağlık durumu ve kendi durumlarıyla ilgili sorunların üstesinden gelmek için ne tür baş etme stratejileri kullandıkları sorulmuştur. Katılımcıların anlatılarında kadere sığınma, çocuğa fiziksel kısıtlama uygulama, özel sağlık hizmetlerine yönelme ve aile içi sosyal destek olmak üzere dört alt tema ön plana çıkmıştır.

#### **3.4.1. Kaderci İnanış**

Katılımcılar yaşadıkları zorlukların üstesinden gelmek için başvurduğu kadere sığınma stratejileri arasında, *“kader”, “Allah büyüktür”, “nasip”, “şükür”, “dua”* gibi kavramlar öne çıkmıştır. Örneğin psiko-sosyal anlamda yaşadığı zorluklara rağmen daha kötü insanları gördükçe de haline şükrettiğini belirten Anne İhlamur: *“Hem psikolojikmen hem bedenen çok yorulduk ya. Ne bileyim ya işte yine de hastanede daha kötülerini görünce şükrediyoruz. Yani herkesin imtihanı farklı farklı işte.”* şeklinde belirtirken, Baba Ardiç: *“Tamam bazen sıkıştığımız oluyor yalan değil, ama Allah’a şükür, Allah denk getirip gidiyor hocam. Ama bir saatten sonra da hakimiyet bizden çıkıyor, yani nasipte ne varsa ona dönüyor artık.”* şeklinde anlatmıştır.

İki çocuğunda da kronik hastalık olduğunu ve bunun üzerine bir de pandemiden dolayı işsiz kaldığını belirten 33 yaşındaki Baba Servi: *“Bir yerden sonra da kader kısmet diyecek yapacak bir şey yok.”* şeklinde, Anne Kavak ise duygu yüklü bir ses tonuyla yaşadıklarını: *“Hani biz tedbirlerimizi alalım, olursa da bu bize Allahtan gelir, nasibimizde varsa göreceğiz, inşallah iyi olacak diyordum, çok dua ediyordum, müslümanın silahı dua derler ya, bizim de öyle elimizden o geliyordu.”* şeklinde belirtmiştir.

#### **3.4.2. Özel Sağlık Hizmetlerine Yöneliş**

Covid-19 pandemisinde devlet hastanelerinde randevuların ertelenmesi, bazı durumlarda acil hasta dışında hasta kabul etmeme gibi sınırlamalardan dolayı bazı ebeveynler özel sağlık hizmetlerinden yararlanarak hem çocuğunun tedavisini aksatmamış, hem de hastalığın bulaş riskini en az seviyeye indirmiş olduğunu belirtmiştir. Örneğin Baba Ardiç, pandemi döneminde gelir kaybı yaşamasına rağmen çocuğunun tedavilerini aksatmamak için özel hastaneye gittiğini: *“Maddi imkanlarımızı zorlayarak özel hastaneye gittik, en azından için rahat oluyor, fazla yoğunluk olmuyor.”* cümlesiyle anlatmıştır.

Anne Meşe pandemi döneminde özel sağlık hizmetlerine yöneldiğini: *“Ekonomik durumumuz iyi olduğu için şimdi devlette kısıtlamalar getirildi, orada çalışanlar çok risk almadı, öyle olunca özel sağlık hizmetlerine yöneldik tabii.”* cümlesiyle, Baba Çınar: *“Bir aile dostumuz doktor vardı, onun özel polikliniğine gittik.”*

şeklinde, Anne Sığla: *“Pandemiden dolayı devlet hastanesinde randevu alamayınca her şeyi göze alarak özel hastaneye gittim.”* şeklinde ifade etmiştir.

Pandemi döneminde işsiz kalan Baba Servi, maddi yetersizlikten dolayı da özel hastaneye gidemediğini: *“Yani randevularımız iptal edildi, uzun süre randevu alamadık, ama hani işsiz de kaldığım için özel hastaneye gidemedik.”* cümlesiyle anlatarak diğer katılımcılardan ayrılmıştır.

### 3.4.3. Aile İçi Sosyal Desteğin Artması

Aileler pandemi sürecinde ekonomik, psikolojik ve sosyal açıdan birçok problem yaşamalarına rağmen özellikle ortak varlığı olan çocuğunun sağlığı başta olmak üzere kendileri için de birbirlerine destek oldukları, sorumlukları paylaştıkları, birbirlerine karşı daha duyarlı tutum ve davranış içerisinde oldukları bulunmuştur. Örneğin Baba Ardiç: *“Eşim beni teselli ediyor, hani ben onu teselli ediyorum hocam.”* şeklinde açıklamıştır.

Geniş ailesiyle birlikte köyde yaşayan Servi: *“Yani ben çoğu zaman İstanbul’a çalışmaya gidiyorum, gitmek zorundayım yani, o durumlarda eşim, annem, babam ve 2 kız kardeşim ilgileniyor Allah razı olsun, öyle yani.”* şeklinde dile getirmiştir. Eski eşinden boşanmış olan Anne Sığla, kendisine Covid-19 teşhisi konulduğu durumda, abisinin kendisine sağladığı desteği: *“Ben kendim kovid geçirdim hem de çok ağır geçirdim. Ben kovid geçirdiğimde çocuğumu abime bıraktım, sağolsun onlarda kaldı, onlar baktı.”* şeklinde anlatmıştır.

Covid-19’dan dolayı babası vefat eden Söğüt, bu süreçte eşinden gördüğü psiko-sosyal desteği, *“Psikolojimiz bozuldu, eşim hepimize destek oldu hocam, akşam işten eve geliyordu bu sefer bizi teselli ediyordu, bana destek oluyordu, eğer bu destek de olmasaydı bilmiyorum ben psikojikmen haplara bağılardım.”* şeklinde ifade etmiştir.

### 3.4.4. Yoğun Tedbir

Çalışmaya katılan tüm ebeveynler Covid-19 hastalığının kronik üveit hastalığı olan çocuğuna bulaşmaması için yoğun bir şekilde fiziksel izolasyon uyguladıklarını şu şekilde ortaya koymuştur:

Baba Ladin: *“Yani çok fazla esirgedik, yani bir kovid durumunda daha ağır durumlarla karşılaşmamak için çok tedbir aldık.”* cümlesiyle açıklarken, Çam: *“Biz bir alışverişe bile gitmeye gitmedik, çok acil olmadığı sürece ihtiyaçlarımızı erteledik, olmazsa da olur dedik, internetten alışverişe yöneldik.”* cümlesiyle anlatmıştır.

Bu durumu katılımcılardan İhlamur: *“Ne kadar korkularımız, endişelerimiz artsa da tedbirlerimizi aldık.”* şeklinde, Baba Gökmar: *“Çocuğumuzu çok korumaya çalıştık.”* kelimeleriyle, Anne Meşe: *“Hiç evden dışarı çıkmadık, hele çocuğumuzun hiç çıkmasını izin vermiyorduk, hiçbir şekilde yani. Yani bayağı korunaklı yaşadık.”* şeklinde, Baba Çınar: *“Çocuğu bu salgından uzak tutmak için elimizden geleni yapıyoruz hani.”* şeklinde paylaşmıştır.



Gürgen, eşinde kalp hastalığının, kızında da kronik üveit hastalığının olması, kendilerini daha yoğun fiziksel tedbirler almaya yönelttiğini: *“Hem eşimin hem de çocuğumun hastalığından dolayı, yani onların hastalığı var diye çok tedbir aldık.”* şeklinde ifade etmiştir.

Baba Sedir, pandemi sürecinde uyguladıkları yoğun fiziksel izolasyon tedbiri konusunda diğer katılımcılar ile birleşirken, özellikle doğal beslenme ve komik videolar izleme gibi başatme mekanizmalarını şu cümlelerle ifade ederek diğer katılımcılardan ayrılmıştır:

*“Çevremizdeki birçok insanın tepkilerini de göze alarak, geleneklerimizi de göz ardı ederek, daha fazla tedbir aldık, sağlıklı doğal beslendik. Dışarıdan gıdaya muhtaç olmamak için, kendi yetiştirdiğimiz doğal ürünlerimizi mevsiminde toplamak, depolamak ve kışın tüketmek için fazladan buzdolabı aldık mesela kovid döneminde, bu pandemide ruh sağlığımızı korumak için evde komedi filimleri, komik programlar izliyoruz.”*

Ebeveynlerin zorlayıcı etkileşim örüntülerinde ve ortaya çıkan yeni gereksinimlerle başatme yöntemleri noktasında ortak kanaat oluştuğu bulgusuna ulaşılmıştır. Ebeveynler, ekonomik sorunlar ve hastalığın bulaş kaygısına bağlı psiko-sosyal sorunlar ve sağlık hizmetlerine erişme güçlüğü sorunlarını birbirleriyle ilişkilendirmişlerdir. Söz konusu sorunların, Covid-19 etkisi ve üveit hastası olan çocuğunun sağlık sorunlarıyla ilişkili olduğu düşünülmektedir. Başatme mekanizmalarında, aile içinde sorumlulukları paylaşma, daha fazla fiziksel izolasyon uygulama, alternatif olarak özel sağlık kuruluşlarına başvurma ön plana çıkarken, çoğu zaman da kadere sığınarak yaşamda dengeyi ve bütünlüğü korumaya çalışmışlardır.

#### 4. Tartışma

Nitel desende kurgulanan ve fenomenolojik yaklaşım ile gerçekleştirilen bu araştırmada, kronik üveit hastalığı olan çocuğa sahip ebeveynlerin Covid-19 pandemisi sürecinde psiko-sosyal, ekonomik ve çocuklarının sağlık durumları ile ilgili yaşadıkları durumlar kendi deneyimleriyle ortaya konulmaya çalışılmıştır. Ebeveynler, Covid-19 ile ilişkili olarak bir taraftan kendi fiziksel ve zihinsel sağlık sorunlarıyla başa kalırken, diğer taraftan da kronik üveit gibi süregelen bir hastalığı olan çocuğa sahip olmanın getirmiş olduğu psiko-sosyal, ekonomik zorluklar başta olmak üzere birçok sorunla karşı karşıya gelmişlerdir. Bu nedenle, pandeminin ortaya çıkmasından önce ebeveynler için zaten psikolojik ve ekonomik sıkıntıların var olduğu düşünüldüğünde, bu zorlukların üstüne bir de Covid-19 hastalığının ortaya çıkması, bir katılımcının bu durumu *“...tuzu biberi oldu.”* deyiimiyle dile getirmesi, yaşananların anlaşılması açısından son derece önemlidir.

Bir çocuğa kronik bir hastalık teşhisinin konulması, bir de pandeminin yaratmış olduğu sorunlar, hasta olan çocuğun kendisi ve aile içerisindeki diğer bireylerin sağlık durumunu etkileyebilecek ve yaşam kalitesini engelleyebilecek bir durumdur. Daha öncelikli gruplar arasında yer alan kronik hastalığı olan çocuk olunca, hem aile bir bütün olarak psiko-sosyal ve ekonomik yönden daha çok etkilenmekte hem de hastalıktan etkilenen aile bireylerinin sayısı artmaktadır (Kara, 2020). Bu sorunlarla başatme ve yeni yaşam dönemlerine

alışma süreçlerinde başta sosyal hizmet mesleği olmak üzere birçok disipline sorumluluklar düşmektedir (Özbesler, 2001).

Kronik hastalığı olan bireyin çocuk olması ve pandeminin etkilerine bağlı olarak tıbbi sosyal hizmet alanında çalışan uzmanların, çocukluk çağı üveitlerinin hem hasta çocuk hem de ailesi üzerinde yaratmış olduğu sorunların kapsamı hakkında yeterli bilgi ve deneyime sahip olması gerekir. Ailelere psiko-sosyal ve ekonomik desteğin en kısa sürede sağlanarak ihtiyaçlarının karşılanması, kaynaklarla buluşturulmaları, uygun hizmetlere yönlendirmeleri gerekir. İhtiyaçların hiç olmadığı kadar arttığı Covid-19 döneminde, sosyal hizmet örgütlerinde çalışanların dezavantajlı bireylerin ihtiyaçlarının etkin bir şekilde ve zamanında karşılanması gerekir (Birinci ve Bulut, 2020).

Covid-19 pandemisi döneminde dezavantajlı gruplarla ilgili birçok araştırma yapılmıştır (Birinci ve Bulut, 2020; Evans ve diğ., 2020; Rivzi Jafree ve Nagi, 2020; Uğraş Dikmen ve diğ., 2020; Sun ve diğ., 2020; Willner ve diğ., 2020). Bunların dışında yapılan bazı araştırmalar aşağıda verilmiştir.

Tokatly Latzer Leitner ve Karnieli-Miller (2020) Covid-19 pandemisi sürecinde otizmlili çocukların sorunlarını, ebeveynlerinin deneyimleri üzerinden yaptıkları bir araştırmada, ebeveynlerin endişeleri, zorluklar, eve kapanmanın psikolojik ve sosyal davranışlara etkisi, başetme mekanizmaları temalarını tanımlamışlardır (Tokatly Latzer Leitner ve Karnieli-Miller, 2020). Bu çalışmayla karşılaştırıldığında tepki ve endişeler, başetme stratejileri benzerlik göstermektedir. Bu çalışmada farklı olarak ebeveynlerin yaşadıkları ekonomik zorluklar ve başetme stratejileri arasında özel sağlık hizmetlerine yönelme ve tinsel süreçlerin yaşanması ile ilgili temalar ön plana çıkmıştır. Çünkü kronik üveit hastalığı olan çocuğa sahip 15 ebeveynin 11'inin aylık geliri asgari ücret veya daha altı olduğu için, pandemi döneminde yaşadıkları gelir kaybı onların yaşamları üzerinde daha fazla olumsuzluğa neden olmuştur.

Uzunçayır ve İlhan (2020), Covid-19 pandemisi döneminde özel gereksinimli olan çocukların fiziksel aktivite ihtiyaçlarını, ebeveynlerinin görüşleri üzerinden yaptıkları bir nitel araştırmada, pandemi döneminde ihtiyaçlar ve zorlanmalar, fiziksel kısıtlama, ruhsal gelişim, zihinsel gelişim, pandemi döneminde ebeveyn-çocuk etkileşimi gibi kategoriler ortaya koymuşlardır (Uzunçayır ve İlhan, 2020). Bu çalışmada da pandemi döneminde çocuk-ebeveyn etkileşimi, ihtiyaçlar ve zorluklarla ilgili temalara ulaşılmıştır. Her iki çalışma arasında psiko-sosyal ve ekonomik zorluklar ve çocuğa yoğun fiziksel tedbir uygulama ve sosyal destek sağlama gibi benzerliklerin olduğu görülmüştür.

E.Darlington ve arkadaşları (2020), kanserli çocukların Covid-19 dönemindeki durumunu, yine ebeveynlerin deneyimleri, kaygıları ve destek ihtiyaçlarına başvurarak nitel bir araştırma yapmışlardır. Yaptıkları çalışmada ebeveynlerde endişe ve kaygı, çocukta hastalığın ilerlemesi, sağlık hizmetinin sağlanması, ekonomik zorluk, psiko-sosyal etki, eve kapanma gibi temalar bulunmuştur (E.Darlington ve diğ.,2020). Bu çalışma ile karşılaştırıldığında psiko-sosyal sorunlar, ekonomik zorluklar ve ihtiyaçlar temaları arasında çok güçlü benzerlikler ortaya çıkmıştır.

Dezavantajlı gruplarla yapılan bazı çalışmalarda (Birinci ve Bulut, 2020; Kara,2020; Ünal ve Gülseren, 2020) da Covid-19 pandemisi döneminde ailelerde psiko-sosyal, geçim sıkıntısı gibi problemlerin arttığı bulunmuştur. Bu çalışmada da, kronik üveit hastalığı olan çocuğa sahip ebeveynlerin pandemi döneminde çocuğunun kronik hastalığının olmasından dolayı Covid-19 olma endişesini daha yoğun yaşadıkları sonucu ortaya çıkmıştır. Ekonomik anlamda da gelir kaybı, işsiz kalma, özel sağlık hizmetlerine yönelme ve hastalığın bulaş riskinden dolayı toplu taşıma araçları yerine özel araçlarla tedavi merkezlerine gitme gibi nedenlerden dolayı giderde artış sorunları yaşadıkları ortaya çıkmıştır. Bu sorunlara rağmen ailede kronik hastalığı olan bir çocuğun olması ebeveyn desteğinin önemli olduğu, ailelerin ekonomik, psikolojik ve sosyal açıdan problem yaşamalarına rağmen çocuğu için birbirlerine destek olmaya, yoksulluk problemiyle karşı karşıya kalmalarına rağmen bazı fedakarlıklar yaparak en temel düzeyde geçimlerini sağlamaya çalıştıkları ortaya çıkmıştır. Çünkü hem medyada hem de yapılan çalışmalarda pandeminin kronik hastalığı olan bireyleri daha kötü etkileyebileceğinin belirtilmesi (Willner ve diğ., 2020), bir taraftan ebeveynlerde aşırı endişe yaratırken ve yoğun fiziksel izolasyon uygulamaya yöneltirken, diğer taraftan da ebeveynlerin bu konuda ortak varlığı olan çocuğun sağlığı için birbirlerine karşı daha duyarlı olmaya, birbirlerine destek sağlamaya ve fedakarlık göstermeye, tinsel süreçleri yoğun olarak yaşamaya sevk etmiştir. Tinsel süreçler, yapılan bazı araştırmalarda da (Rowe ve Allen, 2004; Tuncay, 2007; Young, 1993) yaşamı zorlayan hastalıklarla baş etmede önemli bir yöntem olduğu belirtilmiştir.

Covid-19 salgını, hemen hemen toplumun her kesiminde işsizliğe, refah kaybına neden olmakla birlikte, bazı risk grupları üzerinde daha fazla etkiye neden olmuştur (Demir ve Esen, 2021; Kara, 2020). Bu gruplardan biri de birlikte bir risk kümesi oluşturan, birçok sorun ile karşı karşıya kalan kronik üveit hastalıklı çocuklar ve aileleridir. Bu ailelerin karşılaştığı en önemli sorunların başında işsizlik, gelir kaybı, sağlık hizmetlerine erişememe, pahalılaşma, hastaneye ulaşım için özel araç kiralama, bağışıklığın güçlü tutulması için yoğun beslenme gibi yeni ihtiyaçların ortaya çıkması, Covid-19'un çocuğa bulaşma endişesi ve diğer aile üyelerinin Covid-19 hastalığından etkilenme durumların geldiği tespit edilmiştir. 15 ebeveyninden 12'si, yaşadıkları gelir kaybından dolayı ailesinin ve hasta çocuğunun giderlerini karşılamada sorun yaşadıklarını bildirmiştir. Diğer olası endişeler arasında sosyal destek yetersizliği, yeşil alan ve oyun alanları dahil olmak üzere bazı sosyal faaliyetlere erişimde azalma, okulların kapanması gelmektedir. Bu zorlukların her biri, ailede kronik hastalıklı bir çocuğun olmasından dolayı onların yaşamını pandemi ile beraber daha fazla olumsuz etkileyebilmektedir.

Sosyal hizmet uzmanları pandemiyle beraber ortaya çıkan sorun ve gereksinimlerin farkında olma, bunların çocuk ve aile üzerindeki etkisini anlayabilme ve başetme stratejileri geliştirebilme noktalarında onlara destek sağlamalıdır (IASSW, 2020; Özbesler, 2001). Özellikle kronik üveit gibi bir hastalığı olan çocuğa sahip ailelere sosyal desteğin sağlanması, ailede işlevsel rollerin güçlenmesinde sosyal hizmet uzmanlarına önemli sorumluluklar düşmektedir. Ayrıca gerekli durumlarda kurumlar arası işbirliği çerçevesinde çocuk ve ailelerin ihtiyaç duydukları kaynaklarla buluşmaları için onları uygun kurumlara havale etmelidir.

## 5. Sonuç ve Öneriler

Fenomenolojik desende gerçekleştirilen bu araştırmanın sonucunda, kronik üveit hastalıklı çocuğa sahip ebeveynlerin Covid-19 pandemisi sürecinde sağlık hizmetlerine erişememe, ailevi, psiko-sosyal ve ekonomik olmak üzere birçok sorunu birlikte deneyimlediklerini kendi bakış açılarıyla dile getirmişlerdir. Çocukların da bu süreçte fiziksel izolasyon, kaygı ve endişe ve yoğun beslenmeye bağlı olarak fazladan kilo alma gibi sorunlar yaşadıkları sonucuna ulaşılmıştır. Covid-19 salgın hastalığı ve kronik üveit hastalığının çocuk ve ebeveynleri üzerindeki etkileri dikkate alındığında resmi olan ve resmi olmayan bazı destek mekanizmalarının harekete geçirilmesi gerekmektedir. Kronik hastalığı olan bireylere yeşil alan ve oyun alanlarının oluşturulup, bireylerin bu tür yerlerden faydalanması sağlanmalıdır. Öncelikli olarak ailelere psiko-sosyal ve ekonomik desteğin sağlanması gerektiği, bununla birlikte eş desteğinin önemi açık bir şekilde ortaya çıkmaktadır. Bu destekler sadece ebeveynlerle sınırlı kalmamalı, aynı zamanda Covid-19 salgınının kronik hastalığı olan bireyleri daha fazla olumsuz etkileyebileceği gerçeğinin farkında olan çocuklara da sosyal-duygusal ve doğru bilgi desteği sağlanmalıdır. Ayrıca hastalığa bağlı olarak kullanılan ilaçların bağışıklık sistemini düşürmesi, onların Covid-19 hastalığından olumsuz etkilenme olasılıklarını artırması, ebeveynlerde daha çok stres ve kaygıya neden olabilmektedir. Bu nedenle bu çocukların sağlık hizmetlerinden etkin bir şekilde yararlanabilmeleri için çocuk ve ailelerinin sağlık hizmetlerine erişiminin kolaylaştırılması, kontrollerinin zamanında yapılması ve doğru bilgiye zamanında ulaşılması kapsamında tıbbi danışmanlık hizmetlerinin verilmesi son derece önem arz etmektedir. Bu çalışmaların tıbbi sosyal hizmet uygulamaları kapsamında yapılması ebeveynler ve çocukları açısından daha etkili sonuçlar doğuracaktır. Tedavi ile ilgili yapılması gerekenler konusunda sağlık profesyonelleri ile yapılacak işbirliği belirsizlik ve yanlış bilginin yaratmış olduğu endişenin de azalmasını sağlayacaktır.

Öte yandan benzer sorunlarda benzer deneyimleri paylaşan ebeveynlerin tecrübelerini kolaylıkla paylaşılabilirliği ve ulaşabilecekleri sosyal mecraların oluşturulması ve bunların sağlıklı olarak yönetilmesi gerekmektedir. Özellikle son zamanlarda “know how” (bilgi birikimi-deneyim paylaşımı) olarak yaygınlaşan bu tür platformlarda farklı kişilerin ekonomik, psikolojik ve tıbbi bilgi ve deneyimlerinin yerinde, zamanında ve ölçülü olarak paylaşılması, sadece hastalığın daha fazla fiziki zarar vermesinin azaltılmasına değil, psikolojik direnç eşiklerinin yükseltilmesine de katkısı açısından önemlidir.

Bu kapsamda, daha ayrıntılı çalışmaların yapılması, nadir bulunan ve kronik üveit hastalığı olan çocuk ve ailelerinin sorunlarının bütüncül bir yaklaşımla ele alınması ve daha etkili sağlık hizmetlerinin sunulmasına fırsat sağlayacaktır.

**Kaynakça**

- Abdwani, R. (2009). Challenges of childhood uveitis. *Sultan Qaboos University Medical Journal*, 9(3): 247.
- Angeles-Han, S.T. (2015). Quality of life Metrics in Pediatric Uveitis. *Int Ophthalmol Clin*. 55 (2): 93–101.
- Angeles-Han, S.T. Griffin, K.W. Lehman, T. J. A. Rutledge, J.R. Lyman, S. Nguyen, J.T. and Harrison, M.J. (2010). The importance of visual function in the quality of life of children with uveitis. *Division of Pediatric Rheumatology*. 14(2): 163–168.
- Ballenger, L. R., Ardoin, S. P. ve Driest, K. D. (2018). Assessing Barriers to Uveitis Screening in Patients with Juvenile Idiopathic Arthritis Through Semi-Structured Interviews. *Pediatric quality and Safety*, 3 (3): 1-4.
- Birinci, M. ve Bulut, T. (2020). Covid-19'un Sosyo-Ekonomik Yönden Dezavantajlı Gruplar Üzerindeki Etkileri: Sosyal Hizmet Bakış Açısından Bir Değerlendirme. *Sosyal Çalışma Dergisi*, 4(1): 62-68.
- Bott, E. and Spillius, E. B. (Eds.). (2014). Family and social network: Roles, norms and external relationships in ordinary urban families. Routledge.
- Cantekin, Ö. F., ve Arpacı, F. (2020). Covid-19 (Koronavirüs) Pandemisi Ve Sosyal Hizmet. *Journal of International Social Research*, 13(73).
- Chan, N. S. W., Choi, J. and Cheung, C.M.G. (2018). Pediatric Uveitis. *Asia-Pacific Journal of Ophthalmology*, 7 (3): 192-199.
- Creswell, J. W. (2014). Research design qualitative, quantitative and mixed method approaches. London:Sage.
- Çelik, T. (2018). Pediatrik Üveitler. *Güncel Pediatri*, 16 (2): 230-246.
- Darlington, A. S. E., Morgan, J. E., Wagland, R., Sodergren, S. C., Culliford, D., Gamble, A., ve Phillips, B. (2021). COVID-19 and children with cancer: Parents' experiences, anxieties and support needs. *Pediatric blood & cancer*, 68(2), e28790.
- Demir, O. ve Esen, A. (2021). Covid 19'un Yıkıcı Ekonomik Etkileri ve Türkiye Ekonomisinde Dönüşüm İhtiacı. JOEEP: Journal of Emerging Economies and Policy, 6 (1): 88-105
- Dikmen, A. U., Kına, M. H., Özkan, S. ve İlhan, M. N. (2020). COVID-19 epidemiyolojisi: Pandemiden ne öğrendik. *Journal of biotechnology and strategic health research*, 4: 29-36.
- Donoso, G. R., Valderrama, C. G., & LaBrenz, C. A. (2020). Academic and family disruptions during the COVID-19 pandemic: A reflexive from social work. *Qualitative Social Work*, 1473325020973293.
- Edelsten, C., Reddy, M. A., Stanford, M. R., Graham, E. M. (2003). Visual loss associated with pediatric uveitis in english primary and referral centers. *Am J Ophthalmol*, 135: 676-680.
- Evans, S., Mikocka-Walus, A., Klas, A., Olive, L., Sciberras, E., Karantzas, G., ve Westrupp, E. M. (2020). From 'It has stopped our lives' to 'Spending more time together has strengthened bonds': The varied experiences of Australian families during COVID-19. *Frontiers in psychology*, 11, 2906.
- Gomez-Zuniga, B., Moyano, R.P., Fernández, M.P., Oliva, A.G. and Ruiz, M.A. (2019). The experience of parents of children with rare diseases when communicating with healthcare professionals: towards an integrative theory of trust. *Orphanet Journal of Rare Diseases*, 14 (159): 1-14.
- IASSW (2020). *Global Definition of Social Work*. Date: 02.03.2021, Available: <https://www.iassw-aiets.org/global-definition-of-socialwork-review-of-the-global-definition/> adresinden alındı.
- Kara, E. (2020). KOVİD-19 Pandemisindeki Dezavantajlı Gruplar ve Sosyal Hizmet İşgücünün İşlevi. *Türkiye Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi*, 4(1): 28-34.
- Karataş, Z. (2020). COVID-19 Pandemisinin Toplumsal Etkileri, Değişim ve Güçlenme. *Türkiye Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi* 4(1), 3-15
- Kleinman, A. (1988). The illness narratives: suffering, healing, and the human condition. New York: Basic books.
- Nicola, M., Alsafi, Z., Sohrabi, C., Kerwan, A., Al-Jabir, A., Iosifidis, C., ve Agha, R. (2020). The socio-economic implications of the coronavirus and COVID-19 pandemic: a review. *International journal of surgery*.

- Özbesler, C. (2001). Çocukluk Çağı Lösemileri ve Sosyal Destek Sistemlerinin Aile İşlevlerine Etkisi (Yayınlanmamış doktora tezi). Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Ankara.
- Patton, M. Q. (2014). *Nitel Araştırma ve Değerlendirme Yöntemleri*. Çev. Ed: Bütün M. ve Demir S B, 3.baskıdan çeviri, Pegem Akademi, Ankara
- Rizvi Jafree, S. ve Naqi, S. A. (2020). Significant other family members and their experiences of COVID-19 in Pakistan: A qualitative study with implications for social policy. *Stigma and Health*, 5(4): 380-389.
- Rowe, M.M. ve Allen, R.G. (2004). Spirituality as a Means of Coping. *American Journal of Health Studies*. 19(1): 62-67.
- Sen, E.S., Morgan, M.J., MacLeod, R., Strike, H., Hinchcliffe A., Dick, A.D., Muthusamy, B. and Ramanan A.V. (2017). Cross sectional, qualitative thematic analysis of patient perspectives of disease impact in juvenile idiopathic arthritis-associated uveitis. *Pediatric Rheumatology*, 15 (58): 1-8.
- Sun, N., Wei, L., Shi, S., Jiao, D., Song, R., Ma, L., and Wang, H. (2020). A qualitative study on the psychological experience of caregivers of COVID-19 patients. *American journal of infection control*, 48(6): 592-598.
- Tokatly Latzer, I., Leitner, Y. ve Karnieli-Miller, O. (2020). Core experiences of parents of children with autism during the COVID-19 pandemic lockdown. *Autism*, 1362361320984317.
- Tomanbay, İlhan (2020). *Korona Virüsü Pandemisi ve Sosyal Çalışmanın Değişen Rollerini*. World Social Work Day 2020 = Dünya Sosyal Çalışma Günü 2020. [https://www.sosyalhizmetuzmani.org/korona\\_virusu\\_sc.htm](https://www.sosyalhizmetuzmani.org/korona_virusu_sc.htm). Erişim Tarihi: 15.03.2021.
- Tuncay, T. (2007). Kronik hastalıklarla baş etmede tinsellik. *Sağlık ve Toplum*, 17(2): 13-20.
- Uzunçayır, D. ve İlhan, E.L. (2020). Covid-19 pandemi döneminde özel gereksinimli çocukların fiziksel aktivite ihtiyaçları: ebeveyn görüşü açısından nitel bir değerlendirme. *multidisipliner bakış*, 181.
- Wang, J.,and Wang, Z. (2020). Strengths, weaknesses, opportunities and threats (SWOT) analysis of China's prevention and control strategy for the COVID-19 epidemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(7): 2235.
- Willner, P., Rose, J., Stenfert Kroese, B., Murphy, G. H., Langdon, P. E., Clifford, C. ve Cooper, V. (2020). Effect of the COVID-19 pandemic on the mental health of carers of people with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 33(6): 1523-1533.
- Young, C. (1993). Spirituality and the Chronically Ill Christian Eldersly . *Geriatric Nursing*, 14(6): 857-863.
- Zierhurt, M., Michels, H., Stübiger, N., Besch, D., Deuter, C. Heilingenhaus, A. (2005). Uveitis in children. *Int Ophthalmol Clin.*, 45: 135-156.



SAĞLIK BAKANLIĞI  
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü  
Hasta Hakları ve Tıbbi Sosyal Hizmetler Dairesi Başkanlığı  
Bakanlık Yayın No:963

ULAKBİM TR Dizinde Taranmaktadır

Hakemli Dergi  
**TSHD**  
Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi

ISSN: 2149-309X-Biannually  
<https://edergi.saglik.gov.tr/>  
<https://dergipark.org.tr/tr/pub/tshd>  
Yıl/Year: 2021 Haziran/June Sayı/Issue: 17

## BİREYLERİN ÇOCUK KAYBI VE YAS SÜRECİNİN AİLE SİSTEM TEORİSİ TEMELİNDE SOSYAL HİZMET PERSPEKTİFİYLE DEĞERLENDİRİLMESİ

Meliha Funda AFYONOĞLU<sup>1</sup>  
Nur Feyzal KESEN<sup>2</sup>  
Medine ÖZCAN<sup>3</sup>  
Mustafa YAVUZ<sup>4</sup>

### Makale Bilgileri/ Article info

Makalenin Türü/Article Type: Araştırma  
Geliş Tarihi / Date Received : 01.04.2021  
Revizyon Tarihi/Date Revised:19.05.2021  
Kabul Tarihi / Date Accepted: 31.05.2021  
Yayın Tarihi / Date Published: 30.06.2021  
DOI: <https://doi.org/10.46218/tshd.908201>

### Makale Künyesi/To cite this article:

Afyonoğlu, M. F., Kesen, N. F., Özcan, M. ve Yavuz, M. (2021 Haziran). Bireylerin çocuk kaybı ve yas sürecinin aile sistem teorisi temelinde sosyal hizmet perspektifiyle değerlendirilmesi. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 17, 59-81. Doi: <https://doi.org/10.46218/tshd.908201>

### Sorumlu Yazar/Corresponding Author:

Meliha Funda AFYONOĞLU, Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü  
[fafyon@gmail.com](mailto:fafyon@gmail.com)

### Öz

Bu araştırma çocuğunu kaybetmiş bireylerin yas sürecini aile sistem teorisi temelinde sosyal hizmet perspektifiyle değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Bu amaç doğrultusunda araştırma, nitel araştırma deseniyle ve fenomenolojik yaklaşımla tasarlanmış, çocuğunu kaybetmiş on altı bireyle derinlemesine görüşme yapılmıştır. Görüşmeler sonucunda; yas sürecinde sosyal destek sistemleri, yas ve uyum sürecinde profesyonel sistemler, yas ve uyum sürecinde aile sistemleri ve bireysel alt sistemlerin diğer sistemlerle ilişkisiyle geliştirdikleri baş etme mekanizmaları çalışmanın birbirleriyle ilişkili dört temel temasını oluşturmuştur. Ortaya çıkan temalar ve alt temalar doğrultusunda, sosyal hizmet uzmanlarının bu müracaatçı grubuyla çalışırken odaklanmaları gereken sistemler ve etkileşimler belirlenmiştir. Uzmanların sistemlerin etkileşimlerine odaklandıkları kadar bu etkileşimin işlevselliğine ve niteliğine odaklanmaları ve sağlık çalışanlarının bir bütün olarak ölüm süreci ve ailelerle iletişim konusunda farkındalıklarını artırıcı çalışmalar yapılması araştırmanın temel önerilerinden olmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Aile sistem teorisi, Ailelerle sosyal hizmet, Yas, Çocuk kaybı, Aile.

## EVALUATION OF INDIVIDUALS' CHILD LOSS AND GRIEF PROCESS ON THE BASIS OF FAMILY SYSTEM THEORY WITHIN THE PERSPECTIVE OF SOCIAL WORK

### Abstract

This research aims to evaluate child loss and bereavement of individuals on the basis of family system theory within the perspective of social work. The research is designed with qualitative design and phenomenological approach. In-depth interviews are conducted with sixteen individuals. The results of the study indicate four related theme; social support systems in the process of bereavement, professional systems in the process of grief, family system in the process of bereavement and of re-integration, and coping mechanisms of individual subsystems in relation with other systems. On this ground, systems and interactions which social workers should focus while working with these client groups are determined. The results show that social workers should focus on systems and interactions in the families as well as the quality and functionality of them.

<sup>1</sup> Arş. Gör. Dr., Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü, ORCID: 0000-0002-7690-5602

<sup>2</sup> Doç. Dr., Selçuk Üniversitesi, Sosyal Hizmet Bölümü, ORCID: 0000-0002-6455-0293

<sup>3</sup> Yüksek Lisans Öğrencisi, Selçuk Üniversitesi, Sosyal Hizmet Bölümü, ORCID: 0000-0001-9836-5910

<sup>4</sup> Yüksek Lisans Öğrencisi, Selçuk Üniversitesi, Sosyal Hizmet Bölümü, ORCID: 0000-0003-3682-7926

Awareness raising activities for health workers about child loss and communication with families occurred as the main suggestions of the study.

**Keywords:** Family System Theory, Social Work with Families, Grief, Child Loss, Family.

## Giriş

İnsanlar yaşamları boyunca sevdiği birçok kişinin ölümü ile karşı karşıya gelmektedir. Sevilen birinin kaybını yaşayan kişi, ölümün geri döndürülemez olması ile yas sürecine girebilmekte ve yeniden uyum sağlamak zorlanabilmektedir. Yas; bir kayıp sonucunda ortaya çıkan, fiziksel, bilişsel, davranışsal, duygusal ve ruhsal etkilerin bir arada görüldüğü, doğal bir tepki olarak tanımlanmaktadır (Türkiye Psikiyatri Derneği, t.y). Yetişkinler için çocuk kaybının yasa yol açan en travmatik deneyimlerden biri olduğu söylenebilir.

Çocuk kaybı yaşayan ailelerin bir kriz durumuyla karşı karşıya kaldıkları, yas sürecine girdikleri, içsel ve dışsal kaynaklara ihtiyaç duydukları bilinmektedir (Kavanaugh, Trier ve Korzec, 2004). Çocuk kaybı sürecinde yas doğal bir durum olarak görülürken, bu yas mateme dönüşerek uzun sürdüğünde ise kişilerin ruh sağlığı hizmetlerinden faydalanmaları gerekebilir (Hazardın,2021). Bu bağlamda aile sistemi ile çalışan profesyoneller, krize müdahale kapsamında, ailenin içsel ve dışsal kaynaklara erişiminde ve baş etme mekanizmaları geliştirmelerinde yardımcı olmaktadır (Mavili-Aktaş, 2003; Yıldırım, 2016). Sosyal hizmet uzmanları; krize müdahalede, yas sürecinde ve sonrasında aileye destek veren, yönlendiren, ailenin gelişimi teşvik eden profesyonellerdir (Alptekin ve Duyan, 2009). Bu nedenle sosyal hizmet uzmanlarının çocuk kaybında; aile sistemlerinde yaşanan değişimleri, bireylerin ve ailelerin ihtiyaçlarını, yas sürecini, ailede işlevselliğin nasıl yeniden kazanılabileceğini belirlemesi ve uygulamalarını buna göre şekillendirmesi büyük bir önem arz etmektedir (Therivel, Kornusky, Cooper ve Bates, 2018). Bu önem dahilinde aile sistem teorisinin sosyal hizmet uzmanlarının uygulamalarına temel olacak önemli bir analitik araç olduğu düşünülmektedir. Teori, işlevsel aile tanımları, sistemler arası ilişki ve etkileşim üzerinde temellenmekte (Nazlı,2003) ve yas sürecinin anlamlandırılması, ailedeki değişimin anlaşılması, çocuk kaybı sonrasında ailelerin yeniden işlevselliklerini sağlayabilmesi adına işlevsel bir yaklaşım ve uygulama aracı olarak görülmektedir (Brown, 2012). Bu doğrultuda araştırma, bireylerin çocuk kaybını ve yas deneyimlerini aile sistem kuramını analitik bir araç olarak kullanarak sosyal hizmet perspektifinden değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Böyle bir değerlendirmenin, çocuk kaybı ve yas süreciyle ilgili çalışan/çalışacak sosyal hizmet uzmanlarının; ailelerin deneyimlerini, bu deneyimlerde etkileşimde olduğu diğer sistemlerin etkisini ve hem aile sistemlerindeki değişim hem de kişisel değişimi anlayarak bu faktörlere yönelik etkin bir müdahale gerçekleştirmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bu doğrultuda araştırmanın bu bölümü, aile sistem teorisini, teorinin çocuk kaybı ve yas ile ilişkisi içerisinde açıklamaktadır.

## Aile Sistem Teorisi, Yas ve Çocuk Kaybı

Sosyal hizmette sistem yaklaşımı; aileyi çevresi ve aile üyeleri arasındaki etkileşimle kavramsallaştırarak, aileyi alt sistemleri ile birlikte bir *bütün* olarak değerlendirmektedir. Yaklaşım göre *aile alt sistemleri*; birey alt sisteminin yanı sıra ebeveyn alt sistemi, kardeş alt sistemi, eş (karı-koca) alt sistemi gibi sistemleri



barındırmaktadır (Duyan, 2010). Bu sistemler, hem birbirleri hem de diğer sistemlerle ilişki ve etkileşim içerisindedir. Sistem teorisinin en önemli kavramlarından olan bütünlük; parçaların bir sentezi başka bir deyişle parçaların bütünü toplamından daha fazlası olduğu bir sistemi oluşturmaktadır (Teater, 2015). Ailenin parçaları; ailenin alt sistemleri olarak kavramsallaştırılmakta, sistemler arası ilişkinin bozulması bir bütün olan aile sisteminde bozulma anlamına gelmektedir. Sistem teorisi, her sistemin *amacı* olduğu gibi, aile sisteminin de bir amacı olduğunu ve ailelerin amaçlı olmasının ailenin fonksiyonelliğini belirleyici olgulardan bir tanesi olduğunu belirtmektedir (Nadir, 2013). Ailelerin amacının genel olarak “*üyelerin gelişimini yükselten bir ortam kurmak ve sürdürmek*” olduğu, ailelerin bu amacın gerçekleştirilebilmesi için “*sevgi, güvenlik, özdeşim, ait olma, toplumda yetişkin rollerine hazırlanma ya da yardım gibi işlevler gösterdiği*” ve aile üyelerinin bu amacı sağlamak için kendilerine özgü görevleri olduğu belirtilmektedir (Hallaç ve Öz, 2014, s. 147). Teoride sistemler arası etkileşimlerinin ve iletişimin sağlıklı ve dengeli oluşu; *homeostazi* kavramına referans vermektedir. Homeostazi kavramı; aile sisteminin bir dengesinin var olduğunu, bu denge ile ailelerin gündelik yaşamlarını sürdürerek geleceklerini planladıklarını, kurdukları dengeyi korumaya çalıştıklarını ve dengenin bozulması durumunda aile sisteminin işlevselliğinin olumsuz etkilenebildiğini belirtmektedir (İlerisoy, 2012; Nadir, 2013; Özabacı ve Erkan, 2014; Erdugan, 2019).

Çocuk kaybı ebeveyn alt sistemi ve eş alt sistemlerini bozarak aile içi homeostaziye ve aile amacını sarsmaktadır (Duyan, 2010). Ebeveynlerin kendi ölümlerine çocukların ölümüne göre daha hazır olmaları, çocuk kaybının genellikle ani bir şekilde gerçekleşmesi, çok sık olmayışı, ailelerinin böyle bir kayba hazır olmayışları gibi sebepler çocuk kaybının kabullenilmesini zorlaştırmaktadır (Laakso ve Paunonen-Ilmonen, 2002). Çocuklar aileler için gelecek ve umut özelliklerini taşıdıkları için çocuk kaybı ile aileler geleceğe dair umutlarını yitirebilmekte ve bu durum ailede bir amaç kaybına yol açabilmektedir (Stewart, 1995). Ebeveynler çocuk kaybı sebebiyle girdikleri yas sürecinde çocuklarının ölümünü engelleyemedikleri için başarısızlık, yetersizlik ve suçluluk duyguları taşıyabilmektedir (Soykan, 2000; Şenelmiş, 2006). Bu travmatik deneyimin hem bireysel sistemler olarak anne ve babayı, hem de aile sistemini etkilediği bilinmektedir.

Sistem teorisine göre ailenin sisteminin alt sistemlerle ilişkisi (anne ve babanın çocuklarla ilişkisi vb.) ve ailenin diğer sistemlerle ilişkisi (okul, iş, dost, akraba vb.); sınırlar, kurallar, roller, denge yapısı, etkileşim düzeyi gibi olgular ile sağlanmaktadır (Özabacı ve Erkan, 2014). Aile sisteminin bir bütün olarak kalabilmesi ve sağlıklı dengenin sürdürülmesi için aile içindeki bireylerin rollerine uyumlu ve alt sistemleri ile tamamlayıcı *roller* edinmesi gereklidir. Bu durumda aile fonksiyonelliğinin uyum içerisinde süreceği düşünülmektedir (Mavili-Aktaş, 2004). Ancak aile sisteminde yaşanan değişimler sonucunda *kurallar* ve rollerde değişebilmektedir (Özabacı ve Erkan, 2014; Kocakaya ve Var, 2018). Çocuk kaybı bu kuralları ve rolleri belki de en çok sarsan ve değiştiren etmenlerden biridir. Çocuk kaybı, aile alt sistemlerinden birinin sonlanmasına, aile içerisindeki alt sistemlerin, kuralların ve rollerin değişmesine sebep olarak rol karmaşası yaşayabilmektedir (Çamur-Duyan, 2011). Örneğin çocuk kaybı yaşayan bir ailede ebeveyn sistemlerinin

yaşadığı travma ve boş vermişlik sonucu çocuk sistemiyle etkileşim değişerek ailedeki en büyük çocuğun ebeveyn rolü üstlendiği görülebilir.

Çocuk kaybı ve aile yapısını açımlayacak bir diğer kavram ise ailenin *sınırları* ve bu sınırlarla beraber açığa çıkan *açık ve kapalı sistem* özellikleridir (Mavili- Aktaş, 2013). Sistem teorisine göre, ailelerin bir sistem ya da aile olarak adlandırılabilmesi, başka bir deyişle ailenin biz ve diğerleri diyebilmesi; sınırların ve aile sistemi içinde ve dışında kalanların bu sınırlarla belirlenmesi ile mümkündür (Erdugan, 2019). Ancak ailenin sınırlarının olması, ailelerin etkileşime kapalı oldukları anlamına gelmemektedir. Bu durum sistem teorisinde, aile sisteminin açık ya da kapalı sistemler olarak sınıflandırılmasıyla açıklanmaktadır. Teoriye göre; tüm canlılar çevreleriyle etkileşimde bulunurlar, bu etkileşim onların sınırlarının açık, geçirgen ve esnek olduğunu gösterir ve bu yüzden de aile sistemi de dahil tüm canlılar açık sistemlerdir (Baykara-Acar ve Acar, 2002). Aile sistem kuramı, ailelerin çevreleriyle kurdukları etkileşim düzeyine göre ailelerin açık sistem olarak nitelendirilebileceğini belirtmektedir.

Teorik olarak hiçbir aile sisteminin tamamen kapalı bir sistem özelliği gösteremeyeceği düşünülse de, ailenin diğer sistemlerle yok denilecek kadar az şekilde ilişkiye giriyor oluşu, ailenin kapalı bir sistem özelliği gösterdiğine işaret etmektedir (Nazlı, 2003). Ailelerin açık sisteme sahip olma düzeyleri arttıkça değişimi daha çabuk kabullendiği ve yönettiği bilinmekle beraber, ailelerin sınırlarının çok geçirgen olması ve tam tersi durumların sağlıklı aile yapısına bir tehdit oluşturduğu bilinmektedir (İlerisoy, 2012; Özburun, 2018; Erdugan, 2019). Sınırların korunmadığı ailelerde aile içindeki roller ve statülerde belirsizlikler yaşanabileceği gibi sınırların çok katı ailelerin de sosyal destek mekanizmalarından mahrum kalacağı söylenebilir (Özabacı ve Erkan, 2013).

Çocuk kaybında ailelerin açık ya da kapalı sistem gösterebilme özellikleri çevresel sistemler olarak kavramsallaştırılabilecek sosyal destek mekanizmalarının işlevsel hale getirilip getirilemeyeceğinde önemli bir rol oynamaktadır (Tura ve Gül, 2020). Çocuk kaybı gibi travmatik deneyimler, kriz ve yas süreci gibi stres durumlarında ailelerde rol karmaşası olarak açıklanan sınır ikircilikliği/muğlaklığı yaşanabilir, ailelerin sınırları keskinleşebilir ya da esnek hale gelebilir (Boss, 1980; Myer vd. 2014). Örneğin, yas durumlarında sınırlar destek adı altında çok esnek hale gelebilir ve dost, arkadaş, akraba gibi diğer sistemler birey ve aile hayatına fazla müdahil olabilir. Benzer şekilde, çocuk kaybıyla beraber sınırlar çok keskin hale gelerek aile izolasyon içerisinde kalabilir. Her iki durumda sistemler arası bir dengesizliğe işaret etmekle beraber, çocuk kaybindan sonra sosyal destek mekanizmalarına erişimin bireyin duygusal güçlüklerine yönelik savunma mekanizmaları geliştirmelerine imkân tanıdığı (Çakır ve Palabıykoğlu, 1997; Özkan ve Kılıç, 2013) ve ailelerin günlük hayatlarına dönüşünde etkili olduğunu belirtilmektedir (Laakso ve Pannonen-Ilmonen, 2002). Benzer şekilde, ebeveynlerin yas sürecinde yeterli sosyal destek alamadığı ya da sosyal destek mekanizmalarını işlevsel olarak kullanamadığı durumlarda patolojik yas belirtilerinin ortaya çıktığı belirtilmektedir (Soykan, 2000; Şenelmiş, 2006). Bu doğrultuda, ebeveyn, eş ya da bir bütün olarak aile sisteminin yeniden dengeli ve amaçları olan bir aile düzeyine gelebilmesinde ve yas, kaygı, tükenmişlik ve travmatik stres düzeylerin

azalmasında sosyal desteğin önemli bir işlevi olduğu söylenebilir (Benkel, Wijk ve Molander, 2009; Bildik, 2013).

Aile sistemi ve çocuk kaybı arasındaki ilişkinin açığa çıktığı en önemli alanlardan bir diğeri ise aile içi iletişimidir. Aile sistem yaklaşımı, aile sistemleri içerisinde kriz durumlarında dahi mutlak bir iletişimsizlik durumu söz konusu olmadığını, ancak her iletişimin nitelikli ve sağlıklı bir iletişim anlamına gelmediğini belirtmektedir (Nazlı, 2003). Örneğin herhangi bir konuşma, tartışma ya da kriz durumunda sessiz kalan bir üye dahi bir iletişimde bulunmakta, oturuşu, yüz ifadesi, mimikleriyle iletişime geçmektedir (Aktaş, 2004; Özabacı ve Erkan, 2014; Özburun, 2018). Bu durum aile sistem kuramında sözel ve sözel olmayan iletişimi anlatmak amacıyla *iletişim örüntüleri* olarak adlandırılmakta ve iletişim örüntüleri; konuşmanın süresi, konusu, biçimi, taraflar açısından anlamı, odaklanma ve konuşmaya ayrılan zamanı dolayısıyla konuşma bağlamını da kapsamaktadır (Ünal, 2013). Dolayısıyla, yas sürecinde ya da herhangi bir kriz durumunda aile üyelerinden birinin sessiz kalması, suçlayıcı konuşması, beden dili kullanımı gibi durumlar kurulan ilişkinin niteliğini belirleyebilmekte ve ailedeki iletişim örüntüsünün anlaşılabilmesini sağlayabilmektedir. Bununla birlikte aile içi sistemleri değiştiren ve dönüştüren çocuk kaybında, eş sistemleri arasındaki ilişkinin güçlü olduğu durumlarda, eş ve ebeveyn alt sistemleri birbirine destek olarak bireysel alt sistemleri güçlendirebileceği gibi zayıflatabilmektedir (Meij ve diğ., 2008). Dolayısıyla ailelerin diğer süreçlerinde olduğu gibi, çocuk kaybı yaşayan ailelerde de iletişim örüntülerinin anlaşılması, ailenin yeniden işlevsellik kazanabilmesi ve alt sistemlerin birbirleriyle etkileşimlerinin yeniden sağlanması açısından zaruri görünmektedir (Mavili-Aktaş, 2013).

Son olarak, aile sistem kuramı, aile yapısı ve iletişimi ne olursa olsun ailedeki bireylerin özerkliklerini koruyabildikleri düzeyde sağlıklı bir aile yapısından bahsedilebildiğini belirtmektedir. Bowen (1978), ailede bireylerin özerkliğini korumasını *benliğin farklılaşması* olarak adlandırmış ve ailenin benlik gelişiminde ilk ve en önemli etkenlerden olduğunu belirtmiştir (akt. Haefner, 2014). Bowen (1978)'e göre benliğin farklılaşmasının sağlayamayan ya da zayıf düzeyde görüldüğü bireyler; düşüncelerinde ve eylemlerinde sürekli ötekinin onayına ihtiyaç duyarken, benliğin farklılaşmasını sağlayabilen bireyler; ailenin ve sosyal grupların önemini bilincindeyken aynı zamanda çatışmaya, reddedilmeye ve eleştiriye dayanabilir ve kök ailesinden duygusal ve entelektüel olarak kendini ayırıştırabilir (akt. Haefner, 2014). Bowen (1976, 1978), benliğin farklılaşmasını sağlıklı bir şekilde sağlayabilen kişilerin *ben pozisyonu* alabildiklerini ve stresli durumlar karşısında *dirençlilik* gösterebildiklerini belirtmektedir (akt. Karababa, Mert ve Çetiner, 2018). Bununla birlikte Bowen (1976, 1978), kişiler stres altındayken ya da kriz durumlarında yalnızlaşarak kendilerini izole ediyor ve durumdan kaçınıyorsa *duygusal kopma* davranışı sergilediğini belirtmektedir (akt. Karababa, Mert ve Çetiner, 2018). Benliğin farklılaşması ve duygusal kopma kavramları çocuk kaybı ile ilişkili düşünüldüğünde, benliğin farklılaştığı aile üyelerinden oluşan bir aile sisteminin çocuk kaybıyla baş etme mekanizmaları daha yüksek olurken, duygusal kopma düzeyi yüksek aile üyelerinden oluşan bir sistemin alt sistemler ve diğer sistemlerle etkileşimi keserek yalnızlaşacağı söylenebilir.

Görüldüğü üzere çocuk kaybı ve yas süreci ailedeki birey alt sistemlerini ve bir bütün olarak aile sistemini etkilemektedir. Sosyal hizmet uzmanlarının uygulamalarında her bir sistemin diğer sistemlerle etkileşimini değerlendirmesi ve bu etkileşim noktalarındaki güçlü ve güçsüz yönleri tespit etmesi gerekmektedir. Bu bilgiler doğrultusunda aile sistem teorisi temelinde çocuk kaybını ve yas sürecini anlamının sosyal hizmet uygulamalarına katkı sunacağı düşünülmektedir.

### **Yöntem**

Bu araştırma, çocuk kaybı ve yas sürecini aile sistem teorisini analitik bir araç olarak kullanarak birey alt sistemlerinde çocuk kaybını ve yas sürecini nasıl deneyimlediklerini öğrenmeyi amaçlamaktadır. Bu amaç doğrultusunda araştırma; bireylerin yaşamış deneyimleri (lived experience) içerisinde belirli bir fenomene yönelik ürettikleri anlamı, derinlemesine bir anlayış ve diyalog içerisinde aktarmalarına olanak sağlayan nitel araştırma deseniyle ve fenomenolojik yaklaşımla tasarlanmıştır (Hancock, Ockleford ve Windridge, 2001). Tasarım doğrultusunda çocuk kaybı ve yas süreci anlaşılması amaçlanan temel fenomen olarak belirlenmiş, araştırma sürecinde bu fenomeni açıklamak amacıyla derinlemesine görüşmeler gerçekleştirilmiş, bulgularda doğrudan alıntılara yer verilerek katılımcıların bu fenomene yükledikleri anlamlar ve yaşadıkları deneyimler betimlenmiştir.

### **Veri Oluşturma Süreci**

Araştırmada veri oluşturma süreci araştırmacıların alanyazın taraması doğrultusunda oluşturdukları yarı yapılandırılmış görüşme formu ile gerçekleştirilmiştir. Görüşme formu; çocuğu vefat eden bireylerin sosyo-demografik bilgilerinin yanı sıra çocuğunun ölüm öyküsü, yas süreçleri, kayıp anında yaşadıkları, sosyal destek mekanizmaları, sağlık personellerinin yaklaşımları, çocuklarının cenaze töreni ve taziyesine yönelik deneyimleri, eşleri ve çocukları ile ilişkileri ve baş etme mekanizmalarına dair soruları içermektedir. Covid-19 sebebiyle yüz yüze görüşmeyi kabul eden sekiz ebeveyn ile yüz yüze görüşülmüş, sekiz ebeveyn ile de telefon üzerinden görüntülü olarak görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Araştırma verileri Mayıs- Ağustos 2020 tarihleri arasında oluşturulmuştur.

### **Çalışma Grubu**

Bu araştırmanın çalışma grubunu; çocuğu vefat etmiş 13 kadın 3 erkek oluşturmaktadır. Çalışma grubuna ilk erişim, araştırma katılımcılarından birinin bir tanıdığına ulaşılması ile sağlanmıştır. Daha sonra görüşülen katılımcıların, ailelerinde ya da sosyal çevrelerinde bulunan bir diğer çocuğu vefat etmiş katılımcıya yönlendirmesi ile kartopu yöntem kullanılarak çalışma grubu oluşturulmuştur. Katılımcıların şimdiki yaşları, çocuğunu kaybettiği zamandaki yaşı, çocuğunun ölüm yaşı ve nedeni ile ilgili bilgiler Tablo 1' de sunulmuştur. Katılımcıların cinsiyeti tabloya dahil edilmemiş; kod adları kadınsa K, erkekse E olarak belirtilmiştir.

**Tablo 1 Katılımcılara İlişkin Bilgiler**

Katılımcı	Yaş	Çocuğunu Kaybettiği Zamandaki Yaşı	Çocuğunun Ölüm Yaşı	Çocuğunun Ölüm Nedeni
K1	40	35	9	Karaciğer kanseri
E2	28	26	10 aylık	Sarılık
K3	52	22	9 aylık	Ateş
K4 <sup>5</sup>	47	22	2, 6	Beyin kanaması, Yüksek Ateş
K5	23	21	2	Yüksekten düşme
K6	42	35	12	Trafik kazası
K7	48	22	1 gün	Doğum sonrası komplikasyon
K8	58	26	4	Zatürre
K9	57	52	26	Kanser
E10	38	33	12	Trafik kazası
K11	32	29	5	Beyin tümörü
K12	44	39	21	Şehit
K13	28	21	2	Trafik kazası
E14	38	35	10	Lösemi
K15	63	60	28	İntihar
K16	82	24	3	Ateş

**Verilerin Analizi**

Veri analizi, MAXQDA 2018 programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. İlk olarak görüşmeler deşifre edilmiş ve veriler okunmuştur. Veri analizi; deşifrelerin kodlanması, aynı kodların bir araya getirilerek kategorileştirilmesi ve kategorilerin temalandırılması ile gerçekleştirilmiştir. Bu doğrultuda veri analizi tematik analiz yöntemi kullanılarak literatürden elde edilen temalar için tümden gelim ve katılımcıların anlatılarından ortaya çıkan temalar için tümevarım yöntemleriyle gerçekleştirilmiştir.

**Araştırmanın Etik Yönü**

Yüz yüze görüşmelerde imzalı onam alınırken, telefon görüşmelerinde aydınlatılmış onam formu araştırmacılar tarafından okunmuş ve sözlü onay alınmıştır. Her iki görüşme biçiminde de katılımcılara; araştırmanın amacı ve sorular hakkında genel bir bilgilendirme yapılmış, istedikleri zaman araştırmadan çekilebilecekleri ve soruları yanıtsız bırakabilecekleri iletilmiş ve ses kaydı ile ilgili onay alınmıştır. Gizliliğin sağlanabilmesi adına katılımcılara kodlar verilmiş, çocuklarının isminin geçtiği yerler başka isimlerle değiştirilmiştir.

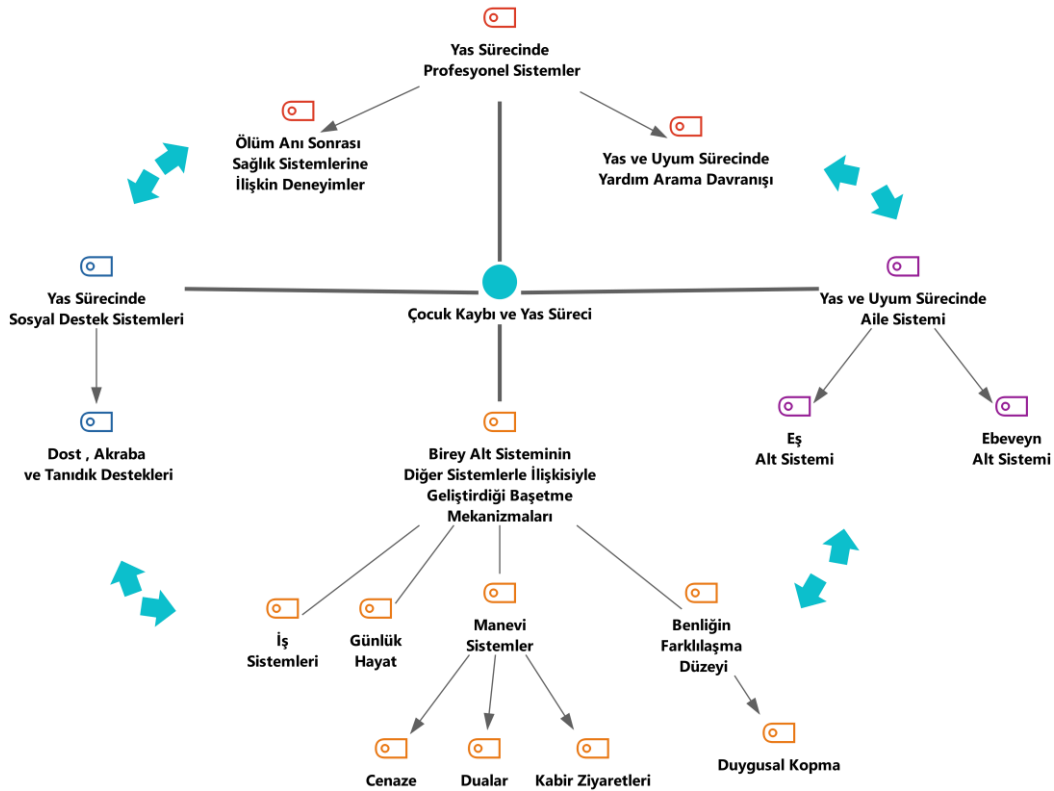
<sup>5</sup> K4 iki kez çocuk kaybı yaşamıştır.

Çalışmanın temel sınırlılığı kardeş sisteminin araştırmaya dahil edilmemesidir. Katılımcıların eş ve ebeveyn sistemlerinin bizzat özneleri olmalarından dolayı görüşlerinin doğrudan veri niteliği taşıdığı, ancak kardeş kaybına yönelik sağlayacakları verinin ikincil olacağı düşünülmüştür. Araştırmanın etik kurul onayı 24.06.2020 tarihinde Selçuk Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınmıştır.

## BULGULAR

Ebeveynler yas sürecinde çocuklarının ölüm haberini aldıklarından itibaren kaybın kabullenilmesine kadar çeşitli kişiler ile ilişki kurmaktadır. Bu kişiler, ölümün hemen ardından karşılaşılan doktor, hemşire, güvenlik görevlisi gibi kişiye duygusal olarak uzak bireyler, cenaze süreci ve sonrasında eş, dost, akraba gibi yakın çevrede yer alan bireyler ve yas süreci ve sonrasında destek alınacak psikolog, psikiyatr, sosyal hizmet uzmanı gibi profesyoneller olabilmektedir. Ailelerin erişebildikleri psiko-sosyal destek ve profesyonel destek, yas ve çocuk kaybı sürecinin nasıl deneyimlendiğinin anlaşılmasına yönelik önemli etkenler olmaktadır. Bu doğrultuda ebeveynlerin çocuk kaybı deneyimlerini anlayabilmek için ölüm, ölümü takip eden yas süreci ve ailenin gündelik hayata yeniden uyumunu sağlama aşamalarında etkileşimde olduğu sistemleri belirlemek ve bu etkileşimin niteliğini anlamak gereklidir. Katılımcıların anlatıları, bireysel sistemlerin sosyal destek sistemleriyle, profesyonel sistemlerle, aile sistemiyle ve diğer sistemlerle etkileşimlerinin; çocuk kaybı, yas süreci ve yeniden uyum sürecinin nasıl deneyimlendiğini açığa çıkaran dört temel etmen olduğunu göstermektedir. Bu doğrultuda araştırma temaları ve alt temaları Şekil 1'deki gibidir:

**Şekil 1. Temalar ve Alt Temalar**



Sistem teorisinin temel varsayımlarından biri tüm bu sistemlerin birbirleriyle etkileşimde olduğu ve bu etkileşim gözetilmeden herhangi bir sistemin anlaşılamayacağıdır. Bu doğrultuda temalaştırma sürecinin sınıflama amaçlı olduğu ancak tüm bu sistemlerin etkileşiminin yas süreci ve çocuk kaybını anlamlandırmak için temel olduğunu belirtmek gerekmektedir.

### **Yas Sürecinde Sosyal Destek Sistemleri**

Araştırmanın giriş kısmında da belirtildiği üzere<sup>6</sup>, bireylerin ve ailelerin sağlıklı bir yas süreci geçirebilmesi ve günlük hayatlarına yeniden dönebilmeleri için arkadaş, dost, akraba gibi sosyal destek sistemlerinden yararlanabilmeleri önem taşımaktadır. Katılımcıların anlatıları ölüm anından itibaren, cenaze ve taziye süreçlerinde bu sistemlerle etkileşim içerisinde olduklarını göstermektedir:

*Burada, Hacettepe’de öldü. Köye götürdük. Orada cenazesini kaldırdık. Cenaze sırasında da ne hissedeyim, çok kötü bir şey. Yanımda annem vardı, akrabalarım vardı, kaynanam vardı. Destek oldular (K4).*

*Akrabaların, eşin, dostun seni rahatlatmak için geliyorlar Allah razı olsun acına ortak olmaya çalışıyor. İnsanın o zaman yardıma ihtiyacı oluyor. Hepsi kimi tanıyorsam yakın, uzak hepsi yardımcı oldu, hepsinden Allah razı olsun (K6).*

*Oğlumı kaybettiğim zaman yanımda onlarca kişi vardı lakin dediğim gibi benim iki üç adım atarak oturacak gücüm kuvvetim yoktu. Çevremdeki kalabalığın farkında bile değildim (E14).*

*Allah razı olsun herkesler geldi. Gelmeyen kalmadı yavrumu çok seven varmış (ağlamaklı). Kalabalıktı cenaze töreni ama benim oğlum öldü gelmeselerdi de oğlum yaşasaydı keşke (K15).*

Katılımcıların anlatıları hem ölüm haberi anında hem de defin ve taziye sırasında sosyal destek sistemleriyle etkileşimde olduklarını ve sistemlerin kendilerine destek sunduklarını göstermektedir. Ancak katılımcıların anlatıları aynı zamanda yas sürecinde her etkileşimin olumlu etkileşim olmadığını da göstermektedir:

*Sırf gelmek için gelen, ya da “şehidiniz nasıldı?” diyen oldu. Hatta kıskanan biri “herkes şehit olmuyor ki, bakalım gerçek şehit mi?” dedi, çok sinirlendim ona, hemen dışarı çıkardılar (K12).*

*Taziyeye gelen insanlar bunu gönül bağı ile değil bir sorumluluk yerine getirilmesi gereken bir görev gibi yapıyorlar (E14).*

*Pek yanlarına durmadım. Onlar devamlı ev, mal, şu bu peşinde konuşuyorlardı. Bende onların yanında durmak istemedim. Kendimi devamlı dışarıya attım, balkonlarda oturdum. Başka konular konuşulması beni rahatsız etti. Ya Kur’an-ı Kerim okunur benim bildiğim. Dedikodu yapılmaz. Yok evmiş, arabaymış, şuymuş buymuş. Öyle laflar edilmemesi lazım ama dedikoduya gelmişler açıkçası. Sen cenazeye gelmişsin sonuçta bunların bence konuşulmaması gerekir. Eğer bunları da konuşacaksan git evinde konuş, burası sonuçta cenaze evi. Gerçekten acıyı bir yaşayan anlar gerisi için boş (K2).*

Katılımcıların anlatılarında da görüldüğü üzere; taziye sırasında kayıp haricinde gündelik hayata yönelik gündemlerin olması ve acının paylaşıldığının hissedilmemesi, bireylerin hali hazırda yaşadıkları yas ve üzüntüyü pekiştirebilmekte ve aile sistemi ve sosyal destek sistemleri arasındaki etkileşime ve işleve dair bir

<sup>6</sup> Bakınız sayfa 4.

bozukluğa işaret etmektedir. Bunun yanında katılımcıların acılarının paylaşılmasından ziyade ölüm nedeni, ölüm şekli ve kendi anne babalıklarının sorgulanmasının kendilerini öfkeliendirdiğini belirtmektedir:

*Rahatsız edenlerde vardı tabii. Herkes bir laf söylüyordu. “Niye öldü?”. Yani “hastalığını hiç bilmediniz mi, hiç mi etmediniz, hiç mi bakmadınız?” gibi laflar işte. Zaten bizim akrabalar hep öyle ama rahatsız ediyor sonuçta. Biz onun annesiyiz babasıyız. Biz böyle olsun ister miydik? Keşke onları söylemeselerdi. Ne bileyim işte fark etsek bir doktora götürmez miydik? (K1).*

*Çoğu bana destek oldu. Ama bazıları... Yavrumun ölümü ile ilgili ileri geri konuştu. Ben orada canımla uğraşıyorum onlar gevezelik yapmak için gelmişler (K15).*

*Bazıları “iyi ki öldü, çocuk acı çekiyordu” bile dediler. Sürekli ölüm şeklini, ölüm anını merak etmeleri rahatsız etti ve öfkeliendirdi (K11).*

Daha öncede belirtildiği üzere çocuk kaybı yaşayan ebeveynler; çocuklarının ölümü sebebiyle kendilerini başarısız hissedebilmekte ve kendilerini suçlayıcı davranışlara yönelebilmektedir. Bu doğrultuda sosyal destek sistemlerinden gelen ölüm nedenine ve ailenin yapabileceklerine dair sorular aile sisteminin bahsi geçen bu his ve davranışları derinleştirebilmekte ve sosyal destek sistemlerinden uzaklaşarak yalnızlaşmalarına sebep olabilmektedir. Dolayısıyla, ölüm anı sonrası, defin, taziye ve yeniden uyum sürecinde aile sistemi ve sosyal destek sistemleri arasındaki etkileşimin bireylerin yas sürecine uyum sağlamasında etkili olduğu ancak bu etkileşimin sağlıklı olduğu zaman işlevsel olabileceği söylenebilmektedir.

### **Yas Sürecinde Profesyonel Sistemler**

Modern çağ, ölüm anı ve hemen sonrası kayıp yaşayan kişilerle sağlık sistemlerinin etkileşimini gerektirmektedir. Evde ölüm, trafik kazası, intihar gibi hastane dışında gerçekleşen ölümlerde bile ölen kişinin yakınlarının ölüm anının hemen sonrasında sağlık sistemleriyle iletişime geçmesi gerekmektedir. Araştırmanın giriş kısmında da belirtildiği üzere<sup>7</sup>, çocuk kaybı aile sisteminin baş etmekte zorlandığı ve zaman zaman baş edemeyerek yasin mateme dönüştüğü deneyimleri ortaya çıkarabilmektedir. Dolayısıyla hem ölüm anı sonrasında yakın süreçte hem de yeniden uyum sürecinde bireyler sağlık sistemleriyle etkileşime geçmektedir. Bu doğrultuda katılımcıların anlatıları incelendiğinde “ölüm anı sonrası sağlık sistemine ilişkin deneyimler” ve “yas ve yeniden uyum sürecinde profesyonel yardım arama davranışı” yas sürecinde profesyonel sistemler temasının iki alt temasını oluşturmuştur.

### **Ölüm Anı Sonrası Sağlık Sistemlerine İlişkin Deneyimler**

Çoğu zaman kişiler ölüm haberini sağlık sisteminde yer alan personellerden alabilmektedir. Katılımcıların anlatılarında bu süreçte doktorlar, hemşireler, güvenlik güçleri gibi kişilerle etkileşimde oldukları anlaşılmaktadır. Bu etkileşimin olumlu ya da olumsuz oluşu başka bir deyişle niteliği ise aile sisteminin yas sürecini etkileyebilmektedir. Sağlık personelleriyle işlevsel etkileşimin yas ve yeniden uyum sürecine olumlu katkılarını katılımcılar aşağıdaki gibi betimlemektedir:

<sup>7</sup> Bakınız s. 1-2.



*Beklenen bir ölümdü. Hastanede kaldığımız için onlar da çocuğuma ve bana alışmışlardı. Hikayemizi bildikleri için duygusal bağ kurulmuştu aramızda. Güvenlik güçlükleri yoğun bakımın önüne geldiği zaman anladık ki biri vefat etmiş. O gün çocuğum çok kötüydü, güvenlik gelince anladım zaten. Doktor acı haberi verirken ağlıyordu (K11).*

*Doktora “öbür çocuklarımda olur mu?” dedim, “olmaz” dedi, “öbürlerinde de olur” demedi. “Kızım” dedi. Bana bunları söyleyince biraz iyi hissettim. Hiç yani ‘çocuk yapma’ demedi, öyle umut verdi. Öyle söyleyince biraz daha iyi hissettim işte kendimi. Mesela bana umut vermeseydi bilmiyorum ‘öbür çocuklarında da olur’ deseydi belki daha iyi olmazdı (K4).*

Katılımcıların anlatılarında da görüldüğü üzere sağlık personellerinin olumlu yaklaşımı acının en derin hissedildiği anlardan biri olan ölüm anının hemen ertesinde bile olumlu bir etki yaratarak kişilerin yas sürecine “umut” pozitif bileşenini dahil etmektedir. Ancak aile sistemi ve sağlık sisteminin olumlu etkileşimi kadar olumsuz etkileşimde yas sürecini şekillendirmektedir:

*Sağlık personellerinden benimle konuşan hiç olmadı. Çocuğumun ölümü hakkında belki de beni bilgilendirebilirlerdi. Ne bileyim şimdi ben hep yaşayacak zannederken, bir anda evde uyurken telefonum çaldı. Hiç beklemiyorum zaten 2 ay içinde öğrendik ve kaybettik. Ama önceden vefat edebileceğine dair keşke söyleselerdi (K1).*

*“Başınız sağ olsun” deyip çekip gitti. Yavaş yavaş söylemesi ne bileyim yani ağır ağır veya oraya geldiğimizde “önceden vefat edebilir” demesini isterdim. Teselli de edebilirdi bilmiyorum beklerdim yani. Çocuğun neyi varmış, neyi yokmuş? bir açıklama yapmadı ki. Sonuçta onun çocuğu değildi benimdi. Bir açıklama bari yapsaydı, yok. “Başınız sağ olsun” dedi gitti (E2).*

Katılımcıların anlatılarından da görüldüğü üzere sağlık sistemleri ve aile sistemi arasındaki ilişki, sadece hastalık durumunda değil, ölüm anı ve sonrasında da önemlidir. Anlatılarında gösterdiği gibi; bireyler çocuklarının ölümünden geçen zamandan bağımsız olarak sağlık sistemleriyle etkileşimin benliklerinde bıraktıkları olumsuz deneyimi halen yaşayabilmektedir. Bu nedenle hem sağlık sisteminde yer alan profesyonellerin hem de çocuk kaybı ve yas süreciyle çalışan profesyonellerin ölüm anı ve sonraki süreçte sağlık sistemleri ile etkileşimi göz önünde bulundurması gerekmektedir.

### **Yas ve Yeniden Uyum Sürecinde Profesyonel Yardım Arama Davranışı**

Aile sistemi ve profesyonel sistemler arasındaki ilişki yas ve yeniden uyum sürecinde önemli bir yer tutmaktadır. Araştırmanın giriş kısmında da belirtildiği üzere<sup>8</sup>, aile yaşam döngüsünde çocuk kaybı döngüyü, aile homeostazisini ve amaçsallığını bozan, aile sisteminde büyük yaralar açabilen bir durumdur ve kişilerin psikolojik ve psikiyatrik yardım alması bu durumla başa çıkabilmelerinde yardımcı unsurlardan bir tanesidir. Ancak katılımcılardan iki tanesi hariç katılımcıların ruh sağlığı alanında çalışan profesyonellerden yardım almadıkları görülmektedir. Katılımcıların anlatıları yardımı reddetme sebebinin yardımın işlevsizliğine yönelik inançlarıyla ilgili olduğunu göstermektedir:

*Gereksinim duymadım yani ne bileyim. Bir şey olmayacak yani. Faydası olmayacaktı açıkçası. Karşıdaki kişi hem seni anlamaz ki. İstediyi kadar anlatsın (E2).*

<sup>8</sup> Bakınız sayfa 3.

*İyi insanlardır onlar (amcaları) psikolojik destek oldu çok. Olmaya çalıştı daha doğrusu. Ne bileyim yani nasıl kalsın bu kadın ayağa? En iyi doktorlar gelse baksın, içindeki ateşi söndüremezsin (K16).*

*Kızlarım dedi ama istemedim. Acımı kendi başıma kızlarımla yaşadım. Başkasına anlatmak istemedim. Şimdi bile çok zorlandım (K15).*

Psikolojik desteği reddetmeyen katılımcıların ise ruh sağlığı hizmetlerini faydalı buldukları anlatılarına yansımaktadır:

*Bizim komşu var binada, kızı psikolog. O geldi, onunla konuşturdular beni. İştahım yoktu, yemek yemekte zorlanıyordum, uyumakta zorlanıyordum. “Bir konuş, rahatlırsın belki” dediler. Komşular konuşmamı söyledi, konuştukça konuştuk zaten. Ayşe ile (psikolog) konuştuğum zamanların çoğunda ağladım, her ağladığımda daha da rahatladım. Daha sonra ben konuşmak istedim zaten (K6).*

*Psikiyatrik yardım aldım. Uyuyamama, ölmeyi isteme, hayatım bitsin istedim. Hiç bu kadar dibe vurmamıştım. Kaç insan yaşar ki bunu?(K13).*

*Evet aldım. İyi hissettim. 2 kızım tabii ölünce bir şey oldu. Bir de büyüğüydü. 5-6 yaşındaydı. Daha şey oldum o zaman. Öbür oğlum da vardı da ne de olsa o biraz konuşuyordu. Böyle dilli dışlıydı. İkinci kez olması etkiledi. O ikinci çocukta ölünce kendimi daha çaresiz hissettim. Hiç iyi hissetmedim. İşte o zaman gittim. İyi oldu gittiğimimde (E14).*

Katılımcıların anlatılarının da gösterdiği üzere, ebeveyn sistemleri profesyonel ruh sağlığı sistemleriyle ilişkiye geçtiğinde, bu ilişkinin yas sürecinin yönetiminde işlevsel bir yönü olduğunu göstermektedir. Ancak katılımcıların çoğunluğunun psikolojik ve psikiyatrik desteğin işe yaramayacağı ön kabulüyle desteği reddettiği görülmüştür.

### **Yas ve Uyum Sürecinde Aile Sistemleri**

Çocuk kaybında, kaybın en derin hissedildiği ve acının birbirleriyle paylaşıldığı alan aile sisteminin alt sistemleri olan karı koca, ebeveyn ve kardeş alt sistemidir. Çocuk kaybı ve yas süreci bu sistemleri değiştirmekte ve zamanla bu alt sistemler yeniden şekillenmektedir. Aile sisteminde eşler hem eş sistemini hem de ebeveyn sistemini oluşturmaktadır. Araştırmanın literatür kısmında da belirtildiği üzere çocuk kaybı durumunda bu sistemler değişmekte, eş ve ebeveyn alt sistemleri birbirine destek olarak bireysel alt sistemleri güçlendirebileceği gibi zayıflatabilmektedir.<sup>9</sup> Bu doğrultuda yas ve uyum sürecinde aile sistemleri temasının alt temalarını eş alt sistemi ve ebeveyn alt sistemi oluşturmuştur.

### **Eş Alt Sistemi**

Kayıp öncesi ve sonrası eşler arası iletişim ve bağlılıkların yas sürecinin olumlu yönetilmesinde etkili olabileceği düşünülmektedir. Katılımcılardan eşlerinden destek alabildiklerini ifade eden bireyler aldıkları destekleri aşağıdaki gibi ifade etmektedir:

*Destek alıyorsun tabii ki de eşinden. Sadece bu konu değil ki eşinden sevgi görüyorsun, şefkat görüyorsun. Yani bir nebze de olsa seni rahatlatıyor ilgisi ne de olsa (K3).*

*O da destek oldu. Ağladık, sızladık. Birbirimize destek verdik. O da cahil idi. Yani o da destek oldu. “Bir daha çocuğumuz olur” dedi, “aha doktor böyle diyor” dedi mesela. İlla “öbür çocuklarında ölecek diye bir şey yok”*

<sup>9</sup> Bakınız sayfa 4-5.

*dedi doktor. Doktor öyle deyince eşim de umut etti ben de. Hem onun elinden de benim elimden de bir şey gelmezdi ki (K4).*

*Yeterli destek gördüm, halen de görüyorum. Bana bayağı destek oldu. Ben de onun sayesinde çok toparladım. Elinden geleni yaptı. Yani daha fazla bir şey istemezdim. O da olmasını istemezdi, ben de olmasını istemezdim ama Rabbim bizi şey yapmış. Hem sonuçta onun da evladı. Halen de destekliyor. “Üzülme” diyor. Yani ben de onu destekliyorum, karşılıklı destekliyoruz ve toparlıyoruz. Karşılıklı olmayınca da olmaz. Eşim beni suçlasaydı, “balkona çıkmasaydın” diye iç geçirseydi, iyi olmazdı. Belki kendimi daha fazla suçlardım. Belki hem toparlayamazdım bile (K5).*

Katılımcıların anlatıları çocuk kaybının eşlerin her ikisinin de kaybının ortak olduğunu, birbirlerine empati geliştirebildiklerini ve bu süreçte eşlerinin desteğinin kendilerini ayakta tutan etmenlerden biri olduğunu göstermektedir. Eş sistemindeki etkileşim, dayanışma ve desteğin yas sürecinden sonra yeniden uyum sürecinde bulunmadığı durumlar ise katılımcılar tarafından aşağıdaki gibi betimlenmektedir:

*Hiç destek alamadım. O da ben de hiç konuşmadık. Konusunu ne ben ne de o açmadı. Bilmiyorum neden konuşmadığımızı ama konuşmadık işte. Hala da konuşmayız ki. Zaten o da aynı benim gibi çocuğuna üzüldüğü için bana destek sağlamadı ki. İşten gelir bazen, gelir çocuğun yatağına atar kendini. Demiyorum tabii ki üzülmeyişini. Ben de biliyorum üzüldüğünü. O böyle yaşıyor, ben böyle. Keşke benimle konuşsaydı, beni teselli etseydi, ne bileyim yani gelip sarılsaydı. Ama hiçbiri olmadı. Teselli etseydi ya da birbirimizden uzak ağlamak yerine keşke oturup birlikte üzülsedydik (K1).*

*Ama işte onun da çocuğu yani kimseye bir şey denilmez, ne diyebilirsin ki yani? Sonuçta çocuğunu kaybetmişsin. Ha eşim ağladığımı görünce “üzülme” dedi tabi. “Ağlama bir daha olur” dedi. Ama keşke benim kadar üzülsedydi, ne bileyim ağlasaydı. Ben yanımda olduğunu hissetmedim. Yani tabiki o da üzüldü de, benim kadar üzülmeydi bence (E2).*

*Acımız ortaktı. Ölen ikimizin de çocuğuydu. Benim kadar üzülmeydi bile (sinirlendi). Benim yanımda olsaydı yeterdi (K15).*

Katılımcıların anlatılarında ortaya çıkan sitemkar ve üzüntülü ifadeler, eş sisteminde çocuk kaybı ile ilgili etkileşim eksikliğine işaret etmektedir. Ancak katılımcılar aynı zamanda eşlerinin üzülmeyişini değil, bu üzüntüyü paylaşmadıklarını da ifade etmektedir. Bu durum ise ailenin iletişim örüntülerinde “sessiz iletişimi” kullandıklarını göstermektedir. Bu sessiz iletişimi aşabilen katılımcılarda bulunmaktadır:

*Acısını yaşamayan insan içine atar, o acıyla yaşar, o acı da büyüyerek çok daha acı verir. Hayat bana bunu öğretti. Ben eşimin duygularını yaşaması için çok uğraştım, büyük oğlum da uğraştı. Bir yandan Meriç’in acısı, bir yandan eşimin garip tavırlar sergileyip hayattan kopuk hareketler sergilemesi beni çok üzdü. Ama ben güçlü olmaya çalıştım. Allah’a şükür eşim ile Meriç’in vefatından 1 ay sonra hıçkırarak ağladık, buna çok ihtiyacı olduğunu düşünüyordum duygularını yansıması için, o günden sonra eşimi daha rahatlamış daha kendini ifade eden birisi olarak gördüm (K6).*

Katılımcının anlatısı sessiz iletişimin eşler arasındaki etkileşimin artmasıyla sağlıklı bir iletişime dönüşebileceğini ve kaybın eş sistemleri arasında paylaşıldığında aile sistemini güçlendirdiğini göstermektedir. Katılımcıların anlatılarından eş sisteminde iletişim örüntülerinin işlevsel olarak kullanılabilirdiği aile sistemlerinde çocuk kaybı ve yas sürecinin daha iyi yönetilebildiği, eşlerin birbirlerinin sessiz iletişimi anlayamayabileceği, bu durumunsa hem bireysel sistemleri hem de eş sistemini etkilediği sonucuna varılabilir.

**Yas Sürecinde Ebeveyn Alt Sistemi**

Çocuk kaybı sürecinde ailede bir alt sistem sonlanmaktadır. Ailede başka bir çocuk olduğu ya da yeni bir çocuk doğduğu durumlarda ise yeni bir ebeveyn alt sistemi oluşmaktadır. Katılımcılar, diğer çocuklarının desteğinin çocuk kaybıyla başa çıkmalarında ve yas sürecini yönetebilmelerinde etkili olduğunu ifade etmektedir:

*Benim bir oğlum vefat etti ama bir oğlum daha var, onun için ayağa kalktık (K6).*

*Çocuğumu düşündüm. Evde bir tane 2 yaşında çocuğum vardı. Hep onu düşündüm, yetim kalacak. Ben yetim kaldım, o çocuk da yetim kalacak (K7).*

*En destek veren oğlum oldu. Oğlum bana destek oldu, ben ona. Oğlum çok üzüldü, ağladı. Onun benim yanımda olması bana bir destek (K9).*

*Beni teselli ettiler. Diğer çocuklarım için iyi oldum (K16).*

Görüldüğü üzere çocuk kaybıyla oluşan yeni ebeveyn sisteminde çocuklar ebeveynler için bir destek işlevi görerek ailenin yas sürecinde ortaya çıkan amaçsallık kaybına yeniden bir amaç kazandırmıştır. Benzer bir işlevin çocuk kaybindan sonra yeni bir çocuk sahibi olunduğunda ya da bunun inancıyla da ortaya çıkabildiği görülmüştür:

*Hemen zaten arkasında ikiz çocuklarım oldu. Zaten hamilelik zamanında işte tüm yattım ben. Sonra da hastalandılar onların hastane işi ile uğraştım (K1).*

*Zaten şimdi dedim ya “hamileymişim ben, anlamamışım” diye. Çocuğum şimdi yeniden olacak diye ona arkalandım, sevindim, memnun oldum. O çocuğum olunca da mutlu oldum. Ama her evlat farklı birinin yerini diğeri tutmaz ki, aynı olmaz.. (K3).*

*Yeniden bir çocuğum olacağını da bilmek beni biraz daha rahatlattı. “Yine çocuğun olacak” dediler. “Onun canı sağ olsun” dediler. Onun tesellisi ile ayakta durdum (K8).*

Çocuk kaybında ailede başka bir çocuğun olması ya da yeni bir çocuk ihtimali eş sistemlerini yeni oluşan ebeveyn sistemleriyle desteklerken, bu ihtimalin ortadan kalkması çocuk kaybıyla baş etmeyi daha da zorlaştırabilmektedir:

*Çocuğumuzun olması zormuş 1 yıl önce öğrendik, o da yarasını derinleştirdi ama bir kere kanayan yara kolay kolay acımaz artık. Kapanmıyor (E10).*

*Bir daha anne olacağımı sanmıyorum. Bu yüzden yaklaşık bir ay kendimde olamadı (K11).*

Katılımcıların anlatılarının da gösterdiği üzere yeni oluşan ebeveyn sisteminde yaşça büyük gençlerin ebeveynlerine destek olduğu, yeni bir çocuk sahibi olma ihtimalinin yas sürecinin olumlu yönde yönetilmesini sağlarken, bu ihtimalin ortadan kalkmasının ise olumsuz bir etki yarattığı görülmektedir.

**Birey Alt Sisteminin Diğer Sistemlerle Etkileşim İçerisinde Geliştirdiği Baş Etme Mekanizmaları: Benliğin Farklılaşması, Manevi Sistemler, Gündelik Rutinler ve İş Sistemleri**

Yas süreci ve çocuk kaybıyla baş etmede aile içi sistemler arasındaki ilişkiler kadar bireysel sistemlerin diğer sistemler ile olan ilişkisi önemli bir rol oynamaktadır. Birey alt sisteminin benliğin farklılaşma düzeyi ve

manevi sistemler, iş sistemleri ve gündelik hayat sistemleriyle olan ilişkisinin bu süreçte etkili olduğu görülmektedir. Benliğin farklılaşma düzeyine göre baş etme mekanizmalarının değiştiği görülmüş, katılımcıların yas sürecinde özellikle duygusal kopma davranışı gösterdikleri keşfedilmiştir:

*Ben dışarıya hiç vurmadım. Kimse ile paylaşmadım. Hep içimde paylaştım. Hiç kimseye derdimi söylemedim. Ben hep kendim dışarıda oturuyordum. Yastığına sarıldım, oturdum. Yemek yemedim, yavrum çok çaktı (ağladı) (K8).*

*İnsan bu süreçte kendini tamamen tek bırakmak istiyor. Ses duymaya tahammülü olmuyor (E14).*

*Uzun zaman bir şey yapmadım. Yaptığım her şey günahmış, ayıpmış gibi geliyordu bana (K15).*

Katılımcıların anlatıları, çocuk kaybıyla beraber duygusal kopma davranışı sergilediklerini göstermektedir. Bu davranış yas sürecinde görülmesi olası bir tepkidir. Ancak bu davranışın sürekliliği ve bireyin yas ve uyum süreci, aile sisteminden özerkleşerek diğer sistemlerle kurduğu ilişkiyle de belirlenmektedir. Başka bir deyişle, bireyin hayata verdiği anlam sadece ailesinden değil, günlük hayat sistemleri, manevi sistemler ve iş sistemleriyle ne kadar ilişkilenebildiği ile de ilgilidir. Manevi sistemler çocuk kaybı ve yas sürecinde önemli bir rol oynamaktadır. Katılımcıların inançları, dualar ve kabir ziyaretlerinin bu süreçte önemli bir baş etme mekanizması işlevini yansıttığı görülmektedir:

*Zaten ben "Allah'tan geldi, Allah aldı" diyorum. Yani öyle pek şey yapmadım. Yani onunda cennette olduğunu biliyorum şu anda. Bizleri de cennete alacağını biliyorum. O yüzden hep teselli ettim kendimi. Kübra'nın öldüğünü kabul etmek, günahsız gitti sonuçta (E2).*

*Rabbim sabır verdi ve ben yani Rabbim'e sığındım diyeyim. Adama taşımayacağı yük vermiyor. Ben çok korkuyordum mesela çocuğumu kaybetmekten, "taşıyamam" diyordum. Ama taşıyormuşsun, Rabbim onun kolaylığını veriyormuş (K6).*

Katılımcılar ettikleri dualar gibi, kabir ziyaretlerinin de çocuk kaybı ve yas süreciyle baş etmelerine yardımcı olduğunu belirtmektedir:

*Gidiyorum özlem gideriyorum, "annem gelmiş" demiştir, diyorum. Yani bensiz yapamaz diyorum, sevinirdir diyorum, rahatlıyorum gidince (K5).*

*İlk gittiğim günler içim yanıyordu ama artık ona da alıştık. Gidip kabri başında Yasin okumak beni güzel hissettiriyor. Ayrıca o mezarlık ortamı zaten insanı dinginleştiriyor, bu hayat ebedi değil, her canlı ölümü tadacak bizim gideceğimiz yer de orası. Ha erken, ha geç elbet oraya gideceğiz (K6).*

*Yavrumla kavuşmak, konuşmak için haftada iki gün gidiyorum. Toprağına sarılıp ağlıyorum, konuşuyorum, çiçeklerini suluyorum. Keşke ölmeseydi yavrum (K15).*

Benliğin farklılaşması ve manevi sistemler sadece dini sistemlerle ilişkili olmayıp, bireylerin kendilerine yaratabildikleri alanlar, yaratıcılıkları ve tinsel baş etme mekanizmalarıyla da ilgili olabilmektedir. Bir katılımcı dini sistemleri hiç kullanmadığını ancak rahatlamak için yazı yazdığını ve kabir ziyaretinde bulunduğunu ifade etmektedir:

*Konuşmaktan ziyade yazmayı tercih ediyorum. Örneğin, Mert'in doğumu. Ya da okula gittiği ilk gün kahvaltı sofrasındaki halimiz. Acıyı bir nebze olsun azaltabiliyor. Daha önceden yoktu bu durum, Mert'i kaybettikten sonra onun her halini canlandırmak istiyorum uzun uzun. Örneğin annesinin ayağında sallanırken uyumaya*

*dalmasına sayfalarca tasvir edebiliyorum. Galiba sınırlı sayıdaki yaşamış olduğu zamanı yazarak uzatmaya çalışıyorum. Bir de insanın inancı olmasa bile bazen yanına gidip, toprağına dokunarak konuşmak bir süreliğine de olsa çok büyük huzur sağlıyor (E14).*

Görüldüğü üzere, bireysel alt sistemlerde benliğin farklılaşma düzeyi, çocuk kaybına yönelik baş etme mekanizmalarının farklılaşmasını da beraberinde getirmektedir. Bununla birlikte genel olarak sosyal destek sistemleri, eş sistemi, ebeveyn sistemi ve manevi sistemlerle beraber günlük hayat sistemleri ve iş sistemlerinin bireylerin baş etme mekanizmalarında etkili olduğu görülmektedir:

*Yani işle uğraşmak açıkçası acımı unutturmada iyiydi. Çünkü bazen kafamdan gidiyordu, bazen geliyordu aklıma. Bazen de unutup gidiyordum. İş, dışarı daha bir iyi geldi. Kafamı dağıtmama yardımcı oluyordu. Evde sürekli kal kal, nereye kadar? Hem senin bir ailen var, eve ekmek getirmek de zorundasın hem de dışarıda olmak ile evin dışında kalmak ile insan biraz olsun uzaklaşıyor, işte düşünmüyor (E2).*

*Aynı hayata devam ettim. Tabii onun acısı her zaman duruyor. İşinde gücünde de olsan onu her zaman hatırlıyorsun (K4).*

*İstesen de istemesen de hayat devam ediyor, sende devam etmek zorundasın, dursan neye yarayacak anca kendine zarar vereceksin (K6).*

*İşten, güçten kızım. O zamanlar biz yani işten güçten onu düşünmeye fırsat bulamadık ki. Tarladaydık, kimyon ekiyorduk, çekirdek ekiyorduk, nohut biçiyorduk, onlarla ilgileniyorduk. Çocuğun ile kim ilgilenecek? (K7).*

*Psikolojim şey oldu. Kendimi işe verdim. Hani para için mi gittin dersin. Hayır. Orada sadece ağlamak için gittim (K9).*

*İşe gidip gelmek beni oyalıyor. Kendim atölyede ustabaşılık yapıyorum, zaman geçiyor (E10)*

Katılımcıların anlatıları, yas ve çocuk kaybı süreci ile baş etmenin; aile sistemi, sosyal destek sistemleri ile beraber bireysel alt sistemlerin manevi sistemler, iş sistemleri ve gündelik hayat sistemleriyle kurduğu ilişkiyle de ilgili olduğunu göstermektedir. Bireysel alt sistemler bu ilişkileri sağlayamadıklarında ve gündelik hayata geri dönemediklerinde ve yas tepkileri uzadığında patolojik yasa dönüşebileceği söylenebilir.

### **Tartışma ve Sonuç**

Çocuk kaybının travmatik bir yaşam deneyimi olması, ailelerin çoğunlukla en değer verdiği bireyin çocuk olması, çocuk kaybıyla aile homeostazisinin bozulması ve amaçsallık kaybı gibi sebepler aile sisteminde işlevsel bozuklukların yaşanmasına (Nazlı, 2003; Duyan, 2010), yas sürecinin uzun sürmesine ve yeniden uyum sürecinin sağlanması konusunda profesyonel desteğe ihtiyaç duyulmasına (Hazardın, 2021) sebep olabilmektedir. Sosyal hizmet uzmanları ise palyatif bakım sistemlerinde, aile ya da yas danışmanlığında yer alarak bu profesyonel desteği sağlayabilecek mesleklerden biridir (Tekindal, 2019). Bu doğrultuda araştırma; aile sistem teorisi temelinde çocuk kaybını ve yas sürecine yönelik deneyimleri sosyal hizmet perspektifiyle yansıtmayı amaçlamıştır. Bu amaç doğrultusunda, bu müracaatçı gruplarıyla çalışacak sosyal hizmet uzmanlarının çocuk kaybı deneyimini anlamlandırabilmesi ve etkili hizmet sunumu için göz önünde bulundurması gereken sistemleri belirlemeye çalışmıştır. Araştırma sonuçları yas ve yeniden uyum

sürecinde; sosyal destek sistemleri, profesyonel sistemler, eş ve ebeveyn alt sistemi ve bireysel alt sistemlerin benliğin farklılaşması düzeyinde manevi sistemler, iş sistemleri ve gündelik hayat sistemleriyle kurulan ilişkinin yas ve çocuk kaybı sürecinde göz önünde bulundurulması gereken sistemler olduğunu göstermektedir.

Araştırma sonuçları, alanyazına paralel olarak aile sistemlerinde akraba, dost, arkadaş gibi sosyal destek sistemleriyle kurulan ilişkinin etkili olduğunu ve bu etkileşim olumlu olduğu zaman kolaylaştırıcı bir etkisi olduğunu göstermektedir (Kreichbergs ve diğ., 2007; Hazardın, 2021). Bu doğrultuda ailelerin açık ya da kapalı sistem özelliği göstermesi çocuk kaybı ve yas sürecinde sosyal desteğin işlevsel kılınmasında önemli görülmektedir. Ancak taziye gibi ritüellerde sosyal destek sistemlerinin acıyı paylaşmaktan ziyade çocuk kaybının nedenlerini sorgulaması, başka konular hakkında konuşması, ebeveynlere suçlayıcı imalarda bulunmasının sosyal desteğin olumlu işlevine zarar vererek yas ve yeniden uyum sürecini etkilediği görülmüştür. Yas sürecinde sosyal destek sistemlerinin yüzeysel destek sunabileceği alanyazın tarafından da işaret edilmekte (Aho ve diğ. 2009), dolayısıyla yas süreci ve çocuk kaybıyla çalışan sosyal hizmet uzmanlarının sosyal destek sistemleri ile ilişkiyi göz önünde bulundurdıkları kadar bu desteğin niteliğini de değerlendirmelerinin gerekliliği açığa çıkmaktadır. Çocuk kaybı ve yas sürecinde sosyal destek sistemlerinde işlevsel bir bozukluk olduğunu tespit eden sosyal hizmet uzmanlarının işlevsizliğin aile sisteminde yarattığı etkiye ve sosyal destek sistemlerinin işlevsel kılmaya yönelik çalışmalar yapmaları gerektiği düşünülmektedir.

Çocuk kaybı sürecinde, ölüm anı ve sonrasında aile sistemi, sağlık sistemleriyle yakın ilişki içinde olabilmektedir. Sağlık personellerinin hizmet sunumu ailenin çocuk kaybı, yas süreci ve yeniden uyum sürecini etkileyebilmektedir. Katılımcıların anlatılarından elde edilen bulgular, sağlık çalışanları ile iletişimlerinde olumsuz deneyimler yaşandığını göstermektedir. Ölüm nedeni ile ilgili bilgi verilmemesi ya da yetersiz bilgi paylaşımı, ölüm haberinin verilmesindeki duyarsızlık öne çıkan olumsuz anılar olduğu gibi, doktorların süreç sonrasında “yeniden çocukları olabileceğine dair” verdikleri bir bilginin bile katılımcıların çocuk kaybı sonrasında ümitlenmelerine yol açan olumlu bir deneyime dönüşebildiği görülmüştür. İlgili alanyazın aile bireylerinin çocuklarını ölüm haberinin verilmesinde; gerçekçi, dürüst ve doğru bilgi talep ettiğini, ancak bazı zamanlarda sağlık çalışanlarının ölümle ilgili bilgi vermedikleri ve haberi verme sorumluluğunu başkalarına yükleyerek kaybı yaşayan ailelerin olumsuz etkilenmelerine neden olduklarının altı çizilmektedir (Laakso ve Paunonen-Ilmonen, 2002). Dolayısıyla sosyal hizmet uzmanlarının, ölüm sürecini bir bütün olarak değerlendirmesi ve aile sisteminin sağlık personelleriyle iletişimini de göz önünde bulundurması gerektiği düşünülmektedir. Sosyal hizmet uzmanlarının aynı zamanda eğitici rolü çerçevesinde sağlık çalışanlarının konuyla ilgili bilgilendirilmeleri ve farkındalıklarının artırılmasına yönelik mesleki çalışmalar yapmaları önerilmektedir.

Çocuk kaybı ve yas süreci aile sisteminin yaşadığı travmatik olaylardan biri olarak görülmektedir ve psikolojik ve psikiyatrik destek sistemlerinin diğer sistemlerle beraber etkili sistemlerden biri olduğu bilinmektedir

(Sayıl, 2008). Ancak katılımcıların çoğunluğunun bu üzüntüyü tek başına deneyimlediklerini ve çevresinde yer alan diğer sistemlerle ilişki kurarak yas sürecini yönettikleri görülmüştür. Katılımcıların psikolojik desteği reddetmelerinin genel olarak psikolojik desteğin işlevsiz olduğuna yönelik bir inançtan kaynaklandığı görülmüştür. Dolayısıyla bu alanda çalışan sosyal hizmet uzmanlarının ailelerin bu önyargıyı taşıyabileceklerinin farkında olmaları gerekmektedir. Bu doğrultuda sosyal hizmet uzmanlarının, ailelerle çalışırken bilgilendirme rolleri kapsamında; danışma sürecinin amacının çocuklarının acısını unutturmak değil, kayıpla yaşam ve uyuma yönelik olduğuna dair farkındalık yaratmaları gerekmektedir. Nitekim katılımcılardan psikolojik destek alanlar sürecin olumlu yönlerine işaret etmiş ve ilgili alan yazında kayıp sonucunda yaşanan yas, suçluluk, pişmanlık, keder, öfke gibi duyguların psikolojik destekle aşılabildiğini ya da şiddetinin azaltılabildiğini göstermektedir (Kreicbergs vd., 2007; Bennet vd., 2012; Maraş, 2014; Johannsen vd., 2019).

Ölüm anı sonrası ve yas sürecinde destek sunan kişi sayısı zaman geçtikçe azalabilmektedir. Türkiye’de ölümle başa çıkmada kullanılan dini ritüeller çoğunlukla ölüm ardından geçen bir hafta, 52 gün ve yıl dönümlerinde mevlüt okutmak gibi aktiviteleri içermektedir. Bu ritüeller daha fazla akrabanın, dostun ve tanıdığın aile sisteminin yanında olduğu zamanlardır, bu zamanlar dışında aile sistemi kendiyile baş başa kalmakta ve aile sistemi daha çok içsel mekanizmalardan faydalanmaktadır (Aho vd., 2009). Bununla birlikte, çocuk kaybı sonucunda aile sistemi yeniden şekillenmekte ve yeni alt sistemler oluşmaktadır. Bu doğrultuda araştırma sonuçları, çocuk kaybı sonrasında eş sistemlerinin yeniden şekillendiğini ve yeniden uyum sürecinde birbirlerine destek sunan eş sistemlerinin daha güçlü baş etme mekanizmaları geliştirdiğini göstermektedir. Eşlerin tuttıkları yası aynı davranışlarla yansıtmamaları, kayıp ile ilgili konuşma isteği, ölüme yükledikleri anlam gibi etmenlerin farklılaşması ise hali hazırda çocuk kaybindan etkilenen eş sisteminde duygusal mesafe veya uyumsuzluk yaratabilmektedir (Lang ve diğ., 2011). Katılımcıların bir kısmının eşlerinin olumsuz desteği ile ilgili suçlayıcı ifadeler kullanması ve büyük bir kısmının eşlerinin de üzüldüğünü ancak bunu kendileriyle paylaşmadıklarını bildirmesinin iletişim örüntülerindeki sessiz iletişim ve eşler arası bireysel farklılıklarla ilgili olduğu düşünülmektedir. Dolayısıyla sosyal hizmet uzmanlarının çocuk kaybı yaşayan eş sisteminin yeniden kuruluşundaki iletişim örüntülerini gözetmeleri ve eşlerin birbirlerinin bireysel farklılıklarına yönelik suçlayıcı olmayan ve empatik bakış açıları geliştirmesine yönelik mesleki müdahalelerde bulunmaları önerilmektedir.

Çocuk kaybıyla, ailede başka çocuk yoksa ebeveyn alt sistemi sonlanabilmekte, varsa yeni bir ebeveyn alt sistemi oluşabilmektedir. Katılımcıların anlatıları çocuğu olan ebeveyn sistemlerinin çocukları için hayata tutunmaya çalıştıklarını ve bu süreçte çocuklarının kendilerine destek olduğunu göstermektedir. Ebeveyn alt sistemini değerlendirirken sosyal hizmet uzmanlarının öncelikli olarak göz önünde bulundurması gereken iki konu vardır. Bunlardan ilki, yas sürecindeki ailelerde sınırlar, kurallar ve rollerde değişimler görülme ihtimalinin yüksek olduğu, bunun yanında yaşayan çocuğun ihmal edilmemesi gerekliliğidir. Aile sistemini etkileyen travmatik olaylarda, çocuğa temel destek sağlayıcı olması gereken ebeveyn sistemiyken,



ebeveynler yas süreçlerinde diğer çocukların ihtiyaçlarını ve yas süreçlerini göz ardı edebilmekte (Dyregrov ve Dyregrov, 2013) ve çocukların ebeveynlerine destek olma ve koruyuculuk sorumluluklarını yüklenemedikleri görülmektedir (Funk ve diğ., 2018). Bununla birlikte hayatta kalan kardeş, kendi kaybına ilişkin yasının yanında ebeveynlerinin yas sürecine katkı vermeye çalışmakta bununla birlikte ölmediği için suçluluk duyabilmekte ve dışlanmış hissedebilmektedir (Kıvılcım, 2020). Dolayısıyla yas sürecinde tüm alt sistemlerin ihtiyaçları gözetilmeli ve aile sistemini işlevsel kılan kurallar ve rollerin değişimi konusunda dikkatli olunmalıdır (Aktaş, 2004; Özabacı ve Erkan, 2014; Kocakaya ve Var, 2018). Kısa süreli olduğunda kabul edilebilir olan ailedeki rol değişimi, ailedeki diğer çocuğun ihmal edilmesine ve ebeveyn rolünü tamamen üstlenmesine yol açtığına ise müdahale edilmelidir. Sosyal hizmet uzmanlarının göz önünde bulundurması gereken ikinci konu ise müracaatçıların çocuklarının ölümüne dair yarım kalan duygu ve eylemlere özen gösterilmesi ve önceki sistem kapanmadan diğer sistemin kurulmasının sakıncalarının farkında olunmasıdır (Gizir, 2006). Katılımcıların çoğunluğu ailelerine yeni bir çocuğun katılmasının olumlu etkisinden bahsetse de, çocuk kaybının hemen ardından çocuk dünyaya getirme isteğinin diğer çocuğun ölümüne yönelik kaygı, yeni doğan çocuğun kaybedilen çocuğun gölgesinde kalması gibi sonuçları olabileceği ile ilgili bilgilendirme yapılması gerekmektedir (Anisfeld ve Richards, 2000). Bu doğrultuda uzmanın aile sisteminin yeni çocuk kararını gözetirken; çocuk kaybına yönelik alt sistemin kapanıp kapanmadığı ve ani kararların verilip verilmediğini değerlendirmesi gerekmektedir.

Araştırma sonuçları, ailelerin çocuk kaybına ilişkin deneyimlerinde etkili olan bir diğer faktörün, aile üyelerinin benliğin farklılaşma düzeyleri ile ilgili olduğunu göstermektedir. Katılımcıların yas sürecinde duygusal kopma davranışı göstererek yalnızlaştıkları, ancak sosyal destek sistemleri, profesyonel sistemler, eş ve ebeveyn alt sistemi ile beraber manevi sistemler, iş sistemleri ve günlük hayat sistemlerinin işlevselliğinin yas süreçlerinde etkili olduğu görülmüştür. Benliğin farklılaşma düzeyinde baş etme mekanizmalarının; kabir ziyareti, dualar gibi manevi sistemlerin kullanımı, işe giderek günlük hayata yeniden dahil olma ya da yazı yazarak rahatlama gibi farklı yolların kullanılması çerçevesinde değiştiği görülmüştür. Dolayısıyla, literatüre paralel olarak çocuk kaybında yas sürecinin bireysel farklılıklar temelinde değiştiği (Bonanno ve Kaltman, 2001; Arizmendi ve O'Connor, 2015) görülmüş, ancak birey sistemi ve aile sistemi arasındaki karşılıklı etkileşimin, bireysel alt sistemlerin deneyimlerini de etkilediği bulunmuştur. Dolayısıyla, çocuk kaybı ve yas süreciyle çalışan sosyal hizmet uzmanlarının hem bireylerle hem de ailelerle çalışması gerektiği düşünülmektedir. Bu doğrultuda sosyal hizmet uzmanı; ölen bireyin öyküsünü öğrenmeli, ailenin görevlerini değerlendirmeli (ölümü kabul etme, yası paylaşma, aileyi yeniden düzenleme), iletişim örüntülerini açığa çıkarmalı ve gerektiği durumlarda yas terapisini planlamalıdır (Kissane, 2014, akt. Arslan ve Buldukoğlu, 2019). Sosyal hizmet uzmanlarının bu süreçte; ölümün ve yasin aile üyeleri açısından netleştirilmesine rehberlik etmesi, çocuk kaybıyla değişen aile içi rollerin, ilişkilerin ve iletişim biçimlerinin işlevselleşmesine yardımcı olması, ailenin yeni amaçlar ve gelecek planları kurmasına yönelik mesleki uygulamalar gerçekleştirmesi gerekmektedir (Walsh ve McGoldrick, 2004, akt. Arıcı, 2014).

Sonuç olarak, araştırma sonuçları sosyal hizmet uzmanlarının yas ve yeniden uyum sürecinde; sosyal destek sistemleri, profesyonel sistemler, eş ve ebeveyn alt sistemi ve bireysel alt sistemlerin benliğin farklılaşması düzeyini, manevi sistemler, iş sistemleri ve gündelik hayat sistemleriyle kurduğu ilişkiyi göz önünde bulundurması gerektiğini göstermektedir. Bu doğrultuda sosyal hizmet uzmanlarının yas danışmanlığını planlarken; ailenin sosyal destek sistemleriyle ilişkisinin niteliğini gözetmesi, aile sistemini bir bütün olarak gözettiği kadar, alt sistemler arasındaki ilişkiyi gözetmesi, bu doğrultuda alt sistemlerin benliğin farklılaşması düzeyi ve manevi alt sistemler, iş sistemleri ve gündelik hayat sistemleriyle ilişkisinin işlevsel kılınmasına odaklanması temel öneriler olarak şekillenmiştir. Bununla birlikte, sosyal hizmet uzmanlarının ailelerin ruh sağlığı alanına yönelik önyargıları ve sağlık çalışanlarının yas ve ölüm sürecinde hizmet verme becerilerini geliştirebilecek farkındalık çalışmaları gerçekleştirmeleri önerilmiştir.

Bu bilgiler doğrultusunda kayıpları ebeveyn perspektifinden ele alan çalışmaların yanı sıra kardeş sistemini değerlendirilecek araştırmalar yapılması, ölen çocuğun yaşı, cinsiyeti, engel durumu gibi farklılık kategorilerine odaklanan çalışmalar yapılması, aileler ile çalışan meslek elemanlarına yönelik hizmet içi eğitimler tasarlanması ve araştırmalar yapılması, benzer şekilde kamusal aile danışmanlığı hizmetlerinin nicelik ve nitelik olarak artırılması önerilmektedir.

**Kaynakça**

- Aho, A. L., Tarkka, M. T., Åstedt-Kurki, P. ve Kaunonen, M. (2009). Fathers' experience of social support after the death of a child. *American Journal of Men's Health*, 3(2), 93-103.
- Alptekin, K. ve Duyan, V. (2009). *İntihar ve İntiharı Önleme*. İstanbul: Yeni İnsan Yayınevi.
- Anisfeld, L. ve Richards, A. D. (2000). The replacement child: Variations on a theme in history and psychoanalysis. *The Psychoanalytic study of the child*, 55(1), 301-318.
- Arıcı, N. (2014). Travmatik Yas Sorununda Aile Dayanıklılığı Programının Kadınlardaki Travma Sonrası Stres, Yas Ve Aile Dayanıklılığı Düzeylerine Etkisi. Doktora Tezi, Sakarya Üniversitesi, Sakarya.
- Arizmendi, B. J., ve O'Connor, M. F. (2015). What is "normal" in grief?. *Australian Critical Care*, 28(2), 58-62.
- Arslan, B. ve Buldukoğlu, K. (2019). Yasın aile üzerine etkilerini azaltmak için uygulanan yas destek programları. *Psikiyatride Güncel Programları*, 11(3), 402-417.
- Baykara-Acar, Y. ve Acar, H. (2002). Sistem yaklaşımı, eko-sistem yaklaşımı ve sosyal hizmet. *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*, 13 (1), 29-35.
- Benkel, I., Wijk, H. ve Molander, U. (2009). Family and friends provide most social support for the bereaved. *Palliative Medicine*, 23(2), 141-149.
- Bennett, S. M., Ehrenreich-May, J., Litz, B. T., Boisseau, C. L. ve Barlow, D. H. (2012). Development and preliminary evaluation of a cognitive-behavioral intervention for perinatal grief. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(1), 161-173.
- Bildik, T. (2013). Ölüm, kayıp, yas ve patolojik yas. *Ege Tıp Dergisi*, 52(4), 223-229.
- Bonanno, G. A. ve Kaltman, S. (2001). The varieties of grief experience. *Clinical psychology review*, 21(5), 705-734.
- Boss, P. G. (1980). Normative family stress: Family boundary changes across the life-span. *Family Relations*, 445-450.
- Brown, J. (2012). Bowen family systems and grief: Thinking about variation in the grief response and recovery. İçinde Wesley, M. (Ed.). *Loss and Discovery: Responding to Grief with the Compassion of Christ and the Skills of All God's People*. Erişim adresi: [https://www.thefsi.com.au/wp-content/uploads/2014/01/Bowen-Family-Systems-and-Grief\\_Jenny-Brown.pdf](https://www.thefsi.com.au/wp-content/uploads/2014/01/Bowen-Family-Systems-and-Grief_Jenny-Brown.pdf) Erişim tarihi: 17.05.2021
- Çakır, Y. ve Palabıyıkoglu, R. (1997). Gençlerde sosyal destek-çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Kriz Dergisi*, 5(1), 15-24.
- Çamur-Duyan, G. (2011). Parçalanmış aileler ve Sosyal Hizmet Müdahalesi. İçinde Özkan, Y. ( Ed.), *Sosyal Dışlanma ve Aile: Sosyal Hizmet Müdahalelerinde Güçlendirme Yaklaşımı*, s. 13-31. Ankara: Maya Akademi.
- Duyan, V. (2010). *Sosyal Hizmet Temelleri, Yaklaşımları ve Müdahale Yöntemleri*. Ankara: Sosyal Hizmet Uzmanları Genel Merkezi.
- Dyregrov, A. ve Dyregrov, K. (2013). *Complicated grief in children—the perspectives of experienced professionals*. *Journal of Death and Dying*, 67(3), 291-303.
- Erdugan, S. (2019). Koruyucu Aile Modelinde Aile Yaşam Deneyimleri: Aile Sistemleri Teorisi Temelinde Niteliksel Bir Araştırma. Hacettepe Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi.
- Funk, A. M., Jenkins, S., Astroth, K. S., Braswell, G. ve Kerber, C. (2018). A narrative analysis of sibling grief. *Journal of Loss and Trauma*, 23(1), 1-14.
- Gizir, C. A. (2006). Bir kayıp sonrasında zorluklar yaşayan üniversite öğrencilerine yönelik bir yas danışmanlığı modeli. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2(2), 195-213.
- Göka, E. (2014). *Hayatın Anlamı Var mı?*. İstanbul: Timaş Yayınları.
- Gül, S., Olgunsoylu, B. ve Ünal, Y. (2015). Yetersizliği olan ve normal gelişim gösteren çocuğa sahip ailelerin travma sonrası stres belirtileri ve sosyal destek düzeylerin incelenmesi. *Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 12(32), 221-245.
- Haefner, J. (2014). An application of Bowen family systems theory. *Issues in Mental Health Nursing*, 35(11), 835-841.
- Hallaç, S. ve Öz, F. (2014). Aile kavramına kuramsal bir bakış. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 6(2), 142-153.
- Hancock, B., Ockleford, E. ve Windridge, K. (2001). *An introduction to qualitative research*. Erişim adresi: [https://www.rds-yh.nihr.ac.uk/wp-content/uploads/2013/05/5\\_Introduction-to-qualitative-research-2009.pdf](https://www.rds-yh.nihr.ac.uk/wp-content/uploads/2013/05/5_Introduction-to-qualitative-research-2009.pdf) Erişim Tarihi: 19.05.2021

- Hazardın, T. (2021). *Yeniden Bağlanmak: Kayıp ve Yas Sürecinde Hayata Yeniden Tutunmak*. İstanbul: Kanon.
- İlerisoy, M. (2012). Aile Sistemleri Kuramı Çerçevesinde İnfertilite Tedavisi Gören Ailelerde Aile Yaşam Döngüsünün Nitel Yöntemlerle Araştırılması, Maltepe Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi.
- Johannsen, M., Damholdt, M. F., Zachariae, R., Lundorff, M., Farver-Vestergaard, I. ve O'Connor, M. (2019). Psychological interventions for grief in adults: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of affective disorders*, 253, 69-86.
- Karababa, A., Mert, A. ve Çetiner, P. (2018). Üniversite öğrencilerinde psikolojik iyi olmanın bir yordayıcısı olarak benlik ayrımlaşması. *Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi*, 19(2), 1235-1248.
- Kavanaugh, K., Trier, D. ve Korzec, M. (2004). Social support following perinatal loss. *Journal of Family Nursing*, 10(1), 70-92.
- Kıvılcım, M (2020). Palyatif bakım: çocuklarda ölüm ve yaşam sonu bakım. İçinde Çelik, T. (Ed.), *Pediyatrik Palyatif Bakım*, s. 659-667. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.
- Kocakaya, R. ve Var, E. (2018). Aile işlevselliği: engelli üyelere sahip aileler örneği. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 11(58), 707-716.
- Koyuncu, Ö. (2015). Ebeveyn Kaybı Yaşayan Kişilerde Psikolojik Esneklik Tepkisinin Psiko-sosyal Belirleyicileri: Kaybın Koşulları, Kişinin Kendine, Dünyaya, Geleceğe Yönelik Algısı, Algılanan Sosyal Destek ve Başa Çıkma Stratejileri. Hacettepe Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Kreicbergs, U. C., Lannen, P., Onelov, E. ve Wolfe, J. (2007). Parental grief after losing a child to cancer: impact of professional and social support on long-term outcomes. *Journal of Clinical Oncology*, 25(22), 3307-3312.
- Laakso, H. ve Paunonen-Ilmonen, M. (2002). Mothers' experience of social support following the death of a child. *Journal of Clinical Nursing*, 11(2), 176-185.
- Lang, A., Fleischer, A. R., Duhamel, F., Sword, W., Gilbert, K. R. ve Corsini-Munt, S. (2011). Perinatal loss and parental grief: The challenge of ambiguity and disenfranchised grief. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 63(2), 183-196.
- Maraş, A. (2014). Komplike yas: Derleme ve vaka çalışması. *AYNA Klinik Psikoloji Dergisi*, 1(1), 41-59.
- Mavili-Aktaş, A. (2003). Kriz durumlarında sosyal hizmet müdahalesi. *Kriz Dergisi*, 11(3), 37-44.
- Mavili-Aktaş, A. (2004). Aile terapisinde sosyal hizmet yaklaşımı. *Aile ve Toplum Dergisi*, 2(7), 1-10.
- Mavili-Aktaş, A. (2013). *Ben ve Ailem*. Atlas Akademi: Konya.
- Meij, L. W. D., Stroebe, M., Schut, H., Stroebe, W., Van Den Bout, J., Heijden, P. G. ve Dijkstra, I. (2008). Parents grieving the loss of their child: Interdependence in coping. *British Journal of Clinical Psychology*, 47(1), 31-42.
- Myer, R. A., Williams, R. C., Haley, M., Brownfield, J. N., McNicols, K. B. ve Pribozie, N. (2014). Crisis intervention with families: Assessing changes in family characteristics. *The Family Journal*, 22(2), 179-185.
- Nadir, U. (2013). Aile danışmanlığı eğitimlerinde popüler filmlerin kullanımı ve yapısal aile terapisi kuramı ile dalgaların prensi filminin analizi, *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*, 24(1), 129-143.
- Nazlı, S. (2003). *Aile Danışmanlığı*. Ankara: Nobel.
- Özabacı, N ve Erkan, Z. (2014). *Aile Danışmanlığı Kuram ve Uygulamalara Genel Bir Bakış*. Ankara: Pegem Akademi.
- Özburun, N. (2018). Genel sistem teorisinden etkilenen aile terapisi modellerin karşılaştırılması. *Türkiye Bütüncül Psikoterapi Dergisi*, 1(2), 172-188.
- Özkan, Y. ve Kılıç, E. (2013). Ailenin psiko-sosyal destek ihtiyacını karşılamada yeni bir model önerisi: aile sağlığı merkezlerinde aile psiko-sosyal destek birimi. *Sosyal Politika Çalışmaları*, 13(7), 25-44.
- Soykan, Ç. (2000). Krize müdahale ilkeleri çerçevesinde yas ve yasa müdahale. *Kriz ve Krize Müdahale*, 6, 123-135.
- Stewart, E. S. (1995). Family-centered care for the bereaved. *Pediatric Nursing*, 21(2), 181-187.
- Şenelmiş, H. (2006). Ankara Üniversitesi Kriz Merkezine Başvuran Yas Olguları Üzerine Bir Çalışma. Ankara Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi.
- Teater, B. (2015). *Sosyal Hizmet Kuram Ve Yöntemleri: Uygulama İçin Bir Giriş*. Ankara: Nika Yayınevi.
- Tekindal, M. (2019). Yaşam sonu bakım ve sosyal hizmet. İçinde Attepe- Özden, S. ve Özcan, E. (Ed), *Tıbbi Sosyal Hizmet*, 263-280. Ankara: Nobel.
- Therivel, J., Kornusky, J., Cooper, L.B.D ve Bates, C. (2018). <https://www.ebscohost.com/assets-sample-content/SWRC-Clients-Families-in-Grief-Skill-Sheet.pdf> Erişim tarihi: 17.05.2021

- Tura, G. ve Gül, B. (2020). Yapısal aile sistemleri yaklaşımı açısından Türk sinemasında aile filmleri: Münir Özkul ve Adile Naşit filmleri. *Anemon Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 8(1), 213-221.
- Turan, N. (2012). Kriz tedavisi yaklaşımı. İçinde Duyan, V. (Ed.), *Birey ve Ailelerle Sosyal Hizmet*, s. 297-304. Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği Genel Merkezi: Ankara.
- Türkiye Psikiyatri Derneği. Yas Süreci. Erişim adresi: <https://psikiyatri.org.tr/halka-yonelik/19/yas-sureci> Erişim Tarihi: 15.07.2021.
- Ünal, S. (2013). Sistematik Aile Tedavisinde Temel Kavramlar. Erişim adresi: [https://www.researchgate.net/publication/292607166\\_Sistemik\\_Aile\\_Tedavisinde\\_Temel\\_Kavramlar](https://www.researchgate.net/publication/292607166_Sistemik_Aile_Tedavisinde_Temel_Kavramlar) Erişim tarihi: 17.02.2021
- Yıldırım, Ş. (2016). Sosyal hizmette krize müdahale yaklaşımının kullanımı krize müdahale. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 3(4), 481-486.



SAĞLIK BAKANLIĞI  
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü  
Hasta Hakları ve Tıbbi Sosyal Hizmetler Dairesi Başkanlığı  
Bakanlık Yayın No:963

ULAKBİM TR Dizinde Taranmaktadır

Hakemli Dergi  
**TSHD**  
Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi

ISSN: 2149-309X-Biannually  
<https://edergi.saglik.gov.tr/>  
<https://dergipark.org.tr/tr/pub/tshd>  
Yıl/Year: 2021 Haziran/June Sayı/Issue: 17

## YAŞLI BİREYLERDE KORONAVİRÜS (COVID-19) KORKUSU: YETİŞKİN BİREYLERLE KARŞILAŞTIRMALI BİR ÇALIŞMA

Azime ARISOY<sup>1</sup>  
Murat ÇAY<sup>2</sup>

### Makale Bilgileri/ Article info

Makalenin Türü/Article Type: Araştırma  
Geliş Tarihi / Date Received : 15.02.2021  
Revizyon Tarihi/Date Revised :18.05.2021  
Kabul Tarihi / Date Accepted : 31.05.2021  
Yayın Tarihi / Date Published : 30.06.2021  
DOI: <https://doi.org/10.46218/tshd.881006>

**Makale Künyesi/To cite this article:** Arısoy, A., ve Çay, M. (2021, Haziran). Yaşlı bireylerde Koronavirüs (covid-19) korkusu: Yetişkin bireylerle karşılaştırmalı bir çalışma. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 17, 82-97. Doi: <https://doi.org/10.46218/tshd.881006>

**Sorumlu Yazar/Corresponding Author:**  
Azime ARISOY Mehmet Akif Ersoy  
Üniversitesi, Çavdır MYO, Sosyal Hizmet ve  
Danışmanlık Bölümü,  
azimearisoy@mehmetakif.edu.tr

### Öz

Tarama modelinde olan bu çalışma yaşlı ve yetişkin bireylerde Koronavirüs (Covid-19) korkusunu belirleyerek çeşitli değişkenlere göre inceleme amacı taşımaktadır. Araştırma nicel araştırma deseni ile tasarlanmış olup, veriler araştırmacılar tarafından çoğaltılan formlar aracılığıyla toplanmıştır. Demografik bilgi formu ve 7 maddelik Koronavirüs (Covid-19) Korkusu Ölçeği veri toplama araçları olarak kullanılmıştır. Araştırmanın amacı doğrultusunda çalışmaya 384 yaşlı, 232 yetişkin birey katılım sağlamıştır. Elde edilen bulguların analiz edilmesiyle birlikte 59 yaş ve altı katılımcıların 60 yaş ve üstü katılımcılara göre Koronavirüs (Covid-19) Korkusu Ölçeği'nden aldıkları puan ortalamalarının anlamlı biçimde birbirinden farklı ( $t=-7,407$ ) olduğu saptanmıştır. Koronavirüs korkusu ile yaş arasında pozitif yönlü, orta düzeyde bir ilişki olduğu bulgusuna ulaşılmıştır. Bununla birlikte Koronavirüs korkusu cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, çocuk sahibi olup olmama ve yerleşim yerine (il, ilçe, köy) göre farklılaşmaktadır. Ayrıca daha önce korona virüs testi yaptırıp sonucu pozitif olan katılımcıların Koronavirüs Korkusu daha önce test yaptırmayan veya daha önce test yaptıırıp sonucu negatif olan katılımcılara göre anlamlı derecede daha fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Yaşlılar, Koronavirüs korkusu, Yetişkinler, Covid-19 pandemisi.

## FEAR OF CORONAVİRUS (COVID-19) IN ELDERLY PEOPLE: A COMPARATIVE STUDY WITH ADULTS

### Abstract

This study including a screening model aims to determine the fear of Coronavirus (covid-19) in elderly and adult individuals and examine this situation according to several parameters. The research was planned with a quantitative research design, and the data were collected through forms reproduced by researchers. A demographic information form and a Coronavirus Fear Scale with 7 items were used as data collection tools. For this purpose, 384 elderly individuals and 232 adult individuals participated in the study. By the analysis of the findings, it had been determined that the mean scores obtained by the participants aged 59 and under from the Coronavirus Fear Scale compared to those aged 60 and over were significantly different from each other ( $t = -7.407$ ). It was found that there is a positive, moderate relationship between the fear of Coronavirus and age. However, the fear of Coronavirus had differed according to gender, marital status, education level, whether or not you have children, and residence (province, district, village). In addition, it had been concluded that the participants who had a positive Coronavirus test before were significantly more fearful of Coronavirus than those who had not tested before or had a negative result.

**Keywords:** Elderly, Coronavirus Fear, Adults, Covid-19 Pandemic.

<sup>1</sup> Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi, Çavdır MYO, Sosyal Hizmet ve Danışmanlık Bölümü, azimearisoy@mehmetakif.edu.tr, ORCID: 0000-0002-7136-558X

<sup>2</sup> Akdeniz Üniversitesi, Sosyal Bilimler MYO, Sosyal Hizmet ve Danışmanlık Bölümü, muratcay@akdeniz.edu.tr, ORCID: 0000-0003-4659-4687

## Giriş

Tüm dünyada pandemik olarak görülen Koronavirüs vakaları ilk olarak Aralık 2019 ve Ocak 2020'de Çin'in Hubei Eyaleti'nin Wuhan kentinde ortaya çıkmıştır (Huang vd., 2020, s. 497). 11 Şubat 2020'de Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından COVID-19 pandemi ilan edilmiştir. Bu yeni enfeksiyonun birçok yönü hakkında yeterli bilgi olmamakla birlikte COVID-19'dan ölme riskinin yaşla birlikte arttığı ve ölümlerin çoğunun; özellikle kronik rahatsızlıkları olan 60 yaşın üzerindeki kişilerde görüldüğü açıktır (Lloyd-Sherlock, Ebrahim, Leon Geffen ve McKee, 2020, s. 1). Bu bağlamda; Koronavirüs salgını, tüm dünyada özellikle yaşlı nüfusu yoğun olan ülkelerde korkuya ve paniğe neden olmuştur. Bu süreçte yaşlı bireylerin sosyal izolasyona maruz kalmalarından kaynaklı Koronavirüs korkusunun çeşitli psiko-sosyal problemleri tetikleyebileceği düşünülmektedir. Bu nedenle halk sağlığı bakımından Koronavirüs korkusunun özellikle yaşlı bireyler üzerinde etkisinin araştırılması önem arz etmektedir. Yapılan bilimsel araştırmaların pandemi sürecinde ve sonrasında yaşlılara sunulacak psiko-sosyal hizmetlerde sosyal politika aktörlerine rehberlik edeceği düşünülmektedir. Bu bağlamda; çalışma, yaşlılarda Koronavirüs korkusu düzeyini belirlemek yetişkin bireylerin Koronavirüs korku düzeylerinden farklılık gösterip göstermediğini araştırmak üzerine tasarlanmıştır. Araştırmaya başlanmadan önce yapılan literatür taramasında bu bir çalışmaya rastlanmadığı için literatüre katkıda bulunulmak istenmiştir. Çalışmada ayrıca; katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumunun, sahip oldukları çocuk sayısının ve yaşadıkları yerin (il, ilçe, köy) Koronavirüs korkusuyla ilişkisinin olup olmadığının araştırılması amaçlanmıştır. Bunun yanında; daha önce Covid-19 testinin pozitif çıkıp çıkmamasının, Koronavirüs hastalarıyla temas etme durumunun Koronavirüs korkusuyla ilişkisinin olup olmadığı araştırılmıştır. Araştırma verileri; Koronavirüs (Covid-19) Korkusu Ölçeği (KKÖ)'nün ve araştırmacılar tarafından hazırlanan sosyo-demografik bilgilerin yer aldığı anket formu aracılığıyla, Burdur ilinde (merkez, ilçe ve köy) yaşamakta olan yaşlı ve yetişkin bireylerin katılımıyla elde edilmiştir.

### 1. Kavramsal Çerçeve

Bu bölümde; literatür taraması ışığında, yaşlılıkla ilgili tanımlara, dünyada da Türkiye'de yaşlı nüfusu verilerine ve Koronavirüs' e ilişkin bilgilere yer verilmiştir.

#### 1.1. Yaşlılık

Yaşlılık ve yaşlanma; içinde bulunulan zamana, kişiye, kültüre, ülkeye ve cinsiyete özgü bir terimdir. Bu nedenle; yaşlılık ve yaşlanmanın evrensel bir biçimde kategorik tanımlarını yapmak kolay değildir. Yaşlılık veya yaşlanma ifadesinin kronolojik olarak tanımı yaygın olarak kullanılmaktadır (World Health Organization, 2001, s. 10). Yaşlı, "uzun yılları geride bırakmış, yaşı ilerlemiş, kocamış, ihtiyar kimse" olarak tanımlanmaktadır (Develi, 2020). Birleşmiş Milletler; 60 yaş ve üstü yaştaki bireyleri yaşlı olarak kabul etmektedir. 60 yaş, birçok bilim alanında ve nüfus bilimciler tarafından yaşlı olarak tanımlarken, birçok gelişmiş ülke ise; özellikle sosyal güvenlik sisteminden faydalanabilmek için yaşlılığın başlangıcı olarak 65

yaşı referans almaktadır (T.C. Kalkınma Bakanlığı,2014, s. 2). Dünya Sağlık Örgütü ise; 65 yaş ve üstü bireyleri yaşlı olarak kabul etmektedir (World Health Organization, 2001, s. 10).

Yaşlanmayı etkileyen değişiklikler karmaşıktır (Kirkwood, 2008, s. 644; Vasto vd., 2010, s. 392). Yaşla birlikte organ fonksiyonlarında bozulmalar meydana gelebilmektedir. Yaş ilerledikçe; biyolojik, genetik ve çevresel faktörler organ fonksiyon kayıpları açısından daha da önemli hale gelmektedir (Steves, Spector ve Jackson, 2012, s. 485; World Health Organization, 2015, s. 5). Biyolojik düzeyde yaşlanma, çok çeşitli moleküler ve hüresel hasarın kademeli olarak birikmesi ile ilişkilidir. Zamanla, bu hasar fizyolojik rezervlerde kademeli bir azalmaya, birçok hastalık riskinde artışa ve bireyin kapasitesinde genel bir düşüşe neden olur (World Health Organization. 2015, s. 25).

Emeklilik gibi yaşam akışında yaşanan olaylar, yaşlanma geçişlerine etki edebilmektedir (World Health Organization ,2001, s. 10). Yaşlılık dönemi; genç yaşlılık dönemi (60-70 yaş), ileri yaşlılık dönemi (70-80 yaş) ve çok ileri yaşlılık (80 yaş ve üzeri) dönemi olarak üç döneme ayrılmaktadır (Maniar ve Mehta, 2017, s. 6). Dünyada yaşlıların sayılarındaki ve oranlarındaki artış tahminleri oldukça etkileyicidir. 65 yaşın üzerindeki bireylerin dünya nüfusu içindeki oranının, 2000 yılında %6,9 iken 2050 yılında %16,4'e yani iki katından fazla çıkması beklenmektedir. 80 yaş ve üzeri yaş nüfus ise; 2000 yılında %1,9 iken 2050 yılında %4,2'ye yükselmesi beklenmektedir (World Health Organization,2001, s. 9).

Doğum oranlarının düşmesi, doğumda ve yaşlılıkta beklenen yaşam sürelerinin uzaması yaşlı nüfusun ve toplam nüfus içindeki oranının artmasına neden olmaktadır. Ayrıca; teknolojik gelişmelerin hastalıkların tanı ve tedavisinde kullanılması, temel sağlık hizmetlerindeki gelişmeler, bilinçli ve sağlıklı beslenmenin yaygınlaşmasıyla birlikte ortalama yaşam süresinin ve doğumda beklenen yaşam sürelerinin artması ile erken yaştaki ölümleri kontrol edilebilirliği nüfusun yaş yapısını yeniden şekillendirmiştir. Ülkemizde yaşlı nüfus, 2019 yılında 7 milyon 550 bin 727 kişiye ulaşmıştır. 2019 yılında yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı %9,1'dir. Türkiye'de yaşlı nüfusun, toplam nüfus içerisindeki oranının %10 düzeyine yaklaşması yaşlı nüfusa sahip ülke nitelendirmesine geçiş yaptığının bir göstergesidir. Nüfus projeksiyonlarına göre yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranının 2023 yılında %10,2, 2030 yılında ise; %12,9 olacağı öngörülmektedir. Dünyada ise; 2019 yılında yaşlı nüfusu 703 milyon 711 bin 487 kişidir. Bu da dünya nüfusunun %9,3'ünü yaşlı nüfus olduğunu göstermektedir olmaktadır (Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 2020).

## 1.2. Koronavirüs

Koronavirüs hastalığı, yeni keşfedilen bir Koronavirüsün neden olduğu bulaşıcı bir hastalıktır. COVID-19 virüsü, enfeksiyonlu bir kişi öksürdüğünde veya hapşırdığında öncelikle tükürük damlacıkları veya burundan akıntı yoluyla yayılmaktadır. COVID-19 virüsü ile enfekte olan çoğu insan, hafif ya da orta derecede solunum yolu hastalığı yaşamakta ve özel tedavi gerektirmeden iyileşebilmektedir. Ancak, yaşlı bireylerin ve



kardiyovasküler hastalık, diyabet, kronik solunum hastalığı ve kanser gibi altta yatan tıbbi sorunları olanların, hastalığı ağır geçirme olasılığı daha yüksektir (WHO, 2020).

Koronavirüs ilk vakaları Huan Deniz Ürünleri Toptancıları Pazarı'nda bulunanlarda tespit edilmiştir. Başlangıçta; hastalar zoonotik (hayvandan insana bulaş) veya çevresel maruziyetler yoluyla bulaşma olmasına rağmen, artık insandan insana bulaşmanın meydana geldiği ve salgının giderek arttığı açıklıtır. Hastalığın başlangıcındaki en yaygın belirtileri; ateş, öksürük, kas ağrıları veya yorgunluk; daha az yaygın belirtileri ise balgam üretimi, baş ağrısı, dispne (nefes darlığı), hemoptizi (öksürükle kan tükürme) ve ishaldir (Huang vd., 2020, s. 497). Koronavirüs hastalığından en fazla etkilenen kişiler: 60 yaş üstü yaşlı bireyler, kronik solunum yolu hastalığı, diyabet, hipertansiyon, kalp hastalığı, kanser, ciddi kronik tıbbi rahatsızlıkları olanlar ve sağlık çalışanlarıdır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020:2).

Türkiye'de ilk Koronavirüs vakası 11 Mart 2020 tarihinde görülmüştür (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020:2). COVID-19 testinin pozitif olduğu laboratuvar onaylı hastaların ölüm hızı %2,70'tir. Koronavirüs nedeniyle ölüm hızı en düşük (%0,04) 15-24 yaş grubuna ait iken en yüksek ölüm hızı (%30,81) 80 yaş ve üzeri grubuna aittir (T.C. Sağlık Bakanlığı,2020:5). Hasta sayılarının sadece %11'i 65 yaş ve üzeri bireylerden oluşmasına karşın ölümlerin %73'ü bu yaş grubundandır (T.C. Sağlık Bakanlığı,2020:6).

2019'da dünyada 65 yaşın üstü nüfus, 703 milyondur. 76 yaşından büyük kişilerde COVID-19'a bağlı tahmini ölüm oranının %18 olduğu bildirilmiştir. Yaşlılarda; kötü sağlık durumu, zayıf bağışıklık fonksiyonu, düşük organ fonksiyonu, birden fazla kronik hastalığın olması ve kişisel sağlığa yeterince dikkat edilmemesi, geriatric popülasyonda çeşitli hastalıklara yatkınlığı artırabilmektedir. Bu durum, yaşlılarda hastalık şiddetinin daha yüksek olmasına ve ölüm oranının artmasına neden olmaktadır (Dhama vd., 2020a, s. 1).

## 2. Yöntem

Bu araştırmanın temel amacı yaşlı ve yetişkin bireylerde Koronavirüs korkusunu belirleyerek bunu çeşitli değişkenlere göre incelenmesidir. Araştırma, tarama modelinde, nicel araştırma deseni ile tasarlanmış olup, veriler araştırmacılar tarafından çoğaltılan formlar aracılığıyla 07/ 01/ 2021- 10/ 02/ 2021 tarihleri arasında toplanmıştır. Demografik bilgi formu ve Bakioglu, Korkmaz ve Ercan (2020) tarafından geliştirilen 7 maddelik "Koronavirüs (Covid-19) Korkusu Ölçeği" veri toplama araçları olarak kullanılmıştır.

Araştırmanın amacı doğrultusunda Koronavirüs korkusu düzeylerinin; bireyin cinsiyeti, yaşı, medeni durumu, eğitim düzeyi, çocuk sayısı, Koronavirüs testi pozitif insanlarla temas öyküsü, daha önce Koronavirüs pozitif olup olmama durumu ve yaşadığı yere göre farklılık gösterip göstermediğinin saptanması amacıyla elde edilen veriler, istatistiki testler yapılarak değerlendirilecektir. Elde edilen bulgular, alan yazında yer alan bilgilerle irdelenecektir.

## 2.1. Demografik Bulgular

Araştırmanın çalışma gurubunu Burdur ilinde yaşayan 18-95 yaş aralığında bulunan 616 katılımcı oluşturmaktadır. Araştırmaya katılanların yaş ortalaması 56'dır. Katılımcıların 318'i (%51,6) kadinken, 298'i (%48,4) erkektir. Katılımcıların 351'i (%57) bekâr, 113'ü (%18,3) evli, 104'ü (%16,9) eşi vefat etmiş ve 48'i (%7,8) ise boşanmıştır.

## 2.2. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın amacını gerçekleştirmeye yönelik temel demografik bilgilere ilişkin 8 sorunun aldığı demografik bilgi formu ve Bakioglu vd., (2020) tarafından geliştirilen "Koronavirüs (Covid-19) Korkusu Ölçeği (KKÖ) veri toplama araçları olarak kullanılmıştır.

KKÖ, tek boyut ve 7 maddeden oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 7, en yüksek puan ise 35'tir. Ölçek 5'li likert tipinde olup katılımcılar her bir maddede yer alan ifadeye ilişkin 1: Kesinlikle katılmıyorum, 2: Katılmıyorum, 3: Kararsızım, 4: Katılıyorum, 5: Kesinlikle katılıyorum seçeneklerinden bir tanesini seçmelidir. Ölçekte tersten puanlanan madde yer almamaktadır. Ölçekten alınan puanlar yükseldikçe Koronavirüs korkusu yaşama düzeyinin arttığı belirtilmektedir. Ölçeğe ait maddelerin madde-toplam korelasyonları 0,62 ile 0,72 arasında değişmektedir. Ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0,88'dir (Bakioglu vd., 2020). Bu çalışmada kullanılan KKÖ' nün Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı ölçek maddeleri için 0,89 olarak tekrar hesaplanmıştır.

## 2.3. Verilerin Toplanması

Veriler 07/ 01/ 2021-10/ 02/ 2021 tarihleri arasında araştırmacılar tarafından çoğaltılan araştırma formları aracılığıyla toplanmıştır. Toplanan veriler daha sonra gerekli analizlerin gerçekleştirilebilmesi için bilgisayar ortamına aktarılmıştır.

## 2.4. Verilerin Analizi

Veriler analiz edilmeden önce kontrol edilerek eksik veya yanlış girilen veri olmadığından emin olunmuştur. Verilerin analizi SPSS 25 programı ile gerçekleştirilmiştir. Veriler için istatistiki test ve analizler yapılmadan önce verilerin normal dağılıp dağılmadığına ilişkin gerekli analizler yapılmıştır. Buna göre KKÖ'den toplanan verilerin Skewness (-0,144) ve Kurtosis (-0,416) değerleri -1 ile +1 arasında olduğu bulgusuna ulaşılmıştır. Buna göre verilerin normal dağıldığı değerlendirilerek analizler için parametrik testlerden faydalanılmıştır (Hair vd., 2013).

## 2.5. Araştırmanın Etiği

Araştırma öncesinde Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi, Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (06/ 01/ 2021 tarihli, GO 2021/06 karar sayılı) araştırmanın etik açısından uygun olduğuna dair onay alınmıştır. Ayrıca katılımcılara araştırma verileri toplanmadan önce araştırmanın amacı, kapsamı hakkında bilgiler verilerek gizlilik, anonimlik gibi temel etik ilkelerine dikkat edildiği aktarılmıştır.

Katılımcılara istedikleri zaman araştırmadan ayrılacakları hatırlatarak araştırma öncesinde bilgilendirilmiş gönüllü onam formunu okumaları sağlanarak daha sonra onamları alınmıştır.

Yürütülen bu çalışmanın sınırlılıkları şu şekildedir. İlk olarak araştırmada verilerin toplanmasında kolayda örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Araştırmaya katılanların araştırmada yer alan soruları anladığı ve bu doğru cevaplar verdiği düşünülmektedir. Elde edilen bulguların süreç içerisinde değişimi bilinmemektedir.

### 3. Bulgular

Katılımcıların KKÖ' den aldıkları puanların cinsiyete göre farklılaşıp farklılaşmadığına ilişkin bağımsız örneklem t testine dair sonuçlar tablo 1'de yer almaktadır.

**Tablo 1. Katılımcıların Cinsiyetine Göre KKÖ' den Aldıkları Puanlara İlişkin Bulgular (n=616).**

Cinsiyet	N	%	Ort.	S.S.	t	p
Kadın	318	20,16	22,65	6,06	591,45	0,000*
Erkek	298	79,84	20,43	6,91		

\*p<0,01

Tablo 1'e göre erkek ve kadın katılımcılar arasında KKÖ' den aldıkları puan ortalamaları anlamlı bir biçimde birbirinden farklıdır (t=4,257). Erkeklerin KKÖ' den aldıkları puan ortalamaları ( $\bar{X}$ =20,43) kadınlarınkine ( $\bar{X}$ =22,65) göre daha azdır.

Katılımcıların yaşları dikkate alınarak oluşturulan gruplara göre Koronavirüs korkusunun farklılaşıp farklılaşmadığına ilişkin ANOVA testi sonuçları Tablo 2'de yer almaktadır.

**Tablo 2. Katılımcıların Yaş Grubuna Göre KKÖ' den Aldıkları Puanlara İlişkin Yapılan ANOVA Testine İlişkin Bulgular.**

Gruplar	n	Ort.	S.S.	F	p	Farklılık**
1 59 ve altı Kadın	143	20,64	5,34	31,04	0,000*	1<3 2<1,3,4 4<3
2 59 ve altı Erkek	89	16,78	6,21			
3 60 ve üzeri Kadın	175	24,30	6,12			
4 60 ve üzeri Erkek	209	21,98	6,61			

\*p<0,01-\*\*Games-Howell, p<0,05

Tablo 2'ye göre katılımcıların yaşlarına göre oluşturulan gruplar arasında Koronavirüs korkusu anlamlı bir biçimde farklılaşmaktadır (F=31,04, p<0,01). 59 ve az yaşlardaki kadın katılımcıların Koronavirüs korku düzeyleri, 59 ve altı yaşlardaki erkek katılımcılara göre daha düşüktür. 59 ve az yaşlardaki erkek katılımcıların Koronavirüs korku düzeyleri, 59 ve az yaşlardaki kadın, 60 ve üzeri yaşlardaki erkek, 60 ve üzeri yaşlardaki kadın katılımcılara göre; 60 ve üzeri yaşında olan erkek katılımcıların Koronavirüs korkusu düzeyleri, 60 ve üzeri kadın katılımcılara göre daha düşüktür.

Katılımcıların yaşları ile KKÖ' den aldıkları puanlar arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığına ilişkin korelasyon testine ilişkin bulgular Tablo 3'te yer almaktadır.

**Tablo 3. Katılımcıların Yaşları ve KKÖ' den Aldıkları Puanlara İlişkin Yapılan Korelasyon Testine Ait Bulgular.**

Katılımcıların Yaşı	KKÖ' den Alınan Puanlar	
	r	p
	0,312*	0,000
	n	616

\*p<0,01

Tablo 3'e göre katılımcıların yaşı ile KKÖ' den aldıkları puanlar arasında pozitif yönlü, orta düzeyde anlamlı bir ilişki vardır ( $r=0,312$ ).

Katılımcıların yaşlarına göre oluşturulan grupların KKÖ' den aldıkları puanlara ilişkin bağımsız örneklem t testine dair sonuçlar tablo 4'te yer almaktadır.

**Tablo 4. Katılımcıların Oluşturulan Gruplara Göre KKÖ' den Aldıkları Puanlara İlişkin Yapılan Bağımsız Örneklem t Testine Ait Bulgular.**

Grup	N	%	Ort.	S.S.	t	p
59 yaş ve altı	232	38	19,16	5,98	-7,407	0,000*
60 yaş ve üstü	384	62	23,04	6,49		

\* $p<0,01$

Tablo 4'e göre 59 yaş ve altı katılımcıların 60 yaş ve üstü katılımcılara göre KKÖ' den aldıkları puan ortalamaları anlamlı biçimde birbirinden farklıdır ( $t=-7,407$ ). 59 yaş ve altı katılımcıların KKÖ' den puan ortalamaları ( $\bar{x}=19,16$ ) 60 yaş ve üstü katılımcıların puan ortalamalarına ( $\bar{x}=23,04$ ) göre daha azdır.

Katılımcıların medeni durumlarına göre Koronavirüs korkusunun farklılaşıp farklılaşmadığına ilişkin ANOVA testi sonuçları Tablo 5'te yer almaktadır.

**Tablo 5. Katılımcıların Medeni Durumuna Göre KKÖ' den Aldıkları Puanlara İlişkin Yapılan ANOVA Testine İlişkin Bulgular.**

Medeni Durum	n	Ort.	S.S.	F	p	Farklılık**
1 Bekâr	351	21,38	6,62	17,879	0,000*	1>2 3>1,2,4
2 Evli	113	19,66	5,30			
3 Eşi Vefat Etmiş	104	25,34	6,05			
4 Boşanmış	48	19,35	6,77			

\* $p<0,01$  \*\*Games-Howell/ $p<0,05$

Tablo 5'e göre katılımcıların medeni durumuna göre Koronavirüs korkusu anlamlı bir biçimde farklılaşmaktadır ( $F=17,879$ ;  $p<0,01$ ). Bekâr katılımcıların evli katılımcılara göre; eşi vefat etmiş katılımcıların evli, bekâr ve boşanmış katılımcılara göre Koronavirüs korkusu daha fazladır.

Katılımcıların eğitim düzeyleri dikkate alınarak oluşturulan grupların KKÖ' den aldıkları puanlara ilişkin bağımsız örneklem t testine dair bulgular tablo 6'da yer almaktadır.

**Tablo 6. Katılımcıların Oluşturulan Gruplara Göre KKÖ' den Aldıkları Puanlara İlişkin Yapılan Bağımsız Örneklem t Testine Dair Bulgular.**

Eğitim Düzeyi	N	%	Ort.	S.S.	t	p
En az ön lisans düzeyine sahip olmayanlar	282	%46	23,45	6,92	6,657	0,000*
En az ön lisans düzeyine sahip	334	%54	19,99	5,82		

\* $p<0,01$

Tablo 6'ya göre en az ön lisans düzeyine sahip olmayan katılımcıların, en az ön lisans düzeyine sahip katılımcıların KKÖ' den aldıkları puan ortalamaları anlamlı biçimde birbirinden farklıdır ( $t=6,657$ ). En az ön lisans düzeyine sahip olmayan katılımcıların KKÖ' den aldıkları puan ortalamaları ( $\bar{x}=23,45$ ) en az ön lisans düzeyine sahip katılımcıların puan ortalamalarına ( $\bar{x}=19,99$ ) göre daha fazladır.

Katılımcıların çocuk sayıları ile KKÖ' den aldıkları puanlar arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığına ilişkin korelasyon testine ilişkin bulgular Tablo 7'de yer almaktadır.

**Tablo 7. Katılımcıların Çocuk Sayısı ile KKÖ' den Aldıkları Puanlara İlişkin Yapılan Korelasyon Testine Dair Bulgular.**

	Toplam Puan	
		r
Katılımcıların Çocuk Sayısı	p	0,000
	n	614

\*p&lt;0,01

Tablo 7'ye göre katılımcıların sahip oldukları çocuk sayısı ile KKÖ' den aldıkları puanlar arasında pozitif yönlü, düşük düzeyde anlamlı bir ilişki vardır (r=0,138).

Katılımcıların çocuk sahibi olmamalarına göre KKÖ' den aldıkları puanlara ilişkin bağımsız örneklem t testine dair sonuçlar Tablo 8'de yer almaktadır.

**Tablo 8. Katılımcıların Çocuk Sahip Olma Durumuna Göre KKÖ' den Aldıkları Puanlara İlişkin Yapılan Bağımsız Örneklem t Testine Dair Bulgular.**

	N	%	Ort.	S.S.	t	p
Çocuğu yok.	115	%19	20,04	5,64	-3,15	0,002*
Çocuğu var.	501	%81	21,93	6,73		

Tablo 8'e göre çocuğu olmayan katılımcıların, çocuğu olan katılımcıların KKÖ'den aldıkları puan ortalamaları anlamlı biçimde birbirinden farklıdır (t=-2,968; p<0,01). Çocuğu olmayan katılımcıların KKÖ'den aldıkları puan ortalamaları ( $\bar{x}$ =20,11) çocuğu olan katılımcıların puan ortalamalarına ( $\bar{x}$ =21,91) göre daha azdır.

Daha önce, Koronavirüs (Covid-19) testi pozitif olan kişilerle teması olup olmamasına göre KKÖ'den aldıkları puanlara ilişkin bağımsız örneklem t testine dair sonuçlar Tablo 9'da yer almaktadır.

**Tablo 9. Katılımcıların Daha Önce Koronavirüs (Covid-19) Testi Pozitif Olan Kişilerle Temas Durumuna Göre KKÖ'den Aldıkları Puanlara İlişkin Yapılan Bağımsız Örneklem t Testine Dair Bulgular.**

	N	%	Ort.	S.S.	t	p
Temas öyküsü var	151	25	22,06	6,74	1,04	0,3
Temas öyküsü yok	465	75	21,42	6,51		

Tablo 9'a göre daha önce, Koronavirüs testi pozitif olan kişilerle teması olan katılımcıların olmayan katılımcılara göre KKÖ' den aldıkları puan ortalamaları arasında anlamlı derecede bir farklılık yoktur (t=1,044; p>0,05).

Daha önce Koronavirüs testi pozitif olan katılımcılar ile daha önce Koronavirüs testi negatif olan veya daha önce hiç test yaptırmayan katılımcıların KKÖ' den aldıkları puanlara ilişkin bağımsız örneklem t testine dair sonuçlar Tablo 10'da yer almaktadır.

**Tablo 10. Katılımcıların Daha Önce Koronavirüs Testi Pozitif Olan Katılımcılar, Daha Önce Koronavirüs Testi Negatif Olanlar veya Daha Önce Hiç Test Yaptırmayan Katılımcılara Göre KKÖ' den Aldıkları Puanlara İlişkin Yapılan Bağımsız Örneklem t Testine Dair Bulgular.**

Durum	N	%	Ort.	S.S.	t	p
Daha önce test yaptıran sonucu pozitif olan katılımcılar.	28	4,55	23,96	6,53		
Daha önce test yaptırmayan veya daha önce test yaptıran sonucu negatif olan katılımcılar.	587	95,29	21,44	6,54	1,995	0,046*

\*p&lt;0,05

Tablo 10'a göre Daha önce test yaptıran sonucu pozitif olan katılımcıların KKÖ'den aldıkları puan ortalamaları ile daha önce test yaptırmayan veya daha önce test yaptıran sonucu negatif olan katılımcıların puan

ortalamaları anlamlı biçimde birbirinden farklıdır ( $t=1,995$ ;  $p<0,05$ ). Daha önce test yaptırıp sonucu pozitif olan katılımcıların KKÖ' den aldıkları puan ortalamaları ( $\bar{x}=23,96$ ), daha önce test yaptırmayan veya daha önce test yaptırıp sonucu negatif olan katılımcıların puan ortalamalarına ( $\bar{x}=21,44$ ) göre daha azdır.

Katılımcıların yaşadığı yere göre Koronavirüs korkusunun farklılaşıp farklılaşmadığına ilişkin ANOVA testi sonuçları Tablo 11'de yer almaktadır.

**Tablo 11. Katılımcıların Yaşadığı Yere Göre KKÖ'den Aldıkları Puanlara İlişkin Yapılan ANOVA Testine İlişkin Bulgular.**

	Yerleşim Yeri	n	Ort.	S.S.	F	p	Farklılık**
1	İl Merkezi	364	21,38	6,60	14,772	0,000*	1,2<3
2	İlçe	137	19,87	6,66			
3	Köy	115	24,23	5,54			

\* $p<0,01$ -\*\*Tukey HSD

Tablo 11'e göre katılımcıların yaşadığı yere göre Koronavirüs korkusu anlamlı bir biçimde farklılaşmaktadır ( $F=14,772$ ;  $p<0,01$ ). İl merkezinde ve ilçede yaşayan katılımcıların köyde yaşayan katılımcılara göre Koronavirüs korkusu daha azdır.

## 5. Tartışma

18-95 yaş aralığında 616 katılımcının Koronavirüs korkusuna çeşitli değişkenlere göre inceleyerek yaşlı ve yetişkin bireylerde Koronavirüs korkusunun karşılaştırma amacı taşıyan bu çalışmada yapılan analizlere ilişkin tartışmalar aşağıda yer almaktadır.

Araştırmada elde edilen ilk bulgu katılımcıların cinsiyetine ilişkindir. Buna göre katılımcıların Koronavirüs korkusu cinsiyete göre değişmektedir. Kadınların erkeklere göre Koronavirüs korkusunun daha fazla olduğu anlaşılmaktadır (Tablo1). Cinsiyet, bireylerin sağlık ve hastalık durumunu etkileyen temel aktörlerden biridir. Kadınlar çevresel stres faktörlerine daha iyi uyum sağlar ve daha uzun yaşar; ancak tipik olarak fiziksel olarak daha zayıftırlar ve erkeklerden daha sık hastalanırlar (Thoits, 2010). COVID-19 karşısında da psikolojik özelliklerde belirgin cinsiyet farklılıkları bulunmaktadır. Bulgular, kadınlarda daha yüksek anksiyete ve endişe düzeylerine işaret etmektedir (Limcaoco, Mateos, Fernandez ve Roncero, 2020). Inbar ve Shinan-Altman (2021)'in 1.085 İsraili yetişkin ile yürüttüğü kesitsel araştırmada katılımcıların çoğunun endişeli (%77,4), korkmuş (%62,8) veya stresli (%55,3) olduğu bulgusuna ulaşılmıştır. Aynı araştırmada kadınlarda duygusal tepki puanlarının erkeklere göre daha yüksek olduğu ve kadınlar ve yaşlılar arasında duygusal tepkilerin yüksek derecede yaygın olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Yine İsraili kadınlar arasında COVID-19 korkusu, sağlık ve evlilik doyumu arasındaki ilişkinin araştırıldığı bir araştırmada COVID-19 korkusunun İsraili kadınların psikolojik sıkıntısı üzerinde olumsuz bir etkisi olduğunu gösterdiği belirtilmektedir (Reizer vd., 2020). Güney Brezilya'da Parana Eyaleti'nde 3.495 kadın ve 1.143 erkeğin katıldığı kesitsel bir araştırmada kadınların erkeklere göre daha yüksek bir Covid-19 korku düzeyine sahip olduğu bulgusuna ulaşılmıştır (Giordani, Giola, Muhl ve Zanoni da Silva, 2021). Aynı çalışma bunun nedeni kadının ailesinde bakıcı rolünü üstlendiği batı cinsiyet kalıplarıyla ilişkilendirmektedir. Hindistan, Uttarakhand' da 399 yetişkin ile yapılan bir başka araştırmada ise Covid-19'dan kaynaklanan korkunun yaş ve cinsiyete bağımlı olmadığı

sonucuna ulaşıldığı belirtilmektedir (Bisht vd., 2021). Doğan ve Düzel (2020)'in 1500 katılımcının yer aldığı çalışmada kadın ve erkeklerin korku ve kaygı düzeylerinin farklılaştığı ve erkeklerin kadınlara göre korku ve kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu bulgusuna ulaşılmıştır. Alan yazında yer alan bu bulgular her ne kadar çoğu çalışmada kadınların erkeklere göre Covid-19 korkusunun daha fazla olduğunu gösterse de erkeklerin Covid-19 korkusunun kadınlara göre daha yüksek olduğu bulgusuna ulaşılan çalışmalar da bulunmaktadır. Bu durum kadın ve erkeklerde covid-19 korkusuna neden olan diğer değişkenlerin gözetilerek araştırılmasının önemine işaret etmektedir. Özellikle toplumsal cinsiyet, sosyal destek, çocuk sahibi olma, yalnız yaşama gibi etmenler ile sosyo-kültüre etmenler bu doğrultuda daha dikkatli bir biçimde irdelenmelidir.

Araştırmada katılımcıların yaş ve cinsiyetleri dikkate alınarak yapılan gruplandırmada 59 ve altı yaşında olan erkek ve kadınların; 60 ve üzeri yaşında olan erkek ve kadınların Koronavirüs korkusu anlamlı derecede birbirinden farklıdır. Bu durum yaşlı ve yetişkin bireylerde yaşa bağlı olmaksızın covid-19 korkusu açısından cinsiyete bağlı farklılığa işaret etmektedir. Yaşlı erkek ve kadınlarda olduğu gibi 18-59 yaş arasında yetişkin bireylerde de cinsiyete göre Koronavirüs korkusu farklılaşmaktadır. Kadınlar her iki yaş gurubunda da covid-19 korkusunun fazla olduğu bulgusuna ulaşılmıştır. Bu bulgu yukarıda cinsiyete bağlı olarak yapılan tartışmayı desteklemekte ve Koronavirüs korkusunun yaş grubuna bağlı olmaksızın cinsiyete göre değiştiğini göstermektedir.

Araştırmada ele alanın değişkenlerden bir başkası ise yaşa bağlı olarak içinde bulunulan gruptur. Araştırmada katılımcıların yaş ve cinsiyetleri dikkate alınarak yapılan gruplandırmada 60 ve üzeri yaşında olan kadınların, 59 ve altı yaşında olan kadınlara göre Koronavirüs korkusunun anlamlı derecede farklı ve fazla olduğu bulgusuna ulaşılmıştır. Yine 60 ve üzeri yaşta olan erkeklerin, 59 ve altı yaşında olan erkeklere göre Koronavirüs korkusunun anlamlı derecede farklı ve fazla olduğu bulgusuna ulaşılmıştır. Ayrıca katılımcıların yaşı ve Koronavirüs korkusu arasında anlamlı, pozitif orta düzeyde bir ilişki olduğu bulgusu yaş arttıkça Koronavirüs korkusunun da arttığını göstermektedir. Yaş, salgının başlangıcından beri bilinen bir risk faktörü olmuştur (Strang, Fürst ve Schultz, 2020; Üstün ve Özçiftçi, 2020; Wu vd., 2020; Zhou vd., 2020). Alan yazında yer alan çeşitli çalışmalarda pandemi sürecinde yaşlı bireylerin daha fazla risk altında olduğunu belirtmektedir (Budak ve Korkmaz, 2020; Dhama vd., 2020b; Usher, Durkin ve Bhullar, 2020). Bununla birlikte Türkiye'de ilk kısıtlamalar çoğunlukla yaşlı bireylere yönelik olmuştur (Soysal, 2020; Yaşar ve Avcı, 2020). Tüm bu durumlar yaşlılarda Covid-19 korkusunun genç yetişkinlere göre daha fazla olmasına neden olduğunu düşündürülebilir. Salgının önlenmesine dair uygulanan çeşitli kısıtlamaların doğrudan veya dolaylı olarak yaşlıların Koronavirüs korkusunda etken olabileceği değerlendirilmelidir. Örneğin 65 yaş üstündeki bireylere uygulanan sokağa çıkma yasağı gibi uygulamalar sosyal medyada, sosyal yaşamda yaşlı bireylerin saygısız ve zorba davranışlara maruz kalmıştır (Yaşar ve Avcı, 2020).

Bununla birlikte yaşlı bireylerin salgın sürecinde daha güçlü ve olumlu tutumlara sahip olduğunu gösteren çalışmalar da bulunmaktadır. Örneğin; Covid-19 salgını sırasında acil durumunun algılanmasında yaşa bağlı farklılıkları belirlemek amacıyla 306 kişinin katılımıyla yapılan bir araştırmada yaşlı yetişkinler (65–85 yaş), genç (18-29 yaş) ve orta yaşlı (30-50 yaş) yetişkinlere göre daha düşük olumsuz duygular sergiledikleri bulgusuna ulaşılmıştır (Ceccato vd., 2020). Araştırma bu durumu yaşlıların olumsuz uyarılara karşı isteksizliklerine bağlı olabileceğini değerlendirerek yaşlı bireylerin salgın sürecinde genç ve orta yaşlı yetişkinlere göre daha olumlu tutumlara sahip olabileceğini belirtmektedir. Bir başka araştırmada da 30–59 yaşındakiler ve 60 yaş ve üzerinde olanların 18–29 yaş grubunda yer alanlara göre covid-19 korku düzeyi sırasıyla%27 ve %50 daha düşük olduğu bulgusuna ulaşıldığı belirtilmektedir (Giordani vd., 2021). Yaşlı bireylerin sürç içerisinde edindikleri deneyimler onları zorlu yaşam koşullarından koruyan bir etkiye sahiptir. Salgında gençlerin bu deneyimden yoksun olması onların daha fazla korku hissetmelerine neden olmuştur (Gencer, 2020). Ayrıca alan yazında yaşın Koronavirüs korkusuna anlamlı bir etki etmediği çalışmalar da bulunmaktadır (Haktanir, Seki ve Dilmaç, 2020; Özdemir ve Arpacioğlu, 2020).

Araştırmada bekâr katılımcıların evli katılımcılara göre; eşi vefat etmiş katılımcıların bekâr, evli ve boşanmış katılımcılara göre Koronavirüs korkusu daha fazla olduğu bulgusuna ulaşılmıştır. Elde edilen bu bulgu eşi vefat eden katılımcıların bekâr, evli veya boşanmış katılımcılara göre Koronavirüs korkusunun daha fazla olduğunu göstermektedir. Hindistan'da COVID-19 korku düzeyini belirlemeye yönelik yapılan ve 1499 kişinin katıldığı araştırmada kadınlar, evli olanlar daha düşük eğitim durumuna sahip olanlar daha yüksek oradan korku düzeyine sahip olduğu bulgusuna ulaşıldığı belirtilmektedir (Doshi, Karunakar, Sukhabogi, Prasanna ve Mahajan, 2020). Türkiye, Çorum ilinde 568 kişinin katılımıyla yapılan bir araştırmada da bekâr kişilerin korona virüs korku düzeylerinin evli veya dul olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu bulgusuna ulaşılmıştır (Gencer, 2020). Bir başka araştırmada da ebeveynlerimle ya da Eşimle/Eşim ve çocuklarımla yaşıyorum diyenlerin covid-19 korkusunun yalnız yaşayanlardan anlamlı bir şekilde fazla olduğu belirtilmektedir (Arpacioğlu, Baltalı ve Ünübol, 2021). Yapılan bir başka araştırmada da evli ya da dul olan katılımcıların bekâr katılımcılara göre korona virüs korku düzeylerinin daha düşük olduğu bulgusuna ulaşılmıştır (Gencer, 2020).

Elde edilen bulgular ve alan yazında yer alan bilgilerle değerlendirildiğinde özellikle yalnız yaşayan bekâr ve eşini kaybetmiş bireylerin daha yüksek düzeyde Koronavirüs korkusuna sahip olmasının arkasında sosyal destekten yoksun kalma gibi faktörler etkili olabilir. Bu noktada bireylerin algıladıkları sosyal desteğin Koronavirüs korkusunu nasıl değiştirdiğine ilişkin araştırmaların yapılmasına ihtiyaç vardır.

Araştırmada en az ön lisans düzeyine sahip olmayanlar, en az ön lisans düzeyine sahip olanlara göre Koronavirüs korku düzeyinin anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulgusuna ulaşılmıştır. Burada eğitim düzeyi Koronavirüs korkusunu etkileyen önemli bir değişken olarak gözükmektedir. Alan yazında



Koronavirüs korkusunu ele alan çeşitli çalışmalarda da eğitim düzeyi Koronavirüs korku düzeyini etkileyen önemli bir etken olarak karşımıza çıkmaktadır (Bakioğlu vd., 2020; Doğan ve Düzel, 2020). Eğitim düzeyi ve Koronavirüs korku düzeyine ilişkin elde edilen bu bulgu alan yazında Koronavirüs korkusu üzerine yapılan diğer araştırmalarla uyumludur. Eğitim seviyesinin salgın sürecinde bireylerin doğru bilgiye ulaşmalarında önemli bir etken olarak değerlendirildiğinde Koronavirüs korkusuyla mücadele de bu bilgilere ulaşmanın ve doğru bir biçimde yorumlamak için gerekli eğitim seviyesinin önemine işaret etmektedir. Ayrıca eğitim düzeyi bireylerin ekonomik durumunu ve gelir düzeyini etkileyen önemli bir değişken olduğu göz önünde alındığında bu bulgunun elde edilmesinde ekonomik durum da etkili olabileceği değerlendirilmelidir.

Koronavirüs korkusu ile katılımcıların çocuk sayısı arasında pozitif, düşük düzeyde bir ilişki bulunmaktadır. Ayrıca katılımcıların çocuk sahibi olup olmalarına göre Koronavirüs korku düzeyleri anlamlı bir biçimde değişmektedir. Buna göre çocuk sahibi olanların olmayanlara göre Koronavirüs korkusu anlamlı bir biçimde daha yüksektir. Bireylerin sevdiklerini kaybetme düşünce onların Koronavirüs korkusunu arttıran bir etkiye sahip olduğu düşünülebilir.

Daha önce covid-19 pozitif olan bir bireyle teması olan katılımcılar ile olmayan katılımcılar arasında Koronavirüs korku düzeyinde anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Temas öyküsü bu doğrultuda Koronavirüs korkusunun artmasında veya azalmasında bir etkiye sahip olmadığı çıkarımında bulunulabilir. Daha önce Covid-19 testi yaptırıp sonucu pozitif olan katılımcıların, daha önce hiç Covid-19 testi yaptırmamış veya Covid-19 testi yaptırıp sonucu negatif çıkan katılımcılara göre Koronavirüs korkusu anlamlı derecede daha yüksektir. Alan yazında yer alan çalışmalarda hayatını kaybeden bir yakını bulunan katılımcıların, bulunmayan katılımcılara göre Koronavirüs korkularının daha yüksek olduğu bulgusuna ulaşıldığı bildirilmektedir (Duman, 2020; Özdemir ve Arpacıoğlu, 2020). Bu bulgular Koronavirüs hastalığını geçirenlerin hastalığın etkilerine bağlı olarak korku düzeyini arttırdığı şeklinde yorumlanabilir. Çünkü alan yazında yer alan çalışmalar (Aktöz vd., 2020; Kluytmans-van Den Bergh vd., 2020), Koronavirüsün hastalığı geçirenler üzerinde ciddi etkilerinin olduğunu ifade etmektedir. Aynı zamanda Koronavirüs ölüm riski göz önünde bulundurulduğunda psikolojik ve sosyal açıdan bu hastalığı geçiren katılımcıların geçirmeyen katılımcılara göre korku düzeyini daha fazla arttırdığı belirtilebilir.

Daha kalabalık ve büyük il merkezlerine göre daha küçük ve kalabalık olmayan yerler olan köylerde yaşayan katılımcıların Koronavirüs korku düzeyinin daha yüksek olduğu bulgusu, Koronavirüs korkusunun, yaşanan yerin büyüklüğüne göre değiştiği sonucuna ulaştırmaktadır. Elde edilen bu bulgu yaşanan yerde insanların sosyal ilişkilerinin ve iletişimindeki sıklık ve mesafeyle ilgili olduğu düşünülmüştür. Daha küçük yerleşim yerlerinde insan ilişkileri daha sıkı ve iletişim de daha fazladır. Şehirde yaşayan bireyler hareketli bir yaşam eğiliminde oldukları için aralarındaki bağlar daha zayıf olduğu belirtilebilir (Açıkgöz, 2011). Şehirde yaşayan

insanlar çok hareketli olma eğiliminde olduklarından, bunlar arasındaki bağlar görelî olarak zayıftır. Bu durum Koronavirüs korku düzeyini arttıran bir etkiye sahip olduğu belirtilebilir.

#### 4. Sonuç

Ele alanına bu çalışmanın temel amacı yaşlı ve yetişkin bireylerde Koronavirüs korkusunu belirlemek ve bunu çeşitli değişkenlere göre değerlendirerek Koronavirüs korkusunun yetişkin ve yaşlı bireylerdeki karşılaştırmalı olarak anlamaktır. Pandemi süreci ve sonrasında yaşlılara sunulacak psiko-sosyal hizmetlerin planlanmasında, yapılan bilimsel araştırmaların sosyal politika aktörlerine rehberlik edeceği düşünülmektedir. Bu bağlamda araştırmacının literatüre ve topluma katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Araştırma farklı yaş gruplarında Koronavirüs korkusunu anlamaya yönelik önemli bulgular içermektedir. Bu bulgular Koronavirüs korkusunun yaşa göre nasıl değiştiğine ilişkin bilgileri yansıtmaktadır. Araştırma nicel araştırma deseni ile tasarlanmış ve veriler demografik bilgi formu, Koronavirüs (Covid-19) Korkusu Ölçeği kullanılarak araştırmacılar tarafından çoğaltılan formlar aracılığıyla toplanmıştır. Elde edilen veriler SPSS ile analiz edilerek elde edilen bulgular alan yazında yer alan bilgiler ışığında tartışılmıştır.

Araştırmada elde edilen en önemli sonuç yaşlı ve yetişkin bireylerde Koronavirüs korkusunun farklı olduğuna ilişkindir. Buna göre yaşlı bireylere yetişkin bireylere göre daha fazla Koronavirüs korkusu düzeyine sahiptir. Koronavirüs korkusu ile yaş arasında pozitif yönlü, orta düzeyde bir ilişki olduğu bulgusuna da ulaşılmıştır. Bununla birlikte Koronavirüs korkusu cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, çocuk sahibi olup olmama ve yerleşim yerine (il, ilçe, köy) göre farklılaşmaktadır. Ayrıca daha önce korona virüs testi yaptıran sonucu pozitif olan katılımcıların Koronavirüs Korkusu daha önce test yaptırmayan veya daha önce test yaptıran sonucu negatif olan katılımcılara göre anlamlı derecede daha fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Koronavirüs ile ilgili araştırmalarda yaş önemli bir değişken olarak mutlaka ele alınmalı, araştırmalar buna göre tasarlanmalıdır. Koronavirüs ile ilişkili bağlantılı olabilecek çeşitli etkileri göz önünde tutan çalışmalar bu araştırmada elde edilen bulgu ve sonuçları göz önünde tutmalıdır. Ayrıca bu araştırmada Koronavirüs korkusu üzerinde etkisi olduğu sonucuna ulaşılan çeşitli özellikler farklı çalışmalarla tekrar ele alınarak bölgesel, kültürel farklar ele alınabilir.

**Kaynakça**

- Açıkgöz, Y. (2011). Şehir, Şehir Toplumu ve Şehir Sosyolojisi. *Istanbul Journal of Sociological Studies*, 0(35), 57-83. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/iusoskon/issue/9517/118910> adresinden alındı.
- Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, (2020). Yaşlı Nüfusun Demografik Değişimi, Erişim Tarihi: 08/01/2020, <https://www.ailevecalisma.gov.tr/media/45354/yasli-nufus-demografik-degisimi-2020.pdf>
- Aktoz, M., Altay, H., Aslanger, E., Atalar, E., Atar, I., Aytekin, V., Baykan, A. O., Barçın, C., Barış, N., & Boyacı, A. A. (2020). Türk Kardiyoloji Derneği Uzlaş Raporu: COVID-19 Pandemisi ve Kardiyovasküler Hastalıklar Konusunda Bilinmesi Gerekenler. *Türk Kardiyol Dern Ars*, 48(1), 1–87.
- Arpacioğlu, S., Baltalı, Z., & Ünübol, B. (2021). COVID-19 Pandemisinde Sağlık Çalışanlarında Tükenmişlik, Covid Korkusu, Depresyon, Mesleki Doyum Düzeyleri ve ilişkili Faktörler. *Cukurova Medical Journal*, 46(1), 88–100.
- Bakioğlu, F., Korkmaz, O., & Ercan, H. (2020). Fear of COVID-19 and Positivity: Mediating Role of Intolerance of Uncertainty, Depression, Anxiety, and Stress. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1–14. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00331-y>
- Bisht, I. P., Bisht, R. K., & Sagar, P. (2021). Effect of Gender and Age in Fear and Stress due to COVID-19. , 1–7. <https://doi.org/10.1080/10911359.2020.1851844>
- Budak, F., & Korkmaz, Ş. (2020). COVID-19 Pandemi Sürecine Yönelik Genel Bir Değerlendirme: Türkiye Örneği. *Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi*, 1, 62–79.
- Ceccato, I., Palumbo, R., Di Crosta, A., La Malva, P., Marchetti, D., Maiella, R., Verrocchio, M. C., Marin, A., Mammarella, N., Palumbo, R., & Di Domenico, A. (2020). Age-Related Differences in The Perception of COVID-19 Emergency During the Italian Outbreak. *Aging & Mental Health*, 1–9. <https://doi.org/10.1080/13607863.2020.1856781>
- Develi, H. (2020). Dilimize Bulaşanlar. Erişim Tarihi: 13 Nisan 2021, <https://www.tdk.gov.tr/icerik/basindan/dilimize-bulasanlar/>
- Dhama, K., Kumar Patel, S., Kumar, R., Rana, J., Iqbal Yattoo, M., Kumar, A., Tiwari, R., Dhama, J., Natesan, S., Singh, R & Harapan, H. (2020a). Geriatric Population During the COVID-19 Pandemic: Problems, Considerations, Exigencies, and Beyond. *Frontiers in Public Health*, September 2020, 8, 1-8. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.574198>.
- Dhama, K., Patel, S. K., Natesan, S., Vora, K. S., Iqbal Yattoo, M., Tiwari, R., Saxena, S. K., Singh, K. P., Singh, R., & Malik, Y. S. (2020b). COVID-19 in the Elderly People and Advances in Vaccination Approaches. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 16(12), 2938–2943. <https://doi.org/10.1080/21645515.2020.1842683>
- Doğan, M. M., & Düzel, B. (2020). Covid-19 Özelinde Korku-Kaygı Düzeyleri. *Electronic Turkish Studies*, 15(4).
- Doshi, D., Karunakar, P., Sukhabogi, J. R., Prasanna, J. S., & Mahajan, S. V. (2020). Assessing coronavirus fear in Indian Population Using the Fear of COVID-19 Scale. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1–9.
- Duman, N. (2020). Üniversite Öğrencilerinde COVID-19 Korkusu ve Belirsizliğe Tahammülsüzlük. *The Journal of Social Science*, 4(8), 426–437.
- Gencer, N. (2020). Pandemi Sürecinde Bireylerin Koronavirüs (Kovid-19) Korkusu: Çorum Örneği. *Uluslararası Sosyal Bilimler Akademi Dergisi*, 4, 1153–1173. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/1278083>
- Gencer, N. (2020). Kovid-19 Sürecinde Yaşlı Olmak: 65 Yaş ve Üstü Vatandaşlar İçin Uygulanan Sokağa Çıkma Yasağı Üzerine Değerlendirmeler ve Manevi Sosyal Hizmet, *Türkiye Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi*, 4( 1), 35-42.
- Giordani, R. C., Giolo, S. R., Muhl, C., & Zanoni da Silva, M. (2021). Psychometric Evaluation of the Portuguese Version of the FCV-19 Scale and Assessment of Fear of COVID-19 in a Southern Brazilian Population. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 1–9. <https://doi.org/10.1080/10911359.2020.1854142>
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. (2013). Multivariate Data Analysis: Pearson Education Limited. *Multivariate Data Analysis*: Pearson Education Limited.
- Haktanir, A., Seki, T., & Dilmaç, B. (2020). Adaptation and Evaluation of Turkish Version of the Fear of COVID-19 Scale. *Death Studies*, 1–9.

- Huang, C., Wang, Y., Li, X., Ren, L., Zhao, J., Hu, Y., (2020). Clinical Features of Patients Infected with 2019 Novel Coronavirus in Wuhan, China. *The Lancet*, 395(10223), 497-506.
- Inbar, L., & Shinan-Altman, S. (2021). Emotional Reactions and Subjective Health Status During the COVID-19 Pandemic in Israel: the Mediating Role of Perceived Susceptibility. *Psychology, Health & Medicine*, 26(1), 75–84. <https://doi.org/10.1080/13548506.2020.1858490>
- Kirkwood, T. B. (2008). A Systematic Look at an Old Problem. *Nature*, 451(7179), 644-647.
- Kluytmans-van Den Bergh, M. F. Q., Buiting, A. G. M., Pas, S. D., Bentvelsen, R. G., van den Bijllaardt, W., van Oudheusden, A. J. G., van Rijen, M. M. L., Verweij, J. J., Koopmans, M. P. G., & Kluytmans, J. A. J. W. (2020). Prevalence and Clinical Presentation of Health Care Workers with Symptoms of Coronavirus Disease 2019 in 2 Dutch Hospitals During an Early Phase of the Pandemic. *JAMA Network Open*, 3(5), e209673–e209673.
- Limcaoco, R. S. G., Mateos, E. M., Fernandez, J. M., & Roncero, C. (2020). Anxiety, Worry and Perceived Stress in the World due to the COVID-19 Pandemic, March 2020. Preliminary Results. *MedRxiv*. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.04.03.20043992v1> (E.T:08.01.2020).
- Lloyd-Sherlock, P., Ebrahim, S., Leon Geffen, L., McKee, M. (2020). Bearing the Brunt of Covid-19: Older People in Low and Middle Income Countries A Global Expert Group on Older People Might Be Useful. *BMJ* 2020;368:m1052 doi: 10.1136/bmj.m1052
- Maniar, A. & Mehta, S. (2017). *A Study on Silver Workers Residing in Vadodara City*. Anchor Academic Publishing, Hamburg, Germany.
- Özdemir, D., & Arpacıoğlu, S. (2020). Effect of Social Media Use, Health Perception and Health Search Behavior on the Coronavirus Fear. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 12(1), 1–15. <https://doi.org/10.18863/pgy.803145>
- Reizer, A., Koslowsky, M., & Geffen, L. (2020). Living in fear: The relationship between fear of COVID-19, Distress, Health, and Marital Satisfaction Among Israeli Women. *Health Care for Women International*, 1–21. <https://doi.org/10.1080/07399332.2020.1829626>
- Soysal, G. (2020). Koronavirüs Salgını ve Yaşlılık. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 7(5), 290–301.
- Steves, C. J., Spector, T. D., & Jackson, S. H. (2012). Ageing, Genes, Environment and Epigenetics: What Twin Studies Tell Us Now, and in the Future. *Age and Ageing*, 41(5), 581-586.
- Strang, P., Fürst, P., & Schultz, T. (2020). Excess Deaths from COVID-19 Correlate with Age and Socio-Economic Status. A Database Study in the Stockholm Region. *Uppsala Journal of Medical Sciences*, 125(4), 297–304. <https://doi.org/10.1080/03009734.2020.1828513>
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2020). COVID-19 Haftalık Durum Raporu- 19/10/2020 – 25/10/2020, Türkiye, Erişim Tarihi: 26/10/2020 <https://covid19.saglik.gov.tr/Eklenti/39098/0/covid-19-haftalik-durum-raporu---41>.
- T.C. Kalkınma Bakanlığı. (2014). Özel İhtisas Komisyonu Raporu. Ankara, Erişim Tarihi: 01/01/2021, <https://www.sbb.gov.tr/ozel-ih-tisas-komisyonu-raporlari/>
- Thoits, P. A. (2010). Stress and Health: Major Findings and Policy Implications. *Journal of Health and Social Behavior*, 51(1\_suppl), 41–53.
- Usher, K., Durkin, J., & Bhullar, N. (2020). The COVID-19 Pandemic and Mental Health Impacts. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29(3), 315.
- Üstün, Ç., & Özçiftçi, S. (2020). COVID-19 Pandemisinin Sosyal Yaşam ve Etik Düzlem Üzerine Etkileri: Bir Değerlendirme Çalışması. Hayat Sağlık ve Sosyal Hizmetler Vakfı. *Anatolian Clinic the Journal of Medical Sciences*, 25, 142–153. <https://doi.org/10.21673/anadoluklin.721864>
- Vasto S., Scapagnini G., Bulati M., Candore G., Castiglia L., Colonna-Romano G. (2010). Biomarkers of Aging. *Front Biosci, Schol Ed*; 2(1):392–402. doi: <http://dx.doi.org/http://dx.doi.org/> PMID: 20036955
- World Health Organization. (2001). Men, Ageing and Health: Achieving Health Across the Life Span (No. WHO/NMH/NPH/01.2). World Health Organization.
- World Health Organization. (2015). World Report on Ageing and Health. World Health Organization. Luxembourg.
- World Health Organization, (2020). Coronavirus , Erişim tarihi: 08/01/2021, <https://www.who.int/health-topics/coronavirus>

- Wu, C., Chen, X., Cai, Y., Zhou, X., Xu, S., Huang, H., Zhang, L., Zhou, X., Du, C., & Zhang, Y. (2020). Risk Factors Associated with Acute Respiratory Distress Syndrome and Death in Patients with Coronavirus Disease 2019 Pneumonia in Wuhan, China. *JAMA Internal Medicine*, 180(7), 934-943.
- Yaşar, Ö., & Avcı, N. (2020). Değişen Yaşlılık Algısı: COVID-19 ile Damgalanan Yaşlılar. *Electronic Turkish Studies*, 15(4).
- Yin, R., Feng, W., Wang, T., Chen, G., Wu, T., Chen, D., Lv, T., & Xiang, D. (2020). Concomitant Neurological Symptoms Observed in a Patient Diagnosed With Coronavirus Disease 2019. *Journal of Medical Virology*, 92(10), 1782–1784.
- Zastrow, C. (2010). *Sosyal Hizmete Giriş*. Çev. D.B. Çiftci. Ankara: Nika Yayınevi.
- Zhou, F., Yu, T., Du, R., Fan, G., Liu, Y., Liu, Z., ... & Cao, B. (2020). Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *The lancet*, 395(10229), 1054-1062.



SAĞLIK BAKANLIĞI  
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü  
Hasta Hakları ve Tıbbi Sosyal Hizmetler Dairesi Başkanlığı  
Bakanlık Yayın No:963

ULAKBİM TR Dizinde Taranmaktadır

Hakemli Dergi  
**TSHD**  
Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi

ISSN: 2149-309X-Biannually  
<https://edergi.saglik.gov.tr/>  
<https://dergipark.org.tr/tr/pub/tshd>  
Yıl/Year: 2021 Haziran/June Sayı/Issue: 17

## GENÇLERİN BAĞLANMA STİLLERİ İLE EŞ SEÇİMİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Rasim BABAHANOĞLU<sup>1</sup>

### Makale Bilgileri/ Article info

Makalenin Türü/Article Type: Araştırma  
Geliş Tarihi / Date Received : 22.03.2021  
Revizyon Tarihi/Date Revised : 04.05.2021  
Kabul Tarihi / Date Accepted : 17.06.2021  
Yayın Tarihi / Date Published : 30.06.2021  
DOI: <https://doi.org/10.46218/tshd.900972>

**Makale Künyesi/To cite this article:**  
Babahanoğlu, R (2021, Haziran). Gençlerin bağlanma stilleri ile eş seçimi arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 17, 98-118. Doi: 10.46218/tshd.900972

**Sorumlu Yazar/Corresponding Author:**  
Rasim Babahanoğlu, Dr. Öğr. Üyesi, Hitit Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü,  
[rasimbabahanoğlu@hitit.edu.tr](mailto:rasimbabahanoğlu@hitit.edu.tr)

### Öz

Bu araştırmanın amacı; gençlik merkezlerinden hizmet alan gençlerin bağlanma stilleri ile eş seçimde öncelikleri ve çeşitli sosyodemografik özellikleri arasındaki ilişkinin incelenmesidir.

Bu araştırma, nicel desende tasarlanmış olup ilişkisel tarama modelinden yararlanılmıştır. Çalışmanın evreni, Konya Selçuklu ilçesinde bulunan Kılıçarslan ve Talha Bayrakçı Gençlik Merkezlerine gelen gençlerden oluşmaktadır. Basit tesadüfi örnekleme yöntemi ile 608 katılımcının anketleri değerlendirmeye alınmış ve gerekli analizler yapılmıştır.

Araştırmada, korelasyon analizi yapılmış olup ve katılımcıların bağlanma stilleri durumu ile eş seçme öncelikleri arasında pozitif yönden bir ilişkinin olduğu saptanmıştır. Ayrıca, katılımcıların cinsiyet değişkeni ile *güvenli bağlanma* alt boyutu toplam puan ortalaması arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Kadınların almış oldukları toplam puanın erkeklerinkine göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Benzer bir sonuç da eş seçimde öncelikler ölçeğinin toplam puan ortalaması ile katılımcıların cinsiyet değişkeni arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Buna göre, kadınların almış oldukları puan erkeklere göre daha yüksek çıkmıştır.

Sonuç olarak güvenli bağlanmanın, yaşamın bütün süreçleri üzerinde etkisi olduğu gibi özellikle eş seçimi üzerinde de tesirli olduğu saptanmıştır. Dolayısıyla, bebeklikten itibaren gelişen ve devam eden bağlanma stilleri, özellikle güvenli bağlanmanın kişi ya da kişilerin gelecekte yapacakları her türlü planların yapılmasında, isabetli ve mantıklı kararların verilmesinde oldukça etkili olduğu varsayılmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Bağımlılık tedavisi, Bağlanma, Bağlanma stilleri, Eş seçimi, Gençler, Sosyal Hizmet

## THE EXAMINING RELATIONSHIP BETWEEN ATTACHMENT STYLES OF YOUNG PEOPLE AND OF CHOICE SPOUSE

### Abstract

The aim of this research; it is examine the relationship between the attachment styles of young people who receive service from youth centers and their priorities in choosing spouse and various sociodemographic variable.

This research was designed in a quantitative form design and the relational scanning model was used. The universe of the study consists of youth young people who come to Kılıçarslan and Talha Bayrakçı Youth Centers in Konya Selçuklu district. The questionnaires of 608 participants were evaluated by using the simple random sampling method and analyzes were made.

In this context the study, the correlation analysis performed for both applied scales and was examined. It was found that there was a positive significant relationship between both scales. In addition, a significant difference was found between the gender variable of the participants and the total score of the secure attachment sub-dimension of the three-dimensional attachment scale, and it was observed that the total score obtained by women was higher than that of men. A similar result

<sup>1</sup> Dr. Öğr. Üyesi, Hitit Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü, ORCID: 0000-0002-6538-0329

was found that to be a significant difference between the total score of the priorities scale in choosing a spouse and the gender variable of the participants. Thus the scores of women were found higher than men.

As a result, it has been determined that secure attachment has an effect on all processes of life as well as especially on the choice of a partner. Therefore, it is assumed that especially secure attachment, which develops and continues from childhood is very effective in making all kinds of plans and sensible, rational decisions that a person or individuals will make in the future.

**Keywords:** Attachment, Attachment styles, Choosing spouse, Young people, Social work.

## 1. Giriş

Yaşamın her döneminde sosyal, duygusal gelişimlerin oluşması ve duygusal bağın şekillenmesinde birçok iç ve dış faktörler bulunmaktadır. Bu faktörlerin başında da bağlanma durumunun geldiği değerlendirilmektedir. Çocuğun ilk olarak duygusal bağ kurduğu birincil bakıcı ile arasında gelişen bağlanma stili, hayat boyu tüm kişilerarası ilişkilerin temelini oluşturmaktadır. Genel anlamda bahsi geçen birincil bakıcı anne olarak değerlendirilmektedir. Bowlby (1980), anne çocuk arasındaki gelişen duygusal bağı incelemesinde, çocuğun bağlanma duygusunu geliştirdiği kişiler çocuğu yetiştiren, her türlü ihtiyacını karşılayan anne ile duygusal bağların gelişmesi ile bağlanmanın oluştuğu, psikososyal davranış gelişimi sağlayan birincil bakıcı ya da anne gerçeğinin üzerinde durulmaktadır (Sabuncuoğlu ve Berkem, 2006, s. 254; Bacanlı ve Sürücü, 2011, s. 680; Kaya Balkan, 2009; Akbay, 2015, s. 110-117). Burada esas kaide ise, bebeklik çağında çocuğa ilk kim bakıp, temel ihtiyaçlarını gidermişse bebek de o kişiye bağlanma stillerini geliştirmektedir (Hazan ve Shaver, 1994).

Bağlanma olgusu bebeklikten başlayan yaşamın sonuna kadar devam eden dinamik bir süreç olarak değerlendirilmektedir. Bu düşünce, Bowlby'nin görüşüyle de örtüşmekte ve bağlanmanın insan ömrünün sonuna kadar devam eden bir süreç olduğu, yetişkinlikteki romantik ilişkileri de etkilediği üzerine tartışılmaya başlanmıştır (Karakuş, 2012, s. 35; Uluyol, 2014, s. 93). Fakat araştırmacılar yetişkinlikte bağlanma ile çocuklukta bağlanmanın farklılaştığını, çocuğun ebeveyni ile kurduğu bağlanma ile yetişkin romantik ilişkilerindeki bağlanmanın aynı olmadığını ifade etmektedirler (Sümer ve Güngör, 1999, s. 89). Bebeklik veya çocukluk çağındaki bağlanma durumu için bakım alma konusunda güven duygusu ön planda iken, yetişkinlikteki bağlanma durumu ise karşılıklı ilişki üzerine temellenmektedir (Yıldız, 2012, s. 21). Yetişkinlikten hayatın sonuna kadar bağlanma durumunun sağlıklı devam etmesinin en önemli aşaması bebeklik çağındaki güvenli bağlanma stiline gelişmesinden geçmektedir. Nitekim güvenli bağlanma stili gelişen bireyler yaşamlarında öz güvene sahip, aile aidiyet duygusu yüksek ve ilişkilerinde daha başarılı olmaktadır (Kantarci, 2009, s. 37-41; Solmuş, 2008, s. 132; Eşici, 2014, s. 40-51; Mavili vd., 2014, s. 31). Aynı zamanda bağlanma stili evliliği ve eş seçme kriterlerini, tercihlerini ve partnerine bakış açısını da etkilemektedir (Gündoğan, 2015, s. 29; Başay, 2015).

Evlilik ve eş seçiminin gerçekleştiği gençlik ve yetişkinlik süreci aynı zamanda değişim ve gelişimlerin de yaşandığı insan hayatının önemli dönüm noktasıdır (Kul, 2011, s. 181-192). Eş seçimi, evlilik ve aile kurmak düşüncesi üzerinde, bağlanmanın etkisi de ön plana çıkmaktadır. Hatta bağlanma olgusu tarihsel süreç

içerisinde hayatın her alanında insanları etkileyen önemli faktörlerden sayılmaktadır. Ayrıca eş seçimi ve evlilik olgusu sosyolojik, biyolojik ve psikososyal yönden daima gelişim ve değişimlerin görüldüğü (Baş, 2017, s. 258) bir geçiş olarak değerlendirilmektedir. Bu bağlamda, eş seçiminde fiziksel görünüm, ekonomik durum, etnik ve inanç yapısı gibi etkenlerin rol oynadığı gibi, toplumsal yapı ve sosyokültürel olgulardaki değişim ve gelişimlerden de etkilenmektedir (Köroğlu, 2013; Çalışkan vd., 2015, s. 6; Tuzer, 2016, s. 31; Aydın ve Demir, 2017, s. 631; Sancak Aydın ve Ayhan, 2017, s. 641).

Eş seçimi ve evlilik konusunda öne çıkan diğer bir husus ise, kişinin kendi kişilik özelliklerinin farkında olmasının yanı sıra karşısındaki insanın kişilik özelliklerinin de farkında olması gerekmektedir (Yıldırım, 2007, s. 15; Canel, 2012, s. 29-32). Çünkü bireyler bazen eş seçimi yaparken sadece romantik ilişkilere yönelebilmektedir (Atak ve Taştan, 2012, s. 533). Sternberg (1986), romantik ilişkiyi; kadın ve erkek arasında gelişen tutku, bağlılık ve yakınlığın bileşiminden oluşan bir ilişki olarak betimlese de (Çalım, 2017, s. 93-98), romantik ilişki, kişiden kişiye, kültürden kültüre değişiklik gösterebilmektedir. Buna göre romantik ilişki, iki kişinin birbirine karşı hissettikleri yakınlık, bağlanma, sevgi ve saygı duyguları olarak tanımlanabilmektedir (Atak ve Taştan, 2012, s. 530). Tüm bu etkenlerin dışında bazı durumlarda yaşanan çevre baskısı ve kişinin aradığı veya ilişkiden beklediği mükemmeliyetçi tutum da eş seçimini olumlu veya olumsuz etkileyebilmektedir (Bener, 2011; Ekşi vd., 2017, s. 97).

Dolayısıyla güvenli bağlanmanın sağlıklı bir şekilde devam edebilmesi için çocuk bakımını üstlenen bakıcı ya da annenin uzun süre çocuğun yanından ayrılışı bazı psikolojik ve sosyal sorunları beraberinde getirebilmektedir (Sümer, 2006). Bu nedenle çocukluk döneminde ebeveynlerle kurulan ilişki hayati önem taşımaktadır (Bolattekin, 2014, s. 83-90). Bu dönemde kurulan bağlanma stiline bağlı olarak yetişkinlikteki davranışları, sorumluluk bilinci ve başkalarıyla ilişki kurma biçimi şekillenmektedir. Buna bağlı olarak da romantik ilişkilerine nasıl anlam yüklediği ve çevresiyle iletişim kurma biçimi belirlenmektedir (Şahin, 2018, s. 98; Gündoğan, 2015, s. 37). Bağlanma stillerinin bireyin eş seçimi üzerinde de etkisi olduğu varsayılmaktadır. Bireyler eş seçimi sonrası evlilik yoluyla toplumun temelini oluşturan ve en küçük birimi olan aileyi oluşturmaktadırlar. Aile, çocuğun toplum içerisindeki yerini almadan önce tüm kazanımlarını tamamladığı kurumdur. Bu durumda toplumun sağlıklı bir şekilde var olabilmesi, ayakta durabilmesi ve kültürel anlamda da zenginleşebilmesi için aileye çok büyük bir görev düşmektedir (Bağ, 2019, s. 71).

John Bowlby ve Mary Ainsworth'un bağlanma konusunda birlikte yapmış oldukları çalışmalara göre, bağlanmanın bebeklikten başlaması ile birlikte yetişkinlik döneminde önemli bir role sahip olduğu hatta yaşam boyu devam ettiğini vurgulamaktadır (Çalışır, 2009, s. 248-9). Bu çalışmada, bağlanma stillerinin eş seçiminde nasıl bir etkiye sahip olduğu araştırmanın temel problemini oluşturmaktadır.

Bu çalışmada bağlanma ve eş seçimi konularının irdelenmesi, analiz sonuçlarının incelenmesi ve bilimsel, akademik çalışmalarla karşılaştırılması için gerek psikoloji, sosyal hizmet gibi disiplinler açısından önemli



olduğu düşünölmektedir. Bağlanma stillerinin eş seçimi üzerindeki etkisinin tespit edilmesi ve bu disiplinler işığında çözümler önerilerinin geliştirilmesi ve müdahale yöntemlerinin belirlenmesi ile sosyal hizmet mesleğinin diğer meslekler ile birlikte çalışma temel prensibinin (Thompson, 2016, s. 192) bir parçası olması ile ayrı bir önem arz etmektedir. Ayrıca iki konunun birlikte çalışıldığı araştırma sayısının az olması literatüre katkı sağlayacağı düşünöldüğünden bu çalışma önem taşımaktadır.

Sonuç olarak bu çalışmanın, bağlanma stilleri ve es seçimi arasındaki ilişki ile ilgili gelecekte yapılacak olan çalışmalara katkı sağlayacağı kanaatindeyiz. Özellikle çalışmamız, doğumdan itibaren aileyle kurulan bağın öneminden ve bu bağlanma stillerinin tüm hayatı ve dolayısıyla evlilik gibi bir durumu etkilediğinden dolayı önem arz etmektedir. Bu vesile ile de çalışmamızın, ailelerin çocuklarıyla kurdukları duygusal bağın önemini fark edeceklerini ve bilinçli bir yaklaşım sergileyeceklerini düşünmekteyiz. Gençlerin bağlanma stillerinin farkına varmalarını böylece eş seçme kararlarını da farklı bir şekilde değerlendirmelerine sebep olacaktır. Ailenin toplumun yapı taşı olduğunu ve çocukların o ailede yetişirken bunun tüm hayatını etkileyecek bağlar kurup ya da kuramadığı unutulmamalıdır.

## 2. Yöntem

Bu bölümde araştırmanın amacı, hipotezleri, evren ve örnekleme, veri toplama araçları ve veri toplama analizleri gibi bilgiler yer almaktadır.

### 2. 1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın literatüründe de değinildiği gibi, bağlanma yaşam boyu devam eden önemli bir olgudur. Bağlanma olgusunun kişinin farklı dönemlerde kuruduğu ilişkiler ve özellikle eş seçimi kararı üzerinde etkili olduğu değerlendirilmektedir. Dolayısıyla bu çalışmada bağlanma durumu ile eş seçimleri arasındaki ilişki düzeyinin incelenmesi amaçlanmaktadır. Ayrıca katılımcıların cinsiyet, yaş, ebeveynlerinin hayatta olma ve ebeveynlerin tutumları gibi bağımsız değerkenler ile uygulanan ölçekler arasında anlamlılık düzeylerini tespit etmeyi amaçlanmaktadır. Bu amaç doğrultusunda aşağdaki hipotezler test edilmiştir.

### Araştırmanın Hipotezleri

**Hipotez 1:** Ho= Katılımcıların bağlanma stilleri ile eş seğimindeki öncelikleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

**Hipotez 2:** Ho= Katılımcıların anne-baba tutumları ile bağlanma stilleri toplam puan ortalamaları arasında fark vardır.

**Hipotez 3:** Ho= Katılımcıların yaşı ile bağlanma stilleri toplam puan ortalamaları arasında fark vardır.

**Hipotez 4:** Ho= Katılımcıların cinsiyeti ile bağlanma stilleri toplam puan ortalamaları arasında fark vardır.

**Hipotez 5:** Ho= Katılımcıların babanın hayatta olma durumu ile bağlanma stilleri toplam puan ortalamaları arasında fark vardır.

**Hipotez 6:** Ho= Katılımcıların annenin hayatta olma durumu ile bağlanma stilleri toplam puan ortalamaları arasında fark vardır.

**Hipotez 7:** Ho= Katılımcıların anne-baba tutumları ile eş seçmede öncelikler toplam puan ortalamaları arasında fark vardır.

**Hipotez 8:** Ho= Katılımcıların yaşı ile eş seçmede öncelikler toplam puan ortalamaları arasında fark vardır.

**Hipotez 9:** Ho= Katılımcıların cinsiyeti ile eş seçmede öncelikler toplam puan ortalamaları arasında fark vardır.

**Hipotez 10:** Ho= Katılımcıların babanın hayatta olma durumu ile eş seçmede öncelikler toplam puan ortalamaları arasında fark vardır.

**Hipotez 11:** Ho= Katılımcıların annenin hayatta olma durumu ile eş seçmede öncelikler toplam puan ortalamaları arasında fark vardır.

## 2. 2. Araştırmanın Modeli

Araştırma, nicel desende tasarlanmış olup ilişkisel tarama modeline uygun olarak gerçekleştirilmiştir. İlişkisel tarama modeli iki veya daha çok sayıdaki değişken arasında birlikte değişim varlığını ve/veya derecesini belirlemeyi amaçlayan araştırma modelidir (Karasar, 2015, s. 79). Bu çalışma katılımcıların sahip oldukları bazı değişkenler ile uygulanan ölçekler arasında ilişkiye bakılarak gerçekleştirilmiştir.

## 2. 3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini gençlik merkezlerinin yoğunluğundan yararlanmak amacıyla, Konya Büyükşehir Belediyesi bünyesinde faaliyet gösteren Kılıçarslan ve Talha Bayrakçı Gençlik Merkezlerine gelen gençler oluşturmaktadır. Bu iki gençlik merkezinin tercih edilmesinin sebebi, her ikisinin de üniversite öğrencisi yoğunluğu en fazla olan Konya Selçuk Üniversitesinin çok yakınında bulunması ve pek çok kişi tarafından tercih edilmesidir. Araştırmacının zaman ve ekonomik yönden lehine olacak araştırmada tercih edilen evren türü ise ulaşılabilir evren olarak belirlenmiştir. Ulaşılabilir evren ise, araştırmacının ulaşabileceği, gerçekçi seçimi olan somut evren olarak tanımlanmaktadır (Büyüköztürk, 2012, s. 2). Gençlik merkezleriyle yapılan görüşmeler sonucunda kurumların yetkili çalışanlarından edinilen bilgiye göre katılımın çok yaşandığı bir aylık (Şubat- Mart 2020) zaman diliminde kurumlara gelen gençlerin sayısı 3.500-4.000 kişi arasında değiştiği tahmin edilmektedir.

Araştırmanın örneklemini kurumlardan gerekli izinler alındıktan sonra sınavların olmadığı ve en yoğun katılımın sağlandığı bir zaman dilimi olan Şubat-Mart 2020 tarihleri içerisinde gönüllü olarak araştırmaya

katılmayı kabul eden gençleri kapsamaktadır. Buna bağılı olarak Altunışık ve arkadaşlarının (2012) yapmış oldukları çalışmaya göre herhangi bir bilimsel çalışmanın evren sayısının 4000 kişi olması halinde, örneklem sayısının 351 kişi olarak alınmasının yeterlidir. Araştırmada basit tesadüfi örnekleme yöntemi ile 628 kişiye ulaşılmış ve anket formlarını eksiksiz olarak dolduran 608 katılımcının anketi değerlendirmeye alınmıştır. Basit tesadüfi (rastgele) örnekleme yöntemi, ele alınan problemin evren ile ortak ve benzer özelliklere sahip olması ile ön plana çıkmaktadır (Baltacı, 2018, s. 240). Aynı zamanda evrende yer alanların örneklem grubunda eşit bir şekilde seçilme şansına sahip oldukları da değerlendirilmektedir (Kerlinger ve Lee, 1999; Özdamar, 2001, s. 261-65). Dolayısıyla bu merkezlerin evren ve örneklem olarak belirlenmesindeki temel amaç, araştırmacı için gerek verilerin homojenliği gerekse zaman ve ekonomik yönden kolaylık sağlamasıdır. Araştırma, belirlenen zaman dilimi içerisinde ilgili merkezlere gelen, araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden bekâr ve 18-30 yaş arasında yer alan katılımcılar ile sınırlandırılmıştır.

#### **2. 4. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları**

Bu çalışmanın veri toplanmasında katılımcıların sosyodemografik özelliklerini incelemek için hazırlanan bilgi formu, Erzen (2016) tarafından geliştirilmiş Üç Boyutlu Bağlanma Stilleri Ölçeği ve Başay (2015) tarafından geliştirilen Eş Seçmede Öncelikler Ölçme Aracı ile veriler toplanmıştır.

#### **Sosyodemografik Bilgi Formu**

Araştırmacı tarafından hazırlanan ve katılımcıların bazı demografik değişkenlerinden oluşan bu formda katılımcıların "cinsiyet, yaş, babanın hayatta olma durumu, annenin hayatta olma durumu ve anne-babanın aile içindeki tutumlarından" oluşmaktadır.

#### **Üç Boyutlu Bağlanma Stilleri Ölçeği (ÜBBSÖ)**

Üç Boyutlu Bağlanma Stilleri Ölçeği Erzen (2016) tarafından geliştirilen 18 maddelik 5'li likert tipi bir ölçektir. Ölçek, "kesinlikle katılmıyorum(1)", "katılmıyorum(2)", "kısmen katılıyorum(3)", "katılıyorum(4)" ve "kesinlikle katılıyorum(5)" şeklinde değişen cevaplardan oluşmaktadır. Ölçekte ters madde bulunmamaktadır. Üç Boyutlu Bağlanma Stilleri Ölçeği üç (güvenli, kaçınan ve kaygılı-kararsız) alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçek için yapılan Doğrulayıcı Faktör Analizinde (DFA) üç boyutlu bağlanma stilleri ölçeğinin üç alt boyuttun varlığı doğrulanmıştır. Ölçeğin uyum indeks değerleri ise, GFI .93, AGFI .90, CFI .90, RMSEA .05 olarak bulunmuştur. Ölçeğin alt boyutları: 1- güvenli bağlanma (4, 7, 10, 13, 16), 2- kaçınan bağlanma (1, 3, 5, 9, 12, 15, 18) ve 3- kaygılı-kararsız bağlanma (2, 6, 8, 11, 14, 17) maddelerinden oluşmaktadır. Alt boyutların ikisi (kaçınan ve kaygılı-kararsız) olumsuz, biri (güvenli) ise, olumluluğa sahip olmalarından dolayı ölçeğin tamamına ait bir Cronbach Alpha değeri elde edilmesi mümkün olmadığı belirtilmiştir. Ancak, her bir alt boyut için ayrı ayrı Cronbach Alpha değerleri belirlenmiştir. Buna göre, güvenli, kaçınan ve kaygılı-kararsız bağlanma stilleri için belirlenen iç tutarlılık katsayıları sırasıyla, .69, .80 ve .71'dir. Bu çalışmada da

her bir alt boyutun güvenilirlik katsayısı sırasıyla, .72, .83 ve .80 olarak saptanmıştır. Puanlama 18-90 arasında yapılmakta ve yüksek sayı güvenli bağlanmayı ifade etmektedir (Erzen, 2016, s. 16).

### **Eş Seçmede Öncelikler Ölçme Aracı-Ölçeği (ESÖÖA)**

Eş Seçmede Öncelikler Ölçme Aracı ise, 20 maddelik 5'li likert özelliğine sahiptir. Eş Seçmede Öncelikler Ölçme Aracı, "hiç önemli değil(1)", "önemli değil(2)", "kısmen önemli(3)", "önemli(4)", ve "çok önemli(5)" yanıtlarından oluşmaktadır. Ölçeğin güvenilirliğini test edilmesi için temel bileşenler analizi (Principal component analysis-PCA) yapılmış ve farklı aşamalarla test analizinden geçirilerek geçerlilik sağlanmıştır. İlk olarak veri setinin yapı geçerliliğinin belirlenebilmesi için KMO ve Bartlett testi uygulanmıştır (KMO= .771 ve Bartlett testi ise,  $X^2 = 2676,210$ ,  $p < 0.01$ ). İkinci aşamada ise; paralel formlar tutarlığına bakılmış ve Split Half yöntemiyle maddeler iki parçaya ayrılmıştır. 1. Parçanın Cronbach Alpha değeri .628, 2. Parçanın değerinin ise .501 olduğu gözlenmiştir. İki form arasındaki korelasyon değerinin .572, Spearman Brown Eşit Uzunluk Testi değerinin .728, Spearman Brown Eşit Olmayan Uzunluk Testi değerinin .728, Guttman Split Half Testi değerinin ise .718 olduğu bulgulanmıştır. Üçüncü aşamada da iç tutarlılık testi yapılmış ve Split Half yöntemiyle, paralel formlar tutarlığına tekrar bakılarak maddeler 2 parçaya ayrılmıştır. 1. Parça Cronbach Alpha değeri .573, 2. Parça değeri .545 olduğu ve bu iki formun güvenilirlik değerinin birbirine yakın olduğu görülmüştür. Ayrıca paralel formlar arası korelasyon değerinin .678 olduğu, Spearman Brown Eşit Uzunluk Testi değerinin .808, Spearman Brown Eşit Olmayan Uzunluk Testi değerinin .808, Guttman Split Half Testi değerinin ise .806 olduğu tüm gösterge değerlerinin ilk duruma göre arttığı bulgulanmış ve oluşturulan 20 maddelik Eş Seçmede Öncelikler adlı ölçme aracının geçerliliğinin ve güvenilirliğinin yeterli seviyede olduğu kabul edilmiştir. Ölçekte alınacak puanlar ise, 20-100 arasında değişmektedir. Ölçeğin, Cronbach Alpha değeri .741 olarak hesaplanmış (Başay, 2015, s. 94-100) ve bu çalışmada da Cronbach Alpha değeri .850 olarak bulunmuştur.

### **2. 5. Araştırmanın Veri Analizleri**

Araştırmada elde edilen veriler SPSS 20.0 programına aktarılmış ve gerekli analizler yapılmıştır. Yapılan normallik analizi sonucunda verilerin parametrik olduğu tespit edilmiştir (bkz. Tablo 2). Her iki ölçek için Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Analizi yapılmıştır. Ayrıca veri toplanmasında kullanılan her iki ölçek ile katılımcıların bazı demografik değişkenleri (cinsiyet, yaş, anne-baba yaşama durumu ve anne-baba tutumu) arasında anlamlılık düzeylerine bakmak için bağımsız gruplarda T-Testi ve Varyans (Anova) analizleri yapılmış olup aralarındaki anlamlılık düzeyleri incelenmiştir.

### **2. 6. Araştırmanın Etiği**

Araştırmaya başlamadan önce araştırmanın etik açıdan uygunluğunun değerlendirilmesi için Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurulu'na araştırma önerisi sunulmuş, Etik Kurul onayı 15/04/2020 tarihli, 2020/3 sayılı kurul karar sayısı ile alınmıştır. Ayrıca araştırma uygulamasının

yapılabilmesi için Konya Kılıçarslan Gençlik Merkezi'nden 06.02.2020 tarihinde ve Konya Talha Bayrakçı Gençlik Merkezi'nden 07.02.2020 tarihinde veri toplama ve katılımcı sayısını belirlemek için kurum çalışanlarından sözlü olarak uygulama izinleri alınmıştır.

### 3. Bulgular

Bu bölümde katılımcıların demografik bilgilerinin dağılımı, uygulanan ölçeklerin ortalama, standart sapma, çarpıklık ve basıklık değerleri ve ölçeklerin korelasyon ilişkisine dair bilgiler yer almaktadır. Ayrıca, araştırmada kullanılan ölçme araçları ile katılımcıların demografik değişkenleri arasında kurulan hipotezlerin test edilmesinin sonuçları ele alınmıştır.

#### 3.1. Katılımcıların Sosyodemografik Bilgileri

Bu bölümde gençlik merkezlerine gelerek araştırmaya katılan gençlerden toplanıp analizi yapılmış olan verilerden elde edilen bulgular yer almaktadır. Ayrıca bu bölümde (Tablo 1), katılımcıların kişisel bilgi formunda belirtilen demografik değişkenlerle ilgili (cinsiyet, yaş, ailenin ekonomik durumu, katılımcının eğitim durumu, aile yapısı, babanın ve annenin hayatta olma durumu ve ana- baba tutumları) frekans dağılımı ve yüzdeleri verilmiştir.

**Tablo 1:** Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı

Değişken	n	%
Cinsiyet		
Kadın	348	57,2
Erkek	260	42,8
Yaş		
18-21	312	51,3
22-24	237	39,0
25-30	59	9,7
Babanın hayatta olma durumu		
Evet	574	94,4
Hayır	34	5,6
Annenin hayatta olma durumu		
Evet	597	98,2
Hayır	11	1,8
Anne-baba tutumu		
Baskıcı ve otoriter	106	17,4
Aşırı hoşgörölü	93	15,3
Kararsız ve dengeli	96	15,8
Aşırı koruyucu	133	21,9
Demokratik	180	29,6
<b>Toplam</b>	<b>608</b>	<b>100</b>

Tablo 1'de görüldüğü üzere katılımcıların %57,2'sinin kadın, %51,3'ünün 18-21 yaş arasında, %94,4'ünün babalarının hayatta olduğu, %98,2'sinin annelerinin hayatta olduğu ve %29,6'sının ise, anne-baba tutumlarının demokratik olduğu tespit edilmiştir. Tabloda yer alan anne-baba tutumları için belirlenen kavramların açıklamaları şu şekildedir: *Baskıcı-otoriter*, katı kurallar ve cezalandırma, *Aşırı hoşgörölü*, izin verici, şımartıcı tutum, *Kararsız-dengesiz*, verilen kararlarda tutarsızlık, *Aşırı koruyucu*, gereğinden fazla

kontrol ve aşırı özen gösterme, *Demokratik*, çocuğun görüşüne ve fikrine değer verme olarak tanımlanmaktadır.

**Tablo 2:** ESÖÖ Aracı ve Alt Boyutları İle ÜBBS Ölçeğinin Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

ESÖÖA ve ÜBBSÖ	n	En Küçük	En Yüksek	$\bar{X}$	Ss.	Çarpıklık (Skewness)	Basıklık (Kurtosis)
Güvenli	608	1,00	5,00	4,20	0,43	-,506	,263
Kaygılı-kararsız	608	1,00	5,00	2,71	0,52	,718	,600
Kaçınan	608	1,00	5,00	2,51	0,67	,214	-,223
ÜBBS (Toplam)	608	1,67	5,00	3,27	0,68	,369	,494
ESÖÖ Aracı (Toplam)	608	1,41	5,00	3,62	0,83	-,518	,847

Tablo 2 incelendiğinde, katılımcıların üç boyutlu bağlanma stilleri ölçeği alt boyutlarında en yüksek ortalamaların *güvenli bağlanma* ( $\bar{x}=4,20$ ) alt boyutunda olduğu, *kaygılı-kararsız bağlanma* alt boyutu ortalamasının  $\bar{x}=2,71$  ve *kaçınan bağlanma* alt boyutu ortalamasının da  $\bar{x}=2,51$  olduğu görülmektedir. Kaygılı-kararsız bağlanma ve kaçınan bağlanma alt boyutlarında elde edilen puan ortalamasının düşük olması katılımcıların güvenli bağlanma özelliğinin yüksek olduğu göstermektedir ki bu sonuç da bağlanma stilleri durumu açısından olumlu olduğu değerlendirilmektedir. Ayrıca katılımcıların üç boyutlu bağlanma stilleri düzeylerinin ( $\bar{x}=3,27$ ) yüksek değere yakın olduğu gibi eş seçiminde öncelikler düzeyi için de almış oldukları ortalama puan ( $\bar{x}=3,62$ ) da iyi derecede olumlu olduğu anlaşılmaktadır.

Yapılan normallik dağılım analizine göre verilerin parametrik olduğu görülmüştür. Buna göre skewness (çarpıklık) ve kurtosis (basıklık) değerleri bunu doğrulamaktadır. Bağlanma Stilleri ve Eş Seçimi Ölçeği puanlarından elde edilen çarpıklık ve basıklık değeri +2 ile -2 arasında olduğundan normallik sağlanmış olup (Jöreskog ve Sorbon, 1996; Demir ve vd., 2016, s. 133), analizlerde parametrik olan test teknikleri kullanılmıştır.

**Tablo 3:** Eş Seçmede Öncelikler Ölçme Aracı ile Üç Boyutlu Bağlanma Stilleri Ölçeği Arasındaki İlişkiye Ait Korelasyon Analiz Sonuçları.

Ölçek ve Alt Boyutlar		1	2	3	4	5
1. Güvenli	r	1				
	p					
2. Kaygılı-Kararsız	r	-,173**	1			
	p	,000				
3. Kaçınan	r	-,242**	,381**	1		
	p	,000	,000			
4. Eş Seçmede Öncelikler Ölçme Aracı (Toplam)	r	,268**	-,056**	-,119**	1	
	p	,000	,002	,003		
5. Üç Boyutlu Bağlanma Stilleri Ölçeği (Toplam)	r	,167*	,773**	,141	,264**	1
	p	,019	,000	,650	,006	

Anlamlılık düzeyi \*p<.05, \*\*p<.01

Tablo 3'te görüldüğü gibi, yapılan korelasyon analizi sonucu eş seçmede öncelikler ölçme aracı ile üç boyutlu bağlanma stilleri ölçeği arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ( $r= ,264$ ;  $p=,006$ ,  $p<.05$ ).

Ayrıca, eş seçmede öncelikler düzeyi ile *güvenli bağlanma* alt boyutu arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu ( $r = ,268$ ;  $p = ,006$ ,  $p < .05$ ) ve *kaygılı-kararsız bağlanma* ile *kaçınan bağlanma* alt boyutları arasında negatif yönde anlamlı ilişkinin olduğu saptanmıştır ( $r = -,056$  ve  $r = -,119$ ;  $p < .05$ ). Bu nedenle, **Hipotez 1** kabul edilmiştir. Elde edilen bulgular değerlendirildiğinde, bağlanma stillerinde özellikle *güvenli bağlanmanın* eş seçimi üzerinde olumlu etkisi olduğunu ve *kaygılı-kararsız bağlanma* ile *kaçınan bağlanma* stillerinin ise eş seçiminde negatif yönde etkisi olduğu sonucuna varılmaktadır.

**Tablo 4:** Katılımcıların Bazı Demografik Özellikleri ile ÜBBS Ölçeği için Yapılan Analiz Sonuçları

Bağımsız Değişken	n	ÜBBSÖ ( $\bar{x} \pm Ss$ )	ÜBBSÖ		
			Güvenli ( $\bar{x} \pm Ss$ )	Kaçınan ( $\bar{x} \pm Ss$ )	Kaygılı-Kararsız ( $\bar{x} \pm Ss$ )
<b>Anne – Baba Tutumu</b>					
Aşırı baskıcı <sup>1</sup>	106	2,79±,48	3,84±,74	2,11±,69	2,87±,48
Aşırı hoşgörülü <sup>2</sup>	93	2,83±,43	4,02±,67	2,14±,77	2,83±,43
Kararsız <sup>3</sup>	96	2,78±,44	3,71±,62	2,99±,64	2,78±,44
Aşırı koruyucu <sup>4</sup>	133	2,79±,38	3,68±,65	2,18±,58	2,79±,38
Demokratik <sup>5</sup>	180	2,74±,44	3,96±,60	2,09±,72	2,74±,44
F		0,75	8,32	1,28	0,75
p		0,55	0,00	0,27	0,00
Fark Grupları		-	(3,4<5)	-	(5<3,1)
<b>Yaş Grubu</b>					
18-21 yaş arası <sup>1</sup>	312	2,79±,43	3,84±,64	2,05±,66	2,73±,85
22-24 yaş arası <sup>2</sup>	237	2,80±,43	3,78±,66	2,19±,72	2,68±,82
25-30 yaş arası <sup>3</sup>	59	2,65±,44	3,77±,81	2,05±,62	2,39±,72
F		2,84	0,65	2,65	4,13
p		0,04	0,51	0,07	0,01
Fark Grupları		(3>1)*	-	-	(1>3)*
<b>Cinsiyet</b>					
Kadın	348	2,77±,39	3,92±,59	2,01±,61	2,68±,82
Erkek	260	2,79±,48	3,67±,73	2,23±,76	2,68±,84
t		-0,33	4,70	-3,85	-,06
p		0,74	0,00	0,00	0,95
<b>Baba Yaşam Durumu</b>					
Evet	374	2,76±,43	3,82±,66	2,10±,69	2,68±,83
Hayır	34	2,75±,48	3,67±,78	2,17±,59	2,61±,74
t		0,44	1,25	-0,57	,51
p		0,65	0,21	0,51	0,61

<i>Anne Yaşam Durumu</i>					
Evet	597	2,78±,43	3,82±,66	2,11±,69	2,68±,83
Hayır	11	2,61±,46	3,29±,82	2,05±,29	2,58±,55
t		1,32	2,63	0,28	0,40
p		0,18	0,00	0,77	0,68
		*Dunnet T	**Scheffe		

Tablo 4'te görüldüğü gibi yapılan aynı analizlerin arka arkaya gelmesi ve karışıklığın olmaması amacıyla önce Anova sonrasında da T-testi bulgularına yer verilmiştir.

Bu tabloda, katılımcıların, anne-baba tutumları ile Üç Boyutlu Bağlanma Stilleri Ölçeği ve alt boyutlarının toplam puanları arasındaki anlamlılık düzeyinin tespiti için yapılan Varyans (Anova) analizlerinin sonuçları verilmiştir. Buna göre katılımcıların anne ve baba tutumu ile ölçeğin toplam puan arasında anlamlı bir farkın olmadığı tespit edilmiştir ( $p>0.05$ ). Bu nedenle **Hipotez 2** reddedilmiştir. Aynı şekilde ölçeğin alt boyutlarından olan *kaçınan bağlanma* ile katılımcıların anne ve baba tutumu toplam puanı arasında anlamlı farklılığa rastlanılmamıştır ( $p>0.05$ ). Katılımcıların anne ve baba tutumu ile ölçeğin alt boyutlarından olan *güvenli bağlanma* ve *kaygılı bağlanma* toplam puanları arasında anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ). Gruplar arası varyansın eşit olması durumunda Post-hoc istatistiğine başvurulur ve bu testler araştırmacının tercihine göre değişmektedir (Kayri, 2009: 56). Bu çalışmada, farklılaşmanın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla yapılan Post-hoc (Scheffe ve Dunnet T3) testi sonucunda katılımcılardan ebeveynlerinin anne-baba tutumu demokratik olanların, anne-baba tutumlarının kararsız ve aşırı koruyucu olanlara göre güvenli bağlanma düzeyleri daha yüksek olduğu ( $5>3,4$ ) ve aynı şekilde anne-baba tutumu demokratik olanların, anne-baba tutumlarının aşırı baskıcı ve kararsız olanlara göre *kaygılı-kararsız bağlanma* düzeylerinin daha düşük ( $5<3,1$ ) olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların yaş değişkenleri ile ölçek toplam puanı arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ). Bundan dolayı **Hipotez 3** kabul edilmiştir. Gruplar arasındaki farklılaşmaya bakıldığında ise, 25-30 yaş arasında yer alan katılımcıların 18-21 yaş grubunda yer alanlara bağlanma durumları daha yüksek olduğu görülmektedir. Ölçeğin alt boyutlarından olan *güvenli bağlanma* ve *kaçınan bağlanma* ile katılımcıların anne-baba tutumu toplam puanı arasında anlamlı bir farklılığa rastlanılmamıştır ( $p>0.05$ ). Ayrıca, katılımcıların anne-baba tutumu ile ölçeğin diğer alt boyutlarından olan *kaygılı-kararsız bağlanma* toplam puanları arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ). Gruplar arasında farklılaşmaya bakıldığında ise, 18-21 yaş arasında yer alanların 25-30 yaş arasında yer alanlara göre *kaygılı-kararsız bağlanma* düzeyleri daha yüksek olduğu ( $1>3$ ) olduğu tespit edilmiştir.

Aynı tabloda görüldüğü gibi katılımcıların ölçek toplam ve alt boyut puanları ile cinsiyet açısından anlamlılık düzeyini tespit etmek için yapılan bağımsız gruplarda t- testi yapılmıştır. Bu analizinin sonuçlarına göre;



katılımcıların cinsiyet değişkeni ile ölçek toplam puanı arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir ( $p>0.05$ ). Bundan dolayı **Hipotez 4** reddedilmiştir. Ancak, katılımcıların cinsiyet değişkeni ile ölçeğin alt boyutlarından olan *güvenli bağlanma* alt boyutunda anlamlı farklılık tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ). Buna göre, kadınların ( $\bar{x}=3.92$ ) erkeklere ( $\bar{x}=3.67$ ) göre güvenli bağlanma düzeyleri daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Aynı şekilde, katılımcıların cinsiyet değişkeni ile *kaçınan bağlanma* alt boyutu toplam puanı arasında anlamlı bir farkın olduğu tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ). Buna göre ise, kadınların ( $\bar{x}=2.01$ ) erkeklere ( $\bar{x}=2.23$ ) göre, *kaçınan bağlanma* düzeylerinin daha düşük olduğu saptanmıştır. Ölçeğin diğer alt boyutlarından olan *kaygılı-karasız bağlanma* alt boyutu toplam puanı ile katılımcıların cinsiyet değişkeni arasında herhangi bir farklılık tespit edilmemiştir ( $p>0.05$ ).

Katılımcıların ölçek ve alt boyutlarının toplam puanları ile baba yaşama durumu açısından farklılaşım farklılaşmadığını öğrenmek için yapılan bağımsız gruplarda t- testi analizinin sonuçlarına göre; baba yaşam durumu ile ölçeğin toplam puan arasında anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ( $p>0.05$ ). Bundan dolayı **Hipotez 5** reddedilmiştir. Ayrıca, ölçeğin her üç alt boyutlarının toplam puanları ile katılımcıların baba yaşam durumu değişkeni arasında da herhangi bir anlamlı farklılık saptanmamıştır. Buna göre üç boyutlu bağlanma stilleri ölçeğinin sonucunda elde edilen değerlere bakıldığında babanın yaşaması ya da yaşamamasının bağlanma üzerinde etkisinin olmadığı değerlendirilmektedir.

Katılımcıların ölçek toplam puanları ile anne yaşama durumu değişkeni açısından farklılaşım farklılaşmadığına bakıldığında; anne yaşam durumu ile ölçeğin toplam puan arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ( $p>0.05$ ). Bundan dolayı **Hipotez 6** reddedilmiştir. Ancak, ölçek alt boyutlarından olan *güvenli bağlanma* ile katılımcıların anne yaşama durumu arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ). Bu sonuca göre annesini kaybeden katılımcıların ( $\bar{x}=3.29$ ), annesi hayatta olanlara ( $\bar{x}=3.82$ ) göre güvenli bağlanma düzeyleri daha düşük olduğu görülmektedir. Ölçeğin diğer alt boyutlarından olan *kaçınan bağlanma* ve *kaygılı-karasız bağlanma* alt boyutları toplam puanı ile katılımcıların anne yaşam durumu arasında herhangi bir farklılık tespit edilmemiştir ( $p>0.05$ ). Bu bağlamda annenin varlığı ya da yaşaması bebeklikten itibaren yaşamın her evresinde güvenli bağlanma üzerinde oldukça etkili bir olgu olduğu değerlendirilmektedir.

Bağımsız Değişken		n	ESÖÖA ( $\bar{x}\pm Ss$ )
Cinsiyet	Kadın	348	3,48±,48
	Erkek	260	3,30±,56
	t		4,12
	p		,00***
Baba Yaşam Durumu	Evet	374	3,41±,53
	Hayır	34	3,36±,42
	t		,64
	p		,52

Anne Yaşam Durumu	Evet	597	3,41±,53
	Hayır	11	3,33±,33
	F		,70
	p		,49
Anne-Baba Tutumu	Aşırı baskıcı <sup>1</sup>	106	3,40±,54**
	Aşırı hoşgörülü <sup>2</sup>	93	3,46±,58
	Kararsız <sup>3</sup>	96	3,24±,50*
	Aşırı koruyucu <sup>4</sup>	133	3,36±,49
	Demokratik <sup>5</sup>	180	3,50±,50**
	F		4,23
Yaş Grubu	p		,00
	Fark Grupları		5>1,3
	18-21 yaş arası <sup>1</sup>	312	3,43±,50
	22-24 yaş arası <sup>2</sup>	237	3,38±,54
	25-30 yaş arası <sup>3</sup>	59	3,36±,59
	F		,64
	p		,52
	Fark Grupları		-
		*Dunnet T	**Scheffe
			***p<.05

**Tablo 5:** Katılımcıların Bazı Demografik Özellikleri ile ESÖÖ Aracı için Yapılan Analiz Sonuçları.

Tablo 5 incelendiğinde katılımcıların cinsiyeti ile eş seçiminde öncelikler ölçeğinin (aracı) toplam puan ortalamaları arasında anlamlılık düzeyini tespit etmek için bağımsız gruplarda t testi yapılmıştır. Bu sonuca göre, ölçek toplam puanı ile cinsiyet arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiş ( $p<0.05$ ) olup, kadınların puan ortalamalarının ( $\bar{x}=3.48$ ) erkeklerin puan ortalamasından ( $\bar{x}=3.30$ ) daha yüksek olduğu görülmektedir. Bundan dolayı **Hipotez 7** kabul edilmiştir. Bu bağlamda, kadınların eş seçme öncelikleri ya da kriterleri erkeklerinkine göre daha yüksek olduğu değerlendirilmektedir.

Katılımcıların baba ve anne yaşama durumları ile ölçek toplam puan ortalaması arasında herhangi anlamlılık bulunmamıştır. Bundan dolayı **Hipotez 8** ve **9** reddedilmiştir. Dolayısıyla bu çalışmada katılımcıların eş seçiminde öncelikler üzerinde anne ve babanın hayatta olup olamaması durumlarının olumlu ya da olumsuz bir etkisinin olmadığı görülmüştür.

Aynı tabloda katılımcıların “anne-baba tutumları” ve “yaş” değişkenleri ile eş seçiminde öncelikler ölçeğinin (aracı) puan ortalamasının anlamlı düzeyde farklılaşıp farklılaşmadığını belirtmek amacıyla ANOVA (Varyans) analizi yapılmıştır. Bu sonuca bakıldığında; katılımcıların “anne-baba tutumları” ile ölçek toplam puan ortalaması arasında anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmektedir. Bundan dolayı **Hipotez 10** kabul edilmiştir. Gruplar arasındaki farklılaşma ise, katılımcıların ebeveynlerinin *demokratik* anne-baba tutumuna sahip olanların anne-baba tutumlarının *aşırı baskıcı* ve *kararsız* olanlara göre eş seçme kriterleri daha yüksek olduğu saptanmıştır. Buna göre, aile içi ilişkilerinde demokratik tutumun hâkim olmasının, eş seçiminde de olumlu yönde etki gösterdiği değerlendirilmektedir.

Katılımcıların yer aldıkları yaş grubu değişkeni ile ölçek toplam puan ortalaması arasında herhangi bir anlamlılık tespit edilmemiştir. Bundan dolayı **Hipotez 11** reddedilmiştir. Buna göre bireylerin yaş faktörünün eş seçme önceliği ya da kriteri için etkili olmadığı görülmektedir.

## 2. Tartışma

Bu araştırmada yapılan korelasyon analizi sonucunda, katılımcıların bağlanma stilleri ile eş seçme öncelikleri arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Ayrıca, eş seçiminde öncelikler ile *güvenli bağlanma* alt boyutu arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu ve *kaygılı-karasız* ile *kaçınan bağlanma* alt boyutları arasında negatif yönde anlamlı ilişkinin olduğu görülmüştür. Buna göre güvenli bağlanma düzeyine sahip bireylerin eş seçmede öncelik ya da kriterler düzeyinin de yükseldiği anlaşılmaktadır. Yılmaz (2015)'in çalışmasında da bağlanma stilleri ile evlilik uyumu, Keler (2008), bağlanma stilleri ile ergen ego durumları gibi ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Soğancı (2017)'nin yapmış olduğu çalışmaya göre, katılımcıların romantik ilişki doyumu ile kaygılı bağlanma ve kaçınan bağlanma alt boyutları arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Demir (2016)'in çalışmasına göre katılımcıların güvenli bağlanmaları ile evlilik doyum memnuiyet durumu arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Aynı şekilde Gallo ve Smith (2001) ile Scott ve Cordova (2002), Tunalı (2010) ve Majidova (2019) gibi yazarların da güvenli bağlanmanın eş seçiminde ve evlilik uyumu arasında anlamlı ilişki tespit ettikleri görülmüştür. Bu bağlamda birey ve/veya bireylerinin eş seçiminde güvenli bağlanmanın önemli bir rolünün olduğu gibi evlilik ve sonraki yaşamında da katkısının yadsınamaz düzeyde olabileceği söylenebilir. Dolayısıyla bebeklikten gelişen güvenli bağlanma kişinin eş seçimi, aile kurma ve hayatın diğer alanları üzerinde olumlu yönden etkisinin olduğu değerlendirilmesi yapılabilir.

Bu çalışmada bağlanma stilleri ölçeğinin güvenli bağlanma alt boyutu ile katılımcıların anne-babalarının demokratik tutuma sahip olanların lehine olacak şekilde anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Bozdemir ve Gündüz (2016) yapmış oldukları çalışmaya göre katılımcıların bağlanma stilleri ile demokratik tutuma sahip anne-babalar değişkeni arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Demokratik aile tutumunun artması ile zeka ve akademik durumunda artış olduğu aynı zamanda güvenli bağlanmanın düzeyine de artış olacağı üzerinde olumlu etkisi olduğu söylenmektedir (Hazan ve Shaver, 1987; Heaven ve Ciarrochi, 2008; Uyaroğlu, 2011, Gençoğlu, 2019).

Bu çalışmada bağlanma stilleri ölçeği toplam puan ortalamaları ile katılımcıların yaş değişkeni arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Buna göre, 25-30 yaş aralığında yer alanların 18-20 yaş aralığında yer alanlara göre bağlanma durumları daha iyi olduğu görülmüştür. Aynı şekilde ölçeğin alt boyutlarından olan *kaygılı-karasız bağlanma* ile yaş değişkeni arasında da 18-20 yaş grubunda yer alan katılımcılar lehine anlamlı düzeyde fark tespit edilmiştir. Tunalı'nın (2010) çalışmasına göre bağlanma stilleri ile yetişkinler arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Dolayısıyla, 18-20 yaş aralığında yer alanların *kaygılı-karasız*

*bağlanma* düzeyleri diğer yaş gruplarına nazaran daha yüksek olduğu ortaya çıkmaktadır. Bu çalışmaya göre, yaş aralığı yükselince güvenli bağlanma durumları da yükselebileceği değerlendirilmektedir.

Bu araştırmada Üç Boyutlu Bağlanma Stilleri Ölçeği toplam puan ortalamaları ile katılımcıların cinsiyet değişkeni arasında anlamlı bir farklılık görülmemektedir. Ölçek alt boyutlarından olan *güvenli bağlanma* puan ortalaması ile katılımcılardan cinsiyeti kadın olanların erkeklere nazaran daha yüksek olduğu görülmüştür. Ölçek alt boyutlarından olan *kaçınan bağlanma* puan ortalaması ile erkeklerin kadınlara oranla daha yüksek bulunmuştur. Akbağ ve Erden İmamoğlu (2010) ve Karaşar (2014) gibi çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Yaman'ın (2019) çalışmasına göre ise, kadınların *kaygılı bağlanma* alt boyutunda aldıkları puanlar erkelerinkinden fazla tespit edilmiştir. Dolayısıyla çalışmamıza göre; kadınların güvenli bağlanma stilleri erkeklere göre daha yüksek iken, kaçınan bağlanma stillerinde de erkeklerin durumları daha yüksek olduğu ortaya çıkmaktadır. Sonuç olarak, cinsiyet faktörü göz önüne alındığında kadınların güvenli bağlanma durumları daha yüksek olduğu ve verdikleri kararlar özellikle eş seçimi konusunda daha detaycı ve fazla kriterlere sahip oldukları değerlendirilmektedir.

Bu çalışmada bağlanma stilleri ölçeği ve alt boyutlarının toplam puanları ile katılımcıların babalarının yaşama durumu (hayatta olma) arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. Yazıcıoğlu'nun (2011) çalışmasına göre katılımcıların bakımlarını üstelenen öz baba ya da diğerleri ile bağlanma stilleri alt boyutu arasında herhangi anlamlı bir fark tespit edilmediği görülmüştür. Ayrıca, Land (2008) yaptığı çalışmada da, bireylerin babaları ile yeterince zaman geçirmediğini, babaları ile ilgili çok fazla zihinsel temsillerinin olmadığını bu bağlamda onlar için babalarının bir bağlanma figürü olmadığını ifade etmiştir. Bağlanma durumu özellikle çocukta en önemli figür anne olmasından dolayıdır ki anneleri yaşayan katılımcıların bağlanma düzeyleri daha yüksek olduğu ortaya çıktığı değerlendirilmektedir.

Bu araştırmada bağlanma stilleri ölçeğinin alt boyutlarından olana güvenli bağlanma puan ortalaması ile katılımcılardan annelerinin yaşayanların lehine olacak şekilde anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Akbay'ın (2015) yapmış olduğu çalışmada da, anneleri yaşayan katılımcıların güvenli bağlanma stilleri, annesi yaşamayan katılımcılara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ahmadova ve Yavuz'un (2019) yapmış olduğu çalışmaya göre de anne yaşam (hayatta olma) durumunun bireylerin güvenli bağlanma durumlarını oldukça etkilediği değerlendirilmektedir. Bu bağlamda bireye çocukluktan itibaren her türlü ihtiyacını karşılayan anne ya da bakım veren kişi güvenli bağlanmanın düzeyinin yükselmesinde etkilediği gibi olumlu zihinsel gelişimine de katkı sağlamaktadır (Yaman Akpınar, 2019). Araştırmamız kapsamında katılımcıların, ilişkilerindeki bağlanma stillerinin belirlemesinin en önemli dönüm noktası bebeklik döneminde gelişen bağlanma stillinin bir göstergesi olduğu söylenebilir. Dolayısıyla 18-30 yaş grubundaki katılımcıların annelerinin hayatta olmaları güvenli bağlanma durumlarının yüksek olması annenin rol ve statüsü evlatları için vazgeçilmez bir gerçekliğin göstergesi olduğu değerlendirilmektedir.

Bu araştırmada katılımcıların eş seçme öncelikleri ile cinsiyet değişkeni arasında anlamlılık düzeyi kadınların lehine olacak şekilde bulgulanmıştır. Konu ile ilgili yapılan benzer çalışmaların (Bacanlı, 2001; Yıldırım, 2007; Bugay ve Tezer, 2008; Efe, 2013; Kaçar, 2018) sonucu da bu sonucumuzu destekler nitelikte olduğu görülmektedir. Ayrıca eş seçme kriterlerinde her iki cinsiyette olanların düzenli bir gelirin olması tercihleri arasında olduğu belirtilmektedir (Başay, 2015, s. 143). Çünkü çalışma durumu ile maddi gelirin ev ve aileye bağlılık gibi konularda önemli bir etken olduğu değerlendirilmektedir (Kıraç ve Öztürk, 2019).

Bu çalışmada, katılımcıların anne- baba hayatta (yaşama) durumları ve yer aldıkları yaş grubu değişkeni ile ölçek toplam puan ortalaması arasında herhangi anlamlılık bulunmamıştır. Buna göre eş seçime kriteri üzerinde anne-baba yoksunluğu ya da varlığı etkisinin olmadığı değerlendirilse de özellikle erken yaşta annenin kaybedilişi bağlanma üzerinde etkisinin aynı zamanda potansiyel eş seçme de etkili olduğu değerlendirilmektedir (Efe, 2013, s. 98). Ayrıca, evlilik doyumunun yüksek olması ve eş seçiminde ilişkilerinin sağlıklı ve devamı üzerinde güvenli bağlanma stiline gelişi ile bağlantılı olduğu değerlendirilmektedir (Najm, 2005). Çınar (2008) ve Akbaş (2008) gibi yapılan araştırmalar sonucunda katılımcıların yaş değişkenleri ile evlilik uyumları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. Ancak bazı çalışmalarda da yaşın ilerlemesi ile gerek evlilik uyumu gerekse eş seçme kriterleri konusunda oldukça emek ve çaba gösterildiği (Heaton ve Albercht, 1991; Yılmaz, 2015, s. 68) bilinmektedir.

Bu çalışmada katılımcılardan anne-baba tutumlarının *demokratik* olanların anne-baba tutumlarının *aşırı baskıcı* ve *kararsız* olanlara göre eş seçme kriterleri daha yüksek olduğu saptanmıştır. Demir'in (2016) yaptığı çalışmaya göre katılımcıların anne-baba ile iletişimleri iyi olma ve anne-babalarının sorunları ile ilgilenme ile ölçek toplam puanları arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Dolayısıyla, demokratik tutuma sahip anne ve babaların aile içinde iletişimi pozitif yönde etkilediği gibi aile bireylerinin gelecekte alacakları kararlar daha isabetli ve doğru olabileceği değerlendirilmesi yapılmaktadır.

## 5. Sonuç ve Öneriler

Bu çalışmaya göre katılımcıların güvenli bağlanma stili düzeyleri arttıkça eş seçme kriterleri durumunda da artış olduğu sonucuna varılmıştır. Güvenli bağlanmanın sağlanmasında en önemli etkenin anne figürü ön plana çıkmaktadır. Anne, çocukluk çağında duygusal, fiziksel ve ruhsal olarak bütün ihtiyaçları gerektiği şekilde sağladığı takdirde güvenli bağlanmanın oluşturacağı bilinmektedir. Güvenli bağlanmanın, geliştiği dönemden itibaren ömrün sonuna kadar da genellikle anne üzerinde yoğunlaştığı görülmektedir. Babanın da bağlanma üzerinde etkisinin olduğu bu çalışmada ortaya konulmuştur. Bu çalışmada anne ile baba varlığının güvenli bağlanma üzerinde olumlu yönde etkili olduğu görülmüştür. Ölçekte alınan puan ortalamalarının birbirine oldukça yakın çıkması da güvenli bağlanmanın eş seçme kriterleri üzerinde olumlu etkisini kanıtlamaktadır. Aynı zamanda güvenli bağlanmanın eş seçiminden tutun hayatın her alanında oldukça etkin bir role sahip olduğu görülmüştür.

Araştırmanın sonucuna göre, ailelerinin demokratik tutuma sahip olduğunu belirten gençlerin bağlanma stilleri üzerinde olumlu yönden etkisi olduğu sonucu elde edilmiştir. Çünkü demokratik aile tutumuna sahip ailelerin sınırlıkları ve sorumlukları belli olduğundan dolayı, anne-babaların dengeli tutum ve yaklaşımları ile aile içerisinde de sosyal adalet, hak, hakkaniyet, sevgi, saygı, eleştirel bakış açısı gibi konuların hakim olduğu bilinmektedir. Bu ailelerde güvenli bağlanmanın yüksek düzeyde olduğu gibi eş seçme kriterlerinde de daha mantıklı ve isabetli kararların verilebileceği düşünülmektedir.

Sosyal hizmet mesleğinin odağında çocuk, kadın ve aile gibi önemli bir müracaatçı kitlesinin olduğu bilinmektedir. Dolayısıyla bu grupların ya da bireylerinin dezavantajlı duruma düşmemeler ile birlikte ekonomik, sağlık, kültürel, sosyal ve psikolojik yönden tam iyilik ve refahı yaşamaları konusunda sosyal hizmet disiplinin arzuladığı ve mücadele verdiği bir gerçektir. Bu bireylerinin yüksek yararını gözetilmesi ve bu gruplarla özverili ve hak temelli yaklaşımla yaklaşıldığı takdirde, gelecek nesiller ve aileler daha müreffeh ve mutlu bireylerin mevcudiyeti ile toplumun geneline de yansıtacağı değerlendirilmektedir. Bu bağlamda başta ebeveynler olmak üzere, evlenme çağına gelmiş gençlere evlilik ve aile konusunda profesyonel meslek elemanları (sosyal hizmet uzmanları, psikologlar, psikiyatristler vs.) tarafında gerekli eğitsel ve farkındalık çalışmaları ile danışmanlık ve rehberlik eğitimlerinin verilmesi önerilmektedir. Özellikle sosyal hizmet, psikoloji ve rehberlik gibi disiplinlerden uzmanların birey, aile ve toplumu ilgilendiren bağlanma ve evlilik öncesi eş seçimleri konusunda farkındalık çalışmalarına daha çok ağırlık vermeleri önerilmektedir. Gerek online gerekse yüz yüze olacak şekilde genç nesillere sağlıklı ilişkiler ve abartılı beklentiler gibi konularda bilgilendirici ve destekleyici eğitimlerin verilmesi önerilmektedir.

Farklı bakış açılarının tespit edilmesi ve bilimsel sonuçların artırılması açısından başta sosyal hizmet akademisyenleri ve bilim insanları olmak üzere bütün sosyal bilimler araştırmacıları bu çalışmaya benzer daha kapsamlı ve disiplinler arası araştırmalar yapmaları önerilmektedir. Bağlanma ve eş seçimi durumlarının yaşamın diğer alanları üzerindeki etkilerinin tespiti için araştırmaların yapılması oldukça önem arz etmektedir.

Sonuç olarak, güvenli bağlanma stilline sahip kişilerin eş seçim tercihlerinde, daha mantıklı, kişilik özelliklerine ve farklılıklara saygı duyabilen, eleştirel ve hakkaniyete riayet eden, karşısındakini dinleyen, ona değer veren ve iletişim kurmada güçlü bireyler olduğu değerlendirilmektedir. Bu nedenle gençlerin evlenip çocuk sahibi olduktan sonra sorunları dinleyen, mantık ve anlayış çerçevesinde çözebilen, çocuklarıyla ilgilenen ebeveynler olacağı düşünülmektedir. Güvenli bağlanma stili ile yetişip eş seçimini sağlıklı bir şekilde gerçekleştiren kişilerin yetiştirecek olan çocukları da ileriki hayatında bunu kendi yaşamına uygulayacağı ve nesiller süren sağlıklı evlilikler ortaya çıkacağı düşünülmektedir. Bu durumun da ailenin refahını ve huzurunu arttıracığı gibi toplumun da refah ve huzuruna olumlu yansıtacağı değerlendirilmektedir.

**Kaynakça**

- Adıgüzel, İ. B. (2013). Erasmus programına katılan gençlerin Türkiye'deki ve gittikleri ülkelerdeki gençlere ve gençlik hizmetlerine ilişkin görüşleri. *Yüksek Lisans Tezi*, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Ahmadova, P., & Yavuz, M. (2019). Annenin bağlanma özelliği ile ebeveyn tutumları ve çocukların ruhsal, davranışsal durumu arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Dergi Biruni*, 12(5), 1-28.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall S. (1978). *Pattern of Attachment: A Psychological Study Of The Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Akbaş, M. (2008). Endüstri meslek liselerinde görev yapan öğretmenlerin evlilik uyumları ile öğretmenlik tutumları arasındaki ilişki. *Yüksek Lisans Tezi*. Yeditepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Akbay, S. E. (2015). Ana-Babaya Bağlanma İle Romantik Yakınlık ve Otantik Benlik Arasındaki İlişkilerde Bağlanma Stillерinin Aracı Rolünün İncelenmesi. *Doktora Tezi*, Mersin Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Mersin.
- Altunışık, R., Coşkun, R., Bayraktaroglu, S., & Yıldırım, E. (2012). *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri (SPSS Uygulamalı)*. Sakarya Yayıncılık, 7. Baskı, Sakarya.
- Atak, H. & Taştan, N. (2012). Romantik ilişkiler ve aşk. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 4(4), 520-546.
- Aydın, G. S., & Demir, A. (2017). Lisansüstü Öğrencilerinin Eş Seçimini Etkileyen Ve Sınırlandıran Görüş ve İnançları. *Ege Eğitim Dergisi*, 18(2), 627 – 652.
- Bacanlı, F., & Sürücü, M. (2011). İlköğretim Öğrencilerinin Kariyer Gelişimleri İle 112 Ebeveyn Bağlanmaları Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi. *Türk Eğitim Bilimleri Dergisi*, 9(4): 679-700.
- Bacanlı, H. (2001). Eş seçimi tercihleri. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 2 (15), 7-16.
- Bağ, H. (2019). Sosyal hizmet öğrencilerinin eş seçimi ve evliliğe ilişkin tercihleri. *Yüksek Lisans Tezi*, Üsküdar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Baltacı, A. (2018). Nitel araştırmalarda örnekleme yöntemleri ve örnek hacmi sorunsalı üzerine kavramsal bir inceleme. *Bitlis Eren Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 7(1), 231-274.
- Baş, H. (2017). Türkiye'de genç nüfus: Sorunlar ve politikalar. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2(27), 255-288.
- Başay, A. C. (2015). Üniversite öğrencilerinin benlik yapısı ve eş seçme kriterleri. *Yüksek Lisans Tezi*, Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.
- Bener, M. (2011). Dindarlık-eş seçimi ilişkisi (SDÜ Örneği). *Yüksek Lisans Tezi*, Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta.
- Bolattekin, A. (2014). Anne-baba'nın bağlanma stilleri, anne-baba tutumları ve çocuklarındaki davranış problemleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul Arel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and Loss: Loss*. Random House: New York.
- Bozdemir, F., & Gündüz, B. (2016). Bağlanma stilleri, anne baba tutumları ve çocukluk çağı örselenme yaşantılarının duygusal zekâ ile ilişkileri. *International Journal of Human Sciences*, 13(1), 1797-1814.
- Bugay, A. ve Tezer, E. (2008). Üniversite öğrencilerinin evlenecekleri eşlerde aradıkları özellikler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Buca Eğitim Fakültesi Dergisi*, 23, 36-40.
- Burger, M. J. (2016). *Kişilik*. İ. D. E. Sarioğlu (Çev.) İstanbul: Kaknüs Yayınları, Beşinci Baskı.
- Büyüköztürk, Ş. (2016). Örnekleme yöntemleri. Erişim adresi, <http://cv.ankara.edu.tr/duzenleme/kisisel/dosyalar/21082015162828.pdf>. Erişim tarihi, 02 Mayıs 2021.
- Canel, A. N. (2012). *Evlilik ve Aile Hayatı*. T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Aile ve Toplum Hizmetleri Genel Müdürlüğü, İkinci Baskı, İstanbul.
- Çalım, M. (2017). Üniversite öğrencilerinin romantizm ve eş seçimine ilişkin tutumları ile sosyotropik-otonomik kişilik özelliklerinin incelenmesi. *Yüksek Lisans Tezi*, Gaziantep Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep.
- Çalışır, M. (2009). Yetişkin bağlanma kuramı ve duygulanım düzenleme stratejilerinin depresyonla ilişkisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 1, 240-255.

- Çalışkan, Z., Timur Taştan, S., Orhan, İ., & Nacar, G. (2015). Partneri olan ve olmayan üniversite öğrencilerinin eş seçimi tercihlerinin karşılaştırılması. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(1), 6-10.
- Çınar, L. (2008). Evlilik doyumu: cinsiyet rolleri ve yardım arama tutumu. *Yüksek Lisans Tezi*. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Demir, D. (2016). Evlilik uyumu ile bağlanma stilleri ve kişilerarası problem çözme davranışı arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Yüksek Lisans Tezi*, Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Demir, E., Saatçioğlu, Ö., & İmrol, F. (2016). Uluslararası dergilerde yayımlanan eğitim araştırmalarının normallik varsayımları açısından incelenmesi. *Current Research in Education*, 2(3), 130-148.
- Efe, E. (2013). Üniversite öğrencilerinin eş seçme eğilimleri. *Yüksek Lisans Tezi*, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Ekşi, H., Özgen, G., & Kardaş, S. (2017). Eş seçimi, mükemmeliyetçilik ve değerlerin evlenmemiş bireylerin duygusal ilişki tercihlerine etkisi. *Finans Ekonomi ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 2(2), 92-104.
- Erzen, E. (2016). Üç boyutlu bağlanma stilleri ölçeği. *İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 17(3), 01-21. DOI: 10.17679/iuefd.17323631
- Eşici, H. (2014). Romantik ilişki kalitesinin erken dönem uyumsuz şemalar, bağlanma ve psikolojik ihtiyaçlar açısından incelenmesi. *Doktora Tezi*, Gazi Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Gallo, L. C. & Smith, T. W. (2001). Attachment style in marriage: Adjustment and responses to interaction. *Journal of Social & Personal Relationships*, 18(2), 263- 299.
- Gençlik ve Spor Bakanlığı, (2013). *Ulusal Gençlik ve Spor Politika Belgesi*. Ankara: Yayın No:57.
- Gençoğlu, Ç. H. (2019). Bireyleri bağlanma stillerinin kullanılan savunma mekanizmaları ve sosyodemografik değişkenler ile ilişkisinin incelenmesi. *Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul Okan Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Gündoğan, M. (2015). Eşlerin bağlanma tarzları ile çift uyum düzeyi arasındaki ilişkinin araştırılması. *Tıpta Uzmanlık Tezi*, Osmangazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Eskişehir.
- Hazan, C., & Shaver P. R. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *J Personality Social Psychol*, 52(3), 511-24.
- Heaven, P., & Ciarrochi, J. (2008). Parental styles, gender and the development of hope and self-esteem. *European Journal of Personality*, 22, 707-724.
- Heaton, T. B., & Albrecht, S. L. (1991). Stable unhappy marriages. *Journal of Marriage and the Family*. 53(55), 747-758
- Jöreskog, K. G., & Sorbon, D. (1996). *Lisrel 8 reference guide 2*. Lincolnwood: Scientific Software International.
- Kaçar, M. (2018). Flört süresinin bireylerin eş seçme önceliklerine ilişkisinin incelenmesi. *Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul Ticaret Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Kantarci, D. (2009). Evli bireylerin bağlanma stillerine göre aldatma eğilimleri ve çatışma yönetim biçimlerinin incelenmesi. *Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Karakuş, Ö. (2012). Ergenlerde bağlanma stilleri ve yalnızlık arasındaki ilişki. *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*, 23(2), 33-46.
- Karasar, N. (2015). *Bilimsel Araştırmalar Yöntemi: Kavramlar, İlkeler, Teknikler*. Ankara: Nobel Akademik Yayınları.
- Karasar, B. (2014). Öğretmen adaylarının bağlanma stilleri ve sosyal kaygı düzeyleri arasındaki ilişki. *Amasya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 3(1), 27-49.
- Kaya Balkan, İ. (2009). Bağlanma stillerinin evlilik ilişkisi üzerindeki etkisi. *Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- Kayri, M. (2009). Araştırmalarda gruplar arası farkın belirlenmesine yönelik çoklu karşılaştırma (post-hoc) teknikleri. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 19(1), 51-64.
- Keler, H. (2008). Liseli ergenlerin transaksyonel analiz ego durumları ile bağlanma stilleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Yüksek Lisans Tezi*, Marmara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Kerlinger, F. N. & Lee, H. B. (1999). *Foundations of behavioral research*. New York: Harcourt College Publishers.
- Kıraç, R., & Öztürk, Y. E. (2019). İş-aile çatışması ve örgütsel sinikliğin örgütsel bağlılıkla ilişkisinin incelenmesi. *İş, GÜÇ Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi*, 21(3),87-102.



- Köroğlu, T. (2013). Üniversite gençliğinin evlilik, aile ve boşanma konusundaki düşünce ve görüşleri üzerine sosyolojik bir araştırma: Karabük üniversitesi örneği. *Yüksek Lisans Tezi*, Karabük Üniversitesi, Karabük.
- Kul, L. (2011). Gençlik spor il müdürlüklerine bağlı gençlik merkezlerindeki görsel sanat eğitimi çalışmalarının tespiti (Trabzon ili örneği). *Yüksek Lisans Tezi*, Gazi Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Land, N. L. (2008). *The Influence Of Parental Bonding, Male Gender Role Conflict And Affect Regulation On Adult Attachment Avoidance: Predictors Of Men's Discomfort With Intimacy*. Unpublished Doctoral Dissertation. USA: The University of Texas, Austin.
- Majidova, F. (2019). Bağlanma stili ile evliliğe yönelik tutum arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul Aydın Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Mavili, A., Kesen, N. F., & Daşbaşı, S. (2014). Aile aidiyeti ölçeği: Bir ölçek geliştirme çalışması. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 14(33), 29-45. ISSN: 2148-9424
- Najm, Q. J. (2005). Attachment styles and emotional intelligence in marital satisfaction among pakistani men and women. *Unpublished doctorate's thesis*, Tennessee State University, USA.
- Özbay, F. (2009). *Türkiye'de gençlik, nüfus ve iktidar*. İstanbul: Varlık Yayınları.
- Özdamar, K. (2001). *Örnekleme yöntemleri SPSS ile biyoistatistik*. Kaan Kitabevi, Eskişehir.
- Sabuncuoğlu, O., & Berkem, M. (2006). Bağlanma biçimi ve doğum sonrası depresyon belirtileri arasındaki ilişki: Türkiye'den bulgular. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 14(4), 252-258.
- Sancak Aydın, G., & Ayhan D. (2017). Lisansüstü öğrencilerinin eş seçimini etkileyen ve sınırlandıran görüş ve inançları. *Ege Eğitim Dergisi*, 18(2), 627-652.
- Scott, R. L., & Cordova, J. V. (2002). The influence of adult attachment styles on the association between marital adjustment and depressive symptoms. *The American Psychological Association*, 16(2), 199-208.
- Solmuş, T. (2008). *Bağlanma ve aşkın iki yüzü*. İstanbul: Sistem Yayıncılık.
- Soğancı, D. (2017). Bağlanma stillerinin romantik ilişki doyumu üzerindeki etkisi. *Yüksek Lisans Tezi*, Haliç Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Sümer, N., & Güngör, D. (1999). Yetişkin bağlanma stilleri ölçeklerinin türk örnekleme üzerinde psikometrik değerlendirmesi ve kültürlerarası bir karşılaştırma. *Türk Psikoloji Dergisi*, 14(43), 71-106.
- Sümer, N. (2006). Yetişkin bağlanma ölçeklerinin kategoriler ve boyutlar düzeyinde karşılaştırılması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 21, 1-22.
- Şahin, A. (2018). Madde bağımlılığı hastalarının bağlanma stillerinin tedavi ve motivasyonlarına etkisi. *Yüksek Lisans Tezi*, Üsküdar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- TDK: Türk Dil Kurumu, Güncel Türkçe Sözlük. (2019). Erişim tarihi: 11 Aralık 2019, Erişim adresi: <https://sozluk.gov.tr/>
- Thompson, N. (2016). Kuram ve uygulamada sosyal hizmeti anlamak. Üçüncü basım, (Çev. Edt. Yıldız, İ.), Ankara: Dipnot Yayınları.
- Tuzer, D. (2016). Üniversite öğrencilerinin eş seçimi tutumlarının bireysel özellikleri açısından incelenmesi. *Yüksek Lisans Tezi*, Çağ Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Mersin.
- Uluyol, F. M. (2014). Bağlanma örüntüleri, eşe yönelik kişilerarası şemalar ve evlilik sorunlarıyla başa çıkabilme düzeyleri arasındaki ilişkiler. *Yüksek Lisans Tezi*, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- UNESCO, "Turkey General Information. Erişim tarihi: 25 Mart 2020. Erişim adresi: <http://www.uis.unesco.org/DataCentre/Pages/countryprofile.aspx?regioncode=40530&code=TUR>
- Uyaroğlu, B. (2011). Üstün yetenekli ve normal gelişim gösteren ilköğretim öğrencilerinin empati becerileri ve duygusal zekâ düzeyleri ile anne baba tutumları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Yüksek Lisans Tezi*, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Yaman Akpınar, T. (2019). Bağlanma stilleri ve affetme düzeyinin evlilik uyumuna etkisi. *Yüksek Lisans Tezi*, Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.
- Yaman, Y. (2019). Üniversite öğrencilerinin bağlanma stillerinin umutsuzluk düzeyi ve benlik saygısı ile ilişkinin incelenmesi. *Yüksek Lisans Tezi*, Biruni Üniversitesi. Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

- Yazıcıoğlu, G. (2011). Ü niversite öğrencilerinin bağlanma stilleri ve stresle başa çıkma stratejileri arasındaki ilişki: ODTÜ örneği. *Yüksek Lisans Tezi*, Dokuz Eylül Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Yıldırım, İ. (2007). Ü niversite öğrencilerinin eş seçme kriterleri. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 3(27), 15-30.
- Yıldız, M. (2012). Bağlanma kuramı açısından yaşlılık dönemine genel bir bakış. *Cumhuriyet Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 36 (1), 1-30.
- Yılmaz, M. (2015). Evli bireylerin bağlanma stillerinin, bireylerin umutsuzluk düzeyi ve evlilik uyumu üzerindeki etkisi. *Yüksek Lisans Tezi*, Üsküdar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.



SAĞLIK BAKANLIĞI  
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü  
Hasta Hakları ve Tıbbi Sosyal Hizmetler Dairesi Başkanlığı  
Bakanlık Yayın No:963

ULAKBİM TR Dizinde Taranmaktadır

Hakemli Dergi  
**TSHD**  
Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi

ISSN: 2149-309X-Biannually  
<https://edergi.saglik.gov.tr/>  
<https://dergipark.org.tr/tr/pub/tshd>  
Yıl/Year: 2021 Haziran/June  
Sayı/Issue: 17

## YAŞLI BİREYLERİN YAŞAM KALİTESİ VE DEPRESYON DURUMLARININ İNCELENMESİ

Emre BİRİNCİ<sup>1</sup>

### Makale Bilgileri/ Article info

Makalenin Türü/Article Type: Makale  
Geliş Tarihi / Date Received : 13.02.2021  
Revizyon Tarihi/Date Revised : 22.02.2021  
Kabul Tarihi / Date Accepted : 23.06.2021  
Yayın Tarihi / Date Published : 30.06.2021  
DOI: <https://doi.org/10.46218/tshd.877121>

**Makale Künyesi/To cite this article:** Birinci, E. (2021, Haziran). Yaşlı bireylerin yaşam kalitesi ve depresyon durumlarının incelenmesi. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 17, 119-129. Doi: <https://doi.org/10.46218/tshd.877121>

**Sorumlu Yazar/Corresponding Author:** Emre Birinci, Anadolu Üniversitesi Yunus Emre Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Eskişehir [ebirinci@anadolu.edu.tr](mailto:ebirinci@anadolu.edu.tr)

### Öz

Bu çalışmada yaşlı bireylerin depresyon ve yaşam kalitesi durumlarının incelenmesi amaçlanmıştır. Tanımlayıcı tipte olan bu araştırma 2019-2020 güz yarıyılında Tazelenme Üniversitesi Anadolu Kampüsünde eğitim görmekte olan toplam 121 kişi ile gerçekleştirilmiştir. Araştırma verileri, Kişisel Bilgi Formu, Geriatrik Depresyon Ölçeği ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Yaşlı Modülü (WHOQOL-OLD) aracılığıyla toplanmıştır. Verilerin analizinde Mann-Whitney U ve Kruskal-Wallis varyans analizi kullanılmıştır. Katılımcıların %70,2'si (n=85) kadın, %29,8'si (n=36) erkektir. Yaş dağılımları 60-64 yaş arası %47,1 (n=57), 65-69 yaş arası %38,1 (n=46), 70-74 yaş arası %14 (n=17) ve 75 yaş üstü %0,8 (n=1)'dir. Katılımcıların çoğu evlidir (%67,8) ve iki (%57,9) çocuk sahibidir. Katılımcıların %73,6'sı sigara ve %85,1'i alkol kullanmamaktadır. Katılımcıların aldıkları puanlar göz önüne alındığında, puan ortalaması en yüksek sosyal katılım (15,63±2,37), en düşük puan ise duyuşal işlevler (10,22±2,71) olduğu bulunmuştur. Katılımcıların cinsiyet ve yaşları ile YKÖ ve alt ölçekleri incelendiğinde aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Katılımcıların medeni durumlarına göre incelendiğinde, eşinden boşanmış olanların diğerlerine göre puan ortalaması daha yüksektir. Sigara kullananların sigara kullanmayanlara göre puan ortalamasının daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Alkol kullanım durumları ile alt ölçekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Özerklik ile depresyon arasında zayıf negatif ilişki vardır ve özerklik azaldıkça depresyon artmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Yaşlı, Yaşlılarda depresyon, Yaşlılarda yaşam kalitesi.

## ASSESSMENT OF QUALITY OF LIFE AND DEPRESSION STATUS OF ELDERLY INDIVIDUALS

### Abstract

This study aimed to assessment the depression and quality of life of elderly people. In this descriptive study, it was carried out with a total of 121 people who were studying at The Anadolu Campus of Refresher University in the fall semester of 2019-2020. The research data was collected through the Personal Information Form, Geriatric Depression Scale and The World Health Organization Quality of Life Scale Aged Module (WHOQOL-OLD). Mann-Whitney U and Kruskal-Wallis varient analysis were used in the analysis of the data. Of the participants, 70.2% (n=85) were female and 29.8% (n=36) were male. Age distributions are 47.1% (n=57) for 60-64 year olds, 38.1% (n=46) for 65-69 year olds, 14% for 70-74 year olds (n=17) and 0.8% (n=1) over 75. Most respondents are married (67.8%) and have two (57.9%) children. 73.6% of respondents did not smoke and 85.1% did not drink alcohol. Considering the scores of the participants, it was found that the mean score was the highest social participation (15.63 ± 2.37) and the lowest score was sensory functions (10.22 ± 2.71). When the gender and age of the participants and the YKÖ and subscales were examined, there was no statistically significant relationship between them. When examined according to the marital status of the participants, the average score of those who have divorced their husband is higher than the others. It was observed that smokers had a higher average score than non-smokers. There was no

<sup>1</sup> Dr. Öğr. Üyesi, Anadolu Üniversitesi, Yunus Emre Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Sağlık Bakım Hizmetleri Bölümü, [ebirinci@anadolu.edu.tr](mailto:ebirinci@anadolu.edu.tr), ORCID: 0000-0001-9357-0106

statistically significant relationship between alcohol use cases and subscales. There is a weakly negative relationship between autonomy and depression, and depression appears to increase as autonomy decreases.

**Keywords:** *Elderly, Depression in the elderly, Quality of life in the elderly.*

## Giriş

Nüfus yaşlanması, doğurganlık, ölüm ve göç oranlarındaki değişimlerin bir sonucudur (McDonald, 2017; UN, 2019). Tarihte ilk kez 2018 yılında, 65 yaş ve üstü kişiler, dünya genelinde beş yaşın altındaki çocukların sayısından daha fazla olmuştur. 80 yaş ve üstü insan sayısının ise 2019 yılında 143 milyondan 2050 yılında 426 milyon olarak, üç katına çıkacağı tahmin edilmektedir (UN, 2019). Toplumlardaki doğum oranlarının kendilerini yenileme düzeyinin altına düştüğünde toplumlar yaşlanmaya başlamaktadır (Birinci, 2020; 36). Çağdaş toplumun bir gerçeği olan nüfusların yaşlanması, günümüz toplumlarının karşılaştığı en büyük zorluklardan biri olarak kabul edilmektedir (Constantinescu ve Cercel, 2019).

Toplum içerisinde yaşlı nüfus oranlarının artması, yaşlı bireylerin yaşam kalitelerinin korunması ve iyileştirilmesi konusunu gündeme getirmiştir (Aydiner Boylu ve Günay, 2017). Araştırmalar, yaşlılık dönemiyle birlikte bireylerin azalmış fiziksel aktivite ve bağımlılık neticesinde yaşam kalitelerinin düştüğünü göstermektedir (Amarya, Singh ve Sabharwal, 2020). İleri yaşın yaşam kalitesi üzerindeki etkisi, yaşlanmanın doğrudan etkisinden ve dolaylı olarak da yaşlanmanın yaşam kalitesini etkileyen faktörler üzerinden kaynaklandığı söylenebilir (Netuveli ve Blane, 2008). Toplumlarının yaşlanmasıyla birlikte, kronik hastalıklar ve fiziksel yetersizlikler artmakta ve bu durumlar yaşlı bireylerin yaşam kalitesini etkilemektedir (Uçku ve Şimşek, 2012). Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, fiziksel sağlık, psikolojik durum, kişinin bağımsızlık düzeyi, kişiler arası ilişkiler, sosyal destek gibi konuları içermektedir (Rondón Garcia ve Ramírez Navarro, 2018). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaşam kalitesini, içinde yaşanılan kültür ve değerler bağlamında, amaçları, beklentileri, standartları ve kaygıları açısından bireylerin yaşamdaki pozisyonlarının algısı olarak tanımlamıştır (WHO,2012).

Yaşam kalitesi, fiziksel sağlık, zihinsel sağlık, sosyal ilişkiler ve duygusal iyilik haliyle ilgili bir kavram olarak tanımlanmaktadır (Baernholdt, Hinton, Yan, Rose, Mattos, 2012). Yaşlıların yaşam kalitesi duygusal, bilişsel, fizyolojik, ekonomik ve kişilerarası faktörlerden etkilenir (Hooyman ve Kiyak 2008). Sosyal ilişkileri, eriştikleri mal ve hizmetleri, benimsedikleri tüketim kalıpları, yol ve yaşam tarzı, durumları ve faaliyetlerinin sonuçları, sahip oldukları beklentiler ve öznel tatmin / tatminsizlik, mutluluk, hayal kırıklığı vb. durumlarını içermektedir (Constantinescu ve Cercel, 2019).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi; fiziksel sağlık, psikolojik durum, kişinin bağımsızlık düzeyi, kişisel ilişkiler, belirli bir bağlam veya doğal çevreye ilişkin inançlar, algılanan sosyal destek gibi alanları içermektedir (Kahn, Hessling ve Russell, 2003; Siedlecki, Salthouse, Oishi, Jeswani, 2013). Son yıllardaki araştırmalar, yaşam kalitesinde öznel sağlık hastalığının yokluğundan öte psikolojik refah ile bağlantısına vurgu yapmaktadır (Gwozdz and Sousa-Poza, 2009). Özellikle yalnızlık duygusu, özbakım kapasitesinin derecesi, endişe

duygusu, kişisel bağımsızlığı yönetmek için gereken finansal kaynakların kıtlığı ve gerçek ihtiyaçlarla ilgili günlük yaşamın temel faaliyetleri sağlığı düzenleyen faktörlerdir (Borg, Hallberg ve Blomqvist, 2006).

Depresyon yaşlılarda en sık teşhis edilen hastalıklardan biridir (Fiske, Wetherell ve Gatz, 2009). Dünya çapında 264 milyondan fazla insanın etkilendiği yaygın bir hastalıktır (WHO, 2020). Depresyon hem yaşlı bireyler hem de aileleri için başa çıkması zor bir hastalıktır. Yıkıcı sonuçları nedeniyle yaşlılık dönemindeki depresyon bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir. Depresyonla birlikte ortaya çıkan sorunlar nedeniyle kişiler günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmekte zorlanabilmektedir (Ganatra, Zafar, Qidwai ve Rozi, 2008; Dao, Nguyen, Nguyen, Nguyen, Nguyen, 2018).

Depresyonun tek bir nedeni olmamakla birlikte biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin birleşiminde oluşmaktadır (Hughes ve Stoney, 2000). Depresyon için ileri yaş, kadın cinsiyeti, kronik hastalıklar, hareketsizlik, bozulmuş işlevsellik düzeyi, yas, ihmal ve istismar, sosyal izolasyon, gelir kaybı risk faktörleri olarak kabul edilmektedir (Shear, Ginsberg, Roose, Lenze, Alexopoulos, Hollander, 2005; Fiske, Wetherell ve Gatz, 2009; Sivertsen, Bjørkløf, Engedal, Selbæk, ve Helvik, 2015).

Günlük yaşamı ciddi boyutlarda etkileyen depresyon, yaşlı nüfusun %5-7 arasında görülmektedir (WHO, 2017). Depresyon yaşlanma sürecinin doğal bir sonucu değildir. Aynı zamanda her depresif bir ruh hali psikiyatrik bozuklukta değildir (Mental Health America, 2013). Yaşlılık döneminde karşılaşılan depresyon daha erken yaşlarda görülen depresyonlara göre daha az yaygın olmasına rağmen sonuçları yıkıcı olabilmektedir (Fiske, Wetherell ve Gatz, 2009). Geriatrik depresyon, yaşlı bireyleri etkileyen zihinsel ve duygusal bir bozukluktur. Yaşlı bireylerde görülen depresyon kişilerin yaşam kalitesini düşürmekte ve intihar riskini arttırmaktadır (Wilson, Mottram ve Vassilas, 2008; Sivertsen vd. 2015).

Yaşlılık ile ilişkili çalışmalarda, yaşam kalitesi üzerine araştırmalar giderek daha fazla yapılmaktadır. Yaşlıların yaşam kalitesi, artan yaşam beklentisi ve demografik yaşlanma sürecinin sahip olduğu sosyoekonomik etki koşullarında giderek daha önemli bir araştırma alanı haline gelmektedir (Constantinescu ve Cercel, 2019).

Bu çalışmanın temel amacı, yaşlı bireylerin yaşam kalitesi ve depresyon durumlarının incelenmesidir.

### **Gereç ve Yöntemler**

**Araştırmanın Türü:** Araştırma tanımlayıcı araştırma türünde gerçekleştirilmiştir.

**Araştırmanın yeri ve zamanı:** Araştırma Ekim- Aralık 2019 tarihleri arasında Anadolu Üniversitesi Yunus Emre kampüsünde gerçekleştirilmiştir.

**Araştırmanın Evreni ve Örneklemi:** Araştırmanın evrenini Tazelenme Üniversitesi Anadolu kampüsüne kayıtlı 138 kişi oluşturmaktadır. Araştırmada herhangi bir örneklem seçimine gidilmeden araştırmaya katılmayı kabul eden bütün öğrencilere ulaşılmaya çalışılmıştır. Araştırmanın örneklemi, araştırmaya katılmayı kabul eden ve soru formlarını dolduran 121 kişi oluşturmaktadır.

Veri Toplama Yöntem ve Araçları: Veri toplama araçları, araştırmacı tarafından literatür tarandıktan sonra hazırlanan Kişisel Bilgi Formu, Yaşlılar İçin Depresyon Ölçeği (YDÖ) ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Yaşlı Modülü (WHOQOL-OLD) kullanılmıştır.

Kişisel Bilgi Formu araştırmacı tarafından literatür incelendikten sonra oluşturulmuştur. Bilgi formu, katılımcıların cinsiyet, yaş, medeni durum vb. sosyo-demografik bilgileri içeren toplam 10 sorudan oluşmaktadır.

Yesavage vd. (1983) tarafından hazırlanan ve Türkçe uyarlaması Ertan vd. (1997) tarafından yapılan YDÖ, evet ve hayır seçeneklerinden oluşan toplam 30 maddeden oluşmaktadır. Skor yükseldikçe depresyon durumu artmaktadır.

WHOQOL-OLD Ölçeği, Power vd. (2005) tarafından geliştirilmiştir. Türkçeye uyarlamasını Eser vd. (2010) tarafından yapılmıştır. Ölçek, beşli likert ölçeği ile toplam 24 soru ve duygusal işlevler, otonomi, geçmiş-bugün- gelecek faaliyetleri, sosyal katılım, ölüm ve ölmek ve yakınlık olmak üzere toplam altı alt boyuttan oluşmaktadır. Veriler sınıf ortamında öğrenci ile yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır.

Verilerin Analizi: Verilerin analizi SPSS 24 programı ile yapılmıştır. İstatistik değerlendirmede Mann-Whitney U ve Kruskal-Wallis varyans analizi kullanılmıştır.

Araştırmanın Etik Yönü: Araştırmanın yapılabilmesi için ilgili üniversitenin bilimsel araştırma ve yayın etiği kurulundan (Tarih: 03.06.2019, Protokol No: 29970) etik kurul izni alınmıştır. Katılımcılara araştırma hakkında bilgi verildikten sonra sözlü ve yazılı onamları alınmıştır.

## Bulgular

Bu bölümde araştırmanın amaçları ölçüsünde toplanan verilerin istatistiksel analizlerine ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 1. Katılımcıların Demografik Bilgileri

		n	%
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	85	70,2
	Erkek	36	29,8
<b>Yaş</b>	60-64 yaş	57	47,1
	65-69 yaş	46	38,1
	70-74 yaş	17	14,0
	75 yaş üstü	1	0,8
<b>Yaşam Yeri</b>	Köy-Kasaba	1	0,8
	İlçe	10	8,3
	İl	16	13,2
	Büyükşehir	94	77,7
<b>Eğitim Durumu</b>	İlkokul	8	6,6
	Ortaokul	7	5,8
	Lise	45	37,3
	Ön Lisans	28	23,1
	Lisans	28	23,1
	Yüksek Lisans	5	4,1
<b>İş</b>	Çalışmıyor	15	12,4
	İşçi	1	0,8
	Serbest Meslek	6	5,0
	Emekli	99	81,8

<b>Medeni Durum</b>	Evli	82	67,8
	Bekar	8	6,6
	Boşanmış	9	7,4
	Eşi vefat etmiş	22	18,2
<b>Çocuk</b>	Var	117	96,7
	Yok	4	3,3
<b>Gelir Durumu</b>	Alt	3	2,5
	Orta	114	94,2
	Üst	4	3,3
<b>Sigara</b>	Kullanıyor	32	26,4
	Kullanmıyor	89	73,6
<b>Alkol</b>	Kullanıyor	18	14,9
	Kullanmıyor	103	85,1

Katılımcıların %70,2'si (n=85) kadın, %29,8'si (n=36) erkektir. Yaş dağılımları 60-64 yaş arası %47,1 (n=57), 65-69 yaş arası %38,1 (n=46), 70-74 yaş arası %14 (n=17) ve 75 yaş üstü %0,8 (n=1)'dir. Katılımcıların büyük çoğunluğunun yaşam yeri büyükşehir (%77,7)'dir. Katılımcıların çoğu lise (%37,3) mezunu ve emeklidir (%81,8). Katılımcıların çoğu evlidir (%67,8) ve iki (%57,9) çocuk sahibidir. Katılımcıların %73,6'sı sigara ve %85,1'i alkol kullanmamaktadır.

Tablo 2. Yaşam Kalitesi Yaşlı Modülü WHOQOL-OLD Ölçeği ve Alt Grupları Soru Sayısı ve Ortalama Puanları ve Değerleri

WHOQOL-OLD Ölçeği Alt Ölçekler	Min.	Maks.	Mean	SD
Duyusal işlevler	6	19	10.22	2.71
Özerklik	6	20	14.37	2.41
Geçmiş-bugün-gelecek faaliyetleri	8	20	15.28	2.22
Sosyal katılım	8	20	15.63	2.37
Ölüm ve ölmek	4	18	15.28	2.5
Yakınlık	7	20	15.42	2.17
<b>Toplam YKÖ</b>	51	100	79.86	7.65

Tablo 2'de katılımcıların yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puanlar verilmiştir. Katılımcıların aldıkları puanlar göz önüne alındığında, puan ortalaması en yüksek olan ölçek sosyal katılım (15.63±2.37) olduğu, en düşük puan ise duyuşal işlevler (10.22±2.71) bulunmuştur. Diğer alt gruplar incelendiğinde sırasıyla sosyal katılım (15.42±2.17), geçmiş-bugün-gelecek faaliyetleri (15.28±2.22), ölüm ve ölmek (15.28±2.5), özerklik (14.37±2.41) gelmektedir. Toplam puan ortalaması ise 78.86±2.17 olarak bulunmuştur.

Tablo 3. Tanımlayıcı Değişkenler, Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Alt Ölçekleri İle Sağlığı Algılama Ölçeğinin İncelenmesi

Değişkenler	Duyusal işlevler X± SD	Özerklik X± SD	Geçmiş, bugün ve gelecek aktiviteleri X± SD	Sosyal katılım X± SD	Ölüm ve ölmek X± SD	Yakınlık X± SD	Toplam YKÖ X± SD
<b>Cinsiyet</b>							
<b>Kadın</b>	9.96±12.47	14.49±2.55	15.47±2.23	15.84±2.21	8.78±3.72	15.57±2.17	80.11±7.039
<b>Erkek</b>	10.83±3.16	14.08±2.04	14.83±2.17	15.13±2.69	9.33±3.35	15.05±2.18	79.27±9.01
<b>İstatistik</b>	MWU= 1318 p= 0.225	MWU= 1310.50 p= 0.209	MWU= 1282 p= 0.154	MWU= 1328.5 p= 0.247	MWU= 1374 p= 0.374	MWU= 1261 p= 0.12	MWU= 1403.50 p= 0.473
<b>Yaş</b>							
<b>60-64 yaş arası</b>	10.26±2.78	14.66±2.46	15.60±1.89	15.78±2.25	9.22±3.70	15.61±1.92	81.15±6.82
<b>65-69 yaş arası</b>	10.04±2.59	14.13±2.42	14.95±2.57	15.39±2.63	8.50±3.45	15.30±2.57	78.32±8.82
<b>70-74 yaş arası</b>	10.35±2.87	14±2.29	15.17±2.24	15.70±2.14	9.35±3.80	15.11±1.90	79.70±6.62
<b>75 yaş üstü</b>	14.00±0.00	15.00±0.00	14.00±0.00	16.00±0.00	6.00±0.00	15±0	80.00±0.00
<b>İstatistik</b>	KW= 2.197 p= 0.533	KW= 2.657 p= 0.448	KW= 2.527 p= 0.470	KW= 0.400 p= 0.940	KW= 1.765 p= 0.623	KW= 1.553 p= 0.670	KW= 4.039 p= 0.257
<b>Eğitim Durumu</b>							
<b>İlkokul</b>	10.75±2.65	13.62±2.66	14.25±1.58	15.12±3.04	7.75±1.98	14.87±1.80	76.37±5.80
<b>Ortaokul</b>	10.57±2.76	13.85±2.54	15.42±4.11	14.57±3.45	6.42±2.57	15.14±3.80	76.0±14.58
<b>Lise</b>	10.00±2.81	14.95±2.35	15.86±2.12	16.04±2.11	9.11±3.69	15.77±1.95	81.75±7.514
<b>Önlisans</b>	10.07±2.40	13.67±2.58	14.78±2.23	15.64±2.40	9.42±3.86	15.10±2.28	78.71±2.45
<b>Lisans</b>	10.32±3.00	14.75±2.15	14.96±1.81	15.42±2.41	8.82±3.34	15.57±2.00	79.85±6.43
<b>Yüksek Lisans</b>	11.20±2.68	12.80±1.48	16.00±1.87	15.20±1.64	10.80±5.26	14.40±2.40	80.40±1.67
<b>İstatistik</b>	KW= 2.092 p= 0.836	KW= 8.143 p= 0.149	KW= 8.631 p= 0.125	KW= 2.337 p= 0.801	KW= 5.258 p= 0.385	KW= 2.703 p= 0.746	KW= 6.756 p= 0.239
<b>Medeni Durum</b>							
<b>Evli</b>	10.32±2.88	13.95±2.06	15.08±2.18	15.63±2.33	9.40±3.58	15.28±2.27	79.68±7.74
<b>Bekar</b>	8.87±1.35	14.37±3.92	15.87±2.58	16.00±2.39	7.50±4	16.37±1.40	79.00±8.78
<b>Boşanmış</b>	9.66±2.29	16.33±1.87	15.22±2.27	15.22±2.04	7.44±3.08	16.00±1.93	79.88±5.34
<b>Eşi vefat etmiş</b>	10.54±2.53	15.13±2.71	15.81±2.23	15.63±2.75	8.36±3.60	15.36±2.08	80.86±8.07
<b>İstatistik</b>	KW= 2.614 p= 0.455	KW= 12.160 p= 0.007*	KW= 1.819 p= 0.611	KW= 0.960 p= 0.811	KW= 4.468 p= 0.215	KW= 2.711 p= 0.438	KW= 0.566 P= 0.904
<b>Çocuk</b>							
<b>Yok</b>	10.50±3.10	14.50±4.12	8.75±3.09	15.50±1.29	14.50±4.20	15.25±2.75	79.00±8.79
<b>Var</b>	10.21±2.71	14.36±2.36	8.94±3.63	15.27±2.25	15.66±2.30	15.42±2.16	79.89±7.65
<b>İstatistik</b>	MWU= 220.50 p= 0.843	MWU= 207.00 p= 0.693	MWU= 229.50 p= 0.948	MWU= 211.50 p= 0.741	MWU= 169.50 p= 0.343	MWU= 232.00 p= 0.976	MWU= 219.50 p= 0.833
<b>Sigara</b>							
<b>Kullanıyor</b>	11.81±2.91	13.62±2.57	15.06±1.88	15.50±2.07	9.46±3.41	15.18±1.94	80.65±8.55
<b>Kullanmıyor</b>	9.65±2.40	14.64±2.30	15.35±2.33	15.67±2.48	8.75±3.67	15.50±2.25	79.58±7.33
<b>İstatistik</b>	MWU= 797 p= 0.00*	MWU= 1103 p= 0.05	MWU= 1275 p= 0.375	MWU= 1350 p= 0.659	MWU= 1243.5 p= 0.286	MWU= 1207.5 p= 0.194	MWU= 1392 p= 0.851
<b>Alkol</b>							
<b>Kullanıyor</b>	11.16±3.14	14.94±2.83	15.77±2.15	15.61±1.75	9.16±3.46	15.22±2.07	81.88±8.51
<b>Kullanmıyor</b>	10.05±2.61	14.27±2.33	15.19±2.23	15.63±2.47	8.90±3.65	15.45±2.19	79.51±7.48
<b>İstatistik</b>	MWU= 743 p= 0.176	MWU= 806.50 p= 0.375	MWU= 774 p= 0.259	MWU= 871 p= 0.679	MWU= 881.50 p= 0.739	MWU= 828.5 p= 0.464	MWU= 839 p= 0.521



Katılımcıların cinsiyet ve yaşları ile YKÖ ve alt ölçekleri incelendiğinde aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. ( $p>0.05$ ). Katılımcıların medeni durumlarına göre incelendiğinde, medeni durum ile özerklik alt ölçeği arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Medeni durumu eşinden boşanmış olanların diğerlerine göre puan ortalaması daha yüksektir. Çocuk sayısı ile sosyal katılım alt ölçeği arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Çocuk sayısı dört olan katılımcıların puan ortalaması diğerlerine göre daha yüksektir. Sigara kullananlar ile duyuşal işlevler alt ölçeği arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Sigara kullananların sigara kullanmayanlara göre puan ortalamasının daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Alkol kullanım durumları ile alt ölçekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. ( $p>0.05$ ).

Tablo 4. Yaşam Kalitesi ile Depresyon Arasındaki İlişki

		Depresyon
		r
Yaşam Kalitesi	Duyusal İşlevler	0.014
	Özerklik	-0.302**
	Geçmiş, bugün ve gelecek aktiviteleri	-0.430**
	Sosyal Katılım	-0.490**
	Ölüm ve Ölmek	0.259**
	Yakınlık	-0.346**
	Genel Toplam	-0.343**

Yukarıdaki tablo incelendiğinde depresyon ölçeğinin duyuşal işlevler ve ölüm arasında pozitif yönlü korelasyonun olduğu, diğer değişkenlerce ise 0.01 anlamlılık düzeyinde negatif yönlü korelasyon olduğu gözlenmiştir. Depresyon ile duyuşal işlevler ve ölüm ve ölmek arasında zayıf pozitif korelasyon vardır. Yaşam kalitesi alt ölçeklerinden olan özerklik ( $r= -0,302$ ,  $p<0,01$ ), geçmiş, bugün ve gelecek aktiviteleri ( $r= -0,430$ ,  $p<0,01$ ) orta derecede, sosyal katılım ( $r= -0,490$ ,  $p<0,01$ ) orta derecede, yakınlık ( $r= -0,346$ ,  $p<0,01$ ) ile depresyon arasında anlamlı negatif yönde bir ilişki olduğu gözlemlenmiştir. Genel toplam ile depresyon arasındaki korelasyon için ( $r= -0,343$ ,  $p<0,01$ ) zayıf negatif korelasyon olduğu söylenebilir.

### Tartışma ve Sonuç

Çalışmaya katılan yaşlı bireylerin duyuşal işlevler, özerklik, geçmiş-bugün-gelecek aktiviteleri, sosyal katılım, ölüm ve ölmek, yakınlık puan ortalamaları ve yaşam kalitesi toplam puan ortalaması sırasıyla 10,22  $\pm$ 2,71, 14,37  $\pm$ 2,41, 15,28  $\pm$ 2,22, 15,63  $\pm$ 2,37, 15,28  $\pm$ 2.,50, 15,42  $\pm$ 2.17 ve 79,86  $\pm$ 7,65' dir. En yüksek puan sosyal katılım iken en düşük puan sosyal işlevler olarak görülmektedir. Altay, Çavuşoğlu ve Çal (2016) yaptıkları çalışmada 11.38  $\pm$ 2.81, 13.19  $\pm$ 2.72, 13.36  $\pm$ 2.69, 12.68 $\pm$ 2.91, 10.76  $\pm$ 4.30, 14.35  $\pm$ 2.95 ve 75.74  $\pm$ 9.99' sonuçlarını bulmuşlardır. Aydın ve Karaoğlu' nun (2012) yaptıkları çalışmada yaşam kalitesi puanlarını sırasıyla 11.5 $\pm$ 0.1, 9.0 $\pm$ 0.1, 8.1 $\pm$ 0.1, 5.9 $\pm$ 0.1, 11.9 $\pm$ 0.1 ve 9.4 $\pm$ 0.1 ve 55.8 $\pm$ 0.5 olarak saptanmıştır. Eser ve ark.'nın (2010) yaşlılarla yaptığı çalışmada ise 12.87 $\pm$ 3.6, 13.35 $\pm$ 2.6, 12.95 $\pm$ 2.7, 12.28 $\pm$ 2.9, 11.85 $\pm$ 3.8,

14.48±2.4 ve 56.02±11.7 olarak bulmuştur. Arpacı, Tokyürek ve Bilgili (2015) çalışmalarında 11.09±2.94, 12.24±2.28, 11.66±2.60, 10.81±2.61, 14.12±2.97, 11.97±3.60, 71,90±9,95 sonuçlarını bulmuştur.

Katılımcıların cinsiyet ile YKÖ ve alt ölçekleri incelendiğinde aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. ( $p>0.05$ ). Benzer şekilde Luleci ve Mandıracıoğlu (2001) ve Akyol, Durmuş, Doğan, Bek, Cantürk (2010) de çalışmalarının sonucunda kadın ve erkeklerin ortalama yaşam kalitesi puanlarında anlamlı bir fark olmadığını belirtmişlerdir. Ancak Cingil ve Bodur (2001) ve Turgul, Mandıracıoğlu, Özüğurlu, Özgener, Devenci (2004) çalışmalarında erkeklerin ortalama yaşam kalite puanlarının kadınlara göre daha yüksek olduğunu bulmuşlardır. Arpacı, Tokyürek ve Bilgili (2015) çalışmalarında cinsiyet değişkeninin alanlar üzerindeki etkisi incelendiğinde duyuşsal fonksiyonlar ( $p<0.01$ ), sosyal katılım ( $p<0.01$ ), ölüm ve ölmek ( $p<0.01$ ) alanlarında fark anlamlı bulunmuştur. Sosyal katılım, ölüm ve ölmek ile yakınlık alan puan ortalamaları ile medeni durum arasındaki ilişki anlamlıdır ( $p<0.05$ ). Ercan Şahin ve Nuran Emiroğlu (2014) çalışmalarında, yaşlıların cinsiyet ile yaşam kalitesi alt alan puan ortalamaları karşılaştırıldığında kadınların erkeklerden daha düşük puan aldıklarını belirtmişlerdir. Unalan, Gocer, Basturk, Baydur & Ozturk (2015) kadınların yaşam kalitesi, yaşam kalitesinin tüm yönleri, özellikle özerklik, geçmiş, şimdiki ve gelecekteki aktiviteler ve toplam yaşam kalitesi yönleri açısından erkeklerden anlamlı derecede düşük bulmuştur.

Katılımcıların yaşları ile YKÖ ve alt ölçekleri incelendiğinde aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. ( $p>0.05$ ). Benzer şekilde Akyol, Durmuş, Doğan, Bek, Cantürk (2010) farklı yaş gruplarının yaşam kalitesi puanları arasında anlamlı bir fark bulamadıklarını ifade etmişlerdir. Ancak Ercan Şahin, Nuran Emiroğlu çalışmada yaş ile yaşam kalitesi alt alan puan ortalamaları karşılaştırıldığında, yaş arttıkça yaşam kalitesi puan ortalamalarının düştüğü görülmektedir. Arslantaş, Metintaş, Ünsal, Kalyoncu (2006) yaş arttıkça ortalama yaşam kalitesi puanlarında (sosyal yaşam dışında) bir düşüş olduğunu belirtmişlerdir.

Katılımcıların medeni durumlarına göre incelendiğinde, medeni durum ile özerklik alt ölçeği arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Medeni durumu eşinden boşanmış olanların diğerlerine göre puan ortalaması daha yüksektir. Altay, Çavuşoğlu ve Çal (2016) yaptıkları çalışmada medeni durumu evli olanların toplam yaşam kalitesi ölçek puan ortalaması bekar olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğunu belirtmiştir. Bunun yanı sıra yaşam kalitesi ölçeği tüm alt boyutlarının puan ortalamaları evli olanlarda yüksek olup, bu farkın anlamlı düzeyde olmadığı ortaya konmuştur. Aydın ve Karaoğlu (2012) yaptıkları çalışmada hiç evlenmemiş yaşlılarda otonomi, geçmiş bugün ve gelecek aktiviteleri ile ölüm ve ölmek yakınlık alan puan ortalaması ve yaşam kalitesi toplam puan ortalaması yüksek bulundu, sosyal katılım alan puan ortalaması daha düşük bulmuşlardır. Unalan, Gocer, Basturk, Baydur & Ozturk (2015) Ölüm ve ölmek dışındaki tüm açılardan, eş vefat etmiş yaşlılarda yaşam kalitesi, evli yaşlılara göre anlamlı olarak düşüktür.

Çocuk sayısı ile sosyal katılım alt ölçeği arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Çocuk sayısı dört olan katılımcıların puan ortalaması diğerlerine göre daha yüksektir. Arpacı, Tokyürek ve Bilgili (2015) yaşlı bireylerin çocuk sahibi olma durumu ve yaşam kalitesi alt alanları arasındaki ilişki ele alındığında; sadece

yakınlık alt alanında çocuk sahibi yaşlı bireylerin çocuk sahibi olmayanlardan daha yüksek ortalama puana sahip oldukları, diğer alanlarda çocuk sahibi olmayanların daha yüksek ortalama puana sahip oldukları görülmektedir. Ercan Şahin, Nuran Emiroğlu (2014) Yaşlıların çocuk sahibi olma durumu ve yaşam kalitesi puanlarına bakıldığında çocuk sahibi olan ve olmayan arasında bir ilişki bulunmamıştır.

Sigara kullananlar ile duyuşal işlevler alt ölçeği arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Sigara kullananların sigara kullanmayanlara göre puan ortalamasının daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Unalan, Gocer, Basturk, Baydur & Ozturk (2015) Ölüm ve ölmek dışındaki yaşam kalitesinin tüm alanlarında, sigarayı bırakan yaşlılar sigara içenlere göre anlamlı olarak daha düşük puanlar alırken, hiç sigara içmeyenler sigara içenlere göre yaşam kalitesinin tüm alanlarında anlamlı olarak daha düşük puanlara sahipti ( $p<0.05$ ). Söylemez (2020) çalışmasında yaşlıların sigara kullanımına göre toplam ve alt boyut ortanca puanları arasında anlamlı fark olmadığını belirtmiştir ( $p>0.05$ ). Ercan Şahin, Nuran Emiroğlu (2014) çalışmalarında benzer şekilde sigara kullanma ile yaşam kalitesi arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Yaşlı bireylerin yaşam kalitesi ve depresyon ilişkisinin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmanın sonucunda çalışmaya katılan yaşlı bireylerin yaşam kalitesi ölçeğinin en düşük puanı sosyal işlevler, en yüksek puanı ise sosyal katılım alt ölçeğinde aldıkları bulunmuştur. Duyusal işlevler ile depresyon arasında zayıf pozitif ilişki vardır ve duyuşal işlev arttıkça depresyonun artması öngörülmektedir. Özerklik ile depresyon arasında zayıf negatif ilişki bulunmakta ve özerklik azaldıkça depresyonun arttığı görülmektedir. Araştırma sonucunda katılımcılar medeni durumlarına göre incelendiğinde, medeni durum ile özerklik alt ölçeği arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Medeni durumu eşinden boşanmış olanların diğerlerine göre puan ortalaması daha yüksektir. Sigara kullananlar ile duyuşal işlevler alt ölçeği arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Sigara kullananların sigara kullanmayanlara göre puan ortalamasının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

**Kaynakça**

- Akyol, Y., Durmus, D., Dogan, C., Bek, Y., Canturk, F. (2010). Quality Of Life and Level Of Depressive Symptoms in The Geriatric Population. *Turkish Journal of Rheumatology*, 25(4): 165–173. doi:10.5152/tjr.2010.23
- Altay, B., Çavuşoğlu, F, Çal, A. (2016). Yaşlıların Sağlık Algısı, Yaşam Kalitesi ve Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(3): 181-189
- Arpacı, F., Tokyürek, Ş., Bilgili, N. (2015). Huzurevinde Yaşayan Yaşlı Bireylerde Yaşam Kalitesi. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 8(1): 1-11
- Arsıntaş, D., Metintaş, S., Ünsal, A., Kalyoncu, C. (2006). Eskişehir Mahmudiye İlçesi Yaşlılarında Yaşam Kalitesi. *Osmangazi Tıp Dergisi*, 28: 81-89.
- Aydın, S., Karaoğlu, L. (2012). Gaziantep İl Merkezinde Yaşayan Yaşlıların Yaşam Kalitesi Düzeyi ve Etkileyen Faktörler. *Turkish Journal of Geriatrics*, 15(4): 424-433
- Aydiner Boylu, A., & Günay, G. (2017). Life Satisfaction And Quality Of Life Among The Elderly: Moderating Effect Of Activities Of Daily Living. *Turkish Journal of Geriatrics*, 20(1), 61–69
- Baernholdt, M., Hinton, I., Yan, G., Rose, K., Mattos, M. (2012). Factors Associated With Quality Of Life İn Older Adults in the United States. *Quality of Life Research*, 21(3): 527-534.
- Birinci, E. (2020). *Y Kuşağının Yaşlı ve Yaşlılık Algısı*. 2. baskı. Ankara: Gazi kitapevi.
- Borg, C., Hallberg, I.R., Blomqvist, K. (2006). Life Satisfaction Among Older People (65+) With Reduced Self-Care Capacity: The Relationship To Social, Health And Financial Aspects. *Journal of Clinical Nursing*, 15(5): 607-618. doi:10.1111/j.1365-2702.2006.01375.x
- Cingil, D., Bodur, S. (2001). Huzurevi ve Aile Ortamındaki Yaşlıların Yaşam Kalitesi. V. *Halk Sağlığı Günleri Bildiri Özetleri Kitabı*. Eskişehir, 54.
- Constantinescu, M, Cercel A. (2019). Aging and Quality Of Life in Elderly People. *Revista Universitara De Sociologie*, 2: 110-121.
- Dao, A.T.M, Nguyen V.T., Nguyen H.V., Nguyen L.T.K. (2018). Factors Associated With Depression Among The Elderly Living in Urban Vietnam. *BioMed Research International*, 1-9. doi:10.1155/2018/2370284
- Ercan Şahin, N., Emiroğlu, E. N. (2014). Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Yaşam Kalitesi Ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 1: 57–66.
- Eser, S., Saatli, G., Eser, E., Baydur, H., Fidaner, C. (2010). Yaşlılar İçin Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Modülü Whoqol-Old: Türkiye Alan Çalışması Türkçe Sürüm Geçerlilik Ve Güvenilirlik Sonuçları. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21(1):37-48.
- Ganatra, H. A, Zafar, S. N., Qidwai W., Rozi S. (2008). Prevalence and Predictors Of Depression Among An Elderly Population Of Pakistan. *Aging & Mental Health*, 12(3): 349-356. doi:10.1080/13607860802121068
- Gwozdz, W., Sousa-Poza, A. (2009). Ageing, Health and Life Satisfaction Of The Oldest Old: An Analysis For Germany. *Social Indicators Research*, 97(3): 397-417. doi:10.1007/s11205-009-9508-8
- Hooyman, N.R., Kiyak, H. (2008). *Social Gerontology: A Multidisciplinary Perspective*. Eighth Edition. Boston: Pearson.
- Hughes, J.W., Stoney, C. M. (2000). Depressed Mood is Related To High-Frequency Heart Rate Variability During Stressors. *Psychosomatic Medicine*, 62(6): 796–803.
- Fiske, A, Wetherell, J. L, Gatz, M. (2009). Depression in Older Adults. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5(1): 363–389
- Kahn, J. H, Hessling, R. M, Russell, D. W. (2003). Social Support, Health, And Well-Being Among The Elderly: What is The Role Of Negative Affectivity? *Personality and Individual Differences*, 35(1): 5-17

- Lüleci, E., Mandıracıoğlu, A. (2001). Manisa'da Huzurevlerinde Yaşayan Yaşlıların Günlük Yaşam Aktivitelerinin Ve Yaşam Kalitelerinin Belirlenmesi. 7. *Halk Sağlığı Günleri Bildiri Özetleri Kitabı*. 5. Eskişehir
- McDonald, P. (2017). Population Ageing: A Demographic Perspective. In: O'Loughlin K, Browning C, Kendig H, editors. *Ageing in Australia Challenges and Opportunities, Ageing in Australia Challenges and Opportunities*, (1), 47-61. Springer.
- Mental Health America. (2013). *Depression in Black Americans*. Erişim tarihi: 15 Ekim 2020, <https://www.mhanational.org/depression-black-americans>
- Netuveli, G. & Blane, D. (2008). *British Medical Bulletin*, 85: 113–126 DOI:10.1093/bmb/ldn003
- Rondón García, L. M., & Ramírez Navarero, J. M. (2018). The Impact of Quality of Life on the Health of Older People from a Multidimensional Perspective. *Journal of Aging Research*, 2018, 1–7. doi:10.1155/2018/4086294
- Shear, K., Ginsberg, D.L., Roose, S.P., Lenze, E.J., Alexopoulos, G.S., Hollander, E. (2005) Depression in The Elderly: The Unique Features Related To Diagnosis And Treatment. *CNS Spectr*, 10 (8): 1-27.
- Siedlecki, K. L., Salthouse, T. A., Oishi, S., Jeswani, S. (2013). The Relationship Between Social Support And Subjective Well-Being Across Age. *Social Indicators Research*, 117(2): 561-576. doi:10.1007/s11205-013-0361-4
- Sivertsen, H., Bjorklof, G. H., Engedal, K., Selbaek, G., Helvik, A. S. (2015). Depression and Quality Of Life in Older Persons: A Review. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 40(5-6): 311-339. doi:10.1159/000437299
- Turgul, Ö., Mandıracıoğlu, A., Özüğurlu, B., Özgener, N., Deveci, H. (2004). Narlıdere İlçesinde 65 yaş üstü Nüfusun Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *İzmir 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu* 8-10 Nisan 2004, poster no: 6.
- Uçku, R., Şimşek, H. (2012). Halk Sağlığı Uygulamaları Ve Yaşlanma; Ne Kadar Yeterli. Aslan D, Ertem M, (Ed.). *Yaşlı Sağlığı: Sorunlar ve Çözümler* içinde 9-11, Ankara: Palme Yayıncılık.
- UN. (2019). *Revision of World Population Prospects*. 10 Haziran 2020: Erişim adresi: <https://population.un.org/wpp/>
- Unalan, D., Gocer, S., Basturk, M., Baydur, H., Ozturk, A. (2015). Coincidence Of Low Social Support And High Depressive Score On Quality Of Life in Elderly. *European Geriatric Medicine*, 6(4): 319-324. doi:10.1016/j.eurger.2015.02.009
- World Health Organization. (1996). WHOQOL-BREF, Introduction, Administration, Scoring And Generic Version Of The Assessment. *Programme On Mental Health, World Health Organization*, Geneva. Erişim tarihi: 12 Kasım 2020, [https://www.who.int/mental\\_health/media/en/76.pdf?ua=1](https://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf?ua=1)
- World Health Organization (WHO) (2012). World Health Day 2012: *Ageing and Health: Toolkit for Event Organizer*. Instruments WHOQOL-SRPB Field-Test Instrument.
- WHO. (2017). *Mental Health Of Older Adults*. Erişim tarihi: 12 Ekim 2020, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>
- WHO. (2020). *Depression*. Erişim tarihi: 15 Eylül 2020, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression#:~:text=Depression%20is%20a%20common%20mental,affected%20by%20depression%20than%20men>
- Wilson, K., Mottram, P. G., Vassilas, C. (2008). Psychotherapeutic Treatments For Older Depressed People. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 1: 1-32. doi:10.1002/14651858.cd004853.pub2
- Yesavage, J.A., Brink, T.L., Rose, T. L. (1983). Development and Validation Of A Geriatric Depression Screening Scale: A Preliminary Report. *J. Psychiatric Research*, 17(1): 37-49.



SAĞLIK BAKANLIĞI  
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü  
Hasta Hakları ve Tıbbi Sosyal Hizmetler Dairesi Başkanlığı  
Bakanlık Yayın No:963

ULAKBİM TR Dizinde Taranmaktadır

Hakemli Dergi  
**TSHD**  
Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi

ISSN: 2149-309X-Biannually  
<https://edergi.saglik.gov.tr/>  
<https://dergipark.org.tr/tr/pub/tshd>  
Yıl/Year: 2021 Haziran/June  
Sayı/Issue: 17

## PALYATİF BAKIM MERKEZLERİ KAPSAMINDA VERİLEN PSİKOSOSYAL DESTEK HİZMETLERİ: SOSYAL HİZMET UZMANLARI VE PSİKOLOGLARIN GÖZÜNDEN NİTEL BİR DEĞERLENDİRME \*

Gökben KANGALGİL BALTA<sup>1</sup>  
Seval BEKİROĞLU<sup>2</sup>

### Makale Bilgileri/ Article info

Makalenin Türü/Article Type: Araştırma  
Geliş Tarihi / Date Received : 03.04.2021  
Revizyon Tarihi/Date Revised: 21.05.2021  
Kabul Tarihi / Date Accepted : 31.05.2021  
Yayın Tarihi / Date Published : 30.06.2021  
DOI: <https://doi.org/10.46218/tshd.908861>

### Makale Künyesi/To cite this article:

Kangalgil Balta, G. ve Bekiroğlu, S.(2021, Haziran). Palyatif bakım merkezleri kapsamında verilen psikososyal destek hizmetleri: sosyal hizmet uzmanları ve psikologların gözünden nitel bir değerlendirme. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 17, 130-154. Doi: <https://doi.org/10.46218/tshd.908861>

### Sorumlu Yazar/Corresponding Author:

Gökben KANGALGİL BALTA, Sosyal Hizmet Bilim Uzmanı, [gkbnkgil@gmail.com](mailto:gkbnkgil@gmail.com)

### Öz

Psikososyal destek hizmetleri, sağlığın psikososyal boyutunun bir gereği olarak palyatif bakım alanında önemli bir yer edinmektedir. Bununla birlikte ülkemizde palyatif bakım kapsamında sunulan psikososyal destek hizmetleri özelinde gerçekleştirilen bir çalışmaya rastlanmamaktadır. Bu araştırmanın amacı, yaşamı tehdit eden hastalığa sahip bireylere ve bu bireylerin yakınlarına palyatif bakım merkezleri aracılığıyla sunulan psikososyal destek hizmetlerinin bu hizmetleri sunan sosyal hizmet uzmanları ve psikologların deneyimlerinden yola çıkılarak derinlemesine incelenmesidir. Nitel araştırma yöntemi ile tasarlanan çalışmada, sosyal hizmet uzmanları ve psikologlardan oluşan toplam 18 katılımcı araştırmanın çalışma grubunu oluşturmuştur. Katılımcıların çoğunun palyatif bakım alanında eğitime sahip olmadıkları, palyatif bakım merkezlerinde konsültasyon yolu ile çalıştıkları anlaşılmıştır. Palyatif bakım sürecinde bireylerin yaşadıkları psikososyal sorunlar noktasında sosyal hizmet uzmanlarının bireyleri ihtiyaç duydukları hizmetlerle buluşturma ve bağlantılandırma boyutunda, psikologların ise psikolojik destek boyutunda daha aktif oldukları görülmüştür. Katılımcıların palyatif bakım merkezleri kapsamında hizmet sunarken birçok güçlük yaşadıkları, bu güçlükler karşısında ise çeşitli baş etme yöntemlerine başvurdukları anlaşılmıştır. Katılımcıların belirttikleri görüşlerin palyatif bakım merkezlerinde sunulan psikososyal destek hizmetlerine ilişkin düzenlemelere katkıda bulunacağı ve palyatif bakımda psikososyal destek hizmetlerinin önemini ortaya koyacağı düşünülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Palyatif bakım, Psikososyal destek hizmetleri, Sosyal hizmet uzmanı, Psikolog

## PSYCHOSOCIAL SUPPORT SERVICES PROVIDED WITHIN THE SCOPE OF PALLIATIVE CARE CENTERS: A QUALITATIVE ASSESSMENT FROM THE EYES OF SOCIAL WORKERS AND PSYCHOLOGISTS

### Abstract

Psychosocial support services are crucial in the field of palliative care as a requirement of the psychosocial dimension of health. However, there is no study conducted specifically for psychosocial support services provided within the scope of palliative care in our country. This situation constitutes the starting point of the research. Based on this, the aim of the study is to examine in-depth the psychosocial support services offered to individuals with life-threatening diseases and their relatives through palliative care centers, based on the experiences of social workers and psychologists who provide these services. The study designed with qualitative research method, a total of 18 participants consisting of social workers and psychologists constituted the working group of the study. It has been understood that most of the participants do not have

\*Bu çalışma, sorumlu yazarın yüksek lisans tezinden üretilmiştir.

<sup>1</sup> Sosyal Hizmet Bilim Uzmanı, ORCID: 0000-0003-3396-8774

<sup>2</sup> Öğr. Gör. Dr., Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü, ORCID : 0000-0003-0712-6653

training in palliative care, and they work in palliative care centers with consultation. It has been observed that social workers are more active in bringing individuals together and connecting them with the services they need, and psychologists are more active in the psychological support dimension at the point of psychosocial problems experienced by individuals in the palliative care process. It has been understood that the participants experience many difficulties while providing services within the scope of palliative care centers and they use various coping methods against these difficulties. It is thought that the opinions expressed by the participants will contribute to the regulations on psychosocial support services provided in palliative care centers and will reveal the importance of psychosocial support services in palliative care.

**Keywords:** Palliative care, Psychosocial support services, Social worker, Psychologist

## 1. Giriş

Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization [WHO], 2020) tarafından yapılan tanıma göre palyatif bakım; yaşamı tehdit eden hastalıklarla ilişkili hayatında çeşitli problemler yaşayan hastaların ve hasta yakınlarının yaşam kalitesini artırmaya odaklanan bir hizmet yapılmasıdır. Yaşam kalitesini artırmaya yönelik başta ağrı olmak üzere tüm fiziksel, psikososyal ve ruhsal problemlerin erken tespit edilerek ve etkili değerlendirmeler yapılarak önlenmesi veya giderilmesi amaçlanmaktadır. Hastalık sürecinde hastanın deneyimlediği fiziksel semptomların giderilmesi yönündeki tıbbi tedavi ve bakım hizmetlerinin yanı sıra, hem hastaların hem de hasta yakınlarının deneyimlediği psikolojik semptomların ve psikososyal sorunların çözümüne yönelik psikososyal destek hizmetleri palyatif bakım kapsamında sunulan hizmetler arasındadır. Bu yönüyle palyatif bakım, hem hastaların hem de hasta yakınlarının özel ihtiyaçlarına ve biyopsikososyal sağlığının korunmasına yönelik ekip yaklaşımının kullanıldığı bir bakım hizmetidir. Hastalığın tıbbi boyutunda çeşitli tıp dallarından seçilmiş doktorlar, diyetisyenler, fizik tedavi uzmanları ve hemşireler; psikolojik ve sosyal boyutunda ise psikologlar ve sosyal hizmet uzmanları eşliğinde multidisipliner ekip tarafından hizmetler verilmektedir.

Dünyada temelleri 1967'ye dayanan palyatif bakım hizmetlerinin, Türkiye'de ilk olarak 1990'ların başında algoloji kliniklerinin bünyesinde kurulan Palyatif Bakım Birimleri aracılığıyla gerçekleştirilmeye çalışıldığı görülmektedir (Kabalak, 2017). 2014 yılına gelindiğinde ise Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan ve 2015 yılında revize edilen Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge kapsamında yataklı sağlık tesisleri bünyesinde kurulan palyatif bakım merkezleri aracılığıyla daha sistematik bir şekilde verilmeye başlandığı söylenebilir. Sağlık Bakanlığına bağlı hastaneler bünyesinde kurulan merkezlerin ana hedef kitlesini ise yaşamı tehdit eden hastalıklara sahip bireyler ve bu bireylerin yakınları oluşturmaktadır. (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2015). Yaşamının sonuna yaklaşmış, hastalığının terminal döneminde (yaşam beklentisinin altı ay veya daha az olduğu) bulunan hastalar ile terminal dönemde olmayıp yaşamı tehdit eden hastalığının tedavi sürecinin içinde bulunan hastalar palyatif bakımdan yararlanabilmektedir (Gamaluddin, Keating, McKenzie ve Kim, 2017).

Palyatif bakım merkezleri aracılığıyla hastaların ve yakınlarının yaşam kalitesini artırmak amaçlanmaktadır. Bu amaca ulaşmak üzere merkezlerde muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinin yanı sıra psikososyal destek, ağrı yönetimi ve beslenme desteği gibi hizmetler klinik ortamda

ve poliklinik şartlarında sunulmaktadır. Merkez hizmetleri, sorumlu hekimin denetim ve sorumluluğunda, çeşitli branşlardaki hekim, hemşire, tıbbi sekreter, idari ve teknik personel, temizlik elemanı ile diğer unvanlarda personel ile tam zamanlı yürütülmektedir. Bununla birlikte ekibin önemli üyeleri olan psikolog, sosyal çalışmacı, fizyoterapist veya fizyoterapi teknikeri ve diyetisyen merkezlerde tam zamanlı olarak çalışma zorunluluğu bulunmayan meslekler olarak ihtiyaç halinde hastane içinden veya dışından merkeze çağrılmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2015). Türkiye'nin 81 ilinde, Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerde, farklı yatak kapasitelerine sahip olmakla birlikte toplam 5.475 yatak kapasiteli 409 palyatif bakım merkezi hizmet vermektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2018).

Palyatif bakımın bileşenleri; fiziksel, psikososyal, sosyal, hukuksal ve spiritüel olmak üzere beş boyutta ele alınmaktadır (The Worldwide Hospice Palliative Care Alliance [WHPCA], 2013). Bu yönüyle, yaşamı kısıtlayan ve tehdit eden hastalığın fiziksel olduğu kadar psikolojik ve sosyal birçok sonucu olmaktadır. Süreçte ortaya çıkan kaygı, üzüntü, depresyon, bakım veren yükü, tükenmişlik, işin kaybı, ekonomik zorluklar, aile ilişkilerinde meydana gelen bozulmalar gibi psikososyal sorunlar hem hastaların hem de hasta yakınlarının yaşam kalitelerini önemli ölçüde etkileyebilmektedir. Bu psikososyal sorunların değerlendirilmesi ve çözümüne yönelik uygulamaları içeren psikososyal destek hizmetleri palyatif bakımın psikososyal bileşeninin bir gereği olarak palyatif bakım felsefesinde önemli bir yer edinmektedir.

Psikososyal destek hizmetleri; bireylerin, ailelerin ve toplumların psikososyal iyi olma halini artırmak amacıyla yürütülen hizmetleri içermektedir (The Inter-Agency Network for Education in Emergencies [INEE], 2016). Bununla birlikte palyatif bakım kapsamında verilen psikososyal destek hizmetleri uluslararası literatürde psikososyal bakım kavramıyla daha çok anılmaktadır. Psikososyal bakım ise benlik saygısı, hastalığa ve hastalığın sonuçlarına adaptasyon, iletişim, sosyal işlevsellik ve sosyal ilişkileri de içeren hastanın ve hasta yakınlarının psikolojik ve duygusal iyi olma hali ile ilgili bakım şeklinde tanımlanmaktadır (The National Council for Hospice and Specialist Palliative Care Services, 1997).

Palyatif bakım sürecinde sunulan psikososyal destek, kayba ve ölümle yüz yüze gelmeye ilişkin psikolojik deneyimleri ele almaktadır. Bu deneyimler; manevi inançlar, kültür, değerler, maddi durum, barınma ve günlük yaşantıya ilişkin yardımlar gibi sosyal faktörleri içermektedir. Psikososyal destek, hem hastanın hem de hastanın ailesi, arkadaşları, bakım vereni olmak üzere yakınlarının palyatif bakım sürecindeki yolculuğuna odaklanmaktadır (Jeffrey, 2003). Bu yönüyle palyatif bakımda yaşamı tehdit eden hastalığa sahip bireylerin yalnızca belirli semptomlarına (ağrı yönetimi gibi) odaklanmak yetersiz bir bakım örneği olarak değerlendirilmektedir. Bu süreçte hasta ve hasta yakınlarının fiziksel, psikolojik ve sosyal sorunlarının birbiri ile ilişkili olduğu unutulmadan palyatif bakım felsefesine uygun kapsamlı bakım hizmetlerinin sunulması gerekmektedir. Bu da ancak psikososyal destek hizmetlerinin palyatif bakım kapsamında etkili sunumu ile mümkündür.



WHO başta olmak üzere birçok kurum ve kuruluş tarafından yapılan ve kabul edilen palyatif bakım tanımları, bakımda psikososyal yönlerin ve sorunların palyatif bakımın temel bileşenlerinden olduğunu, psikososyal faktörlerin ele alınmasını ve bu alanlarda bireylere destek sağlanması gerekliliğini ortaya koymaktadır. Bununla birlikte bu hizmetlerin kim tarafından sağlanması gerektiği açıkça tanımlanmamıştır. Örneğin, tıbbi bakım ve hemşirelik bakımının hekim ve hemşireler tarafından sağlandığı açıkça belirtilirken, palyatif bakımda psikolojik ve psikososyal destek açık bir şekilde psikologların görevi olarak tanımlanmamaktadır (Jünger, Payne, Costantini, Kalus ve Werth, 2010; Jünger ve Payne, 2011). Ülkemizde de palyatif bakım hizmetlerinin sunumuna ilişkin ilgili mevzuatta (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2015) palyatif bakım hizmetlerinin bir çerçevesi çizilmeye çalışılmıştır. Ancak yönergede psikososyal destek hizmetlerinin kavramsal tanımına yer verilmekle birlikte hizmetlerin içeriği ve hangi meslek elemanı tarafından ne gibi hizmetlerin veya kimler tarafından bu hizmetlerin sunulması gerektiğine ilişkin detaylı bilgi verilmemiştir.

Psikososyal destek hizmetlerinin, bu alanda eğitim almış sosyal hizmet uzmanı, psikolog ve psikiyatristler aracılığıyla sunulması gereken hizmetler olduğu söylenebilir. Ancak ilgili yönergede sosyal hizmet uzmanı ve psikoloğun merkezde tam zamanlı çalışmadığı, merkez sorumlu hekiminin ihtiyaç duyması halinde merkeze çağrılan meslek elemanları arasında yer aldığı anlaşılmaktadır. Bu durum, bireyler ve yakınları için oldukça önemli olan psikososyal destek hizmetlerinin sunumunda önemli sorunların yaşandığını düşündürmüştür. Uluslararası literatür incelendiğinde, palyatif bakım kapsamında verilen psikososyal destek hizmetlerinin ve bu hizmetlerin sunumunda sosyal hizmet uzmanları ve psikologların deneyimlerinin incelendiği çeşitli çalışmalara (Bosma vd., 2010; Gwyther vd., 2005; Fan, Lin ve Lin, 2014) rastlanmakla birlikte ulusal literatürde bu türde çalışmalara rastlanmamıştır. Ulusal alandaki çalışmaların nicel yöntemlerle tasarlanmış, merkezlerce verilen hizmetleri genel değerlendiren çalışmalardan (Gürel Yavuzdemir, 2019; Saygılı ve Çelik, 2020; Topkaya, 2018) oluştuğu söylenebilir. Bununla birlikte, ülkemizde palyatif bakım kapsamında hizmet alan hasta ve hasta yakınlarının psikososyal gereksinimlerine ve sorunlarına değinen çeşitli çalışmalarda, psikososyal destek hizmetlerine olan ihtiyacın yüksek olduğu bildirilmiştir (Ayraller, Akturan ve Kumru, 2020; Başdınç, 2019; Karakaya ve Işıkhan, 2020; Özdemir, 2016). Dolayısıyla, yaşamı tehdit eden hastalığa sahip bireylere ve bu bireylerin yakınlarına palyatif bakım merkezleri aracılığıyla sunulan psikososyal destek hizmetlerinin değerlendirilmesi oldukça önemlidir. Buradan hareketle bu çalışmada, palyatif bakım merkezleri aracılığıyla sunulan psikososyal destek hizmetlerinin bu hizmetleri sunan sosyal hizmet uzmanlarının ve psikologların deneyimlerinden yola çıkılarak derinlemesine incelenmesi amaçlanmıştır. Bu çalışma ile öncelikle, palyatif bakım hizmetleri kapsamında sunulan psikososyal destek hizmetlerinin içeriğine ve sunumuna ilişkin ulusal literatürdeki bilgi boşluğunun doldurulacağı düşünülmektedir. Meslek elemanlarının bu hizmetlere dair deneyimlerinden yola çıkarak hizmetlerin içeriği, hizmet sunumunda karşılaşılan güçlükler ve hizmetlerin geliştirilmesi gereken noktalarına dair bir kavrayış gelişecektir.

## 2. Yöntem

Bu çalışmada, palyatif bakım merkezlerinde çalışan sosyal hizmet uzmanlarının ve psikologların merkezlerde çalışmaya ilişkin bakış açılarını, algılarını ve değerlendirmelerini içeren deneyimlerinin derinlemesine incelenmesine olanak sağlaması yönüyle nitel araştırma yönteminden ve bu yöntemin fenomenolojik (olgubilim) deseninden yararlanılmıştır.

### 2.1. Katılımcılar

Araştırmanın planlama aşamasında araştırmanın katılımcılarını, amaçlı örnekleme yöntemlerinden ölçüt örnekleme yöntemi kullanılarak T.C. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğüne bağlı (2019) Ankara'da bulunan, yatak sayısı 15'ten fazla olan 7 palyatif bakım merkezinde psikososyal destek hizmetlerini vermekle görevlendirilen sosyal hizmet uzmanları ve psikologların oluşturması planlanmıştır. Ancak araştırmanın gerçekleştirilmesi için Başkent Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler ve Sanat Araştırma Kurulundan (31.12.2019 tarihli ve 17162298.600-310 sayılı) etik kurul kararı alındıktan sonra, uygulama için izin başvurusunda bulunulan 6 hastane (7 palyatif bakım merkezi) içerisinden sadece 2 tanesinden olumlu yanıt alınmıştır. Araştırma için olumlu dönüşte bulunmuş, Ankara ilindeki bu hastanelerin bünyesinde bulunan 2 palyatif bakım merkezinde psikososyal destek hizmetlerini sunan 13 meslek elemanından 12'si ile yüz yüze görüşmeler gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın gerçekleştirilmesi için gerekli izin yazışmalarının devam ettiği süreçte, tüm dünyayı etkisi altına alan COVID-19 pandemisine dair ilk vakalar ülkemizde de görülmeye başlanmıştır. Bazı hastaneler pandemi nedeni ile araştırmanın gerçekleştirilemeyeceğini belirtirken, bazı hastaneler ise pandemiden sonra tekrar başvuru yapılmasını önermiştir. Çalışmanın zaman sınırlılığının olması ve pandemide umut veren gelişmelerin olmaması nedeni ile çalışmanın diğer katılımcılarına kartopu örnekleme yöntemiyle ulaşılmaya çalışılmıştır. Görüşme gerçekleştirilen meslek elemanlarının önerileriyle elde edilen isimlerin veya durumların tıpkı bir kartopu gibi büyüyerek devam etmesi sonucunda araştırmacının problemine ilişkin zengin bilgi kaynağı olabilecek birey veya durumların saptanmasına olanak sağlayan kartopu örnekleme (Yıldırım ve Şimşek, 2018) yoluyla farklı illerde (Ankara, İstanbul, Ordu) bulunan hastanelerin palyatif bakım merkezlerinde psikososyal destek hizmeti veren sosyal hizmet uzmanları ve psikologlara ulaşılmıştır.

Sonuç olarak onay alınan farklı hastanelerdeki 2 merkezden 12 meslek elemanı ve kartopu örnekleme yöntemiyle ulaşılan 6 meslek elemanı olmak üzere toplam 18 kişi araştırmanın katılımcılarını oluşturmuştur. Katılımcıların 10'u sosyal hizmet uzmanı, 8'i psikologtur. Katılımcıların yaşları 27 ile 55 arasında değişmektedir. 15'i kadın olan katılımcıların 3'ü erkektir. Katılımcıların çoğunluğu (n:11) lisans mezunlarından oluşmakla birlikte, 4'ü yüksek lisans mezunu olup 3'ü ise yüksek lisans eğitimine devam etmektedir. Mesleki deneyim süreleri 2 ile 32 yıl aralığındadır. Palyatif bakım alanında çalışma süreleri en fazla 7 yıl olmakla birlikte çoğunluğu (n:13) 3 yıl ve altı çalışma sürelerine sahiptir. Katılımcılar merkezlerde

tam zamanlı (n:6), yarı zamanlı (n:3) ve konsültasyon yoluyla (n:9) olmak üzere üç farklı biçimde çalışmaktadır.

## **2.2. Veri Toplama Aracı**

Araştırmada veri toplama aracı olarak araştırmanın amacına uygun şekilde literatürden yararlanılarak oluşturulmuş toplam 21 sorudan oluşan yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır. İki bölüm olarak oluşturulan görüşme formunun ilk bölümünde, katılımcılara ilişkin tanıtıcı bilgileri elde etmeye yönelik 9 soru; ikinci bölümde ise katılımcıların palyatif bakım merkezlerinde sunulan psikososyal destek hizmetlerine ilişkin değerlendirmelerini açığa çıkarmayı amaçlayan 12 adet soru yer almıştır.

## **2.3. Veri Toplama Süreci**

Bu araştırmanın verilerinin bir kısmı, araştırma sürecinde araştırmacının ele alacağı belirli konu başlıklarının mevcut olduğu ve duruma göre esneme payı barındıran yarı yapılandırılmış görüşme (Buran, 2015) tekniği ile elde edilmiştir. Onay alınan 2 hastanenin palyatif bakım merkezlerinde psikososyal destek hizmeti veren 12 katılımcıyla; COVID-19 tedbirleri kapsamında, onların belirttiği yer ve zamanda, yüz yüze derinlemesine görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Her katılımcı ile bir kez görüşülmüştür. Görüşmeler yaklaşık olarak bir saat sürmüştür. Görüşmelerden önce katılımcılara araştırmanın amacı ve süreci hakkında bilgi verilmiş, rahatsız oldukları anda görüşmeyi sonlandırabilecekleri ifade edilmiştir. Görüşmelerin tamamında katılımcılardan onayı dahilinde ses kaydı alınmıştır. Ses kayıtları görüşmelerin hemen sonrasında bilgisayar ortamına aktarılmıştır.

Araştırmanın verilerinin diğer kısmı ise kartopu örnekleme yöntemiyle kendilerine ulaşılan ve araştırmaya katılmayı kabul eden, ancak COVID-19 pandemisinden kaynaklı bulaş riski nedeni ile yüz yüze görüşmeyi kabul etmeyen katılımcılardan yarı yapılandırılmış görüşme formu aracılığıyla e-posta yoluyla toplanmıştır. Katılımcılara e-posta ile yarı yapılandırılmış görüşme formu iletilmiş, katılımcılar formda yer alan sorulara detaylıca verdikleri cevaplarını yine e-posta ile araştırmacıya ulaştırmıştır. Bu doğrultuda 6 katılımcının deneyimleri e-posta yoluyla elde edilmiştir. Veri toplamada araştırmacı ve katılımcı arasındaki iletişimin uzatılabilmesi, tipik bir yüz yüze görüşmede olduğu gibi bilgi türünün çeşitlenebilmesi, araştırmacının yeni konuları gündeme getirebilmesi, belirli konularda ayrıntı isteyebilmesi ve görüşme formunda istediği zamanda istediği şekilde değişiklikler yapabilmesi, görüşme sorularının aynı anda birden fazla kişiyle paylaşılabilmesi, maliyetinin az olmasına karşın pratiklik ve verimliliğinin fazla olması gibi faktörleri içermesi yönleriyle e-posta tekniği internette nitel araştırma yöntemlerinden sıklıkla kullanılan veri toplama tekniğidir (Meho, 2006; Yıldırım ve Şimşek, 2018).

## **2.4. Verilerin Analizi**

Araştırmada derinlemesine yüz yüze görüşme ve e-posta yoluyla elde edilen veriler tematik analize tabi tutulmuştur. Öncelikle yapılan görüşmelerin ses kayıtları araştırmacı tarafından metne dökülerek deşifre edilmiştir. Tüm veriler baştan sona ve birkaç defa okunarak her bir görüşmedeki benzer anlamlara sahip

ifadelerle kodlar oluşturulmuş, bu kodların kategorize edilmesi ile de temalar belirlenmiştir. Son aşamada ise ortaya çıkan bulgular yorumlanarak araştırmada sunulmuştur. Araştırmada elde edilen verilerden oluşturulan temalar ve alt temalar Tablo 1’de belirtilmiştir:

Tablo 1. Psikososyal destek hizmetlerine ilişkin temalar

Merkezlerce sunulan psikososyal destek hizmetlerinin içeriği	Hizmet sunumunda yaşanan güçlükler	Güçlüklerle baş etme yöntemleri	Hizmetlere ilişkin öneriler
<ul style="list-style-type: none"><li>• Tedavi ve bakım sürecinde sunulan hizmetler</li><li>• Taburculuk sürecinde sunulan hizmetler</li><li>• Personele yönelik hizmetler</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Prosedür/bürokratik işlemlere ilişkin güçlükler</li><li>• Merkezlerin fiziki özelliklerine ve çalışma sistemine ilişkin güçlükler</li><li>• Bilgi gereksinimi</li><li>• Mesleki standartların bulunmaması/tanınırlık sorunu</li><li>• Etik güçlükler</li><li>• Vaka yönetiminde zorlanma</li><li>• Tükenmişlik</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Örgütsel yöntemler</li><li>• Mesleki yöntemler</li><li>• Kişisel yöntemler</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Mesleki standartların oluşturulmasına ve tanınırlığın artırılmasına dair öneriler</li><li>• Bilgi gereksinime dair öneriler</li><li>• Palyatif bakım merkezlerine dair öneriler</li></ul>

### 3. Bulgular

Araştırma kapsamında elde edilen bulgular; merkezlerce sunulan psikososyal destek hizmetlerinin içeriği, hizmet sunumunda yaşanan güçlükler, güçlüklerle baş etme yöntemleri ve hizmetlere ilişkin öneriler olmak üzere dört temada incelenmiştir.

#### 3.1. Merkezlerce sunulan psikososyal destek hizmetlerinin içeriği

Katılımcılar tarafından palyatif bakım merkezlerinde sunulan psikososyal destek hizmetleri; tedavi ve bakım sürecinde sunulan hizmetler, taburculuk sürecinde sunulan hizmetler ve personele yönelik hizmetler başlıkları altında irdelenmiştir.

##### 3.1.1. Tedavi ve bakım sürecinde sunulan hizmetler

Hastanın palyatif bakım merkezine yatışıyla birlikte sosyal hizmet uzmanları ve psikologlar mesleki uygulamalarına göre öncelikle ön değerlendirme gerçekleştirerek bireylerin ihtiyaçlarını ve sorunlarını belirlemeye çalışmaktadır. Bu doğrultuda sosyal hizmet uzmanları öncelikle palyatif bakım merkezinde tedavi gören hastanın bakımını kimin, nasıl gerçekleştireceği konusu üzerinde durmaktadır. Sonrasında ise bireylerin sosyoekonomik durumlarının ve aile ilişkilerinin incelenerek ihtiyaçlarının belirlendiği anlaşılmaktadır. Psikologların ise ön değerlendirme kapsamında, hasta ve yakınlarının psikolojik ihtiyaçlarını belirlemeye ve onların bu ihtiyaçlarını fark etmelerine yönelik duygu değerlendirmeleri yaptığı anlaşılmıştır:

*"Ailesini, ilişkileri anlamaya çalışıyoruz yani aile hastaya bakımı nasıl, ortak beraber yapabiliyor mu, bakabiliyor mu, tek kişiye mi görev verilmiş? Yani aile içi problemleri veya aile içi bağları, ilişkileri anlamaya çalışıyoruz. Sonra sosyoekonomik durumunu ilk başta tespit etmeye çalışıyoruz. İhtiyaçlarını belirlemeye çalışıyoruz..." (K2, SHU)*

*"Yani ihtiyaçlarını önce fark etmeleri gerekiyor. Bunun için tabii ki önce duygularını fark etmeleri gerekiyor hastaların ve hasta yakınlarının..." (K8, Psikolog)*

Sosyal hizmet uzmanları, hasta ve hasta yakınlarının gereksinimlerini değerlendirdikten sonra aracı rolü çerçevesinde, gereksinimlerini karşılamaya ilişkin Aile ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlükleri, Sosyal Dayanışma ve Yardımlaşma Vakıfları, sivil toplum kuruluşları, belediyeler, dernekler ve özel bakımevleri gibi kurum ve kuruluşlara yönlendirme yapmaktadır. Bununla birlikte sosyal hizmet uzmanlarının bireylerin aynı ve nakdi ihtiyaçlarının bazılarını herhangi bir yönlendirme yapmadan, çalıştıkları hastanelerin imkanları dahilinde (daha çok bağışlar vasıtasıyla) gidermeye çalıştıkları görülmektedir:

*"...Kızılay ile irtibata geçiyoruz genelde, hijyen paketleri-hijyen malzemeleri alıyoruz. Kılık kıyafet ihtiyacı varsa Pursaklar Belediyesinin Tebessüm Çarşısı var, orayla iletişime geçerek kıyafet temininde bulunuyoruz. Yani işte çeşitli derneklerle, belediyelerle bunları yapıyoruz." (K1, SHU)*

*"... ekonomik olarak desteklenmeye ihtiyacı olan insanlar mutlaka oluyor. Burada da öyle bağış şeklinde gelen şeyler oluyor hani para getiriliyor, pijama temin ediyoruz mesela tutanakla." (K6, SHU)*

Sosyal hizmet uzmanları eğitici rolü çerçevesinde hizmetlere dair hasta ve yakınlarını bilgilendirmektedir. Öyle ki merkezlerde gerçekleştirilen grup çalışmalarının da çoğunlukla hizmetlere ilişkin bilgilendirme amaçlı olduğu anlaşılmaktadır. Bilgilendirme konularını ise evde sağlık hizmeti, evde bakım ücreti, evde temizlik hizmeti, engelli raporu, hasta bezi raporu ve 2022 aylıkları oluşturmaktadır:

*"Genel olarak hizmetler hakkında bilgi veriyoruz, hem Sağlık Bakanlığının hem belediyelerin hem sosyal hizmetlerin. İşte neler bunlar? Evde sağlık hizmetleri, evde bakım ücreti... Yıllardır yatalak olan hastası için evde sağlık hizmetini bilmeyen o kadar çok hasta var ki..." (K2, SHU)*

*"Sosyal hizmet modellerini insanlar bilmiyor. Nasıl yararlanabilirler, nerelere başvurabilirler? ... İnanın grup çalışmalarında bunu daha iyi gördük... Bu grup çalışmalarında özellikle bunların üzerinde durarak bilgilendirmelerini yapıyoruz." (K3, SHU)*

Hasta ve yakınlarının psikolojik destek ihtiyaçlarında daha çok psikologların aktif olduğu söylenebilir. Psikologlar, bireysel görüşme ve grup çalışması yoluyla hasta ve yakınlarına psikolojik destek sağlamaktadır. Psikolojik görüşmelerde ve grup çalışmalarında duygu paylaşımı yoluyla bireyin duygularını ifade etmesinin ve duygu boşalımının sağlanmasıyla birlikte bastırılmış duyguların açığa çıktığı, bireyin bu duygularla yüzleştiği, böylece hem fiziksel hem de psikososyal sağlığını etkileyebilecek olumsuz duygularla baş edebilmesinin sağlandığı anlaşılmaktadır:

*“Biz hem bireysel görüşmeler yapıyoruz hem de grup çalışması olarak çalışmalar da yürütüyoruz hasta yakınlarıyla... haftalık toplantı yapıyorum. Yani duygu paylaşımı üzerine oluyor o daha çok, duygu odaklı bir toplantı oluyor.” (K8, Psikolog)*

*“... o duyguları paylaşma, işte keşkeleri, yani işte konuştuğumuz şeyler ‘keşke şu da olmasaydı’, hani bastırmadan ziyade işte yakınına ilişkin duygularını hani o ortamda paylaşmasını sağlamak... Önemli olan onu anlayıp geri bildirim verip hastanın duygu boşalmasını sağlamak.” (K4, Psikolog)*

Bununla birlikte psikologlar, her birey için değil, sadece kendilerinden istendiğinde bireylerin psikolojik durumlarını değerlendirmeye yönelik psikolojik testler uygulamaktadır:

*“Bazen hastalara mini mental test uygulayabiliyorum ama bunu her zaman yapmıyorum. Doktorlar benden talep ettiğinde uyguluyorum.” (K8, Psikolog)*

Bu çalışmanın katılımcıları olan sosyal hizmet uzmanları ve psikologlar, psikososyal destek hizmetlerini işbirliği içinde sunmakla birlikte hasta ve yakınlarının ihtiyaçları doğrultusunda diğer meslek elemanlarına da yönlendirme yapmaktadır:

*“Sosyal hizmet uzmanı ile görüşmelerimiz yoğunlukta oluyor. Psikososyal destek çalışmalarımız ve görüşmelerimiz hemen hemen aynı şekilde yürütülmekte olduğu için irtibat daha fazla olmaktadır.” (K15, Psikolog)*

*“... psikolog arkadaşlarımızla kesinlikle yani her gruptan sonra psikolog arkadaşımıza bir vaka yönlendiriliyoruz. En az bir vaka.” (K9, SHU)*

Katılımcıların psikososyal destek hizmetlerinin sunumunda en çok arabuluculuk rolünü üstlendiği söylenebilir. Çoğunlukla hasta ile aile bireyleri arasında; özellikle hastalık sürecinde bozulmuş aile ilişkilerinin düzeltilmesi, hastaya sosyal destek sağlanması ve hastanın bakımını gerçekleştirebilecek aile bireyleri ile iletişime geçilmesi arabuluculuk kapsamında atılan adımları oluşturmaktadır:

*“... aile ilişkileri bozursa mutlaka hani çocuğu, eşi ya da ona bakım verebilecek kimse varsa ondan destek istiyoruz. Hani birazcık arabuluculuk gibi oluyor aslında burada.” (K10, SHU)*

*“Birimdeki hizmet kapsamı içeriğinde, yatan hastalardan sosyal destek kaynağı eksik olan hastaların yanı sıra hasta yakınları ile iletişime geçmek, hastaya destek olmaları yönünde görüşmeler yapmak.” (K16, Psikolog)*

### **3.1.2. Taburculuk sürecinde sunulan hizmetler**

Taburculuk sürecinde sosyal hizmet uzmanlarının daha aktif olduğu söylenebilir. Sosyal hizmet uzmanları taburculuk sürecinde; çeşitli hizmetlere ve ilaçlara erişimi mümkün kılacak engelli raporu, ilaç raporu gibi raporların alınması için gerekli işlemleri gerçekleştirmekte, engelli aylıkları, evde bakım ücreti, barınma ve bakım konularına ilişkin hizmetlerle ilgili bilgilendirme ve yönlendirmeler yapmaktadır. Bu süreçte verilen hizmetlerin hasta ve yakınlarının ruh sağlığı üzerindeki olumlu etkisi vurgulanmıştır:

*“... taburcu olmadan önce mutlaka hepsinin engelli raporunu ve diğer ilaç raporlarını, birçok ilaçların raporlarını çıkartıyoruz... taburcu olmadan önce yapılacak tüm işlemleri yapıyoruz, taburculuktan sonra onların yapması gereken, hastaneye götürmesi gereken bir durum kalmıyor.” (K2, SHU)*

*“... hastaların evde gittikleri zaman ‘ben ne yapacağım işte hasta olursam ne olacak ya da hastamı hastaneye nasıl götüreceğim neyle götüreceğim’ gibi soru işaretlerini kafalarından kaldırdığımız için hasta yakınları psikolojik olarak da rahatlanmış, desteklenmiş ve yalnızlıklarını unutmuş oluyorlar bir nebze.” (K1, SHU)*

Bu sürece dair psikologlardan sadece birisi hasta ve yakınlarıyla görüşmeler yaptığını, ihtiyaç duyulması halinde taburculuk sonrasında da görüşmelere devam ettiğini belirtmiştir:

*“Taburculuk sırasında hastanın yanı sıra hasta yakını veya refakatçisi ile görüşülmekte sonrasında gerek görülürse ayaktan psikoloji birimimizde hastanın takibi yapılmaktadır.” (K16, Psikolog)*

### **3.1.3. Personele yönelik hizmetler**

Katılımcılardan çoğunlukla psikologların palyatif bakım merkezlerinde çalışan diğer sağlık personeline (ekip üyeleri) yönelik bireysel görüşmeler, toplantılar, eğitimler ve moral-motivasyon günleri şeklinde psikososyal destek hizmetleri sunduğu anlaşılmaktadır. Hasta ve yakınıyla iletişim, iş yükü, tükenmişlik, merhamet yorgunluğu, hiyerarşik problemler ve nöbet düzenlemelerine ilişkin problemler ekip üyelerine yönelik çalışmaların temelini oluşturmaktadır:

*“Biz hemşirelerle toplanıyoruz zaman zaman. Onların ihtiyaçlarına yönelik yine tekrar görüşmeler yapıyoruz. Bazen böyle onların arasında çatışmalar oluyor koşullardan dolayı. Çünkü palyatifte çalışmak biraz yüklü, psikolojik olarak da. Bir de sayıları zaman zaman yetersiz oluyor, o yüzden iş yükleri biraz fazla oluyor... (Tükenmişlik durumları olabiliyordur muhtemelen?). Evet evet. Biraz da hiyerarşik problemler olabiliyor. Ya da nöbetlerde bazen sorunlar olabiliyor. Ya da hasta veya hasta yakınlarıyla iletişimlerinde bazen sorun yaşayabiliyorlar. Onlarla ilgili görüşüyoruz... İşte kahve günlerimiz oluyor, kahvaltı yapıyoruz. Güzel oluyor.” (K8, Psikolog)*

### **3.2. Hizmet sunumunda yaşanan güçlükler**

Katılımcıların palyatif bakım merkezlerinde psikososyal destek hizmetlerini yürütürken karşılaştıkları güçlükler; prosedür/bürokratik işlemlere ilişkin güçlükler, merkezlerin fiziki özelliklerine ve çalışma sistemine ilişkin güçlükler, bilgi gereksinimi, mesleki standartların bulunmaması/tanınırlık sorunu, etik güçlükler, vaka yönetiminde zorlanma ve tükenmişlik başlıkları altında ele alınmıştır.

#### **3.2.1. Prosedür/bürokratik işlemlere ilişkin güçlükler**

Prosedür/bürokratik işlemlere ilişkin güçlükleri daha çok sosyal hizmet uzmanlarının yaşadıkları söylenebilir. Özellikle prosedür/bürokratik işlemlerin (hasta kabul, kayıt, evrak vb.) birçok noktada sürecin uzamasına neden olduğu anlaşılmaktadır:

*“Bizim ülkemizde maalesef birçok kanunlar, hizmetler de, prosedürler de çok yavaş işliyor. Yani mesela bir tane refakatçisi yoksa hastanın yalnızsa, biz sosyal hizmetleri hemen arıyoruz hemen bulunuyormuş gibi algılanıyor ama olmuyor öyle bir şey.” (K2, SHU)*

*“... Aile Bakanlığının da belli bir prosedürü ve uygulaması var. Hani atıyorum sen hastayı bugün yazdın bakımevi için bir ay sonra çıkabiliyor yani hemen bugün yazdın bugün gitme şansı yok.” (K6, SHU)*

Kaynak yetersizliğinin yanı sıra sosyal hizmetlerin sunumundaki aksaklıklar, hasta ve hasta yakınlarının ihtiyaçlarının zamanında ve etkili bir şekilde karşılanması noktasında sosyal hizmet uzmanlarını zor durumda bırakmaktadır:

*“... yeterince onların istediği ölçüde destek-maddi destek sağlayamıyor olabiliriz. Çünkü bu maddi destek de hani imkanlar ölçüsünde oluyor. Ya da valiliğin sunduğu miktarlar açısından olabiliyor.” (K10, SHU)*

*“Bir de bizim ülkemizde sosyal hizmet altyapısı tam oturmamış. Hani biz bunun sıkıntısını çok yaşıyoruz... Yani kurum bakımı, kurum bakımında çok zorlanıyoruz mesela o kadar çok uzun sıralar bekletiliyor ki, işlemler çok uzun sürüyor. Onun için insanlar hani o altyapının eksikliğinden dolayı diyor ki bana ne vereceksin, niye görüştün? Hani onun için biz biraz daha geri planda durmak durumunda kalıyoruz.” (K7, SHU)*

### **3.2.2. Merkezlerin fiziki özelliklerine ve çalışma sistemine ilişkin güçlükler**

Merkezlerin özellikleriyle ilgili olarak mekan yetersizliği, katılımcıların palyatif bakım merkezlerinde hizmet verirken yaşadıkları güçlükler noktasında en çok üzerinde durdukları konu olmuştur. Birçok katılımcı palyatif bakım merkezlerinde mesleki görüşmelerini gerçekleştirecekleri odalara sahip olmadıklarını ifade etmiştir. Görüşme odası olsa bile oda şartlarının profesyonel bir görüşme yapmak için yeterince uygun olmaması, görüşmeyi hasta odasında diğer kişilerin yanında yapıyor olmak, diğer sağlık çalışanları tarafından görüşmelerin sıklıkla bölünmesi profesyonel görüşme yapmalarının önündeki büyük engeller olmakla birlikte gizlilik ilkesine de aykırı durumlar olarak belirtmiştir:

*“Bence en büyük sorun işte mekan sorunu, oda sorunu...” (K4, Psikolog)*

*“Şu an bir psikolog odası mevcut değil... Bu konuda zorluk çekiyoruz. Görüşmelerimiz için bir oda oluşturulmuştu ancak yan odaya sesin çok fazla gidiyor olmasından dolayı bu odayı kullanmadım... Hasta yakınlarının yanında görüşmeyi yapmak da oldukça zor. O oda diğer ekip arkadaşlarımız tarafından yoğun olarak tedavi sürecinde kullanılıyor.” (K18, Psikolog)*

*“...orada bir odamızın olması gerekiyor. Çünkü hastalarla görüşmelerimizi biz hasta odasında yapıyoruz, bu da birçok kez bölünüyor, içeriye giren çıkan hasta yakını, hemşire, doktor vs. eksik kalıyor.” (K2, SHU)*

Mekan yetersizliği, bireyler için önemli bir rehabilitasyon aracı olan grup çalışmalarının da gerçekleştirilmesini engellemektedir:



*“Şimdi mesela biz hasta yakınlarıyla toplandığımızda bir taraftan telefon çalıyor, bir taraftan hasta yakınları geliyor... O yüzden palyatif 1’de yapmamaya başladım böyle toplu çalışma.” (K8, Psikolog)*

Merkezlerde ekip çalışmasının yetersizliği palyatif bakım kapsamında çalışırken yaşanan güçlüklerden biri olarak belirtilmiştir. Merkez çalışanları arasında iş birliği az, iletişim eksikliği fazladır:

*“Bizim en büyük eksikliğimiz ekip çalışmasının olmaması, beraber birlikte hastaların değerlendirilmemesi...” (K2, SHU)*

*“Yatan hastaların stabil durumu hakkında hem bizim birimizin hem de hastaların bilgilendirilmesi eksik. Diğer birimler ile iletişim eksikliği var.” (K16, Psikolog)*

Ekip çalışmasının yetersiz olmasının (aslında nedeni veya sonucu da olabilir) yanı sıra bu çalışmanın katılımcıları ile diğer ekip üyeleri arasında (geç bilgilendirme/bildirimde bulunmama gibi) ve meslektaşlık ilişkilerinde (engelleme, hırs gibi) olmak üzere farklı ilişki sorunları/çatışma senaryoları yaşanmaktadır:

*“O zaman servisle bizim aramızda problem çıkıyor. Hani niye bu hasta hala daha burada? ” (K10, SHU)*

*Bir de kendi meslektaşlarıyla alakalı tabi ki, meslektaşın sana taş koyabiliyor...” (K9, SHU)*

Bahsedilen durumun palyatif bakım merkezinde tedavi gören ve psikososyal destek hizmetine ihtiyaç duyan bireylerin sosyal hizmet uzmanları ve psikologlara bildirimini diğer merkez çalışanları tarafından geç yapılmasına neden olduğu söylenebilir. Bunun sonucunda da katılımcıların mesleki çalışmalarında aksaklıklar meydana geldiği anlaşılmaktadır:

*“... hasta tam böyle taburcu olacak ya da taburcu olmak istemiyor hop bizi çağırıyorlar. Yani bu hasta yeni mi bu hale geldi? ... Bununla ilgili de bize yönlendirmeleri lazım ama en son noktada bize başvuruyorlar.” (K8, Psikolog)*

*“Taburculuk sorunu olan hasta ya da kurum bakımı olan hasta taburcu edileceği zaman fark ediliyor. Bu defa nasıl bir şey oluyor, çünkü kurum bakımı bir süreç gerektiriyor... Şimdi en büyük sıkıntı bundan kaynaklanıyor.” (K10, SHU)*

Katılımcıların merkezlerde tam zamanlı çalışmaması, konsültasyon yolu ile çalışması; hastaların ve yakınlarının bilgilerine, ihtiyaçlarına ve sorunlarına tam anlamıyla hakim olamamalarına neden olmakta, dolayısıyla gerçekleştirilen müdahalelerin etkililiğini de olumsuz etkilemektedir. Merkezlerde tam zamanlı çalışmama, konsültasyon yolu ile çalışma katılımcıların palyatif bakım alanına ve ekibine olan aidiyet duygusunu ve vaka yönetimini olumsuz etkilemektedir:

*“Ama dışarıdan seni aradıkları zaman, orada olmadığın zaman aradıklarında işte şöyle bir hasta var, ya sen hastanın geçmişini bilmiyorsun, gelme sürecini bilmiyorsun, sonraki tedavi takibi ne şekilde olacak, ne zaman taburcu olacak, bir sürü soru işaretiyle gittiğin zaman biraz havada kalıyorsun.” (K6, SHU)*

*“Her yerin bir sosyal hizmet uzmanı olmalı, her yerin bir psikoloğu olmalı, hani o ekibin içinde dahil olmalı, sadece oraya ait olmalı ve oraya gelen her hastayı bilmeli... Sen de kendini daha ait hissedersin. Öbür türlü çok aitmiş gibi de hissetmiyorsun zaten.” (K4, Psikolog)*

Bu çalışmanın katılımcıları olan sosyal hizmet uzmanları (hasta hakları, çalışan hakları, tıbbi sosyal hizmet birimi) ve psikologlar (hasta hakları, çalışan hakları gibi) palyatif bakım merkezlerinde olduğu gibi hastanelerde aynı anda çeşitli birimlerde görevlendirilerek ihtiyaç halinde çağrılan meslek elemanlarıdır. Hastanenin farklı birimlerinde çalışmanın iş yükünü artırdığı ve çalışmaların detaylı gerçekleştirilmesini engellediği katılımcılar tarafından ifade edilmiştir. Palyatif bakım merkezinde bireylerle her gün görüşebilmek ve etkili çalışmalar yapabilmek adına orada kendilerine ait bir odanın bulunmasının ve tam zamanlı çalışmanın gerekliliği vurgulanmıştır:

*“...mesela ben palyatife bakarken aynı zamanda acile de bakıyorum, farklı birimlere de bakıyorum. Bence orada tam zamanlı olarak çalışmamız gerekiyor... tam zamanlı çalışırsak hem hasta yakınlarının bizi daha iyi tanıyacağı hem bizim onların sorunlarını gözden kaçırmayacağımız bir ortam oluşmuş olur.” (K1, SHU)*

*“Hastanemiz bünyesinde bulunan palyatif bakım merkezi çalışanları psikososyal desteğin önemli olduğunu düşünmekte. Ancak sistem bir psikoloğun orda düzenli çalışmasına müsaade etmemekte. Yönetimsel açıdan diğer poliklinik işlemleri palyatif bakım merkezinden daha acil ve önemlilik sıralamasında görülüyor.” (K18, Psikolog)*

### **3.2.3. Bilgi gereksinimi**

Katılımcıların çoğu palyatif bakım alanına ilişkin herhangi bir sertifikasyon eğitimine sahip değildir. Eğitime sahip sadece iki katılımcı bulunmakta olup ikisi de psikologtur. Eğitime sahip katılımcılar, Sağlık Bakanlığı tarafından kısa süreli, psikososyal destek hizmetlerini detaylandıran eğitimlerden çok palyatif bakım hizmetlerine ilişkin hizmet veren bütün meslek elemanlarına yönelik gerçekleştirilen genel bir eğitim almıştır:

*“... Üç-dört günlük bir eğitim vardı. Bu hemşireler, doktorlar ve psikologlar için yapılan Ankara’da bir eğitim olmuştu. Yani palyatifte görevli olduğum için beni de göndermişlerdi. Kapsamlı bir eğitimdi, içinde psikolojik, sosyal ihtiyaçlara yönelik eğitim de vardı. Biraz daha tıbbi eğitim de vardı, hani bizim çok alanımıza girmeyen eğitim de vardı. Ama yine de faydalandım. Sertifikalıydı.” (K8, Psikolog)*

Palyatif bakım alanında çalışmaya ilişkin bilgi gereksiniminin katılımcıların uygulamalarında eksikliklere, karışıklıklara ve kendine güvensizlik ve yetersizlik gibi olumsuz duyguların oluşmasına neden olduğu görülmüştür. Özellikle palyatif bakımda karşılaşılan ani ölümlerin katılımcıları oldukça etkilediği, yaşamının sonuna yaklaşmış bireylerle çalışırken mesleki hata yapmaya ilişkin korku ve tedirginlik duygularının kendini gösterdiği anlaşılmaktadır:

*"Ama bir gün önce gördüğün insanı ertesi gün görememek mesela yıllar geçtiği halde bu benim içimde hep kalmıştır. Hani buna yönelik bir psikolojik hazırlık süreci ya da 'böyle bir şeyle de karşılaşabilirsiniz' denilseydi daha hazır olurum diye düşünüyorum."* (K6, SHU)

*"Eksik hissediyorum ben. Bunun eğitimini ben okulda almadım... Ağzınızdan çıkan yanlış bir kelime o kişide yıkıcı etki yaratabilir. O yüzden böyle bir tedirginlik var. O yüzden palyatiften korkuyorum zaten."* (K11, SHU)

Palyatif bakım merkezlerinde görevli çalışanların alana ilişkin özel eğitimler alması gerekliliği vurgulanmıştır:

*"Palyatif bakım merkezi benim spesifik olarak eğitimini aldığım bir alan değil... Bu konuda hizmet veren kişiler yetkin kişilerden oluşmalıdır. Alana yeni meslek gruplarının alana dahil edilmesinden daha çok mevcut çalışanların yetkinliği artırılmalıdır."* (K18, Psikolog)

### **3.2.4. Mesleki standartların bulunmaması/tanınırlık sorunu**

Bu çalışmanın katılımcılarının yürüttüğü uygulamalar açısından ulusal düzeyde mesleki standartların bulunmaması, çalışmalarını kendi bildikleri ve çabalarıyla gerçekleştirmeye çalışmalarına neden olmaktadır. Öte yandan mevzuat eksikliğiyle ilgili olarak uygulamalara yönelik ayrıntılı yönerge ve yönetmeliklerin bulunmaması meslek elemanlarının iş yaşamında kendilerini güvende hissetmemelerine neden olan bir faktör olarak belirtilmiştir:

*"... bizim böyle genel bir şeyimiz yok ortak bir uygulamamız yok Sağlık Bakanlığında. Herkes sen a yolundan gidiyorsun, ben b yolundan gidiyorum. Ortak bir uygulama yok."* (K1, SHU)

*"... prosedürün resmi anlamda hani bir donanımlı, genişletilmiş bir yönetmelik yönerge olmaması, bazı şeyleri kendi çabanla yapıyor olman, ((K8,Psikolog): 'meslek yaşamız yok') evet en başta o yani kendimizi güvende hissetmiyoruz, yaptığımız her şeyi 'acaba legal mi' diye düşünerek yapıyoruz."* (K9, SHU)

Sosyal hizmet ve psikoloji mesleklerinin tanınırlık sorunu olduğu, sosyal hizmet uzmanlarının ve psikologların görevlerinin diğer sağlık çalışanları tarafından çoğunlukla bilinmediği ve bu mesleklere verilen önemin azlığı katılımcıların dile getirdikleri güçlüklerdendir:

*"...mesleğimizin insanlar tarafından kabul edilebilirliği, sonradan girmişiz, hani tedavi deyince ilk aklınıza gelen doktor ve hemşire oluyor... En çok bu konuda biz sıkıntı yaşıyoruz. Kendimizi ifade etme, kendimizi tanıtmaya açısından. Birincil çalışan olarak görülmediğimiz için."* (K2, SHU)

*"... bazen palyatif sanki belli başlı meslek gruplarının tekelinde gibi hissetmelerimiz oluyor. Benim desteğime yeterince başvurulduğunu düşünüyorum. Ama bunun için uzun bir süre geçmesi gerekti. Yeni kurulan bir palyatif bakım merkezinde bu sorunlar çok daha yoğun."* (K18, Psikolog)

### **3.2.5. Etik güçlükler**

Palyatif bakımda etik ilkelerin belirsizliğinin katılımcıların terminal dönemdeki hastalarla görüşmelerini etkilediği ve bu noktada etik sorunların yaşanan güçlüklerden biri olduğu görülmektedir:

*“Görüşme içerikleri, patolojik yas, etik ilkelerin belirsizliği konularında zorlandığım oluyor. Örneğin son dönem hastası olduğunu bilmeyen bir palyatif bakım hastası etik açıdan bu konuda bilgi sahibi olmazsa benim son döneminde onun ile görüşmem oldukça yüzeysel kalıyor.” (K18, Psikolog)*

Palyatif bakım merkezlerinde sosyal hizmet uzmanları ve psikologların mesleki görüşmelerini gerçekleştirebilecekleri görüşme odalarına sahip olmamaları nedeniyle görüşmelerin profesyonel anlamda gerçekleştirilemediği anlaşılmaktadır. Hasta ve hasta yakınının mahremiyetinin korunamadığı, dolayısıyla gizlilik ilkesinin sağlanamadığı söylenebilir:

*“...orada bir odamızın olması gerekiyor. Çünkü hastalarla görüşmelerimizi biz hasta odasında yapıyoruz, bu da birçok kez bölünüyor, içeriye giren çıkan hasta yakını, hemşire, doktor vs. eksik kalıyor.” (K2, SHU)*

*“Hasta yakınlarının yanında görüşmeyi yapmak da oldukça zor. O oda diğer ekip arkadaşlarımız tarafından yoğun olarak tedavi sürecinde kullanılıyor. Daha sessiz bir ortamda görüşmeler daha iyi olurdu.” (K18, Psikolog)*

Hastaların kendi kaderini tayin hakkı çerçevesinde etik ikilemlerin yaşandığı anlaşılmaktadır:

*“... hastayı doktorlar taburcu etmekten yana, hasta yakınları olmamaktan yana. En çok çatışma bu alanda çıkıyor bizim açıkçası. Yani arayış bulmakta bazen zorlanıyorum.” (K5, Psikolog)*

### **3.2.6. Vaka yönetiminde zorlanma**

Palyatif bakımda kayıp ve yas olguları etrafında gelişen bakım sürecinde hastaların ve hasta yakınlarının bu yönde gösterdikleri tepkiler neticesinde katılımcıların zaman zaman vaka yönetiminde zorlandıkları anlaşılmaktadır:

*“Bazı hasta yakınları, hastalarının çok ağır durumda olması ve uzun süre hastane ortamında kalmaları nedeni ile görüşme esnasında olumsuz tepkiler verebilmektedir.” (K13, SHU)*

*“Psikolojik tedavi polikliniğinde yas sürecinde olan kişiler ile psikoterapi görüşmeleri yapıyoruz. Ancak o sırada hem vefat etmiş hem de üzerinden belirli bir zaman geçmiş oluyor. Palyatif bakım merkezinde ise olay o an yaşanıyor ve bu durumunun yönetilmesi daha güç olabiliyor.” (K18, Psikolog)*

### **3.2.7. Tükenmişlik**

Palyatif bakım kapsamında genellikle terminal dönem hastalarına hizmet veriyor olmaktan dolayı hastanın iyileştiğinin görülmemesi ve ölüm sürecine tanıklık edilmesi katılımcıları tükenmişliğe sürükleyen bir durum olarak belirtilmiştir. Uzun süreli bakım sürecinde geliştirilen duygusal bağ ve ölüm sürecindeki hastadan etkilenme katılımcılarda duygusal tükenmeye neden olan faktörler olarak belirlemiştir:

*“Uzun süre palyatif bakımda çalıştığınızda bir psikolog olarak tükenmişlik sendromu gösterebilirsiniz... Çünkü verdiğiniz emeğin karşılığı şey değil hani iyileştiğini görmüyorsunuz hastanın yani. Daha iyi olduğunu görmüyorsunuz. Yaşamı sonlandırma planı gibi.” (K5, Psikolog)*

*“Çünkü bir duygu bağımız da oluyor hastayı gördüğümüz için... İşte o kayıplar yani insanı aslında baya yıpratıyor.” (K4, Psikolog)*

Mesleki deformasyonun da tükenmişlik bağlamında yaşanan güçlüklerden biri olduğu anlaşılmaktadır:

*“... mesleki hani deformasyon böyle şey artık bir şey çözümsüz olduğu zaman çok da fazla artık onunla bir daha ilgilenmek ya da savaşmak istemiyorsun.” (K9, SHU)*

### **3.3. Güçlüklerle baş etme yöntemleri**

Katılımcıların palyatif bakım merkezlerinde psikososyal destek hizmetlerini yürütürken karşılaştıkları güçlüklerle çeşitli baş etme yöntemleri bulunmaktadır. Baş etme yöntemleri; örgütsel yöntemler, mesleki yöntemler ve kişisel yöntemler başlıkları altında ele alınmıştır.

#### **3.3.1. Örgütsel yöntemler**

Palyatif bakım kapsamında hizmet verirken yaşanan güçlükler noktasında birim sorumlusu, hastane yönetimi, ilgili bakanlık gibi üst makamlarla görüşmek ve yaşanan sorunları ileterek çözüm arayışında bulunmak en çok başvurulan baş etme yöntemi olarak ortaya çıkmıştır:

*“Tabi yönetimle gidip görüşülüyor. İşte yapacağımız çalışmalarını mesela anlatıyoruz ‘şunu yapabiliriz, bunu yapabiliriz’. İdare fena değil ya yine burası da şey ılımlı yani çok bizi zorlayan bir şeyle gelmiyorlar.” (K6, SHU)*

*“Biz direkt Bakanlığa yazı yazıyoruz. Evet çünkü sözle hiçbir şey olmuyor. Biz direkt yazıyoruz.” (K1, SHU)*

#### **3.3.2. Mesleki yöntemler**

Deneyim/mesleki olgunluk, süpervizyon almak, empati, mesleğini ve uygulamalarını diğer sağlık çalışanlarına anlatmak, mesleğini iyi şekilde yapmaya çalışmak, profesyonel görüşme için mekan yaratmak ve mesleki gelişime yönelik faaliyetlerde bulunmak katılımcıların başvurduğu mesleki baş etme yöntemlerindedir:

*“Aslında psikolojik olgunlukla alakalı olduğunu düşünüyorum, bunu da mesleki olgunluğa böyle devşiriyorum. Çünkü diyorum ki ‘altı yıl önce böyle düşünmüyordum’. Altı yıl önce daha az saygı duyuyordum hani daha sinirleniyordum, daha öfkeleniyordum.” (K9, SHU)*

*“... Bunun için de süpervizyon aldım... O beni rahatlattı bireysel olarak.” (K8, Psikolog)*

*“... kendimi tanıtmaya çalışıyorum, işimi anlatmaya çalışıyorum... kendileriyle de paylaşıyoruz... ama daha çok işimizi yaparak var olmaya çalışarak atlatmaya çalışıyoruz.” (K2, SHU)*

*“Psikolojik görüşmeleri yapabilmek için boş olan hasta odalarını değerlendirmeye çalışıyorduk.” (K15, Psikolog)*

### 3.3.3. Kişisel yöntemler

Paylaşım, mizah, profesyonel destek almak, özel hayata ilişkin düzenlemeler, tatile gitmek, hobilerle ilgilenmek, sosyal aktiviteler, molalar, öz şefkat, meditasyon ve dua katılımcıların kişisel baş etme yöntemlerindedir:

*“... o zaman özel hayatımla ilgili birtakım düzenlemeler yapıyorum. Tatile gidiyorum, ne bileyim sevdiğim işlerle uğraşıyorum falan.” (K5, Psikolog)*

*“Tükenmişlik sendromu yaşayabiliyoruz, o zaman da destek alıyoruz.” (K12, Psikolog)*

*“Bu konuda çalışma arkadaşlarım ile ilişkiler kurmak çok yararlı oluyor. Palyatif bakım hemşire odası düşünülenin aksine kahkahaların, hikayelerin, planların bol olduğu bir yer. Sanırım karşıt tepki geliştirip o havayı dağıtıyoruz hep birlikte. Mizah çok etkili bir baş etme benim için.” (K18, Psikolog)*

### 3.4. Hizmetlere ilişkin öneriler

Palyatif bakım kapsamında verilen psikososyal destek hizmetlerinin daha kaliteli hale getirilmesi, iyileştirilmesi, geliştirilmesi ve etkili sunumunun sağlanması yönünde katılımcılar çeşitli öneriler dile getirmişlerdir. Sunulan önerilerin katılımcıların palyatif bakım alanında çalışırken yaşadıkları güçlüklerle ilişkili olduğu anlaşılmıştır.

#### 3.4.1. Meslek standartlarının oluşturulmasına ve tanınırlığın artırılmasına dair öneriler

Psikososyal destek hizmetlerine ilişkin uygulamalar noktasında standartların geliştirilmesi, sosyal hizmetlerin iyileştirilmesi ve geliştirilmesi, özlük haklarının iyileştirilmesi, mesleki birlik oluşturulması, yetkili merciler tarafından sistemsel değişiklikler yapılması gerekliliği katılımcılar tarafından dile getirilen önerilerdendir:

*“Hani biz meslek grupları açısından lisans mezunlarının inşallah daha özlük haklarının daha iyi olduğu günler görürüz bundan sonra. (Gülüyor). Hem hakkımız olsun hem yetkimiz olsun hem de işte bir şeyler yapıyoruz, yapılanlar görülsün takdir edilsin istiyoruz yani. Bu sosyal hizmet uzmanı arkadaşlarım açısından da böyle...” (K5, Psikolog)*

*“Kişisel merak, ilgi ve akademik araştırmalar ile kişisel gelişim yerine kökten bir sistem ile psikososyal desteklerin çeşitlenmesi ve gelişmesi gerekiyor... Çoğunlukla kişisel çabalar ile sistem yürürken bunların yetkili merciler ile ele alınması önemli.” (K18, Psikolog)*

Psikososyal destek hizmetlerine ilişkin tanıtımlar ve bilgilendirmelerle görünürlüğün artırılması ve diğer meslek elemanlarının psikososyal destek hizmetlerine ve bu hizmetleri sunan sosyal hizmet uzmanları ve psikologların görevlerine ilişkin eğitilmesi gerektiği vurgulanmıştır:

*“Yani bizim de tanıtmanız lazım ne iş yaptığımızı. Belki bunu tabi uygulayarak da göstermemiz lazım.” (K8, Psikolog)*

*“... personelin kesinlikle sosyal hizmet uzmanı-psikolog ne yapar, ne iş yapar, eğitilmiş olması ve hani deneyimli olması lazım palyatifte özellikle.” (K9, SHU)*

### 3.4.2. Bilgi gereksinimine dair öneriler

Palyatif bakım alanına ilişkin sosyal hizmet uzmanları ve psikologlara yönelik eğitimlerin verilmesi ve süpervizyon sağlanması gerekliliği vurgulanmıştır:

*“Ayrıca psikologların doğuştan palyatif bakım merkezi hakkında bilgilerle doğduğunu düşünmek yerine eğitime ve süpervizyona ihtiyacın olduğu kabul edilmelidir.” (K18, Psikolog)*

*“Okulda palyatif eğitimi versinler. Özellikle terminal dönem hastalara nasıl yaklaşacağız? Birebir bunun eğitimi alınsa çok daha iyi olur.” (K11, SHU)*

Palyatif bakım alanıyla ilgili akademik çalışmalara ağırlık verilmesi gerektiği de belirtilmiştir:

*“Palyatif bakım eğitimi sadece hemşirelerin sertifikalandığı bir sistemde sağlık bakanlığı tarafından veriliyor. Bunca yılda sadece bir psikolog bu eğitimi almak istedi. Alan olarak psikologlar bu alanla daha az ilgili. Bu alanın daha görünür yapılmasını sağlamak üniversitelerin akademisyenlerin sorumluluğundadır.” (K18, Psikolog)*

### 3.4.3. Palyatif bakım merkezlerine dair öneriler

Ekip çalışmasının geliştirilmesi ve diğer meslek elemanlarıyla iş birliğinin sağlanması gerektiği belirtilmiştir. Özellikle sosyal hizmet uzmanları ve psikologların palyatif bakım ekibine dahil edilmeleri üzerinde durulmuştur:

*“Her yerin bir sosyal hizmet uzmanı olmalı, her yerin bir psikoloğu olmalı, hani o ekibin içinde dahil olmalı, sadece oraya ait olmalı ve oraya gelen her hastayı bilmeli.” (K4, Psikolog)*

*“Sağlıklı bir ekip çalışması ve ekibi yönlendirebilecek iyi bir lider.” (K3, SHU)*

*“... bu konuda diğer elemanlarla dediğim gibi iş birliği yapmamız lazım.” (K8, Psikolog)*

Yetkili merciler tarafından sistemsiz değişiklikler yapılması ve bu noktada kurumlar arası işbirliğinin sağlanması gerekliliği katılımcılar tarafından dile getirilen önerilerdendir:

*“Yani ihtiyaçlarımız işte özellikle bu altyapı, mesela Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı ile Sağlık Bakanlığı arasında bir protokol imzalanabilir. Kurum bakımına yerleştirme konusunda. Sosyal yardımlaşma mesela.” (K7, SHU)*

## 4. Tartışma

Bu çalışmada, palyatif bakım merkezleri aracılığıyla sunulan psikososyal destek hizmetlerinin bu hizmetleri sunan sosyal hizmet uzmanları ve psikologların deneyimlerinden yola çıkılarak derinlemesine incelenmesi amaçlanmıştır. Bu çalışmanın bulgularına göre; katılımcılar mesleki sorumlulukları dahilinde psikososyal destek hizmetlerini sunmakla birlikte sosyal hizmet uzmanları bireyleri ihtiyaç duydukları hizmetlerle buluşturma ve bağlantılandırma boyutunda, psikologlar ise psikolojik destek boyutunda daha aktiftir. Bu çalışmanın bulguları ile benzer şekilde Fan vd. (2014) de çalışmalarında, palyatif bakım kapsamında psikologların öncelikle klinik görüşmeler ve standart ölçümler ile yaptıkları değerlendirmelerle bireylerin ihtiyaçlarını ve sorunlarını anlamaya çalıştıklarını, değerlendirme ışığında uygun bakım ve müdahale planı

oluşturduklarını ve son olarak uygulanan bakım ve müdahale planının sonuçlarını değerlendirdiklerini bildirmiştir. Öte yandan sosyal hizmet uzmanlarının palyatif bakım merkezlerinde sadece hasta ve yakınlarını hizmetlerle buluşturma ve bağlantılandırma noktasında hizmet vermeleri sosyal hizmet disiplininin uygulama alanının sınırlı kaldığını düşündürmüştür. Nitekim literatürdeki yaşam sonu bakım ihtiyaçları kapsamında sosyal hizmet uzmanlarının rollerinin incelediği çalışmalarda (Kramer, 2013); temel ihtiyaçları karşılama, anlamlı bakım ilişkisi sağlama, gelecek ve ölüm için hazırlama, savunuculuk yapma, manevi ve kültürel ihtiyaçları ele alma, duygusal destek sağlama, bilgi sağlama, aile üyelerinin yükünü hafifletme, aile çatışmalarını ve zor durumları ele alma, ilişkileri inşa etme gibi daha geniş çerçevede birçok müdahalenin sosyal hizmet uzmanları tarafından yerine getirildiği görülmektedir. 2002 yılında gerçekleştirilen Palyatif ve Yaşam Sonu Bakımda Sosyal Hizmet Liderlik Zirvesi (Social Work Leadership Summit on Palliative and End-of-Life Care) sonrasında bir araya gelen Gwyther vd. (2005), palyatif ve yaşam sonu bakımda sosyal hizmet uzmanlarının; bireysel danışmanlık ve bütünleyici terapiler (Gestalt terapi, kısa çözüm odaklı terapi, stres yönetimi gibi), bilişsel yeniden yapılandırma, aile danışmanlığı ve terapisi, aile toplantıları, risk yönetimi, krize müdahale, savunuculuk, yas ve yasla ilgili klinik müdahaleler gerçekleştirebileceklerini belirtmişlerdir.

Katılımcılar palyatif bakım merkezlerinde tam zamanlı, yarı zamanlı ve konsültasyon yoluyla olmak üzere üç farklı şekilde çalışmaktadır. Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge'nin (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2015) üçüncü bölümünde, merkezlerdeki personelin görevlendirilmesi ile ilgili olarak *"Psikolog, sosyal çalışmacı, fizyoterapist veya fizyoterapi teknikeri ve diyetisyenin merkezde tam zamanlı olarak çalışma zorunluluğu bulunmamakta olup ihtiyaç halinde hastane içinden veya dışından karşılanır."* ifadeleri yer almaktadır. Bu ifade, palyatif bakım merkezlerinde görevlendirilen sosyal hizmet uzmanları ve psikologlar için standart çalışma sistemlerinin bulunmamasının nedeni olarak gösterilebilir. Bununla birlikte katılımcıların palyatif bakım merkezlerinde tam zamanlı çalışmaması, mesleki müdahalelerini sınırlandırmaktadır. Katılımcıların tam zamanlı merkezlerde çalışmadığı için etkili mesleki müdahaleler gerçekleştiremedikleri, hasta ve hasta yakınlarının süreçte ortaya çıkan ihtiyaçlarını gidermede yetersiz kaldıkları görülmüştür. Yine merkezlerde tam zamanlı çalışmama, katılımcıların palyatif bakım ekibinin daimi üyeleri arasında yer almamasına, ekip ruhunun oluşmasını engelleyen bir faktör olarak ekip çalışmasının yetersiz olmasına ve ekip içerisinde ilişki sorunlarına/çatışmalara neden olmaktadır. Katılımcıların belirttiği üzere sosyal hizmet uzmanlarının ve psikologların görevlerinin diğer sağlık çalışanları tarafından tam olarak bilinmemesi ve bu meslek gruplarına yeterince önem verilmemesinin bu durumlara neden olduğu da söylenebilir. Bununla birlikte literatürde özellikle sosyal hizmet uzmanlarının diğer sağlık çalışanları tarafından bilinmediğini ve mesleğe gerekli önemin verilmediğini ortaya koyan çalışmalardan (Çüm ve Köroğlu, 2021; Özbesler ve İçağasıoğlu Çoban, 2010; Yavuz, Çakın, Çalgı, Doğan ve Özüçelik, 2020) hareketle



tanınırlık sorununun sadece palyatif bakım merkezleri ile sınırlı olmadığı, sağlık sisteminin geneli için geçerli olduğu söylenebilir.

Hem tam zamanlı çalışmama hem de merkezlerdeki ekip yaklaşımının yetersiz olması, katılımcıların hasta ve hasta yakınlarının palyatif bakım sürecine ve bilgilerine tam anlamıyla hakim olamamalarına, uygulamalarda eksikliklerin ve karışıklıkların yaşanmasına ve bu sebeplerle gerçekleştirilen müdahalelerin etkililiğinin azalmasına neden olmaktadır. Multidisipliner ekip çalışması yaklaşımıyla sunulması gereken palyatif bakım hizmetleri kapsamında etkili psikososyal destek hizmetlerinin sunulabilmesi için sosyal hizmet uzmanları ve psikologların ihtiyaç duyulduğunda merkezlere çağırılan meslek elemanları olarak değil, palyatif bakım ekibinin daimi birer üyesi ve tam zamanlı olarak merkezlerde görevlendirilmelerinin oldukça önemli bir gereklilik olduğu düşünülmektedir.

Psikososyal destek hizmetlerinin sunumunda katılımcıların yaşadıkları güçlüklerden biri mesleki standartların olmaması/tanınilık sorunudur. Sosyal hizmet uzmanları ve psikologların yürüttüğü uygulamalar açısından ulusal düzeyde mesleki standartların bulunmaması ve mevzuat eksikliğiyle ilgili olarak uygulamalara yönelik ayrıntılı yönerge ve yönetmeliklerin bulunmaması, her uzmanın çalışmalarını kendi bildikleri ve çabalarıyla gerçekleştirmeye çalışmasının yanı sıra iş yaşamında kendilerini güvende hissetmemelerine neden olmaktadır. Bu bulgularla benzer şekilde, Nogario vd. (2020) 'nin çalışmasında da, mevzuatlardaki boşlukların, meslek elemanlarında ceza alma gibi korkulara, meslek elemanlarının kendi bildikleri gibi hareket etmelerine neden olarak uygulama standartlarının oluşmamasına neden olduğu bildirilmiştir. Çüm ve Köroğlu (2021), devlet hastaneleri de dahil olmak üzere sosyal hizmet uzmanlarının çalışma yaşamlarında karşılaştıkları sorunlarla ilgili yaptıkları çalışmada, mevzuattan kaynaklı sorunların en çok karşılaşılan sorunlardan biri olduğunu belirtmişlerdir.

Bu çalışmada katılımcıların hastane içerisinde aslen kendi alanlarına ilişkin birimlerde olmak üzere aynı anda birçok birimde çalışmalarının, iş yüklerini önemli derecede artıran bir faktör olduğu görülmüştür. Literatürde de bu çalışmanın bulguları ile benzer şekilde sosyal hizmet uzmanlarının hastane bünyesinde birçok birimde görevli olduklarını ve bu nedenle iş yüklerinin yüksek olduğunu belirten çalışmalara rastlanmaktadır (Kol, 2009; Özblesler ve İçağasıoğlu Çoban, 2010). Bu durum katılımcıların yaşadıkları bir diğer güçlüğü, kendi mesleki çalışmalarını yürütecekleri özel alanlarının olmaması sorununu gündeme getirmektedir. Nitekim literatürde, psikologların ve sosyal hizmet uzmanlarının mesleki müdahalelerini gerçekleştirebilecekleri özel alanların olmadığını belirten çalışmalar bulunmaktadır (Fan vd., 2014).

Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge'nin (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2015) altıncı bölümünde; *"Merkezde görevlendirilen personel, bu Yönergede belirlenen görev ve sorumluluklarının gerektirdiği bilgi, beceri ve tutumların kazandırılması, palyatif bakım hizmetleri alanındaki yeniliklerin takip edilmesi, personel arasında bilgi ve uygulama birlikteliğinin sağlanması amacıyla hizmet içi eğitime tabi tutulur."* ifadesi yer almaktadır. Ancak bu çalışmanın katılımcılarının çoğunluğu (n:16) palyatif bakım

alanında eğitim almamıştır. Ülkemizde palyatif bakım merkezlerinde görevli personelin büyük çoğunluğunun alana ilişkin bilgi düzeyi ve eğitim yetersizliği yapılan bazı çalışmalarda da vurgulanmıştır (Miniksar, Korkmaz Dişli, Tunç, Acun Delen ve Honca, 2020; Temelli, 2018; Turgay, 2010). Bu bağlamda, bu merkezlerde çalışan personele yönelik hizmet içi eğitimlerin düzenlenmesi ve personelin katılımı konusunda aksaklıkların olduğu söylenebilir. Bu durumun ortaya çıkmasında palyatif bakımda uzmanlaşmaya yönelik eğitim seçeneklerinin kısıtlı olmasının da etkili olduğu düşünülmektedir.

Literatürde, palyatif bakım alanında çalışmada lisans eğitiminin yetersiz olduğu, yaşam sonu bakıma ilişkin yüksek lisans düzeyinde veya çeşitli sertifika programları çerçevesinde eğitim almanın gerekliliği vurgulanmaktadır (Berzoff vd., 2014; Jünger vd., 2010). Amerika’da sosyal hizmet uzmanlarının palyatif bakım hastalarına ve yakınlarına sağladığı bakımın kalitesini iyileştirmek, ileri düzeyde uygulamaya yönelik bilgi, değer ve becerilerini geliştirmek, disiplinler arası işbirliğini teşvik etmek amacıyla sosyal hizmet uzmanlarına yönelik yaşam sonu bakıma ilişkin ilk yüksek lisans sertifika programı 2000 yılında oluşturulmuştur (Berzoff vd., 2014). Avrupa Palyatif Bakım Derneği (European Association for Palliative Care), palyatif bakımda çalışan psikologların rolü ve görevleri için ortak bir temel oluşturmak ve eğitimleri konusunda Avrupa rehberliği geliştirmek amacıyla 2009 yılında Palyatif Bakımda Psikologlar için Eğitim Görev Gücü’nün kurulmasını onaylamıştır. Yaşam sonu bakımda klinik psikologların temel yeterliliklerini artırmaya yönelik; palyatif bakımın temelleri, psikolojik değerlendirme, danışmanlık ve psikoterapi, süpervizyon, kültürel duyarlılık, savunuculuk, etik, öz farkındalık ve öz bakım konularını içeren eğitim programları düzenlenmiştir (Jünger vd., 2010). Ülkemizde ise palyatif bakım alanında çalışacak hemşirelere yönelik sadece palyatif bakım hemşireliği sertifika programları bulunmakta, hemşireler palyatif bakım hemşiresi unvanını edinebilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2015). Palyatif bakım merkezlerinde görevli sosyal hizmet uzmanları ve psikologlar için ülkemizde bu nitelikte bir eğitim sistemi bulunmamaktadır. Bu yönüyle ülkemizde hemşirelere yönelik olduğu gibi palyatif bakım alanında hizmet veren sosyal hizmet uzmanları ve psikologlara yönelik sertifikalı ve özel eğitimlerin verilmesine önemli ihtiyaç vardır.

Bir bakım türünden daha çok bir bakım felsefesi olan palyatif bakımın bireylerin yaşam kalitelerinin artırılmasına yönelik evrensel ilkeleri, prensipleri ve hedefleri bulunmaktadır. Bu noktada palyatif bakımın içeriğini oluşturan her bir hizmet alanı palyatif bakım felsefesine uygun şekilde gerçekleştirilmeli ve geliştirilmelidir. Fakat katılımcıların ifadeleri doğrultusunda oluşturulan araştırmanın sonuçlarında da görüldüğü üzere ülkemizde palyatif bakım hizmetleri kapsamında yer alan psikososyal destek hizmetlerine ilişkin belirsizlikler ve çeşitli aksaklıklar mevcuttur. Ülkemizde palyatif bakım hizmetlerine yön veren Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge’nin psikososyal destek hizmetlerine yönelik ayrıntılı bilgi içermemesinin hizmet sunumu noktasında belirsizliklerin ve aksaklıkların yaşanmasında etkili olduğu söylenebilir. Ülkemizde kaliteli palyatif bakımdan söz etmek için palyatif bakımın önemli bileşenlerinden biri olan psikososyal destek hizmetlerinin de tam ve kaliteli sunumu gereklidir. Araştırma

kapsamında; hizmetlerin içeriği, hizmet sunumunda karşılaşılan güçlükler ve hizmetlerin geliştirilmesi gereken noktalarına ilişkin katılımcıların belirttikleri görüşlerin palyatif bakım merkezlerinde sunulan psikososyal destek hizmetlerine ilişkin düzenlemelere katkıda bulunacağı düşünülmektedir.

##### **5. Sonuç ve öneriler**

Sosyal hizmet uzmanları ve psikologlar, psikososyal destek hizmetlerinin sunucuları olarak palyatif bakım alanının önemli meslek elemanlarıdır. Bu araştırmanın sonuçları, sosyal hizmet uzmanları ve psikologların palyatif bakım merkezlerinde çoğunlukla konsültasyon yolu ile çalıştıklarını, çalışmalarını gerçekleştirirken çeşitli güçlükler yaşadıklarını ve hem çalışma sistemlerinin hem de bu güçlüklerin çalışmalarını olumsuz yönde etkilediğini göstermektedir. Palyatif bakım sürecinde sosyal hizmet uzmanlarının bireyleri ihtiyaç duydukları hizmetlerle buluşturma ve bağlantılandırma boyutunda, psikologların ise psikolojik destek boyutunda daha aktif oldukları görülmektedir. Prosedür/bürokratik işlemlere ilişkin güçlükler, merkezlerin fiziki özelliklerine ve çalışma sistemine ilişkin güçlükler, bilgi gereksinimi, mesleki standartların bulunmaması/tanınırlık sorunu, etik güçlükler, vaka yönetiminde zorlanma ve tükenmişlik katılımcıların hizmet verirken yaşadıkları güçlükleri içermektedir. Katılımcıların palyatif bakımda etkili psikososyal destek hizmetlerine yönelik dile getirdiği öneriler de yaşadıkları güçlüklerle ilgilidir.

Katılımcıların da önerilerinden hareketle, sosyal hizmet uzmanları ve psikologların çalışma sistemlerinin standartlaştırılarak tam zamanlı ve ekibin daimi birer üyesi olarak palyatif bakım merkezlerinde çalışmaları hasta ve hasta yakınlarının yaşam kalitelerinin artırılmasında önem arz etmektedir. Alana ilişkin eğitim eksikliğinin giderilmesi noktasında hizmet içi eğitimler geliştirilmeli, sertifikalı eğitimler oluşturulmalı ve meslek elemanlarının süpervizyon almaları sağlanmalıdır. Sosyal hizmet ve psikoloji mesleklerinin ve bu mesleklerin elemanları olarak sosyal hizmet uzmanları ve psikologların tanınırlığını artırma yönünde sağlık tesisleri başta olmak üzere kamu kurum ve kuruluşlarına, sonrasında ise topluma yönelik bilgilendirici faaliyetler düzenlenmelidir. Palyatif bakım merkezlerinde ekip yaklaşımının geliştirilmesi sağlanmalıdır. Bu yönde ekip liderlerinin çalışmaları önemlidir. Hasta ve hasta yakınlarının erişebileceği sosyal hizmetlerin çeşitliliği sağlanmalı, var olan hizmetlerden yararlanabilmeleri noktasında ise oluşturulacak kurumlar arası işbirliği ile bürokratik işlem ve engeller aşılmaya çalışılmalıdır. Tüm bu önerilerin gerçeğe dönüşmesinde büyük payı olacak olan sosyal hizmet uzmanlarının ve psikologların sayısı artırılmalı, eğitim olanakları güçlendirilmeli ve çalışma koşulları iyileştirilmelidir. Son olarak Türkiye’de palyatif bakım hizmetleri kapsamında verilen psikososyal destek hizmetlerini ele alan bilimsel çalışmaların artırılması önerilmektedir.

## Kaynakça

- Ayraller, A., Akturan, S. & Kumlu, G. (2020). Onkolojik Palyatif Bakım Servisi'nde Yatan Hastaların Bakımını Üstlenen Bireylerin Algılanan Stres Düzeyleri ve Strese Etki Eden Faktörlerin Belirlenmesi: Kesitsel Bir Çalışma. *Konuralp Tıp Dergisi*, 12(2), 227-235. doi:10.18521/ktd.638711
- Başdınç, Ş. E. (2019). *Palyatif Bakımda Yatan Hasta Yakınlarının Bakım Verme Yükü ve Psikososyal Gereksinimleri*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Berzoff, J., Lucas, G., Deluca, D., Gerbino, S., Browning, D., Foster, Z., & Chatchkes, E. (2006). Clinical Social Work Education in Palliative and End-of-Life Care. *Journal of Social Work in End-Of-Life & Palliative Care*, 2(2), 45–63. doi:10.1300/j457v02n02\_04
- Bosma, H., Johnston, M., Cadell, S., Wainwright, W., Abernethy, N., Feron, A., ... & Nelson, F. (2010). Creating social work competencies for practice in hospice palliative care. *Palliative Medicine*, 24(1), 79-87. doi: 10.1177/0269216309346596
- Buran, A. (2015). Nitel Araştırmada Veri Toplama. F. N. Seggie & Y. Bayyurt (Ed.) içinde, *Nitel Araştırma Yöntem, Teknik, Analiz ve Yaklaşımları* (1. Baskı) (s. 43-59). Ankara: Anı Yayıncılık.
- Çüm, B. & Köroğlu, C.Z. (2021). Sosyal Hizmet Uzmanlarının Çalışma Yaşamlarında Karşılaştıkları Sorunlar: Burdur İli Örneği. *Optimum Ekonomi ve Yönetim Bilimleri Dergisi*, 8(1), 165-182. doi:10.17541/optimum772700
- Fan, S. Y., Lin, W. C., & Lin, I. M. (2014). Psychosocial Care and the Role of Clinical Psychologists in Palliative Care. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*®, 32(8), 861–868. doi:10.1177/1049909114543492
- Gamaluddin, S. A., Keating, S. S., McKenzie, R. R. & Kim, K. Y. (2017). Palliative Care For Persons With Severe Mental Illness. M. Silbermann (Ed.) içinde, *Palliative Care : Perspectives, Practices and Impact on Quality of Life, a Global View* (s. 3-21).
- Gürel Yavuzdemir, H. (2019). *Bir palyatif bakım merkezi örneğinin yatan hasta özellikleri, kullanıcı memnuniyeti, bakım hizmetinin niteliği ve maliyet boyutlarıyla değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Zonguldak.
- Gwyther, L. P., Altilio, T., Blacker, S., Christ, G., Csikai, E. L., Hooyman, N., ... Howe, J. (2005). Social Work Competencies in Palliative and End-of-Life Care. *Journal of Social Work in End-Of-Life & Palliative Care*, 1(1), 87–120. doi:10.1300/j457v01n01\_06
- Jeffrey, D. (2003). What Do We Mean By Psychosocial Care in Palliative Care? M. Lloyd-Williams (Ed.) içinde, *Psychosocial Issues in Palliative Care* (s. 1-13). New York: Oxford University Press.
- Jünger S. & Payne S. (2011). Guidance on postgraduate education for psychologists involved in palliative care. *Eur J Palliat Care*, 18(5), 238-252.
- Jünger S., Payne S., Costantini A., Kalus C. & Werth JL. (2010). The EAPC task force on education for psychologists in palliative care. *Eur J Palliat Care*, 17(2), 84-87.
- Kabalak, A. A. (2017). Türkiye'de Palyatif Bakım Çalışmaları. *Türkiye Klinikleri Anesthesiology Reanimation-Special Topics*, 10(1), 7-12.

- Karakaya, C. & Işıkhan, V. (2020). Palyatif Bakım Hastalarına Bakım Veren Aile Üyelerinde Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 31(4), 1437-1458.
- Kol, E. (2009). *Türkiye’de sağlık işletmelerinde sosyal hizmet uygulamaları*. Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir.
- Kramer, B. J. (2013). Social Workers’ Roles in Addressing the Complex End-Of-Life Care Needs of Elders with Advanced Chronic Disease. *Journal of Social Work in End-Of-Life & Palliative Care*, 9(4), 308–330. doi:10.1080/15524256.2013.846887
- Meho, L. (2006). E-Mail Interviewing in Qualitative Research: A Methodological Discussion. *Journal of the American Society for Information Science and Technology*, 57(10), 1284–1295. doi: 10.1002/asi.20416
- Miniksar, Ö.H., Korkmaz Dişli, Z., Tunç Z., Acun Delen, L. & Honca, M. (2020). Yoğun Bakım ve Palyatif Bakım Ünitelerinde Çalışanların Palyatif Bakıma İlişkin Bilgi ve Görüşlerinin Belirlenmesi: Anket Çalışması. *J Tradit Complem Med*, 3(1), 61-8. doi: 10.5336/jtracom.2019-72380
- National Council for Hospice and Specialist Palliative Care Services (1997). *Feeling better: psychosocial care in specialist palliative care*. London: National Council for Hospice and Specialist Palliative Care. Occasional Paper No. 13.
- Nogario, A. C. D., Barlem, E. L. D., Tomaschewski-Barlem, J. G., Silveira, R. S. D., Cogo, S. B. & Carvalho, D. P. D. (2020). Implementation of early will directives: facilities and difficulties experienced by palliative care teams. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 41. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190399>
- Özbesler, C. & İcağasıoğlu Çoban, A. (2010). Hastane Ortamında Sosyal Hizmet Uygulamaları: Ankara Örneği. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 21(2), 31-46.
- Özdemir, F. (2016). *Palyatif Bakım Alan Hastaların Yakınlarının Yaşadıkları Psikososyal Sorunlar İle Dini Başa Çıkma Tarzları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Saygılı, M. & Çelik, Y. (2020). Kanser tanılı hastalarda palyatif bakım hizmetlerinin etkisinin değerlendirilmesi: Semptom düzeyi ve bakım memnuniyeti açısından bir karşılaştırma. *Agri*, 32(2), 61–71. doi: 10.14744/agri.2019.95770
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2015). *Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge*. Erişim Tarihi: 13.03.2021, <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/2817,palyatif-bakim-hizmetleri-yonergesipdf.pdf?0>
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2015). *Sağlık Alanı Sertifikalı Eğitim Standartları Palyatif Bakım Hemşireliği*. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Eğitim ve Sertifikasyon Hizmetleri Daire Başkanlığı, Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2018). *Palyatif Bakım Hizmetleri*. Erişim Tarihi: 01.01.2020, <https://khgmozellikli.saglik.gov.tr/svg/palyatif.php>
- Temelli, G. (2018). *Palyatif Bakım Veren Hemşirelerin Ölümüne İlişkin Algısı ve Palyatif Bakım Uygulamaları*. Yüksek Lisans Tezi, Bolu.
- The Worldwide Hospice Palliative Care Alliance. (2013). *WHPCA Policy statement on defining palliative care*. Erişim Tarihi: 10.03.2021, <http://www.thewhpca.org/images/resources/policy-statements/WPCA%20policy%20defining%20palliative%20care%202011.pdf>
- The Inter-Agency Network for Education in Emergencies. (2016). *Psychosocial Support and Social and Emotional Learning for Children and Youth in Emergency Settings*. Erişim Tarihi: 11.03.2021, <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/INEE.pdf>
-

Topkaya, Ö. (2018). *Kanser Hastalarının Palyatif Bakım Gereksinimleri ile Hasta ve Ailelerinin Palyatif Bakıma İlişkin Bilgi ve Beklentilerinin İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Turgay, G. (2010). *Sağlık Personelinin Palyatif Bakıma İlişkin Görüşleri*. Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

World Health Organization. (2020). *Palliative Care*. Erişim Tarihi: 10.03.2021, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

Yavuz, B., Çakın, E., Çalgı, B., Doğan, S. & Özüçelik, D.N. (2020). Hastanede Sosyal Hizmet Uzmanı ve Tıbbi Sosyal Hizmet Farkındalığının Değerlendirilmesi. *Journal of ADEM*, 1(3), 23-38.

Yıldırım, A. & Şimşek, H. (2018). *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.



SAĞLIK BAKANLIĞI  
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü  
Hasta Hakları ve Tıbbi Sosyal Hizmetler Dairesi Başkanlığı  
Bakanlık Yayın No:963

ULAKBİM TR Dizinde Taranmaktadır



Hakemli Dergi  
**TSHD**

Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi

ISSN: 2149-309X-Biannually

<https://edergi.saglik.gov.tr/>

<https://dergipark.org.tr/tr/pub/tshd>

Yıl/Year: 2021 Haziran/June

Sayı/Issue: 17

## YAŞLI İHMAL VE İSTİSMARINA YÖNELİK MÜDAHALE

Şefika Dilem GÜNGÖR<sup>1</sup>  
Güle İŞLER<sup>2</sup>  
İbrahim ERSAL<sup>3</sup>  
Gözde Nur GÜNAY<sup>4</sup>  
Musa BALONDE<sup>5</sup>  
Nur Feyzal KESEN<sup>6</sup>  
Serap DAŞBAŞ<sup>7</sup>

### Makale Bilgileri/ Article info

Makalenin Türü/Article Type : Derleme  
Geliş Tarihi / Date Received : 12.02.2021  
Revizyon Tarihi/Date Revised :18.05.2021  
Kabul Tarihi / Date Accepted :24.05.2021  
Yayın Tarihi / Date Published :30.06.2021  
DOI: <https://doi.org/10.46218/tshd.879006>

**Makale Künyesi/To cite this article:**  
Güngör, Ş.D. İşler, G., Ersal, İ., Günay, G.N., Balonde, M., Kesen, N.F. ve Daşbaşı (2021, Haziran). Yaşlı ihmal ve istismarına yönelik müdahale. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*,17, 155-178. Doi: <https://doi.org/10.46218/tshd.879006>

**Sorumlu Yazar/Corresponding Author:**  
Güle İŞLER, Sosyal Hizmet Uzmanı, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans. [islere47.09@gmail.com](mailto:islere47.09@gmail.com)

### Öz

Bu çalışmanın amacı yaşlı ihmal ve istismarına müdahalenin önemini ortaya koymaktır. Araştırma derleme bir çalışma olup yaşlı bireylere yönelik uygulanan kötü muameleye müdahale sürecine odaklanmış ve buna yönelik modellere değinilmiştir. Yaşlılara yönelik kötü muameleye müdahale sürecinde multidisipliner değerlendirme ve çalışmanın önemli olduğuna vurgu yapılmaktadır. Sosyal hizmet müdahalesinde yapılan öncelikli vurgu ise mağdurun maruz kaldığı şiddeti hafifletme, öncelikli hizmetleri planlama ve müracaatçının güvenliğini sağlama konusunda müdahaledir. Buna ek olarak kolluk kuvvetleri, sağlık hizmetleri, aile içi şiddet programları ile ilişkili olan meslek grupları arasında geliştirilen iş birliği ağının da müdahale aşamasında belirleyici olduğu görülmüştür. Çalışmada müdahale modelleri ışığında, teoriler kapsamında ve iş birliği içerisinde yapılan müdahalenin yanında konunun yasal boyutu da değerlendirilmiş ve gerekli görüldüğü takdirde tıbbi müdahalenin de göz önünde bulundurulması gerektiği açıklanmıştır. Müdahale aşamasında yer alan başta sosyal hizmet alanında çalışan meslek elemanlarının ve konu ile ilişkili diğer bütün meslek elemanlarının sorumluluk üstlenmesi gerektiği ve multidisipliner bir yaklaşım perspektifiyle hareket edilmesinin etkililiği üzerinde durulmuştur. Çalışmada aktarılan söz konusu bilgilerin politika oluşturma sürecine ve yaşlılara sunulan hizmetlere katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Yaşlı ihmal ve istismarı, Müdahale, Müdahale modelleri, Sosyal hizmet müdahalesi.

## ELDERLY NEGLECT AND ABUSE INTERVENTION

### Abstract

<sup>1</sup> Sosyal Hizmet Uzmanı, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans, ORCID: 0000-0002-3916-7663

<sup>2</sup> Sosyal Hizmet Uzmanı, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans, ORCID: 0000-0002-2357-0626

<sup>3</sup> Sosyal Hizmet Uzmanı, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans, ORCID: 0000-0002-0301-151X

<sup>4</sup> Sosyal Hizmet Uzmanı, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans, ORCID: 0000-0002-8462-2805

<sup>5</sup> Sosyal Hizmet Uzmanı, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans, ORCID: 0000-0003-3246-0151

<sup>6</sup> Doç. Dr. Selçuk Üniversitesi Sosyal Hizmet Bölümü, ORCID: 0000-0002-6455-0293

<sup>7</sup> Doç. Dr. Selçuk Üniversitesi Sosyal Hizmet Bölümü, ORCID: 0000-0003-0969-6393

The aim of this study is to reveal the importance of intervention in elderly neglect and abuse. The research is a compilation, focused on the intervention process for maltreatment of elderly people and the models for this were touched open. It is emphasized that multidisciplinary evaluation and study is important in the intervention process against maltreatment of the elderly. The primary emphasis in social work intervention is the intervention in mitigating the violence suffered by the victim, planning priority services and ensuring the safety of the client. In addition, it was observed that there was a network of cooperation and intervention network in the groups in the professional groups with law enforcement, health services, domestic violence programs. In the study, in the light of intervention models, in addition to the intervention made within the scope of theories and in cooperation, the legal dimension of the issue was also evaluated and it was explained that the medical intervention should also be considered if deemed necessary. It has been emphasized that the professionals working in the field of social service and all other professionals involved in the intervention phase should take responsibility and the effectiveness of acting with a multidisciplinary approach perspective. It is thought that the aforementioned information conveyed in the study will contribute to the policy making process and the services offered to the elderly.

**Keywords:** *Elderly neglect and abuse, Intervention, Intervention models, Social work intervention.*

## Giriş

Yaşadığımız yüzyıl içerisinde, teknoloji ve sağlık sektöründeki gelişmeler ile ölüm oranları azalmakta ve beklenen yaşam süresi uzunluğu artış göstermektedir (Erden & Boz, 2018; Gökçe, 2017). Beklenen yaşam süresinin uzaması ise yaşlılık kavramını ön plana çıkarmakta ve yaşlılık alanında karşılaşılan sorunların çözümüne yönelik uygulamaların geliştirilmesini mecbur kılmaktadır (Arpacı & Bakır, 2017). TÜİK (2019) verilerine göre; “yaşlı nüfus olarak kabul edilen 65 ve daha yukarı yaştaki nüfus, 2014 yılında 6 milyon 192 bin 962 kişi iken son beş yılda %21,9 artarak 2019 yılında 7 milyon 550 bin 727 kişi olmuştur. Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı ise 2014 yılında %8,0 iken, 2019 yılında %9,1'e yükselmiştir.” Yaşlı nüfusu oranının %10'u geçmesi ise nüfusun yaşlandığının bir göstergesidir. Yaşlı nüfus oranının 2023 yılı için %10,2, 2030 yılı için %16,3 olacağı öngörülmektedir.

Yaşlı ihmal ve istismarı ise yaşlılık alanında karşımıza çıkan çözülmesi güç olan sorunlardan biridir. Uluslararası Yaşlı İstismarının Önlenmesi ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Toronto Deklerasyonu'na göre yaşlı istismarı “yaşlı insanlara karşı, güven beklentisi içinde gerçekleşen, sıkıntı ve zarara neden olabilecek bir kez veya tekrarlanan hareket veya davranış eksikliğidir” (World Health Organization). Yaşlı istismarı fiziksel, ekonomik, cinsel ve psikolojik (duygusal) istismar olarak dört boyutta ele alınmaktadır (Erden & Boz, 2018). Yaşlı ihmali ise yaşlı bireyi temel gereksinimlerinden mahrum bırakmak ve göz ardı etmek olarak tanımlanmaktadır (Arpacı & Bakır, 2017).

Dünyada ve ülkemizde yaşlıların ihmal ve istismarına müdahaleye yönelik çalışmalar yapılmaya çalışılsa da ne yazık ki bunların yetersiz ve düzensiz olduğu söylenebilir. Bu konuyla ilgili öncelikle yaşlı ihmal ve istismarına yönelik farkındalığın artırılmasına yönelik çabaların sarf edilmesi gerekmektedir. İstismara müdahale aşamasında yaşlının destek sistemi de önemlidir. Ayrıca yaşlının istismar veya ihmal edildikten sonra bile yaşadığı olumsuz durumun etkilerini en aza indirmek için müdahale aşamasının önemli olduğu unutulmamalıdır (Başpınar, Şengelen, & Aslan, 2020). Yaşlılara karşı ihmal ve istismar yaşlıyı inciten, yaralayan ve bununla birlikte birçok olumsuzluğa yol açan ve müdahale edilebilir bir sorundur.



Dünya genelinde ve ülkemiz özelinde giderek yaşlı nüfus oranının artış göstermesi, yaşlılara yönelik yapılan veya yapılacak olan çalışmaların sayısını arttırmıştır. Yaşlıların ihmal ve istismardan uzak kalması, öz bakım becerilerini yerine getirerek kendilerine yetebilir bir durumda olmaları, başarılı ve kaliteli bir yaşlanma geçirmeleri müdahaleyi gerekli kılmaktadır.

Yapılan araştırmalar incelendiğinde yaşlıların ihmal ve istismara maruz kaldığı ve dezavantajlı grupta oldukları görülmektedir (Şahin, Erkal, & Demirel, 2017). Bu bağlamda yaşlılara yönelik ihmal ve istismarın önlenmesi gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Yaşlıya yönelik olası bir ihmal ve istismar durumunda ise yapılacak müdahalelerin önemi göze çarpmaktadır. Bu öneme paralel olarak bu çalışmanın amacı da ihmal ve istismar edilme konusunda büyük bir risk taşıyan yaşlılara yönelik yapılması gereken müdahaleleri derleyerek sunmaktır.

Bu çalışmada öncelikli olarak yaşlı ihmal ve istismarına yönelik müdahale modelleri ayrıntılı olarak ele alınacak daha sonrasında ise hizmet sistemleri teorisi çerçevesinde yaşlı ihmal ve istismarına yönelik yetişkin koruma hizmetleri, yaşlanma ağı ve multidisipliner ekipler konusunda bilgi verilecektir. Çalışmanın son aşamasında ise yaşlı ihmal ve istismarına yönelik bireye uygulanacak yasal, tıbbi ve sosyal hizmet müdahalesinin nasıl olması gerektiği ve önemi konusu ele alınacaktır.

### **1.Yaşlı ihmal ve istismarına yönelik müdahale modelleri**

Sosyal refah anlayışının yaygınlaşması ve yaşam standartlarının iyileşmesiyle yaşlı nüfusu günden güne artmakta ve artan yaşlı nüfusuyla yaşlılar kurumda, aile içinde veya toplumda istismar veya ihmale uğrayabilmektedir. Yaşlılara yönelik ihmal ve istismar, yaşlıların hayatını olumsuz etkilemekte ve yaşam kalitelerini düşürmektedir (Turhan, Güncan, Ercan, & Erkoyuncu, 2019). Bu yüzden yaşlılara yönelik ihmal ve istismara müdahale etmek yaşlıların fiziksel, psikolojik, cinsel ve ekonomik olarak iyi olma halleri üzerinde önemli bir rol oynayacaktır.

Biggs ve arkadaşlarının (1995) yaptığı çalışmada yaşlı ihmal ve istismarına yönelik olarak 5 farklı müdahale modeli üzerinde durulmuştur. Bunlar; sosyal ağ modeli, savunuculuk modeli, aile içi şiddet modeli, yasal müdahale modeli, sosyal hizmet müdahale modelidir. Aşağıda bu modellere ilişkin açıklamalara yer verilmiştir.

#### **1.1.Sosyal ağ modeli**

Sosyal ağ bireylerin içinde olduğu ilişkilerden, etkileşimlerden ve iletişimlerden meydana gelen bir yapıdır (Aydoğan, 2020). İnsanlar sosyal hayatta diğer bireylerle alışveriş içerisinde. Bireyin, duygusal veya düşünsel olarak bağ kurduğu, yaşadığı çevreden tanıdığı, sosyal ilişkiler kurduğu kişiler, bireyin sosyal ağlarını oluşturmaktadır (Abay Alyüz, 2018).

Yaşlı istismar ve ihmaline karşı müdahalede de sosyal ağ modeli, mağdur yaşlıların toplumsal bağlarını güçlendirmeye yönelik müdahaleleri ifade etmektedir (Biggs, Phillipson, & Kingston, 1995). Bu doğrultuda yaşlının yakın çevresinden başlayarak (eşi, çocukları ve diğer aile fertleri) diğer uzak ilişkilerini de

(arkadaşları, komşuları, kurum çalışanları vs.) dâhil edip yaşlının sosyal ağlarının iyileştirilmesi ve güçlü ilişkiler kurması yönünde faaliyetlerde bulunulur. Böylelikle bir taraftan yaşlı birey desteklenirken diğer taraftan da içinde bulunduğu çevrenin yaşlıyı destekleyen bir konuma gelmesine katkı sağlanır.

### **1.2.Savunuculuk/arabuluculuk modeli**

Savunuculuk bir çeşit destekleme biçimidir. Bireyin ihtiyaçlarının ve tercihlerinin dikkate alınarak, bireyin karar verme sürecinde iyilik halinin düşünülerek bireye destek verilmesidir (Meriç Karabekir, 2016).

Sosyal hizmet literatüründeki tanımlamalardan birisinde Schneider ve Lester (2001) savunuculuğu; adaletsiz veya gereksinimleri gideremeyen bir karar alma sürecine, sistematik bir yaklaşım ile müracaatçıyı veya bir konuyu karşılıklılık ilkesine uygun bir şekilde temsil etmek olarak tanımlar (Meriç Karabekir, 2016).

Bireyler veya gruplar, yaşamları için kritik durumlarda istismarcılar karşısında desteğe ve savunulmaya ihtiyaç duyabilirler. Özellikle de ihmal ve istismara uğramış yaşlılar için bu durum daha şiddetli hissedilebilir. İhmal ve istismara uğramış yaşlılara yönelik savunuculuk ve arabuluculuk müdahale modelinde de yaşlının haklarını koruma, onu gerekli şekilde temsil etme ve anlaşmazlıkları çözme odaklı müdahale yapılır (Biggs, Phillipson, & Kingston, 1995).

Yaşlı ihmal ve istismarında bireylerin kendilerini yeterli düzeyde savunamayacak durumda oldukları göz önünde bulundurulduğunda yaşlı bireylerin haklarını savunmak ve korumak adına uzmanların savunuculuk rolünü yerine getirmeleri gereklidir. Sosyal hizmet mesleğinin etik değerlerinden biri de dezavantajlı grupların gerektiği yerlerde savunuculuğunu yapmaktır. Bu doğrultuda bireylerin kişilik haklarını korumak için sosyal ve adli anlamda haklarını savunmak gereklidir.

### **1.3.Aile içi şiddet modeli**

Sistem teorisi ailede herhangi bir bireyin yaşadığı olumlu veya olumsuz bir durumun tüm aile üyelerini etkilediğini söylemektedir. Aile içi şiddet de yaş, toplum, eğitim düzeyi fark etmeksizin çok sık karşılaşılabilen ve tüm aile üyelerini etkileyen bir sorundur. Şiddet ve korku aile fonksiyonlarında ciddi hasarlara neden olabilir. Şiddetle iç içe yaşama sonucunda aile bireylerinde fiziksel ve psikolojik problemler meydana gelebilir (Ünal, 2005). Ailede şiddet gibi bir sorun yaşandığında bu sorun aile içerisinde çözülmesi gerekli bir durum olarak görülür ve aile bağlarının her koşulda devam ettirilmesi gerektiği düşünülür (Kandemirci & Kağnıcı, 2014). Bunlardan kaynaklı olarak da aile içi şiddet yaygın halde devam etmekte, mağdurlar çoğu kez alttan almakta ve sesini çıkaramamaktadır. Sonuç olarak aile içi şiddetle mücadele etmek ve ona müdahale etmek de hayli zorlayıcı olabilmektedir.

Sorunların önüne geçilmesi ve olumsuz faktörlerin ortadan kaldırılması için de farkındalık artırılmalı ve toplumda aile içi şiddet konusunda duyarlılık oluşturulmalıdır. Yaşlılarda ihmal ve istismara yönelik aile içi şiddet modelinde de aile içi şiddet mağdurlarına verilen destek hizmetlerinden faydalanılması ve mağdurların içinde bulunduğu durumdan ve ortamdan acil olarak korunması hedeflenir (Biggs, Phillipson, & Kingston, 1995). Aile içi şiddetin yaşandığı ailelerde tüm bireyler durumdan olumsuz olarak

etkilenmektedir. Eğer ailede bir yaşlı yaşıyorsa yaşlı açısından şiddetin psikolojik, fiziksel ve sosyal etkisi daha ağır olabilmektedir. Aile içinde şiddetin risk teşkil ettiği aile yapıları genellikle, ekonomik sıkıntılar yaşayan aileler, kalabalık yaşayan aileler, göç etmiş ve oryantasyon sağlayamamış aileler, alkol ve madde bağımlılığı bulunan aileler, eğitim seviyesi düşük ve çalışma yaşamında yer almayan aileler olmaktadır. Yaşlı bireyin tanık olduğu ya da maruz kaldığı şiddeti dile getirmesi diğer bireylere göre daha zor olabilir ve bu durumda yaşlının şiddeti algılama şeklini etkileyerek şiddetin belirlenmesini zorlaştırabilir. Bu doğrultuda aile içi şiddetin ailedeki her birey açısından özel olarak değerlendirilmesi gerekmektedir. Sonuç olarak yaşlı bireyin de bu şiddeti ne kadar ve nasıl algıladığı ile ilgili ayrıntılı görüşme yapılmalı ve yaşlıyı korumaya yönelik tedbirler alınmalıdır. Aile içi şiddetin oluşmadan önlenmesi adına ise şiddet görülme olasılığı yüksek olan ailelerin düzenli olarak takip edilmesi ve danışmanlık verilmesi sağlanmalıdır.

#### **1.4.Yasal müdahale modeli**

Yasal müdahale; polis ziyaretleri, kriz müdahalesi, soruşturma, kovuşturma, hukuk hizmetleri, koruma sağlamaya yönelik faaliyetlerle ilgili bazı unsurları barındırır. Bunlar;

1-Suçlu davranışını durdurmak,

2-Mağduru ve halkı korumak,

3-Suçluyu yakalamak ve rehabilite etmek,

4-Topluma yaşlı istismarına müsamaha gösterilmeyeceği mesajını vermek,

5-Mağdura tazminat verilmesine yönelik çaba göstermektir (Heisler, 1991; Heisler & Quinn, 1995).

Yaşlılara yönelik ihmal ve istismarda müdahale amacıyla yasal yolların kullanımı da bir alternatiftir. Bu müdahale modeli de sorunu çözmek amacıyla ceza ve hukuk sistemlerinin kullanılmasını içerir (Biggs, Phillipson, & Kingston, 1995). Yasal müdahale yaşlılar için istismar yüksek derecede risk teşkil ettiğinde çok önemli ve kritik olabilir. Bu durumda yaşlının haklarının korunması hususunda yasal savunuculuk yolu izlenmesini içerir. Ayrıca herhangi bir ekonomik istismar yaşanırsa da müdahil olunabilir. Oluşturulacak politikalarla da yaşlılarla ilgili konularda uzman kişilerden oluşan danışmanlar seçilebilir ve böylece sağlık ve yerel kurumlara yasal önerilerde bulunulması sağlanabilir (Bennett & Kingston, 1993). Gerekli yasal düzenlemelerle istismar ve ihmal uygulayan kişilere ağır cezalar verilerek caydırma sağlanabilir (Erden & Boz, 2018). Yasal müdahale modelinin, yaşlıları istismar edenlerin yakın aile bireyleri olduğu düşünüldüğünde, uygulamaya geçirilmesi konusunda son derece dikkatli olunması gereken bir müdahale modeli olduğu düşünülmektedir. Çünkü yasal süreçler yaşlıların aile bağlarında ciddi hasarlara neden olabilmektedir.

#### **1.5.Sosyal hizmet müdahale modeli**

Sosyal hizmet, bireylere, gruplara, ailelere ve topluma yönelik müdahalelerde bulunan uygulamalı bir disiplindir. Mikro, mezzo ve makro boyutta çalışmalar yaparak sosyal adaleti, sosyal değişimi hedefler. Literatürde ise genel tanımında, "Sosyal hizmet, sosyal değişimi ve gelişimi, sosyal bütünleşmeyi, insanların

güçlendirilmesini ve özgürleştirilmesini destekleyen uygulama temelli bir meslek ve akademik disiplindir. Sosyal hizmet; sosyal adalet, insan hakları, ortak sorumluluk ve farklılıklara saygı ilkelerini merkeze alır” ifadeleri yer almaktadır (International Federation of Social Workers, 2020).

Sosyal hizmet müdahalelerinde sosyal işlevsellik çok önemli bir yer tutar. Sosyal işlevsellik sosyal hizmeti diğer mesleklerden ayıran önemli bir unsurdur. Bir bireyin toplumdaki konumunu anlama ve o bireyin temel gereksinimlerini karşılayacak etkinlikleri yapabilme becerisidir. Sosyal işlevsellik, sosyo-ekonomik ortamdaki bireyin kapasite ve eylemlerinin talepler, beklentiler, kaynaklar ve fırsatlarla bağlantısını kurmaya odaklanır (Selcik & Güzel, 2016). Yaşlı ihmal ve istismarına yönelik sosyal hizmet müdahale modelinde vaka çalışanları mağdura yönelik verilecek hizmetleri ayarlar ve vaka yönetimini sağlayarak onların sosyal hizmet müdahalesine erişmesine katkıda bulunur (Biggs, Phillipson, & Kingston, 1995).

Mağdura yönelik tedavi planında, mağdurun güvenliği için sosyal hizmet yaklaşımlarının bazıları kullanılır. Sengstock ve arkadaşlarına göre (1989) vaka çalışanları mağdurun alabileceği hizmetleri organize edebilir, yapılandırdıkları vaka yönetimine dâhil olabilirler. Yürütülebilecek hizmetlerin içinde ev işi yardımı, danışmanlık hizmetleri, yemek yardımı, barınma yardımı, ulaşım yardımı, iş eğitimi ve gelir yardımı bulunur (Payne, 2000). İhmal ve istismara uğramış yaşlı ile bireysel çalışmalar ve grup çalışmaları (sosyal aktivitelere dâhil etme, yaşlı hizmet merkezlerine yönlendirme vb.) yapılarak ihmal ve istismarın etkisi azaltılabilir (Bennett & Kingston, 1993).

Bir taraftan da istismar ve ihmale uğrama tehlikesi olan yaşlı bireylere bakım veren bireylere sorumluluklarını yaparken gereksinim duydukları bilgi ve becerinin sağlanması için eğitim, danışmanlık ve sosyal destek hizmetlerinin verilmesi de müdahale konusunda faydalı olabilir (Akdemir, Görgülü, & Çınar, 2008). İstismarcıya yönelik müdahalenin yanında toplu bilinçlendirme çalışmaları, farkındalık düzeyini artırmaya yönelik film ve reklamların yapılması da yaşlı ihmal ve istismarına yönelik etkili çalışmalar olabilir. Yukarıda yaşlı ihmal ve istismarına yönelik 5 müdahale modelinden bahsedilmiştir. Literatürde bu modellere ek olarak bir de kontrol ve merhamet modelinden bahsedilmektedir (Gerald Bennett ve Paul Kingston, 1993).

#### **1.6.Kontrol ve merhamet modeli**

Kontrol modelini savunanlar istismarın hafifletilmesi için kontrol ve cezayı gerekli görmektedir. Kontrol, mağdurun evden çıkarılmasını, istismarcı kişinin tutuklanmasını ve failin tam cezai kovuşturulmasını içerir. Bu müdahale anlayışı böylelikle mağdurun istismardan uzaklaşmasını ve istismarcıların yargılanmasını sağlayacaktır. Fakat şiddetli bir müdahale olan bu model sadece ağır koşullarda gerekli olabilir (Bennett & Kingston, 1993)

Merhamet, Türk Dil Kurumu'nun (2020) tanımlaması ile “Bir kimsenin veya bir başka canlıının karşılaştığı kötü durumdan dolayı duyulan üzüntü, acıma” olarak ifade edilmektedir. Yaşlı ihmal ve istismarına yönelik merhamet modelinde de istismarda faile cezalandırıcı olmayan açıdan bakılır. Bu bakış açısına göre

istismarcılar aynı zamanda potansiyel mağdurdur. İstismarcıların stres, sosyal hayattan izole olma, bakım konusunda bilgisizlik gibi faktörlerden dolayı ihmal ve istismar davranışlarını göstermiş olabilecekleri düşünülür. Bu düşüncelerden hareketle model hem istismara uğrayan mağduru hem de istismarı yapan kişiyi destekleme yoluyla müdahalede bulunmaya çalışır (Bennett & Kingston, 1993). Bu iki model göz önüne alındığında da ikisi arasında dengeyi kurmak önemlidir. Kontrol ve merhamet modellerinin ikisinden herhangi birini değil de birlikte kullanımı dengeyi gözetmek açısından faydalı olabilir.

## **2.Yaşlı ihmal ve istismarına yönelik hizmet sistemleri teorisi**

Yaşlı istismar ve ihmal müdahalesinin tek bir disiplin ile ele alınmasından ziyade multidisipliner bir yaklaşım ile ele alınması gerekmektedir. Yaşlı istismarına yönelik müdahalelerinin temelini üç sistem oluşturmaktadır: yetişkin koruma hizmetleri, kolluk kuvvetleri ve aile içi şiddet programları. Bu üç sistem mağdurlar için temel bütüncül hizmetin yanında kriz anında da müdahale sağlamaktadır. Üç sistemin yanı sıra sağlık hizmetleri, yaşlanma ağ ve multidisipliner takımlar yaşlı istismarının sonuçlarını ele almakta ve çeşitli müdahaleler gerçekleştirmektedir (Anetzberger, 2005).

Sistemik ve gerçekçi müdahaleler, zor vakalarda bile tatmin edici sonuçların ortaya çıkmasını sağlamaktadır (Quinn & Tomita, 1997). Bu noktada müdahaleye yönelik stratejiler son derece önemlidir.

Anetzberger, (2005) Yaşlı İstismarına Yönelik Müdahale Stratejileri şu şekilde özetlemiştir:

1. İstismarın neden olduğu fiziksel yaralanma ve psikolojik sorunlar da dâhil olmak üzere tıbbi sorunlar tedavi edilmelidir.
2. İstismar olayında yaşam alanında kalmayı seçen mağdurlar için güvenliği sağlamaya yönelik yöntemler belirlenmelidir.
3. Mağdurlara, yaşlı istismarının bir sonucu olarak kaybedilen veya tehlikeye atılan güçlerini yeniden kazanmalarını sağlamak için yardım sağlanmalıdır. Mevcut sosyal kaynaklar hakkındaki bilgilendirme yapılmalıdır.
4. Yaşlı istismarının nedeni belirlenmeli ve ortadan kaldırılmalıdır.

### **2.1.Yetişkin koruma hizmetleri**

Yetişkin koruma hizmetleri; ruh sağlığı, halk sağlığı, kanun yaptırımı, veraset mahkemeleri, yaşlanan ağ ve genel halkla koordinasyon sağlayarak savunmasız yetişkinleri istismar, ihmal ve sömürüden korumayı içermektedir (DHS, 2020). Bu kurumların birincil görevi; taciz (fiziksel, duygusal, cinsel ve ekonomik), başka bir kişi tarafından ihmal ve kendini ihmal dâhil olmak üzere kötü muamele iddialarına yanıt vermektir (Park, Johnson, Flasch, & Bogie, 2010). Yetişkin koruma hizmetleri bununla birlikte, bildirilen tüm yaşlı ihmal ve istismar vakalarının ele alınmasında birincil sorumluluğa sahiptir. Yetişkin koruma hizmetlerinin yaşlı yetişkinlerin istismar, ihmal ve sömürüye maruz kaldığında yasalar kapsamında raporlama yetkisi mevcuttur. Yaşlı bireylere yönelik ihtiyaç duyulan müdahaleleri koordine etmek için diğer kurum ve sistemlerle birlikte çalışmaktadır (Anetzberger, 2005).

### 2.3.Kolluk kuvvetleri

Kolluk kuvvetleri, hak ihlallerini ele almak için hareket etmekte ve birçok kriz durumunda ilk müdahaleyi gerçekleştirmektedir. Sistem aynı zamanda toplumsal ve kurumsal alanlarda işlenen yaşlı istismar ve ihmal suçlarına da müdahale etmektedir. Ayrıca tehlikeli görülen durumlarda soruşturma yürütürken veya müdahalelerde bulunurken yetişkin koruma hizmetlerine eşlik edebilmektedir (Anetzberger, 2005). Burada kolluk kuvvetleri ve diğer sistemlerle iş birliği içeren iki örnek uygulamadan bahsetmek yerinde olacaktır.

İlk örnek Kaliforniya'da multidisipliner bir ekibin hukuka yardımcı olmak için bir uygulama geliştirmesidir. Bu uygulama cep telefonlarına indirilebilmektedir. Uygulamada istismarın çeşitli uyarı işaretleri hakkında bilgiler, ceza kanunlarına yönelik bilgiler, sınırlı bilişsel beceriye sahip kişilerle çalışma ipuçları ve yaşlı yetişkinlerin yönlendirilebileceği kurumlar için iletişim bilgileri yer almaktadır (Moore, 2013). Bu uygulama Kaliforniya'ya özgü olsa da mevcut kaynaklar göz önüne alındığında geliştirilme ve diğer ülkelerde kullanılmak üzere uyarlanma potansiyeline sahiptir. Yaşlı ihmal ve istismarında işbirliğine dayalı çalışmanın önemi vurgulanmaktadır. Kaliforniya'da kullanılan uygulama yaşlı ihmal ve istismarına müdahale ederken hukuk ve ceza adalet sistemi hakkında yeterince bilgi sahibi olmayan çalışanlar için yol gösterici olmakta ve yaşlıya sunulan hizmetin kalitesini arttırma adına işlevsel olmaktadır. Uygulamanın yaygınlaştırılması ve geliştirilmesi ihmal ve istismara müdahale eden kişilerin ve ihmal ve istismara maruz kalan kişilerin hizmetlerden haberdar olma oranını arttıracaktır.

Diğer uygulama örneği ise; bir yaşlı istismarı programı olan Risk Altındaki Yaşlılarda Değişikliği Ortaya Çıkarma (Eliciting Change in At-Risk Elders-ECARE), toplum temelli yaşlı hizmetleri sağlayıcısı ile yerel kolluk kuvvetleri arasındaki işbirliğini içeren bir müdahale programıdır. Programın amacı, yaşlılara hizmet sunan personelin istismar mağduru olduğundan şüphelenilen yaşlı yetişkinlerle bağlantı kurmasına yardımcı olmaktır. Sosyal hizmet uzmanları yaşlıların istismar sonrası ihtiyaçlarının belirlenmesini kolaylaştırmak ve yaşlıların ihtiyaçlarının karşılanabileceği ortak bir bağlam oluşturmak için yaşlılarla ve kilit aile üyeleriyle çalışmaktadır (Mariam, McClure, Robinson, & Yang, 2014). ECARE uygulaması ihmal ve istismarın önlenmesi noktasında oldukça etkili olması yanında ihmal ve istismarın en kısa sürede belirlenmesine de yardımcı olarak yaşlı bireyin durumunun en kısa sürede iyileştirilmesini sağlamaktadır. Yaşlı ihmal ve istismarında zamanın önemli olduğu düşünüldüğünde uygulamanın yaygınlaştırılması gerektiği göze çarpmaktadır.

### 2.4.Aile içi şiddet programları

Aile içi şiddet programları, aile içi şiddet mağdurlarının güvenliğini sağlamak ve failleri sorumlu tutmak için çalışmaktadır. Hizmetler 24 saatlik kriz hatları, acil durum sığınma evleri, hukuk savunuculuğu, destek grupları, danışmanlık, eğitim, bilgi ve sevk içermektedir. Mağdur olarak özellikle kadınlara vurgu yapılır. Mağdurların gizliliğinin sağlanması, gönüllü olarak yardım aramaları için güçlendirilmesi hizmetlerin gerçekleştirilmesi için önemlidir (Anetzberger, 2005). Genellikle aile içi şiddet programları yaşlı olmayan kadınlar için tasarlanmış ve çok az sayıda yaşlı mağdura hizmet vermiş olsa da sundukları hizmetler, özellikle

yaşlı nüfusun özel ihtiyaçlarına ve koşullarına duyarlı olacak şekilde organize edilirler ise, yaşlı mağdurlara yardımcı olabileceği düşünülmektedir (Lundy & Grossman, 2008).

### **2.5.Sağlık hizmetleri**

Sağlık hizmetleri; hastaneler, klinikler, pratisyenlik büroları, ruh sağlığı merkezleri, uzun süreli bakım merkezleri ve hizmet veren diğer kuruluşları kapsamaktadır. Bu kurum ve kuruluşlar yaşlıların uğradıkları ihmal ve istismar sonrası gerekli tedavinin başlatılması ve takibinin yürütülmesinde görevlidir. Yaşlı mağdurların maruz kaldığı yaralanmalarda yaşları gereği daha yavaş iyileşme gerçekleşir ve kalıcı hasara neden olma olasılığı daha yüksektir. Yaşlı mağdurlara yönelik daha uzun süreli sağlık hizmetleri desteği bu noktada önemlidir. Bunun yanında yaşlı mağdurlar, sağlık sistemini gençlerden daha sık kullanırlar. Hekimlere ve diğer sağlık personeline daha fazla güven duyarlar (Anetzberger, 2005). Bu yüzden sağlık çalışanlarının özellikle istismar durumlarında yasal çerçevede çalışması önemlidir (Quinn & Tomita, 1997). Yaşlı ile iletişime geçen ilk meslek grubunun sağlık çalışanları olduğu düşünüldüğünde sağlık çalışanlarının ihmal ve istismarı bildirmeye önem vermeleri ve gerekli yönlendirme ve çalışmaları yapmaları gerekmektedir.

### **2.6.Hukuki yardım ve mağdur yardımı**

Hukuki yardım ve mağdur yardımı, adli yardım ve diğer kaynaklar aracılığıyla sunulan hukuki hizmetler, mağdurları temsil etme ve davalardan vesayet atamalarına kadar çeşitli konularda yardım sağlamaktadır. Savcılıklarda veya emniyet müdürlüklerinde bulunan mağdur yardım programları; hukuki savunuculuk, danışmanlık, mahkemeye eşlik etme ve mağdur tazminatı hakkında yaşlı bireylere hizmet sunulmasıdır. Boşanma davasındaki yaşlı mağdurlar için mülkiyet haklarını, emeklilik gelirlerini veya yardımlarını korumak için bir avukatın desteği gerekebilir. Mağdur yardım programlarında bulunan savunucularının rehberliği, güvencesi ve yardımı olmadan yasal durumlar yaşlılar için kafa karıştırıcı olabilir (Anetzberger, 2005). Yaşlıların günlük yaşamlarında bir vasiyet oluşturmaktan, alacaklılarla uğraşmaya ve sağlık durumuna kadar çeşitli yasal sorunları vardır. Ne zaman bir yaşlı bir avukata ihtiyaç duysa, kendini stresli, endişeli veya gergin hissedebilir. Bu durum kötü muameleyle bağlantılı olduğunda stres daha da büyür (Morris, 2010). Buna ek yaşlı istismar ve ihmal vakalarına karışan uygulayıcı şüphesiz hukuk sistemine dâhil olacaktır (Quinn & Tomita, 1997). Bu noktada hukuki hizmet ve mağdur hizmetlerinde çalışanlar yaşlı mağdurlara hizmet sağlamada benzersiz bir konuma sahiptir.

### **2.7.Yaşlanma ağı**

Yaşlanma ağı; yaşlı yetişkinleri hedefleyen, yemek, ulaşım ve koruma aracı hizmetleri, kişisel bakım ve temizlik, ziyaret ve sosyalleşmeyi içeren yetişkinler için gündüz bakımı ve ev bakımı gibi çeşitli hizmetleri temsil eder. Bu örnek sistem, ABD İdaresi tarafından Eski Amerikalılar Yasası kapsamında organize edilmekte ve finanse edilmektedir (Anetzberger, 2005).

Türkiye’de yaşlı bireyler için gündüz vakit geçirmelerini amaçlayan Gündüzlü Yaşlı Hizmetleri Merkezleri bulunmakta ve burada sosyal ve sanatsal etkinlikler yapılmaktadır. Bunun yanında merkezi ve yerel yönetimlerin yaşlılar için yemek dağıtım hizmeti, ulaşım araçları sağlama veya ulaşım araçlarını ücretsiz kullandırma hizmeti bulunmaktadır. Engelli ve yaşlı bireyler için evde bakım hizmetleri ile yaşlı bireyin ev temizliği, kişisel bakımı, sağlık hizmetleri yaşam alanında yapılmakta ve bireyin yaşam alanı iyileştirilmektedir.

### **2.8.Multidisipliner ekipler**

Yaşlı istismarına yönelik en etkili müdahale, farklı meslek gruplarının katılımı ile farklı sistemler arasında bağ kurularak oluşturulan multidisipliner ekiplerdir. Multidisipliner ekipler, istismarı tanımlama ve müdahale etme amacıyla bir araya getirilmiş üç veya daha fazla profesyonel disiplinden oluşan gruplardır. Bu gruplar bireysel hizmet sağlayıcıların zor vakaları çözmelerine yardımcı olmanın yanı sıra verilen hizmet politikalarını geliştirmektedir (Teaster, Nerenberg, & Stansbury, 2008).

Tüm multidisipliner ekipler yaşlı ihmal ve istismarına müdahaleye üç şekilde katkı sağlamaktadır:

- Tek bir sistem veya sorunla ilgili bütünsel bir bakış açısı sunmak
- Vaka ele alma sorumluluğunu paylaşmak, disiplinler arası hareket etmek
- Yaşlıların istismarına karşı toplum çapında bir yaklaşıma doğru profesyonel ilişkileri teşvik etmek (Anetzberger, Dayton, Miller, McGreevey, & Schimer, 2008).

Multidisipliner ekipler tarafından yaşlı bireylere hizmet verilmesi bireylerin ihtiyaç duyduğu hizmetlerin daha kısa sürede ve daha etkili bir şekilde verilmesini sağlama yanında bireylerin ihtiyaçlarının çok boyutlu analiz edilmesini de beraberinde getirecektir. İhmal ve istismara uğramış yaşlı bireyin birden çok hizmete ihtiyaç duyduğu göz önünde bulundurulduğunda bu hizmetlere ortak olarak ulaşması bireyin iyilik halinin iyileştirilme sürecini kısaltacaktır. Ekiplerde çalışan kişilerin ise işbirliği içerisinde aynı birey için çalışması hem bireyi daha iyi tanımalarına hem de bireyin ihtiyaçlarını daha doğru belirlemelerine yardımcı olacaktır.

### **3.Sosyo-ekolojik bakış açısı ile yaşlı ihmal ve istismarına yönelik müdahale**

Yaşlı ihmal ve istismarına yönelik müdahalede yaşlı ile ilişkide olan diğer meslek elemanları gibi sosyal hizmet uzmanlarının da farkındalığı, ihmal ve istismar belirtilerini tanıması ve risk gruplarını bilmesi ihmal veya istismar edilen yaşlı bireye yönelik müdahalede son derecede önemlidir. Bu doğrultuda sosyal hizmette kullanılan sosyo-ekolojik kuramın önemini vurgulamak yerinde olacaktır. Kabadaki’ye (1995) göre ekolojik kuram yaşam modeli (life model) olarak da ifade edilmektedir. Kuram sosyal hizmet müdahalesi olarak bireye, bireyin çevresine ve çevresi ile olan etkileşimine odaklanmaktadır (Kabadaki, 1995). Bireyin yaşamına ve büyüme sürecine yönelik kavramları içinde barındıran bu bakış açısı çevresi ile etkileşim içinde olan yaşlı bireylerin ihtiyaçlarının anlaşılmasını ihmal veya istismara uğrayan yaşlı bireylere yönelik etkili ve sürdürülebilir müdahalelerin varlığına katkı sağlar. Kozaman ve Şengezer’in (2013) de ifade ettiği gibi sosyo-ekonomik, beşeri, kurumsal ve politik faktörler sistemin geneline ilişkin değişimleri ve sisteme dair karar



verme süreçlerini etkilemektedir. Bu nedenle bu faktörlerin etkileşimi sonucu yaşlı istismar ve ihmali ile ilgili ortaya çıkan problemlerin anlaşılması ve süreç içerisinde meydana gelen değişimlerin irdelenmesi sistemin sürdürülebilirliğini denetlemede, müdahale yöntemlerinde ve sorunlara daha kalıcı çözümler bulunmasına katkı sağlayacaktır (Kozaman & Şengezer, 2013). Bu durumdan yaşlı istismar ve ihmaline yönelik müdahalelerin yasal, tıbbi/televi ve sosyal hizmet boyutunun da göz ardı edilmemesi gerektiği anlaşılmaktadır. Aşağıda yasal müdahale, tıbbi/televi müdahale ve sosyal hizmet müdahalesine ilişkin bilgilere yer verilecektir.

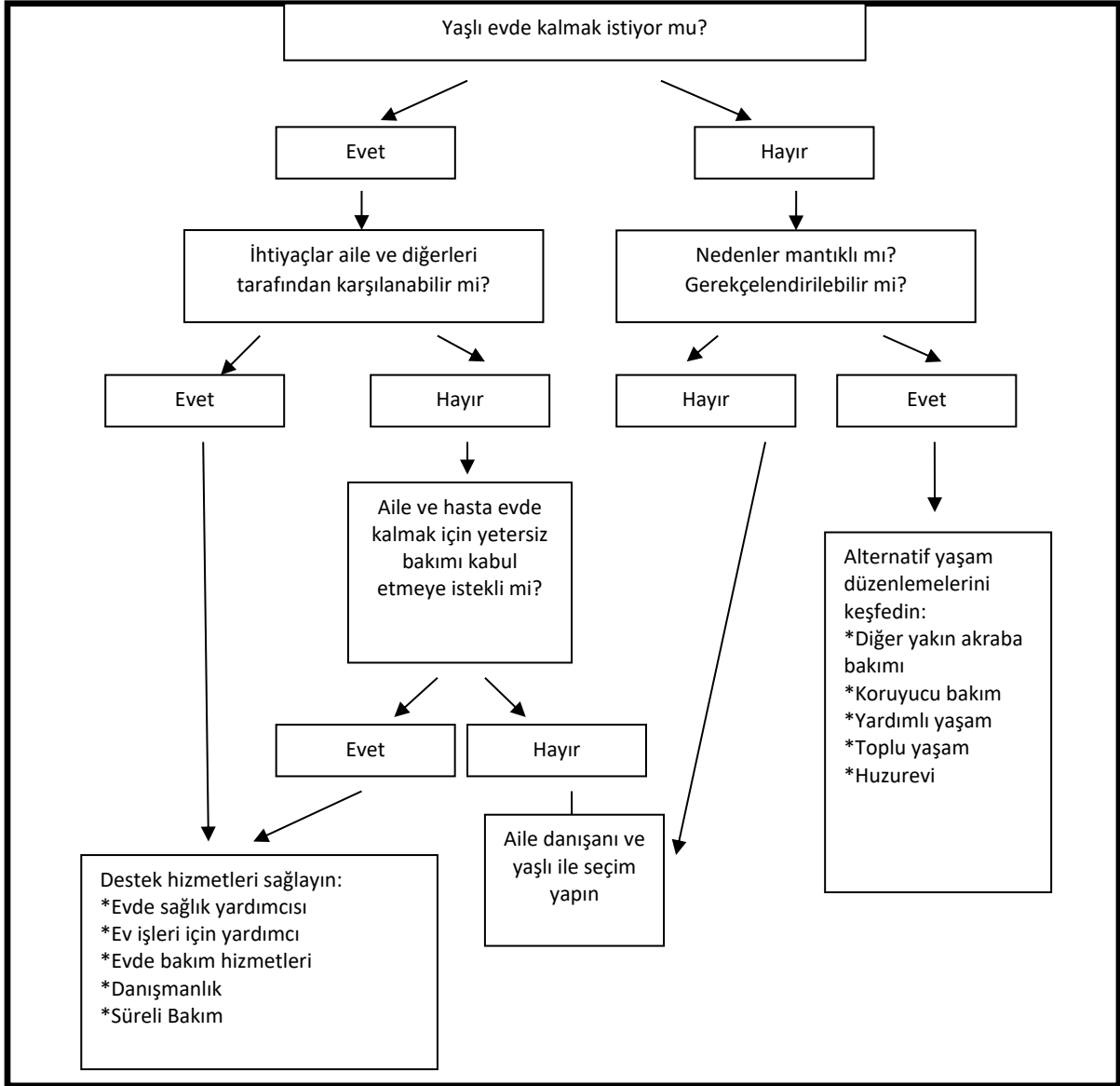
### 3.1.Yasal müdahale

Yasal müdahale modeli, sorunu çözmek için ceza ve medeni adalet sistemlerini kullanmaya odaklanır (Biggs, Phillipson, & Kingston, 1995). Yasal müdahale, krize müdahale modelini, polis ziyaretlerini, soruşturma ve kovuşturmayı, hukuk hizmetlerini ve koruma bakımını içeren yaşlıların istismar iddialarına yanıt vermek için kullanılan bir dizi prosedürü ifade eder (Heisler & Quinn, 1995). Yasal müdahalenin amaçları arasında ise şunlar yer alır: (1) suç davranışını durdurmak, (2) mağduru ve toplumu korumak, (3) suçluyu sorumlu tutmak ve suçluyu rehabilite etmek, (4) topluma yaşlı istismarının tolere edilmemesi gerektiğine dair bir mesaj göndermek ve (5) mağduru yaralarını hafifletmektir (Heisler, The role of the criminal justice system in elder abuse cases, 1991). Bu yasal müdahalelerin, yaşlı kişilere yönelik farklı suç türlerini hem önlemek hem de bunlara yanıt vererek bu suç türlerine müdahale etmek için var olduğu unutulmamalıdır (Alfonso, 2000).

Yaşlı istismar ve ihmalinin yasal müdahalesine yönelik önemli bir faktör de yaşlılara istismarla karşılaştıklarında bu durumu gerekli mercilere bildirmeleri konusunda bilgi verilmesidir (Erden & Boz, 2018). Bu bilgilere sahip bazı yaşlılar bilgilendirme konusunda dirençli görünebilir. Yanlış anlaşılmaktan, sonsuza kadar kaba ve korkunç olarak etiketlenmekten korkan bazı istismarcılar da itirafta bulunmayı reddedebilir. Guiltridden (1978), istismar davranışlarının kabul edilemez olduğunu ifade etmekte ve bu davranışın cezalandırılması gerektiğinin altını çizmektedir. İstismar veya ihmalin saklandığı durumlarda yaşlıya yönelik koruma emri gibi yasal müdahalelerin alınması gerekmektedir (Star, 1978). Ancak bazen yasal müdahaleler bile yaşlının istismar ve ihmaline yönelik müdahalelerde yetersiz kalabilir. Bu nedenle yaşlının yer değiştirmesi gerekmektedir. Fakat koruma altına alma veya özellikle mahremiyet kaybına neden olan daha sınırlı bir ortama yeniden yerleştirme, son çare planı olmalıdır. Müracaatçının işlevsel yeteneklerine bağlı olarak, bazı konut alternatifleri (yetişkin aile evi, huzurevi, bakım evi) göz önünde bulundurulmalıdır. Yaşlı danışanlar, kendi iradeleri dışında bir huzurevine gönderilmeyi hayal ettikleri için kötü muamelenin kurbanı olduklarını kabul etmekten korkabilirler. İstismarcılar, "Eğer onlara sana vurduğumu ve parayı aldığımı söylersen, seni çürüyüp öleceğın bir huzurevine gönderirler." gibi şeyler söyleyerek onları korkutmuş olabilirler. Bu nedenle, yaşlının istismar ve ihmaline müdahale için tüm konut alternatifleri araştırılmalıdır. Bir huzurevi en uygun seçenek olarak kabul edilirse, huzurevi personeli yaşlının mağduriyetinden haberdar edilmelidir, çünkü bir istismarcı yaşlının kendinden uzaklaştırılmasına rağmen yaşlının var olan ekonomik

gelirini almak için istismarına huzurevinde bile ziyaretler sırasında devam edebilir. İzlenmedikleri ve yasal olarak müdahale edilmediği takdirde bu istismarcılar kurbanlarını tehdit ederek zorla onların mal varlıklarını ellerinden alabilir ve hatta onların ölümlerine bile neden olabilir. Bu bakımdan yaşlıların korunması son derece önemlidir. Bu konuda O'Malley ve diğerlerinden (1983) uyarılan karar akış şeması (Şekil 1) ne tür koruma hizmetlerinin sunulabileceğini belirlemeye yardımcı olabilir.

Şekil 1: Yaşlıların ihmal ve istismarına yönelik müdahalede koruma hizmetleri



Şekil 1: Bakmakla yükümlü olunan yaşlı kişinin istismar veya ihmeline ilişkin karar akış şeması (O'Malley, Everett, O'Malley, & Campion, 1983).

Yaşlı istismar ve ihmal vakalarına karışan uygulayıcı şüphesiz hukuk sistemine dâhil olacaktır. Yaşlıya yönelik yapılan ihmal ve istismara yönelik yasal müdahale; hukuk hizmetleri aracılığıyla, yaşlıların istismar ve ihmallerini azaltmaya ve bu konuda bilinçlendirme yapmaya yardımcı olmaktadır (Velasco, 2000). Failler

sorumlu tutulduğundan, istismarın durdurulmasında yasal müdahalenin de önemli olduğu vurgulanmaktadır (Jackson & Hafemeister, 2013). Collins ve La France tarafından yazılan koruma hizmetleri ve hukuk üzerine bir kitapçık, başarılı mahkeme müdahalesi için hangi belgelerin gerekli olduğunu ana hatlarıyla belirtir: dava notları, yasal kayıtlar, gözlemlerin derlenmesi ve vaka çalışması kaydı. Birçok mahkeme, toplanan belgelenmiş alıntılara güvenmektedir. Uygulayıcı, istismar ve ihmal müdahalesinin başlangıcından itibaren tüm tarihleri, kişileri, ev ziyaretlerini ve telefon görüşmelerini kaydetmelidir. Mağdurun davranışına ilişkin ilk elden bilgi, başkaları tarafından bildirilen davranıştan daha fazla ön plana çıkmaktadır. Bunun yanında yaşlılara yönelik kötü muameleyle ilgili büyük bir inkâr olduğunu anlamak önemlidir. Bazen sağlık uzmanları bile kötü muamelenin olduğunu inkâr edebilir veya kötü muamelenin olduğuna inanmayabilir. Bu nedenle yaşlının beyanları dikkate alınmalı ve sıklıkla yapılan ev ziyaretlerinden derlenen gözlemler dikkate alınmalıdır. Gözlem notları, ifadeler ve özellikle fotoğraflar da dâhil olmak üzere her türden dokümantasyon yargıçları ikna etmeye yardımcı olur (Collins & La France, 1982).

Uygulayıcılar yaşlı bireyleri etkileyen yasaların daha fazla farkına vardıkça, bu yasalara daha fazla aşına olmak isteyeceklerdir. Bunun yanında ihmal ve istismara uğramış yaşlılar için en iyi müdahale yöntemleri geliştirmek amacıyla yasal alana ve mahkemelere daha fazla erişime sahip olmak isteyeceklerdir. Ek olarak yaşlı ihmal ve istismarı alanına konu olan bütün meslek elemanları bir mahkemenin bağımsız bir alan olduğunu ve sadece kendi yararlarına karar vermek için var olmadığını bilmelidir. Taraflardan birine yönelik verilen aleyhte karar kızgınlık yaratabilir ancak mahkeme nihai bir karar vermeden önce tüm gerçekleri ve tüm kanıtları göz önünde bulundurmalıdır. Bu uzun denetim ve denge sistemi göz önüne alındığında, mümkün olduğunca hazırlıklı olmak konuyla ilgilenen meslek elemanının (sosyal hizmet uzmanı, sağlık görevlisi, avukat...) görevidir.

Yasal müdahale aşamasında yaşlıya sunulan tüm yasal seçenekleri anlaşılır bir şekilde aktaran meslek elemanı konu ile ilgili hızlı ve verimli bir şekilde sürece katkı verebilir. Meslek elemanı mahkeme işlemlerine dâhil olmaktan çekinmemelidir bu doğrultuda meslek elemanı devlet prosedürleri, kanunlar ve yönetmelikler, ceza adaleti sistemleri ve bunların personeline aşına olmalıdır. Bunun yanında mümkün olduğunca savunucu rolünde ve ekip çalışması içerisinde çalışma yapmak gerekmektedir. Bununla birlikte her nasıl ki yaşlının etkileşimde olduğu bir sistem varsa yaşlının ihmal ve istismarına yönelik müdahale konusunda etkileşimde olunması gereken bir sistem ve multidisipliner çalışmayı gerektirecek bir çalışma olmalıdır (Quinn & Tomita, 1997).

Yaşlı ihmal ve istismarında yasal müdahalenin önemi ve gerekliliği gözler önündedir fakat yaşlının yasal bir sürece girmeden önce veya yasal süreç devam ederken fiziksel ve ruhsal sağlığı göz önünde bulundurulmalıdır. Bu doğrultuda yaşlı ihmal ve istismarında tıbbi müdahalenin önemi ve müdahalenin nasıl olması gerektiği ele alınacaktır.

### 3.2. Tıbbi müdahale

Tıbbi müdahale, tıp mesleğini icra eden yetkili bir kişi tarafından, doğrudan ya da dolaylı tedavi amacına yönelik olarak kişinin bedensel ve ruhsal bütünlüğüne yönelik gerçekleştirilen her türlü faaliyeti ifade eder (Ersöz, 2010). Tıp uzmanlarının yaşlı istismarına karşı mücadelede oldukça önemli bir rolü vardır. İstismar vakalarını ilk tanıyan konumdayken genellikle istismarı ilk öğrenenlerdir (All, 1994). Bu nedenle, istismarı tespit etmeye ve uygun müdahaleleri sunmaya hazırlıklı olmalıdırlar. Dolayısıyla, hekimler yaşlı istismarı vakalarının "tanımlayıcıları" ve "tedavi edicileri"dir (Jorgenson, 1993). Yaşlı istismarı vakalarını belirleme konusunda geliştirilen bazı kılavuzlar, tüm yaşlı kişilere "potansiyel olarak istismar veya ihmalden kaynaklanabilecek semptomlar olmasa bile aile içi şiddet hakkında sorular sorulmasını" önermektedir (Fiesta, 1996). Yaşlıya yönelik kötü muameleyi belgelemek için aşağıdaki yönergelerin önemli olduğu söylenebilir:

1. Olayın başlıca şikâyeti ve açıklaması, mümkün olduğunca hastanın kendi sözleriyle not edilmelidir;
2. Tam bir tıbbi geçmiş;
3. İlgili bir sosyal tarih;
4. Tür, sayı, boyut, konum, iyileşme aşamaları, renk, çözüm, olası nedenler ve verilen açıklamalar dâhil olmak üzere yaralanmaların ayrıntılı bir açıklaması;
5. Yaraların yeterince açıklanıp açıklanmadığına dair bir görüş;
6. İlgili tüm laboratuvar ve diğer teşhis prosedürlerinin sonuçları;
7. Varsa renkli fotoğraflar ve görüntüleme çalışmaları;
8. Kolluk kuvvetlerinin herhangi bir müdahalesine ilişkin raporlar (Pavlov & Murov, 1994). Mağdurların tıbbi ihtiyaçlarını karşılama konusunda, sağlık hizmeti sağlayıcıları, mağduriyetten kaynaklanan herhangi bir sonucun en aza indirildiğinden emin olmak için tipik tıbbi hizmetler sağlamalıdır. Mağdurların tıbbi ihtiyaçları değişiklik göstermekle birlikte kimi zaman acil serviste tedavi, hastaneye yatma, ayakta tedavi veya evde sağlık bakımı gerekebilmektedir. Yaşlının kötü muamelesini hastanede fark eden ilk kişi sağlık personeli ise ilk olarak tıbbi müdahaleyi yapmalı ardından gerekli mercilere bildirim sağlamalıdır (Salem & Favre, 1993). Cinsel istismar vakalarında hekimin rolü özellikle önemlidir. Beebe (1991), tecavüz vakalarında doktorların gerekli işlevleri yerine getireceğini belirtmektedir. İlk olarak, hekimin ilgili istismarı belgelemesi gerekmektedir. İkincisi, fiziksel bir muayene yaparak somut bir delil elde etmelidir. Üçüncüsü, doktorlar yaşlıların acil ihtiyaçlarını karşılamak için acil tedavi sağlamalıdır. Dördüncü olarak doktor, ekip çalışması içerisinde psikolojik destek sağlamalı ve vakayı takip edecek bir danışmanla iş birliği yapmalıdır. Beşincisi, yasal deliller doktor tarafından toplanmalı son olarak da cinsel yolla bulaşan hastalıkların önlenmesi için tıbbi hizmetler sağlamalıdır. Bu doğrultuda sağlık alanında çalışanlar yaşlı bireylerle temasında yaşlıyı biyo-psiko-sosyal açıdan değerlendirmeli, yaşlının şiddet öyküsü alınarak ruhsal ve fiziksel ihtiyaçları belirlenerek gerekli yönlendirmeler yapılmalıdır. Yaşlı bireye multidisipliner bir çalışma ile çok yönlü müdahalede

bulunulmalıdır. Unutulmamalıdır ki her birey bir sistemdir ve her bireyi değerlendirirken etkileşimde olduğu diğer sistemleri de göz önünde bulundurarak değerlendirme yapmak gerekmektedir (Özden, Kelleci, & Güler, 2010).

Yaşlının ihmal ve istismara maruz kalması sonrasında fiziksel ve ruhsal sağlığının korunması noktasında tıbbi müdahalenin gerekliliğine dikkat çekilmiştir. Yaşlı bireyin daha sonrasında biyo-psiko-sosyal sağlığının çok yönlü değerlendirilerek gerekli müdahalenin yapılabilmesi noktasında ise sosyal hizmet müdahalesi karşımıza çıkmaktadır.

### **3.3.Sosyal hizmet müdahalesi**

Yaşlı ihmal ve istismarında öncelikle çalışması gereken meslek elemanları arasında sosyal hizmet uzmanları yer almaktadır. Sosyal hizmet uzmanları öncelikli olarak mağdur maruz kaldığı şiddeti hafifletme, öncelikli hizmetleri planlama ve müracaatçının güvenliğini sağlama konusunda müdahale planlamalıdır. Sosyal hizmet uzmanının kullanabileceği müdahaleler arasında: kriz müdahalesi, kısa vadeli müdahale, sürekli izleme, kurumsal yerleştirme ve eğitim hizmetleri yer almaktadır. Hizmetler sağlanırken uzman yaşlı bireyin kişiliği ve içinde bulunduğu duruma en uygun müdahale planını seçmelidir (Payne, 2011). Aşağıda sosyal hizmet uzmanı tarafından gerçekleştirilebilecek müdahaleler hakkında bilgiler verilecektir.

#### **3.3.1.Kriz müdahalesi**

İhmal ve istismara uğramış yaşlı ile çalışırken; zaman kısıtlılığı, müdahalenin aciliyet gerektirmesi ve tehlike derecesinin yüksek olması gibi durumlarda kriz müdahalesi uygulamak gerekli olacaktır. Kriz müdahalesi; istismarcının uzaklaştırılması için yasal prosedürleri, acil sağlık hizmetlerini, kurumsal yerleştirme hizmetini içermektedir (Kingston & Bannett, 1993).

Yaşlı bireyin güvenliğini sağlamak, sağlık hizmetlerini karşılamak ve kötü muameleye maruz kaldığı ortamdan uzaklaştırılması için multidisipliner ekiplerin işbirliği ile çalışması ve yaşlı bireyin ihtiyaçlarına en hızlı şekilde yanıt verilmesi gerekmektedir (Payne, 2011).

Kriz durumunda müracaatçı, stres ve çaresiz hissetme durumundan çıkabilmek ve koşullara yeniden adapte olabilmek için yeni başa çıkma yöntemleri öğrenmelidir. Yaşlının ihmal/istismar sonrası içinde bulunduğu stresli ve kaygılı ruh hali göz önüne alındığında, zaman kısıtlaması olan durumlarda uzmanların kriz müdahalesi uygulayabilecekleri çalışmalar ışığında görülmektedir. Kriz müdahalesi; sağlık kuruluşlarında, akıl ve ruh sağlığı merkezlerinde ve sosyal hizmet kuruluşlarında uygulanabilmektedir (Quinn & Tomita, 1997).

Roberts'ın (2010) Kriz Müdahale Modeline göre; kriz müdahalesi 7 aşama içermelidir ve müracaatçının kendi kararlarına ve sürece katılımına bağlıdır. Bu aşamalar: tehdit içeren tehlikeyi belirlemek, b)krizdeki kişiyle duygusal bağ kurmak, c)sorunları öncelik sırasına göre belirlemek, d)sözlü ve sözsüz danışmalık becerilerini kullanmak, e)alternatif başa çıkma stratejilerini belirlemek, f)bir hizmet planı geliştirmek ve uygulamak, g)takip etmek (McClennen, 2010).

Kriz müdahalesi 3 adımda uygulanabilir: a)tanışma ve tanımlama, b)uygulama, c)sonlandırma. Tanışma ve tanımlama aşaması; müracaatçı ile iletişime geçilmesi, kriz durumu olup olmadığı eğer bir kriz mevcut ise krize neden olan sorunları anlaşılması ve bir çalışma planlamasını içermektedir. Uygulama aşaması; çalışma planının uygulanması ve müracaatçının içinde bulunduğu kaygı durumunun azaltılması ve acil ihtiyaçları için multidisipliner bir ekiple çalışılmasını içerir. Sonlandırma aşaması ise ilerlemeyi değerlendirme ve çalışmayı sonlandırıp takip etmeyi içermektedir (Quinn & Tomita, 1997).

İhmal ve istismara maruz kalmış yaşlı ile çalışırken kriz müdahalesi ile korku, stres ve kaygıyı azalttıktan sonra uzun süreli terapilere birey desteklenmeye devam edilmelidir. Bu durumda üç farklı terapi yönteminin uygulanabileceği söylenmektedir. Bunlardan ilki bilişsel davranışçı terapidir. Bu terapi ile müracaatçının depresyon ve öfkesi azaltılabilir ve yanlış düşüncelerin değiştirilmesine yardımcı olunabilir, fakat bu terapi bilişsel bozukluğu olan kişilerde etkili değildir. Diğer bir terapi yöntemi kişi merkezli terapidir. Müracaatçının benlik saygısını arttırma, güçlendirme ve bağımsızlaşması konusunda etkili olabilir. Son olarak da bilişsel analitik terapi, uzman ve müracaatçı arasındaki işbirliğine dayalıdır ve zaman sınırlaması olduğundan kısa vadede iyi sonuçlar verebilir (McClennen, 2010).

### **3.3.2.Kısa süreli müdahale**

Kısa süreli tedavi müracaatçının hemen çözülmesi gereken sorunlarını ve ihmal istismara maruz kaldığı için oluşan semptomların mümkün olduğu ölçüde azaltılmasını amaçlar. Yaşlı birey ile kısa süreli bir çalışma planlanırken öncelikle bir geriatrik muayene sonrası yaşlı bireyin güçlendirilmesi, mevcut sorunlara çözümler üretilmesi esas alınır. Yaşlı bireyle uzun vadede çalışma gerekli ise, bu müdahaleler gerçekleşinceye kadar birey kısa süreli hastane bakımı veya kurum bakıma alınır ve ihtiyaçlarının detaylı analizi yapılana kadar bireye ihtiyaç duyduğu destekleme, eğitim ve tedavi fırsatları sunulur (Quinn & Tomita, 1997).

Kısa süreli müdahale, uzun süreli hizmet ihtiyacına yönelik bir hazırlık aşaması olması yanında mali ve zaman kısıtlaması olan durumlarda da etkili ve tercih edilen bir hizmet modeli olmaktadır. Kısa vadeli müdahalenin en büyük sınırlaması ise müracaatçı ile etkili ve güvenilir bir ilişkinin kurulması için gerekli olan zamana sahip olamamasıdır (Quinn & Tomita, 1997). Kısa süreli müdahale yaşlı bireyin gerçeklik algısını geliştirme, duygu ve düşüncelerini daha rahat ifade edebilir duruma gelmesi ve öngörü kazanmasında etkili olarak, bireyin uzun vadede almak istediği hizmete karar vermesinde ve kendi kaderini tayin etme noktasında bireye yardımcı olmakta ve bu noktada uzmanda bireye eğitici ve danışmanlık rolleri ile yol gösterici olmaktadır (Kingston & Bannett, 1993; McClennen, 2010).

Kısa süreli müdahale ihmal ve istismara uğrayan yaşlı, yaşlıyı istismar eden birey, yaşlının aile yakınları ve yakın çevresine de uygulanabilir. Yaşlıyı istismar eden birey ve yaşlının yakın çevresi için daha çok uzman eğitici, danışmanlık ve kaynaklara erişim noktasında bilgi ve becerilerini kullanmalıdır (Payne, 2011).

### 3.3.3.Sürekli izleme

Yaşlı ihmal ve istismarında çoğu vakanın krize müdahale ve kısa süreli müdahale ile çözüme kavuşabileceği düşünülmektedir, fakat bazı vakalar uzun süreli müdahale ve takip gerektirmektedir. Uzun süreli müdahale ve sürekli izleme, zaman ve maliyet sıkıntısı yaşamayan kurumlar tarafından daha ayrıntılı ve iyi bir hizmet olarak sunulabilmektedir (Quinn & Tomita, 1997). Müracaatçılar ihmal istismar sonrası duygu durumlarında değişiklikler yaşayabilirler ve kararsızlık nedeni ile ihtiyaç ve sorunlarına tam bir yanıt bulmadan hizmeti bırakmak ya da ara vermek isteyebilirler. Bu durumlarda uzun süreli bir planlama ile sürekli takip yapmak gerekmektedir. Müracaatçının hizmeti yarıda bırakması yanında, sorunların ayrıntılı müdahale gerektirdiği ve zaman aldığı durumlarda da uzun süreli bir hizmet planı gerekli olmaktadır (Teaster, Nerenberg, & Stansbury, 2008).

Uzun süreli tedavi ve sürekli izleme kötü muameleye maruz kalan yaşlı yanında yaşlıya bakım veren ve istismarcıya da uygulanabilmektedir. Uzun süreli tedavide mağdurun şiddet öyküsünün derinlemesine analizi yapılabilmekte, yaşlının davranışı algılama noktasında duygu ve düşünceleri değişebilmekte ve yaşlının iletişim becerilerini geliştirme ile güçlenmesi ve kontrol mekanizmalarını geliştirmesine yardımcı olmaktadır. Uzun süreli tedavi ile istismarcının ise şiddet içeren davranışlarını ayrıntılı belirleme ve analiz etme, şiddet içeren davranışa alternatif uygun davranışları öğrenme ve eğitim konusunda yardımcı olmaktadır (Quinn & Tomita, 1997).

Sürekli izlemenin bir diğer önemli noktası ihmal istismara maruz kalmış bireyin, daha sonrasında da ihmal ve istismara maruz kalmasını önlemek için koruyucu ve destekleyici hizmet mekanizmalarını daha etkin kullanma noktasında fayda sağlamasıdır. Sürekli izleme müdahalesi bireyle çalışarak veya grup çalışmaları ile uygulamaya sunulabilmektedir. Bireyler grup çalışması ile daha öncesinde açığa vuramadıkları duygu ve düşüncelerini açığa vurabilmekte ve uzman buna yönelik müdahale planı hazırlayabilmektedir (Biggs, Phillipson, & Kingston, 1995).

### 3.3.4.İşbirliğine dayalı müdahale

Uzmanlar arasında mağdur, istismarcı ve mağdurun ailesinin etkin bir hizmet alması noktasında işbirliğine dayalı multidisipliner bir yaklaşımın gerekli ve oldukça etkili olduğu doğrultusunda ortak bir anlayış bulunmaktadır (Quinn & Tomita, 1997). İşbirliğine dayalı müdahale zor olan vakalarla çalışırken hem müracaatçı ile çalışan kişi arasında bağ kurulmasına hem de birçok kurumun bir arada çalışarak müracaatçı için daha kapsamlı ve etkili çözümlerin üretilmesinde yararlı olacaktır (Anetzberger, 2005).

Bazı ülkelerde yaşlı ihmal ve istismarı konusunda çalışmak üzere multidisipliner danışma ekipleri görev yapmaktadır. Multidisipliner danışma ekiplerinde kolluk kuvvetleri, sağlık çalışanı, sosyal hizmet uzmanı ve adli birimde görevli personel işbirliği ile çalışmaktadır (Quinn & Tomita, 1997). Bu şekilde birçok meslek grubunun yer aldığı bir ekibin yaşlı ihmal ve istismarı üzerinde çalışması, müracaatçı ve çalışan uzmanlar açısından kolaylıklar sağlamakta ve hizmetlerin daha hızlı ve etkili sunulmasına olanak sağlamaktadır. Kötü

muameleye maruz kalan yaşlının sağlık, barınma ve psikolojik destek hizmetine aynı ve hızlı bir şekilde ihtiyaç duyduğu göz önünde bulundurulduğunda ekiplerin aynı vaka üzerinde beraber çalışması hem yaşlı bireye uygulanacak müdahalelerde kopukluk yaşanmamasına hem de birçok alternatifin değerlendirilerek farklı uzman bakış açıları ile en etkili ve güvenilir müdahalenin belirlenmesine olanak sağlamaktadır (Payne, 2011; Bennett & Kingston, 1993).

### **3.3.5.Kurumsal yerleştirme**

Yaşlı istismarı durumunda istismar gerçekleştiğinde, yaşlının güvenliğini sağlama, ihtiyaçlarını etkin bir şekilde karşılamak için bazen en etkili yol yaşlının tehdit altında olduğu ortamdaki uzaklaştırılarak bir kuruma yerleştirilmesidir. Kurumsal yerleştirme kısa vadeli ve uzun vadeli yerleştirme olarak düşünülebilir. Kısa vadeli yerleştirme, yaşlı bireyin bir sığınma merkezine yerleştirilmesi, acil ihtiyaçlarının ve koruma hizmetinin sağlanması fakat tehdit ortadan kaldırıldıktan ve hizmetlerde belirli bir noktaya gelindikten sonra kurum bakımının son bulmasıdır. Uzun vadeli yerleştirme ise bakım ihtiyacı ve koruma ihtiyacı şiddetli olan durumlarda, hizmetlerin uzun süreli verilmesi gereken durumlarda bireyin bir huzurevine veya engelli bakım merkezine yerleştirilmesi durumudur. Kurumsal yerleştirmenin yaşlı birey üzerinde olumsuz etkileri olduğu göz önüne alındığında ve yaşlı bireyin kendi ev ortamında daha rahat hissettiği düşünülduğünde alternatif bir model gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Bu alternatif model yaşlı bireyin geçici bir kurum bakımına alınarak bu sürede ev ortamının güvenliğinin artırılması ve takip sistemi ile tekrar kendi evine yerleştirilmesidir (Payne, 2011).

### **3.3.6.Eğitim stratejileri**

Yaşlı birey ve yaşlı bireye istismar uygulayan kişiye yönelik eğitim hizmetleri; gündüzlü bakım evlerinde, yaşlı merkezlerinde, sosyal hizmet merkezlerinde veya ev ziyaretlerinde bulunularak kişilerin evlerinde verilebilir. Bu eğitim programları neticesinde bireylerin değer yargılarının, inanç ve davranış kalıplarının değişime uğradığı görülmektedir (Payne, 2011).

Yaşlı bireylerin istismar sonrasında güçlendirilmeleri ve taleplerini daha özgür dile getirebilmeleri açısından aynı zamanda daha sonrasında da hayır demeyi öğrenerek istismarı önleyebilme noktasında bireylere girişkenlik eğitimleri verilebilmektedir. Aynı zamanda bu eğitimi destekleyici ve tamamlayıcı olarak temel anlamda bireye kendini savunma dersleri verilebilir. Yaşlılara, istismarcıya yönelik bağımlılığı azaltması noktasında öz bakım becerileri eğitimi de verilebilir (Quinn & Tomita, 1997).

Yaşlı bireyi ihmal ve istismara maruz bırakan kişilere karşı iki farklı eğitim strateji modeli mevcuttur: a)öfke ve stres yönetimi eğitimi ve b)bakım verme eğitimi. Bu eğitim müdahaleleri kötü davranışın aktif olduğu veya pasif olduğu her iki durumda da uygulanabilir. Yaşlıya bakmakla yükümlü kişinin bakım konusunda bilgisiz olduğu veya kişisel patolojileri etkisinde öfke ve stres yönetimi yapmadığı durumlarda kullanılabilir. İhmal ve istismar sonrası veyahut öncesinde uygulanmasında bir sakınca olmamakla beraber öncesinde uygulanması ihmal ve istismarın önlenme noktasında da etkili olacaktır. Birçok toplumda uzmanlar



tarafından bu eğitimler verilmektedir. Eğitimlere teşvik etme, eğitimleri artırma ve eğitimlerin devamlılığını sağlayarak farkındalık yaratıp, yaşlı bakımı konusunda hem yaşlının hem de bakıcının bilgisini arttırmak uzmanların öncelikli görevi olmalıdır (Kingston & Bannett, 1993).

Yaşlı birey ve istismar uygulayan kişiye eğitim verilmesi yanında, yaşlılarla çalışan profesyonellere(kolluk kuvvetleri, sağlık çalışanları, adalet sistemi personel, sosyal hizmet personeli) ve politika yapıcılarına da eğitimlerin verilmesi gerekmektedir. Verilen eğitim içeriklerinde ise yaşlı bireye yönelik kötü muamele bilgisi yanında ceza ve adalet sistemi, sağlık sistemi hakkında da bilgi verilmeli ve böylelikle bireye yaşlı ihmal ve istismarı konusunda bütüncül bir yaklaşımla eğitim verilerek çok yönlü farkındalık ve bilinç sağlanmalıdır (Payne, 2011).

Sosyal hizmet uzmanı tarafından gerçekleştirilebilecek olan kriz müdahalesi, kısa süreli müdahale, sürekli izleme, işbirliğine dayalı müdahale ve eğitim hizmetleri ayrıntılı bir şekilde ele alınmıştır. Yaşlı bireyin biyo-psiko-sosyal sağlığının çok yönlü değerlendirilmesi ve bireye kalıcı etki yaratacak bir hizmet modelinin belirlenmesi birey açısından oldukça önemlidir. Sosyal hizmet mesleği değerleri gereği bireyin insancıl bir yaşam sürmesi, kendi kaderini tayin hakkına sahip olması noktasında bireyle çalışmalar yürütür ve bireysel çalışmaların grup ve toplum üzerinde etki göstererek makro düzeyde bir etki sağlamasını amaç edinmektedir. Bireyle sosyal hizmet çalışması öncelikle bireyi ardından içinde yaşadığı toplulukları ve sonrasında tüm toplumu etkileyerek yeniliklerin topluma yerleşmesine katkı sağlamaktadır.

#### **4.Sonuç ve öneriler**

Yaşlı ihmal ve istismarına yönelik müdahale sürecinin araştırıldığı bu çalışmada yaşlı istismarı ve ihmeline yönelik müdahale modelleri, hizmet sistemleri ve müdahalenin yasal, tıbbi ve sosyal hizmet boyutuna ilişkin bilgiler verilmiştir. Dünyada ve ülkemizde yaşlıların istismar ve ihmal durumlarını müdahaleye yönelik çalışmalar olsa da ne yazık ki bunların yetersizliği göze çarpmaktadır. Özellikle yaşlı nüfusun artış göstermesi ile birlikte yaşlı bireylerin ihtiyaç ve sorunlarına yönelik araştırmaların önemi ortaya çıkmaktadır. Bu sorunlardan biri de yaşlılara uygulanan kötü muamele olmakta ihtiyaç ise bu kötü muameleyle yönelik müdahale olarak karşımıza çıkmaktadır.

Yaşlı ihmal ve istismarı yaşlıya zarar veren, yaşlının ölümüne sebep olacak şekilde sonuçlanabilen bir sorun olmakla birlikte profesyonel müdahale gerektiren bir sorundur. Literatür incelendiğinde müdahale ile ilgili birçok model olduğu görülmektedir ve bu modellerin uygulandığı takdirde yaşlı istismar ve ihmeline yaşlının güçlendiği, istismar edenin cezalandırıldığı, yaşlının riskli ortamdaki uzaklaştırıldığı, hem yaşlıya hem de bakım veren kişilere eğitimler verildiği bu yönüyle de bir daha yaşanabilecek istismar durumunun önlenildiği görülmüştür. Diğer yandan yaşlılarla çalışan sağlık çalışanları (doktor, hemşire, sosyal hizmet uzmanı), kolluk kuvvetleri (polisler vb.), hukuki destek çalışanları (avukatlar, hâkimler, savcılar karar vericiler), politika yapıcılar yani yaşlının temas ettiği veya temas etme ihtimali olan çevre ile çalışılması ve müdahalelerin bu bakış açısı ile yapılması son derece önemlidir.

Yaşlı ihmal ve istismarına yönelik müdahalede yaşlı ile ilişkide olan diğer meslek elemanları gibi sosyal hizmet uzmanlarının da farkındalığı, ihmal ve istismar belirtilerini tanınması ve risk gruplarını bilmesi ihmal veya istismar edilen yaşlı bireye yönelik müdahalede son derecede önemlidir. Bu doğrultuda özellikle sosyal hizmet mesleğinin bir parçası olan ekolojik yaklaşımın önemi ortaya çıkmıştır. Kuram bireyi ve bireyin çevresini bir bütün olarak ele aldığı için yaşlıların kötü muamele süreçlerine müdahale aşamasında önemli olmaktadır. Yaşlılara yönelik istismar ve ihmalde, yasal müdahalenin de önemli olduğu görülmüştür. Kötü muamele süreçlerine müdahale aşamasında ilgili meslek elemanlarına önemli görevler düşmektedir. Bu görevler bilgilendirme, yönlendirme, savunuculuk yapma, farkındalık oluşturma, kaynaklara ulaşmada aracılık etme olarak sıralanabilir. Konuya ilişkin bir diğer önemli vurgu ise tıbbi müdahale olarak karşımıza çıkmıştır. Genellikle sağlık çalışanları yaşlıların uğradığı kötü muamele ile karşılaşan ilk meslek grubu iken durumu belgelemek için birtakım yönergeleri ve formları takip etmeleri gerekirken birlikte öncelikle mağdurların tıbbi ihtiyaçlarını karşılamak için gerekli tedbir ve önlemleri almalıdırlar. Her şeyden önemlisi yaşlıyla ilk ve sık karşılaşan profesyoneller olarak sağlık çalışanlarına, ihmale ve istismara uğramış yaşlıyla karşılaştıklarında “ihmal ve istismarı bildirim yükümlülüğü” getirilmelidir.

Yapılan bu çalışma genel olarak değerlendirildiğinde yaşlılara yönelik kötü muameleye müdahale sürecine yönelik aşağıdaki önerilerin önemli olduğu söylenebilir.

- Yaşlı bireyin herhangi bir ihmal veya istismar durumuna maruz kalması durumunda kriz müdahalesi etkin bir şekilde kullanılmalıdır bunun için yaşlı kriz merkezleri kurulmalıdır.
- Yaşlı bireyin ihtiyacı ve mevcut durum göz önünde bulundurularak kurum bakımı gerekliliği varsa bireyin uygun kuruma yerleştirilmesi doğrultusunda hızlı ve insancıl bir müdahale uygulanmalıdır.
- Yaşlı birey, yaşlı bireye bakım sağlayan kişi, yaşlılık alanında çalışan kişiler için eğitici seminer ve etkinlikler düzenlenmeli, farkındalık çalışmaları yapılmalıdır.
- Toplum üzerinde bir farkındalık yaratmak için reklam, film, gazete, dergi ve broşür gibi kitle iletişim araçları kullanılmalıdır.
- Yaşlı istismarı ve ihmaline yönelik müdahalede sosyal hizmet mesleğinin önemli bir etkisi olduğu görülmüştür. Buna ek olarak bu mesleği yapan sosyal hizmet uzmanlarına da önemli görevler düşmektedir. Bu konuda “çevresi içinde birey” kavramsallaştırmasından hareketle bireyi ve çevresi bir bütün olarak değerlendirilmelidir.
- Yaşlıların kötü muamele süreçlerine müdahale aşamasında yönelik önemli bir faktör de yaşlılara istismarla karşılaştıklarında bu durumu gerekli mercilere bildirmeleri konusunda bilgi verilmesidir. Bunun yanı sıra bu konuyla ilişkili bütün meslek elemanlarının (sosyal hizmet uzmanı, sağlık görevlisi, avukat, vs.) da farkındalığının olması ve yaşlıyı gerekli mercilere yönlendirebilmek için gerekli bilgiye sahip olmaları gerekmektedir.

- Yaşlı istismar ve ihmal vakalarına dahil olan meslek elemanları şüphesiz hukuk sistemine dahil olacaktır. Yaşlıya yönelik yapılan ihmal ve istismara yönelik yasal müdahale sürecine dahil olan meslek elemanları, hukuk hizmetleri aracılığıyla, yaşlıların istismar ve ihmallerini azaltmaya ve bu konuda bilinçlendirme yapmaya yardımcı olması gerekmektedir.
- Yaşlıların uğradığı kötü muameleyle karşılaşan ve fiziksel belirtilere tanık olan ilk grup genellikle sağlık çalışanları olmaktadır. Bu nedenle sağlık çalışanları yaşlıların acil ihtiyaçlarını karşılamak için acil tedavi sağlamalı, ekip çalışması içerisinde psikolojik destek sunmalı ve vakayı takip edecek bir danışmanla iş birliği yapmalıdır. Son olarak yasal deliller ve tıbbi bulgular sağlık çalışanları tarafından toplanmalıdır. Bildirim yükümlülüğü getirilmelidir.
- Yaşlı istismarı ve ihmeline yönelik müdahale sürecine yönelik literatürdeki çalışmaların yetersiz olduğu görülmüştür. Alandaki bu yetersizliğin giderilmesi için bu konu üzerinde araştırmacıların yeni çalışmalar yapmaları önerilmektedir.
- Yaşlı ihmal ve istismarı müdahalesinde kolluk kuvvetlerine multidisipliner takımlar dahil olmalıdır. Yaşlı bireylere yönelik ihtiyaç duyulan müdahaleleri koordine etmek için diğer kurum ve sistemlerle birlikte çalışılmalıdır. Sağlık hizmetleri çalışanları yaşlının en sık temas ettiği hizmet olması açısından istismar ve ihmal müdahalelerinde ilk acil müdahale noktasında büyük öneme sahiptir. Bu sebeple sağlık hizmeti çalışanları müdahale konusunda eğitim almalı ve bu konuda hassas davranmalıdır.
- Yaşlıların sosyal ağları onların toplumsal bağlarını güçlendirmek adına sosyal ağlarını iyileştirici müdahale modelleri uygulanmalıdır.
- Yaşlıların aile içerisinde yaşadığı istismar ve ihmale karşı da aileler ve aile fertleri bilinçlendirilmelidir. Sosyal hizmet müdahale modeli gereği de yaşlıya gerekli hizmetler verilmeli, bakım veren bireyin ihtiyaç duyduğu bilgi ve beceri düzeyi artırılmalıdır.

**Kaynakça**

- (DHS), İ. H. (2020). *Yetişkin koruyucu hizmetler*. Erişim Tarihi: 01.01.2021, [https://www.michigan.gov/mdhhs/0,5885,7-339-73971\\_7119\\_50647---,00.html](https://www.michigan.gov/mdhhs/0,5885,7-339-73971_7119_50647---,00.html) adresinden alınmıştır.
- TÜİK. (2019). Erişim Tarihi: 04.01.2021, <https://data.tuik.gov.tr> adresinden alındı.
- Alyüz, A. S. B. (2018). Sosyal Sermaye, Sosyal Ağlar ve Sosyal Destek İlişkisi-Sultanbeyli ve Kadıköy'de Sosyal Hizmet Merkezlerine Başvuranlara İlişkin Karşılaştırmalı Durum Çalışması. *Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*. Yalova.
- Akdemir, N., Görgülü, Ü., & Çınar, F. (2008). Yaşlı istismarı ve ihmali. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 68-75.
- Alfonso, H. (2000). Mortgage fraud prevention program. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 12(2), 75-80.
- All, A. (1994, July). A literature review: Assessment and intervention in elder abuse. *Journal of Gerontological Nursing*, 25-32.
- Anetzberger, G. J. (2005). *The clinical management elder abuse: General considerations*. *Clinical Gerontologist*, 28(1-2), 27-41.
- Anetzberger, G. J., Dayton, C., Miller, C. A., McGreevey, J. F., & Schimer, M. (2008). Multidisciplinary Teams in the clinical management of elder abuse. *Clinical Gerontologist*.
- Arpacı, F., & Bakır, B. (2017). Yaşlı İstismarı ve ihmali. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 691-704.
- Ayduğan, M. (2020). Okullardaki İletişim Sürecinin Sosyal Ağ Kuramı Bağlamında Değerlendirilmesi.
- Başpınar, A., Şengelen, M., & Aslan, D. (2020). Halk sağlığı bakış açısıyla yaşlı bireylere yönelik yaş ayrımcılığı (ageism): Kavramsal çerçeve ve önleme yaklaşımları. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*, 5(2), 334-344.
- Beebe, D. (1991). Emergency management of the adult female rape victim. *American Family Physician*, 43(6), 2041-2046.
- Bennett, G., & Kingston, P. (1993). *Elder abuse concepts. Theories and interventions*.
- Biggs, S., Phillipson, C., & Kingston, P. (1995). *Elder abuse in perspective*. Buckingham: Open University Press.
- Collins, M., & La France, A. (1982). *Improving protective services of older Americans: Social worker role*. Portland, America: Universtiy of Southern Maine .
- Daşbaşı, S. (2014). 65 Yaş Üstü Bireylerin Aile İçi Yaşlı İstismarı Konusundaki Değerlendirmeleri. Ankara.
- Erden, Ş., & Boz, H. (2018). Türkiye' de yaşlı istismarı ve ihmali. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 100-105.
- Ersöz, K. (2010). Tıbbi müdahale kavramı ve tıbbi müdahalenin hukuka uygunluğunun şartları. *Terazi Aylık Hukuk Dergisi*, 5(45), 105-122.
- Fiesta, J. (1996). Legal issues in long-term care-Part II. *Nursing Management*, 27(2), 18.
- Gökçe, N. (2017). Yaşlı istismarı ve ihmali. *Kastamonu Sağlık Akademisi*, 100-111.
- Heisler, C. (1991). The role of the criminal justice system in elder abuse cases. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 3(1), 5-30.
- Heisler, C., & Quinn, M. (1995). A legal peerspective. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 7(2-3), 31-156.
- İlhan, F. (2005). Ankara İli Yenimahalle İlçesi Anadolu Mahallesinde Aile İçi Yaşlı İstismarının Saptanması. Ankara.
- International Federation of Social Workers. (2020). *International federation of social workers*. Erişim Tarihi: 05.01.2021, [www.ifsw.org](http://www.ifsw.org) adresinden alınmıştır.
- Jackson, J., & Hafemeister, A. (2013). Best Interest: Deprivation of Liberty. Erişim Tarihi: 25.12.2020 [https://www.39essex.com/cop\\_cases/re-m-best-interests-deprivation-of-liberty/](https://www.39essex.com/cop_cases/re-m-best-interests-deprivation-of-liberty/) adresinden alındı.
- Jorgenson, J. (1993). An intervention program for dentists to detect elder abuse and neglect. *Public Health Reports*, 108(2), 171-172.
- Kabadaki, K. (1995). Exploration of social work practice models for rural development in Uganda. *Journal of Social Development In Africa*, 10(1), 77-88.
- Kandemirci, D., & Kağnıcı, D. Y. (2014). Kadına yönelik aile içi şiddetle baş etme: Çok boyutlu bir inceleme. *Türk Psikoloji Yazıları*, 1-12.

- Kingston, P., & Bennett, G. (1993). *Elder Abuse; Concepts, Theories and Interventions*. Hong Kong: Springer-Science+Business Media B.V.
- Kozaman, S., & Şengezer, B. (2013). Sosyo-ekolojik sistem yaklaşımı bağlamında türkiye'de çevresel değişimler ve sosyo ekonomik yapı ilişkisi. *Megaron*, 8(5), 112-125.
- Lundy, M., & Grossman, S. F. (2008). Elder abuse: Spouse/Intimate partner abuse and family violence among elders. *Journal of Elder Abuse & Neglect*.
- Mariam, L. M., McClure, R., Robinson, J. B., & Yang, J. A. (2014). Eliciting Change in At-Risk Elders (ECARE): Evaluation of an elder abuse intervention program. *Journal of Elder Abuse & Neglect*.
- McClellan, J. C. (2010). *Social work and family violence; theories, assessment and intervention*. New York: Springer Publishing Company.
- Meriç Karabekir, H. (2016). Çocuk Refahı Alanında Çalışan Sosyal Hizmet Uzmanlarının Savunuculuk Uygulamaları: Bir Niteliksel Araştırma . Ankara.
- Moore, C. (2013). An app for elder abuse cases. *Law Enforcement Technology*.
- Morris, J. R. (2010). The bet tzedek legal services model: How a Legal services model addresses elder abuse and neglect. *Journal of Elder Abuse & Neglect*.
- O'Malley, T., Everett, E., O'Malley, H., & Campion, E. (1983). Identifying and preventing family mediated abuse and neglect of elderly persons. *Annals of Internal Medicine*, 90(6), 998-1005.
- Özden, D., Kelleci, M., & Güler, N. (2010). Yaşlı bireylerin ruh sağlığının siddete maruz kalma ve bazı özellikler açısından incelenmesi. *Turkish Journal of research and Development in Nursing*, 12(3).
- Pampel, F. C. (2008). *Rights of the elderly*. New York: Facts On File.
- Park, K., Johnson, K., Flasch, S., & Bogie, A. (2010). Yetişkin Koruma Hizmetlerinde Yapılanma Kararları.
- Pavlov, H., & Murov, K. (1994). Legislative update: Elder abuse-Part II. *Contemporary Orthopaedics*, 29(4), 249-250.
- Payne, B. K. (2000). *Crime & elder abuse an integrated perspective*.
- Payne, B. K. (2011). *Crime and elder abuse; an integrated perspective*. U.S.A: Charles C Thomas Publisher Ltd.
- Phelan, A. (2020). *Advances in elder abuse research*. Switzerland: Springer.
- Quinn, M. J., & Tomita, S. K. (1997). *Elder Abuse and Neglect Causes, Diagnosis, and Strategies*.
- Quinn, M. J., & Tomita, S. K. (1997). *Elder abuse and neglect; causes, diagnosis, and intervention strategies*. U.S.A: Springer Publishing Company.
- Quinn, M., & Tomita, S. (1997). Causes, diagnosis, and interventional strategies. *Elder Abuse and Neglect*, 6.
- Salem, S., & Favre, B. (1993). Adult Protective Services to Special Populations. B. Byers, & , J. Hendricks (Dü) içinde, *Providing protective services to special populations* (167-190).
- Selcik, O., & Güzel, B. (2016). Sosyal hizmet mesleğinin çalışma alanı ve sosyal hizmet uygulamasının türkiye ölçeğinde değerlendirilmesi. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 461-469.
- Star, B. (1978). Treating the battered woman. In J. Hanks B. Star *Towards Human Dignity: Social*
- Storey, J. E. (2019). Risk factors for elder abuse and neglect: A review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 50, 101339.
- Şahin, D., Erkal, S., & Demirel, B. (2017). Yazılı basında aile içi şiddet mağduru yaşlılar. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 10(54), 635-640.
- Teaster, P. B., Nerenberg, L., & Stansbury, K. L. (2008). A national look at elder abuse multidisciplinary teams. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 15(3-4), 91-107.
- Turhan, S., Günçan, F., Ercan, M., & Erkoyuncu, G. (2019). Yaşlıların değerlendirilmesi ile yaşlı ihmali ve istismarı. *Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi*, 28-43.
- Ünal, G. (2005). Aile İçi Şiddet. *Aile ve Toplum*.
- Ünlü, D. (2019). Yaşlıların Ekonomik İstismara Maruz Kalma Durumlarının İncelenmesi: İstanbul Bahçelievler Örneği. İstanbul.

Velasco, J. (2000). Ventura County district Attorney's senior crime prevention program. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 12(2), 103-106.

*World Health Organization*. (tarih yok). erişim Tarihi: 27.12.2020, <http://www.who.int> adresinden alındı.

Yeşil, P., Taşçı, S., & Öztunç, G. (2016). Yaşlı istismarı ve ihmali. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 128-134.



SAĞLIK BAKANLIĞI  
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü  
Hasta Hakları ve Tıbbi Sosyal Hizmetler Dairesi Başkanlığı  
Bakanlık Yayın No:963

ULAKBİM TR Dizinde Taranmaktadır



Hakemli Dergi  
**TSHD**

Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi

ISSN: 2149-309X-Biannually

<https://edergi.saglik.gov.tr/>

<https://dergipark.org.tr/tr/pub/tshd>

Yıl/Year: 2021 Haziran/June Sayı/Issue: 17

## SOSYAL HİZMET PERSPEKTİFİNDEN ÇOCUKLUK ÇAĞI KANSERLERİNDE SORUN ALANLARI VE MÜDAHALE BECERİLERİ

Didem KAÇAR ADAM<sup>1</sup>

### Makale Bilgileri/Articleinfo

Makalenin Türü/ArticleType: Derleme  
Geliş Tarihi / DateReceived : 23.02.2021  
Revizyon Tarihi/DateRevised: 12.04.2021  
Kabul Tarihi / DateAccepted : 22.04.2021  
Yayın Tarihi / DatePublished: 30.06.2021  
DOI: <https://doi.org/10.46218/tshd.885472>

**Makale Künyesi/Tocitethisarticle:** Kaçar Adam, D. (2021, Haziran). Sosyal hizmet perspektifinden çocukluk çağı kanserlerinde sorun alanları ve müdahale becerileri. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 17, 179-196. Doi: <https://doi.org/10.46218/tshd.885472>

**Sorumlu Yazar/Corresponding Author:** Didem KAÇAR ADAM, Sosyal Hizmet Uzmanı, Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Çocuk Onkoloji Bölümü [didem.kacar@adu.edu.tr](mailto:didem.kacar@adu.edu.tr)

### Öz

Çocukluk çağı kanserlerinde ölüm oranları, artan tedavi imkânları ile azalma göstermekte, hayatta kalma süresi uzamaktadır. Bu durum, yeni sorunların meydana gelmesine, çocukların ve ailelerinin hayatında önemli değişikliklerin yaşanmasına neden olmaktadır. Çocuklar için tedaviye bağlı fiziksel sorunların yanı sıra psikolojik problemler, azalan sosyal yaşam ve okuldan uzaklaşma en temel sorunları oluşturmaktadır. Aileler ise ekonomik sorunlar, yetersiz sosyal destek kaynakları, diğer çocuklarının bakımı, iş yaşamından uzaklaşma gibi nedenlerden dolayı stresli bir süreç yaşamaktadır. Sosyal hizmet, kanser hastalığından kaynaklanan sorunlara müdahale etmeye ve gerekli kaynakları hasta ve ailesi yararına kullanmaya odaklanır. Günümüzde hayatta kalma oranlarındaki artış, var olan müdahale yöntemlerini yetersiz kılmakta ve yeniliğe olan ihtiyacı göz önüne çıkarmaktadır. Literatürü özetleyen bu çalışma, var olan sorun ve gereksinimlerin yanı sıra, yeni sorun ve gereksinimleri derinlemesine ele alması, çocukluk çağı kanserleri ile çalışan sosyal hizmet uzmanlarının her sorun ve gereksinim karşısında müdahale yöntemini belirterek, alanda çalışan meslek elemanlarına kılavuzluk etmesi bakımından önem teşkil etmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Çocukluk çağı kanseri, Psikososyal sorunlar, Sosyal hizmet

## PROBLEM AREAS AND INTERVENTION SKILLS IN CHILDHOOD CANCER FROM THE SOCIAL WORK PERSPECTIVE

### Abstract

Mortality rates in childhood cancers decrease with increasing treatment opportunities and survival time is prolonged. This situation leads to the emergence of new problems and significant changes in the lives of children and their families.. In addition to physical problems related to treatment, psychological problems, reduced social life and dropping out of school are the main problems for children. Families, on the other hand, experience a stressful period due to reasons such as economic problems, insufficient social support resources, taking care of other children, and leaving work life. Social work focuses on responding to cancer-related problems and using the necessary resources for the benefit of the patient and family. Today, increasing survival rates make existing intervention methods insufficient and bring the need for innovation into consideration. This study, which summarizes the literature, is important in that it deals with the existing problems and needs as well as new problems and needs in depth, and guides the professionals working in the field by specifying the intervention method for every problem and need of social workers working with childhood cancers.

**Keywords:** Childhood cancer, Psychosocial problems, Social work

<sup>1</sup> Sosyal Hizmet Uzmanı, Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Çocuk Onkoloji Bölümü, ORCID: 0000-0001-6237-0857

## 1. Giriş

Çocukluk çağı kanserleri, 18 yaş altı için kullanılan ve yetişkinlere oranla görülme olasılığı daha düşük kanser türlerini içermektedir. Tüm kanser olgularının %0.5 ile %4.6'sını çocukluk çağı kanserleri oluşturmaktadır. Dünya genelinde çocukluk çağı kanserlerinin genel insidans (hastalığa yakalanma) oranı ise milyonda 50 ile 200 arasında değişiklik göstermektedir. 5-14 yaş arası çocuklar için kazalardan sonra ikinci en fazla ölüm nedenini kanserler oluşturmaktadır (Ayhan Balık ve Buzlu, 2020). American Cancer Society, 2019 yılı itibari ile 1190 çocukluk çağı kanserinin ölümle sonuçlandığı bildirmiştir. Kombinasyon kemoterapileri, kemik iliği transplantasyonu ve bazıları standart tedavi yaklaşımlarıyla birlikte yeni destekleyici ve cerrahi teknikler, daha önceki zamanlarda tedavi edilemez sayılabilecek birçok çocuğun hayatta kalmasını sağlamıştır. Son 30-40 yıl içerisinde çocukluk çağı kanserli ölümcül bir hastalık olmaktan çıkmış, kronik bir hastalık haline gelmiştir (Özbaran ve Erermiş, 2006). 0-14 yaş arası kanser tanısı konulan çocuklarda 1960'lı yıllarda hayatta kalma oranı %28 iken, günümüzde bu oranın % 75-80lere çıkmakta olduğu ve tanı alan çocukların %80'inin beş yıl ve daha fazla hayatta kaldığı bildirilmiştir. (Patenaude ve Last, 2001 ; Murray, 2002; Smith ve Lynn, 2002; Robinson, 2005). Çocukluk çağı kanserlerinde hayatta kalma oranının artması yeni sorunları ortaya çıkarmakta, gereksinimler değişmekte, hastalığın psikososyal ve uzun dönem etkilerinde artış yaşanmaktadır (Özbaran ve Erermiş, 2006, Sezgin ve ark., 2007; Tepe Taşkıran, 2019).

Uzun dönemli bu etkiler çocukların ve ailelerin desteğe olan ihtiyaçlarının artmasına neden olmaktadır. Bu ihtiyaçların karşılanması, kanserli çocukların ve ailelerinin gereksinim duyduğu desteğin sağlanmasında sosyal hizmet uzmanları önemli bir yere sahiptir. Jones ve ark. (2018), tarafından yapılan bir çalışmada Amerika'da sosyal hizmet uzmanlarının çocuklara ve ailelere sağlanan psikososyal bakımın %90'ında etkin rol oynadığı bildirilmiştir. Kanser sosyal boyutu ve aile bağlamındaki olumsuz etkileri, bireylerin sosyal uyumunu bozması ve kriz dönemi teşkil etmesi sosyal hizmetin ilgi alanları içerisine girmektedir (Kohlsdorf ve Costa Junior, 2012; Haunberger ve ark., 2020). Sosyal hizmet uzmanları, ailelerin ihtiyaçlarının kapsamlı bir şekilde değerlendirilmesi konusunda beceri ve yeteneğe sahiptir. Multidisipliner ekibin bir parçası olan sosyal hizmet uzmanları, yaptıkları değerlendirmeleri tedavi ekibi ile paylaşırlar ve fikir alışverişi yapar. Bu anlamda kanıta dayalı değerlendirme araçlarının kullanılması psikososyal bakımın daha fazla kabul görmesini etkilemektedir. Ayrıca etik ihlallerin önlenmesi, hizmet kalitesinin artması, çocuk haklarının yaşama geçirilebilmesi sosyal hizmet uzmanlarının çocukluk çağı kanserleri ile çalışırken gerçekleştirdikleri görevler arasındadır (Jones, 2018; Verulava, 2019).

### 1.1. Çocukların karşılaştıkları sorunlar ve sosyal hizmet müdahalesi

Çalışmanın bu bölümünde çocukluk çağı kanserlerinde karşılaşılan fiziksel ve psikolojik sorunlar, okul ve sosyal ilişkilerdeki sorunları, yaşam kalitesinde azalma ve gelişim dönemlerinin çocukluk çağı kanserlerine etkisi, sosyal hizmet müdahale yöntemleri ile birlikte ele alınacaktır.



**Fiziksel sorunlar**

Çocukluk çağı kanserlerinin en somut etkileri fiziksel olarak görülmektedir. Çocuklar, hem hastalığın kendisinden, hem de tedavinin yan etkilerinden kaynaklanan fiziksel sorunlarla mücadele etmektedir. Kemoterapiden kaynaklanan saç dökülmesi, cerrahi işlemlerin yarattığı fiziksel şekil bozukluğu, radyasyon tedavilerinden kaynaklanan yanmalar çocukların fiziksel görüntülerinin bozulmasına neden olmaktadır. Mide bulantısı, kusma, ağız yaraları, iştahsızlık, anemi, kan transfüzyonu, kas ağrıları, uykusuzluk, yorgunluk, dikkat eksikliği, ağır diyetler ve ağrı kesiciler kanserli çocukların bu dönemde karşılaştıkları fiziksel sorunları oluşturmaktadır. Tedavi sonucu ortaya çıkan düşük beyaz hücre sayısı enfeksiyon riskini arttırmaktadır. Bu durum fiziksel sorunların beraberinde psikolojik ve sosyal olarak da çocukları olumsuz etkilemesine yol açmaktadır (Chesler ve Barbarin; 1987; Yılmaz, 2000; Verulova, 2019). Sosyal hizmet uzmanları bu fiziksel sorunlar karşısında, çocukların farklı sorularına basit ve kolaylıkla anlaşılır cevaplar vermek ve doktorlarla aralarında arabuluculuk görevini üstlenmektedir.

**Psikolojik sorunlar**

Kanser, çocuklar için travmatik bir deneyim oluşturmaktadır ve fiziksel hastalık olarak kabul edilmesinin yanı sıra psikolojik olarak da birçok sorunu beraberinde getirmektedir (Sezgin ve ark., 2007). Kanserli çocuklarda yoğun olarak görülen psikolojik sorunlar öfke, depresyon, endişe, suçluluk, yalnızlık, üzüntü, ölüme ilişkin düşünceler, akademik kaygı ve korkular olarak sıralanabilir. Ebeveynlerine karşı aşırı bağımlılık ya da buyurucu davranışlar gelişebilir. Bazı çocuklarda bu süreçte gerileme (parmak emme, idrar-dışkı kaçırma) gibi sorunların olduğu görülmektedir. Okuldan uzak kalmak, çocuklarda depresyona, düşük benlik saygısına ve ilgisizliğe neden olmaktadır. Tedavi sürecinde yaşanan fiziksel değişiklikler, çocukların benlik saygısını etkileyen unsurlardan bir diğeridir (Özkan, 2007; Ayhan Balık ve Buzlu, 2020). Çocukların yaşadıkları bu psikolojik sorunlar tedaviye uyum göstermeleri ve en uygun sağlık sonuçları için kritik bir öneme sahiptir (Bhatia ve ark., 2012). Çocukların verdikleri ani tepkiler, davranış değişiklikleri ve zaman zaman yaşanan öfke patlamaları, içe kapanma, konuşmama gibi durumlar ortaya çıktığında sosyal hizmet uzmanlarına danışılmalıdır. Sosyal hizmet uzmanları, uyumsuzluğun bilgi eksikliğinden mi yoksa psikolojik ya da ekonomik sorunlardan mı kaynaklandığını belirleyerek gerekli müdahaleyi sağlamakta, çocukların fiziksel değişimleri ile ortaya çıkan psikolojik etkilerle baş etmeleri için psikolog ve psikiyatristlerle iş birliği yapmaktadırlar (Sezgin, 2007; Jones ve ark., 2018; Verulova, 2019).

Kanserin, çocuklar üzerindeki bir diğer psikolojik etkisi geleceğe yönelik yaşadıkları belirsizlik duygusudur. Tedavi ile yaşanan remisyon (hastalık aktivitesinin durması), yerini uzun süreli akut fazlara bırakabilmekte ve ölüm ile sonuçlanabilmektedir (Stewart, 2003). Bu durum çocuğu ölümle yaşam arasındaki konulara itmekte ve belirsizliği tetiklemektedir. Çocuğun anne ve babasına karşı olan güveni sarsılmaktadır. Güvenli bir yer olarak gördüğü dünya görüşü bu süreçte hasar görmektedir. Bu duygusal saldırılara rağmen, kanserli çocukların bazı güçlere sahip olduklarına inanmaları, fiziksel olarak kendilerini yeterli hissetmeleri, iyimser

olabilmeleri, personel ve diğer çocuklarla iyi bir iletişim içerisinde bulunmaları olasıdır. Literatüre bakıldığında çocukluk çağı kanserinden kurtulan kişilerin kanser deneyimleri nedeniyle olumlu bir şekilde büyümeyi başardıklarını destekleyen çalışmalara rastlamak mümkündür (Dolgin ve ark., 1999; Zebrack ve Chesler, 2002). Bu durum üzerinde çocukların farklı baş etme becerilerine sahip olmasının etkili olduğu söylenebilir. Çocuğun duygusal ve bilişsel gelişimi, kişilik özellikleri ve önceki uyum yeteneği, ruhsal gelişim düzeyi, ayrılıklara ilişkin psikolojik tepkiler, baş etme yöntemleri, hastalığın ve sakatlığın ciddiyeti, hastalığın çocukta yarattığı fiziksel ve psikolojik kısıtlamalar ve değişiklikler çocukların baş etme becerilerini etkilemektedir (Özbaran ve Erermiş, 2006; Ağaoğlu ve Nogay, 2011; Erdoğan ve ark, 2008).

Sosyal hizmet uzmanları kanserli çocukları kapsamlı şekilde değerlendirerek mevcut baş etme becerilerini belirlemekte, hastane sürecinde çocuklar için hem güçlendirme hem de psikolojik açıdan istikrar sağlanmasında önemli rol oynamaktadırlar. Sosyal hizmet uzmanları ayrıca, çocuklar için farklı etkilerin düzenlenmesini, tanıyı öğrenmeye giden süreç için gereken hazırlığın yapılmasını organize ederler (Verulava ve ark., 2019). Tedaviye rağmen hastalığın nüks etmesi durumunda, sosyal hizmet uzmanları kanserli çocukların duygularına karşı kabullenici olmalı, nüks ile ilgili duygularını anlatabilmelerini teşvik etmeli, eğer çocuk palyatif bakım sürecine dahil olmuş ise çocuğun duygusal yönden desteklenmesine tutarlı ve şefkatli bir tavır sergileyerek yardımcı olmalıdır ( Jones, 2005; Beder, 2006).

#### **Okul ve sosyal ilişkilerde yaşanan sorunlar**

Çocuklar için okul her ne kadar, aileden bağımsızlığı, yeni sosyal ilişkiler kurmayı, akademik beceriler elde etmeyi sağlasa da, yaşamı tehdit eden kanser hastalığı çocukların okula devam etmelerini ve başarılarını olumsuz yönde etkilemektedir. Kanser tedavisi nedeniyle uzun süre hastanede yatan çocuk; evden, okuldan, arkadaşlarından ve akranlarından ayrılmak zorunda kalır. Kemoterapiden ve radyasyon tedavilerinden kaynaklanan fiziksel değişimler ve yan etkiler, çocukların kendilerini damgalanmış, utanç verici hissetmelerine ayrıca akranları arasında kabul edilebilirlikleri konusunda şüphe duymalarına sebep olmaktadır. Hastaneye sık sık yatış yapılması, çocukların akran desteğinden uzaklaşmalarına yol açmaktadır (Chesler ve Barbarin, 1987; Anuk, 1999).

Çocuklar için, okula devam edememek kadar, okul yaşantısı yeniden dönmek de oldukça zor olabilmektedir. Bir nesne kaybı olarak değerlendirilen okuldan uzaklaşmanın, kanserli çocuğun okula döndükten sonra her şeyin değişmiş olması nedeni ile uyum problemi yaşamasını tetiklemektedir. Bunun nedeni ise bu süreçte okulun ve arkadaşlarının değişmiş olmasına bağlanmaktadır. Çocukların uzun süre okuldan uzak kalması nedeniyle öğrenme ve ders başarısında düşüş yaşanır. Aileler tedavi sonra okula dönen çocukları için aşırı korumacı tavırlar sergileyebilir ve bu durum çocukları daha kaygılı bir hale getirmektedir (Özbaran ve Erermiş, 2007; Küpeli ve Küpeli, 2015).

Sosyal hizmet uzmanları tedavi sonucunda oluşan nöropsikolojik sorunların akademik başarı üzerinde olumsuz etkilerinin değerlendirilmesi ve gerekli uzmanlarla bağlantıya geçilmesi, uzaktan eğitmeden yararlanmaları, okulla bağlantı kurma, eğitim kaynaklarından yararlanmaları için görev üstlenmektedir. Sosyal hizmet uzmanları tedavisi sona eren çocukların yeni yaşama hazırlanmaları için destekleyici çalışmalar sunar. Özellikle uzun süre okul yaşantısından uzak kalan çocuğun yeniden okula başlaması, ailenin okula uyum konusundaki kaygıları tedavi sonrası çalışmaların odağını oluşturmaktadır. Uzun süre sosyal yaşamdan uzak kalan çocuk için yeniden bir sosyal çevre oluşturmak ya da ilişkilere kaldıkları yerden devam etmek zaman isteyen bir süreçtir. Yeniden hasta olma korkusu, diğer arkadaşlarının çocuğun fiziksel görüntüsü ya da hastalığına dair tepkileri okul yaşamına uyumu engelleyebilir. Sosyal hizmet uzmanları bu dönemde çocuğun kendisine yönelik algılarını ele almalı, bu konuda rehber öğretmenlerle ve sınıf öğretmenleri ile koordineli çalışmalı ve gerekirse çocuğun psikolojik destek alması yönünde kaynakları çocuklara sunmalıdır (Jones, 2018).

Sosyal hizmet uzmanları okul dönemine yönelik müdahalelerin yanı sıra çocukluk çağı kanserlerinde çocuğun geleceğe yönelik değerlendirmesinin yapılmasında etkin rol oynar. Kanser tedavisini tamamlayan çocukların; tıbbi ve psikososyal yönden ortaya çıkan geç etkiler açısından risk taşıması, hayatta kalanlar için takip ve izlemin önemini ortaya koymaktadır. Hayatta kalan çocuklar, sosyal, eğitimsel, mesleki ve davranışsal problemler geliştirme riski altında olduğundan psikososyal taramanın yapılması önem taşımaktadır. Sosyal hizmet uzmanları, hayatta kalanların karşılaştıkları sorunları belirler ve gerekli olması halinde danışmanlık hizmeti verebilir. Bu açıdan hayatta kalan çocukların okul, akran gruplarına uyum gösterme durumlarını takip eder, benzer sorunları yaşayan çocuklarla sosyal etkileşim kurmalarını sağlamak için sosyal faaliyetler düzenleyerek çocukların hastanede yatışın uzun süreli etkilerinden olumsuz etkilenmemesine yardımcı olur (Sklay ve ark. 2000; Neglia ve ark. 2001; Dickerman, 2007; Lippshultz ve ark, 2012; Jones ve ark., 2018).

### **Yaşam kalitesinde azalma**

Çocukluk çağı kanserinde neticesinde ortaya çıkan fiziksel, psikolojik ve sosyal sorunlar, çocukların yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemektedir. Sağlıkla ilişkilendirilen yaşam kalitesi, çocuklar için yemek yiyebilme, tuvaletini yapabilme, banyo yapma, gündelik işlerini yerine getirme, oyun oynama gibi aktiviteler sayılabilmektedir. Çocukların bu dönemde yaşam kalitesini etkileyen ölçütler farklılık göstermektedir. Tümörün tipi, fiziksel kapasitesi, çocuğun yaşı, ebeveynlerin özellikleri, aile ortamı etkili olabilmektedir. Kanser ve tedavisine yönelik hastalık algısı, hastalıkla başa çıkma ve tedavinin zorluklarını göğüslemede etkili olmakta ve yaşam kalitesini doğrudan etkilemektedir (Weinman ve Petrie, 1997).

Araştırmalar bu açıdan küçük çocukların tedavilerden kaynaklanan acıya karşı daha dayanıksız olduklarını ve bu durumun yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilediğini ortaya koymaktadır. Ayrıca okula devam eden çocukların, okul yaşamından uzak kalması, sosyal ilişkilerinin bozulması psikolojik olarak olumsuz sonuçlara

yaratmakta ve okul çağı çocuklarının yaşam kalitelerini düşürmektedir (Herbeck ve Peterson, 1992; Elser ve Jenny,1996). Ergenlerin ise depresyon ve anksiyeteyi daha sık yaşamaları nedeni ile yaşam kaliteleri düşmektedir (Kurtz ve Abrams, 2011;Smith ve ark., 2013). Cinsiyet açısından değerlendirilen yaşam kalitesi, adölesan kızların daha depresif olduklarını ortaya koymuştur. Ayrıca beden algısı kavramının adölesan dönemde daha çok ortaya çıkması, bu dönemdeki çocukların psikolojik açıdan çok etkilenmelerine ve yaşam kalitelerinin düşmesine neden olmaktadır (Nolen- Hoeksema ve Girgus, 1994;Elser ve Morse, 2001). Tümörün tipi yaşam kalitesini etkileyen bir diğer unsurdur. Araştırmalar lösemili çocukların, tümör olan çocuklara göre fiziksel kapasitelerinin ve motor becerilerinin daha iyi olduğunu ortaya koymaktadır. Uygulanan tedavinin ağırlığı yaşam kalitesini etkileyen bir diğer unsurdur. Ağır tedaviler fiziksel olarak çocukları daha çok kısıtlamakta ve yaşam kalitelerini düşürmektedir (Landolt ve ark. 2006). Aile ile ilgili belirleyiciler yaşam kalitesi üzerinde etkilidir. Ebeveynlerin birlikte olduğu ve sorun yaşanmayan ailelerde yaşam kalitesi daha yüksektir. Ancak bu durum aşırı bağımlılık boyutunda olması aile üyeleri arasında depresif şikâyetlerin artmasını tetiklemektedir. Bu nedenle belirli bir düzeyde bağımlılık olumlu sonuçlar alınması açısından önemlidir (Maurice-Stam ve ark., 2007). Sosyal hizmet uzmanları hastaların yaşam kalitesi üzerinde etkin rol oynamaktadır. Tanı, tedavi ve izlem aşamalarında ihtiyaçların belirlenmesi, kaynaklara yönlendirme, hastanın tedaviye uyumunu kolaylaştırmaya yönelik mesleki çalışmalar, hasta ve ailesine sağlanan psikososyal ve ekonomik destek bu süreçte yaşam kalitesinin artmasını sağlayan mesleki çalışmalar arasındadır (Özbesler, 2013). Sosyal hizmet uzmanları çocukluk çağı kanserleri ile çalışırken yaşam kalitesini yükseltmek için çocuğu ve aileyi dikkatli bir şekilde değerlendirmekte, ihtiyaçlarını belirlemektedir. Bu şekilde çocukların tedavi sürecinin olumsuz sonuçları ile baş etmesine, çocukların tedavi sonrası topluma yeniden kazandırılmasına, çocuğun ve ailenin refahının korunmasına ve geliştirilmesine katkıda bulunarak, kanserli çocuklar için yaşam kalitesini olumlu yönde etkilemektedirler (Verulava ve ark., 2019).

### **Gelişim dönemlerine göre kanserli çocuk**

Çocuğun hastalığa ve tedaviye uyumunun arttırılmasında en önemli faktörlerden birisi çocuğun gelişim dönemini bilmektir (Erdoğan ve Karaman, 2008).

0-3 yaş arası çocuklar, alışkın oldukları ortamların değişmesine karşı çok hassaslardır ve bu durum çeşitli sıkıntılar yaşamalarına neden olur. Bu yaş dönemi çocuklar, hastalığı algılayamaz daha çok kendilerine ne olduğunu anlamaya çalışırlar. Anneden ayrı kalmaya ve ağır tıbbi işlemlere karşı korku duymaktadırlar. Anne-çocuk ilişkisi zarar görmekte, çocuğun çevresi ile iletişimi bozulmaktadır. 7. ay kişiyi tanıma ve belleğin gelişmeye başladığı bir dönemdir. Bu dönemde yeni çevre ve tanımadığı kişiler, fiziksel muayene, kan alma, enjeksiyon gibi durumlar çocukta stres yaratmaktadır. Günlük rutin alışkanlıkları değişmekte, uyarıcı eksikliği yaşamakta ve motor gelişimlerinde gecikme görülmektedir. Gelişimsel olarak yaşanan gerileme üzerindeki en önemli etkenlerden birisi güven duygusunun sarsılmasıdır. 0-3 yaş arası kanserli çocuklar,

hastalıklarını kendilerine verilmiş bir ceza olarak algılayabilirler, anne ve babalarının sevgisini kaybetmekten, onlardan ayrı kalmaktan ve ebeveynleri olmadan kendilerine acı veren bir tıbbi işlem yapılıp yapılmayacağından endişe duyarlar. Çocukların yaşadıkları korku, sıkıntı ve endişeler depresyon için önemli bir zemin oluşturmaktadır. Yeni aile kurmuş ve tecrübesi az olan ebeveynler, suçluluk ve korku nedeni ile normal dinamiklerin farkına varamazlar ve ebeveyn-çocuk ilişkisine zarar veren kronik bir işlev sorunu ile karşı karşıya kalırlar (Akçay, 2004; Çavuşoğlu, 2004; Sezgin, 2007; Ağaoğlu ve Nogay, 2011; Erdemir ve Arslan, 2013).

3- 6 yaş arası, okul öncesi dönemdeki çocuklar ebeveynlerine bağımlı olma konusunda biraz daha rahat olmalarına rağmen, bu dönemdeki çocukların kafa karışıklığı ve yönelim bozukluğu göstermeleri mümkündür. Olayların nedenlerini anlama konusunda mantık dışı düşüncelere sahip olabilirler ve benmerkezci yaklaşımları nedeniyle kendilerini cezalandırılmış ya da yanlış yapmış olarak algılayabilirler. Okul öncesi çocuklarda hastalığa ve hastaneye karşı uyum zordur. Çocuğa hastalığın anlayabileceği bir dille anlatılmaması durumunda, hastalık belirtilerini kendi hayalleri ve korkuları ile açıklamaya çalışır. Anne ve babalar çocuklarının hastalığının yeniden nüks etmesine ilişkin korkuları nedeni ile çocukların aktivitelerini kısıtlayabilirler. Bu durum çocuklarda öfkeye yol açabildiği gibi, daha pasif, çekingen ve bağımlı hale gelmelerine de neden olabilmektedir. Ortaya çıkan bağımlılık, çocuğun çevresi ile sosyal ilişkilerini bozmaktadır. Akranları ile kuracağı sosyal kazançlardan mahrum kalmakta, benlik saygısı azalmaktadır. Cinsel kimlik açısından önemli olan bu dönemde yaşanan ağrı ve fiziksel değişiklikler kimlik kazanımını olumsuz yönde etkilemektedir (Sezgin ve ark, 2007; Adaletli, 2009; Erdemir ve Arslan, 2013).

Okul çağındaki çocuklar için kanser nedenlerinin düşünölmeye başlandığı, ölümcül hastalık ve prognozun öneminin anlaşıldığı bir dönemdir. Okul dönemindeki çocuklarda yetişkinlerle aynı varoluşsal sorunlar sorulmaktadır. Bunlar: neden ben? ne kadar acıtacak? ölecek miyim? şeklinde olabilir. Bu dönemde çocuklarda anksiyete düzeyi yüksek olmasının yanı sıra çocukların düşüncelerinde yalnızlık, ayrılık ve ölüm gibi kavramlar sıklıkla yer almaktadır (Patenaude ve Last, 2001; Sezgin ve ark., 2007). Okuldan ve sosyal ilişkilerinden uzak kalmaları, arkadaşları tarafından reddedileceklerini düşünmeleri depresif duygu durumu yaşamalarını tetikleyen bir faktördür (Özdemir ve ark.,2009). Ailelerinden ayrılma ve hastanede bulunmayı cezalandırılma olarak algılayabilirler. Ölümcül hastalığın bir haksızlık olduğunu düşünerek öfkeye kapılabilirler. Duygusal olarak daha olgunlaşmış oldukları için, ölecekleri hissine kapıldıkları zaman olumsuz duyguları ile baş etmekte güçlük çekerler. Duygusal değişim söz konusu olabilir ve bu şekilde zaman zaman içine kapanık olurken zaman zaman taşkın bir ruh hali içerisinde olabilirler (Elçigil, 2007). Okul çağı çocuklarını tanı ve tedavi sürecine dâhil etmek önemli bir unsurdur. Çocuk ne kadar çok şey bilirse tedavinin zorlukları konusunda ne ile mücadele edeceği konusunda o kadar hazır ve güçlü olacaktır Amerika Birleşik Devletlerinde yedi yaşından büyük çocuklara kendileri ile ilgili tedavileri konusunda tedavi protokollerini imzalamaları için yetki verilmiştir ( Patenaude ve Last, 2001).

Ergenlik dönemi, biyolojik, nörobiyolojik, psikolojik ve fiziksel anlamada pek çok değişikliğin yaşandığı bir dönemdir. Hastalık, yaşlılarının ailelerinden uzaklaşmaya başladığı bu dönemde, kanserli çocukların ailelerine olan bağımlılığını arttırmaktadır. Aileye olan bu bağımlılık ergenlik dönemindeki kanserli çocukların otonomi geliştirmesi açısından örseleyici bir unsurdur (Ander ve ark., 2016; Yıldırım ve ark., 2017). Ergenler ve aileleri arasında tanı öncesinde yaşanan duygusal problemlerin varlığı ya da bu konudaki becerilerin yetersiz olması ayrıca tedavi sürecini zorlaştırmaktadır (Abrams ve ark., 2007). Uzun süre akranlarından izole olan ergenlerin, tedavinin oluşturduğu izler neticesinden benlik saygıları zarar görmekte, ergenler depresyon ve anksiyete ile sıklıkla karşıya kalmaktadırlar. Geleceğe yönelik planlar yaptıkları bu dönemde ergenler hastalıklarının ne kadar süreceği konusunda belirsizlik yaşamaktadırlar. Kanserli ergenler özerklik, özgürlük ve sosyalleşme konusunda tehdit altındadırlar (Fearnow-Kepney ve Kliwer, 2000; Petrie ve ark., 2002). Kanser, ergenlik dönemindeki çocuklar üzerindeki olumsuz etkilerine literatürde sıklıkla rastlanmakla birlikte, ülkemizde yapılan bir çalışma sonucunda, ergenlerin hastalıklarını açık bir şekilde dile getirdikleri, psikosozal, ailevi ve ekonomik açıdan durumları hakkında farkındalıklarının oldukça fazla olduğu belirlenmiştir (Taşkıran Tepe, 2019).

Gelişim dönemleri çocukluk çağı kanserlerinin etkileri açısından belirleyici bir rol oynamaktadır. Bu durum sosyal hizmet uzmanları, kanserli çocuklarla temas kurarken göz önünde bulundurmaları gereken unsurlardan birisidir. Sosyal hizmet uzmanları kanser ve hastaneye yatıştan kaynaklanan davranış normlarına ve çocukların hastalığı nasıl algıladıklarına dair duygu ve düşüncelerine duyarlı olmalıdır. Küçük çocuklar ebeveynlerinden uzak oldukları ve hasta hissettikleri için endişe ve korku yaşarlar, sosyal hizmet uzmanları ebeveynleri hastaneden uzak olduğunda süreçte mümkün olduğunca dikkatli olmalıdır ve hazır bulunmalıdırlar. Daha büyük çocuklar, sosyal hizmet uzmanlarının ilgisine daha fazla ihtiyaç duyabilirler bu yüzden korku ve tepkilerini konuşmaya daha fazla teşvik edilmelilerdir. Okul dönemindeki çocuklara yapılacak girişimler hakkında bilgi verilmeli, bilgileri anlama düzeyleri kontrol edilmelidir, böylece hastane deneyimlerinin daha az travmatik olması sağlanabilir Ergenlik dönemindeki kanser hastaları için sosyal hizmet uzmanları okul, akran ve bağımsızlık sorunları ile ilgili danışmanlık hizmeti verebilirler. Ayrıca fiziksel değişimlerin yarattığı yıkımlar, gelecek kaygısı gibi sorunlar sosyal hizmet uzmanı ve hasta çocuk arasındaki görüşmelerin gündeminde yer alabilir. (Cincotta- 1993, Erdoğan, 2008 ).

### **1.2. Ailelerin karşılaştığı sorunlar ve sosyal hizmet müdahalesi**

Ölümcül bir hastalıkla karşı karşıya kalmak aile için oldukça zor bir süreçtir ve söz konusu bir çocuk ise durum daha karmaşık ve zor bir hal almaktadır. Çocukluk çağı kanserleri tüm aile üyeleri için psikosozal sonuçları olan bir aile hastalığıdır (Quin, 2005). Kanserli bir çocuğun olması, aileyi psikolojik yönden olumsuz etkilemekte, kanserli çocuklarının kardeşleri için uyum sorunları teşkil etmekte, ebeveynler arasındaki evlilik ilişkisinin bozulmasına ve ekonomik sorunlar yaşamalarına neden olmaktadır. Çocukluk çağı kanserleri ile

çalışan sosyal hizmet uzmanları, tanıdan, sağ kalmaya ya da yaşam sonu bakımına kadar tedavi süresince değerlendirme ve terapötik destek sunmaktadırlar (Jones, 2006).

### **Psikososyal sorunlar ve sosyal hizmet müdahalesi**

#### *Ebeveynler*

Çocuklarının kanser olduğunu öğrenen ebeveynler için özellikle ilk dönem, karşı koyamadıkları ve güçlü bir hissizlik, duruma inanmama, aciliyet, şok, şaşkınlık belirsizlik ve yalnızlık ile geçer. Bu durum özellikle tanının kısa sürede netlik kazanmaması, sağlık çalışanlarının aileyi yeterince aydınlatmaması ya da tıbbi terminoloji ile ailenin bu durumu yeterince anlamaması nedeniyle yerini bir zaman sonra yoğun kaygı durumuna bırakabilmektedir. Bu yönü ile tanıyı öğrenme aşaması aileler için önemli bir stres kaynağıdır, bu süreçte ailelerin en çok ihtiyaç duyduğu şey bilgi gereksinimidir. Sosyal hizmet uzmanları ihtiyaç duyulan bu bilgiye yönelik rehberlik ve psiko eğitim sağlama görevlerini üstlenmektedir (Beale ve ark., 2007; Bingen ve Kupst, 2010). Ailelerin toplum ve hastane ile ilişkileri kaynaklarla bağlantı kurması ve bu şekilde güçlendirilmesi için sosyal hizmet büyük önem taşımaktadır. Tedaviye erişim konusunda eşitsizliklerin ortadan kaldırılması ve kültürel farklılıklara duyarlılık sosyal hizmet uzmanlarının bu alanda temel prensipleri arasındadır (Jones ve ark., 2018).

Ailelerin tanıyı öğrenmeleri ile başlayan süreç, psikolojik yönden zorlayıcı ve olumsuz duyguları içeren bir döneme işaret etmektedir. Çocukluk çağı kanserlerinde ailelerin en çok yaşadıkları duygu depresyondur. Özellikle tedavi nedeniyle çocukların saçlarının dökülmesi, fiziksel yeteneklerinin kısıtlanması, ailenin yaşam tarzındaki değişimler depresyonu tetiklemektedir (Sezgin, 2007). Depresyonun yanı sıra aynı zamanda anksiyete, ikircikli duygular ve suçluluk da ailelerin yaşadığı en baskın duygular arasında yer almaktadır. Tedavinin sonlanmasında doktorlara, tedavi ekibine ve hastaneye karşı duyulan bağımlılık ve korunaklı bir yerden ayrılma hissi bu ayrılığın isteksiz bir şekilde yaşanmasına neden olabilmektedir. Aile, “normal yaşama” uyum ya da çocuğun okul yaşamına geri dönmesi konusunda kaygılanırken, aşırı korumacı bir tavır sergileyebilir ya da çevrensinin yönlendirmesine maruz kalabilir. Kanserli çocukların ailelerinde remisyon sonrası yapılan kontrollerde dahi travma sonrası stres bozukluğu belirtileri bildirilmiştir (Langeveld ve ark. 2004; Vindrola- Patros ve Brage, 2017). Ailelerin yaşadıkları bu kriz karşısında sosyal hizmet uzmanları, krize müdahale yaklaşımını etkin olarak kullanmak durumundadır. Ailelere ilişkin çalışmalar sosyal hizmet uzmanlarının kriz durumundaki ailelere ulaştıklarını göstermektedir. Bu durum sosyal hizmet uzmanının aktif dinleme, onaylama, öfke, korku ve diğer olumsuz duygularla baş etme gibi krize müdahale tekniklerini bilmesini kaçınılmaz kılmaktadır. Krize müdahale tekniklerini bilmek hasta ve aile üyeleri için rahatlatıcı özelliğe sahiptir. Sosyal hizmet uzmanının görevi, çocuk ve ailenin uyumu sağlamalarına yardım etmek, ailenin sorunları öngörmesine yardımcı olmak ve aile sistemini stres altındayken olabildiğince sağlam tutabilmektir (Beder, 2006).

Çocukluk çağı kanserlerinde aileler, yukarıda sözü edilen psikolojik etkilerle mücadele ederken farklı baş etme yöntemlerini kullanmaktadır. Aile üyelerinin birbirlerine sağladıkları destek, sosyal çevrenin yaklaşımı, eğitim düzeyleri, ekonomik koşulları, kişilik yapıları ve çocuğun tıbbi durumu baş etme yöntemlerini etkilemektedir (Elbi Mete ve Önen, 2001; Goldbeck, 2001; Pyke-Grimm ve ark., 2006). Örneğin, Verulova (2019), tarafından yapılan bir çalışmada çocukluk çağı kanserlerinde ailelerin baş etme konusunda özellikle dini faktörlerin, Tanrıya duyulan inancın önemli bir etken olduğu, bu şekilde pes etmedikleri ve dayanma gücü buldukları belirlenmiştir. Anne ve babaların baş etme yöntemlerini etkilen bir unsur ise cinsiyet faktörü olarak değerlendirilmiştir. Literatür incelendiğinde, babaların daha çok yalnız kalmayı tercih ettikleri, kaçınma stratejileri kullandıkları, duygusal olarak geri çekildikleri ve daha içsel bir mücadele gösterdikleri görülmektedir. Annelerin ise daha serbest bir tarz kullandıkları, duygularını daha fazla ifade ettikleri ve konuşmaya daha meyilli oldukları belirlenmiştir. Kanserli çocukların babaları, yoğun endişe ve korkunun yanı sıra duygusal acı yaşamaktadır. Babalar sosyal desteğe ihtiyaç duyan duygusal risk grubu içinde değerlendirilmiştir. Eşleri kanserli çocuk ile meşgulken, onlar evdeki diğer çocuklarına bakım vermekte ve mali sorumluluklarını yerine getirmeye çalışmaktadırlar. Annelerin çocukları ile hastanede kalma olasılıkları daha fazla iken, babaların kısa bir süre sonra eve ya da işe dönme eğiliminde oldukları görülmektedir. Bu durumun ekonomik gerekliliği yansıttığını söylemek mümkündür. Ancak ne var ki hastanede kalma veya işe gitme konusunda bir seçenek olduğunda, babalar işlerine annelerden daha kolay gitmeyi tercih etmektedirler. Anneler, çocuklarının hastalıklarının günlük aktiviteleri için daha ayrılmaz bir konumdadır. Annelerin ızdırap ve endişeleri önemli ölçüde çocuklarının algıladıkları endişe ve kendilerinin ve çocuklarının kansere yükledikleri anlamla ilişkilidir (Chesler ve Barbarin, 1987; Goldbeck, 2001; Zebrack ve Chesler, 2002; Nicholas ve ark., 2002). Sosyal hizmet uzmanları ailelerin baş etme becerilerini belirleyerek, güçlü yönlerini ortaya çıkarmalıdır. Bunu gerçekleştirmenin en iyi yolu ise aileye yönelik yapacakları kapsamlı bir değerlendirme ile mümkündür.

Sosyal hizmet uzmanları, aileyi değerlendirmek için yaptıkları ilk görüşmede risk grubu olan aileleri ve risk faktörlerini belirlemelidir. Aileler için risk faktörleri;

- Eşler arası evlilik sorunları,
- Boşanma,
- Tek veya üvey ebeveynli yaşam,
- Ailede önceden var olan kronik tıbbi ya da ruhsal bir hastalık öyküsü,
- Engellilik, ekonomik sorunlar,
- Aile içinde süregelen çatışma (ebeveynler arası, çocuklarla ebeveynler arası ya da çocuklar arası),
- Dil ve kültür farklılıkları,
- Ailenin sosyal ve kültürel destekten yoksun olması şeklinde sıralanabilir (Last ve Groontenhuis, 1998).



Risk faktörü taşıyan aileler kadar, işlevselliği yüksek olan ailelerin de değerlendirilmesi tedavinin ilerleyen süreçleri açısından gereklidir. Aile değerlendirmesi, kanser hastalarının ve ailelerinin tedavi sürecinde baş etme kapasitelerini değerlendirmek, güçlü ve güçsüz yanlarını öğrenmek ve gereken desteği sağlamak açısından önem taşımaktadır. Sosyal hizmet uzmanları ailelerin baş etme becerilerini güçlendirmek için benzer sorunlar yaşayan kanserli çocukların ailelerinin bir araya gelmesine ve tanı, tedavi, palyatif süreç ve yas döneminde bu aileler arasında etkileşim sağlanmasına yardımcı olmaktadır (Jones, 2018).

#### *Kardeşler*

Çocukluk çağı kanserleri tüm aile üyelerini etkilemekte, uzun süren tedavi süreçleri kanserli çocukların kardeşleri için olumsuz sonuçlar doğurmaktadır. Kardeşlerin bu dönemde hasta kardeşi ile birlikte acı çektiği inkâr edilemez. Ebeveyninin acı ve üzüntüsünü azaltmak için onları mutlu etme çabası gösterebilirler. Hasta çocuğun yaşam merkezi haline gelmesi, diğer kardeşlere olan ilginin kaçınılmaz olarak azalmasına neden olmaktadır. Bu durum ailenin normal yaşam döngüsünü bozmaktadır. Sağlıklı kardeş bu dönemde rekabet, hasta kardeşine refakat eden ebeveynine özlem ve hasta kardeşine karşı öfke gibi duygularla karşı karşıya kalmakta, aynı zamanda kendisinin de hasta olması ile ilgili endişeler yaşamaktadır (Heiney ve ark. 1990, Houtzager ve ark., 1999). Araştırmalar kanser hastası çocukların kardeşlerinde bu süreç içerisinde kızgınlık, kıskançlık, anksiyete, saldırganlık gibi olumsuz duyguların arttığını; buna bağlı olarak, okul başarılarının düştüğünü, yaşam kalitelerinin azaldığını, aile uyumunu ve aile işleyişini olumsuz yönde etkilediğini göstermektedir (Alferder ve ark., 2010; Mcdonold, 2015; Long ve ark; 2018; Weiner ve Woodly, 2018; Barrera ve ark., 2018; Rolland, 2018,2019). Özellikle bu dönemde kardeşlerin daha fazla rol yüklenmesi, özenetim ve yeterlilik konusunda sıkıntı yaşadıkları, kendilerini baskı altında hissettikleri bildirilmiştir. (Hamama ve ark, 2000). Bazı kültürlerde refakat etme rolü evin büyük çocuğuna verilmektedir, bu durum büyük kardeşte engellenmişlik duygusu ve öfkeyi tetikleyebilir (Beder, 2006; Özbaran ve Erermiş, 2006). Kanserli çocukların kardeşleri tedavi sürecinde yaşadıkları yoğun stres, aileden ayrı kalma, bakım sorunları karşısında, sosyal hizmet uzmanları, ebeveynlere kardeşlerin duygusal ihtiyaçlarının karşılanması, tedavi sürecine dâhil edilmesi ve baş etme yöntemleri konusunda eğitim vermektedir. Sosyal hizmet uzmanları, kardeşlerin anksiyetesi ve durumsal güçlüklerle baş etmeleri için bireysel ve grup çalışmaları organize edebilir. Ayrıca aileyi birlikte değerlendirmek, okul sorunları için rehber öğretmenlerle işbirliği içerisinde olmak kanser hastalarının kardeşleri açısından önemli etkiye sahiptir (Beder, 2006 ; Jones ve ark., 2018).

#### *Evlilik*

Çocukluk çağı kanserleri eşler arasındaki evlilik ilişkisini olumsuz yönde etkilemektedir. Başa çıkma üzerinde eşlerin karşılıklı destekleri önemli bir faktördür. Ancak ne var ki hastanede uzun süren yatışlar eşlerin birbirinden uzaklaşmalarına, stresin artmasına, evlilikte çatışmasının tetiklenmesine yol açabilmektedir. Özellikle geçmiş yıllarda evlilik problemleri mevcut olan, iletişim sıkıntısı yaşayan çiftlerin böylesine zorlu bir süreç içerisinde daha fazla güçlük çektikleri, çocuklarının hastalık stresine ek olarak aynı zamanda evlilik

problemlerinin getirdiği stres ile de baş etmeye çalıştıklarını söylemek mümkündür (Kızıler, 2007). Hentinen ve Kyngas (1998), kronik hastalığı olan çocukların ailelerinde sağlıklı çocukların ailelerine oranla daha fazla çatışma ve problem yaşadığını ortaya koymuşlardır. Çocuklarının ihtiyaçlarına daha fazla zaman ayırmak, eşler arasındaki ilgi ve paylaşımların azalması, ekonomik kaygılar bu dönemde yaşanan çatışmayı tetikleyen unsurlar arasındadır. Eşler arasındaki anlaşmazlıkların azalması, yaşadıkları depresyon ve anksiyete ile baş edebilmeleri ve memnuniyetin artması için psikoterapi, psikoeğitim, başa çıkma beceri eğitimlerinin etkili olduğu bildirilmiştir (Helms ve ark., 2016).

#### *Nüks, palyatif bakım ve ölüm*

Ailelerin, çocukları iyileşse bile sürekli hastalığın nüks etmesine yönelik kaygıları, yoğun bir belirsizlik ve stres yaşamalarına neden olmaktadır. Aileler umutlarının paramparça olduğunu, tedavi sürecinin ve aksaklıkların yeniden başlayacağını fark ederler. Bu gerileme durumu öfkeyi tetikleyebilir, sosyal hizmet uzmanı duruşu ile ailenin duygu düzeyi üzerinde kabullenici olmalı, onların nüksetme ile ilgili duygularını anlatabilmeleri hususunda teşvik edici davranmalıdır (Beder, 2006).

Çocukluk çağı kanserlerinde aileler için en zorlu dönemlerden birisi de palyatif bakım dönemidir. Palyatif bakım yaşamın sonu ile genellikle eş anlamlıdır ve hasta tedavi etkili oluncaya kadar oradan çıkmamaktadır (Jones, 2005; Rosenber ve Wolfe, 2013). Palyatif bakım sürecine ailelerin desteklenmesi, yaşam kalitelerini iyileştirebilecekleri, etkili ve dürüst bir iletişimin doğmasına olanak tanımaktadır (Rosenbeg, Wolfe ve Jones, 2016). Sosyal hizmet uzmanları, palyatif bakım sürecine hem ailenin hazırlanması, ihtiyaç duyulan desteğin sağlanması için kritik öneme sahiptir. Özellikle tedavi mümkün değilse, ailenin zamanında karar vermesi, doğru bilgi ve desteğin sağlanması, ortaya çıkacak duygusal sorunlara karşı hazırlıklı olmak ve uygun müdahaleyi gerçekleştirmek sosyal hizmet uzmanlarının müdahale alanları arasındadır. Aileyi duygusal yönden desteklemek, tutarlı bir tavır sergilemek ve tedavi ekibi ile iletişimi kolaylaştırmak sosyal hizmet uzmanlarının rolleri arasındadır. Ölüm yaklaşırken sürekli destek sağlayarak, duruma ilişkin duygusal boşalmanın önünü açarak ailelere yardımcı olunmaktadır (Jones, 2005).

Tedavinin olumsuz sonuçlanması ile yaşanan çocuğun ölümü, ailede fiziksel, duygusal, sosyal ve ruhsal yönden sıkıntı yaşatmaktadır (Meert ve ark, 2005; Steele ve ark., 2013). Çocuklarını kaybeden aileler tedavi ekibi ile bağlantı kurmak isterler ve tedavi ekibi ile temasları yoksa kendilerini terk edilmiş hissedebilirler. Aileler çocuklarının kaybının yanına, tedavi ekibini de bir destek ağı olarak görür ve onları kaybını da yaşarlar (Lichtenthal ve ark, 2015). Sosyal hizmet uzmanları bu süreçte ailelere yas konusunda danışmanlık vererek, grup çalışmaları organize ederek destek sağlamaktadır (Jones ve ark., 2018)

#### **Ekonomik problemler ve sosyal hizmet müdahalesi**

Çocukluk çağı kanserleri, artan masraflar, ulaşım problemleri ve ihtiyaçlar mevcut ekonomik durumun yetersiz kalması ile sonuçlanabilmektedir. Çoğu kez hasta çocuğun bakım ihtiyacı ya da diğer kardeşlere bakacak kimsenin olmaması nedeniyle ebeveynlerin işten ayrılmak zorunda kaldıkları görülmektedir.

Böylesine durumlar karşısında sosyal çevrelerinden ekonomik olarak destek arayışı içerisinde girebilirler. Sosyal güvenlik sisteminin ya da sivil toplum kuruluşlarının bu amaçla oluşturduğu ekonomik destek aileler için önemli bir kaynak teşkil etmektedir (Yıldırım ve ark., 2013).

Kupst ve Schulman (1988) ve Van Dongen-Melman ve ark. (1995), daha düşük sosyoekonomik statüye sahip ebeveynlerin (gelir veya mesleki rol olarak değerlendirilir) hayatlarında daha büyük genel sıkıntı gösterdiğini bildirmiştir. Düşük gelir aynı zamanda kemoterapiye uyumun azalması ve sağ kalım oranlarının düşmesi üzerinde etkili bir faktördür. Ekonomik sorunlar, çocukluk çağı kanseri ile mücadele eden ailelerin gıda, barınma gibi konularda sorun yaşadığını göstermektedir. Özellikle kanserin ileri evreleri ve hastalığın daha ölümcül hale gelmesi ebeveynlerde daha fazla anksiyete ve depresyon görülmesine ve dolayısıyla çalışma yaşamlarını sürdürme ve ekonomik zorluklarla baş etme konusunda daha fazla sıkıntı yaşamalarına neden olmaktadır (Bona, 2014; Bona ve ark., 2016).

Sosyal hizmet uzmanları, kanser tanısı almış bir çocuk ile karşılaştıklarında ailenin ekonomik durumunu kapsamlı bir şekilde değerlendirmektedir. Değerlendirme sonucunda var olan kaynakların araştırılması, aileye sunulması ve olası ekonomik risklerle ilgili olarak ailenin bilgilendirilmesi sosyal hizmet uzmanlarının görevleri arasındadır (Jones, 2018).

## 2. Sonuç ve Öneriler

Literatürü özetleyen bu çalışmada; çocukluk çağı kanserlerinde artan tedavi imkânları ile hayatta kalma süresinin uzadığı, ancak buna rağmen hastanede uzun süren yatışların ve tedavilerin, çocukların ve ailelerinin yaşamında fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik yönden olumsuz etkilerinin olduğu, yaşam kalitesinin azaldığı; tanı, tedavi, nüks, palyatif bakım ve ölüm aşamalarında farklı sorun ve gereksinimlerin ortaya çıktığı, bu ihtiyaç ve gereksinimlerin belirlenmesinde, gerekli değerlendirme ve müdahalenin yapılmasında sosyal hizmet uzmanlarının etkin rol oynadığı sonucuna ulaşılmıştır. Danışman, savunucu, arabulucu, eğitimci gibi mesleki rolleri yerine getiren sosyal hizmet uzmanları için çocukluk çağı kanserlerinin artacağı (American Cancer Society, 2019) öngörülmesi, alanda çalışan daha fazla sosyal hizmet uzmanına, yeni müdahale yöntemlerine ve etkin sosyal hizmet uygulaması için yeni önerilere ihtiyaç olduğunu ortaya koymaktadır.

### *Çocuklara yönelik öneriler*

- Çocukluk çağı kanserlerinde, çocukların yaşadıkları fiziksel değişimlere odaklanan sosyal hizmet alanında oldukça kısıtlı çalışma olduğu görülmektedir. Psikolojik ve sosyal problemlerin dayanağı olarak görülen fiziksel sorunlar ve değişimlere yönelik, sosyal hizmet uzmanlarının daha duyarlı ve empatik olması, bu konuda benzer sorunları yaşayan çocuklara yönelik destek grupları oluşturmaları ve terapötik desteğin sağlanması gereklidir.
- Çocukların okula geri döndüklerinde karşılaştıkları sorunların belirlenmesi ve çözümü, okul sosyal hizmetinin çocukluk çağı kanserleri için gerekliliğini ortaya koymaktadır. Ayrıca COVID-19

pandemisi nedeniyle ülkemizde ve dünyada çocukluk çağı kanseri olan çocukların karşılaştıkları problemlerin ve uzaktan eğitimin ortaya çıkardığı etkilerin sosyal hizmet uzmanlarınca değerlendirilmesinde yarar vardır.

- Okul dönemi ve adölesan çocukların tedaviye katılım, bilgi alma ve tıbbi müdahalede karar alma konusunda görüşlerinin ele alınması, haklarının bildirilmesi hem sosyal hizmet açısından hem de çocuk haklarının uygulanması bakımından faydalı olabilir.

#### *Ailelere yönelik öneriler*

- Çocukluk çağı kanserlerinde evlilik ilişkilerinin zarar gördüğü ailelerin yaşadığı sorunlar bölümünde ele alınmıştır, ancak literatür incelendiğinde eşlerin ne tür çatışmalar yaşadıkları, bunların nedenleri ve baş etme becerilerini konu alan çalışmalar yok denecek kadar azdır. Sosyal hizmet uzmanlarının, çocukluk çağı kanserlerinde ebeveynlerin evlilik uyumu ve doyumunu, çatışmalarını konu alan çalışmaların sorun ve gereksinimlerin belirlenmesi, uygun olan müdahalenin seçilmesi ve tedavi sürecinin daha kolay geçmesi için faydalı olacağı düşünülmektedir. Bu bağlamda hastane temelli aile danışmanlığı evlilik sorunları ile baş etme bakımından etkin bir yöntem olarak değerlendirilebilir.
- Çocukluk çağı kanserlerine ilişkin yerel ve ulusal çalışmalar, toplumsal duyarlılığa ilişkin faaliyetler ve sivil toplum örgütlerinin konuya ilişkin çalışmaları çocukluk çağı kanserlerinde, ailelerin ekonomik ve sosyal yönden desteklenmesi açısından önem teşkil etmektedir. Sosyal hizmet bu anlamı ile toplumla çalışma konusunda etkin rol oynayan bir meslektir. Toplumun farkındalık kazanması, ulusal ve yerel çalışmalar, sağlık ve sosyal politikalara etkin katılım, savunuculuk yapmak sosyal hizmetin çocukluk çağı kanserlerinde müdahale alanlarını ve becerilerini temsil etmektedir.

Sonuç olarak bakıldığında çocukluk çağı kanserlerine ilişkin müdahale becerilerinin gelişmesi, kanserli çocuklar ve aileleri için tedavi süreçlerinin daha olumlu geçmesini, stresin azalmasını ve hizmet kalitesinin artmasını sağlayacaktır. Uluslararası ve ülkemizde alanla ilgili yapılan araştırma ve uygulamaların yer aldığı bu derlemede, çocukluk çağı kanserlerinde sosyal hizmet konusunda yapılan araştırmalardan örnekler verilmiştir. Yapılan literatür taraması, ülkemiz açısından çocukluk çağı kanserlerinde sosyal hizmet konusunda daha fazla olguya dayalı sunum ve araştırma yapılmasının alana daha fazla katkı sunacağını düşündürmektedir.

**Kaynakça**

- Abrams, A. N., Hazen, E. P., Penson, R. T. (2007). Psychosocial issues in adolescents with cancer. *Cancer Treatment Reviews*, 33(7), 622-630.
- Abrams, A. N., Muriel, A.C., Wiener, L. (Ed.). (2016). *Pediatric Psychosocial Oncology: Textbook for Multidisciplinary Care*. Springer International Publishing.
- Adaletli H. (2009). Kanserli Çocuk ve Ergenlerde Psikiyatrik Hastalıklar ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. Tıp Fakültesi, Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi
- Ağaoğlu, L., ve Nogay, G. (2011). Kanserlin Psikososyal Yönü. A. Ekşi (Dü.) içinde, Ben Hasta Değilim, Çocuk Sağlığı ve Hastalıklarının Psikososyal Yönü. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Ander, M., Grönqvist, H., Cernvall, M., Engvall, G., Hedström, M., Ljungman, G., Lyhagen, J., Mattsson, E., Von Essen, L. (2016). Development of health-related quality of life and symptoms of anxiety and depression among persons diagnosed with cancer during adolescence: A 10-year follow-up study. *Psycho-Oncology*, 25(5),582-589.
- Anuk, D. (1999). Kanser, kanserli hasta, hasta ailesi ve tedavi ekibi. *Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Kongre Kitabı*, Düz: Özkan S, İstanbul, 160- 173.
- Ayhan Balık, C. H. ve Buzlu, S. (2020). Psychosocial Approaches to Children Having Oncologic Problems and Their Family. *Journal of Academic Research in Nursing*, 6(3), 592-597
- Alderfer, M.A. , Long, K.A., Lown, E.A. , Marsland, A.L., Ostrowski, N.L., Hock, J.M., Ewing, J.L. (2010). Psychosocial adjustment of siblings of children with cancer: a systematic review. *Psychooncology*, 19(8),789-805
- Barrera, M., Atenafu, E., Nathan, P. C., Schulte, F., Hancock, K. (2018). Depression and quality of life in siblings of children with cancer after group intervention participation: A randomized control trial. *Journal of Pediatric Psychology*, 43(10), 1093–1103.
- Beale, I. L., Kato, P. M., Marin-Bowling, V. M., Guthrie, N., Cole, S. W. (2007). Improvement in cancer-related knowledge following use of a psychoeducational video game for adolescents and young adults with cancer. *Journal of Adolescent Health*, 41(3), 263–270.
- Beder, J. (2006). *Hospital social work: The interface of medicine and caring*. Routledge.69-81
- Bhatia, S., Landier, W., Shangguan, M., Hageman, L., Schaible, A.N., Carter, A.R., Hanby, C.L., Leisenring, W., Yasui, Y., Kornegay, N.M., Mascarenhas, L., Ritchey, A.K., Casillas, J.N., Dickens, D.S., Meza, J., Carroll, W.L., Relling, M.V., Wong, F.L. (2012). Nonadherence to oral mercaptopurine and risk of relapse in Hispanic and non-Hispanic white children with acute lymphoblastic leukemia: a report from the children's oncology group. *Journal of Clinical Oncology*,30(17), 2094–2101.
- Bingen, K. ve Kupst, M. J. (2010). Evaluation of a survivorship educational program for adolescent and young adult survivors of childhood cancer. *Journal of Cancer Education*, 25 (4), 530–537
- Bona, K. (2014). *Economic Impact of Advanced Pediatric Cancer on Families*. 47(3), 10.
- Bona, K., London, W. B., Guo, D., Frank, D. A., Wolfe, J. (2016). Trajectory of Material Hardship and Income Poverty in Families of Children Undergoing Chemotherapy: A Prospective Cohort Study: Poverty in Pediatric Oncology. *Pediatric Blood & Cancer*, 63(1),105-11
- American Cancer Society, 2019. Cancer Treatment & Survivorship Facts & Figures 2019-2021. Erişim tarihi: 08.02.2021.<https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/cancer-treatment-and-survivorship-facts-and-figures/cancer-treatment-and-survivorship-facts-and-figures-2019-2021.pdf>
- Chesler, M. ve Barbarin, O. (1987). Childhood cancer and the family: Meeting the challenge of stress and support. New York: Brunner/Mazel.
- Cincotta, N., 1993, Psychosocial Issues in the World of Children with Cancer, *Cancer Supplement*, 17(10),3251-3260.
- Çavuşoğlu, H. (2001). Depression in Children with Cancer. *Journal of Pediatric Nursing*. 16: (5), 380–384.
- Dickerman, J. (2007). The late effects of childhood cancer therapy. *Pediatrics*, 119(3), 554–568.
- Dolgin, M. J., Somer, E., Buchvald, E., Zaizov, R. (1999). Quality of Life in Adult Survivors of Childhood Cancer. *Social Work in Health Care*, 28(4), 31-43.

- Elbi Mete H, Önen Ö (2001). Kanserli hastalarda depresyon. *Duygudurum Dizisi* .4:184-191.
- Elçigil, A. (2007). Kanserli Çocuk Okula Gidebilir mi ?. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 11(2), 40-46.
- Eiser, C., Jenney, M.M. (1996). Measuring symptomatic benefit and quality of life in paediatric oncology. *Br J Cancer*, 73:1313–6.
- Erdemir F, Arslan FT. (2013). Onkolojik Sorunu Olan Çocuk ve Hemşirelik Bakımı. *Pediatric Hemşireliği*, Ankara/Yenişehir, Akademisyen Tıp Kitabevi, (1): 765-818.
- Erdoğan, A., Karaman, M.G.(2008). Kronik ve ölümcül hastalığı olan çocuk ve ergenlerde ruhsal sorunların tanınması ve yönetilmesi. *Anatolian Journal of Psychiatry* . 9:244-252
- Fearnow-Kenney, M., ve Kliever, W. (2000). Threat appraisal and adjustment among children with cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 18(3), 1–17.
- Goldbeck, L. (2001). Parental coping with the diagnosis of childhood cancer: Gender effects, dissimilarity within couples and quality of life. *Psycho-Oncology*, 10, 325–335
- Hamama, R., Ronen, T., Feigin, R. (2000). Self-Control, Anxiety, and Loneliness in Siblings of Children with Cancer. *Social Work in Health Care*, 31(1), 63-83.
- Harbeck, C., Peterson, L. (1992). Elephants dancing in my head – a developmental approach to children’s concepts of specific pains. *Child Dev*, 63:138–49.
- Haunberger, S., Rüegger, C., Baumgartner, E. (2020). Effects of Social Counseling on Parents of a Child With Cancer. *Research on Social Work Practice*, 30(5), 539-552.
- Heiney, S.P., Goon-Johnson, K., Ettinger, R.S. (1990). The effects of group therapy on siblings of pediatric oncology patients. *J Pediatr Oncol Nurs*, 7(3),95-100.
- Helms, A.S., Schmiegelow, K., Brok, J., Johansen, C., Thorsteinsson, T., Simovska, V.& Larren, H.B.( 2016). Facilitation of scholl re-enrty and peer acceptance of children with cancer; a review and meta analysis of intervention studies. *European Journal of Cancer Care*, 25: 170-179
- Hentinen, M., Knagas H.( 1998). Factors associated with the adaptation of parents with a chronically ill child. *Journal of Clinical Nursing* .7,316–324.
- Houtzager, B.A., Grootenhuis, M.A., Last, B.F. (1999). Adjustment of siblings to childhood cancer: A literature review. *Support Care Cancer*, 7,302-320.
- Jones, B. L. (2006). Pediatric Palliative and End-of-Life Care: The Role of Social Work in Pediatric Oncology. *Journal of Social Work in End-Of-Life & Palliative Care*, 1(4),32-62.
- Jones, B., Currin-Mcculloch, J., Pelletier, W., Sardi-Brown, V., Brown, P., & Wiener, L. (2018). Psychosocial standards of care for children with cancer and their families: A national survey of pediatric oncology social workers. *Social Work in Health Care*, 57(4), 221-249.
- Kıziler, E. (2007). Kanserli Çocuğu Olan Ailelerin Sosyal Destek Algısı, Umutsuzluk ve Başetme Davranışları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). GATA Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Kohlsdorf, M., ve Costa Junior, A.L. (2012). Psychosocial impact of pediatric cancer on parents: A literature review. *Paid ´eia (Ribeira ~o Preto)*, 22, 119–129.
- Kupst, M. J., ve Schulman, J. L. (1988). Long-term coping with pediatric leukemia: A sixyear follow-up study. *Journal of Pediatric Psychology*, 13(1), 17–22.
- Kurtz, B. P., ve Abrams, A. N. (2011). Psychiatric Aspects of Pediatric Cancer. *Pediatric Clinics of North America*, 58(4), 1003-1023.
- Küveli, B. Y. ve Küveli, S. (2015). Çocukluk Çağı Kanserleri ve Yaşam Kalitesi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 24(3), 368.
- Landolt, M.A., Vollrath, M., Niggli, F.K., Gnehm, H.E., Sennhauser, F.H. (2006). Health-related quality of life in children with newly diagnosed cancer: a one year follow-up study. *Health Qual Life Outcomes*.;4(63),1-8.
- Langeveld, N.E., Grootenhuis, M.A., Voute, P.A. De Haan, D.J. (2004) Posttraumatic stress symptoms in adult survivors of childhood cancer. *Pediatr Blood Cancer*, 42(7),604-610.
- Last, B. F. ve Grootenhuis, M. A. (1998). Emotions, coping and the need for support in families of children with cancer: A model for psychosocial care. *Patient Education and Counseling*, 33(2), 169-179.

- Lichtentha, W.G., Sweeney, C.R., Roberts, K.E., Corner, G.W., Donovan, L.A., Prigerson, H.G., Wiener, L. (2015). Bereavement Follow-Up after the death of a child as a standard of care in pediatric oncology. *Pediatric Blood & Cancer*, 62(55), S834–S869.
- Lipshultz, S.E., Landy, D.C., Lopez-Mitnik, G., Lipsitz, S.R., Hinkle, A.S., Constine, L.S., Miller, T.L. (2012). Cardiovascular status of childhood cancer survivors exposed and unexposed to cardiotoxic therapy. *Journal of Clinical Oncology*, 30(10), 1050–1057.
- Long, K. A., Lehmann, V., Gerhardt, C. A., Carpenter, A. L., Marsland, A. L., & Alderfer, M. A. (2018). Psychosocial functioning and risk factors among siblings of children with cancer: An updated systematic review. *Psycho-Oncology*, 27(6), 1467–1479.
- Maurice-Stam, H., Grootenhuis, M.A., Brons, P.P., Caron, H.N., Last, B.F. (2007). Psychosocial indicators of healthrelated quality of life in children with cancer 2 months after end of successful treatment. *J Pediatr Hematol Oncol*. 29:540-50
- Meert, K.L., Thurston, C.S., Briller, S.H. (2005). The spiritual needs of parents at the time of their child's death in the pediatric intensive care unit and during bereavement: A qualitative study. *Pediatric Critical Care Medicine: A Journal of the Society of Critical Care Medicine and the World Federation of Pediatric Intensive and Critical Care Societies*, 6(4), 420.
- McDonald, F. E. J., Patterson, P., White, K. J., Butow, P., & Bell, M. L. (2015). Predictors of unmet needs and psychological distress in adolescent and young adult siblings of people diagnosed with cancer. *Psycho-Oncology*, 24(3), 333–340.
- Murray, J. S. (2002). A qualitative exploration of psychosocial support for siblings of children with cancer. *Journal of Pediatric Nursing*, 17(5), 327-337.
- Neglia, J.P., Friedman, D.L., Yasui, Y., Mertens, A.C., Hammond, S., Stovall, M., Donaldson, S.S., Meadows, A.T., Robison, L.L. (2001). Second malignant neoplasms in five-year survivors of childhood cancer: childhood cancer survivor study. *Journal of the National Cancer Institute*, 93(8), 618–629.
- Nicholas, D. B., Gearing, R. E., McNeill, T., Fung, K., Lucchetta, S., Selkirk, E.K. (2009). Experiences and Resistance Strategies Utilized by Fathers of Children with Cancer. *Social Work in Health Care*, 48(3), 260-275.
- Noeke-Hoeksema, S., Girgus, J.S. (1994). The emergence of gender differences in depression during adolescence. *Psychol Bull*. 115:424–43.
- Özbaran, B. ve Erermiş, S. (2006). Kanser Tedavisi Gören Çocuk ve Gençlerde Uzun Süreli İzlem Sürecinde Psikososyal Özelliklerin Tanımlanması ve Genel Yaklaşım İlkeleri. *Klinik Psikiyatri*, 9,185-190.
- Özdemir, F.K., Şahin, Z.A., Küçük, D. (2009). Kanserli Çocuğu Olan Annelerin Bakım Yüklerinin Belirlenmesi. *Yeni Tıp Dergisi*. 26: 153-158.
- Özbesler, C. (2013) . Hasta Yaşam Kalitesinde Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulamalarının Yeri. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 6-12
- Özkan, M.N. (1997). Psiko-onkoloji. Konsültasyon- Liyezon Psikiyatrisi Kongre Kitabı, İstanbul, 21- 30.
- Patenaude, A.F. ve Last, B. (2001). Cancer and children: Where are we coming from? Where are we going? *Psycho-Oncology*, 10(4), 281-283.
- Petrie, K. J., Cameron, L. D. , Ellis, C. J., Buick, D., Weinman, J. (2002). Changing Illness Perceptions After Myocardial Infarction: An Early Intervention Randomized Controlled Trial. *Psychosomatic Medicine*. 64(4),580–586.
- Pyke-Grimm, K.A., Stewart, J. L., Kelly, K. P. ve Degner, L. F. (2006). Parents of Children With Cancer: Factors Influencing Their Treatment Decision Making Roles. *Journal of Pediatric Nursing*, 21(5), 350-361.
- Quin, S. (2005). The Long-Term Psychosocial Effects of Cancer Diagnosis and Treatment on Children and Their Families. *Social Work in Health Care*, 39(1-2), 129-149.
- Robison, L.L. (2005). The Childhood Cancer Survivor Study: a resource for research of long-term outcomes among adult survivors of childhood cancer. *Minn Med*. 88(4):45-49.
- Rolland, J. S. (2018). Helping couples and families navigate illness and disability: An integrated approach. *Guilford Publications*.
- Rolland, J. S. (2019). Families, health, and illness. In S. Gehlert & T. Browne (Eds.), *Handbook of health social work*, John Wiley & Sons, Inc, 331–357.
- Rosenberg, A. ve Wolfe, J. (2013). Palliative care for adolescents and young adults with cancer. *Clinical Oncology in Adolescents and Young Adults*, 3, 41–48

- Rosenberg, A., Wolfe, J. ve Jones, B. (2016). Palliative care for children with cancer and their families In Abrams, A.N., Muriel, A.C ve Wiener, L. (Eds.) *Pediatric psychosocial oncology: Textbook for multidisciplinary care*, New York: Springer, 243–263.
- Sezgin, S., Ekinci, M. ve Okanlı, A. (2007). Kanserli Çocukların Yaşadıkları Psikososyal Problemler ve Hemşirelik Yaklaşımları. *O.M.Ü. Tıp Dergisi*, 24(3), 107-112.
- Sklar, C., Whitton, J., Mertens, A., Stovall, M., Green, D., Marina, N., & Robison, L. (2000). Abnormalities of the Thyroid in survivors of Hodgkin's disease: Data from the childhood cancer survivor study 1. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. 85(9), 3227–3232.
- Smith, M.A., Lynn, A.G. (2002). Childhood Cancer: Incidence, Survival and Mortality. Principles and Practice of Pediatric Oncology, Pizzo PA, Poplack D (Ed), 4. Baskı, Philadelphia Lippincott Williams & Wilkins, 1-13.
- Smith, A. W., Bellizzi, K. M., Keegan, T. H. M., Zebrack, B., Chen, V. W., Neale, A. V., Hamilton, A. S., Shnorhavorian, M., Lynch, C. F. (2013). Health-Related Quality of Life of Adolescent and Young Adult Patients With Cancer in the United States: The Adolescent and Young Adult Health Outcomes and Patient Experience Study. *Journal of Clinical Oncology*, 31(17), 2136-2145.
- Steele, A.C., Kaal, J., Thompson, A.L., Barrera, M., Compas, B.E., Davies, B. Ve Vannatta, K. (2013). Bereaved parents and siblings offer advice to healthcare providers and researchers. *Journal of pediatric hematology/oncology*, 35(4), 253.
- Stewart, J. (2003). "Getting used to it": Children finding the ordinary and routine in the uncertain context of cancer. *Qualitative Health Journal*, 13(3), 394–407.
- Taşkıran Tepe, H.(2019). Çocukluk Çağı Kanserli Deneyimleyen Ergenlerin Bakış Açısından Hastalık Ve Tedavi Süreci: Bir Nitel Araştırma. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*.13(21-41).
- Van Dongen-Melman, J., De Groot, A., Hahlen, K., & Verhulst, F. C.(1995). Siblings of childhood cancer survivors: How does this "forgotten" group of children adjust after cessation of successful cancer treatment? *European Journal of Cancer*, 31(13-14), 2277-2283.
- Verulava, T., Asatiani, T., Dangadze, B. ve Jorbenadze, R. (2019). The role of social workers in pediatric oncology. *Archives of the Balkan Medical Union*, 54(2), 315-319.
- Vindrola- Padnos C., Brage, E. (2017). What is not, but might be: The disnarrated in parents' stories of their child's cancer treatment. *Social Science & Medicine*. 193,16-22.
- Weiner, J. A. ve Woodley, L. K. (2018). An integrative review of sibling responses to childhood cancer. *Journal of Child & Adolescent Psychiatric Nursing*, 31(4), 109–119.
- Weinman, J. ve Petrie, K. J. (1997). Illness perceptions: A new paradigm for psychosomatics? *Journal of Psychosomatic Research*, 42(2), 113-116.
- Yıldırım, B., Acar, M. ve Tuncay, T. (2013). Onkoloji alanında sosyal hizmet uzmanlarının görevleri ve kanıta dayalı değerlendirme. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 24(1), 169-190.
- Yıldırım, N. S., Demirkaya, M., Sevinir, B. B., Güler, S., Vural, A. P., DemİRöz, C., Kantarcıoğlu, A. Ç. (2017). A prospective follow-up of quality of life, depression, and anxiety in children with lymphoma and solid tumors. *Turk J Med Sci*, 47, 1078-1088.
- Yılmaz, H. B. (2000). Çocukluk Çağı Kanserleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 16 (I): 91-105
- Zebrack, B. ve Chesler, M. (2002). Quality of life in childhood cancer survivors. *PsychoOncology*, 11, 132–141.





SAĞLIK BAKANLIĞI  
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü  
Hasta Hakları ve Tıbbi Sosyal Hizmetler Dairesi Başkanlığı  
Bakanlık Yayın No:963

ULAKBİM TR Dizinde Taranmaktadır



Hakemli Dergi  
**TSHD**

Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi

ISSN: 2149-309X-Biannually  
<https://edergi.saglik.gov.tr/>  
<https://dergipark.org.tr/tr/pub/tshd>  
Yıl/Year: 2021 Haziran/June  
Sayı/Issue: 17

## YAŞLILIKTA SOSYAL DIŞLANMA ARAŞTIRMALARI: BİR İÇERİK ANALİZİ

Nilüfer KORKMAZ YAYLAGÜL<sup>1</sup>  
Hande BARLIN<sup>2</sup>  
Hande KIRIŞIK<sup>3</sup>

### Makale Bilgileri/ Article info

Makalenin Türü/Article Type: Derleme  
Geliş Tarihi / Date Received : 24.03.2021  
Revizyon Tarihi/Date Revised:10.05.2021  
Kabul Tarihi / Date Accepted: 21.06.2021  
Yayın Tarihi / Date Published: 30.06.2021  
DOI: <https://doi.org/10.46218/tshd.902246>

**Makale Künyesi/To cite this article:** Korkmaz Yaylagül, N., Barlin, H. ve Kırışık, H. (2021, Haziran). Yaşlılıkta sosyal dışlanma araştırmaları: Bir içerik analizi. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 17, 197-213. Doi: <https://doi.org/10.46218/tshd.902246>

**Sorumlu Yazar/Corresponding Author:**  
Nilüfer KORKMAZ YAYLAGÜL, Akdeniz  
Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi,  
Gerontoloji Bölümü,  
[niluferyaylagul@akdeniz.edu.tr](mailto:niluferyaylagul@akdeniz.edu.tr)

### Öz

Sosyal dışlanma, sosyal, ekonomik, bireysel ve sağlıkla ilgili risklerin artma eğiliminde olduğu yaşamın yaşlılık döneminde önemli bir konudur. Türkiye’de akademik literatürde sosyal dışlanma ele alınmaya başlanmıştır. Yaşlılık, yaygınlaşmaya başlayan bir alan olmakla birlikte yaşlılıkta sosyal dışlanma üzerine çalışmalar sınırlıdır. Bu araştırmanın amacı uluslararası literatürde yaşlılıkta sosyal dışlanma çalışmalarını ele alarak bunların genel eğilimlerini, kavramsal ve yöntemsel özelliklerini ortaya koymaktır. Araştırma doküman incelemesi olup verilerin analizinde içerik analizi yöntemi kullanılmıştır. Araştırmanın bulguları araştırmalarda ele alınan konular, ölçme araçları ve kavramlar ile sosyal dışlanmanın sınırlarının nasıl çizildiği ve kavramın nasıl ele alındığı çerçevesinde oluşturulmuştur. Bu konularda tek model olmamasına karşın ele alınan konuya göre ölçme araçlarının ve operasyonel tanımlamaların da değiştiği görülmüştür. Sonuç olarak, sosyal dışlanma kavramında bir uzlaşma olmamakla birlikte genellikle sosyal dışlanmanın ana akım toplumun üyelerinin aksine, dışlanan bireylerin ekonomik, sosyal ve sivil hayata katılmama, yaşam ortamındaki bağlantılardan kopma, hizmet ve olanaklardan yararlanma gibi sorunların hepsini veya birkaçını yaşamaları durumu olarak anlaşıldığı ortaya çıkmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** sosyal dışlanma, yaşlılık, içerik analizi

## RESEARCHES ON SOCIAL EXCLUSION AT OLD AGE: A CONTENT ANALYSIS

### Abstract

Social exclusion emerges as an important issue at old age, where social, economic, individual and health risks tend to increase. While research on old age has been becoming widespread in Turkey, research on social exclusion at old age is still limited. With a view to fill this void, we aim to reveal general tendencies and conceptual and methodological features of the literature in English on social exclusion at old age. The document review was used and data were analysed with content analysis method. The findings of the research concentrate on subjects studied, measurement tools and concepts discussed, boundaries of social exclusion as well as the way the concepts were treated. There is

<sup>1</sup> Doç. Dr., Akdeniz Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Gerontoloji Bölümü, [niluferyaylagul@akdeniz.edu.tr](mailto:niluferyaylagul@akdeniz.edu.tr), ORCID: 0000-0001-9918-7968

<sup>2</sup> Dr. Öğr. Üyesi, Gebze Teknik Üniversitesi İşletme Fakültesi, İktisat Bölümü, [hbarlin@gtu.edu.tr](mailto:hbarlin@gtu.edu.tr), ORCID: 0000-0001-7699-2382

<sup>3</sup> Öğr. Gör., Ankara Üniversitesi, Haymana Meslek Yüksekokulu, Yaşlı Bakımı Programı, [handekirisik@hotmail.com](mailto:handekirisik@hotmail.com), ORCID: 0000-0002-2395-7855

no single model and measurement tools and definitions vary with the subjects discussed. We also find that, while there is no complete consensus on the concept of social exclusion, there is a general understanding that contrary individuals in the mainstream society, socially excluded individuals experience one or multiple problems associated with participation in economic, social and civic life or breaking of links with their environment (habitat) or not being able to benefit from services or opportunities

**Keywords:** *Social exclusion, Old age, Content analysis*

## 1. Giriş

Sosyal dışlanma kavramı, literatürde Avrupa ve özellikle Fransız akademik geleneğinde şekillenmiş bir kavramdır. Kavram ilk kez Renée Lenoir tarafından 1974 yılında kullanılmıştır. Lenoir, sosyal sigortaya dahil olmayan insanları tanımlamak üzere “les exclus” (dışlananlar) kavramını kullanmıştır (aktaran Lee vd., 2014). Bu dönemde Avrupa’da sosyal dışlanma, işsiz olanlar ve sosyal güvenceye sahip olmayanları tanımlamıştır. 1990’larda ise İngiltere’de bu kavram çerçevesinde sosyal politikaların geliştirilmesi hedeflenmiştir. Dönemin İşçi Partisi hükümetince İngiltere’de Sosyal Dışlanma Birimi kurulmuştur. Bu birim, sosyal dışlanma ve sosyal dışlanmanın önlenmesine yönelik araştırmalar yapmıştır. 2000’li yıllarda ise bu ilgi, Avrupa’ya yayılmış ve Avrupa Birliği Komisyonu tarafından 2010 yılı sosyal dışlanma ve yoksullukla mücadele yılı ilan edilmiştir (Van Regenmortel vd., 2018).

Sosyal dışlanma ile ilgili çeşitli tanımlar bulunmaktadır. İngiltere Sosyal Dışlanma Birimi (2001) sosyal dışlanmayı “insanlar ve bölgeler arasında işsizlik, kalifiye olamama, düşük gelir, kötü konut koşulları, yüksek suç oranı, kötü sağlık koşulları gibi birbiriyle bağlantılı sorunlar olduğunda ortaya çıkabilecek durum” olarak tanımlamaktadır (aktaran Scharf, Philipson ve Smith, 2005). Walsh vd. ise sosyal dışlanmayı “bireylerin ya da grupların ana akım toplumdaki dışlanması” olarak ifade etmektedir (Walsh, Scharf ve Keating, 2017). Bu tanımlar birtakım dezavantajlar nedeniyle sosyal dışlanmaya maruz kalan tüm grupları kapsamaktadır. Sosyal dışlanma, toplumun genelinden dışlanmayı anlatan bir kavram olarak, buna maruz kalanların çoğunluk karşısında çok çeşitli konularda dezavantajlı olduğu ve çeşitli sebeplerin sonucunda toplumun çeperinde yer aldığı bir anlam kurar. Bu bağlamda, her ne kadar daha çok yoksullukla ilişkilendirilse de, sosyal dışlanma aslında toplumsal eşitsizliklerle ilişkin bir kavramdır. Buna karşılık, sosyal dışlanma kavramı, sınıfsal eşitsizliklerden farklı bir çerçeve sunmaktadır.

Yaşlılıkta sosyal dışlanma konusu ise, küresel düzeyde nüfusun yaşlanması olgusu ile paralel olarak gündeme gelmiştir. Bu dönem aynı zamanda devletin küçülmesini salık veren neo-liberal politikaların dünyada yaygınlaşmaya başladığı döneme rastlamıştır. Bu süreç kamusal sağlık ve bakım hizmetlerinin kısıtlanması, emeklilik sistemlerinin dönüştürülmesi, sağlık ve sigorta sisteminin özelleştirilmesi, hem gelir dağılımını olumsuz yönde etkilemiş (Cuadrado-Ballesteros ve Peña-Miguel, 2018) hem de hizmetlere erişimde eşitsizliklere yol açmıştır. Bu koşullardan en çok etkilenen gruplardan biri olan yaşlılar, bu dönemde daha fazla kırılanlaştığından sosyal dışlanma riski yüksek olan gruplardan biri olarak gündeme gelmiştir (Walsh vd., 2014; Korkmaz, 2014). Bir tanım olarak

yaşlıların sosyal dışlanması; yaşlandıkça kaynakların, hakların, malların ve hizmetlerin eksikliğini ya da sınırlılığını ve çeşitli ortamlarda insanların çoğunun erişebileceği normal ilişkilere ve faaliyetlere katılamamayı içeren karmaşık bir süreç olarak ifade edilmektedir (Walsh, Scharf ve Keating, 2017).

Yapısal koşulların yanı sıra yaşlılıkla birlikte ortaya çıkan riskler, sosyal dışlanma sürecini hızlandırabilmektedir. Bu riskler çok boyutludur. Bireyler yaş arttıkça fiziksel ve bilişsel gerilemelere uğrayabilir, bazı hastalıklara yakalanma riskleri yükselir, emeklilikten kaynaklı olarak ekonomik kayıplar yaşayabilirken yaşamları boyunca biriktirdikleri sosyal sermayeleri aşınabilir ya da yakınlarını kaybederek daha izole bir yaşam sürdürebilirler (Phillipson ve Scharf, 2004; Pekesen, 2020; Korkmaz Yaylagül ve Baş, 2021).

Yaşlıların sosyal dışlanması konusundaki ilk çalışmalar yoksulluğun neden olduğu olumsuzlukları ele almıştır. Daha sonraki çalışmalar finansal kaynak eksikliğini ötesinde diğer kaynakların ve ortamların da sosyal dışlanmayı etkilediğini göstermiştir (Kneale, 2012). Bu bağlamda yaşlıların sosyal dışlanmasını belirleyen bazı maddi ve maddi olmayan kaynaklar söz konusudur. Bu boyutlar literatürde çeşitlidir. Örneğin, Scharf, Phillipson ve Smith (2005) çalışmalarında yaşlı bireylerin dışlanma alanlarını maddi kaynaklar, sosyal ilişkiler, yurttaşlık faaliyetleri, temel hizmetler ve yaşadığı çevre olarak beş boyutta ele almıştır. Kneale (2012) ise yaşlı insanlar ve sosyal dışlanma konusundaki raporunda yaşlı bireylerin dışlandıkları alanları; sosyal ilişkiler, finansal ürünler, uygun konut ve toplu taşıma, kentsel aktiviteler ve bilgiye erişim, yerel olanaklar, yaygın tüketim ürünleri ve kültürel aktiviteler olmak üzere yedi boyutta incelemiştir.

Yaşlılıkta sosyal dışlanma konusunda yapılan, farklı metotları temel alan literatür incelemeleri vardır. Örneğin Walsh, Scharf ve Keating (2017) tüm literatürü inceledikleri ve kavramsal bir tarama gerçekleştirdikleri çalışmalarında dışlanma alanlarını; maddi ve finansal kaynaklar (hizmetler, konfor artırıcı altyapı ve olanaklar ile hareketlilik), sosyal ilişkiler, sivil katılım, mahalle ve topluluk (yaşanılan ortam), sosyo-kültürel yönler olmak üzere altı boyut olarak değerlendirmiştir. Öte yandan Van Regenmortel vd. (2016), literatür incelemelerinde yaşam seyri (life course) perspektifinden çalışmaları ele almış, yaşlılıkta sosyal dışlanmanın önüne geçmek için yaşam süreci bakış açısının önemli olduğunu vurgulamıştır.

Toplumsal eşitsizlikler alanında ve politika yapımcılar tarafından ilgi gösterilen ve özellikle toplumdaki kırılgan kesimlerin dışlanmasının önlenmesine yönelik ilgi, Türkçe literatürde de kendisini göstermesine rağmen (Erkul ve Koca, 2016; Koca, 2015; Karataşoğlu ve İslamoğlu, 2016; Yusufoglu ve Kızmaz, 2016), yaşlılıkta sosyal dışlanma ile ilgili makale sayısı son derece azdır. Çunkuş vd. (2019) sosyal dışlanma ve yaşlılık konusunda yaptıkları derlemede, literatürün yaşlıların dışlanmasını sosyal ilişkilerden, kültürel faaliyetlerden, toplumsal faaliyetlerden, temel hizmetlere erişimden, finansal ürünlerden, yaygın tüketim ürünlerinden ve sağlık hizmetlerinden dışlanma çerçevesinde incelediğini ortaya koymuş, özellikle sağlık personelinin yaşlıların karşı karşıya kaldığı sosyal dışlanma konusunda

farkındalığın artırılması gerektiğini vurgulamışlardır. Genç ve Dalkılıç (2013) ise sosyal dışlanmayı özellikle yalnızlık ve sosyal ilişkilerden dışlanma çerçevesinde ele almış, sosyal dışlanmanın yaşlıların bilinçaltına işlenmiş olduğunu ortaya koymuştur. Korkmaz Yaylagül ve Aslan (2020) Türkiye'deki Suriyeli yaşlı mültecilerin dışlanma deneyimlerini ele almışlardır. Son olarak Apak ve Apak (2020) ise Türkçe literatür için yaşlılıkta sosyal dışlanma ölçeğinin geliştirilmesi üzerinde durmuşlardır. Literatür incelemesinden hareketle Türkiye'de sosyal dışlanma ve yaşlılığı ele alan çalışmaların son on yıllık dönem içinde gerçekleştirildiği söylenebilir. Aynı zamanda yapılan literatür incelemesinde kavramın sınırlarını ve alt boyutlarını ele alan bir çalışmaya da rastlanmamıştır. Buradan hareketle yaşlılıkta sosyal dışlanma konusunun yaygın olduğu uluslararası literatürde nasıl ele alındığı ve bu konudaki araştırmaların genel eğiliminin nasıl olduğunun ortaya koyulması Türkçe literatüre katkı sağlayacaktır. Bu çerçevede bu çalışmanın amacı, tanımlanması ve ölçülmesi karmaşık bir kavram olan sosyal dışlanmanın uluslararası literatürde kavramsal ve yöntemsel olarak ele alınma eğilimlerini ortaya koymaktır.

Bu amaçla bu çalışmada şu sorulara cevap aranmaktadır:

- Literatürde yaşlılıkta sosyal dışlanma çalışmalarının genel eğilimi nasıldır?
- Literatürde yaşlılıkta sosyal dışlanma kavramı nasıl tanımlanmıştır?
- Yaşlılıkta sosyal dışlanmanın tespitinde hangi yöntemsel araçlar kullanılmış ve nasıl ölçülmüştür?

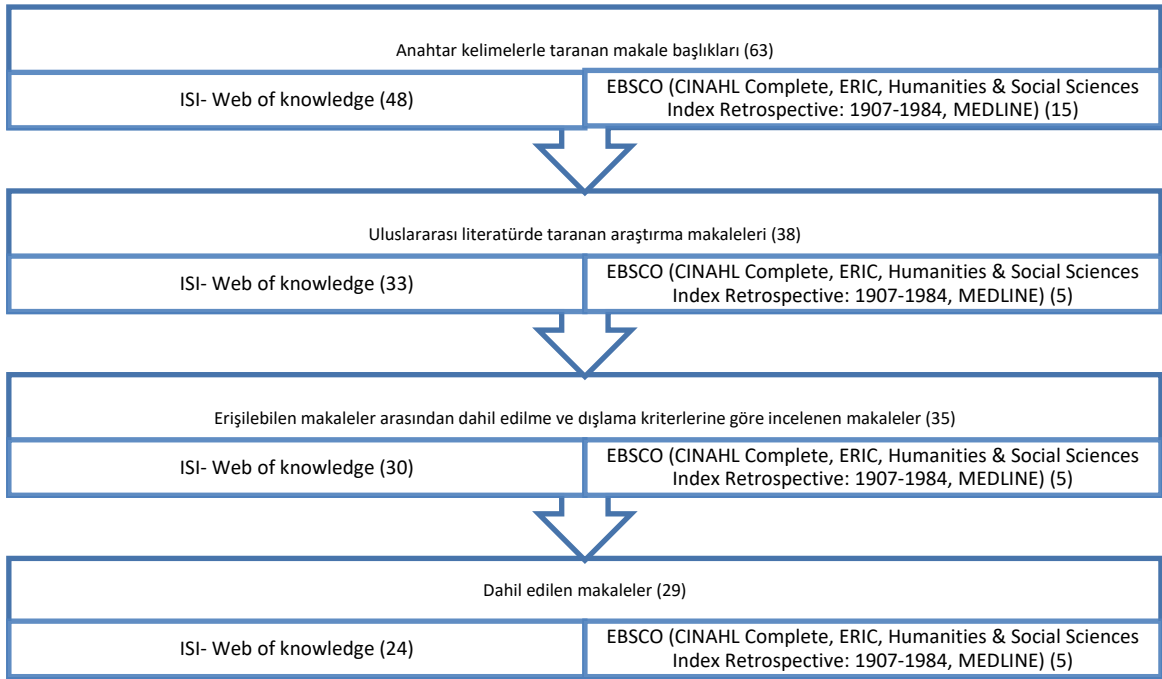
## 2. Yöntem

Nitel doküman incelemesi türündeki bu çalışmada yaşlılıkta sosyal dışlanma konusunun literatürdeki yerinin ve metodolojik ve kavramsal olarak özelliklerinin ortaya konulması amaçlanmıştır. Bunun için seçilen bir konudaki çalışmaların kapsamlı olarak taranıp, dışlanma ve dâhil edilme kriterleri kullanılarak, çalışmaların belli özelliklerinin ve ilgili literatürün genel eğilimlerinin ortaya konduğu içerik analizi yöntemine başvurulmuştur (Kıral, 2020). Araştırmada kullanılan betimsel içerik analizi araştırma soruları doğrultusunda incelenen araştırmalara ilişkin bir örüntü çıkarmaya olanak vermektedir. Bu örüntüler sayısal veriler, grafikler ve nitel veriler halinde düzenlenebilmektedir (Corbin ve Strauss, 2008).

Bu çalışmada yapılan içerik analizi şu aşamalardan oluşmaktadır. Araştırma sorularının oluşturulması, hedeflenen kapsamlı literatür taraması için araştırmaya dahil etme ve çıkarma kriterlerinin belirlenmesi; ilgili çalışmaların literatür taraması ile tespit edilmesi; belirlenen kriterler uygulanarak incelenecek çalışmaların belirlenmesi; araştırmaların özetlenmesi ve veri tablosu yardımıyla gerekli verilerin toplanması; elde edilen verilerin analizi ve yorumlanması.

Araştırmanın tasarlanmasında öncelikle araştırma ekibi belirlenmiş, araştırma ekibi ele alınan çalışmaları değerlendirebilecek yaşlılık ve sosyal dışlanma konusyla ilgili uzman kişilerden

oluşturulmuştur. İlk aşamada taramanın hangi veri tabanlarında ve nasıl yapılacağı kararlaştırılmıştır. Konu ile ilgili olduğu düşünülen ISI-Web of knowledge, CINAHL Complete, ERIC, Humanities & Social Sciences Index Retrospective: 1907-1984 (H.W. Wilson), MEDLINE veri tabanları seçilmiştir. Verilerin ayıklanması ve incelemenin kolaylığı açısından seçilen anahtar kelimelerle makale başlığı ile tarama yapılmıştır. Yıllar için bir sınırlama yapılmaksızın, seçilen veritabanlarında dili İngilizce olan yalnızca araştırma makaleleri seçilerek tarama yapılmış, kitap inceleme, derleme, rapor türünde eserler araştırmadan dışlanmıştır. Başlıkta “social exclusion” ve “old age” “older adult” “elderly” “aged people” “senior or older people” kelimeleri taranmıştır. Makalelerin özetleri ve tam metinleri gözden geçirilerek araştırma makalesi olmayanlar ve konu ile ilgili olmayanlar çıkarıldığında tüm veri tabanlarından seçilen toplamda 29 makale araştırmaya dâhil edilmiştir. Şekil 1’de makalelerin seçimine ilişkin diyagram görülmektedir.



Şekil 1. Makale seçimi akış diyagramı

Araştırmacılar tarafından veri tablosu oluşturularak makalelerin tam metin okuması ayrı ayrı yapılmıştır. Makalelerin konusu, yıl, yazar, dergi bilgileri, yöntem bilgileri, araştırmaların yeri veri tablosunda belirtilmiştir. İkinci aşamada makalelerin tam metin okumalarında yazarlar tarafından kavramsal tanımlamalar ve ölçme tanımlamaları ayrıntılı olarak okunmuş ve bu doğrultuda makale özetleri oluşturulmuştur. Oluşturulan veri setleri araştırma soruları çerçevesinde analiz edilmiştir.

### 3. Bulgular

#### 3.1. Araştırmaların Genel Özellikleri

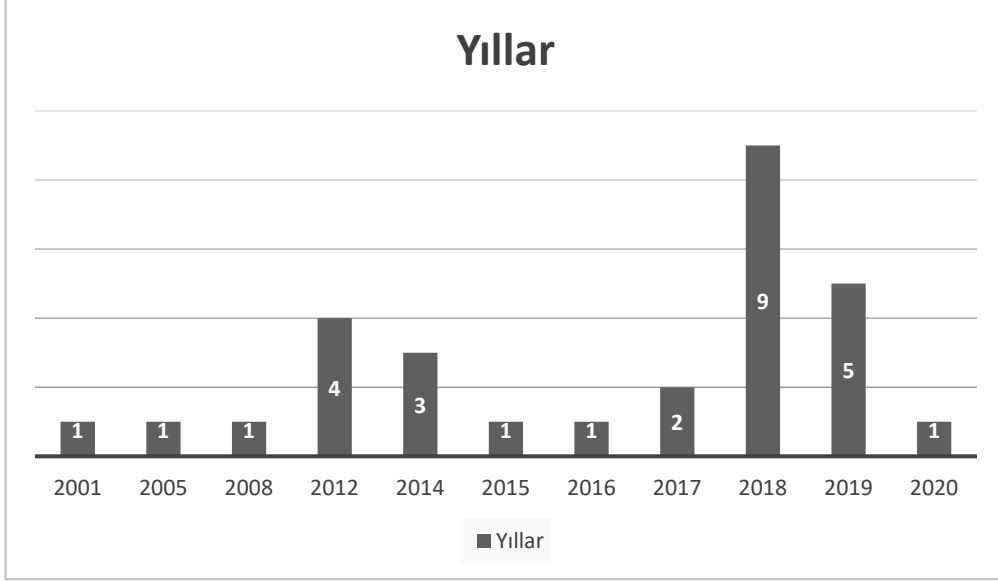
İncelenen araştırmaların gerçekleştirildiği ülkelere bakıldığında İngiltere'nin 6 adet araştırma ile en çok araştırma yapılmış olan ülke olduğu görülmüştür. Bunu dörder araştırma ile ABD ve in takip etmektedir. Dağılımda İrlanda ve Hong-Kong'un ikişer araştırma ile yer aldığı görülmektedir (Tablo 1). Tablo 1'de belirtilen diğer ülkelerde ise birer araştırma yapıldığı görülmektedir. Sosyal dışlanma kavramı Avrupa geleneğinde yaygınlaştığı için Avrupa kıtası açısından bakıldığında 13 araştırma yapıldığı, dolayısıyla toplam araştırmaların yarısına yakınının Avrupa'da yapılmış olduğu ortaya çıkmaktadır. Avrupa'yı 8 araştırma ile Asya takip etmektedir. Anglo-Sakson gelenekten daha fazla etkilenebilecek olan Avustralya ve Kanada'da ise araştırma sayısının son derece az olduğu görülmüştür.

**Tablo 1.** Araştırmaların ülkelere göre dağılımı

LKELELER	DAĞILIM
Japonya	1
İrlanda ve Kuzey İrlanda	2
Gana ve Senegal	1
İngiltere	6
Slovenya	1
İsviçre	1
ABD	4
Avustralya	1
in	4
Belçika	1
Hong-Kong	2
İsveç	1
Tayvan	1
Almanya	1
Rusya	1
Kanada	1
<b>TOPLAM</b>	<b>29</b>

Araştırmaların yapıldığı yıllar, araştırma konusunun yaygınlığı ve eğilimi açısından önemli görülmektedir. İncelenen araştırmaların yıllara göre dağılımı ele alındığında en çok araştırma yapılan yılın dokuz araştırma ile 2018 yılı olduğu görülmektedir. Bunu beş araştırma ile 2019 yılı, dört araştırma ile 2012 yılı,  araştırma ile 2014 yılı ve iki araştırma ile 2017 yılı takip etmektedir. Şekil 2.'de yer alan diğer yıllarda ise birer araştırma bulunmaktadır. Yıllara göre bir kısıtlama yapılmadığından elde edilen makaleler içinde yaşlılıkta sosyal dışlanmaya yönelik ilk araştırmanın 2001 yılında yayınlandığı söylenebilir. Bu, sosyal dışlanma çalışmalarının ve Avrupa'da politika uygulamalarının yaygınlaştığı döneme denk gelmektedir. İlerleyen yıllarda ise yaşlılıkta sosyal

dışlanma araştırmalarının artış gösterdiği görülmektedir. Buna karşılık araştırma tamamlandığında 2020 yılı henüz bitmemiş olduğundan 2020 yılında sadece bir araştırmaya rastlanmıştır. Şekil 2.'de yıllara göre dağılımı görülebilir.



Şekil 2. Yaşlılıkta Sosyal Dışlanma Araştırmalarının Yıllara Göre Dağılımı

### 3.1.1. Ele alınan konular

Araştırmaların konuları dikkate alındığında, araştırmacıların en fazla ilgiyi dokuz araştırma ile yaşam ortamına gösterdiği tespit edilmiştir. Sosyal dışlanma ve yaşam ortamı başlığı altında; kır ve kent, mahalle, coğrafi konum konuları yer almaktadır.

Ele alınan araştırmalarda sık olarak incelenen bir diğer konu ise sağlıktır. Beş araştırmanın temel konusu sosyal dışlanma ve sağlık ilişkisidir. Sağlık başlığı altında; sağlık durumu, algılanan sağlık ve depresyon, bilişsel bozulma, obezite konuları yer almaktadır. Bazı araştırmalarda (Sacker vd., 2017; Yang vd., 2018) vurgulandığı üzere, sağlık durumunun sosyal dışlanmanın sonucu mu yoksa sebebi mi olduğu tartışılmıştır. Sağlık ve sosyal dışlanma ilişkisi için literatürde kesin bir uzlaşma yoktur. Bazı araştırmacılar sağlığı sosyal dışlanma alanı olarak (Levitas vd., 2007), bazıları ise risk faktörü olarak (Sacker, 2017) görmektedir. Örneğin spesifik olarak ruhsal sağlık açısından depresyon sosyal dışlanma için bir risk faktörü olarak ele alınmıştır (Barnes, 2006; Kneale 2012). Öte yandan, Lee vd.vd. (2018) sosyal dışlanmanın azaltılmasının depresyon üzerinde olumlu etkileri olacağını ortaya koymuştur.

Alt başlık olmaksızın sosyal dışlanma konu başlığı altında beş araştırma saptanmıştır. Bu araştırmalar genellikle sosyal dışlanmanın ölçüm araçları, geçerliliği ve seçilen bir alandaki sosyal dışlanmanın ölçülmesi ile ilgilidir. Van Regenmortel vd. (2018), sosyal dışlanmanın ölçülmesi üzerinde durmuştur. Chou vd. (2018), Vrooman ve Hoff (2013)'ün sosyal dışlanma ölçeğinin geçerlik güvenirliğini ele almış ve bu ölçünün sosyal dışlanma indeksi olarak kullanılabileceği sonucuna ulaşmıştır. Maksimova vd. (2018) da yaşlıların sosyal dışlanmasına ilişkin bir model geliştirmeyi amaçlayan araştırmalarında sosyal dışlanmanın bileşenlerini, risk faktörlerini ve koşullarını ortaya koymuşlardır.

Hizmetler, sosyal dışlanma temel alanlarından biri olarak kabul edilmektedir ve ele alınan araştırmalarda sağlık hizmetlerine yönelik iki araştırma saptanmıştır. Bu iki araştırma dışında doğrudan hizmetleri ele alan bir araştırmaya rastlanmamıştır. Bunun yanında toplumsal cinsiyet konusuna odaklanan iki araştırma bulunmaktadır. Toplumsal cinsiyet konusunu ele alan bu çalışmalarda toplumsal cinsiyet başka faktörlerle ilişkili olarak ele alınmıştır. Saito vd. (2012) toplumsal cinsiyet faktörünün sosyal dışlanma ve ölüm oranları ilişkisi üzerinde durmuştur. Dahlberg vd. (2020) ise, İsveç'te sosyal dışlanmanın toplumsal cinsiyet temelinde farklılaşıp farklılaşmadığını incelemiştir. Ele alınan diğer konular; bakım, ulaşım, dijital dışlanma, yoksulluk, sosyal haklar ve yaşam doyumdur. Araştırmalar ve ele aldıkları konular Tablo 2'de yer almaktadır.

Araştırmalarda sosyal dışlanma teorik çerçevesi altında ilgili başka kavramlara da sıklıkla yer verilmektedir. Bunlardan en sık karşılaşılan izolasyon, yalnızlık, sosyal içerme kavramlarıdır (Parmar vd. 2014; Park vd., 2019; Hsieh vd., 2019; Hajek vd., 2018). Bu kavramlar, sosyal ilişkilerden dışlanma boyutuna dahil görülmektedir ve sosyal ilişkilerden dışlanmanın ölçülmesinde bu kavramlardan da yararlanılmaktadır. Bu kavramların yanında entegrasyon (Lee vd., 2019), sosyal destek (Lee vd., 2019; Yuan ve Ngai, 2012) ve yaşam kalitesi (Scharf vd., 2001) kavramları sosyal dışlanma ile ilgili kavramlar olarak tespit edilmiştir.

### **3.1.2. Yöntem ve ölçme araçları**

İncelenen araştırmaların teknikleri ele alındığında yirmi bir tanesinde (%72) nicel yaklaşım kullanıldığı, yedi tanesinde (%24) nitel yaklaşım kullanıldığı ve bir tanesinin (%4) de hem nicel hem nitel yaklaşım kullanılarak karma bir metotla gerçekleştirildiği görülmektedir. Nicel araştırmalarda üzerinde durulması gereken nokta ulusal survey verileri ya da başka araştırmaların verilerinin sosyal dışlanma çerçevesinde analiz edilmesidir. Ele alınan araştırmalar içinde nicel araştırmalardan 14 tanesinde birincil veri kullanılmış, 7 araştırmada ikincil verilerden yararlanılmıştır. İkincil veriler kullanan araştırmalarda doğrudan sosyal dışlanma konusuna yönelik araştırma yapılmamış olduğu için sosyal dışlanma ile ilgili ele alınan değişkenler de farklılık gösterebilmektedir. Bu durum bazı araştırmalarda araştırmanın sınırlılığı olarak vurgulanmıştır (Dahlberg vd., 2020).



**Tablo 2.** İncelenen makaleler ve ele aldıkları konular

Yazar	Yaşam çevresi	Toplumsal cinsiyet	Sağlık	Bakım	Sağlık hizmetleri	Ulaşım	Dijital dışlanma	Yoksulluk	Sosyal haklar	Yaşam doyumu	Sosyal dışlanma
Saito vd.(2012)		*									
Walsh vd.(2014)	*										
Parmar vd(2014)					*						
Moffatt ve Scambler (2008)									*		
Hrast vd. (2012)											*
Warburton vd. (2017)	*										
Sacker vd. (2017)			*								
Seifert vd. (2018)							*				
Lee vd. (2014)								*			
Miranti vd.(2015)											*
Feng vd.(2019)			*								
Feng vd.(2018)	*										
Dahlberg vd. (2018)	*										
Van Regenmortel vd.(2018)											*
Lee vd. (2019)			*								
Fields vd. (2019)						*					
Yang vd. (2018)			*								
Park vd. (2019)	*										
Lee vd. (2018)										*	
Chou vd. (2018)											*
Dahlberg vd. (2020)		*									
Hsieh vd. (2019)					*						
Hajek vd. (2018)			*								
Maksimova vd. (2018)											*
Dahlberg ve McKee (2016)				*							
Yuan ve Ngai (2012)	*										
Burns vd. (2012)	*										
Scharf vd. (2001)	*										
Scharf vd. (2005)	*										

Genel olarak topluma katılmama, eşitsiz güç ilişkileri ve toplumla bütünleşememe durumu olarak şekillenen sosyal dışlanmanın çeşitli bileşenleri vardır. Bu bileşenler, çoğu kavramsal çerçevede vurgulanmakta ve sosyal dışlanmayı ölçme araçlarını ve operasyonel tanımları etkilemektedir. Araştırmalarda üç boyuttan yedi boyuta kadar çeşitli boyutlardan söz edilmektedir. İfade farklılıkları olsa da alan olarak ekonomik, sosyal, politik ve hizmetler düzeyinden söz etmek mümkündür. Scharf vd. (2005) beş boyut tanımlamaktadır: Tüketim ve yoksullaşma, politik sivil aktivite, sosyal ilişkiler, komşuluk-yaşam ortamı ve temel sosyal hizmetler. Gordon vd. (2000) ise yoksullaşma, iş piyasasına katılmama, temel hizmetlere erişememe ve sosyal ilişkilerden dışlanma olmak üzere dört boyut tanımlamaktadır (aktaran Lee vd., 2014). Araştırmalarda çoğunlukla Walsh vd. (2017)'nin belirlediği temel alanlara atıf yapıldığı görülmüştür. Bu

temel alanlar, materyal ve finansal kaynaklar, sosyal ilişkiler, hizmetler, sivil katılım, topluluk ve ortam (neighbourhood) olarak sıralanmaktadır. Diğer sık atıf yapılan boyutlar ise Kneale (2012)'nin tanımladığı sosyal ilişkiler, sosyal aktiviteler, algılanan dışlanma ve finansal ürünlerden dışlanma bileşenleridir.

### 3.1.3. Ölçme araçları

Ele alınan makalelerde sosyal dışlanma tanımlarından ve sosyal dışlanmanın bileşenlerinden yola çıkan araştırmalar çoğunluktadır. Bu araştırmalarda sosyal dışlanmayı içeren alt alanlara yönelik soru formları oluşturulmuştur. Burada vurgulanması gereken, alt alanların ve operasyonel tanımların değişkenliğine bağlı olarak ölçme araçlarının da değiştiğidir. Örneğin sivil katılımı Scharf vd. (2005) dini ve sivil inisiyatiflere katılım ve üç yıl içinde politik bir oy verme davranışı olarak kabul ederken, Van Regenmortel vd. (2018), kültürel, sportif, sosyal ve gönüllü katılım davranışları olarak kabul etmektedir.

Ekonomik dışlanma boyutunda bazı araştırmalar görece yoksunluk ölçeğini kullanırken (Saito vd., 2012), bazı araştırmacılar tüketim ve finansal birikim boyutunu da ekonomik dışlanma olarak çeşitlendirmişlerdir (Feng vd., 2019; Feng vd., 2018). Feng vd. (2019) tarafından sosyal ilişkilerden dışlanma boyutunda aile ve arkadaşlarla görüşme sıklığı ve kalitesi, sosyal aktiviteler ile bireyin algısı bu boyutu oluşturan ölçme araçları olarak kabul edilmiştir. Genellikle sosyal ilişkilerden dışlanma boyutu ile ilgili olarak bir uzlaşma olduğu görülmüştür. Hizmetler boyutu, yaşlı bireylerin temel hizmetlere erişimini kapsamaktadır. Mahalle ve ortam ise bireyin yaşam mekânından itibaren yakın fiziksel çevresinin koşullarını, mahallenin güvenliğini ve yaşadığı yere bağlanma, aidiyet, güvenlik duygusu gibi psiko-sosyal etkileşimi kapsamaktadır.

Bunun yanında ele alınan değişkenlere dayalı olarak çeşitli ölçekler de kullanılmıştır. Bunlara izolasyon, depresyon ölçeği, yalnızlık ölçeği (Saito vd., 2012; Dahlberg vd., 2018), yoksulluk ölçeği, izolasyon ve yalnızlık, algılanan sağlık ölçeği (Hsieh vd., 2019; Dahlberg ve Mckee, 2016) gibi ölçekler örnek olarak gösterilebilir. Bunun yanında bazı sosyal dışlanma ölçekleri de kullanılmıştır. Bunlardan biri Vrooman ve Hoff (2013)'in geliştirdiği sosyal dışlanma ölçeğidir (Lee vd., 2019; Chou vd., 2018). Diğeri ise Maksimova vd. (2018)'in kullandığı Bude ve Lanterman (2006) tarafından geliştirilen sosyal dışlanma ölçeğidir. Araştırmalarda sosyal dışlanmanın tüm bileşenleri ele alındığı gibi araştırmanın amacına göre birkaç boyutu da ele alınabilmektedir.

### 3.2. Kavramsal Olarak Sosyal Dışlanma

Makaleler incelenirken, sosyal dışlanma tanımları ve hangi kaynaklara atıf yaptıkları incelenmiştir. Ele alınan araştırmalarda sosyal dışlanma farklı referans ve tanımlarla ele alınmış olsa da temel bir uzlaşma göze çarpmaktadır. Öncelikle sosyal dışlanmanın çok yönlü ve dinamik bir süreç olduğu kabul edilmektedir. Aynı zamanda bazı araştırmalar, bu sürecin ilerleyici bir süreç olduğunu yani birikimsel olarak etkisinin artabileceğini vurgulamaktadır (Hrast vd., 2012; Miranti vd., 2015).

Kavramsal olarak diğer uzlaşma, sosyal dışlanmanın ekonomik süreçlerin ötesinde çok boyutlu bir süreç olduğudur. Özellikle yaşlılık açısından iş piyasasından ya da tüketimden dışlanmaktan ziyade daha etkili olan

sosyal ilişkiler ya da yaşam ortamı gibi boyutları mevcuttur (Van Regenmortel vd., 2018; Scharf vd., 2001; Field vd., 2019). Bu nedenle ele alınan araştırmalarda çoğunlukla ekonomik süreçlerin temel alınmadığı bir yaklaşım hâkimdir.

Genel olarak sosyal dışlanma tanımlarında topluma katılmama ana fikirdir. En fazla referans alınan tanımlardan biri Levitas vd. (2007)'nin tanımıdır. Eserlerinde sosyal dışlanma kaynaklardan, haklar, mallar ve hizmetlerden dışlanma veya bunların yokluğu ve toplumun çoğunluğunun katıldığı normal ilişkilere ve aktivitelere katılmama durumu olarak tanımlanmaktadır (aktaran Miranti vd., 2015). Diğer referanslardan Walker ve Walker (1997) ise sosyal bütünleşmeye vurgu yapmaktadır. Buna göre sosyal dışlanma, bir kişinin toplum ile sosyal bütünleşmesini belirleyen sosyal, ekonomik, politik veya kültürel sistemlerin herhangi birinden tamamen veya kısmen dışlanmış olmaktır (aktaran Moffatt ve Scambler, 2008).

Burchardt ve Le Grand (2002) sosyal dışlanma ile ilgili dört temel faaliyet tanımlamaktadır: tüketim faaliyeti, üretim faaliyeti, politik faaliyet ve sosyal aktivite. Sosyal dışlanma bu faaliyet alanlarına katılıp katılmama durumuna göre gerçekleşmektedir. Gordon vd. (2000) ise sosyal dışlanmanın boyutlarını sonuçlarına odaklanarak belirlemişlerdir; yoksullaşma, işgücü piyasasına katılmama, temel hizmetlere erişim eksikliği ve bir dizi sosyal ilişkiden dışlanma (aktaran Lee vd., 2014). Scharf vd. (2005) bu yaklaşımları sentezleyerek, tüketim / yoksullaşma, politik / sivil faaliyet ve sosyal faaliyet alanlarını sosyal dışlanmanın önemli boyutları olarak belirlemiştir.

İngiliz Sosyal Dışlama Birimi, sosyal dışlanmayı insanlar veya bölgeler arasında işsizlik, kalifiye olmama, düşük gelir, kötü konut, yüksek suç, kötü sağlık koşulları gibi birbiriyle bağlantılı sorunlar olduğunda ortaya çıkabilecek durum olarak tanımlamaktadır (Sosyal Dışlama Birimi, 2001). Esasında tüm bu durumlarda sosyal dışlanma, vatandaşlığın temel gereklerinin yerine gelmemesi, bu gereklerden faydalanılamaması ile sonuçlanmaktadır. Bu bağlamda Avrupa Birliği'nin ya da İngiltere'de sosyal politika yaklaşımının vatandaşlık haklarından hareketle toplumsal eşitsizliğin azaltılması temelinde kabul edildiği de söylenebilir. Sosyal dışlanma ile ilgili diğer bir tanımda ise güç ilişkilerine vurgu yapılmaktadır. Popay vd. (2008) temel sosyal, politik, ekonomik ve kültürel alanlardaki eşitsiz güç ilişkilerinden oluşan dinamik ve çok yönlü bir süreç olduğunu vurgulamaktadır (aktaran Parmar vd., 2014).

Araştırmalarda en temel tartışma konusu, sosyal dışlanmanın sebepleri ve sonuçları arasındaki iç içeliktir. Yaşlılıkta sosyal dışlanmanın üç temel sebebi belirtilmektedir: genelde ekonomik temelli olan yoksunlukların yaşam boyu etkilerinden oluşan birikimsel dezavantajlar; yaşlılıkta eşin kaybı, iş kaybı gibi temel yaşam olayları; yaş ayrımcılığı ve yaşlıların bir kenara itilmesidir (Miranti vd., 2015). Diğer yandan yoksulluk ve kötü sağlık koşulları ve yaş, sosyal dışlanmanın doğal sebepleri olarak kabul edilmektedir (Silver, 1994, Atkinson, 1998'den aktaran Moffatt ve Scambler, 2008). Bazı araştırmalarda toplumsal cinsiyet, göçmenlik gibi bireysel özellikler de dışlanmanın doğal sebebi olarak kabul edilmiştir (Dahlberg vd., 2020; Lee vd., 2014).

Yaşlılıkta sosyal dışlanmanın sonuçları da benzer şekilde sebep ve risklerle iç içe geçebilmektedir. Örneğin, topluma aidiyet duygusunun kaybolması, depresyon, yalnızlık ve izolasyon, sağlığın ve iyi olma halinin bozulması, hizmet ve kaynaklara erişemeden doğan dışlanma ele alınan araştırmaların bulgularından elde edilen sonuçlardır. Ancak aynı zamanda bu sonuçlar, yaşlılık açısından sosyal dışlanmanın temel riskleridir. Literatürde Barnes vd. (2006) ve Kneale (2012) de yalnızlık, toplumsal cinsiyet, etnik köken, yaşlılık gibi faktörlerle sosyal dışlanmanın sebepleri ve de sonuçları olabileceğine vurgu yapmaktadır. Jehoel-Gijbers ve Vrooman (2008); düşük eğitim düzeyi, düşük gelir ve kötü sağlık koşullarının yaşlı yetişkinlerin en dışlanmış grupta olma olasılığını arttırdığını göstermiştir. Bu riskler, sosyal dışlanma sürecinin devam etmesine ve yeniden üretilmesine de katkı sunmaktadır.

#### 4. Tartışma ve Sonuç

Yaşlılıkta sosyal dışlanma konusunu ele alan bu çalışma, bu konudaki araştırmaların genel eğilimini ve metodolojik ve kavramsal özelliklerini ortaya koymayı amaçlamıştır. Bu doğrultuda araştırmanın bulgusu olarak ilgili literatürün Avrupa'da sosyal devlet politikalarının daraltılması ile döneme rastlaması dikkat çekicidir. Ogg (2005), sosyal dışlanma ile ilgili değerlendirmesinde Avrupa'da sosyal eşitsizliklerin ve dışlanmanın büyümesinin kısmen bu ülkelerin sosyal koruma sistemlerinde meydana gelen radikal değişikliklerden kaynaklandığını vurgulamaktadır. Sosyal korumanın kapsamının daraltılması, emeklilik sisteminin değiştirilmesi, aile ve sosyal yardımların daraltılması gibi politika uygulamalarının bu sistemlerin taşıyıcı kolonlarını zayıflattığını ifade etmektedir (Ogg, 2005). Benzer şekilde Walsh vd. (2014), yaşlılıkta sosyal dışlanma konusunu ele alırken dünyada uygulanan neo-liberal politikaların yaşlılık açısından yol açtığı eşitsizliklere vurgu yapmaktadır.

Buna karşılık sosyal dışlanma kavramı, topluma katılım alanlarında bir eşitsizlik üzerine kurulu olsa da özellikle sınıfsal eşitsizliklerden ayrılmaktadır. Sosyal dışlanma kavramı ekonomik, sosyal, hizmetler alanına katılım ve katılmama durumundaki dezavantajları açıklamaktadır. Araştırmalar daha erken aşamalarda olduğundan, çalışmalar henüz kuramsal bir yaklaşım geliştirecek derinlikte değildir. Çalışmalar eleştirel bir yaklaşımdan ziyade uygulamada yaşlıların bu alanlara katılımını sağlayacak politika ve uygulamaların geliştirilmesine yöneliktir. Bu bağlamda sosyal sınıfsal eşitsizlik yaklaşımı ile sosyal dışlanma kavramının ilişkisini ve farklılığını teorik düzlemde ele alacak yeni çalışmalar bu konuda aydınlatıcı olacaktır.

Araştırmaların genelinde yaşlılıkta sosyal dışlanmaya yönelik çalışmaların 2000'li yıllarda, özellikle de 2011 sonrasında ortaya çıkmaya başladığı görülmektedir (Bkz. Şekil.2). Bu nedenle sosyal dışlanmanın yaşlılık alanında yeni bir konu olduğu söylenebilir. Yaşlılıkta sosyal dışlanma konusunda operasyonel tanımlamalar ve ölçme araçlarına ilişkin bir uzlaşmaya varılmış değildir. Ancak bu, konunun literatürde kendine yeni yer bulması ile ilişkilidir. Yaşlılıkta sosyal dışlanma araştırmalarında ölçme ile ilgili bir uzlaşma olmamasına karşın yöntemsel olarak nicel araştırmaların daha yaygın olduğu dolayısıyla nicel ölçme araçlarının sosyal dışlanmanın ölçülmesinde daha işlevsel olduğunu söylemek mümkündür. Bu araştırmalarda çoğunlukla

ulusal düzeydeki veri tabanları analiz edilmiştir. Bu bağlamda gelecekte sosyal dışlanma ile ilgili yapılacak çalışmalarda ülkemizde bu tür ulusal veri tabanlarına ihtiyaç olduğu vurgulanmalıdır.

Sosyal dışlanma konusunda ekonomik dışlanma ve hizmetlerden dışlanma yaşlılıkta önemli bileşenlerden olmalarına karşılık çalışmalarda yaşam ortamı ve çevresinin en çok üzerinde durulan konu olduğu ortaya çıkmıştır (bkz.Tablo 2). Yer ile etkileşim yaşlı bireylerin yaşamında önemli yer tutmaktadır. Bu çerçevede yere bağlanma, yere aidiyet gibi psiko-sosyal kavramlar öne çıkmaktadır. Bu konu dışında sağlık ve hizmetlere erişim de üzerinde durulan diğer konular olmuştur. Walsh vd. (2017) da benzer sonuçlara ulaşmış, yaşlılıkta yaşam çevresinden dışlanmanın sosyal dışlanma alanında en çok üzerinde durulan konulardan olduğunu vurgulamıştır.

Kavramsal olarak sosyal dışlanma, toplumda çoğunluğun katılabildiği alanlara katılamama ve topluma bütünleşememe durumu olarak anlaşılmaktadır. Bu alanlar ise tanımlarda farklılaşabilmekle birlikte, ekonomi, sosyal, sivil, mekânsal ve hizmetler alanının vurgulanmasında genel bir ortaklık söz konusudur. Yaşlılıkta sosyal dışlanmanın önlenmesine ilişkin gerçekleştirilen bir Avrupa Birliği projesinin (ROSENET) raporları da aynı alanlarda ortaklaşmaktadır (Barbella vd., 2019).

Çalışmalarda dışlanmanın dinamik doğası da vurgulanmaktadır (Burns vd., 2012; Parmar vd., 2014; Walsh vd., 2014). Dışlanma alanları birbirleriyle bağlantılıdır ve dışlanmadan söz edilirken birbiri ile bağlantılı alanlar ortaya çıkmaktadır. Örneğin finansal kaynak eksikliği hizmetlere erişimi ve ev ve mahalle koşullarını etkilemektedir. Yerleşim koşulları ve yeri hizmetlere erişim ile ilişkilidir vb. Bu bağlamda genellikle dışlanma söz konusu olduğunda dinamik bir süreç olduğu için birden fazla dışlanmaya maruz kalmaları söz konusudur. Bunun yanı sıra dışlanmada bireyler, yerel yönetimler, kurumlar, hükümetler gibi çoklu aktörlerin yer aldığı da anlaşılmaktadır. Jehoel-Gijbers ve Vrooman (2008); bireyler, topluluklar, kuruluşlar ve hükümetler de dahil olmak üzere birden fazla aktörün dışlanmanın yaratılmasında da ya da bundan korumada rolü olduğunu belirtmektedir.

Yaşlılıkta sosyal dışlanma çalışmalarında incelenen eserlerden yola çıkarak izolasyon, sosyal içerme, yalnızlık gibi sosyolojik kavramsal çerçevelerin yaygın olarak kullanıldığı ve sosyal dışlanma ile iç içe geçtiği ortaya çıkmıştır (Yang vd., 2018; Hsieh vd., 2019; Hajek vd., 2018). Bu bağlamda sosyal dışlanmanın kavramsal olarak bu kavramlarla ilişkili olduğu ancak kendi alt kavramlarını da üretmediği söylenebilir.

Çalışmalarda sosyal dışlanmaya neden olan bazı riskler de vurgulanmaktadır. Buna göre başta yaşlılık olmak üzere toplumsal cinsiyet (Saito vd., 2012; Dahlberg et vd., 2020) , göçmenlik/azınlığa mensubiyet (Scharf et al, 2005), coğrafi konum ve yaşanılan yerin koşulları (Dahlberg et al, 2018; Park et al, 2019), bedensel ve zihinsel kötü sağlık koşulları (Sacker vd., 2017; Hajek vd., 2018), maddi ve finansal yoksunluk (Lee vd., 2014) sosyal dışlanmaya neden olan temel riskler olarak ortaya çıkmaktadır. Barlin vd. (2021) da yaşını almış dul yoksul kadınların sosyal dışlanma riski ile karşı karşıya olduğunu ortaya koymuştur. Barnes ve diğerleri (2006) de araştırmalarında yalnızlık, toplumsal cinsiyet, etnik köken ve ileri yaşın sosyal dışlanma riski

olduğu üzerinde durmaktadır. Jehoel-Gijbers ve Vrooman (2008) da kötü sağlık koşullarının düşük eğitim ve düşük gelir ile birlikte yaşlıların dışlanma riskini arttırdığını ortaya koymuştur. Bu faktörlere ek olarak Walsh et al, (2017) bireysel yaşam süreçlerine ilişkin kayıp, yas, bağımlılık, yaşanılan yere aidiyet ve topluğa uyum becerisi, kimlik gibi bireysel özelliklerin de yaşlılıkta sosyal dışlanma riskini etkilediğini vurgulamaktadır. Aynı zamanda birey dışındaki ekonomik ve politik uygulamalar gibi nesnel süreçlerin de sosyal dışlanma riski üzerinde etkili olduğu belirtilmektedir.

Yaşlılıkta sosyal dışlanmaya yönelik çalışmaların içerik olarak incelenmesini içeren bu çalışma, konu ile ilgili Türkiye’de yapılacak araştırmalar için bir hazırlık niteliğindedir. Kavramın tanımlanması, ölçme araçlarının ortaya konması, ele alınan konular ve ölçme tekniklerinin genel eğilimi bu alanda ülkemizde yapılacak çalışmalara yol gösterebilir. Buna karşılık bu çalışmanın sınırlılıklarından da söz etmek gerekir. Yalnızca belirlenen veri tabanlarında arama yapılması, bu alanda yapılan tüm araştırmaların değerlendirilememesine neden olmuştur ve araştırmanın sınırlılıkları olarak söylenebilir.

**Kaynakça**

- Apak, E. ve Apak, H. (2020). Yaşlılarda Sosyal Dışlanma Ölçeğinin Geliştirilmesi: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması, *Kadim Akademi SBD*, 4 (1) s. 1-15
- Barbella ,F., Barlin, H., Barstad, J., Ferreira C.C., Draulans, V., Hlebes, V., Lamura, G., Macleod C., Maskeliunas, R., Siren A. (2019). *Exclusion from services in later life*. In: K. Walsh and T. Scharf (series eds.), *ROSEnet Briefing Paper Series: No. 4. CA 15122 Reducing Old-Age Exclusion: Collaborations in Research and Policy*.
- Barlin, H., Vojvodic, K., Mercan, M.A.& Milicevic-Kalasic, A. (2021). *Coping Mechanisms of Older Age Divorced and Widowed Women to Mitigate Economic Exclusion: A Qualitative Study in Turkey and Serbia*. In K. Walsh, T. Scharf, S. Van-Regenmortel & A. Wanka (eds), *Social Exclusion in Ageing Societies: Interdisciplinary and Policy Perspectives*, Springer.
- Barnes, M., Blom, A. G., Cox, K., Lessof, C., & Walker, A. (2006). The social exclusion of older people: Evidence from the first wave of the English Longitudinal Study of Ageing (ELSA), Final report.
- Burchardt, T., Le Grand, J., Piachaud, J (2002). Degrees of Exclusion: Developing a Dynamic, Multidimensional. *Understanding social exclusion*, Eds. Hills, J., Le Grand J., Piachaud, D. pp. 30-44. Oxford: Oxford University Press.
- Burns, V. F., Lavoie, J. P., & Rose, D. (2012). Revisiting the role of neighbourhood change in social exclusion and inclusion of older people. *Journal of Aging Research*, 2012.
- Chou, K. L. (2018). Social exclusion in old age: a validation study in Hong Kong. *Aging & mental health*, 22(8), 1078-1085.
- Corbin, J. & Strauss, A. (2008). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory*. Thousand Oaks: Sage.
- Cuadrado-Ballesteros, B., & Peña-Miguel, N. (2018). The socioeconomic consequences of privatization: An empirical analysis for Europe. *Social Indicators Research*, 139(1), 163-183.
- Çunkuş, N., Yiğitoğlu, G. T., & Akbaş, E. (2019). Yaşlılık ve toplumsal dışlanma. *Geriatrik Bilimler Dergisi*, 2(2), 58-67.
- Dahlberg, L., & McKee, K. J. (2016). Living on the edge: social exclusion and the receipt of informal care in older people. *Journal of aging research*, 2016.
- Dahlberg, L., & McKee, K. J. (2018). Social exclusion and well-being among older adults in rural and urban areas. *Archives of gerontology and geriatrics*, 79, 176-184.
- Dahlberg, L., McKee, K. J., Fritzell, J., Heap, J., & Lennartsson, C. (2020). Trends and gender associations in social exclusion in older adults in Sweden over two decades. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 104032.
- Erkul, A., Koca, M. (2016). Yoksul Yardımlarını Yoksulluk ve Sosyal Dışlanma Bağlamında Yeniden Düşünmek. *ODÜ Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi (ODÜSOBİAD)*, 6(3), 615-628.
- Feng, Z., Jones, K., & Phillips, D. R. (2019). Social exclusion, self-rated health and depression among older people in China: evidence from a national survey of older persons. *Archives of gerontology and geriatrics*, 82, 238-244.
- Feng, Z., Phillips, D. R., & Jones, K. (2018). A geographical multivariable multilevel analysis of social exclusion among older people in China: Evidence from the China Longitudinal Aging Social Survey ageing study. *The Geographical Journal*, 184(4), 413-428.
- Fields, N., Cronley, C., Mattingly, S. P., Murphy, E. R., & Miller, V. J. (2019). "You Are Really at Their Mercy": Examining the Relationship between Transportation Disadvantage and Social Exclusion among Older Adults through the Use of Innovative Technology. *Transportation research record*, 2673(7), 12-24.
- Genç, Y., Dalkılıç, P. (2013). Yaşlıların Sosyal Dışlanma Sendromu Ve Toplumsal Beklentileri. *The Journal of Academic Social Science Studies*, 6 (4), 461-482.
- Hajek, A., & König, H. H. (2018). The association between obesity and social exclusion in middle-aged and older adults: findings from a nationally representative study in Germany. *BMC geriatrics*, 18(1), 258.
- Hrast, M. F., Hlebec, V., & Kavcic, M. (2012). The social exclusion of the elderly: a mixed-methods study in Slovenia. *Sociologicky Casopis*, 48(6), 1051.
- Hsieh, M. O., & Leung, P. (2019). Social exclusion experienced by older adults: Factors for designing healthcare settings in Taipei, Taiwan. *Social work in health care*, 58(4), 368-381.
- Jehoel-Gijsbers, G., & Vrooman, C. (2008). *Social exclusion of the elderly: a comparative study of EU member states*. Brussels: Centres for European Policy Studies.

- Karataşoğlu, S., & İslamoğlu, E. (2016). Gelir seviyesi ile sosyal dışlanma ilişkisi üzerine bir araştırma. *Çalışma İlişkileri Dergisi*, 7(1), 12-41.
- Kıral, B. (2020). Nitel bir veri analizi yöntemi olarak doküman analizi. *Siirt Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 8(15), 170-189.
- Kneale, D. (2012). Is social exclusion still important for older people?. ILC-UK, London.
- Koca, M. (2015). Sosyal Dışlanma Sorunu ve Asgari Gelir Desteğinin Gerekliliği. *Journal of International Social Research*, 8(39), 501-511.
- Korkmaz-Yaylagül, N., & Aslan, M. (2020). Yaşlılık, Mültecilik ve Sosyal Dışlanma: Suriyeli Yaşlı Mültecilerin Deneyimleri. *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 29(4), 406-422.
- Korkmaz, N. (2014). Türkiye’de Yaşlılık ve Sosyal Politika: Yaşlılık Politikadan Ayrı Düşünülebilir mi?. *Küreselleşme ve Yaşlılık-Eleştirel Gerontolojiye Giriş* içinde. Der. Nilüfer Korkmaz, Suzan Yazıcı. Ankara: Ütopya Yayınları, 189-214.
- Korkmaz Yaylagül, N., Baş, A. (2021). Homelessness trends in ageing literature in the context of domains of social exclusion. in *Social Exclusion in Later Life - Interdisciplinary and Policy Perspectives*. Walsh K., Scharf, T., Van Regenmortel, S., Anna Wanka (Eds.). London: Springer. 10.1007/978-3-030-51406-8
- Lee, J., & Cagle, J. G. (2018). Social exclusion factors influencing life satisfaction among older adults. *Journal of Poverty and Social Justice*, 26(1), 35-50.
- Lee, S. Y., & Chou, K. L. (2019). Assessing the relative contribution of social exclusion, income-poverty, and financial strain on depressive symptoms among older people in Hong Kong. *Ageing & Mental Health*, 23(11), 1487-1495.
- Lee, Y., Hong, P. Y. P., & Harm, Y. (2014). Poverty among Korean immigrant older adults: Examining the effects of social exclusion. *Journal of Social Service Research*, 40(4), 385-401.
- Levitas, R., Pantazis, C., Fahmy, E., Gordon, D., Lloyd-Reichling, E., & Patsios, D. (2007). The multi-dimensional analysis of social exclusion. Project Report, University of Birstol.
- Maximova, S. G., Noyanzina, O. E., & Omelchenko, D. A. (2018). A Model of Social Exclusion of Elderly People in Siberian Regions. *Advances in Gerontology*, 8(1), 58-63.
- Miranti, R., & Yu, P. (2015). Why social exclusion persists among older people in Australia. *Social Inclusion*, 3(4), 112-126.
- Moffatt, S., & Scambler, G. (2008). Can welfare-rights advice targeted at older people reduce social exclusion?. *Ageing and Society*, 28(6), 875-899.
- Ogg, J. (2005). Social exclusion and insecurity among older Europeans: the influence of welfare regimes. *Ageing and Society*, 25(1), 69-78.
- Park, S., Cho, J., & Chen, Y. C. (2019). Subsidized housing and geographic accessibility to neighborhood resources for low-income older people: From later year social exclusion perspective. *Geoforum*, 106, 297-304.
- Parmar, D., Williams, G., Dkhimi, F., Ndiaye, A., Asante, F. A., Arhinful, D. K., & Mladovsky, P. (2014). Enrolment of older people in social health protection programs in West Africa—Does social exclusion play a part?. *Social science & medicine*, 119, 36-44.
- Pekesen, M. (2020). Yaşlılık ve Sosyal Dışlanma. *Yaşlılık ve Sosyal Politika Tartışmaları* içinde, Ed. Gençtürk, Z. Ankara: Detay, ss. 122-148.
- Phillipson, C., & Scharf, T. (2004). The impact of government policy on social exclusion among older people. London: Office of the Deputy Prime Minister.
- Sacker, A., Ross, A., MacLeod, C. A., Netuveli, G., & Windle, G. (2017). Health and social exclusion in older age: evidence from Understanding Society, the UK household longitudinal study. *J Epidemiol Community Health*, 71(7), 681-690.
- Saito, M., Kondo, N., Kondo, K., Ojima, T., & Hirai, H. (2012). Gender differences on the impacts of social exclusion on mortality among older Japanese: AGES cohort study. *Social science & medicine*, 75(5), 940-945.
- Scharf, T., Phillipson, C., & Smith, A. E. (2005). Social exclusion of older people in deprived urban communities of England. *European Journal of ageing*, 2(2), 76-87.
- Scharf, T., Phillipson, C., Kingston, P., & Smith, A. E. (2001). Social exclusion and older people: exploring the connections. *Education and Ageing*, 16(3), 303-320.



- Seifert, A., Hofer, M., & Rössel, J. (2018). Older adults' perceived sense of social exclusion from the digital world. *Educational Gerontology*, 44(12), 775-785.
- Sosyal Dışlanma Birimi (G. B. S. E. U) (2001). A New Commitment to Neighbourhood Renewal: National Strategy Action Plan: Report. Social Exclusion Unit.
- Van Regenmortel, S., De Donder, L., Dury, S., Smetcoren, A. S., De Witte, N., & Verté, D. (2016). Social exclusion in later life: a systematic review of the literature. *Journal of Population Ageing*, 9(4), 315-344.
- Van Regenmortel, S., De Donder, L., Smetcoren, A. S., Lambotte, D., De Witte, N., & Verté, D. (2018). Accumulation of disadvantages: Prevalence and categories of old-age social exclusion in Belgium. *Social Indicators Research*, 140(3), 1173-1194.
- Walsh, K., O' Shea, E., Scharf, T., & Shucksmith, M. (2014). Exploring the impact of informal practices on social exclusion and age-friendliness for older people in rural communities. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 24(1), 37-49.
- Walsh, K., Scharf, T., & Keating, N. (2017). Social exclusion of older persons: A scoping review and conceptual framework. *European Journal of Ageing*, 14(1), 81-98.
- Warburton, J., Scharf, T., & Walsh, K. (2017). Flying under the radar? Risks of social exclusion for older people in rural communities in Australia, Ireland and Northern Ireland. *Sociologia Ruralis*, 57(4), 459-480.
- Yang, Y., Yeung, W. J. J., & Feng, Q. (2018). Social exclusion and cognitive impairment-A triple jeopardy for Chinese rural elderly women. *Health & place*, 53, 117-127.
- Yuan, R., & Ngai, S. S. Y. (2012). Social exclusion and neighborhood support: A case study of empty-nest elderly in urban Shanghai. *Journal of gerontological social work*, 55(7), 587-608.f
- Yusufoğlu, Ö., Kızmaz, Z. (2016). Parçalanmış Ailelerde Yoksulluk ve Sosyal Dışlanma: Elazığ Örneği. *Social Sciences*, 11(1), 27-40.



SAĞLIK BAKANLIĞI  
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü  
Hasta Hakları ve Tıbbi Sosyal Hizmetler Dairesi Başkanlığı  
Bilkent Yerleşkesi, Üniversiteler Mah. Dumlupınar Bulvarı 6001. Cad. No:9 Çankaya/Ankara  
Tel:+90 (312) 458 50 44 E-Posta: murat.derin@saglik.gov.tr



BAKANLIK YAYIN NO:

**963**