



ISSN: 2149-309X
Hasta Hakları ve Tıbbi Sosyal Hizmetler Dairesi Başkanlığı

Hakemli Dergi
TSHD
Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi

6 Aylık Dergi/ Biannually
<https://tibbisosyalhizmetdergisi.saglik.gov.tr>
<https://dergipark.org.tr/tr/pub/tshd>
Yıl/Year: 2025 Haziran /June
Sayı/Issue: 25

- PEDIATRİK PALYATİF BAKIMDA SOSYAL HİZMET UYGULAMALARI (Derleme)
- BOŞANMA SÜRECİNDE BİR SORUN OLARAK EBEVEYNE YABANCILAŞMA SORUNU (Derleme)
- ERGENLİK DÖNEMİNDE KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI: BİR MESLEKİ UYGULAMA OLARAK KLİNİK SOSYAL HİZMET (Derleme)
- BAKIM VERENLERİN BAKIM VERME YÜKÜNÜN DEĞERLENDİRİLMESİ (Araştırma Makalesi)
- PALYATİF BAKIM BİRİMİNDEN YARARLANAN HASTA YAKINLARININ DENEYİMLERİ VE SOSYAL HİZMET GEREKSİNİMLERİ: SİVAS İLİ ÖRNEĞİ (Araştırma Makalesi)
- OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞUNA SAHİP ÇOCUĞU OLAN ANNELERİN DENEYİMLERİNİN İNCELENMESİ: NİTEL BİR ANALİZ (Araştırma Makalesi)
- KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ HASTALIĞI BULUNAN LİSE ÖĞRENCİLERİNİN AKADEMİK SÜRECİNİ SOSYAL HİZMET BAĞLAMINDA DEĞERLENDİRME: İSTANBUL İL ÖRNEĞİ (Araştırma Makalesi)

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
Uzm. Dr. Hasan Basri VELİOĞLU
T. C. Sağlık Bakanlığı
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü
*

YAYIN KURULU BAŞKANI

Uzm. Dr. Yusuf AKDOĞAN
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
*

Ceylan KALYA YILMAZ
Sosyal Hizmet Uzmanı
Hasta Hakları ve Tıbbi Sosyal Hizmetler Dairesi Başkanlığı
*

YAYIN KURULU

Avşar ASLAN
Ceylan KALYA YILMAZ
Murat DERİN
Mine DEMİRİSOY
*

HUKUK DANIŞMANI

Dr. Şeyhmus ERTEKİN



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.

T.C. Sağlık Bakanlığı Üniversiteler Mahallesi Şehit Mehmet Bayraktar Caddesi No:3 Çankaya/Ankara

Tel: +90 (312) 471 76 65

E- Posta: tibbisosyalhizmet@saglik.gov.tr

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

Web: <https://tibbisosyalhizmetdergisi.saglik.gov.tr/>

Bakanlık Yayın No:

963

ISSN: 2149-309X

DANIŞMA KURULU

Prof. Dr. Veli DUYAN

Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

Prof. Dr. Arzu İÇAĞASIOĞLU ÇOBAN

Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

Prof. Dr. Nurdan DUMAN

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

Prof. Dr. Eda PURUTÇUOĞLU

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

Prof. Dr. İshak AYDEMİR

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

Prof. Dr. Semra SARUÇ

Anadolu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

Prof. Dr. Oğuzhan ZENGİN

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

Prof. Dr. Yusuf GENÇ

Sakarya Üniversitesi, Sosyal Hizmet Bölümü

Prof. Dr. Taner ARTAN

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

Doç. Dr. Melek ZUBAROĞLU YANARDAĞ

Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi, İ.İ.B.F., Sosyal Hizmet Bölümü

Doç. Dr. Zeki Karataş

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, İ.İ.B.F., Sosyal Hizmet Bölümü

Doç. Dr. Hüsnünur ASLANTÜRK

Anadolu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

Doç. Dr. Ergün HASGÜL

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

Doç. Dr. Buğra YILDIRIM

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

Doç. Dr. Beyza ERKOÇ

Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

Dr. Murat DERİN

Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Hasta Hakları ve Tıbbi Sosyal Hizmetler D.B.

BU SAYININ HAKEMLERİ

Prof.Dr. Arzu İÇAĞASIOĞLU ÇOBAN

Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

Prof. Dr. İshak AYDEMİR

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

Doç. Dr. MEHMET BAŞCILLAR

Necmettin Erbakan Üniversitesi, Nezahat Keleşoğlu Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

Prof. Dr. OĞUZHAN ZENGİN

Karabük Üniversitesi, İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

Prof. Dr. NİLÜFER DEMİRİSOY

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Temel Tıp Bilimleri Bölümü

Doç. Dr. MUSTAFA KARATAŞ

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

Doç. Dr. MERVE DENİZ PAK GÜRE

Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

Doç. Dr. SAMİ KALAYCI

Aksaray Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

Doç. Dr. SİNAN ACAR

Bartın Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

Doç. Dr. MURAT ÇAY

Akdeniz Üniversitesi, Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu, Sosyal Hizmet Ve Danışmanlık Bölümü

Doç. Dr. ERGÜN HASGÜL

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

Dr. Öğr. Üyesi Zühal ŞAHİN

Yalova Üniversitesi, Çınarcık Meslek Yüksekokulu, Sosyal Hizmet Ve Danışmanlık Bölümü

Dr. Öğr. Üyesi. Abdulkadir Karabulut

Hitit Üniversitesi, Sungurlu Meslek Yüksekokulu, Sosyal Hizmet Ve Danışmanlık Bölümü

Dr. Öğr. Üyesi Ferhat TOPER

Malatya Turgut Özal Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

Dr. Öğr. Üyesi İslam AKÇE

Mardin Artuklu Üniversitesi, Midyat Meslek Yüksekokulu, Sosyal Hizmetler Bölümü

Dr. Öğr. Üyesi ELİF DEMİRBAŞ

Tarsus Üniversitesi, Uygulamalı Bilimler Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

Dr. Öğr. Üyesi. SAYRA LOTFI

İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

Dr. Öğr. Üyesi FATMANUR ALSANCAK

Sakarya Üniversitesi, İnsan Ve Toplum Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü/

Dr. Öğr. Üyesi. FERHAT BAYOĞLU

Anadolu Üniversitesi, Açıköğretim Fakültesi, Sosyal Hizmet Ve Danışmanlık Bölümü

Dr. Öğr. Üyesi RAUF YANARDAĞ

Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

Dr. Öğr. Üyesi Cihangir KARAKAYA

Uşak Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

Dr. Öğr. Üyesi ELVAN ULUCAN ÖZKAN

Çankırı Karatekin Üniversitesi, Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu, Sosyal Hizmet Ve Danışmanlık Bölümü

Dr. Öğr. Üyesi TANER ALGAN

Fırat Üniversitesi, İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

Dr. Öğr. Üyesi CEYLAN SÜLÜ AKGÜL

Munzur Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

Dr. Öğr. Üyesi SELAHATTİN AYDIN

İstanbul Kent Üniversitesi/İktisadi, İdari Ve Sosyal Bilimler Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

Dr. Öğr. Üyesi İBRAHİM AKKAŞ

Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi, İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

Dr. Öğr. Üyesi MUHAMMET ALİ KÖROĞLU

Uşak Üniversitesi, İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

Dr. Öğr. Üyesi IŞIL AVŞAR ARIK

Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi, Reyhanlı Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu, Sosyal Hizmet Ve Danışmanlık Bölümü

İÇİNDEKİLER

- PEDIATRİK PALYATİF BAKIMDA SOSYAL HİZMET UYGULAMALARI (Derleme)
SOCIAL WORK PRACTICES IN PEDIATRIC PALLIATIVE CARE

Cihangir KARAKAYA
- BOŞANMA SÜRECİNDE BİR SORUN OLARAK EBEVEYNE YABANCILAŞMA SORUNU (Derleme)
PARENTAL ALIENATION SYNDROME AS A PROBLEM IN THE DIVORCE PROCESS

Hilal KÖK
- ERGENLİK DÖNEMİNDE KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI: BİR MESLEKİ UYGULAMA OLARAK KLİNİK SOSYAL HİZMET (Derleme)
SELF-HARMING BEHAVIOR IN ADOLESCENCE: CLINICAL SOCIAL WORK AS A PROFESSIONAL PRACTICE

Özgür SAĞLAM
- BAKIM VERENLERİN BAKIM VERME YÜKÜNÜN DEĞERLENDİRİLMESİ (Araştırma Makalesi)
ASSESSMENT OF CAREGIVING BURDEN OF CAREGIVERS

Taner AKARSU
- PALYATİF BAKIM BİRİMİNDEN YARARLANAN HASTA YAKINLARININ DENEYİMLERİ VE SOSYAL HİZMET GEREKSİNİMLERİ: SİVAS İLİ ÖRNEĞİ (Araştırma Makalesi)
EXPERIENCES AND SOCIAL WORK NEEDS OF RELATIVES OF PATIENTS BENEFITING FROM PALLIATIVE CARE UNIT: SIVAS PROVINCE EXAMPLE

Aleyna ALMAZ
Hatice Aybüke GÜLTEPE
Fatma Nur DUMAN
İrem Sena IŞIK
Görkem KELEBEK-KÜÇÜKARSLAN
- OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞUNA SAHİP ÇOCUĞU OLAN ANNELERİN DENEYİMLERİNİN İNCELENMESİ: NİTEL BİR ANALİZ (Araştırma Makalesi)
EXAMINING THE EXPERIENCES OF MOTHERS OF CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER: A QUALITATIVE ANALYSIS

İhsan KUTLU
Ömer BÜBER
Ezgi Zeynep EYÜPOĞLU
- KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ HASTALIĞI BULUNAN LİSE ÖĞRENCİLERİNİN AKADEMİK SÜRECİNİ SOSYAL HİZMET BAĞLAMINDA DEĞERLENDİRME: İSTANBUL İL ÖRNEĞİ (Araştırma Makalesi)
EVALUATING THE ACADEMIC PROCESS OF HIGH SCHOOL LEVEL STUDENTS WITH CHRONIC RENAL FAILURE IN THE CONTEXT OF SOCIAL WORK; ISTANBUL PROVINCE EXAMPLE

Eren SÖZER
Esin TÜCCAR

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, araştırma makaleleri, bildiriler, yayın değerlendirme, tartışma yazıları ve 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 arttırılması, 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 ya da ibareye vermeyecek biçimde uzman hakemlere yönlendirilir ve hakemlerce değerlendirmeye alınır. (Bu nedenle dergiye yayınlanmak üzere gönderilen yazılarda, çalışmanın yayınlanmasına ilişkin olumlu karar yazar (lar)a bildirilene kadar geçen süreçte, metin içinde, yazar (lar)n 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 eleştiri, 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.

- Yayınlanmak üzere dergiye gönderilen çalışmaların daha önce hiçbir yerde yayınlanmamış ya da yayınlanmak üzere başka bir derginin değerlendirme sürecine alınmamış veya başka bir yerde yayınlanmak üzere kabul edilmemiş olması gerekir. Herhangi bir bilimsel toplantıda sunulmuş ve yayınlanmamış 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 yayınlanan yazıların sorumluluğu tümüyle yazar (lar)a aittir. Dergide yayınlanan yazılar Sağlık Bakanlığı'nın görüşünü yansıtmaz.
- Sağlık Bakanlığı Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi, yayınlanmak üzere kabul edilen ve yayınlanan yazıların, başka bir işleme gerek kalmaksızın, bütün yayın haklarına sahip olur.
- Gönderilen yazıların yayınlanma zorunluluğu yoktur.
- Bir yazarın derginin aynı sayısında ilk isim olarak bir, iki ve diğer isim sırasında bir olmak üzere en fazla iki eseri yayınlanabilir.

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 "tibbisosyalhizmet@saglik.gov.tr" adresine mail gönderebilirsiniz.

İletişim Adresleri

T.C. Sağlık Bakanlığı

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Hasta Hakları ve Tıbbi Sosyal Hizmetler Dairesi Başkanlığı

Üniversiteler Mahallesi Şehit Mehmet Bayraktar Caddesi No:3

Çankaya/ANKARA

Tel: 0312 585 10 00

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. Özeti 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 kaynakta belirtilen yazım ilkelerine uyulmalıdır. Gerekğinde 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); Gökçegöz (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: ...(Gökçegöz, 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 kaynakta (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.

8. 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 bütününü küçük ve eğik harflerle yazılır)

Yayın bilgileri (ayraç içinde, 1. basımlar belirtilmez)

Yayın yeri

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.

- Yayınlanmamış Yüksek Lisans ve Doktora Tezleri

Derin, M. (2017). Madde bağımlısı bireylerin sosyal dışlanma algıları (Yayınlanmamış 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: 2025 Haziran/ December
Sayı/Issue:25

PEDİATRİK PALYATİF BAKIMDA SOSYAL HİZMET UYGULAMALARI

Cihangir KARAKAYA¹

Makale Bilgileri/ Article info

Makalenin Türü/Article Type: Derleme
Geliş Tarihi / Date Received: 05.01.2025
Revizyon Tarihi/Date Revised: 21.01.2025
Kabul Tarihi / Date Accepted: 28.01.2025
Yayın Tarihi / Date Published: 17.06.2025
DOI: 10.46218/tshd.1613748

Makale Künyesi/To cite this article:

Karakaya, C. (2025, Haziran). Pediatrik Palyatif Bakımda Sosyal Hizmet Uygulamaları. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 1-19

Sorumlu Yazar/Corresponding Author:

Cihangir Karakaya, Dr. Öğr. Üyesi, Uşak Üniversitesi, Sosyal Hizmet Bölümü
chngr.krky@gmail.com

Öz

Yaşamı tehdit eden ya da sınırlayan hastalıklara sahip çocukların ve ailelerinin fiziksel, psikososyal ve ruhsal ihtiyaçlarını karşılamayı ve yaşam kalitelerini yükseltmeyi amaçlayan bir bakım felsefesi olan pediatrik palyatif bakım Türkiye’de son yıllarda hızlı bir gelişme göstermektedir. Pediatrik palyatif bakım, çocukların güçlenmesini ve yaşam kalitelerinin artırılmasını hedefleyen, toplum temelli bir yaklaşımı esas alan sosyal hizmet mesleği için oldukça önemli bir çalışma alanıdır. Pediatrik palyatif bakımda sosyal hizmet uzmanları, çocukların ve ailelerinin duygusal, sosyal ve ekonomik ihtiyaçlarını karşılamak, yaşam kalitelerini artırmak ve tedavi sürecindeki zorluklarla başa çıkmalarına yardımcı olmak için bütüncül bir psikososyal bakım sunarlar. Multidisipliner ekipte eşsiz bir konuma sahip olmalarına rağmen sosyal hizmet uzmanlarının pediatrik palyatif bakımdaki rolleri ulusal literatürde yeterince tanımlanmamıştır. Bu kapsamda çalışmada sosyal hizmet mesleğinin pediatrik palyatif bakımdaki yeri ve geleceği ele alınmıştır. Çalışma hem sosyal hizmet uzmanlarının hem de diğer sağlık profesyonellerinin sosyal hizmet mesleğinin pediatrik palyatif bakımdaki kritik rolünü anlamalarına ve benimsemelerine yardımcı olarak multidisipliner uygulamanın gelişmesine katkı sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: *Pediatrik palyatif bakım, sosyal hizmet, sosyal hizmet uzmanı, tıbbi sosyal hizmet, multidisipliner ekip.*

SOCIAL WORK PRACTICES IN PEDIATRIC PALLIATIVE CARE

Abstract

Pediatric palliative care, which is a philosophy of care that aims to meet the physical, psychosocial and spiritual needs of children with life-threatening or life-limiting diseases and their families and to improve their quality of life, has been developing rapidly in Türkiye in recent years. Pediatric palliative care is a very important field of study for the social work profession, which aims to empower children and improve their quality of life and is based on a community-based approach. In pediatric palliative care, social workers provide holistic psychosocial care to meet the emotional, social and economic needs of children and their families, improve their quality of life and help them cope with the challenges of the treatment process. Despite their unique position in the multidisciplinary team, the role of social workers in pediatric palliative care has not been adequately defined in the national literature. In this context, this study focuses on the place and future of the social work profession in pediatric palliative care. The study may contribute to the development of multidisciplinary practice by helping both social workers and other health professionals understand and embrace the critical role of the social work profession in pediatric palliative care.

Keywords: *Pediatric palliative care, social work, social worker, medical social work, multidisciplinary team.*

¹ Dr. Öğr.Üyesi, Uşak Üniversitesi, Sosyal Hizmet Bölümü, ORCID: 0000-0002-1104-379X

1. Giriş

Çocuklarda yaşamı sınırlayan ya da tehdit eden hastalıkların artmasıyla birlikte, pediatrik palyatif bakımın önemi hem dünyada hem de Türkiye’de artmıştır. Geçmişte yaşamın son dönemlerine özgü bir bakım anlayışı varken, günümüzde pediatrik palyatif bakım (PPB), hastalığın teşhis edildiği andan yaşam sonu döneme kadar yaşam kalitesini iyileştirmek ve acı deneyimini hafifletmek amacıyla uygulanmaktadır. PPB’ye dair bu anlayış değişikliği, Dünya Sağlık Örgütü’nün 1990 yılında yaptığı “Hastalığı ortadan kaldıran tedavilere yanıt vermeyen hastaların aktif, total bakımındır” (WHO, 1990) tanımından, güncel “yaşamı tehdit eden hastalıklarla ilişkili sorunlarla karşı karşıya kalan hastaların (yetişkinler ve çocuklar) ve ailelerinin yaşam kalitesini iyileştiren bir yaklaşım olarak tanımlar. Fiziksel, psikososyal veya ruhsal olsun, ağrı ve diğer sorunların erken teşhisi, kusursuz değerlendirmesi ve tedavisi yoluyla acıyı önler ve hafifletir” tanımına geçişiyle açıkça görülmektedir (WHO, 2023a). Yani PPB’nin temel hedefi, yaşamı sınırlayan veya yaşamı tehdit eden bir durumu olan bir çocuğa ve çocuğun ailesine multidisipliner bir ekip tarafından tıbbi, psikososyal ve manevi bakım sağlamaktır (Orloff, 2011). Multidisipliner ekibin ana unsurlarından biri de sosyal hizmet uzmanlarıdır. Sosyal hizmet uzmanları, disiplinler arası PPB ekibinde çocuklara ve ailelerine destek sağlamada önemli katkılar sunmaktadır.

Sosyal hizmet mesleği, PPB sunumunda benzersiz bir konuma sahiptir. Sosyal hizmet uzmanları, kriz, kayıp ve çeşitli zorluklarla mücadele eden bireylere müdahale etmek için eğitilmişlerdir. Yaşamı sınırlayan ya da tehdit eden bir hastalık veya yaşam sonu dönemde karşılaşılan zorluklar da sosyal hizmet uzmanlarının müdahale ettiği unsurlar arasındadır. Sosyal hizmet uzmanları, PPB’de çocuklara ve ailelerine yönelik güçlendirme, psikososyal destek sağlama, danışmanlık ve savunuculuk yapma gibi önemli görevlerde bulunurlar (Clark, 2004; Jones, 2005; Raymer ve Reese, 2004). Sosyal hizmet uzmanları, PPB’de ileri bakım planlaması, hastalığın değişen seyri veya yaklaşan ölümle ilgili görüşmeler, etik değerlendirmeler ve tedavi edilmeyen semptomlar gibi konularda multidisipliner ekipler iş birliği yaparlar. Sosyal hizmet uzmanları, değerlendirme, tedavi planlama ve müdahale süreçlerinde sahip oldukları bilgi ve becerileri kullanarak, sağlık hizmetlerinin sınırlamaları ve çocuğun yaşamı tehdit eden hastalığının belirsiz ilerleyişine uygun çözümler sunarlar. Ayrıca, çocuk ve ailenin karşılaştığı zorlu koşulların etkilerini hafifletmek ve mümkün olan en duyarlı bakım ortamını sağlamak amacıyla bilgi ve becerilerini sürece entegre ederler (Jones vd., 2011; Weisenfluh, 2011).

PPB, yetişkinlere yönelik palyatif bakımla yakından ilişkili olmasına rağmen farklı özellikleri olan bir alanı temsil eder (Jones vd., 2011). PPB, çocukların gelişimsel özelliklerini göz önünde bulundurarak, onların duygu ve düşüncelerini anlamaya yönelik özel bir yaklaşım gerektirir. Bu nedenle PPB alanında çalışan sağlık profesyonellerinin palyatif bakım ilkelerini çocuklara özel olarak uyarlayabilmeleri gerekmektedir (Harputluoğlu ve Çelik, 2020). Sosyal hizmet uzmanlarının da PPB alanında yetkinleşmeleri için birtakım gereklilikler bulunmaktadır. Özellikle PPB alanı geliştikçe ve sunular hizmetler yaygınlaştıkça sosyal hizmet mesleğinin de PPB alanındaki yeri daha da önemli hale gelmektedir. Sosyal hizmet uzmanlarının

multidisipliner ekibin önemli bir bileşeni olduğu konusunda fikir birliği olsa da (Csikai ve Bullock, 2024; Kwak vd., 2023; Taels vd., 2021), özellikle Türkiye’de sosyal hizmet mesleğinin PPB alanındaki yerinin ve öneminin ifade edilmesi gerekmektedir. Bunu yapmak, PPB alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının uygulama kapsamalarını tanımlamalarına, odak noktalarını diğer ekip üyelerine benimsetmelerine ve işbirliğine dayalı uygulama stratejileri geliştirmelerine yardımcı olacaktır. Buradan hareketle bu çalışmanın amacı, sosyal hizmet mesleğinin PPB alanındaki yerini ve geleceğini ele almaktır. Çalışma, ulusal literatürde sosyal hizmet meslek ve disiplininin PPB alanındaki yerini ele alan ilk çalışma olma niteliğini taşımaktadır. Çalışmanın cevap aradığı sorular “Sosyal hizmet mesleğinin pediatrik palyatif bakımdaki yeri nedir?” ve “Türkiye’de pediatrik palyatif bakımda sosyal hizmet mesleğinin geleceği nasıldır?” şeklindedir.

2. Pediatrik Palyatif Bakımın Tanımı, Felsefesi ve Temelleri

Yaşamı tehdit eden ya da sınırlandıran hastalıklara sahip çocuklara ve ailelerine sunulan multidisipliner bir yaklaşım olan PPB, çocuğun yaşam kalitesini iyileştirmeyi, hastalığın neden olduğu fiziksel ve psikososyal semptomları azaltmayı ve çocuğun ve ailesinin fiziksel, duygusal, sosyal ve ruhsal ihtiyaçlarını karşılamayı amaçlamaktadır. Ana odak çocuklar olsa da PPB çocukların ailelerine de fiziksel, duygusal, sosyal ve ruhsal destek sağlamayı odağına almaktadır (Durmaz, 2024). Birincil amacı yaşam kalitesini optimize etmek olan PPB, kronik veya yaşamı tehdit eden bir hastalığa sahip çocuklara ve ailelerine yönelik aile merkezli bir bakım felsefesidir (Côté vd., 2019; Garten ve Bührer, 2019; Sarman vd., 2021; Uthaya vd., 2014). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), PPB’nin çocuğun bedeni, zihni ve ruhunun aktif ve kapsamlı bakımı olduğunu, çocuğun fiziksel, psikolojik ve sosyal sorunlarını hafiflettiğini, aynı zamanda aileye destek sağlamayı da içerden geniş kapsamlı ve multidisipliner bir yaklaşım olduğunu ifade etmektedir (WHO, 2023b).

Ulusal Hospis ve Palyatif Bakım Örgütü (National Hospice and Palliative Care Organization- NHPCO) tarafından PPB; “hastalar, aileleri ve bakıcıları için yaşam kalitesini optimize etmek amacıyla fiziksel, psikolojik, sosyal ve manevi acıları öngörmek, önlemek ve yönetmek için tasarlanmış disiplinler arası bir bakım sağlama sistemidir” şeklinde açıklanmaktadır (NHPCO, 2022). Yani PPB, sadece hastalığın fiziksel belirtilerini değil, aynı zamanda çocukların ve ailelerinin duygusal, sosyal ve manevi ihtiyaçlarını da karşılayarak, onların yaşamlarını daha anlamlı hale getirmeyi amaçlayan kapsamlı bir bakım yaklaşımıdır.

PPB’nin sunulabileceği sağlık durumları temelde iki başlık altında değerlendirilebilir. Bunlar; yaşamı sınırlandıran koşullar ve yaşamı tehdit eden koşullar şeklinde ifade edilebilir. Yaşamı sınırlandıran koşullar, hastalığın tedavi edilemediği ve çocuğun ölümünün muhtemel olduğu durumları ifade etmektedir. Yaşamı tehdit eden koşullar ise iyileştirilebilen ancak tedavinin başarısız olma ihtimalinin olduğu ve çocuğun ölebileceği durumları ifade etmektedir (Durmaz, 2024; Kerr vd., 2020). Çocuklarda yaşamı sınırlandıran ve tehdit eden koşullar şu dört ana başlık altında incelenebilir (Chambers, 2018):

- (i) İyileştirici tedavinin mümkün olabileceği ancak başarısız olabileceği yaşamı tehdit eden durumlar: Yaşamı tehdit eden bu tehdidin süresine bakılmaksızın palyatif bakım hizmetlerine erişimin gerekli olabilir. Uzun süreli remisyona ulaşıldığında veya başarılı bir küratif tedavinin

- ardından artık palyatif bakım hizmetlerine ihtiyaç kalmaz. Örneğin kanser, kalp, karaciğer, böbrek organ yetmezlikleri, organ nakli ve uzun süreli ventilasyona maruziyet gibi durumlar.
- (ii) Erken ölümün kaçınılmaz olduğu durumlar: Yaşam süresini uzatmayı ve normal faaliyetlere katılımı sağlamayı amaçlayan uzun süreli yoğun hastalığa yönelik tedaviyi içerebilir. Bu kategorideki çocuklar ve gençler önemli ölçüde engelli olabilir ancak sağlık durumları uzun süre nispeten iyi olabilir. Örneğin kistik fibroz, duchenne musküler distrofi ve SMA Tip 1 gibi durumlar.
- (iii) İyileştirici tedavi seçenekleri olmayan ilerleyici durumlar: Tedavinin yalnızca palyatif olduğu ve genellikle uzun yıllara yayılabilen, küratif tedavi seçenekleri olmayan ilerleyici durumlardır. Örneğin batten hastalığı, mukopolisakkaridozlar ve diğer ağır metabolik durumlar.
- (iv) Sağlık komplikasyonlarına yatkınlığa ve erken ölüm olasılığına yol açan ciddi engelliliğe neden olan geri döndürülemez ancak ilerlemeyen durumlar: Palyatif bakım herhangi bir aşamada gerekli olabilir ve öngörülemeyen ve periyodik bakım dönemleri olabilir. Örneğin ağır serebral palsy, beyin veya omurilik yaralanması gibi durumlar.

Hastalık süresince ağrı, dispne, yorgunluk, bulantı-kusma, anksiyete, konstipasyon, iştahsızlık, depresyon gibi semptomlar çocukların yaşamlarını zorlaştırmaktadır. Bu semptomlar, çocuk ve ailesinin önemli boyutta yıkıcı ve yıpratıcı bir süreçten geçmesine neden olmaktadır. PPB, bu semptomların hafifletilmesine ya da giderilmesine odaklanırken aynı zamanda çocuğun ve ailenin bu süreçten en az şekilde etkilenmelerini sağlamaya odaklanmaktadır (Kuzlu Ayyıldız vd., 2019). Ayrıca yaşam sonu dönemde aileyi güçlendirme ve yas danışmanlığı gibi konularda aileyi destekleyerek aile işlevselliğinin devamını sağlamayı amaçlamaktadır (Norris vd., 2019).

PPB'nin felsefesi, hayatı sınırlayan veya tehdit eden bir durumu olan her çocuğa ve ailesine en iyi yaşam kalitesini sunmak ve en iyi bakımı sağlamaktır. Ebeveynler, çocuklarının yaşamı boyunca onlara sunulan seçimleri anlamaları için genellikle destek ihtiyaç duyarlar. Bu noktada ailelere gerçek seçimler sunmak PPB için anahtar konumdadır. PPB, ailelere, çocuklarının bakımı konusunda gerçek seçenekler sunarak karar verme sürecinde aktif rol almalarını sağlar. Bakım yerinin, ölüm yerinin ve duygusal destek seçeneklerinin belirlenmesinde ailenin tercihleri ön planda tutulur. Bu sayede hem çocuk hem de aile için en uygun bakım planı oluşturulur (Gill, 2021).

PPB'nin temel ilkeleri arasında; yaşamın ve ölümün normal süreçler olarak görülmesi, ölümün geciktirilmeye veya hızlandırılmaya çalışılmaması, bakıma yaşamı sınırlayan veya yaşamı tehdit eden tıbbi durum ile başlanıp yas süreci sonuna kadar devam edilmesi, çocuğun ve ailesinin yaşam kalitesinin artırılması, aile merkezli olması, çocuğun ve ailenin sosyokültürel durumlarına göre bakımın planlanması, ihtiyaç duyan tüm çocuklar için bakımın erişilebilir ve sürdürülebilir olması gibi ilkeler bulunmaktadır (Benini vd., 2022). Ayrıca PPB'nin genel ilkeleri arasında taraflar arasındaki iletişimin sağlıklı olması, bakımın ileriye dönük ve öngörülebilir şekilde planlanması, kararlar verilirken çocuğun yüksek yararının gözetilmesi, bakımda

sürekliliğinin ve koordinasyonun sağlanması, rıza, gizlilik ve fiili ehliyet gibi yasal süreçlere dikkat edilmesi, çeşitlilik ve kültürel farklılıklara saygı duyulması gibi hususlar bulunmaktadır (Chambers, 2018).

Çocuklar küçük yetişkinler değildir. Çocuklarda tanı, prognoz, tedavi stratejileri, iletişim ve karar verme süreçlerini etkileyen gelişimsel farklılıklar pediatrik palyatif bakımı yetişkinlere yönelik palyatif bakımdan farklı kılmaktadır (NHPCO, 2022). PPB ile yetişkinlere yönelik palyatif bakım arasındaki ilk ve en belirgin fark, çocukların kendi tedavilerine veya tedavinin sonlandırılmasına yasal olarak onay verememeleridir. PPB’de ebeveynlerin tedavinin devamına veya durdurulmasına yasal olarak onay vermeleri gerekir. Çocuğun ebeveyninden farklı bir isteği varsa, bu durum çeşitli zorluklar ortaya çıkarabilir (Jones, 2006). Çocuklarda PPB’ye neden olan durum genellikle kronik ve karmaşık bir tıbbi durumken yetişkinlerde palyatif bakıma neden olan durum ağırlıklı olarak kanser ve kardiyovasküler sistem hastalıklarıdır (Groh vd., 2014). PPB tanı ile başlayıp diğer tedaviler ile uzun süre devam ederken yetişkinlerde palyatif bakım hastalığın ileri aşamalarında devreye girer ve kısa sürelidir (Benini vd., 2022). PPB’yi yetişkin palyatif bakımından ayıran en önemli unsur ise bir çocuğun ölmekte olduğu gerçeğiyle çocuğun ve ailesinin yüzleşmesidir. Çünkü ölüm olgusu çocuklukta genellikle beklenen bir şey değildir. Bu durum PPB sürecini çocuk, aile ve sağlık çalışanları için yıpratıcı ve zorluklarla dolu bir serüven haline getirmektedir.

Rico-Mena vd.’nin (2023) yaptıkları çalışmada bir katılımcının "Herkes palyatif bakım deyince ölümü düşünüyor, ölüm anında verilen ilaçları, sedasyonu düşünüyorlar. Ama hiç kimse yaşam yıllarını, yaşam kalitesini düşünmüyor, hiç kimse serebral palsili bir çocuğun nasıl yediğini düşünmüyor, hiç kimse çocukları hasta olduğu için ebeveynlerin hastanede geçirdiği saatleri düşünmüyor, hiç kimse ara dönemi düşünmüyor, herkes ölümü düşünüyor. Bence en görünmez şey budur." ifadesi yaşam sonu dönemde çocuğun ölümünden ziyade yaşamının son dönemlerini nasıl geçirdiğine odaklanılması gerektiğini göstermektedir. PPB’nin insancıl yönü burada devreye girmektedir. Yaşamını sınırlayan veya tehdit eden bir hastalıkla mücadele eden çocukların ve ailelerinin ihtiyaçlarını bütüncül ve multidisipliner bir yaklaşımla karşılamaya odaklanırken aynı zaman da çocuğun ve ailesinin bakım sürecinde yaşam kalitelerini artırmayı merkezine koymaktadır.

3. Dünyada ve Türkiye’de Pediatrik Palyatif Bakım

Palyatif bakım, 19. yüzyılda Fransa’da ortaya çıkan ve ilk modern örnekleri 1967’de hospislerle görülen bir kavramdır. Başlangıçta hospis bakımıyla eş anlamlı kullanılırken, 1990’larda Amerika’da özellikle kanser hastaları için kullanılmaya başlanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), palyatif bakımı ilk olarak 1989’da "Küratif tedavilere yanıt vermeyen hastalar için yapılan bütüncül bakım ve destek" olarak tanımlamıştır. 2002’de ise pediatrik palyatif bakım, "Çocuk ve ailelerin yaşamı tehdit eden hastalıklarda fiziksel, psikososyal sorunlar ve ağrı yönetimiyle yaşam kalitesini artırmaya yönelik bir yaklaşım" olarak ifade edilmiştir (Ersoy ve Şahin, 2024). Dünyada ilk pediatrik palyatif bakım ünitesi Rahibe Frances Dominica tarafından Birleşik Krallık’ta kurulmuş ve Helen House olarak isimlendirilmiştir. Helen House hala 0-18 yaş arasında olup da ölümcül bir hastalığı olan çocuklar için hizmet vermektedir. PPB için dönüm noktası, 1996 yılında PPB’nin

meşru bir çalışma alanı olduğunun kabul edilmesiyle gerçekleşmiştir (Sisk vd., 2020). 1990'ların sonlarındaki tıbbi gelişmeler, birçok çocuğun hayatta kalmasını sağlarken, aynı zamanda yeni etik sorunları da beraberinde getirmiştir. Kronik hastalığı olan ve yaşamlarını sürdürebilmek için sürekli tıbbi desteğe ihtiyaç duyan bu çocuklar için en uygun bakımın ne olduğu, hem aileler hem de sağlık çalışanları için zorlu bir soru haline gelmiştir. Yaşamı uzatan tedavilerin bazen acıya ve ıstıraba yol açtığı, bu nedenle tedaviyi durdurma kararının etik boyutları sıkça tartışılmıştır (Joren vd., 2024; Nelson ve Meier, 1999). 2000'li yılların başında PPB'nin sadece kanserli çocuklar için değil, farklı hastalıklara sahip çocuklar için de uygun olduğu kanısına varılmıştır. Ayrıca palyatif bakım Dünya Sağlık Örgütü tarafından bir insan hakkı olarak tanınmaktaydı. PPB için ilk kılavuz Amerika Birleşik Devletleri'nde geliştirilmiştir. Ancak bu gelişmenin dünyanın geri kalanına yayılması epey zaman almıştır. Örneğin Amerika Birleşik Devletleri'nden sonra PPB kılavuzunu 2013 yılında Hollanda yapmıştır (Joren vd., 2024; Sisk vd., 2020).

Uluslararası Çocuk Palyatif Bakım Ağı, Birleşmiş Milletler Çocuk Fonu ve Dünya Sağlık Örgütü'nden elde edilen birincil ve ikincil verilere göre dünyada her yıl 21 milyondan fazla çocuğun pediatrik palyatif bakıma ihtiyaç duyduğu belirlenmiştir (Connor vd., 2017). Pediatrik palyatif bakıma ihtiyaç duyan çocukların çoğunluğunun düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşadığı tahmin edilmektedir (Delamere et al., 2024). Ancak uluslararası alanda, PPB'ye erişimin yetişkin palyatif bakım hizmetlerine erişimin "çok gerisinde" kalmaktadır. PPB'nin yetersiz olduğu veya hiç olmadığı birçok ülke bulunmaktadır (WHO, 2018). PPB hizmetlerinin yeterli bir şekilde sağlanması, ihtiyaç sahibi nüfusun tanımlanmasındaki zorluklar ve mevcut verinin sınırlı olması nedeniyle zorlaşmaktadır (Delamere et al., 2024). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre, dünyadaki ülkelerin yaklaşık üçte ikisi palyatif bakım hizmetleri için finansman ayırmaktadır. Ancak bu finansman, ihtiyacı olan hastaların yarısına bile ulaştırılamamaktadır (WHO, 2023a). Ayrıca palyatif bakıma ihtiyacı olan her 10 kişiden sadece 1'i bu hizmete ulaşabildiği belirtilmiştir. Daha da dikkat çekici olanı, bu erişebilenlerin sadece %6'sının çocuk olmasıdır (WHO, 2021). Dahası PPB alanında uzmanlaşma ve eğitim sınırlı seviyededir. PPB eğitimi için küresel çapta standartların olmaması da bir handikap gibi görünmektedir (Arias-Casais vd., 2020).

PPB hizmetlerinin gelişmişlik seviyesini dünya çapında standart bir şekilde değerlendirmek için altı kategori belirlenmiştir. Belirlenen kategoriler Tablo 1'de sunulmuştur (Clelland vd., 2020). Türkiye'deki pediatrik palyatif bakım hizmetlerinin genellikle Kategori 3b veya Kategori 4a'da yer aldığı söylenebilir. Türkiye, son yıllarda PPB hizmetlerinin sunumunda ciddi mesafeler kaydetmiştir.

Tablo 1: Pediatrik Palyatif Bakım Hizmetlerinin Gelişmişlik Düzeyinin Kategorilendirilmesi

Kategori	Tanım
Kategori 1: Bilinen bir pediatrik palyatif bakım etkinliği yok	Bu kategori, çocuklar için palyatif bakım faaliyetlerine dair hiçbir kanıtın bulunmadığı ülkeleri tanımlar. Örneğin Afganistan, Güney Sudan, Venezuela, Libya...

Kategori 2: Pediatrik palyatif bakım hizmetlerinin kapasitesinin artırılması için hazırlık aşaması	Bu kategori, çocuk palyatif bakımını geliştirmek için kapasite oluşturma girişimlerinin bulunduğu ancak henüz hizmet veya özel programların kurulmadığı ülkeleri tanımlar. Örneğin Kamerun, Hırvatistan, Portekiz, Kırgızistan...
Kategori 3a: Sınırlı kapsamda sunulan pediatrik palyatif bakım hizmetleri	Bu kategori, çocuk palyatif bakımının sınırlı olduğu, bağışlara bağımlı finansmanla desteklendiği, morfine kısıtlı erişim sağlandığı ve en iyi uygulama modeli olarak tanımlanabilecek az sayıda hizmet veya programın bulunduğu ülkeleri tanımlar. Örneğin Azerbaycan, Slovakya, Güney Afrika, Paraguay...
Kategori 3b: Genel kapsamda sunulan pediatrik palyatif bakım hizmetleri	Bu kategori, çocuk palyatif bakım aktivizminin geliştiği, yerel desteğin arttığı, finansman kaynaklarının çeşitlendiği, morfinin erişilebilir olduğu ve sınırlı da olsa çeşitli hizmetler ile eğitim girişimlerinin mevcut olduğu ülkeleri tanımlar. Örneğin Finlandiya, Ukrayna, Papua Yeni Gine, Letonya...
Kategori 4a: Ana sağlık hizmetlerine entegrasyonun başlangıç aşamasında olan pediatrik palyatif bakım hizmetleri	Bu kategori, çocuk palyatif bakımında çeşitli hizmetlerin ve sağlayıcıların bulunduğu, farkındalığın arttığı, güçlü ağrı kesicilere erişimin olduğu, politikalarda etkisinin hissedildiği, eğitim faaliyetlerinin yaygınlaştığı ve ulusal bir derneğin mevcut olduğu ülkeleri tanımlar. Örneğin Almanya, Japonya, Yeni Zelanda, ABD....
Kategori 4b: Ana sağlık hizmetlerine ileri düzeyde entegre olmuş pediatrik palyatif bakım hizmetleri	Bu kategori, çocuk palyatif bakımının geniş çapta kabul gördüğü ve uygulandığı, çeşitli hizmet sağlayıcılar tarafından kapsamlı hizmetlerin sunulduğu, toplumda yüksek farkındalık düzeyinin bulunduğu, morfin ve güçlü ağrı kesicilerin sınırsız erişilebilir olduğu, politikalar üzerinde etkili bir yapıya sahip olduğu ve akademik eğitimle desteklenen entegre bir sistemin mevcut olduğu ülkeleri tanımlar. Örneğin Avusturalya, Belçika, Kanada, Birleşik Krallık....

PPB dünya çapında gelişme ve büyüme aşamasında olmasına rağmen önemli zorluklar devam etmektedir. Bu zorlukların başında hangi hastalık ve durumların PPB'yi gerektirdiği konusunda fikir birliğinin olmaması, eğitim ve toplumsal farkındalık eksikliği ve damgalanma gibi farklı faktörler sorumlu tutulmaktadır. Birçok ülkede "palyatif" kelimesi hala ölümle ilişkilendirilmekte ve genellikle artık hiçbir iyileştirici tedavi mevcut olmadığına veya çocuk ölmeye yakın olduğunda uygulanmaktadır (Benini vd., 2016; Friedrichsdorf ve Bruera, 2018). PPB bir insan hakkı olmasına rağmen, bu alanda yeterli kaynak ayrılmamakta, eğitim imkânları kısıtlı kalmakta ve kültürel-dini engeller devam etmektedir. (Joren vd., 2024; Wiener vd., 2013). Dünya çapında PPB'nin sağlık sistemine entegrasyonunun önündeki diğer engeller sağlık sistemi

altyapısı, erişim problemleri (birincil ve uzmanlaşmış palyatif bakıma, ilaçlara ve disiplinler arası klinisyenlere), finansman, sağlık çalışanlarının, hastaların ve ailelerin algıları şeklinde sıralanabilir (Umaretiya ve Wolfe, 2022).

Türkiye'de PPB hizmetleri, özellikle son yıllarda artan bir ilgi ve farkındalıkla gelişmeye başlamıştır. 2010 yılında İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi, erişkinlere de hizmet veren ilk PPB merkezi olarak faaliyete başlamıştır. Ardından 2015 yılında, Bursa Dörtçelik Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi, Bolu İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Erzurum Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Diyarbakır Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Gaziantep Cengiz Gökçek Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi PPB merkezi olarak hizmet vermeye başlamıştır. 2019 yılında Ankara Bilkent Şehir Hastanesi ve Dr. Sami Ulus Kadın Doğum Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi de PPB hizmeti sunmaya başlamıştır (Ersoy ve Şahin, 2024; Koçatakan ve Akelma, 2024). 2020 yılında Kayseri Şehir Hastanesi bünyesinde PPB servisi hizmet vermeye başlamıştır. 2022 yılında İstanbul'un ilk PPB servisi Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim Araştırma Hastanesinde açılmıştır. 2023 yılında Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi bünyesinde PPB merkezi kurulmuştur. 2024 yılında Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesinde PPB hizmeti verilmeye başlanmıştır.

Görüldüğü üzere Türkiye'de PPB hizmetleri son yıllarda hızlı bir gelişim göstermektedir. Türkiye'de PPB hizmetlerine erişim, büyük şehirlerde daha yaygın olsa da hizmetleri erişimin kırsal bölgelerde ve küçük şehirlerde de artacağı öngörülmektedir. PPB alanında hizmet veren her meslek elemanı için uzmanlaşmanın gerekli olduğu ortadadır. PPB konusunda farkındalık giderek artmaktadır, yakın gelecekte alandaki eğitim ve öğretim programlarının gelişeceği ve alandaki araştırma sayısının artacağı değerlendirilmektedir. Yetişkinlere yönelik palyatif bakım kapsamında yasal çerçevenin büyük ölçüde oluşturulmuş ve işlevsel hale getirilmiş olduğu düşünülmektedir. PPB alanında da yasal altyapının oluşturulması, sunulan hizmetlerin kalitesinin artırılması açısından önemli bir gereklilik olarak değerlendirilmektedir. Sonuç olarak, Türkiye'de PPB alanının gelişmesi için ciddi reformlar yapılmış ve yapılmaya devam etmektedir. Erişim, eğitim, araştırma ve yasal altyapı gibi alanlarda yapılacak iyileştirmelerle beraber PPB hizmetlerinin Türkiye'nin sağlık sistemine entegrasyonu tamamlanacaktır.

4. Sosyal Hizmet Mesleğinin Pediatrik Palyatif Bakımdaki Yeri ve Sosyal Hizmet Uzmanlarının Roller

Ciddi ve yaşamı tehdit eden hastalıklarla karşı karşıya kalan çocukların çeşitli ihtiyaçları olmaktadır. Bu noktada bu ihtiyaçların karşılanması için hem dünyada hem de Türkiye'de pediatrik palyatif bakım hizmetleri yaygınlaşma ve gelişme aşamasındadır. Pediatrik palyatif bakıma yönelik artan kabul ve taleple birlikte, hem klinik uygulamanın hem de PPB ekibinin yetkinliği önem kazanmıştır. PPB ekibinin önemli üyelerinden biri de sosyal hizmet uzmanlarıdır. Sosyal hizmet meslek ve disiplini, yaşamı tehdit eden veya sınırlayan bir hastalığa sahip çocukların fiziksel, psikolojik, sosyal ve ruhsal ihtiyaçlarını desteklemeyi temel alan PPB ile sıkı bir şekilde bağlantılıdır. Bu nedenle, sosyal hizmetin pediatrik palyatif bakımdaki yeri ve sosyal hizmet

uzmanlarının rolleri konusunda bilgi tabanının netleştirilmesi gereklidir. Bu gereklilikten hareketle bu çalışmada sosyal hizmet mesleğinin pediatrik palyatif bakımdaki yeri ve geleceği ele alınacaktır. Ayrıca çalışma, ulusal literatürde sosyal hizmet meslek ve disiplininin pediatrik palyatif bakımdaki yerini ele alan ilk çalışma olma niteliğini taşımaktadır.

Çocuklar ciddi hastalıklardan muzdarip olduklarında “En iyisini ummak, en kötüsüne hazırlanmak” gibi ikilemler aileler ve sağlık profesyonelleri için günlük gerçeklerdir. Prognostik belirsizlik ve hayatta kalma umudunun devam etmesi, küratif tedaviden palyatif bakıma geçişi çocuklar, aileler ve hizmet sağlayıcılar için zorlaştırmaktadır (De Graves ve Aranda, 2005). Tüm taraflar için karar vermenin getirdiği yükler, duygusal yoğunluk ve çocuklar için yapılabilecek her şeyi yapma çabası sürecin zorluklarını artıran unsurlardır. Aileler ve çocuklar, hastalık sürecinin farklı aşamalarında gelişen biyopsikososyal sorunlarla başa çıkmakta zorlanabilir. PPB’de sosyal hizmet uzmanı, çocuğun ve ailenin bakım sürecinde zaman içinde gelişen sorunlarına ve ihtiyaçlarına odaklanır (Weisenfluh, 2011).

Sosyal hizmet uzmanlarının PPB alanına geniş ve kapsamlı bir hizmet ve uzmanlık sunduğunu ifade etmek gerekmektedir. Sosyal hizmet uzmanlarının PPB alanındaki rolleri ve ana sundukları bilgi, beceri ve yeterlilikler son derece derin ve geniş bir yelpazede ifade edilebilir. Sosyal hizmet uzmanlarının PPB’deki en önemli katkılardan biri çocuğu ve aileyi sosyal hizmet bakış açısıyla değerlendirme becerisidir. Sosyal hizmet uzmanının biyopsikososyal değerlendirmesi, çocuğun ve ailenin diğer üyelerinin duygusal, ruhsal, sosyal ve fiziksel semptomlarla ilgili deneyimlerini; ailenin iletişim biçiminin etkinliğini ve niteliğini; karar alma süreçlerini ve vaka yönetimi kapsamında mali ve sosyal destek gereksinimlerini kapsar (McSherry vd., 2007; Meier ve Beresford, 2008). Sosyal hizmet uzmanları, pediatrik palyatif bakımın başladığı andan itibaren hastalığın ilerleme sürecinde, çocuğun ölümüne kadar geçen tedavi sürecinde kapsamlı değerlendirmelerde bulunur. Sosyal hizmet uzmanları, değerlendirme sürecinde hastalık süresince yaşanan günlük kayıpların niteliği, ağrının ve semptom yönetiminin biyopsikososyal etkileri, ailenin hem hasta hem de sağlıklı çocuklarıyla iletişimleri, aile içi iletişim süreçleri, ailenin ve çocuğun psikososyal gereksinimleri, ailenin bakım süreci ile ilgili bilgi gereksinimleri, aile, çocuk ve sağlık profesyonelleri arasındaki iletişim, mali, duygusal ve manevi destek için toplumsal kaynaklar ve ailenin yas sürecindeki gereksinimleri gibi unsurların kapsamlı bir biyopsikososyal değerlendirmesini gerçekleştirir (Kovacs vd., 2006; Orloff, 2011; Saruç, 2013). Değerlendirme süreci sosyal hizmet uzmanı için aynı zamanda müdahale sürecinin ilk aşamasıdır. Çünkü değerlendirme sürecinin çocuk ve ailenin bakım süreciyle ilgili beklenti ve deneyimlerini anlamada önemli bir adım olduğu düşünülmektedir.

PPB ekibindeki sosyal hizmet uzmanı, kapsamlı değerlendirmenin ardından yaşamı tehdit eden koşulları olan çocuklar ve aileleri sosyal hizmet müdahale sürecini yürütür ve disiplinler arası bakım ekibine klinik danışmanlık sağlar. Jones vd. (2011), PPB’de sosyal hizmet uzmanı tarafından yürütülecek mesleki uygulamaları şu şekilde sıralamışlardır:

- (I) Aile öyküsü, mevcut endişeler ve aile merkezli bakım perspektifinden güçlü yönlerin, ihtiyaçların ve savunmasızlıkların değerlendirilmesi dâhil olmak üzere psikososyal değerlendirme;
- (II) Uygun toplum hizmetlerine ve kaynaklarına yönlendirme;
- (III) Aile merkezli bir perspektiften hastalık sürecinin duygusal, psikolojik, fiziksel ve manevi boyutlarıyla başa çıkmak için öngörülü rehberlik;
- (IV) Çocuk ve ailenin başa çıkma ve aile sistemi bütünlüğünün değerlendirilmesi;
- (V) Bakım için seçenekleri, hedefleri ve öncelikleri belirlemek için aile ve ekiple işbirliği;
- (VI) Çocuğun sağlık durumuyla başa çıkma ile ilgili olarak ruh sağlığı değerlendirmesi ve tedavisi;
- (VII) Aile ve ekip arasındaki iletişimin kolaylaştırılması;
- (VIII) Çatışma yönetimi;
- (IX) Etkili başa çıkmayı kolaylaştırmak için bilişsel-davranışçı beceri eğitimi;
- (X) Yas bakım planlaması ve desteği;
- (XI) Eğitim-öğretim ve saha süpervizyonu.

Görüldüğü üzere PPB ekibindeki sosyal hizmet uzmanının görevleri, yaşamı tehdit eden koşullara sahip çocuklar ve ailelerinin fiziksel, duygusal, psikolojik ve manevi ihtiyaçlarını karşılamayı amaçlayan kapsamlı bir yaklaşıma dayanır. Sosyal hizmet uzmanı, aile öyküsünden psikososyal değerlendirmeye, toplum hizmetlerine yönlendirmeden hastalık sürecindeki başa çıkma mekanizmalarını desteklemeye kadar geniş bir yelpazede sosyal hizmet müdahalesinde bulunur. Ayrıca, aile ve ekip arasındaki iletişimi kolaylaştırmak, olası çatışmaları yönetmek, etkili başa çıkma becerileri kazandırmak ve yas sürecine dair planlama ve destek sunmak gibi roller üstlenir. Tüm bu çalışmalar, disiplinler arası bir ekip anlayışı içinde, aile merkezli bakım perspektifiyle çocuğun ve ailenin yaşam kalitesini artırmayı hedefler. Eğitim-öğretim ve saha süpervizyonu gibi uygulamalar ise sosyal hizmet uzmanının mesleki bilgi ve becerilerini ekibe ve meslektaşlarına aktarmasına olanak tanır, böylece PPB sürecinin bütüncül bir şekilde yönetilmesine katkı sağlar.

Sosyal hizmet uzmanları PPB’de çeşitli mesleki roller üstlenirler. Bu rolleri Jones (2006) şu şekilde sıralamıştır:

Danışman, Kolaylaştırıcı, Rehber Olarak Sosyal Hizmet Uzmanı: PPB’de sosyal hizmet uzmanları ailelerin en zorlu dönemlerinde onlara rehberlik eden, duygusal destek sağlayan ve yaşamın son aşamalarında çocuklarla ve aileleriyle birlikte yürüyen önemli bir role sahiptir. Bu süreçte sosyal hizmet uzmanları, ailelerin korku ve endişelerini dinleyerek, onlara pratik destek sağlayarak ve çocuklarına odaklanmalarına yardımcı olarak bir kolaylaştırıcı rolü üstlenirler. Sosyal hizmet uzmanları, sadece sorunları çözmek veya müdahalede bulunmakla kalmaz, aynı zamanda çocuk ve ailelerin yaşadığı acılara tanıklık ederler. Çocukların hastalık süreçlerindeki tıbbi belirtileri gözlemlemek, ailelerin duygusal durumlarını anlamak ve onlarla empati kurmak sosyal hizmet uzmanlarının önemli görevleri arasındadır. Bu süreçte bir şeye müdahale etmeden veya düzeltmeye çalışmadan çocuk ve ailesiyle sıcak bir temas kurmak bile sosyal

hizmet uzmanının rolleri arasındadır. Kısaca PPB’de sosyal hizmet uzmanları, sadece profesyonel bir destek unsuru olarak değil, aynı zamanda insancıl bir varlık olarak da çocuğa ve aileye eşlik ederler. Var olmak, dinlemek, desteklemek ve tanıklık etmek, bu alandaki sosyal hizmet uzmanlarının temel görevleridir.

Savunucu, İletişimci, Hizmet Koordinatörü Olarak Sosyal Hizmet Uzmanı: PPB’de sosyal hizmet uzmanı, sadece duygusal destek sağlamakla kalmaz, aynı zamanda aile ve tıbbi ekip arasındaki iletişimi kolaylaştırarak bakım sunumunu koordine eder. Sosyal hizmet uzmanı, çocuğun ve ailenin isteklerini ve ihtiyaçlarını tıbbi ekiple paylaşarak PPB ve kaynaklar hakkında bilgi verir ve gerektiğinde arabuluculuk yapar. Bu rol, özellikle palyatif bakım sürecinde ailelerin yaşadığı karışıklık ve belirsizlik durumlarında daha da önemli hale gelir. Ayrıca, tıbbi bilgileri ailelerin anlayabileceği bir dilde aktararak, karar verme süreçlerine katılımlarını sağlar. Sosyal hizmet uzmanının bir diğer önemli görevi ise savunuculuk yapmaktır. Ailelerin ve çocukların haklarını savunarak, onların tıbbi ekipten daha iyi hizmet almalarını sağlar. Bu, ailenin tedavi kararlarına katılımını sağlamak, etkili ağrı yönetimini önceliklendirmek ve aileleri destekleyici kaynaklara yönlendirmek gibi çeşitli şekillerde gerçekleşebilir.

Multidisipliner Ekip Üyesi Olarak Sosyal Hizmet Uzmanı: PPB ekiplerinde sosyal hizmet uzmanı, psikososyal değerlendirmelerden sosyal hizmet müdahalelerine kadar geniş bir yelpazede hizmet verir. Multidisipliner ekibin ayrılmaz bir parçası olarak sosyal hizmet uzmanı, hem çocuklara ve ailelere hem de diğer sağlık çalışanlarına destek sağlarlar. Sosyal hizmet uzmanı, ekip içinde iletişimi güçlendirerek, en iyi bakımın sunulmasına katkı sağlarlar. Aynı zamanda sosyal hizmet uzmanı, gerektiğinde uzmanlık alanlarında ekibe danışmanlık yaparak ekip üyelerinin ortak bir hedef doğrultusunda çalışmasına katkı sağlar.

Kaynak Aracısı Olarak Sosyal Hizmet Uzmanı: PPB’de sosyal hizmet uzmanı, çocukların ve ailelerin ihtiyaç duydukları kaynaklara ulaşmalarında önemli bir rol oynayan bir kaynak aracısıdır. Bu rol, çocuğun ve ailenin yaşam kalitesini artırmak ve yaşamın son aşamalarında daha iyi bir deneyim yaşamalarını sağlamak için hayati öneme sahiptir. Sosyal hizmet uzmanı, aileleri, mevcut sosyal hizmetler, ekonomik destek kaynakları, alternatif bakım hizmetleri gibi çeşitli kaynaklar hakkında bilgilendirir. Sosyal hizmet uzmanı, aileleri ihtiyaç duydukları kaynaklara ulaştırabilmek için ilgili kurum ve kuruluşlarla iletişime geçer ve gerekli başvuruları yapar. Farklı kurum ve kuruluşlar arasındaki iletişimi sağlayarak, kaynakların etkin bir şekilde kullanılmasını sağlar. Ayrıca aileleri, kaynakları nasıl kullanacakları ve hakları konusunda eğitir. Sosyal hizmet uzmanları ayrıca çocuk ve ailesi için önemli olan hususlara odaklanırken evrak işlemlerini ve bürokrasiye dair işlemleri koordine ederler. Bakım sürecinin çocuk ve ailesi için nasıl işleyeceğini açıklarken onlara mümkün olduğunca fazla seçenek sunmaya çalışırlar. Sosyal hizmet uzmanları, bakım sürecinde yaşanan kaos ve tartışmaların çözümüne ve anlaşmazlıkların giderilmesi hususunda da ekibe destek olurlar (Karakaya, 2020).

Etik Danışman Olarak Sosyal Hizmet Uzmanı: Sosyal hizmet uzmanları PPB’de tedavi kararları, gerçeği söyleme ve ailelerin farklı beklentileri gibi konularda karmaşık etik sorunlarla karşılaşmaktadırlar. Tedavi sürecinde acı çekme, hastanın ihtiyaçlarının belirlenmesi ve ekip üyeleri, ebeveynler ve çocukların farklılaşan istekleri gibi konular karmaşık etik sorunlara yol açabilmektedir. Etik danışman rolünde sosyal

hizmet uzmanı, farklı görüşlerin ortak bir paydada uzlaşmasına katkı sağlamaktadır. Gerçeği söyleme konusundaki etik ikilem hususunda özellikle çocukların ve ailelerinin ölümle yüzleşmesi sürecinde, ne zaman ve nasıl bilgi verileceği konusunda önemli kararlar alınması gerekebilmektedir. Örneğin ailelerin çocuklarına yaklaşan ölümünü söylemek istememesi veya çocukların tedaviye devam etmek istememesine rağmen ebeveynlerin ısrar etmesi gibi durumlarda etik ikilemler yaşanabilmektedir. Bu noktada sosyal hizmet uzmanı, çocuğun üstün yararını gözeterek etik sorunların çözümünde kolaylaştırıcı bir unsur olarak sürece katkı sunmaktadır. Sosyal hizmet uzmanları, PPB sürecinde zaman zaman aileden daha fazla bilgiye sahip olduklarında da etik hassasiyetlere dikkat etmek durumunda kalmaktadırlar. Bu süreçte sosyal hizmet uzmanının ailenin bilgisine dayanarak karar alırken, aynı zamanda çocuğun yüksek yararını da göz önünde bulundurması gerekmektedir. Bu durumda hem ailenin psikososyal durumunu hem de çocuğun haklarını koruma hususundaki dengeyi sağlama becerisi önemli sosyal hizmet uzmanının önemli becerileri arasındadır. Sonuç olarak, sürekli olarak etik değerlendirmeler yapmak ve alınacak zorlu kararlarda tarafları desteklemek sosyal hizmet mesleğinin PPB'deki önemli rolleri arasındadır.

Yukarıda bahsedilen rollere ek olarak sosyal hizmet uzmanlarının PPB'de üstlendiği farklı rollerden de bahsedilebilir.

Aracı ve Birleştirici Olarak Sosyal Hizmet Uzmanı: PPB'de sosyal hizmet uzmanı, sıklıkla zorlu aile durumlarını yönetmekte, aile içi iletişimi ve aileler ile tıbbi ekip arasında iletişimi kolaylaştırmakta ve çocuğun tedavi planı üzerinde tüm tarafların uzlaşmaya varmasına katkı sağlamaktadır. Sosyal hizmet uzmanı, ailelerin çocuklarının kaybını beklerken "vazgeçme" ile "sabır gösterme" arasında yaşadıkları ikilemlerde aileyi desteklemektedir. Sosyal hizmet uzmanı, hasta ve aile merkezli bir bakım perspektifi içinde çalışmakta ve hastanın ve ailenin karar alma süreçlerine katılımını teşvik etmektedir. Aile ve multidisipliner ekibin sürece bakış açıları arasında arabuluculuk yapmak, ekip üyelerinin ailelerinin yaşadığı keder ve yas sürecini anlamalarına yönelik mesleki müdahalede bulunmak da sosyal hizmet uzmanının aracılık ve birleştiricilik rolleri arasında değerlendirilmektedir (Craig vd., 2015; Muskat vd., 2017).

Yaşam Niceliğinin Ötesinde Yaşam Kalitesine Odaklanan Bütüncül Bakımı Savunucu Olarak Sosyal Hizmet Uzmanı: Sosyal hizmet uzmanı, çocukları ve aileleri ihtiyaçlarını dile getirmeye teşvik eder ve multidisipliner sağlık ekibinin bakım planı kendi bakım hedefleriyle uyumlu olmadığında konuşmaları için onları güçlendirir. Sosyal hizmet uzmanı, ekip üyelerinin hasta merkezli olmayan bir dil kullanmalarına meydan okuyarak sağlıklı bir kurum kültürü oluşmasına katkı sağlar. İletişim, çatışmalara arabuluculuk etme gibi beceri setine sahip olan sosyal hizmet uzmanı, tıbbi kültür ile hasta ve ailesinin kültürel ihtiyaçları arasında dengeyi sağlamaktadır. En önemlisi sosyal hizmet uzmanı, karmaşık tıbbi kararların alınması, semptom yönetimi, ciddi hastalıklarla başa çıkma ve yaşam sonu sorunları konusundaki uzmanlığıyla çocuğun yaşam niceliğinin ötesinde yaşam kalitesine odaklanan bütüncül bakıma katkı sunmaktadır (Jonas vd., 2022; Tuncay, 2013). Ayrıca PPB'de çocuğun yaşam kalitesinin yükseltilmesi için bakım hedeflerinin belirlenmesi ve ileri bakım planlamasının yapılması gibi önemli roller ortaya çıkmaktadır. Bu rol kapsamında sosyal hizmet uzmanı aile

toplantıları, meslekler arası koordineli bakım ve psikososyal değerlendirme gibi mesleki müdahaleler gerçekleştirir. Bu süreç, umutların, inançların, önceliklerin, değerlerin ve korkuların ortaya çıkarılmasının yanı sıra tedavi seçeneklerinin tanımlanması gibi hem resmi hem de gayri resmi adımları içermektedir (Jones vd., 2011;).

Ağrı ve Semptom Yöneticisi Olarak Sosyal Hizmet Uzmanı: PPB alanı geliştikçe ve disiplinler arası modeller yaygınlaştıkça, sosyal hizmet mesleğinin ağrı ve semptom yönetimindeki rolü daha da belirginleşmektedir. Sosyal hizmet uzmanı, ailelerin rahatsızlık belirtilerini tanımlamasına ve bunları ekip üyelerine iletmesine yardımcı olabilir, ayrıca ailelerin ağrı yönetimi yaklaşımlarını anlamalarını sağlayabilir. PPB’de çocuklar ve aileler arasındaki karmaşık ilişkiler bazen semptomların yeterince tanımlanmasını zorlaştırabilir. Aileler inkâr veya korkular nedeniyle belirtileri fark edemeyebilir, çocuklar ise ailelerinin tepkilerinden çekinerek eksik bildirim yapabilir. Sosyal hizmet uzmanı, değerlendirme, eğitim ve danışmanlık becerileriyle, hasta çocuk, aile ve PPB ekibi arasında bütüncül bir destek sağlayarak bu süreçte kritik bir rol üstlenir (Jones vd., 2011). PPB alanında gerçekleştirilen sosyal hizmet uygulamalarında tıbbi müdahaleden ziyade çocuğun semptomla ilişkin deneyimleri ruhsal, sosyal, ekonomik, kültürel ve spiritüel yönleriyle ele alınmaktadır (Karataş vd., 2022). Ayrıca sosyal hizmetin uzmanlarının ağrı ve semptom yönetimi sürecinde rol almasının tedavi masraflarını azalttığı; multidisipliner ekibin işlevselliğini ve müracaatçıların memnuniyetini artırdığı belirtilmektedir (Karataş vd., 2022; Reese ve Sontag, 2001).

Görüldüğü üzere sosyal hizmet uzmanları, PPB sürecinde kritik ve çok yönlü roller üstlenerek çocuğun, ailenin ve multidisipliner ekibin ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik bütüncül bir yaklaşım sergilerler. Danışman, savunucu, arabulucu ve kaynak aracı gibi çeşitli rollerle sosyal hizmet uzmanları, duygusal destek sağlamaktan ailelerin ihtiyaçlarını anlamaya ve bu ihtiyaçları ekip üyelerine iletmekten karmaşık etik sorunları çözmeye kadar geniş bir yelpazede hizmet sunarlar. Ayrıca, ağrı ve semptom yönetimindeki katkıları, ailelerin bu süreçte yaşadığı belirsizlik ve kaygıyı azaltarak onların bakım hedeflerine odaklanmalarına yardımcı olur. Çocuğun yaşam kalitesini artırmaya yönelik bakım planları oluşturulurken, sosyal hizmet uzmanlarının etik duyarlılıkları, iletişim becerileri ve kültürel hassasiyetleri, çocuk ve aile merkezli bir bakımın sağlanmasında belirleyici bir rol oynar. Kısacası sosyal hizmet uzmanları, hem profesyonel bir ekip üyesi hem de insancıl bir destek unsuru olarak PPB ekiplerinin vazgeçilmez bir parçasıdır.

PPB alanı büyümeye ve gelişmeye devam ettikçe, yukarıda ifade edilen roller PPC alanında görev yapan sosyal hizmet uzmanlarının bilgi ve beceri tabanının gelişmesine katkı sağlayacaktır. Çalışma bu yönüyle özellikle Türkiye’de PPB alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının rol tanımlarının netleştirilmesine olanak sağlarken alandaki eğitimi, klinik denetimi ve mentorluğu yönlendirebilir. Ayrıca, multidisipliner PPB ekibinin sosyal hizmet uzmanlarının kritik rolünü anlamalarına ve benimsemelerine yardımcı olarak disiplinler arası uygulamanın iyileştirilmesine olanak sağlayabilir.

5. Türkiye’de Pediatrik Palyatif Bakımda Sosyal Hizmet Mesleğinin Geleceğine Dair Değerlendirme

Türkiye’de PPB hizmetleri son yıllarda artan bir ilgi ve farkındalıkla gelişmeye başlamıştır. Özellikle 2010 yılından itibaren PPB hizmetlerinin sunulduğu hastane sayısında ve yatak sayısında hızlı bir artış olduğu görülmektedir (Ersoy ve Şahin, 2024; Koçatakan ve Akelma, 2024). Yetişkinlere yönelik palyatif bakım alanında yerini sağlamlaştıran, hem mesleki hem de akademik anlamda temellerini büyük oranda oturtan sosyal hizmet mesleğinin Türkiye’de çok yeni gelişen PPB alanında vazgeçilmez bir unsur olarak yer alacağı ve alması gerektiği çok açıktır. Türkiye’de PPB alanı, sosyal hizmet mesleği ve meslek uygulayıcıları olan sosyal hizmet uzmanları için çeşitli avantajları ve dezavantajları içerisinde bulundurmaktadır.

Türkiye’de sosyal hizmet mesleğinin PPB alanında geleceğini parlak kılan ve mesleği alanın vazgeçilmez unsuru yapan birtakım yeterlilikler bulunmaktadır. Sosyal hizmet mesleği, PPB alanına başka meslek ve disiplinlerin yerini dolduramayacağı veya ikame edemeyeceği bir yaklaşım sunmaktadır. Sosyal hizmet mesleği, teşhis, tedavi, bakımın son aşaması ve yas sürecine kadar hastalık boyunca çocuk ve ailesiyle ilgilenebilecek disiplinlerden biridir. Bu rol, sosyal hizmet uzmanlarına hasta/aile merkezli bakım sağlamada büyük fırsat ve sorumluluk sağlar (Orloff, 2011). Öncelikle sosyal hizmet mesleği PPB alanına iletişim, bakım ve karar alma hedeflerinin karmaşık bir şekilde belirlenmesi, psikososyal değerlendirme, somut ve pratik kaynak değerlendirmesi, savunuculuk, tüm aile için bakım ve yas bakımı gibi konularda güçlü bir yeterliliğe sahiptir (Jonas vd., 2022). Sosyal hizmet mesleği, PPB’de başka hiçbir mesleğin gerçekleştiremeyeceği bütünsel bir değerlendirme ve müdahale yelpazesine sahiptir. Sosyal hizmet uzmanı, değerlendirme ve mesleki müdahale sürecinde hem biyopsikososyal değerlendirmeden elde edilen mikro yönleri hem de aile, okul ve hizmet grupları gibi çocuk ve aile birimiyle etkileşim içinde olan daha büyük toplulukları içeren makro yönleri ele alır. Sosyal hizmet uzmanlarının, çocuklara ve ailelerin baş etme becerilerini geliştirmek, hasta veya kırılgan bir çocuğa ebeveynlik yapmanın aileler üzerindeki etkilerini yönetme ve PPB sürecini zorlaştırabilecek karmaşık sağlık sistemi dinamiklerini müzakere etme noktasında da beceri setleri sahip olmaları, mesleğin PPB’deki konumunu güçlendirmektedir. PPB’de çocukların ve ailelerinin muazzam savunmasızlığı nedeniyle sosyal hizmet uzmanları yardım etmek için eşsiz bir konumdadır. Bu savunmasız konum, ailelerin güçsüz veya baskı altında hissedebileceği ve bu nedenle ihtiyaç ve istekleri için savunuculuk yapma imkânlarının sınırlı olabileceği hastane ortamlarında sıklıkla etik ikilemler ortaya çıkarır. Sosyal hizmetin öz belirleme, güçlendirme ve danışanın olduğu yerden başlama değerleri, yaşam sonu karar alma sürecinde ve karşılaşılan etik ikilemlerde çocuğa ve aileye destek olmayı olanaklı kılmaktadır (Jones, 2006). Görüldüğü üzere PPB’deki sosyal hizmet uzmanları PPB alanına önemli katkılar sunmaktadır. Özellikle Türkiye’de yeni gelişmekte olan PPB alanında karşılaşılabilecek sorunlarda sosyal hizmet uzmanları mesleki bilgi ve beceri tabanlarıyla sürecin hem çocuk ve ailesi hem de sağlık profesyonelleri açısından kolaylaşmasına olanak sağlayabilir. Sonuç olarak, Türkiye’de PPB’de sosyal hizmet mesleğinin geleceği oldukça umut vericidir. Sosyal hizmet uzmanlarının, bu alanda giderek artan ihtiyaçlara cevap verebilecek şekilde kendilerini geliştirmeleri ve sağlık sistemindeki yerlerini güçlendirmeleri gerekmektedir.

Türkiye’de PPB alanında sosyal hizmet mesleği açısından çeşitli dezavantajlar da bulunmaktadır. Türkiye’de hem PPB’nin çok yeni gelişmesi hem de mesleğe dair farkındalık eksikliği önemli bir sorun gibi görünmektedir. Yetişkinlere yönelik palyatif bakıma dair yasal düzenlemeler bulunmakla birlikte (Kavşur ve Sevimli, 2020; Işıkhani, 2017) Türkiye’de henüz PPB ile ilgili yasal düzenlemelerin oluşturulmaması sosyal hizmet müdahalesinin standardizasyonunu ve kalitesini olumsuz etkileme potansiyeline sahiptir. Multidisipliner ekipte yer alan diğer profesyonellerin sosyal hizmet mesleğine dair bilgi eksiklikleri de PPB alanında bir dezavantaj olabilir. Ayrıca sosyal hizmet eğitim programlarında PPB alanıyla ilgili içerik yetersizliği de özellikle hem alanda görev yapan hem de yeni yetişen sosyal hizmet uzmanları için handikap oluşturmaktadır (Kangalgil Balta ve Bekiroğlu, 2021; Kösesoy, 2023).

Sonuç olarak sosyal hizmet mesleği PPB alanında eşsiz bir konumdadır. Bu eşsiz konum, mesleğin PPB’deki geleceğini hem olumlu hem olumsuz etkileyebilmektedir. Türkiye’de gelişmekte olan PPB, multidisipliner bir yaklaşımı gerektiren karmaşık bir alan olarak dikkat çekmektedir. Sosyal hizmet uzmanları, multidisipliner ekipte çocukların ve ailelerin psiko-sosyal ihtiyaçlarını karşılamada, aile dinamiklerini desteklemede ve kriz yönetiminde hayati bir rol oynamaktadır. Ancak mesleğin PPB alanındaki konumunu güçlendirmesi için eğitim yönünden, yasal yönden ve kaynak yönünden geliştirilmesi gereken konular vardır. Türkiye’de PPB alanında sosyal hizmet mesleğinin etkinliğinin artırılması, sağlık sistemindeki iş birliğine dayalı modellerin güçlendirilmesiyle doğrudan ilişkilidir. Eğitim yönünden üniversitelerde PPB’ye özgü eğitimlerin yaygınlaştırılması ve uzmanlaşmanın teşvik edilmesi gerekmektedir. PPB alanında sosyal hizmet uzmanlarının yapacakları bilimsel araştırmalar ve geliştirecekleri uygulama rehberleri de hizmet kalitesini artırarak sosyal hizmet uzmanlarının daha etkili bir rol üstlenmesini sağlayacaktır. Ayrıca, sosyal hizmet uzmanlarının bu alandaki görevlerini etkin bir şekilde yerine getirebilmeleri için, yasal düzenlemeler ve politika geliştirme süreçlerine dâhil edilmeleri önemlidir.

6. Tartışma ve Sonuç

PPB alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının çok boyutlu, karmaşık ve yoğun mesleki özveriye ve yüksek profesyonelliği gerektiren roller üstlendikleri söylenebilir. Bu roller arasında kişi-çevre değerlendirmesi, danışmanlık, güçlendirme, destek ve savunuculuk gibi geleneksel sosyal hizmet rollerinin yanı sıra ağrı ve semptom yönetimi, tıbbi bilgilerin anlaşılabilir kılınması, etik danışmanlık gibi bazı geleneksel olmayan roller de yer almaktadır.

Bir meslek olarak sosyal hizmet, PPB’de çocuklara ve ailelerine profesyonel destek sunarak multidisipliner ekibe hayati bir katkı sunar. Sosyal hizmet uzmanları PPB’de savunucu, iletişimci, hizmet koordinatörü, kaynak aracısı, etik danışman, kolaylaştırıcı, birleştirici, yaşam niceliğinin ötesinde yaşam kalitesine odaklanan bütüncül bakım savunucusu, ağrı ve semptom yöneticisi gibi çok çeşitli roller üstlenirler. PPB’de sosyal hizmet uzmanlarının üstlendikleri bu roller, çocuğun ve ailenin sadece tıbbi değil, aynı zamanda sosyal, duygusal ve psikolojik ihtiyaçlarını kapsayan bütüncül bir bakım yaklaşımının değerli bir parçasıdır.

Türkiye’de sosyal hizmet mesleği, PPB alanında hasta ve aileye yönelik bütüncül yaklaşımı, psikososyal değerlendirme, savunuculuk ve etik danışmanlık gibi yetkinlikleriyle önemli bir rol oynamaktadır. Mikro ve makro düzeyde kapsamlı değerlendirme yapabilen sosyal hizmet uzmanları, etik ikilemlerle başa çıkma, ailelerin baş etme becerilerini geliştirme ve karmaşık sağlık sistemlerinde rehberlik etme konularında kritik bir rol üstlenmektedir. Ancak PPB’nin Türkiye’de yeni bir alan olması, yasal düzenlemelerin eksikliği, multidisipliner ekiplerde sosyal hizmet mesleğine dair farkındalığın düşük olması ve sosyal hizmet eğitim programlarında PPB içeriğinin yetersizliği gibi sorunlar dezavantaj oluşturmaktadır. Tüm bu zorluklara rağmen, sosyal hizmet uzmanlarının bilgi ve becerilerini geliştirerek bu alandaki önemli ihtiyaçlara cevap verebilme potansiyeli, mesleğin PPB’deki geleceğini umut verici kılmaktadır.

KAYNAKÇA

- Arias-Casais, N., Garralda, E., Pons, J. J., Marston, J., Chambers, L., Downing, J., Ling, J., Rhee, J. Y., de Lima, L., & Centeno, C. (2020). Mapping Pediatric Palliative Care Development in the WHO-European Region: Children Living in Low-to-Middle-Income Countries Are Less Likely to Access It. *Journal of pain and symptom management*, 60(4), 746–753. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.028>
- Benini, F., Orzalesi, M., de Santi, A., Congedi, S., Lazzarin, P., Pellegatta, F., De Zen, L., Spizzichino, M., & Alleva, E. (2016). Barriers to the development of pediatric palliative care in Italy. *Annali dell'Istituto superiore di sanita*, 52(4), 558–564. https://doi.org/10.4415/ANN_16_04_16
- Benini, F., Avagnina, I., Giacomelli, L., Papa, S., Mercante, A., & Perilongo, G. (2022). Pediatric Palliative Care in Oncology: Basic Principles. *Cancers*, 14(8), 1972. <https://doi.org/10.3390/cancers14081972>
- Chambers, L. (2018). *A guide to children's palliative care* (4th ed.). Together for Short Lives.
- Clark E. (2004). The future of social work in end-of-life care: A call to action. In J. Berzoff & S. P. Silverman (Eds.), *Living with dying: A textbook in end-of-life care*. New York NY: Columbia University Press.
- Clelland, D., van Steijn, D., Macdonald, M. E., Connor, S., Centeno, C., & Clark, D. (2020). Global development of children's palliative care: An international survey of in-nation expert perceptions in 2017. *Wellcome open research*, 5, 99. <https://doi.org/10.12688/wellcomeopenres.15815.3>
- Connor, S. R., Downing, J., & Marston, J. (2017). Estimating the Global Need for Palliative Care for Children: A Cross-sectional Analysis. *Journal of pain and symptom management*, 53(2), 171–177. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.08.020>
- Côté, A. J., Payot, A., & Gaucher, N. (2019). Palliative Care in the Pediatric Emergency Department: Findings From a Qualitative Study. *Annals of emergency medicine*, 74(4), 481–490. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2019.03.008>
- Craig, S. L., Betancourt, I., & Muskat, B. (2015). Thinking big, supporting families and enabling coping: The value of social work in patient and family centered health care. *Social Work in Health Care*, 54(5), 422–443. <http://dx.doi.org/10.1080/00981389.2015.1017074>
- Csikai, E. L., & Bullock, K. (2024). The growth of social work in palliative and end-of-life care in the United States: How did we get here? *Palliative Care and Social Practice*, 18. <https://doi.org/10.1177/26323524241263625>
- De Graves, S., & Aranda, S. (2005). When a child cannot be cured - reflections of health professionals. *European journal of cancer care*, 14(2), 132–140. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2005.00520.x>
- Delamere, T., Balfe, J., Fraser, L. K., et al. (2024). Defining and quantifying population-level need for children's palliative care: findings from a rapid scoping review. *BMC Palliative Care*, 23(1), 212. <https://doi.org/10.1186/s12904-024-01539-8>
- Durmaz, N. (2024). Pediatrik palyatif bakımın tanımı, felsefesi ve temelleri. İçinde N. Durmaz (Ed.), *Pediatrik palyatif bakım* (1. baskı, ss. 1-6). Türkiye Klinikleri.
- Ersoy, M., & Şahin, Ş. (2024). Türkiye'de ve dünyada çocuk palyatif bakım uygulamaları. In N. Durmaz (Ed.), *Pediatrik Palyatif Bakım* (1. Baskı, ss. 7-14). Türkiye Klinikleri.
- Friedrichsdorf, S. J., & Bruera, E. (2018). Delivering Pediatric Palliative Care: From Denial, Palliphobia, Pallilalia to Palliative. *Children (Basel, Switzerland)*, 5(9), 120. <https://doi.org/10.3390/children5090120>
- Garten, L., & Bühner, C. (2019). Pain and distress management in palliative neonatal care. *Seminars in fetal & neonatal medicine*, 24(4), 101008. <https://doi.org/10.1016/j.siny.2019.04.008>
- Gill, F. J., Hashem, Z., Stegmann, R., & Aoun, S. M. (2021). The support needs of parent caregivers of children with a life-limiting illness and approaches used to meet their needs: A scoping review. *Palliative Medicine*, 35(1), 76-96. <https://doi.org/10.1177/0269216320967593>
- Groh, G., Feddersen, B., Führer, M., & Borasio, G. D. (2014). Specialized home palliative care for adults and children: differences and similarities. *Journal of palliative medicine*, 17(7), 803–810. <https://doi.org/10.1089/jpm.2013.0581>

- Harpırluoğlu, N., & Çelik, T. (2020). Pediatric palliative care. *Journal of Behcet Uz Children's Hospital*, 10(1), 1–7. <https://dx.doi.org/10.5222/buchd.2020.30922>
- Işıkkhan, V. (2017). Palyatif Bakım Hizmetlerinde Sosyal Hizmet Mesleğinin Yeri ve Geleceği. *Toplum Ve Sosyal Hizmet*, 27(2), 97-113.
- Jonas, D., Patneade, A., Purol, N., Scanlon, C., & Remke, S. (2022). Defining Core Competencies and a Call to Action: Dissecting and Embracing the Crucial and Multifaceted Social Work Role in Pediatric Palliative Care. *Journal of pain and symptom management*, 63(6), e739–e748. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2022.02.341>
- 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), 35–62. https://doi.org/10.1300/J457v01n04_04
- Jones, B. L., Remke, S. S., & Philips, F. (2011). Social work in pediatric palliative care. In T. Altılio & S. Otis-Green (Eds.), *Oxford textbook of palliative social work* (pp. 387–396). Oxford University Press.
- Joren, C. Y., Aris-Meijer, J. L., Verhagen, A. A. E., & Lantos, J. (2024). Pediatric palliative care across continents: Communication and shared-decision-making. *Current problems in pediatric and adolescent health care*, 54(1), 101552. <https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2023.101552>
- Kangalgil Balta, G., & Bekiroğlu, S. (2021). Palyatif Bakım Merkezleri Kapsamında Verilen Psikososyal Destek Hizmetleri: Sosyal Hizmet Uzmanları ve Psikologların Gözünden Nitel Bir Değerlendirme. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*(17), 130-154. <https://doi.org/10.46218/tshd.908861>
- Karakaya, C. (2020). Palyatif Bakım Alanında Çalışan Sosyal Hizmet Uzmanlarının Görevleri, Hedefleri ve Becerileri. *Türkiye Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi*, 4(2), 38-49
- Karataş, M., Başçılar, M., & Pak Güre, M. D. (2022). Semptom Yönetiminde Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulamaları. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*(19), 103-119. <https://doi.org/10.46218/tshd.1055610>
- Kavşur, Z., & Sevimli, E. (2020). Türkiye'deki Palyatif Bakım Hizmetlerinin Bazı Gelişmiş Ülkeler İle Karşılaştırılması. *Uluslararası Sosyal Bilimler Akademi Dergisi*(4), 715-730. <https://doi.org/10.47994/usbad.780187>
- Kerr, H., Price, J., & O'Halloran, P. (2020). A cross-sectional survey of services for young adults with life-limiting conditions making the transition from children's to adult services in Ireland. *Irish journal of medical science*, 189(1), 33–42. <https://doi.org/10.1007/s11845-019-02054-z>
- Koçatakan, P., & Akelma, Z. (2021). Dünya'da ve Türkiye'de pediatrik palyatif bakımın gelişimi. In Z. Akelma (Ed.), *Pediatric Dr. Sami ULUS* (pp. 1238-1240). Nobel Yayınevi.
- Kovacs, P. J., Bellin, M. H., & Fauri, D. P. (2006). Family-centered care: a resource for social work in end-of-life and palliative care. *Journal of social work in end-of-life & palliative care*, 2(1), 13–27. https://doi.org/10.1300/J457v02n01_03
- Kösesoy, B. C. (2023). Palyatif Bakımda Sosyal Çalışmacı Varlığı. *Uluslararası Sosyal Bilimler Dergisi*, 7(31), 82-97.
- Kuzlu Ayyıldız, T., Özsavran, M., & Kurt, A. (2019). Çocuklarda palyatif bakım ve hemşirenin rolü. In S. Şenol (Ed.), *Güncel çocuk sağlığı ve hastalıkları hemşireliği çalışmaları* (pp.79-95). Akademisyen Kitabevi.
- Kwak, J., Jones, B., Remke, S. S., Leff, V., Kelemen, A., Strong, J., et al. (2023). Palliative care social work: State of the science (SA303A). *Journal of Pain and Symptom Management*, 65(3), e294. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2022.12.111>
- McSherry, M., Kehoe, K., Carroll, J. M., Kang, T. I., & Rourke, M. T. (2007). Psychosocial and spiritual needs of children living with a life-limiting illness. *Pediatric clinics of North America*, 54(5), 609–x. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2007.08.002>
- Meier, D. E., & Beresford, L. (2008). Social workers advocate for a seat at palliative care table. *Journal of palliative medicine*, 11(1), 10–14. <https://doi.org/10.1089/jpm.2008.9996>
- Muskat, B., Brownstone, D., & Greenblatt, A. (2017). The experiences of pediatric social workers providing end-of-life care. *Social work in health care*, 56(6), 505–523. <https://doi.org/10.1080/00981389.2017.1302034>

- Nelson, J. E., & Meier, D. E. (1999). Palliative care in the intensive care unit: Part I. *Journal of Intensive Care Medicine*, 14(3), 130-139. <https://doi.org/10.1177/088506669901400303>
- NHPCO .(2022). *Standards of Practice for Pediatric Palliative Care*. National Hospice and Palliative Care Organization.
- Norris, S., Minkowitz, S., & Scharbach, K. (2019). Pediatric Palliative Care. *Primary care*, 46(3), 461–473. <https://doi.org/10.1016/j.pop.2019.05.010>
- Orloff, S. F. (2011). Pediatric hospice and palliative care: The invaluable role of social work. In T. Altilio & S. Otis-Green (Eds.), *Oxford textbook of palliative social work* (pp. 79–86). Oxford University Press.
- Raymer, M., & Reese, D. (2004). The history of social work in hospice. In J. Berzoff & P. Silverman (Eds.), *Living with dying: A handbook for end-of-life practitioners* (pp. 150-160). New York: Columbia University Press.
- Reese, D. J., & Sontag, M.-A. (2001). Successful interprofessional collaboration on the hospice team. *Health & social work*, 26(3), 167-175.
- Rico-Mena, P., Güeita-Rodríguez, J., Martino-Alba, R., Chocarro-Gonzalez, L., Sanz-Esteban, I., & Palacios-Ceña, D. (2023). Understanding pediatric palliative care within interdisciplinary palliative programs: a qualitative study. *BMC palliative care*, 22(1), 80. <https://doi.org/10.1186/s12904-023-01194-5>
- Sarman, A., Tuncay, S., & Sarman, E. (2021). Pediatrik palyatif bakımda iletişim. *Van Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14(2), 237-242. <https://doi.org/10.52976/vansaglik.726582>
- Saruç, S. (2013). Palyatif Ve Yaşam Sonu Bakımda Sosyal Hizmet Uzmanının Roller ve Sosyal Hizmet Mesleği Standartları. *Toplum Ve Sosyal Hizmet*, 24(2), 193-208.
- Sisk, B. A., Feudtner, C., Bluebond-Langner, M., Sourkes, B., Hinds, P. S., & Wolfe, J. (2020). Response to Suffering of the Seriously Ill Child: A History of Palliative Care for Children. *Pediatrics*, 145(1), e20191741. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-1741>
- Taels, B., Hermans, K., Van Audenhove, C., Boesten, N., Cohen, J., Hermans, K., & Declercq, A. (2021). How can social workers be meaningfully involved in palliative care? A scoping review on the prerequisites and how they can be realised in practice. *Palliative care and social practice*, 15. <https://doi.org/10.1177/26323524211058895>
- Tuncay, T. (2013). Yaşam Sonu Bakımda Sosyal Hizmet Uzmanının Roller. *Toplum Ve Sosyal Hizmet*, 24(2), 145-154.
- Umaretiya, P. J., & Wolfe, J. (2022). Achieving global pediatric palliative care equity—What we have yet to learn. *JAMA Network Open*, 5(3), e221253. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.1253>
- Uthaya, S., Mancini, A., Beardsley, C., Wood, D., Ranmal, R., & Modi, N. (2014). Managing palliation in the neonatal unit. *Archives of disease in childhood. Fetal and neonatal edition*, 99(5), F349–F352. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2013-305845>
- Weisenfluh, S. (2011). Social work and palliative care in hospice. In T. Altilio & S. Otis-Green (Eds.), *Oxford textbook of palliative social work* (pp. 71–78). Oxford University Press.
- WHO. (1990). *Cancer pain relief and palliative care*. Geneva
- WHO. (2018). *Integrating palliative care and symptom relief into paediatrics: A WHO guide for health-care planners, implementers and managers*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2021). *Implementing World Health Assembly Resolution on Palliative Care*. <https://www.who.int/news/item/12-10-2021-implementing-world-health-as>
- WHO. (2023a). Palliative Care. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- WHO. (2023b). *Palliative care for children*. Retrieved from <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/palliative-care-for-children>
- Wiener, L., McConnell, D. G., Latella, L., & Ludi, E. (2013). Cultural and religious considerations in pediatric palliative care. *Palliative & supportive care*, 11(1), 47–67. <https://doi.org/10.1017/S1478951511001027>



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: 2025 Haziran/ December
Sayı/Issue:25

BOŞANMA SÜRECİNDE BİR SORUN OLARAK EBEVEYNE YABANCILAŞMA SENDROMU

Hilal KÖK¹

Makale Bilgileri/ Article info

Makalenin Türü/Article Type: Derleme
Geliş Tarihi / Date Received: 12.03.2024
Revizyon Tarihi/Date Revised:12.12.2024
Kabul Tarihi / Date Accepted: 12.02.2025
Yayın Tarihi / Date Published: 17.06.2025
DOI: 10.46218/tshd.1451344

Makale Künyesi/To cite this article:

Kök,H.(2025, Haziran).Boşanma Sürecinde Bir Sorun Olarak Ebeveyne Yabancılaşma Sendromu. Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi, 20-36

Sorumlu Yazar/Corresponding Author:

Hilal KÖK, Dr., Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, Rehberlik ve Teftiş Başkanlığı, ture.hilal@gmail.com

Öz

Çiftlerin boşanma sürecini nasıl yönettikleri, bu süreçte birbirlerine ve çocuklarına olan tutum ve davranışları çocukların boşanmaya verecekleri tepkide belirleyici rol oynamaktadır. Ebeveyne yabancılaşma sendromu boşanma sürecinde ebeveynlerden birinin çocuğu diğer ebeveynine yabancılaştırması sonucu ortaya çıkmaktadır. Böylece çocuk yabancılaştıran ebeveynin manipülatif davranışları sonucu yabancılaştığı ebeveynine karşı olumsuz tutum ve duygular geliştirebilmekte, bunu davranışlarına yansıtabilmektedir. Bu çalışmada boşanmanın çocuk üzerindeki olası etkileri, ebeveyne yabancılaşma sendromu kavramı, bu sendromun göstergeleri ile çocuk üzerindeki kısa ve uzun vadeli etkileri ele alınmıştır. Literatür derlemesi örneği olan bu çalışmada, ebeveynlerin boşanma sürecinin çocuk üzerindeki olası olumsuz etkileri ebeveyne yabancılaşma sendromu çerçevesinde ele alınarak değerlendirilmiştir. Son olarak bu sorunun çözümünde aktif rol oynayabilecek boşanma sürecinde arabuluculuk ve boşanma süreci aile danışmanlığı uygulamalarının hayata geçirilmesi yönünde önerilerde bulunularak uygulamaya ve literatüre katkı sunulması amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Boşanma, Çocuk, Ebeveyne Yabancılaşma Sendromu, Aile Danışmanlığı, Arabuluculuk.

PARENTAL ALIENATION SYNDROME AS A PROBLEM IN THE DIVORCE PROCESS

Abstract

The way couples manage the divorce process, their attitudes and behaviors towards each other and their children in this process play a decisive role in the children's reaction to the divorce. Parental alienation syndrome occurs as a result of the alienation of the child by one of the parents from the other parent during the divorce process. Thus, the child can develop negative attitudes and feelings towards the alienated parent as a result of the manipulative behavior of the alienating parent, and reflect this on her behavior. In this study, the possible effects of divorce on the child, the concept of parental alienation syndrome, the indicators of this syndrome and its short and long-term effects on the child are discussed. In this study, which is an example of a compilation article, the possible negative effects of the divorce process on the child were evaluated within the framework of parental alienation syndrome. Finally, suggestions have been developed for the practices of mediation and family counseling in the divorce process, which can play an active role in solving this problem. Thus, it is aimed to contribute to the practice and the literature.

Keywords: Divorce, Child, Parental Alienation Syndrome, Family Counseling, Mediation.

¹ Dr., Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, Rehberlik ve Teftiş Başkanlığı, ORCID: 0000-0002-5184-0320

Giriş

TÜİK verilerine bakıldığında 2020 yılında boşanan çift sayısının 136 bin 570, 2021 yılında 174 bin 85, 2022 yılında 182 bin 437, 2023 yılında ise 171 bin 881 bin olduğu, nüfus başına düşen boşanma sayısını ifade eden kaba boşanma hızının 2023 yılında binde 2,01 olduğu görülmektedir. 2023 yılında 171 bin 213 çocuğun velayete verildiği, dolayısıyla bu süreçten en az 171 bin 213 çocuğun etkilendiği ortaya konmuştur. Bu çocukların velayetlerinin %74,9'unun anneye, %25,1'inin ise babaya verildiği sonucuna varılmıştır (TÜİK Evlenme ve Boşanma İstatistikleri, 2023). Genel olarak kaba boşanma hızında yıllar içerisinde bir artış olduğu dikkat çekmektedir.

Boşanma oranlarında meydana gelen gözle görülür artış (TÜİK Evlenme ve Boşanma İstatistikleri, 2023) boşanmış aile çocukları sayısının da görünürlüğü artırılmaktadır. Böylece çocuğun boşanmaya uyumu konusu, gündemde önemli bir yer işgal eder hale gelmiştir. Boşanma, çiftler arasında çatışmaya neden olan ve çocuklar için stres yaratan bir olgudur. Çiftler arasında herhangi bir çatışma olmadığı durumlarda bile boşanmanın meydana getirdiği yaşam değişikliklerine çocuğun uyum sağlaması beklenmektedir.

Boşanma sonrasında çiftler genellikle birbirleriyle görüşmek istememe yönelimindedirler. Boşanma aşamasına kadar yaşanan sorunlar, boşanma sürecindeki duygusal örselenmeler ve boşanma sonrası yeni hayata uyum sağlama çabaları göz önünde bulundurulduğunda bunun doğal bir durum olduğu düşünülebilir. Ancak ortak çocukların evden ayrılan ebeveyni ile birlikte olma ihtiyacı olduğu gibi her iki ebeveyni ile birlikte zaman geçirmeye ihtiyacı vardır. Ebeveynlerin boşanma sonrasında yeni yaşamlarına uyum sağlama sürecinde çocuklarının bu ihtiyaçlarını göz önünde bulundurmaları gerekmektedir (Öz, 2005, s. 126). Bunun aksine boşanma sürecindeki çiftlerin birbirlerine karşı geliştirdikleri olumsuz duygular sonucu anne ya da baba tarafından çocukların birbirlerine karşı adeta bir öğ alma aracı olarak kullanıldığı, bu süreçte çocuğun duygusal ihtiyaçlarının göz ardı edildiği ve hatta duygusal yönden istismar edildiği durumlar yaşanabilmektedir. Gardner (2002a), boşanma sürecinde ebeveynlerden birinin tekrarlayan biçimde diğerini aşağılaması ve küçük düşürmesinin çocuğun buna inanmasına ve ebeveynine yabancılaşmasına neden olduğunu ifade etmektedir.

Bernet ve Greenhill (2022)'e göre ebeveyn yabancılaşması, çocuğun bir ebeveynini adeta hayatından çıkarma biçimidir. Ebeveyn yabancılaşması kavramı birçok araştırmacı tarafından sendrom olmaksızın kullanılırken Gardner tarafından bu durum bir sendrom olarak nitelendirilmiştir (Bernet ve Greenhill, 2022). Ebeveyn yabancılaşma sendromu (EYS) ebeveynlerden birinin boşanma süreci ve sonrasında çocuğu diğer ebeveyne karşı olumsuz duygu ve davranışlarda bulunmasına neden olacak biçimde kullanması olarak ifade edilebilir. Bu durumun yaşandığı ilişki örüntüsünde çocuk, yabancılaştıran ebeveyninin manipülatif davranışlarına maruz kalarak yabancılaştığı ebeveyninden uzaklaştırılmaktadır. Bu durumda ebeveyn-çocuk ilişkisi olumsuz yönde etkilenecek çocukta kısa ve uzun vadede yıkıcı sonuçlara neden olabilmektedir.

Baker (2005, s. 289); çocukluğunda ebeveyn yabancılaşmasına maruz kalan 38 yetişkin üzerinde yaptığı çalışmada ebeveyn yabancılaşmanın uzun dönem etkilerini incelemiştir. Araştırma sonucunda en

belirgin uzun dönem etkilerin; düşük düzeyde özgüven, depresyon, alkol ve madde bağımlılığı, güven eksikliği, kendi çocuklarına yabancılaşma, boşanma olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada ayrıca çocukların boşanmadan duygusal ve psikolojik olarak olumsuz etkilenebildiklerinin, ebeveyn çatışmasına maruz kalan çocuklarda bu durumun daha belirgin olduğunun altı çizilmiştir. Bir başka çalışmada benzer şekilde yabancılaşan çocuklarda yabancılaştıran ebeveyne bağımlılık, düşük özgüven ile sigara ve alkol kullanımı konusunda riskli grupta yer aldıkları ifade edilmiştir (Kruk, 2018). 11-18 yaş arası boşanmış aile çocukları ile boşanmamış aile çocuklarının ebeveyn yabancılaştırma sendromu ve davranış sorunlarının karşılaştırılması olarak incelendiği bir araştırmada, davranış sorunlarının, duygusal sorunların, dikkat ve hareketlilik düzeyinin yabancılaşma üzerinde anlamlı bir yordayıcı olduğu bulgusuna ulaşılmıştır (Ulutürk, 2019).

Literatür incelendiğinde ebeveyne yabancılaşma sendromu üzerinde yurt dışında pek çok araştırma yapılmasına karşın ülkemizde boşanma sonrası yabancılaştıran ebeveyn, yabancılaşan ebeveyn, yabancılaşan çocuk, boşanma sonrası ebeveyne yabancılaşma/yabancılaştırma konuları üzerinde daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulduğu anlaşılmıştır. Bu yönüyle çalışmanın literatürde de çalışmaya ihtiyaç duyulduğu anlaşılan ebeveyne yabancılaştırma sendromu kavramına ve bu konudaki çalışmalara katkı sunacağı beklenmektedir.

Literatür derlemesi örneği olan bu çalışmada Google Scholar, PubMed, Web of Science, YÖK tez başta olmak üzere akademik veri tabanları üzerinden bir inceleme yapılmıştır. Tarama yapılırken “boşanma”, “yabancılaşan çocuk”, “ebeveyn yabancılaşması”, “ebeveyne yabancılaşma sendromu”, “arabuluculuk”, “aile danışmanlığı” anahtar kelimeleri kullanılmıştır. Araştırma kapsamında yayımlanmış hakemli makaleler, raporlar, tezler ve kitap bölümleri taranmıştır. Ebeveyne yabancılaşma sendromu (EYS) boşanma sürecinin meydana getirebildiği bir sorun olarak ele alınmış, bu sorunun çocuklar üzerindeki olumsuz etkileri araştırma sonuçlarıyla ortaya koyulmuş ve boşanma sürecinde ebeveyne yabancılaşma sendromunun önüne geçilmesi yönünde arabuluculuk ve boşanma süreci aile danışmanlığı uygulamalarının hayata geçirilmesi yönünde somut öneriler geliştirilmiştir.

Boşanmanın Çocuklar Üzerindeki Etkileri

Boşanma en genel haliyle evliliğin yasal olarak sonlandırılması durumudur. Bu durum yalnızca çiftleri değil aile üyelerini ve toplumu da etkilemektedir (Özgüven, 2001, s. 306). Yasalar karşısında evlilik bağının sonlandırılması, eşlerin o ana kadar yaşadıkları ortak yaşamın da sonlandırılması anlamına gelmektedir. Boşanma olgusu hayatın olağan akışını bozan bir kriz durumu olarak nitelendirilebilmektedir. Ancak bu kriz her zaman olumsuz sonuçlanmamakla birlikte krizin fırsata çevrilebilmesi de söz konusu olabilmektedir. Aile ilişkilerinin temelinden zedelendiği ve çözüm yollarının yanıtsız kaldığı durumlarda boşanmanın aile ilişkilerini yeniden yapılandırma noktasında aile üyeleri için daha olumlu sonuçlar vermesi de mümkündür. Boşanma olgusu, öncesindeki süreç ile birlikte tüm boyutlarıyla ele alınması gereken bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır. Fiziki olarak ayrılmayla başlayan ve hukuki olarak sona eren bu süreç; eşlerin birbirine

yabancılaşması ile ilgili olarak duygusal boşanma, hukuki sorunlarla ilgili olarak yasal boşanma, ayrılma sonucu mal mülk ve nafaka sorunları ile ilgili ekonomik boşanma, ebeveyn olarak çocukların velayeti ile ilgili aile boşanması, sosyal yaşantıda meydana gelen değişiklikler ile ilgili sosyal boşanma, çiftlerin yeniden bağımsızlık kazanarak kendini bulma sorunları ile ilgili psikolojik boşanma boyutlarını kapsamaktadır (Bohannon, 1970, ss. 35-36). Aile boşanması olarak tabir edilen boyutunda velayetin bir ebeveyne verilirken diğer ebeveyn ile çocuk ilişkilerinin düzenlenmesi, ebeveynlerin çocuk üzerindeki rol ve sorumluluklarını yerine getirme noktasında yaşanan sorunlar hem ebeveyn hem de çocuk için stresli olabilmektedir (Özgüven, 2001, s. 310).

Çiftlerin boşanmaya uyumu farklı değişkenlerden etkilenebilmektedir. Evlilik birlikteliğinin niteliği, çocuk sahibi olup olmama, boşanmaya dair çiftlerin ve toplumun algısı, boşanmanın üzerinden ne kadar zaman geçtiği bu faktörler arasında sayılmaktadır (Veevers, 1991; Bevvino ve Sharkin 2003). Çiftler bir yandan boşanma sürecine uyum sağlamaya çalışırken diğer yandan çocuğun velayeti ve nafaka gibi konularda anlaşmazlık yaşayabilmektedir. Boşanma ile birlikte ebeveynlerin çocuklar ile ilişkilerinde de belirgin değişiklikler meydana gelebilmektedir. Velayet sahibi ebeveynin çocuk üzerindeki sorumluluğu artarken diğer ebeveyn ile çocuğun ilişkisinin değişen şartlara uyum sağlaması beklenmektedir (Öngider, 2013).

Boşanma sürecinde ebeveynlerin davranışları kuşkusuz çocuğun bu sürece nasıl tepki vereceğini belirleyen en önemli faktörlerden biridir. Çocukların boşanmaya verdikleri tepkiler araştırmalara konu olmuştur. Pek çok çocuk boşanmadan etkilenip fiziksel ve psikolojik olarak yaralanabilmekte, anne ve babasının çatışmasından kendini sorumlu tutup suçluluk duygusu geliştirebilmekte, anne babasını yeniden bir araya getirmeye çalışabilmekte, kimi zaman da anne veya babası tarafından kurban rolüne konabilmektedir. Evden ayrılan ebeveyn ile çocuğun aynı cinsten olduğu durumlarda çocuk bu ebeveynin rolünü üstlenebilmekte, ebeveyn tarafından bu durum pekiştirilebilmektedir (Gençtan, 1989, s. 197). Aile sistemi içerisinde anne ya da babadan birinin eksilmesi durumunda ailenin işlevlerini yerine getirememesine, ailenin temelinde yer alan sevgi ve iş birliğinin zedelenmesine neden olabilmektedir (Gökçe, 1993, s. 66). Boşanma sonrası aile sistemi yeniden yapılanmaya ihtiyaç duymaktadır. Bu süreçte ebeveynler ile ilişkilerin yeniden yapılandırılması sürecinin nasıl olduğu çocuğun psikososyal sağlığı açısından önemlidir.

Boşanmanın yarattığı stres faktörlerine uyum sağlamakta zorlanan çocukların fiziksel ve ruhsal sağlıklarında bozulmalar meydana gelebilmektedir. Özellikle boşanma sürecinde duygularını rahatça ifade etme olanağı bulamayan çocuklarda mide, baş ve göğüs ağrıları gibi fiziksel belirtiler ile birlikte uyku reddi, endişe ve kâbus görme gibi durumlar yaşanabilmektedir. Çocukların ebeveynlerinin boşanmalarına karşı öfke içerikli tepkilerinin görülme biçimi yaş ve kişilik özelliklerine göre değişiklik göstermektedir. Özellikle erkek çocuklar anne, baba, öğretmen veya kendileriyle ilgilenen diğer kişilere kızgınlıklarını yansıtmakta, sık sık kavga etme girişiminde bulunabilmektedirler. Kimi çocuklarda ise duygularını ifade etmeyerek kendini dış dünyadan soyutlama davranışları görülmektedir (Benedek ve Brown, 1997). Anlaşılabileceği üzere çocukların boşanma sürecine ilişkin tepkilerini belirleyen duygularını rahatça ifade edebilmeleri konusunda desteklenmeleri

önem taşımaktadır. Duyguların rahatça ifade edilmesi konusunda güvenli bir ortamın oluşturulması kimi zaman ebeveynler aracılığıyla olabileceği gibi kimi zaman da profesyonel destek gerektirmektedir.

Videon'un (2002, s. 489) yaptığı araştırmada ergenler üzerinde ebeveynlerinin boşanmasının kısa vadede depresyon ve suça yönelme davranışlarının gelişmesine neden olduğu ortaya koyulmuştur. Bu araştırmanın bulgularından biri de boşanma öncesi ergen-ebeveyn ilişkisinin boşanma sonrasında ergenlerin suça yönelmeleri üzerinde önemli bir belirleyici olduğudur. Boşanma süreci öncesi ilişkiler ve boşanma sürecinin nasıl yönetildiği boşanma sonrasında çocukların psikolojik sağlıkları ve davranışları üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Bu durum boşanma sürecinin çocuğun psikososyal gelişimini olumsuz etkilemesini önleyecek düzenlemeleri ve profesyonel destek yardımı alma konularını gündeme getirmiştir.

Alanyazında yapılan en kapsamlı çalışmalardan biri olan ve Amato tarafından 1993 yılında boşanmanın çocuklar üzerindeki etkilerini inceleyen 200'e yakın çalışmanın ele alındığı bir meta analiz çalışmasında; boşanmanın çocuklar üzerindeki etkilerinde en belirleyici faktörler evden ayrılan ebeveynin yokluğu, velayeti almayan ebeveyn ile ilişkiler, ebeveynler arasındaki çatışma ve uyum ile yaşamdaki stres içerikli değişimler olarak belirtilmiştir. Amato'nun boşanma-stres-uyum yaklaşımına göre çocuklar için boşanma sürecindeki stres faktörleri; ebeveyn desteği ve kontrolünün azalması, ebeveynlerden biri ile irtibatı kesme, ekonomik zorluklar ve boşanmanın yarattığı diğer olaylar olarak belirtilmiştir (Akt:Karataş, 2019, s. 10).

Anne babası boşanmış çocuklarla yapılan bir araştırmada, görüşmeler sonucunda çocukların boşanmayı kabul ettiklerini bununla beraber boşanmayla ilgili acı verici duygulara ve hatıralara sahip oldukları ifade edilmiştir. Ayrıca boşanma sonrasında çocuklarda birtakım psikolojik semptomların ölçüldüğü ortaya konmuştur. Anne babası arasında çatışma olan ve boşanma sonrası babalarıyla sınırlı ilişki kuran çocuklarda bu semptomların daha belirgin olduğu ifade edilmiştir (Lauman Billings ve Emery, 2000, s. 671). Bunun yanı sıra boşanmış ailedeki çocukların diğerlerine göre daha bağımlı ve yaşamdaki streslerle baş etmede daha yetersiz olabildikleri ifade edilmektedir (Amato ve Gilbert, 1999). Boşanmış ailedeki çocukların daha bağımlı olmalarının altında yatan temel sebep ise, boşanma sonrasında çocuk ile evden giden ebeveyn arasındaki ilişkinin niteliğinin olumsuz yönde değişmesi ve eskisine oranla daha az görüşmeleri olarak ifade edilmektedir (Amato ve Gilbert, 1999; Morrison ve Cherlin, 1995). Yakın tarihli çocuklukta ebeveyn yabancılaşmasına maruz kalan bireylerle yapılan retrospektif bir çalışma sonucunda bu bireylerde düşük benlik saygısı, psikolojik ve davranışsal sorunlar olduğu saptanmıştır (Aloia ve Strutzenberg, 2019).

Amerika'da 198 öğrenci üzerinde depresyon ve diğer travmatik olaylarla birlikte ebeveynlerinin boşanmış olması ilişkisinin de incelendiği bir çalışmada öğrenciler için bilişsel davranışçı terapi grupları oluşturulmuş ve bunun yanı sıra aile eğitimleri yapılmıştır. 3 aylık çalışma sonrasında boşanma sonrasında yaşanan depresif belirtilerde önemli oranda düşüş saptanmıştır. Okullarda psikolog ve öğretmenlerin de araştırmacılarla işbirliği yaptığı bu çalışma boyunca ve sonrasında boşanma sonrası depresif belirtiler gösteren öğrencilerin ruh sağlığı problemlerinde önemli bir azalma görüldükçe akademik başarı oranlarında ve sosyal becerilerinde artış gözlemlenmiştir (Layne vd., 2003, ss. 319-326).

Karakuş'un (2003, s. 53-61) boşanmış ve boşanmamış aileye sahip çocukların depresyon düzeyi ve akademik başarılarının karşılaştırıldığı araştırmasında boşanmış aileye sahip çocukların akademik başarılarının diğer gruba göre anlamlı derecede düşük olduğu ortaya konmuştur. Bu çalışmada boşanmış ebeveynlerin çocuklarının yanında ikamet etmediği ebeveyni ile görüşenlerin depresyon düzeylerinin ebeveyni boşanmış ve yanında kalmadığı ebeveyni ile düzenli olarak görüşmeyen çocuklara oranla anlamlı derecede düşük olduğu sonucu oldukça çarpıcıdır. Karakaya (2018, ss. 82-140) ebeveynleri boşanmış ve boşanmamış 15-18 yaş arası çocukların benlik saygısı ve sosyal sorun çözme becerilerini karşılaştırdığı araştırmasında; boşanmanın çocukların benlik saygısı ve sosyal sorun çözme becerileri üzerinde olumsuz etkiye sahip olduğunu saptamıştır.

Bergman ve Turk'un (1981) çalışmasında ebeveynlerin kendi durumları ve çocuklarını değerlendirmeleri sonucunda boşanmanın yarattığı stres kaynakları ortaya konmuştur. İkişer ay ara ile üç aylık dalgalar halinde yapılan araştırmaya göre eski eşle ilişkinin niteliği, ebeveyn-çocuk ilişkisinin kalitesi, sosyal ilişkiler, hissedilen yalnızlık, düzen sorunları ve maddi problemler en belirgin stres kaynakları olarak ifade edilmiştir. Boşanmış ailelerin çocukları üzerinde yapılan pek çok çalışmanın ortak sonucu, çocukların ebeveynlerinin yeniden bir araya gelmelerini istemesi olarak karşımıza çıkmaktadır (Wallerstein ve Kelly, 1980; Rosen, 1979).

Çocuğun sağlıklı gelişimi ve toplumsal yaşama katılımı için aile birliği önemli bir role sahip olsa da aile birliğinin devam ettiği ancak ebeveynlerin sorumluluklarını yerine getirmediği, çocuklarına olumlu rol-model olamadıkları, çatışmaların süreklilik kazandığı ailelerin çocuk için boşanmadan daha yıkıcı sonuçlar verebilmesi söz konusudur. Yine boşanma sonrası aile birliğinin sonlandırılması ile daha güçlü iletişim ve desteğin kurulabilmesi de mümkündür (Şentürk, 2008, s. 28). Boşanmanın kısa ve uzun vadede çocukları olumsuz etkileyebileceğine değinilmekle birlikte mutsuz ve çatışmanın hiç bitmediği bir evlilik yaşantısında çocukların sağlıklı bir gelişim sergilemeleri beklenemez. Aile içindeki problemlerin çözülerek ailenin işlevselliğinin artırılması önemli olmakla birlikte bu durumun mümkün olmadığı durumlarda aile birlikteliğinin sağlıklı bir şekilde sonlandırılması ve çocuğun boşanmanın olası olumsuz etkilerinden korunması gerekmektedir.

Araştırmaların da işaret ettiği üzere eşlerin boşanması yalnızca eşleri ilgilendiren bir konu olmanın ötesinde çocukları da etkileyebilmektedir. Yapılan araştırmalar anne ve babalarının boşanmasının çocuklar üzerinde pek çok yönden olumsuz etkiler bırakabileceğini gözler önüne sermektedir. Ebeveynleri boşanan çocukların bu süreci sağlıklı bir şekilde deneyimleyebilmeleri adına ebeveynlere önemli sorumluluklar düşmektedir. Çocuğun boşanmaya uyum sağlayabilmesinde ebeveynlerinden aldığı sosyal ve psikolojik desteğin rolü büyüktür. Boşanma ve sonrasındaki sürecin sağlıklı yürütülemediği durumlarda çocukların ebeveynleri arasındaki çatışmada psikososyal gelişimleri olumsuz yönde etkilenmektedir.

Ebeveyne Yabancılaşma Sendromu (EYS) / Ebeveyn Yabancılaştırma Bozukluğu

Ebeveyne yabancılaşma kavramı; çocuğun gerçek bir dayanağı olmadan ebeveyniyle görüşme, iletişime girme gibi temaslarda belli düzeylerde onu reddetmesi ve ebeveynine karşı nefret, saygısızlık gibi olumsuz tutum ve duyguların temel olduğu çeşitli duygu, düşünce ve davranışlara sahip olması olarak nitelendirilmiştir. EYS ise buradan yola çıkarak bir ebeveynin çocuğunu ya da çocuklarını diğer ebeveyne karşı bahsedilen duyguları, düşünceleri ve davranışları geliştirmesi için çeşitli yollarla manipüle etmesi biçiminde ifade edilmektedir (Bernet vd., 2010).

EYS'nin ilk olarak 1945 yılında Wilhelm Reich tarafından boşanma sonucunda bazı bireylerin narsistik yaralanmalarını savunma amacıyla çocuklarını diğer ebeveyne karşı kullanmaları olarak karşımıza çıktığı anlaşılmaktadır (Torun, 2017). Gardner, velayet davalarıyla ilgilenirken anlaşmazlık yaşayan ailelerin, ayrılık/boşanma sebepleriyle parçalanmış aileler olduğunu, yabancılaşma sendromunun neredeyse sadece bu ailelerde görüldüğünü gözlemlemiş ve bu durumu ebeveyn yabancılaştırma sendromu "parental alienation syndrome (PAS)" olarak nitelendirmiştir (1985, s. 3). Boşanma sonrasında çocuk ve ebeveyn ilişkisi; çocuğun her iki ebeveyni ile olumlu ilişki kurmasının yanı sıra ebeveyninden birine yabancılaşması boyutuna da ulaşabilmektedir. Bu ilişki içerisinde gerçekçi bir nedene dayanmaksızın ebeveyninden birine ısrarla öfke, nefret, reddetme şeklinde olumsuz duygular besleyen çocuğa yönelik "yabancılaşmış çocuk" kavramı ortaya konmuştur (Kelly ve Johnston, 2001, s. 251). Ebeveyni tarafından ihmal ve istismara uğrayarak yabancılaşan çocuğun yabancılaşması haklı nedene dayandırıldığı için "yabancılaşan çocuk" kavramı İngilizcede "estranged child" kavramı ile ifade edilirken herhangi bir nedene dayanmadan patolojik biçimde yabancılaşma ise bundan farklı olarak "alienated child" olarak ifade edilmiştir (Kelly ve Johnston, 2001, s. 262). Literatür incelendiğinde Garder'ın Ebeveyn Yabancılaşma Sendromu kavramını ileri sürmesinden sonra belirtilen durumun sendrom olup olmadığı konusunda farklı görüşlerin bulunduğu, dolayısıyla ortak bir kaniya varılamadığı anlaşılmaktadır. Buna karşın ebeveynlerinden herhangi bir ihmal veya istismara maruz kalmamasına rağmen ebeveyne yabancılaşma yaşanmasının mümkün olduğu da kabul edilmektedir (Kelly ve Johnston, 2001, s. 254).

EYS; şiddetine göre hafif, orta ve ağır olmak üzere üç sınıfa ayrılmıştır (Baran ve Bütün, 2004). Sendromu hafif şiddette yaşayan çocuğun yabancılaşması orta ve ağır şiddette yaşayanlara göre nispeten yüzeyseldir. Ebeveynle görüşmeleri devam etmektedir ancak bazen çeşitli hoşnutsuzluklar yaşamaktadır. Sendromu orta şiddette yaşayan çocuklarda çocuk ebeveynine karşı yıkıcı ve saygısızca tutum ve davranışlar sergileyebilmektedir. Ağır şiddette yabancılaşma sendromu yaşayan çocuklar ise yabancılaştığı ebeveyne düşmanca hisler geliştirme ve davranışa yansıtma, gerçeğe dayanmayan şiddet, istismar gibi suçlamalarda bulundukları gözlenmektedir.

Boşanma sürecinde özellikle velayet ve mal paylaşımı gibi konularda yaşanan anlaşmazlıklar, mahkeme sürecinin uzamasına ve çocuğun yabancılaştıran ebeveyn ile daha fazla zaman geçirmesine neden olmaktadır. Bu süreç yabancılaştıran ebeveyn ile yabancılaşan çocuk arasındaki müttefikin gelişmesine ve

yabancılaşmanın daha kalıcı olmasına neden olmaktadır (Cartwright, 1993). Kimi durumlarda yabancılaştırılan ebeveyn çocuğun reddedici davranışları ve olumsuz tutumları karşısında öfkelenerek çocuğu reddetme davranışı gösterebilmektedir. Ayrıca mahkeme süreçlerinin uzun sürmesi de yabancılaştırılan ebeveynin çocuk ile iletişim kurmaya yönelik davranışlardan vazgeçmesine neden olabilmektedir (Kelly ve Johnston, 2001, s. 259).

Yabancılaştıran ebeveynin genellikle ayrılmayı reddettiği ve ayrılık deneyiminin sarsıcı etkilerine bağlı bir intikam tutumu olarak çocuğu eski eşine yabancılaştırdığı ifade edilmektedir (Kelly ve Johnston, 2001, s.256). Bunun yanı sıra kendisine şiddet uygulayan, alkol bağımlısı olan, antisosyal davranışlar sergileyen veya evi terk eden bireyler de yabancılaştırma stratejilerine başvurabilmektedir (Gardner, 2002a). EYS'ye maruz kalan çocuk, yabancılaştıran ebeveynin etkisi altında kalarak onun söylemlerini desteklemekte ve diğer ebeveynini gerçekten istemediği algısını geliştirmektedir. Bir süre sonra çocuk, yabancılaştıran ebeveynin kendilik algısının olumlu inşası için adeta bir "vekil" görevi üstlenmektedir (Torun, 2011). Yabancılaşan çocuğun bu tutumunu devam ettirmesinde, aralarında daha güçlü bir bağ olduğuna inandığı yabancılaştıran ebeveyninin ilgi ve sevgisini kaybetmekten korkması ve yabancılaştıran ebeveyninin korunmaya ihtiyacı olduğunu düşünmesi gibi sebepler etkilidir (Vassiliou ve Cartwright, 2001).

Johnston ve diğerlerinin (2005) 125 boşanma sonucu parçalanmış aile ile yaptığı bir çalışma sonucunda katılımcıların %48'inde ebeveyn yabancılaşmanın görüldüğü ifade edilmiştir. Bu çalışmada annelerin %5,4'ünün, babaların %42,5'inin reddedilen taraf oldukları belirtilmiştir. Ebeveynleri boşanmış çocukların boşanmanın üzerinden geçen yıl ile ebeveynleriyle görüşmelerine karşı dirençli olmaları arasındaki ilişki üzerine yapılan bir araştırmada 131 çocuğun %11'inin ebeveynleri ayrıldıktan beş yıl sonra özellikle babalarıyla görüşmeye dirençli olduğu bulgusuna varılmıştır (Wallerstein ve Kelly, 1980). Şen'in (2014) Türkiye'de yaptığı 97 katılımcıdan oluşan bir araştırmasında katılımcıların 69'unun eski eşleriyle aynı şehirde yaşamasına karşın çocuklarıyla belirtilen kısıtlı zamanlarda bile birlikte olmadıkları, ebeveyn ve çocuğun birbirinden uzaklaştığı ortaya konmuştur. Burada da ebeveyn yabancılaştırmının söz konusu olabileceği tartışılmıştır. Yabancılaştıran ebeveyn çocuğun yalnızca ebeveyni ile bağını koparmak için yerleşim yerini değiştirerek farklı bir mahalle, şehir veya ülkeye taşınmaktadır. Bu durumda arkadaşlarından, okulundan, alıştığı sosyal çevresinden uzaklaştırılan çocuk tanıdığı çevrenin sosyal destek sisteminden süresiz olarak izole edilmektedir (Harman, Matthewson ve Baker, 2022).

Ebeveyn yabancılaşma, çocuğun psikososyal gelişimini ve ebeveyni ile arasındaki güvenli bağın korunmasını olumsuz yönde etkilemektedir (Harman ve Lorandos, 2021). Yabancılaşan çocuğun ebeveyni tarafından istenmediğini düşünerek sevilmediğini hissetmesinin çocukluk dönemindeki etkilerini gösteren çok sayıda araştırma bulunurken uzun dönem etkilerine yönelik çalışmalar sınırlıdır. Bu konuda yapılan kapsamlı bir çalışmada yabancılaştırmaya maruz kalan çocukların yetişkinlikte depresyon ve anksiyete, daha yüksek psikopatoloji riski, daha düşük benlik saygısı ve öz yeterlilik gösterdiğini, daha yüksek alkol ve uyuşturucu kullanım oranları, ebeveyn ilişkisi zorlukları, güvensiz bağlanma, daha düşük yaşam kalitesi,

daha yüksek boşanma oranları, kayıp, terk edilme ve suçluluk duyguları yaşadıklarını göstermektedir (Miralles, Godoy ve Hidalgo, 2021).

Yabancılaştıran ebeveynin anne mi yoksa baba mı olduğu değişiklik gösterebilmektedir. Gardner'ın (2002b). Avustralya'da 5 yıllık bir süreçteki analizleri sonucunda yaklaşık olarak eşit sayıda kadın ve erkek olduğu saptanırken Kanada'da yapılan başka bir çalışmada mahkemelerce davaların yaklaşık üçte ikisinin yabancılaştıran ebeveyn olarak anneyi göstermesi dikkat çekicidir. Çin'de 1090 çocuk ile gerçekleştirilen bir çalışmada anneye karşı yabancılaşmanın babaya karşı yabancılaşmadan anlamlı düzeyde yüksek olduğu ve anneye yabancılaşmanın depresyon üzerinde daha güçlü bir yordayıcı etkisi olduğu belirtilmiştir (Sun vd., 2021).

Çocuğun EYS yaşamasında yabancılaştıran ebeveynin davranışları belirleyici olmaktadır. EYS deneyimleyen kırk kişi üzerinde yapılan bir çalışmada çocuğu ebeveynine yabancılaştırmak için en sık uygulanan stratejiler hedefteki ebeveynine yönelik kötü söz söylemek, ilişkiyi sınırlandırmak, sevgi azlığı ve öfke olarak belirtilmiştir. Bir başka ifadeyle yabancılaştıran ebeveyn hedefteki ebeveyni asla sevmeyecek ve sağlıklı ilişki kuramayacak biri olarak nitelendirip suçlamaktadır. Yabancılaştıran ebeveyn çocukla bir koalisyon kurma yoluna giderek "biz" kavramını kullanmakta ve hedefteki ebeveyni bu ilişkinin dışında tutmaktadır. Böylece çocuk yabancılaştıran bir çevrede duygusal bağımlılık ve çeşitli korkulara maruz kalabilmektedir (Farkas, 2011; Baker, 2007; Warshak, 2010).

EYS boşanma sürecinde yaşanan çatışmalar, yabancılaştıran ebeveyn tarafından suçlayıcı, eleştirel, manipülatif davranışlar, çocuğun yabancılaştıran ebeveynin duygusal ihtiyaçlarını karşılaması için kullanılması gibi davranışlar ile duygusal istismarın bir biçimidir (Baker, 2005, s. 289). EYS deneyimine maruz bırakılarak duygusal açıdan istismar edilen çocuklarda kısa ve uzun vadede davranış bozukluğu, antisosyal kişilik bozukluğu, ayrılma anksiyetesi, sanrısız bozukluk, narsistik kişilik bozukluğu ve cinsel kimlik sorunları yaşanması söz konusu olabilmektedir (Gardner, 2006'dan aktaran Torun, 2011, s. 473). Ebeveynlerin boşanma sürecinde çocuğun duygularını rahatça ifade edebilmelerine imkân tanımları ve duygusal ihtiyaçlarını karşılamaları beklenmektedir. Ancak bu sendromun yaşandığı ailelerde ebeveynler çocuğu duygusal yönden ihmal ve istismar ederek yaralayabilmektedirler.

EYS yaşayan çocuklar düşmanca hislerin beslendiği ve agresif bir ortamda yaşamaya başlarlar. Hedefteki ebeveyn ile telefon konuşmalarının engellenmesinden ebeveyni yok saymaya varan davranışlar sergilenir. Hedefteki ebeveyn ile iletişim kurulmaması, araya belirli bir zaman girmesi ve mesafenin oluşması yabancılaştıran ebeveynin istediği koşullardır (Farkas, 2011, ss. 20-23). Yabancılaştıran ebeveyn uzun süre bu manipülatif davranışları sürdürebilmektedir. Ebeveynine yabancılaştıran amaçlı davranışlar değişkenlik göstermekle birlikte sonuç olarak çocuğun yabancılaştığı ebeveynine karşı olumsuz tutum ve duygular geliştirmesinde ve ebeveyninden uzaklaşmasında etkili olmaktadır.

Ebeveynine Yabancılaşma Sendromuna Yönelik Çözüm Önerileri

Eşlerin kişilik özellikleri, iletişimsizlik, maddi sorunlar, çocuklarla ilgili konular, ailedeki roller vb. eşler arasında boşanmayla sonuçlanan başlıca çatışma konularıdır (Öngider, 2013). Boşanma sürecinde ebeveynler arasında çocuğun velayeti ile ilgili yaşanan çatışmalar, çocuğun boşanmaya uyumunu etkilemektedir (Teachman, 2002). Çocuk üzerinde stres yaratan bu süreç çocuğun hem ebeveynleri ile hem de toplumla ilişkisini zedeleyebilmektedir. Boşanma süreci ve sonrasında anne ve babasının arasında kalan çocuk ebeveynlerinden birini seçmeye zorlandığında genellikle depresyon, saldırgan davranışlar, tedirginlik gibi sorunlar yaşayabilmektedir (Çelikel, 2012, ss. 25-29). Çocuklar yalnızca çekişmeli boşanmalarda bu sorunlarla karşı karşıya kalmamaktadır. Nitekim çekişmeli ve anlaşmalı boşanma davalarında velayete konu olan 100 çocuk ile yürütülen bir araştırmada; anlaşmalı boşanma davasına dâhil olan çocukların da çekişmeli boşanma sürecine dâhil olan çocuklar ile benzer şekilde bu süreçte depresyon ve ebeveynlerine karşı yabancılaşma yaşadıkları dikkat çekici bir bulgudur (Altın Üzer, 2024). Ebeveynlerinin boşanmasının çocuğun günlük yaşamında bile değişiklik yaratabileceği düşünüldüğünde bunun daha ileri boyutunda EYS'ye maruz kalan çocukların kısa ve uzun vadede önemli psikolojik, sosyal ve ruhsal göstergelerle yüzleşmeleri söz konusudur. Bu noktada EYS'yi yaratan koşulların önüne geçilmesi boşanma sürecinin çocuk açısından daha sağlıklı sonuçlanmasına yardım edecektir.

Boşanmanın çocuklar üzerindeki uzun vadeli etkilerinin incelendiği bir araştırmada, boşanmanın çocuklar üzerinde kısa ve uzun vadeli etkileri olduğu belirlenmiş, anksiyete, depresif duygu durumu, uyum bozukluğu, düşük akademik başarı gibi belirtiler saptanmış ancak çocuklar için bu semptomları yaratan sebebin boşanmanın kendisi değil ebeveynleri arasındaki çekişme düzeyi ve ebeveynlerinden ayrı kalmaları olduğu ifade edilmiştir (Blydenburgh-Pruett, 2020; Akt: Şen, 2024). Bu çalışmada ayrıca EYS semptomlarının azalması için ebeveynlere ve çocuğa yönelik danışmanlık süreçlerinin etkili olacağı belirtilmiştir.

Bu çalışmada EYS'nin önlenmesi ve çözümüne yönelik boşanma süreci aile danışmanlığı ve boşanma arabuluculuğu çalışmalarına dikkat çekmek amaçlanmıştır. Boşanma süreci ve sonrasındaki yaşam düzenlemesinde çocuk için en sağlıklı koşulların oluşturulması için boşanma süreci aile danışmanlığı ve arabuluculuk hizmetlerinin önemli bir rolü olduğu değerlendirilmektedir. Aile hukukunda arabuluculuğun ne olduğuna bakıldığında sadece tarafların uyuşmazlıklarını sağlıklı bir şekilde sona erdirmeyi amaçlayan bir uygulama olmayıp taraflar arasında iletişimin tekrar kurulabilmesi veya tarafların ebeveynlik ilişkilerini sürdürebilmelerinde yardımcı bir unsur olduğu anlaşılmaktadır. Velayet, kişisel görüşme hakkının kullanılması, nafaka vb. konularda arabuluculuk yönteminin kullanılması hem ebeveynlerin daha sağlıklı bir iletişim kurabilmelerine hem de hâkimin karar verme sürecine yardımcı olacaktır. Şüphesiz arabuluculuğun en önemli çıktısı boşanma sürecinden çocuğun en az şekilde etkilenmesi olacaktır (Akkaya, 2014, s. 28). Türkiye'de pek çok kişinin boşanma süreci danışmanlığı ve arabuluculuk hizmetleri hakkında bilgi sahibi olmaması ya da çeşitli sebeplerle bu hizmetlerin tercih edilmemesi çocukların bu süreci en az hasarla deneyimlemelerinin önündeki önemli bir engeldir.

Aile arabuluculuğu boşanan ve ebeveynlik düzenlemeleri konularında anlaşmaya varamayan bazı aileler için önemli bir çözüm yolu olarak görülmektedir. Aile arabuluculuğu, boşanan ebeveynlere çocuklarının çıkarlarını gözeterek her iki tarafın da kabul edebileceği şekilde ortak bir ebeveynlik anlaşmasına varmaları konusunda profesyonel destek sunar. Bu uygulama batı ülkelerinin pek çoğunda ayrılan ebeveynlerin ebeveynlik düzenlemeleri kapsamında yaygın bir biçimde kullanılmaktadır (Morris ve Halford, 2014). Bu hassas sürecin yönetiminde önemli rol oynayan arabulucunun yetkin kişilerden oluşması, hem ebeveynlerin arabuluculuk hizmetinden en yüksek seviyede yararlanması hem de çocuğun psikolojik sağlığı açısından önemlidir.

Hukuk Uyuşmazlıklarında Arabuluculuk Kanununa göre arabuluculuk; sistematik teknikler uygulayarak, görüşmek ve müzakerelerde bulunmak amacıyla tarafları bir araya getiren, onların birbirlerini anlamalarını ve bu suretle çözümlerini kendilerinin üretmesini sağlamak için aralarında iletişim sürecinin kurulmasını gerçekleştiren, tarafların çözüm üretmediklerinin ortaya çıkması hâlinde çözüm önerisi de getirebilen, uzmanlık eğitimi almış olan tarafsız ve bağımsız bir üçüncü kişinin katılımıyla ve ihtiyarî olarak yürütülen uyuşmazlık çözüm yöntemidir. Bu kanuna göre taraflar arabulucuya başvurmak, süreci devam ettirmek, sonuçlandırmak veya bu süreçten vazgeçmek konusunda serbesttirler. Ancak arabuluculuk hakkında yeterince farkındalığın oluşmadığı göz önünde bulundurulduğunda bu hizmetin etkin ve verimli bir şekilde kullanılması yönünde düzenlemelere ihtiyaç duyulduğu söylenebilir.

Aile arabulucularının etkinliğini araştıran az sayıda araştırma olsa da yapılan çalışmalar etkili bir arabulucudan; uygulama öncesinde alanda ilgili niteliklere sahip olmak, boşanmanın yasal ve mali konuları dâhil olmak üzere tüm boyutlarına hâkim olmak, çatışma çözme becerisine sahip olmak, kaynaklara ulaşabilir olmak gibi kriterlerin beklendiği anlaşılmaktadır (Mediation Skills ve Techniques, 2011). Yürütülen bir meta analiz çalışmasına göre boşanma arabuluculuğunun taraflar arasındaki ilişkiler, süreç ve sonuçla ilişkili duygular ve memnuniyet açısından etkili olduğu saptanmıştır (Shaw, 2010). Şen (2013) tarafından boşanma deneyimleyen 97 katılımcı ile yürütülen doktora çalışmasının sonucunda, mahkeme süreçlerinin uzamasının çekişmeli boşanma davalarında çiftlerin birbirlerine olan kızgınlıklarını ve husumetlerini artırdığı, kimi durumlarda çocuğun velayeti kendisinde olmayan ebeveynini daha az görmesinin ebeveyne yabancılaşmasına sebep olduğu ifade edilmiştir. Bu çalışma sonucunda, boşanma arabuluculuğu ile çiftlerin anlaşmalı olarak ayrıldıkları, mahkeme süreçlerinin daha kısa sürdüğü, böylece hem tarafların hem de çocukların süreci zarar görmeden tamamlamalarında arabuluculuğun önemli bir işlevi yerine getirdiği ifade edilmiştir. Yapılan başka bir çalışmada, özellikle aile içi şiddetin olmadığı, babanın ekonomik durumunun iyi olduğu durumlarda arabuluculuk sisteminin yaygınlaştığı ve başarısının arttığı ifade edilmiştir (Ballard vd., 2011). Türkiye’de ise boşanma arabuluculuğu bilinen ve yaygın bir yöntem değildir. Koç (2024) tarafından boşanma sürecindeki 20 katılımcı ile yürütülen bir çalışmada katılımcıların hiçbirinin arabuluculuğu daha önce duymadığını ifade etmesi dikkat çekicidir. Bu çalışmada evlilik birliğinde yaşanan sorunların çözümlenememesine bağlı olarak boşanma sürecinde de sorunlar yaşandığı ve çocukların da

bundan etkilendiği ifade edilmiştir. Ayrıca yapılan görüşmeler sonucunda katılımcılar boşanma sürecinde hukuki ve psikososyal desteğe gereksinim duyduklarını ancak profesyonel bir destek bulamadıklarını ifade etmişlerdir.

Uzun süreli çekişmeli boşanma sürecinin çocuğu örselememesi ve aile hukukundan doğan uyuşmazlıkların hızlı ve etkili bir şekilde çözülmesi adına alternatif diğer profesyonel destek uygulaması da boşanma süreci danışmanlığı olarak karşımıza çıkmaktadır. Boşanma süreci danışmanlığının da benzer biçimde boşanma sürecindeki çatışma yaşayan çiftlerin sağlıklı iletişim kurabilmelerine destek olması beklenmektedir. Boşanma sürecindeki danışmanlık genellikle boşanma öncesi, boşanma sırası ve sonrasındaki danışmanlık olarak ele alınmaktadır. Boşanma öncesindeki danışmanlık, çiftlerin evlilikteki çatışmalarının çözümü, duygusal kopuşu sağlıklı bir şekilde gerçekleştirme ve karar alma süreçlerinde destek sağlama amacı taşımaktadır (Yılmaz ve Kök, 2019). Boşanma sürecinin çatışmadan olabildiğince uzak yürütülmesi, taraflar arasında anlaşmanın sağlanması ve çocukların psikolojilerinin olumsuz etkilenmemesi için boşanma sırasında da danışmanlığa ihtiyaç duyulabilir. Mahkemeler, böyle durumlarda boşanma davası sürecindeki çiftleri aile danışmanlarına yönlendirebilir (Erdoğan ve Keskin, 2021). Boşanma sonrası çocukların ebeveynleri ile sağlıklı ilişkilerin sürdürülerek çocuğun yaş ve gelişim seviyesine uygun olarak desteklenmelerinde yürütülecek danışmanlık hizmetinin önemli bir etkisi olacaktır. Türkiye’de özellikle Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı’na bağlı Aile Danışma Merkezleri bu süreçte önemli bir rol oynamaktadır. Türkiye’de aile danışmanlığı hizmetleri, Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, üniversiteler, özel aile danışmanlık merkezleri ve sivil toplum kuruluşları tarafından sunulmaktadır. Aile danışmanlığı hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve profesyonelleştirilmesi amacıyla 2014 yılında Aile Danışmanlığı Yönetmeliği, Resmî Gazetede yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Ancak Türkiye’de boşanma sürecinde aile danışmanlığı hizmetlerinin istenilen düzeyde olmadığı ifade edilmektedir. Aile danışmanlığı hizmetlerinin her bölgede erişilebilir olmaması, toplumsal farkındalığın yeterli seviyede olmaması, profesyonel aile danışmanlarının sayıca yetersiz olması gibi faktörlerin boşanma sürecinde aile danışmanlığı hizmetlerinde karşılaşılan en belirgin güçlükler olduğu belirtilmektedir (Demir ve Yıldız, 2023).

Türkiye’de boşanma oranlarının artmasıyla birlikte, bu sürecin sağlıklı bir şekilde yönetilmesi için aile danışmanlığı ve boşanma arabuluculuğu hizmetlerine duyulan ihtiyaç da artmaktadır. Bu noktada boşanma süreci danışmanlık hizmetlerinin etkililiğinin ve yaygınlığının artırılması yönünde çalışmalar yapılmalıdır. Aile danışmanlığı ve arabuluculuk hizmetlerinin herkese ulaşabilmesi ve bu uygulamalardan en yüksek verimin elde edilebilmesi adına politika ve stratejilerin geliştirilmesine ihtiyaç duyulmaktadır. Gerçek Kişiler ve Özel Hukuk Tüzel Kişileri İle Kamu Kurum ve Kuruluşlarınca Açılacak Aile Danışma Merkezleri Yönetmeliğinde belirtildiği üzere aile danışmanları hem boşanma öncesinde hem de boşanma sonrasındaki ailenin işlevselliğine yönelik çalışmalar yapmakta, boşanmış birey ve çocuklarına bu durumdan olumsuz etkilenmemeleri için boşanma sonrası uyum programları planlayıp uygulamaktadırlar. Aile arabuluculuğu veya boşanma sürecinde aile danışmanlığı hizmetinden faydalanmanın; tartışma konusu olan velayet, kişisel

ilişkinin düzenlenmesi, çocuğun bakımı, eğitimi vb. konularının mümkün olduğunca ebeveynlerin kendi çıkar çatışmalarının ötesinde çocuğun yararı doğrultusunda karar vermelerine destek olması beklenmektedir. Bu uygulamalar ile ebeveynlerin çocukların süreçten nasıl olumsuz etkilenebilecekleri hakkında bilinçlenmeleri sağlanarak çocuğu diğer ebeveyne yabancılaştırmalarının da önüne geçilmesi mümkün olabilecektir.

Bunun yanı sıra erken tanı ve müdahale, EYS'nin kalıcı hale gelmesini ve ilerlemesini önleyeceği için ayrıca ele alınması gereken bir konudur. Bu konuda ebeveynler, öğretmenler, sağlık profesyonellerinin bilinçlendirilmesi ve EYS konusunda risk altında olduğu tespit edilen çocukların takip edilmesi gerekmektedir. Özellikle çekişmeli boşanma ve velayet davası sürecindeki aileler bu konuda riskli grupta yer almaktadır. Erken tanı, çocuğun uzun süre yabancılaşmaya maruz kalmasına engel olarak müdahale stratejilerinin hayata geçirilmesini kolaylaştıracaktır. Bu konuda özellikle okul çağındaki çocuklara yönelik okul sosyal hizmeti çalışmaları etkili olacaktır. Okul sosyal hizmeti ihmal istismar vb. konularda olduğu gibi EYS konusunda risk altında olan çocukların tespit edilmesi, aile ile işbirliği halinde bir sosyal hizmet müdahalesinin gerçekleştirilmesinde önemli rol üstlenmektedir. Benzer şekilde Şen (2024) de son 10 yılda eğitim çağındaki yaklaşık 1,5 milyon çocuğun ebeveynlerinin boşandığı, bunların önemli bir oranının EYS deneyimlediği, buna bağlı olarak akademik başarılarının azaldığını ifade ederek EYS'nin önlenmesine yönelik okul sosyal hizmeti uygulamalarının Türkiye'de de bir an önce hayata geçirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır.

Çocukların ebeveynlerinin boşanmalarının mağduru olmamaları ve süreçten olumsuz etkilenmemeleri adına çocuk odaklı bir yaklaşım ile bu süreçte çocuğun üstün yararını gözeten uygulamalara ihtiyaç duyulmaktadır. Ebeveynlerin çocuk üzerinde oluşturabilecekleri olumsuz etkiler hakkında bilinçlenerek çözüm arayışına gitmeleri konusunda desteklenmeleri gerekmektedir.

Bu çalışmada bahsi geçen boşanma, velayet, ebeveyn-çocuk ilişkisi, çocuk ihmali ve istismarı, çocuğun yüksek yararı gibi konular T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı ile T.C. Adalet Bakanlığının ortak kesişim noktasındaki önemli konulardandır. Bu nedenle boşanma sonrası çocuğun yüksek yararının gözetilmesi konusunda ortaya konacak uygulamaların bu iki Bakanlığın ve ilgili kurumların işbirliği ve eşgüdüm halinde çalışması ile mümkün olabileceği göz önünde tutulmalıdır.

Sonuç

Boşanma eşler arasında çeşitli nedenlere bağlı olarak evliliğin yasal olarak sonlandırılmasıdır. Bu süreç kişilerin deneyimlerine bağlı olarak kimi zaman sağlıklı bir şekilde yürütülebilirken kimi zaman boşanma öncesinde başlayan çatışmalar boşanma sürecini ve sonrasında da devam edebilmektedir. Anne ve babaları arasındaki çatışmanın ortasında kalan çocukların fiziksel, psikolojik, ruhsal ve sosyal gelişimleri olumsuz yönde etkilenebilmektedir. Boşanmanın çocukları pek çok yönden olumsuz etkileyebileceği araştırmalarla ortaya konmuştur.

Boşanma olgusu başlı başına hem çiftlerin hem de çocukların hayatında yeni bir dönem ve beraberindeki birçok değişiklik ile uyum sağlanması beklenen bir süreçtir. Bu süreçte ebeveyn çatışmasının mağduru olan

çocuklar için durum daha ciddi sonuçlanabilmektedir. Ebeveynler kimi zaman birbirlerine olan öfke veya olumsuz tutumları nedeniyle çocukları birbirlerine karşı kullanabilmektedirler. Çiftler arasındaki çatışmalar neticesinde kimi zaman velayete sahip ebeveyn çocuğu taraf tutmaya zorlayarak diğer ebeveyni ile ilişkilerini kısıtlamakta hatta bu tutum kimi zaman ebeveyni yok saymaya ve çocuktan da bunu beklemeye kadar varabilmektedir.

EYS yaşayan çocuklar sendromun şiddetine bağlı olarak yabancılaştıkları ebeveyne karşı çeşitli tepkiler geliştirmektedirler. Genel olarak yabancılaştırılan ebeveyne karşı gerçek dışı düşünceler ile bu düşüncelere bağlı olumsuz duygular geliştirme, düşmanca hisler besleme, yıkıcı ve saygısız davranışlarda bulunma, gerçek dışı suçlamalarda bulunma gibi belirtiler bu sendromun göstergeleri olarak kabul edilmektedir (Baran ve Bütün, 2004). Açıkça anlaşılacağı üzere yabancılaştıran ebeveyn, eski eşine karşı olumsuz tutumları sonucunda çocuğu bir “intikam alma aracı” olarak kullanarak duygusal istismara maruz bırakmaktadır.

Çocuğun velayetine sahip olmayan ebeveynine yönelik nefret ve olumsuz duygularla dolu bir ortamda büyümesi psikososyal gelişimini çeşitli yönlerden olumsuz etkilemektedir. Bunun da öncesinde boşanmanın çocuklar için sağlıklı bir şekilde anlamlandırılması, çocukların boşanmaya ilişkin duygularının ifade edilmesi konusunda desteklenmesi, çocukların yaş ve gelişimsel özelliklerine göre ihtiyaç duyulan psikososyal desteğin sunulması, boşanma sonrasında ebeveynleri ile ilişkilerin düzenlenmesi çocuğun bu süreci yıkıcı sonuçlarla deneyimlemesinin önüne geçebilecektir.

EYS özelinde ise boşanma sonrasında çocukların ebeveynleri ile olan ilişkilerinin niteliğinin çocuğun psikolojik, ruhsal ve sosyal gelişimi açısından önemi konusunda ebeveynlerin bilinçlenmeleri gerekmektedir. EYS’nin çocuk üzerindeki kısa ve uzun vadeli olumsuz etkileri hakkında farkındalık kazanılması, bireylere kendi tutumlarını gözden geçirme fırsatı sunacaktır. Böylece boşanma sonrasında çocuklarının sağlıklı gelişimini amaçlayan bir ebeveyn-çocuk ilişkisi yapılandırılabilir. Aile arabuluculuğu ve boşanma sürecinde ihtiyaç duyulan aile danışmanlığı desteği ile süreç hem yetişkinler hem de çocuklar için profesyonel bir yardım ile daha olumlu yürütülebilecektir.

Boşanma sürecinin çocuklar üzerindeki etkileri dünyada pek çok araştırmacının ilgisini çeken bir konu olmuştur. Bu konuda ülkemizde yapılacak boylamsal araştırmaların boşanmanın çocuk üzerindeki uzun süreli etkilerini anlamak adına literatüre önemli katkı sunacağı ve boşanma sürecine yönelik uygulamaların geliştirilmesine katkı sunacağı söylenebilir.

KAYNAKÇA

- Akkaya, T. (2014). Boşanma Davasında Alınabilecek Geçici Hukuki Korumalar veya Hâkimin Müdahalesi Yoluyla Çocuğun Korunması Kapsamında Zorunlu Arabuluculuk ve Boşanma Süreci (Aile) Danışmanlığı. *Ankara Barosu Dergisi*, 4, 23-62.
- Aloia, L. S., & Strutzenberg, C. (2019). Parent-Child communication apprehension: The role of parental alienation and self-esteem. *Communication Reports*, 32(1), 1-14.
- Altın Üzer, H. F. (2024). *Anlaşmalı/Çekişmeli Boşanma Davalarında Velayete Konu Olan Çocukların Ebeveyn Yabancılaşması ve Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi Adli Tıp ve Adli Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Amato, P.R., Gilbreth, G.J. (1999). Nonresident fathers and children's well-being: a metaanalysis. *J Marriage Fam*, 61, 557-573.
- Baker, A. (2005). The Long-Term Effects of Parental Alienation on Adult Children: A Qualitative Research Study. *American Journal of Family Therapy*, 33(4), 289-302.
- Baker, J.L.. (2007). *Adult Children of Parental Alienation Syndrome: Breaking the Ties that Bind*. New York: Norton.
- Ballard, R. H., Holtzworth-Munroe, A., Applegate, A. G. and D'Onofrio, B. (2011). Factors affecting the outcome of divorce and paternity mediations. *Family court review*, 49 (1), 16-33.
- Baran, G., Bütün, A. A. (2004). Parçalanmış ve tam ailelerden gelen 9-11 yaş grubundaki çocukların bağımlılık eğilimlerinin incelenmesi. *Mesleki Eğitim Dergisi*, 6(12), 85-100.
- Benedek, E.P. & Brown, C. (1997). *Boşanma ve çocuğunuz: Çocuğunuzun boşanmanızla baş etmesine nasıl yardımcı olursunuz?*. (S. Katlan, Çev.). Ankara: HYB.
- Bergman, W. H. & Turk, D. (1981). Adaptation to Divorce: Problems and Coping Strategies. *Journal of Marriage and Family*, 43, 179-189.
- Bernet, W. et. al. (2010) Parental Alienation, DSM-V, and ICD-11. *The American Journal of Family Therapy*, 38(2), 76-187. doi: <https://doi.org/10.1080/01926180903586583>
- Bernet, W., & Greenhill, L.L. (2022). The five-factor model fort he diagnosis of parental alienation. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 61(5), 591-594.
- Bevino, D.L., Sharkin BS (2003) Divorce adjustment as a function of finding meaning and gender differences. *J Divorce Remarriage*, 39, 81-97.
- Bohannon, P. (1970). The Six Stations of Divorce. In Paul Bohannon (Ed.), *Divorce and after* pp (33-62). New York: Doubleday and Company, Inc.
- Cartwright, G. F. (1993). Expanding the Parameters of Parental Alienation Syndrome. *The American Journal of Family Therapy*, 21(3), 205-215.
- Çelikel, S. (2012). *Çocuk Haklarına Dair Uluslararası Sözleşmeler Işığında Boşanmanın Çocuklara İlişkin Hukuki Sonuçları*. Ankara: Adalet Yayınları.
- Demir, B. & Yıldız, R. (2023). Boşanma sürecinde aile danışmanlığı hizmetlerinin etkinliği üzerine bir araştırma. *Ankara Üniversitesi Psikoloji Dergisi*, 15(2), 89-104.
- Erdoğan, S. & Keskin, A. (2021). Türkiye'de aile danışmanlığı hizmetlerinin hukuki boyutu ve uygulamaları. *İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 34(1), 45-60.
- Farkas M.M. (2011). An Introduction to Parental Alienation Syndrome. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*, 49, 20-26. doi: 10.3928/02793695-20110302-02
- Gardner, R. A. (1985). Recent Trends in Divorce and Custody Litigation. *Academy Forum*, 29(2), 3-9. Erişim tarihi: 01.10.2022, <http://www.fact.on.ca/Info/pas/gardnr85.pdf>
- Gardner, R. A. (2002a). Parental alienation syndrome vs. parental alienation: Which diagnosis should evaluators use disputes? *American Journal of Family Therapy*, 30(2), 93-115
- Gardner, R.A. (2002b). Denial of the Parental Alienation Syndrome Also Harms Women. *Am J Fam Ther*, 30(3), 191-202.

- Gerçek Kişiler ve Özel Hukuk Tüzel Kişileri İle Kamu Kurum ve Kuruluşlarınca Açılacak Aile Danışma Merkezleri Yönetmeliği (2012, Eylül). Resmi Gazete (Sayı:28401), Erişim tarihi: 01.10.2022, <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=16567&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>
- Gençtan, E. (1989). *Çağdaş Yaşam ve Normaldışı Davranışlar* (7. Baskı). İstanbul: Remzi Yayınevi.
- Gökçe, B. (1993). Aile ve Aile Tipleri Üzerine Bir İnceleme. *Hacettepe Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Dergisi*, 8(1-2), 46-67.
- Harman, J. J. & Lorandos, D. (2021). Allegations of family violence in court: How parental alienation affects judicial outcomes. *Public Policy Law*, 27, 184–208. doi: 10.1037/law0000301
- Harman, J. J., Matthewson M.L. & Baker A. J. L. (2022). Losses experienced by children alienated from a parent. *Current Opinion in Psychology*, 43, 7-12. doi: 10.1016/j.copsyc.2021.05.002
- Hukuk Uyuşmazlıklarında Arabuluculuk Kanunu. (2012, 7 Haziran). Resmi Gazete (Sayı:28331). Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.6325.pdf>
- Johnston J. R., Walters, M. G. and Olesen, N. W. (2005). Is It Alienating Parenting, Role Reversal or Child Abuse? An Empirical Study of Children's Rejection of a Parent in Child Custody Disputes. *Journal of Emotional Abuse*, 5, 191-218.
- Karakaya, Ş. (2018). *Boşanmanın Çocukların Benlik Saygısı ve Sosyal Sorun Çözme Becerilerine Etkisi: Denizli Örneğinde Karşılaştırmalı Bir Çalışma* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Karakuş, S. (2003). *Anne Babası Boşanmış ve Boşanmamış Çocukların Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi ve Okul Başarısına Yansımaları* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Karataş, E. (2019). *Boşanmış Aile Çocuklarındaki Uyum Problemleri: Ortak Ebeveynlik Açısından Bir İnceleme* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Kelly, J. B., and Johnston, J. R. (2001). The Alienated Child-A Reformulation of Parental Alienation Syndrome. *Fam Court Rev*, 39, 249-266. Erişim tarihi: 08.09.2022, <https://jkseminars.com/pdf/AlienatedChildArt.pdf>
- Koç, C. (2024). *Çiftlerin Boşanma Deneyimleri Üzerinden Aile Arabuluculuğu ve Boşanma Danışmanlığı İhtiyaçlarının Değerlendirilmesi: Ankara İli Örneği* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Kruk, E. (2018). Parental alienation as a form of emotional child abuse: Current state of knowledge and future directions for research. *Family Science Review*, 22(4), 141-164.
- Lauman Billings, L., Emery, R.E. (2000). Distress Among Young Adults From Divorced Families. *Journal of Psychology*, 14(4), 671-687.
- Layne, A.E., Bernstein, G.A., Egan, E.A., Kushner, M.G.(2003). Predictors of Treatment Response in Anxious-Depressed Adolescents with School Refusal. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(3), 319-326.
- Mediation Skills and Techniques (2011). *Dispute Resolution Magazine*, 17(3), 28.
- Miralles, P., Godoy, C. & Hidalgo, M. (2021). Long-term emotional consequences of parental alienation exposure in children of divorced parents: A systematic review. *Current Psychology*, 40 (11), 1-15.
- Morris, M., & Halford, W. K. (2014). Family mediation: A guide for family therapists. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 35(4), 479-492. doi:<https://doi.org/10.1002/anzf.1078>.
- Morrison, D.R., Cherlin, A.J. (1995). The divorce process and young children's well-being: a prospective analysis. *J Marriage Fam*, 57, 800-812.
- Öksüz, E. (2019). *Çukurova Üniversitesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında Değerlendirilen Olgular Işığında Ebeveyne Yabancılaştırma Sendromu* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adana.
- Öngider, N. (2013). Boşanmanın çocuk üzerindeki etkileri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 5, 140-161.
- Öz, İ. (2005). *Çocuk Olmak: Çocuk ve Aile*. Ankara: Kök Yayıncılık.
- Özgüven, İ. E. (2001). *Ailede İletişim ve Yaşam*. Ankara: Pdrem Yayınları.
- Pollet, S. L. ve Lombreglia, M. (2008). A nationwide survey of mandatory parent education. *Family Court Review*, 46(2), 375-394.

- Rosen, R. (1979). Some crucial issues concerning children of divorce. *Journal of Divorce*, 3, 19- 25
- Sun, X., Qin, X., Zhang, M., Yang, A., Ren, X. & Dai, Q. (2021). Prediction of parental alienation on depression in left-behind children: A 12-month follow-up investigation. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 30 (e44), 1-8. doi:10.1017/S2045796021000329
- Shaw, L. A. (2010). Divorce mediation outcome research: A meta-analysis. *Conflict Resolution Quarterly*, 27, 447–67.
- Şen, B. (2013). Boşanma süreci ve arabuluculuğu [Yayımlanmamış doktora tezi]. Hacettepe Üniversitesi SBÜ, Ankara.
- Şen, B. (2014). Ebeveyne yabancılaşma sendromu. H. Buker (Ed.), *Çocuk ve şiddet: toplumsal şiddetin cenderesinde çocuklar* (ss. 42-54). İstanbul: Samer Bilimsel Yayınlar Serisi.
- Şen, C. B. (2024). Ebeveynleri Boşanma Sürecinde Olan Çocuklar ve Okul Sosyal Hizmeti (Kurgulanmış Bir Vaka Örneği Üzerinden). *Adıyaman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* (48), 408-441. doi: 10.14520/adyusbd.1541816
- Şentürk, Ü. (2008). Aile Kurumuna Yönelik Güncel Riskler. *Aile ve Toplum*, 10(4), 7-31.
- Teachman, J.D. (2002). Childhood living arrangements and the intergenerational transmission of divorce. *Journal of Marriage and Family*, 64(3), 717-729.
- TÜİK (2024, Şubat 22). *Evlenme ve Boşanma İstatistikleri 2023*, Erişim tarihi: 10 Mart 2024, <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Evlenme-ve-Bosanma-Istatistikleri-2023-53707>
- Torun, F. (2017). *Ebeveyne Yabancılaşma Sendromu: Çekişmeli Boşanmalarda ve Velayet Savaşlarında*. (2. Baskı). İstanbul: Mimoza Matbaacılık San. Tic. A.ş.
- Torun, F. (2011). Ebeveyn Yabancılaştırma Sendromu. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(3), 446-482.
- Ulutürk, S. (2019). 11 – 18 Yaş Arası Boşanmış Aile Çocuklarının ve Boşanmamış Aile Çocuklarının Ebeveyn Yabancılaştırma Sendromu ve Davranış Sorunlarının Karşılaştırılmalı Olarak İncelenmesi. *International Social Sciences Studies Journal*, 5(47), 5772-5785.
- Vassiliou, D., Cartwright, G.F. (2001). The Lost Parents' Perspective on Parental Alienation Syndrome. *The American Journal of Family Therapy*, 29(3), 181-191.
- Veevers, J.E. (1991). Traumas versus stressors: a paradigm of positive versus negative divorce outcomes. *J Divorce Remarriage*, 15, 99-126.
- Videon, T.M. (2002). The Effect of Parent-Adolescent Relationship and Parental Separation on Adolescent Well-Being. *Journal of Marriage&Family*, 64(2), 489-503.
- Wallerstein, J.S., Kelly, J.B. (1980). *Surviving the Breakup: How Children and Parents Cope with Divorce*. New York: Basic Books.
- Warshak, R.A. (2010). *Divorce Poison: How to Protect Your Family from Bad-Mouthing and Brainwashing*. New York: Harper.
- Yılmaz, G. & Kök, T. (2019). Boşanma öncesi, sonrası ve sonrası aile danışmanlığı uygulamaları. *Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 22(3), 67-82.



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: 2025 Haziran/ December
Sayı/Issue:25

ERGENLİK DÖNEMİNDE KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI: BİR MESLEKİ UYGULAMA OLARAK KLİNİK SOSYAL HİZMET

Özgür SAĞLAM¹

Makale Bilgileri/ Article info

Makalenin Türü/Article Type: Derleme
Geliş Tarihi / Date Received: 10.01.2025
Revizyon Tarihi/Date Revised: 28.01.2025
Kabul Tarihi / Date Accepted: 26.02.2025
Yayın Tarihi / Date Published: 17.06.2025
DOI: 10.46218/tshd.1617478

Makale Künyesi/To cite this article: Sağlam, Ö. (2025, Haziran). Ergenlik Döneminde Kendine Zarar Verme Davranışı: Bir Mesleki Uygulama Olarak Klinik Sosyal Hizmet. Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi, 37-58

Sorumlu Yazar/Corresponding Author:

Özgür SAĞLAM, Dr. Sosyal Hizmet Uzmanı,
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Sağlık
Bilimleri Enstitüsü,
saglamozgur@gmail.com
ORCID:0000-0003-1307-9267

Öz

Ergenlik döneminde intihar dışı kendine zarar verme davranışı, bireysel ve ailevi sorunların bir yansıması olarak ortaya çıkmaktadır. Bu makale, sosyal hizmet uzmanları, aile danışmanları ve çift terapistlerinin bu tür vakalara daha iyi hazırlanabilmesi için mevcut bilgileri derleyip değerlendirmektedir. Kendine zarar verme davranışlarının nedenleri incelenerek, bu süreçte aile ilişkilerinin ve dinamiklerinin nasıl bir rol oynadığı açıklanmaktadır. Ayrıca, bu tür durumlarda kullanılan tedavi yöntemleri ele alınmakta, bu yaklaşımların güçlü ve zayıf yönleri tartışılmaktadır. Özellikle tedavilerin, aile dinamiklerini ve kişilerarası ilişkileri daha iyi kapsayacak şekilde nasıl geliştirilebileceği üzerinde durulmaktadır. Makalede, aileyi merkez alan ve sistemik yaklaşımları içeren tedavi yöntemlerinin faydaları da incelenmektedir. Bu yöntemlerin, aile danışmanları ve sosyal hizmet uzmanlarının ergenlerle çalışırken kendilerini daha güvende ve yeterli hissetmelerine yardımcı olabileceği belirtilmektedir.

Sonuç olarak, aile bağlarını güçlendiren ve ergenlerin ihtiyaçlarını merkeze alan bütüncül yaklaşımlar önerilmektedir. Bu tür yöntemler, hem bireylerin hem de ailelerin daha sağlıklı ve destekleyici bir ortamda sorunların üstesinden gelmelerine yardımcı olabileceği düşünülmüştür.

Anahtar kelimeler: Aile Terapisi, Sosyal Çalışma, Ergen, Kendine Zarar Verme

SELF-HARMING BEHAVIOR IN ADOLESCENCE: CLINICAL SOCIAL WORK AS A PROFESSIONAL PRACTICE

Abstract

Non-suicidal self-harming behavior during adolescence is a reflection of individual and family problems. This article compiles and evaluates existing information so that social workers, family counselors, and couple therapists can better prepare for such cases. The causes of self-harming behavior are examined, and the role that family relationships and dynamics play in this process is explained. In addition, the treatment methods used in such cases are discussed, and the strengths and weaknesses of these approaches are discussed. In particular, how treatments can be developed to better include family dynamics and interpersonal relationships is emphasized. The article also examines the benefits of treatment methods that focus on the family and include systemic approaches. It is stated that these methods can help family counselors and social workers feel more confident and competent when working with adolescents.

As a result, holistic approaches that strengthen family ties and focus on the needs of adolescents are recommended. It is thought that such methods can help both individuals and families overcome problems in a healthier and more supportive environment.

Keywords: Family Therapy, Social Work, Adolescent, Self-Harm

¹ Dr. Sosyal Hizmet Uzmanı, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı
ORCID:0000-0003-1307-9267

Giriş

Kendine zarar verme davranışı, özellikle ergenlik döneminde sıkça karşılaşılan ve giderek yaygınlaşan önemli bir ruh sağlığı sorunudur. Bu davranış, kişinin vücuduna kasıtlı olarak zarar vermesiyle gerçekleşir; ancak bu zarar genellikle ölümcül değildir ve kişinin yaşamını tehdit etmez. Kendine zarar verme davranışı için farklı terimler kullanılır ve bu terimler bazen birbirine karıştırılabilir. “Self-injury” ve “self-mutilation” terimleri genellikle doğrudan vücuda zarar verme eylemleri için kullanılırken, “self-harm” terimi ise daha dolaylı riskli davranışları tanımlar (Aksoy ve Ögel, 2003). Kendine zarar verme, bir hastalık değil, bir davranış biçimidir. Bununla birlikte, duygudurum bozuklukları, anksiyete, kişilik bozuklukları ve madde bağımlılığı gibi psikiyatrik hastalıklarla da ilişkili olabilir (Nock, 2009).

Kendine zarar verme davranışının genellikle duygusal acıyla başa çıkmanın bir yolu olarak ortaya çıktığı düşünülmektedir. Birey, duygusal acıyı hafifletmek için fiziksel acıyı tercih edebilir. Bu kısa vadede rahatlama sağlasa da, vücuda zarar verme eylemi endorfin salgılar ve bu da kişiyi bu davranışa bağımlı hale getirebilir (Hicks ve Hinck, 2009). Kendine zarar vermenin, bir kişinin çevresine uyum sağlayamaması ve duygusal sıkıntılarını yatıştırmak için başvurduğu bir davranış olduğu da ifade edilmiştir (Aksoy ve Ögel, 2003).

Ergenlik dönemi, kendine zarar verme davranışlarının ve intihar düşüncelerinin sıkça görüldüğü hassas bir dönem olarak öne çıkmaktadır. Araştırmalar, toplumdaki ergenlerin %14-%39’unun, psikiyatrik yatılı tedavi gören ergenlerin ise %40-%61’inin kendine zarar verme davranışında bulunduğunu ortaya koymaktadır (Darche, 1990; Diclemente ve ark., 1991; Osuch ve ark., 1999; Prinstein ve ark., 2009). Farklı bir çalışmada, genel ergen nüfusunda bu davranışın yaygınlığı %1 olarak belirtilirken, psikiyatrik tedavi gören ergenlerde bu oran %61’e kadar çıkmaktadır (Kumar ve ark., 2004). Bu veriler, ergenlik çağındaki bireylerin risk altında olduğunu ve bu davranışların önlenmesi ya da tedavi edilmesi için erken müdahaleye ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir. Bu durum, kendine zarar verme davranışlarının intihar riskini önemli ölçüde artırması nedeniyle ciddi bir endişe kaynağıdır (Nock ve ark., 2006). Hem bu davranışların yaygınlığı hem de aciliyeti göz önüne alındığında, çeşitli tedavi yaklaşımları geliştirilmiş ve uygulanmıştır (Glenn ve ark., 2019; Nock ve ark., 2006). Ancak, bu çabalara rağmen, kendine zarar verme davranışlarında yüksek oranda tekrar görülmesi ve tedavi başarısızlıklarının devam etmesi (Berk ve ark., 2020), mevcut yöntemlerin daha etkili hale getirilmesi için iyileştirmelere ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir.

Araştırmalar, ergenlik dönemindeki kendine zarar verme davranışının aile ortamı ve aile faktörleriyle güçlü bir bağa sahip olduğunu göstermektedir (Adrian ve ark., 2018; Fortune ve ark., 2016; Halstead ve ark., 2014). Özellikle, aile ortamının etkilediği duygusal düzenleme becerilerinin de bu davranışlarla yakından ilişkili olduğu belirtilmiştir (Kelada ve ark., 2016; Michelson ve Bhugra, 2012; Miner ve ark., 2016; Muehlenkamp ve ark., 2013; Palmer ve ark., 2016; Tatnell ve ark., 2014). Birçok çalışma, aile desteği, uyum, sıcaklık ve problem çözme becerilerinin ergenlerde kendine zarar verme davranışına karşı koruyucu bir etki yarattığını ortaya koymaktadır. Buna rağmen, bu tür davranışlara yönelik tedavi yaklaşımlarının büyük bir kısmı birey odaklıdır ve genellikle bilişsel-davranışsal ya da diyalektik-davranışsal modeller üzerine kuruludur (Kissil,

2011; Miner ve ark., 2016; Fortune ve ark., 2016). Bu durum, aile temelli tedavi modellerinin daha etkili olabileceğine dair güçlü bir görüş ortaya koymaktadır. Ancak, deneysel olarak desteklenen aile temelli tedavi yaklaşımlarının sayısının az olduğu dikkat çekmektedir. Bu da, ergenlik dönemindeki kendine zarar verme davranışlarının tedavisinde daha kapsamlı ve sistemik modellerin geliştirilmesi gerektiğini göstermektedir. Bu makale, ergenlik dönemindeki kendine zarar verme davranışıyla ilgili karmaşık bireysel ve ailevi dinamiklere odaklanarak, bu alanda çalışan ruh sağlığı profesyonellerini özellikle sosyal hizmet uzmanlarını daha iyi hazırlamayı amaçlamaktadır. Makalede, kendine zarar verme davranışına ilişkin aile faktörlerini hem kavramsal hem de ampirik açıdan incelemek için kapsamlı bir değerlendirme yapılmıştır. Çalışma, ergenlikte kendine zarar verme davranışı için yaygın tedavi yöntemlerini gözden geçirmiş, bu yaklaşımların güçlü yönlerini ve olası eksikliklerini değerlendirmiştir. Ayrıca, tedavilerin ailevi ve kişilerarası unsurları nasıl daha iyi entegre edebileceği üzerine tartışmalar sunulmuştur. Bunun yanı sıra, aile temelli ve sistemik müdahalelerle ilgili tedavi seçenekleri de ele alınmış, bu tür yaklaşımların, kendine zarar veren ergenlerle çalışan danışmanların güvenini ve yeterliliğini artırmadaki rolü vurgulanmıştır.

1.Kendine Zarar Verme: Dinamikler ve Yaygın Biçimler

Bean ve arkadaşlarının (2021) yaptığı bir literatür incelemesine göre, intihara yönelik olmayan kendine zarar verme, bireyin kendisine fiziksel zarar verme takıntısı olarak tanımlanır. Bu davranış sonucunda vücut dokusunda hasar ve tahribat meydana gelir. Bu tanıma göre, birey, zarar verme dürtüsüne tekrar tekrar karşı koyamaz, her bölüm öncesinde yoğun bir gerginlik hissi yaşar ve bu gerginlik, kendine zarar verme davranışı gerçekleştiğinde uyuşma, rahatlama gibi hislerle azalır. Bu süreçte bilinçli bir intihar niyeti bulunmaz ve bu davranış önemli bir zihinsel geriliğin sonucu olarak görülmez. Araştırmalar, kendini kesmenin en yaygın kendine zarar verme biçimi olduğunu göstermektedir. Bunun yanı sıra, tırmalama, yakma, saç çekme ve kendine vurma gibi alternatif yöntemler de yaygın olarak görülmektedir (Halstead ve ark., 2014; Tatnell ve ark., 2014).

Genel olarak, intihara yönelik olmayan kendine zarar verme davranışı genellikle 12 ila 14 yaşları arasında, erken ergenlik döneminde başlar (Wijana ve ark., 2018). Araştırmalar, ergenlerde bu davranışın yetişkinlere kıyasla daha yüksek oranlarda görüldüğünü ortaya koymaktadır. Yaygınlık oranları ergenlerde %17 ile %23 arasında değişmekte ve bu durum özellikle ergen kızlarda daha belirgin bir risk oluşturmaktadır (Swannell ve ark., 2014; Muehlenkamp ve ark., 2012; Kumar ve ark., 2004; Wijana ve ark., 2018). Palmer ve arkadaşlarına (2016) göre, 15-24 yaş arası kızlar/kadınlar, özellikle kendine zarar verme nedeniyle hastaneye yatış oranları açısından risk altındadır. Araştırmada, bu davranışın erkeklerde %0,3, kadınlarda ise %0,7 oranında hastane yatışına yol açtığı belirtilmiştir. Ayrıca, kendine zarar verme davranışı genellikle tek bir olayla sınırlı kalmaz. Muehlenkamp'ın (2005) bulguları, bu davranışın tekrar eden bir doğası olduğunu göstermektedir. Ross ve Heath'ın (2002) araştırmasına göre, kendine zarar veren ergenlerin %13'ü günlük, %27'si haftalık, %19'u ise üç günde bir olarak bu davranışı sergilemektedir.

Kendine zarar vermenin tek seferlik olayları kuraldan çok istisna gibi görünmektedir, çünkü ergenlik çağındaki kendine zarar verenlerin yalnızca %20'si tek bir kendine zarar verme olayına girmiştir (Ross ve Heath, 2002). Muehlenkamp (2005) bazı katılımcıların ortalama 50 kez olmak üzere 400 defaya kadar kendilerine zarar verdiklerini bildirirken, Helvacı-Çelik ve Hocoğlu (2017), Berk ve arkadaşlarının (2020) yaptığı çalışmalar kendine zarar verme davranışı tekrarlama oranlarının halen ruh sağlığı tedavisi gören gençler arasında bile yüksek olduğunu göstermektedir. Türkiye'de Toprak ve arkadaşları (2011) tarafından yapılan bir araştırmada, klinik dışı örnekleme yaşam boyu kendine zarar verme oranı %15,4 olarak bulunmuş, özellikle düşük gelir ve eğitim düzeyine sahip erkeklerde daha yaygın olduğu gözlemlenmiştir. Ayrıca, toplumda bazı grupların kendine zarar verme davranışını kabul edilebilir görmesi, erkeklerin bu davranışı sergilemelerine zemin hazırlayan bir faktör olarak değerlendirilmiştir. Saçarçelik, ve arkadaşları (2011) ise psikiyatri kliniğine başvuran ergen ve genç erişkinler arasında kendine zarar verme davranışının yaygınlığını araştırmış ve bu oranı %50 olarak belirlemiştir.

2. Kendine Zarar Verme Davranışlarında Ailevi ve Kişilerarası Faktörler: Tedavi Sürecine Yönelik Bir Değerlendirme

Kendine zarar verme davranışlarının nedenleri oldukça karmaşık bir yapıya sahiptir ve bu davranışların oluşumunda ailevi ve kişilerarası faktörlerin önemli bir rol oynadığı görülmektedir. Araştırmalara göre, destek ve onay eksikliği, eleştirel bir ortam, ailedeki katı tutumlar ve istismar gibi faktörler bu davranışların ortaya çıkmasında büyük bir etkiye sahiptir (Palmer ve ark., 2016; Miner ve ark., 2016; Muehlenkamp ve ark., 2013; Amoss ve ark., 2016; Halstead ve ark., 2014).

Bu makale, bu dört temel faktörle ilgili literatürü inceleyerek, terapötik süreçlerde bu unsurların ele alınmasının önemine dikkat çekmektedir. Özellikle, bireylerin aile yapısındaki sorunların ve kişilerarası ilişkilerdeki olumsuzlukların tedaviye dâhil edilmesi, davranışların tekrarlama riskini azaltabilir ve tedavi süreçlerini daha olumlu sonuçlara taşıyabilir. Bu tür bütüncül bir yaklaşım, kendine zarar verme davranışı gösteren bireylerin daha iyi bir iyileşme süreci geçirmesine ve uzun vadede daha sürdürülebilir değişimler elde edilmesine katkı sağlayabilir.

2.1. Duygusal Bağ Eksikliği ve Kendine Zarar Verme

Aile üyelerinden gelen destek veya onayın eksikliği, kendine zarar veren ergenler için önemli bir risk faktörü olabilir. Bu olumsuz ebeveyn-çocuk dinamiği, birçok ebeveynin çocuklarının kendine zarar verdiğinin farkında olmamasıyla daha da karmaşık hale gelmektedir. Örneğin, Kelada ve arkadaşlarının (2016) bir çalışması, ebeveynlerin yarısından fazlasının çocuklarının bu tür davranışlarda bulunduğunu bilmediğini ortaya koymuştur. Bu farkındalık eksikliği, ebeveynlerin açık ve destekleyici ifadeler kullanarak çocuklarının gelecekteki kendine zarar verme davranışlarını önlemekte aktif bir rol üstlenmesini oldukça zorlaştırmaktadır. Bunun yanı sıra, yapılan çeşitli araştırmalar, algılanan aile desteğinin kendine zarar verme

davranışları üzerinde doğrudan bir etkisi olabileceğini göstermektedir (Tatnell ve ark., 2014; Muehlenkamp ve ark., 2013; Fortune ve ark., 2016). Tatnell ve arkadaşlarının (2014) çalışması, daha yüksek düzeyde aile desteğinin bu davranışların azalmasında etkili olduğunu göstermiştir. Benzer şekilde, Muehlenkamp ve ark.nin 2013 yılında yaptığı bir araştırma, kendine zarar verme davranışını tekrar tekrar sergileyen gençlerin genellikle en az aile desteğini gören kişiler olduğunu ortaya koymuştur.

Benzer risk faktörleri, ailelerini duygusal olarak ilgisiz, tepkisiz veya geçersiz kılan gençler için de geçerlidir. Örneğin, Adrian ve arkadaşlarının (2018) yaptığı bir araştırma, aileleriyle duygusal bağ kuramayan ergenlerin, bu bağı kurabilen ergenlere kıyasla daha yüksek oranda kendine zarar verme atağı yaşadıklarını ortaya koymuştur. Ayrıca ebeveynlerin duygusal olarak tepkisiz olmasının, savunmasız gençler için önemli bir risk faktörü olduğunu ileri sürmüşlerdir. Benzer şekilde, Halstead ve arkadaşlarının (2014) çalışması, duygusal kopukluğun (düşük uyum ve zayıf duygusal bağ olarak tanımlanan) yüksek olduğu ailelerin çocuklarının daha sık ve daha şiddetli kendine zarar verme davranışları sergilediğini bulmuştur. Ayrıca, Palmer ve ark. (2016) ile Redheffer ve Brecht'in (2005) çalışmaları, çocuklarının kendine zarar verme açıklamalarına yargılayıcı veya dikkate almayan bir şekilde tepki veren ailelerin, bu tutumlarının ergenlerde daha fazla sosyal izolasyon, sıkıntı ve kendine zarar verme davranışına yol açabileceğini göstermiştir. Bu bulgular bir arada ele alındığında, ergenlerin ailelerinden daha düşük düzeyde destek gördüklerinde kendine zarar verme davranışına karşı daha savunmasız hale geldikleri anlaşılmaktadır.

2.2. Ebeveyn Eleştirisi, Utanç ve Kendine Zarar Verme

Eleştiri, kendine zarar veren gençler için önemli bir kişilerarası risk faktörüdür (Amoss ve ark., 2016). Araştırmalar, ebeveynlerin çocuklarını suçlama nesnesi haline getirdiğinde, bu durumun çocuklar tarafından utanç olarak içselleştirilebileceğini göstermiştir. Bu utanç verici duygular, çocukları iki şekilde tepki vermeye yöneltebilir: öfkeyle karşılık vermek (dışa dönük tepki) veya bu duygularla başa çıkmak için kendilerini suçlamak (içe dönük tepki). Kendine zarar verme davranışı bağlamında, çocukların bu acı verici ve utanç verici duyguları içselleştirdikleri ve ebeveynleriyle ilişkilerini tehlikeye atmakta kendilerini suçlama eğilimi gösterdikleri düşünülmektedir (Amoss ve ark., 2016). Ebeveyn eleştirisi ve içselleştirilmiş utanç döngüsü tekrarlandığında, bazı gençlerin kendine zarar verme davranışına başvurduğu gözlemlenmiştir.

Kissil (2011) çalışması, yüksek düzeyde kişilerarası eleştiri ile ebeveyn eleştirisinin bir arada olduğu aile dinamiklerinin, özellikle ergenlik çağındaki kızlar arasında kendine zarar verme davranışıyla ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Ayrıca, eleştirinin ebeveyn-çocuk bağına zayıflattığı ve çocuğun daha sağlıklı öz düzenleme becerileri geliştirme yeteneğini engellediği ileri sürülmüştür.

2.3. Aile Katılığı ve Yüksek Ebeveyn Kontrolünün Kendine Zarar Verme Davranışı Üzerindeki Etkisi

Aile katılığının (ya da yüksek ebeveyn kontrolü gibi varyasyonlarının) kendine zarar verme davranışını etkileyebileceği anlaşılmaktadır. Örneğin, Halstead ve arkadaşlarının (2014) yaptığı bir çalışmada, uzun süre

boyunca kendine zarar veren bireylerin, daha kısa süreli kendine zarar verenlere göre "aile kuralları ve güç paylaşımı konusunda çok az esneklik" olarak tanımlanan katılıkla daha yüksek puanlar aldığı bulunmuştur. Kendine zarar veren bireylerin ailelerinde katılığın yaygın bir model olduğunu ayrıca, yüksek ebeveyn kontrolü ile düşük destek gibi risk faktörlerinin birleşmesinin, ergenlik dönemindeki kendine zarar verme davranışıyla ilişkili olduğu bildirilmiştir.

2.4. İstismarın Etkisi ve Aile İlişkilerinin Rolü

İstismarın çeşitli biçimlerinin, kendine zarar veren ergenler için önemli bir risk faktörü olduğu bilinmektedir. Bir araştırmada, kendine zarar veren ergenler için en büyük risk faktörlerinin çocukluk dönemi kötü muamelesi, istismar (hem aile içi hem de aile dışı) ve duygusal ihmal olduğu belirtilmiştir (Fortune ve ark., 2016). İstismar ile kendine zarar verme arasındaki bağlantının ilişkisi, Nock ve arkadaşları (2009) tarafından, kendine zarar verme davranışını genç yaşta yaşanan istismarı yeniden yaşamanın bir yolu olarak kendini cezalandırma şeklinde kavramsallaştırılmıştır. Ayrıca, akran zorbalığı ve kurbanlaştırma gibi diğer kötü muamele biçimleri de, ergenlik dönemindeki kendine zarar verme davranışının risk faktörleri arasında sayılmaktadır (Jutengren ve ark., 2011).

Kötü muamele, ergenler için çok boyutlu bir sorundur. Ancak kötü muamele aile dışında da gerçekleşse, aile faktörlerinin yaşanan kötü muamelenin etkilerini hafifletebileceği gösterilmiştir. Hooven ve arkadaşları (2012) araştırmalarında, aile işlev bozukluğunun (çatışma, saldırganlık, soğukluk veya destek eksikliği gibi) yaşanan kötü muamelenin olumsuz psikolojik etkilerini pekiştirdiği bulunmuştur. Aynı şekilde, aile desteğinin çocukluk dönemi istismarının duygusal düzenleme üzerindeki olumsuz etkilerini azalttığı da ortaya konmuştur. Sonuç olarak, kötü muamelenin kaynağı ne olursa olsun, aile ilişkilerinin hem koruyucu hem de risk faktörü olarak önemli bir rol oynadığı anlaşılmaktadır.

3. Ergenlik Dönemindeki Kendine Zarar Verme Davranışının Tedavisinde Kullanılan Modeller: Davranışsal Yaklaşımlar ve Etkililikleri

Ergenlik dönemindeki kendine zarar verme davranışlarının tedavisinde birçok farklı model kullanılmaktadır. Glenn ve arkadaşları (2019), ergenlerdeki kendine zarar verme düşünceleri ve davranışları için klinik tedavi yöntemlerini incelediklerinde, davranışsal terapiler: Diyalektik Davranış Terapisi (DDT) ve Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), entegre aile terapisi, ebeveyn eğitimi, çoklu sistem terapisi, psikodinamik terapi, destek tabanlı terapi, kısa beceri eğitimi, eklektik grup terapisi ve kaynak müdahaleleri gibi çeşitli tedavi yaklaşımlarını tartışmışlardır. Ancak, bu geniş seçenek yelpazesıyla ilgili olarak, klinik çalışmaların ve ampirik doğrulamaların eksik olduğu sonucuna varmışlardır ve bu tedavilerin çoğunun "iyi kurulmuş" ya da "muhtemelen etkili" olduğuna dair somut kanıtların eksik olduğunu belirtmişlerdir. En sık kullanılan ve araştırılan tedavi modelleri, kendine zarar verme davranışlarını önlemeye veya azaltmaya odaklanan davranışsal modellerdir. Bu modeller genellikle kriz müdahalesi yaklaşımını benimser ve zararsız

sözleşmeler gibi direktif müdahalelerle kendine zarar verme davranışını durdurmaya çalışır (Miner ve ark., 2016). Glenn ve arkadaşlarının (2019) incelemesinde, davranışsal modeller arasında en etkili tedaviler olarak Diyalektik Davranış Terapisi (DDT) ve Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) öne çıkmıştır.

Diyalektik Davranış Terapisi (DDT), kendine zarar verme düşüncelerini ve davranışlarını hedeflemek için özel olarak tasarlanmış bir tedavi modelidir ve literatürde bu konuda en fazla çalışılan tedavi yöntemidir (Kissil, 2011; Linehan ve ark., 1993). Ayrıca, kendine zarar verme davranışının tedavisinde "iyi kurulmuş" olarak derecelendirilen tek tedavi modelidir (Glenn ve ark., 2019). Başlangıçta borderline kişilik bozukluğu olan yetişkin kadınlar için geliştirilmiş olsa da (Linehan ve ark., 1993), o zamandan beri ergenlerle yapılan çalışmalarda da kullanılacak şekilde uyarlanmıştır (Berk ve ark., 2020; Mehlum ve ark., 2016).

4. Kendine Zarar Verme Davranışının Tedavisinde Güncel Modellerin Etkililiği ve Sınırlamaları

Bazı güncel tedavi modelleri, özellikle Diyalektik Davranış Terapisi (DDT), ergenlik dönemindeki kendine zarar verme davranışları üzerinde umut verici sonuçlar göstermiş olsa da, bu sorunun tedavi edilmesi hala çok zordur. (Berk ve ark., 2020). Örneğin, Berk ve arkadaşları (2020) yaptıkları çalışmada, 22 katılımcının 16'sının (%71) tedavi süresince kendine zarar vermeye devam ettiğini ve 4'ünün (%18) intihar girişiminde bulunduğunu bulmuşlardır. Altı aylık takip süresinde ise yalnızca 5 katılımcının kendine zarar vermekten kurtulduğu bildirilmiştir. Diğer çalışmalar da benzer şekilde sınırlı sonuçlar göstermektedir. Örneğin, Mehlum ve arkadaşları (2016) katılımcıların bir yıl boyunca tekrar tekrar kendine zarar verme davranışında bulunduklarını ve ortalama 5,5 olay yaşandığını belirtmişlerdir. Bu sonuçlar, tedavi sürecinde değişime dirençli bir sorunla karşılaşıldığını göstermektedir. Bu durum da şu anda, ergenlerde kendine zarar verme davranışını ortadan kaldıran bir tedavinin bulunmadığını ve bu davranışın tekrarlanmasının yaygın olduğu sonucunu doğurmaktadır.

Bazı farklı modellerin uygulandığı çalışmalarda tedavi başarılarındaki orta düzeydeki artışlara rağmen, sonuçlar hala zayıf kalmaktadır. Bu durum, araştırmacıların ve sahada çalışan uygulayıcıların ergenlerdeki kendine zarar verme davranışının nedenlerini tam olarak anlamadıkları ve bu konuda önemli bir parçanın eksik olabileceği ihtimalini gündeme getirmektedir. Miner ve arkadaşları (2016), davranışsal tedavi modellerinde bazı temel eksiklikler bulmuşlardır. Özellikle, danışanlardan kendine zarar verme davranışlarını bırakmalarını isteyen zararsız sözleşmelerin ve profesyonel katı kural koyuculuğun, ergenleri yanlış anlamaya, damgalamaya veya sorunların kaynağını gözden kaçırmaya neden olabileceği ifade edilmiştir. Ayrıca, zararsız sözleşmelerin etkinliği konusunda yeterli kanıt bulunmamaktadır (De Silva ve ark., 2013). Miner ve ark. (2016), tedavilerin en belirgin eksikliğinin "belirti davranışına aşırı odaklanma" olduğunu belirtmişlerdir. Davranış tedavisinin tek odak noktası olduğu durumlarda, ergenler bir başa çıkma mekanizmasını başka bir davranışla değiştirebilirler; örneğin, düzensiz yeme veya madde bağımlılığı gibi. Bu tür davranışların değiştirilmesi, kendine zarar verme davranışlarının tekrar etmesine yol açar. Bu durum, davranışsal tedavilerin etkinliğini sınırlayabilir.

5. Ergenlerdeki Kendine Zarar Verme Davranışlarının Aile Bağlantılı Risk Faktörleri ve Tedavi Yöntemleri

Miner ve arkadaşlarına (2016) göre, mevcut tedavi modellerinin çoğu, ergenlerdeki kendine zarar verme davranışlarını sadece semptomatik olarak ele alıp bu davranışların duygusal ve ailevi bağlamını göz ardı etmektedir. Bu modeller, kendine zarar verme davranışının kaynağına ulaşmadan sadece davranışsal yönü tedavi etmeye çalışmaktadır. Oysaki tedavi sürecinde aile ortamının göz önünde bulundurulması gerektiğini, çünkü bu ortamın sağlıklı başa çıkma mekanizmalarının gelişiminde temel bir rol oynadığını, kendi kendine zarar verme davranışlarının, genellikle ailedeki ilişkilerle şekillenen kişiler arası faktörlerin etkisiyle ortaya çıktığını belirtirler. Aileye daha fazla katılım gösteren tedavi modellerinin daha etkili sonuçlar verdiğine dair bulgular da, tedavinin aile odaklı olmasının önemini ortaya koymaktadır (Glenn ve ark., 2019).

Bunun yanı sıra, duygusal düzenleme yeteneği de ergenlerdeki kendine zarar verme davranışlarıyla doğrudan ilişkilidir. Pek çok araştırma, duygusal düzenlemenin ergenlerin hem yakın hem de uzak kişilerarası ilişkilerden güçlü şekilde etkilendiğini ortaya koymaktadır (Muehlenkamp ve ark., 2013; Holliday ve ark., 2018; Çentik, 2009; Kobak ve ark., 2006; Repetti ve ark., 2002). Aile ortamı, bir çocuğun duygusal düzenleme becerilerinin ilk geliştirildiği yer olduğu için, bu ortamın kalitesi çocuğun duygusal sağlığı üzerinde derin bir etki yaratabilir. Hooven ve arkadaşları (2012), olumsuz aile ortamlarının çocukların duygusal düzenleme becerilerini zayıflatabileceğini ve bunun, stresli durumlarla başa çıkmayı zorlaştırabileceğini göstermiştir. Örneğin, çatışma ve öfke ile işaretlenen ailelerde çocukların duygusal tepkilerinin arttığı ve başkalarının olumsuz duygularına karşı kaygı ve sıkıntı ile yanıt verdikleri bulunmuştur. Benzer şekilde, Repetti ve arkadaşları (2002) çatışmalı ve destekleyici olmayan ailelerde yetişen çocukların yüksek duygusal tepki gösterdiğini, duyguları anlamada eksiklikler yaşadığını ve stresli durumlarla başa çıkmak için basit ve etkisiz yöntemlere yöneldiğini tespit etmişlerdir. Bu bulgular, ergenlerdeki kendine zarar verme davranışlarının, duygusal düzenleme eksikliklerinin aile ortamındaki etkileşimlerle ilişkili olabileceğini gösteriyor.

Sonuç olarak, kendine zarar verme davranışlarının tedavisinde, yalnızca davranışsal semptomları ele almak yerine, duygusal düzenleme becerilerinin ve aile bağlamının dikkate alınması gerektiği vurgulanmaktadır. Bu bağlamda, tedavi modellerinin daha bütünsel ve aile odaklı bir yaklaşım benimsemesi, ergenlerdeki duygusal düzenleme bozukluklarını daha etkili bir şekilde ele alabilir ve kendine zarar verme davranışlarının kök nedenlerine inebilir.

6. Sosyal Hizmet Mesleğinin Kendine Zarar Veren Ergenlerle Çalışma Yaklaşımı

Bu bölüm, sosyal hizmet uzmanları, aile danışmanları ve aile/sistem terapistlerine yönelik klinik öneriler sunmayı amaçlamaktadır. Bu öneriler, kendine zarar verme davranışlarıyla mücadele eden ergenlerle terapötik bağ kurmayı güçlendirmek, seansların odak noktalarını belirlemek ve içeriğini düzenlemek için rehberlik sağlamaktadır. Ayrıca, bireyler ve aileleri için kendine zarar verme davranışlarının tedavisinde güncel yaklaşımlar ve özel tedavi önerileri de sunulmaktadır. Bu çıkarımlar, danışman ve terapistlerin aile

içindeki dinamikleri anlamalarına yardımcı olarak tedavi sürecini daha etkili ve anlamlı bir hale getirmeyi amaçlamaktadır.

Sosyal hizmet uzmanları, kendine zarar veren ergenlerle çalışırken birey, aile ve toplum düzeyinde bütüncül müdahale stratejilerini benimsemektedir. Bu yaklaşımın temelinde, ergenlerin içinde bulundukları çevresel ve ailevi etkenlerin dikkatli bir şekilde değerlendirilmesi, risk faktörlerinin belirlenmesi ve müdahale planlarının bu değerlendirmeler ışığında oluşturulması yatmaktadır. Sosyal hizmet pratiğinde uygulanan temel stratejiler şunlardır:

6.1.Bireysel Değerlendirme ve Kriz Müdahalesi: Sosyal hizmet uzmanları, ergenlerin duygusal durumlarını, stres faktörlerini ve kendine zarar verme davranışının ardındaki psikososyal nedenleri belirlemek amacıyla kapsamlı bireysel değerlendirmeler yapar. Bu süreçte, kriz anlarında müdahale edebilmek ve acil destek sağlayabilmek için hızlı müdahale protokolleri devreye alınmaktadır.

6.2.Aile Değerlendirmesi ve Danışmanlığı: Ergenlerin davranışlarının altında yatan aile içi dinamiklerin anlaşılabilmesi için aile değerlendirmesi önem taşımaktadır. Aile üyeleriyle yapılan görüşmeler ve değerlendirme seansları, ergenin içinde bulunduğu ortamın, ebeveyn tutumlarının ve aile içi iletişimin incelenmesine olanak tanır. Elde edilen bulgular doğrultusunda, aileye yönelik danışmanlık hizmetleri ve eğitim programları düzenlenmekte, aile içi destek mekanizmalarının güçlendirilmesi hedeflenmektedir.

6.3.Multidisipliner Yaklaşım: Kendine zarar verme davranışının karmaşık yapısı, sosyal hizmet uzmanlarının psikiyatristler, psikologlar, eğitimciler ve diğer ilgili disiplinlerden profesyonellerle iş birliği yapmasını gerektirmektedir. Bu multidisipliner yaklaşım, ergenin ihtiyaç duyduğu bütüncül müdahaleyi sağlayarak, hem klinik hem de sosyal boyuttaki sorunların ele alınmasına katkıda bulunmaktadır.

6.3.1.Eğitim ve Terapi Süreçlerinin Bütünleştirilmesi: Sosyal hizmet uzmanları, danışanlara yönelik müdahale planlarını oluştururken; bireysel terapi, grup terapisi ve atölye çalışmalarını birleştiren esnek bir yapı benimsemektedir. Özellikle, duygusal düzenleme becerilerini geliştirmeye yönelik eğitim ve destek grupları, ergenlerin kendilerini daha iyi ifade edebilmelerine ve stresle başa çıkma stratejileri geliştirmelerine yardımcı olmaktadır.

6.3.2.Toplumsal Kaynakların ve Destek Ağlarının Entegrasyonu: Sosyal hizmet pratiği, ergenlerin yaşadıkları sorunların yalnızca bireysel ya da ailevi boyutlarla sınırlı olmadığını, aynı zamanda sosyal çevre ve toplumsal faktörlerle de ilişkili olduğunu kabul eder. Bu doğrultuda, okullar, yerel topluluk merkezleri ve diğer sosyal hizmet kurumlarıyla iş birliği içerisinde, ergenlere yönelik destek programları ve kaynakların entegrasyonu sağlanmaktadır.

7. Kendine Zarar Veren Ergenlerle Yapılacak Terapötik Görüşmelerin Ana Temaları

7.1. Kişilerarası Faktörlerin Tedaviye Entegre Edilmesi

Bu analiz, ergenlerde kendine zarar verme davranışlarının tedavisinde, halihazırda uygulanan deneysel tedavi yöntemlerine kişilerarası faktörlerin daha kapsamlı şekilde dahil edilmesinin, tedavi sonuçlarını

iyileştirebileceğini öne sürmektedir. Şu anda bilişsel davranışçı terapi temelli aile terapileri ve benzeri yaklaşımlar henüz gelişim aşamasında olup, genellikle intihar düşünceleri ve girişimlerine odaklanmaktadır. Oysaki uzun süredir sosyal hizmet uzmanlarının aile değerlendirmeleri ve danışmanlıklarında kullandıkları Bronfenbrenner'in ekolojik sistem teorisi, ergenin sosyal çevresi olan; aile, akranlar ve toplumla etkileşimini güçlendirerek bütüncül bir değerlendirme yapmaya imkan sağlar (Asarnow ve ark., 2015).

Kişiler arası ilişkiler ile ergenin ailesi ile olan ilişkilerini merkeze alan bu tür terapi programları, sosyal hizmet uzmanı olan aile ve çift danışmanı tarafından rahatça uygulanabilir. Danışman ergenle çalışırken ergenin kişiler arası ilişkileri ile çalışır, danışman ebeveynle çalışırken de ebeveyn tutumları ve aile içi ilişkileri anlamaya çalışır. Kendine zarar verme davranışının şekillendiği çevresel bağlamı analiz etmeye odaklandığı seansların tedavi süreçlerinde, işlevsel analizler kullanılarak çevresel tetikleyiciler belirlenir. Sosyal hizmet uzmanının yapacağı müdahalelerin amaçları, sosyal desteği artırmak, duygusal düzenlemeyi ve sıkıntıya dayanıklılığı geliştirmek, farkındalık oluşturmak, bilişsel yeniden yapılandırma uygulamak, sosyal beceriler kazandırmak ve destek arama stratejilerini oluşturmak yoluyla, güvenli alternatif davranışlar geliştirmektir. Ayrıca, aile üyelerinin tedaviye katılımını artırmaya yönelik çalışmalarda ebeveynlerin dinleme ve onaylama becerilerinin geliştirilmesi, tedavi engelleriyle başa çıkma, ebeveynlerin öz bakımını destekleme gibi faktörler de önemli bir yer tutmaktadır (Asarnow ve ark., 2015).

Bazı araştırmacılar, aile müdahalelerini deneysel olarak desteklenen davranışsal modellere dahil etmek amacıyla çeşitli stratejiler geliştirmiştir (Esposito-Smythers ve ark., 2011; Spirito ve ark., 2015). Birleşik Bilişsel Davranışçı Terapi (bireysel ve aile bazlı bilişsel davranışçı terapi ve ebeveyn eğitimi) üzerine yapılan bir araştırmada, entegre aile terapisi gören ergenlerin intihar girişimlerinde, kontrol grubuna kıyasla anlamlı bir azalma görülmüştür (Esposito-Smythers ve ark., 2011). Ebeveyn-Ergen Bilişsel Davranışçı Terapisi üzerine yapılan başka bir çalışmada ise, tedavi sürecinde intihar düşüncelerinde azalma sağlanmıştır (Spirito ve ark., 2015). Ancak, bu tür bütünlük yaklaşımlar yalnızca intihar düşünceleri ve girişimleri üzerinden incelenmiş olup, kendine zarar verme davranışları üzerine yapılan çalışmalar sınırlıdır. Ayrıca, bu araştırmaların çoğu tekrarlama yapmamakta ve örneklem büyüklükleri küçük kalmaktadır (Glenn ve ark., 2019).

Aile terapilerinin, bireysel tedavi modellerine dahil edilmesiyle ilgili yapılan araştırmalar henüz yeni olsa da, sosyal hizmet uzmanlarının, kendine zarar verme davranışı sergileyen ergenler ve aileleri için tedavi sürecinde kişilerarası faktörleri daha etkili kullanabileceği birkaç önemli alan bulunmaktadır. Bu alanlar arasında, eksik destek ve doğrulama, aşırı eleştiri, ailevi katılık ve istismar gibi faktörler yer almaktadır.

7.2. Destek ve Onay Eksikliği Yaşayan Ergenlerin: Ebeveyn Sıcaklığının Artırılması

Araştırmalar, geçersiz kılınan aile ortamlarının, ergenlerde kendine zarar verme davranışlarını tetikleyen önemli faktörlerle, özellikle de duygusal düzenleme ve kendini sakinleştirme becerileriyle negatif bir ilişki içinde olduğunu göstermektedir (Sim ve ark., 2009; Jutengren ve ark., 2011). Fortune ve ark.nin (2016) bulguları, düşük aile desteği algısına sahip genç kadınların daha yüksek düzeyde umutsuzluk, depresyon

semptomları ve intihar düşünceleri yaşadıklarını ortaya koymuştur. Bu durum, olumsuz ve geçersizleştirici bir çevrede büyüyen gençlerin, duygusal zorluklarla başa çıkmakta zorlandığı ve kendine zarar verme davranışlarının arttığı anlamına gelir (Jutengren ve ark., 2011; Sim ve ark., 2009). Özellikle genç kızlar, güçlü duygusal streslerle başa çıkacak sağlıklı stratejiler geliştirmekte zorluk çeker ve bu da kendine zarar verme olasılıklarını artırır.

Bu nedenle, Miner ve ark. (2016), terapistlerin kendine zarar verme davranışlarını ele alırken aile ortamını değerlendirmenin kritik bir adım olduğunu belirtmişlerdir. Bu değerlendirme sonrası, terapinin odak noktası ebeveyn sıcaklığını artırmaya ve ergenin ebeveyn desteği algısını güçlendirmeye yönelik olmalıdır (Fortune ve ark., 2016). Ebeveyn ve çocuk arasındaki güvensiz bağlar, duygusal düzensizlik, geri çekilme ve saldırganlık gibi uyumsuz başa çıkma stratejilerinin gelişmesine neden olabilir (Kobak ve ark., 2006).

Bu bağlamda, Bağlanma Temelli Aile Terapisi (Diamond, 2014; Diamond ve ark., 2014) ergenlerdeki kendine zarar verme davranışlarına yönelik oldukça faydalı bir yaklaşım sunmaktadır. Terapistler, aile terapisi sürecinde şu stratejileri uygulayabilirler:

- **Semptomların Azaltılmasından Fazlası:** Terapi, yalnızca semptomları azaltmaya değil, aynı zamanda ebeveyn-çocuk ilişkisini iyileştirmeye de odaklanmalıdır.
- **Geçmiş ve Şimdiki İlişkilerdeki Çıkmazları Çözme:** Aile üyelerine, ilişkilerindeki zorlukları çözmeleri, güveni yeniden inşa etmeleri ve olumlu ebeveyn katılımını artırmaları için yardımcı olunmalıdır.
- **Ayrı ve Ortak Seanslar:** Başlangıçta ebeveynler ve ergenle ayrı seanslar yapılarak, daha sonra tüm aileyi bir araya getiren ortak seanslar planlanmalıdır. Bu süreç, ergenin ebeveyn desteği aramaktan kaçınmasının ardındaki sorunları (çalışmaların, çatışmaların ve ilişki kopukluklarının) tanımaya yardımcı olur.

Aile terapisi sürecinde, terapistler ebeveynlere, ergenin deneyimlerini anlamalarına ve onlara doğrulama ve destek sunmalarına yardımcı olmalıdır. Ebeveynlerin, ergenin yaşadığı duygusal zorlukları kabul ederek onları savunmasız bir şekilde dinlemeleri, tedavi sürecinin etkinliğini artıracaktır (Amoss ve ark., 2016).

7.3. Suçlama ve Utanç Duygularının Farkına Varmak

Amoss ve arkadaşlarının (2016) araştırmasına göre, çocuklar sıkça suçlanan bir nesne olarak muamele gördüklerinde, bu durumu içselleştirip utanç duygusuna dönüştürebilirler. Bu tür duygular, kendine zarar verme davranışlarıyla güçlü bir şekilde ilişkilidir. Aile üyeleri, farkında olmadan, ergenin kendine zarar vermesiyle ilgili suçlama öyküleri üretebilir ya da ergenin kendine zarar verme durumu keşfedildiğinde, ailedeki kriz anlarında suçlamayı içselleştirebilir. Bu durumda, terapistler ergenin ve ebeveynlerin, utanç ve suçlama gibi duygusal yükleri fark etmelerini ve bu duygularla nasıl başa çıkacakları konusunda rehberlik etmelerini sağlamalıdır.

Tedavide, ergenin duygusal olarak düzenlenmesine ve suçlama duygularını içselleştirmemesine yardımcı olmak büyük önem taşır. Aynı şekilde, ebeveynlerin de kendi utanç ve suçlama duygularıyla başa çıkmalarına

destek olunarak, çocuklarına daha etkili bir şekilde destek olmaları sağlanabilir ve istemeden çocuklarını izole etmekten veya uzaklaştırmaktan kaçınılabilir (Amoss ve ark., 2016).

Amoss ve ark., aile terapisi sırasında utanç ve suçlama gibi duygularla başa çıkmak için çeşitli sistemik müdahaleler önermektedir. Bu müdahaleler arasında dairesel sorgulama, yeniden çerçeveleme ve bireylerin ve ailenin güçlü yönlerinin vurgulanması yer alır. Ayrıca, hem ebeveynler hem de ergenlerin olumsuz duygularla başa çıkmalarına ve alternatif tepkiler geliştirmelerine yardımcı olacak duygusal düzenleme eğitimlerinden faydalanmaları gerektiği vurgulanmaktadır.

Miner ve ark. (2016) ise ebeveynlerin tepkilerini yönetme sorumluluğu hakkında önemli bir noktaya değinmektedir: “Ebeveynlerin, çocuklarının kendine zarar verme davranışına nasıl tepki verdiklerini anlaması, ergenin ebeveynlerini destek kaynağı olarak görme olasılığını belirler” (s. 215). Bu bağlamda, terapistlerin, aile seanslarını hem acı verici duyguların ifade edilebildiği hem de kabul edilebildiği bir ortam olarak kolaylaştırmaları gerekir. Ergenin, daha önce reddedilen duygusal acılarını keşfederken, ebeveynlerinin onu dinlediğini ve anladığını hissetmesi önemlidir.

Tedavi sürecinin ilerleyen aşamalarında etkili aile seanslarına hazırlık için, başlangıç aşamasında ayrı seanslar kullanılabilir. Örneğin, ebeveynlere, çocuklarının önünde ifade edilmesi uygun olmayan suçlama ve utandırıcı tepkileri dile getirme fırsatı tanınır (Kissil, 2011; Scott ve ark., 2016). Bu tür seanslar, ebeveynlerin stres toleranslarını geliştirmelerine yardımcı olmayı, empatiyle ve onaylayarak yanıt verme yollarında onları desteklemeyi amaçlar. Ayrıca, kendine zarar verme konusunda, duygusal düzenleme işlevi de dahil olmak üzere, ebeveynlere eğitim verilir.

Miner ve ark. (2016), ebeveynlerle yapılan tartışmalarda, suçlamadan çok, ergenlerin ve ebeveynlerin kendilerini güvende ve anlaşılmış hissedebileceği bir atmosfer yaratmanın önemine dikkat çekmektedir.

7.4. Ailedeki Katı İletişim Dinamiklerinin Farkına Varmak: Uyum ve Çatışma Yönetimini Geliştirme

Ailelerde düşük düzeyde destek ancak yüksek ebeveyn kontrolü ve katılımı olduğunda, ebeveyn eğitimi etkili bir müdahale yöntemi olabilir. Glenn ve ark. (2019), ebeveyn eğitimi ergenlik dönemindeki kendine zarar verme davranışına yönelik etkili müdahaleler arasında bir değişim mekanizması olarak tanımlamış ve güçlü bir ebeveyn eğitimi bileşeninin, etkili tedavi yöntemlerinin çoğunun temelini oluşturduğunu vurgulamıştır. Kendine zarar verme davranışı gösteren ergenlerin bulunduğu popülasyonlar için ebeveyn eğitimi, sosyal ve ailevi faktörlere dair psikoeğitim sunmayı, aile çatışmalarını yönetme stratejilerini, duygusal düzenleme, iletişim ve problem çözme becerilerini geliştirmeyi içermelidir.

Miner ve ark. (2016) ise, yapısal müdahalelerin terapistlerin ilişkisel üçgenlemeyi ve mesafe ya da kaynaşmış iletişim kalıplarını değerlendirmesine ve ele almasına yardımcı olabileceğini belirtmiştir. Bu tür müdahaleler, ailedeki katılık ve uyumsuz iletişim desenlerini çözmek, çatışma yönetimini kolaylaştırmak ve aile bireylerinin daha sağlıklı etkileşimlerde bulunmalarını sağlamak amacıyla önemli bir rol oynar.

7.5. Aile İçi Zorbalık ve İstismarın Ergenlerdeki Kendine Zarar Verme Davranışının Gerçekleşmesine Olanak Sağladığını Unutmamak

Aile içindeki çatışmalar, özellikle istismar ve kötü muamele, kendine zarar verme davranışının önemli bir tetikleyicisi olarak tanımlanmıştır (Fortune ve ark., 2016; Hooven ve ark., 2012). Hooven ve arkadaşları (2012) aile içindeki istismarın çocukların duygusal gelişiminde kalıcı olumsuz etkiler yaratabileceğini ve bu durumun, sağlıksız başa çıkma yollarına, özellikle de kendine zarar verme davranışlarına yol açabileceğini bulmuştur. Bu bulgular, tedavi süreçlerinin aile içindeki uyumu güçlendirmesi ve aile içi şiddet ile çatışmaları azaltması gerektiğini vurgulamaktadır (Fortune ve ark., 2016).

Kendine zarar verme davranışlarının tedavisinde, geçmişteki istismar olaylarının dikkatlice değerlendirilmesi gereklidir. Ergenin güvenliği en ön planda tutulmalıdır ve istismar durumları, tedaviye devam edebilmek için büyük bir engel oluşturabilir. Eğer ailede şiddet veya istismar varsa, tedavi süreci başlamadan önce bu durumun ele alınması gerekir. Ayrıca, akranlardan veya dışarıdan gelen kötü muamele de göz önünde bulundurulmalıdır. Jutengren ve ark. (2011) akran zorbalığının, aile içindeki olumsuz faktörlerden bile daha etkili bir şekilde kendine zarar verme davranışını tetikleyebileceğini belirtmiştir. Bu nedenle terapistler, akran ilişkilerini de göz önünde bulundurmalı ve zorbalık gibi faktörleri tedavi sürecine dahil etmelidir. Eğer zorbalık, ergenin kendine zarar verme davranışlarının bir nedeni olarak belirlenirse, terapistler ailenin, okul personeliyle doğrudan işbirliği yapmasına yardımcı olmalıdır. Ayrıca, ebeveyn desteğinin, zorbalık ve kendine zarar verme davranışı arasındaki olumsuz ilişkiyi hafiflettiği gösterilmiştir (Jutengren ve ark., 2011). Bu bağlamda, terapistler, aileye daha etkili destek sağlamak amacıyla hem okulda hem de evdeki etkileşimleri dikkate almalıdır.

Değerlendirme

Günümüz toplumlarında, özellikle gelişmekte olan ülkelerde yaşanan hızlı toplumsal dönüşümler, bireylerin ve toplumsal grupların psikososyal ihtiyaçlarını derinlemesine etkilemektedir. Geleneksel dayanışma ve yardımlaşma mekanizmalarının işlevini yitirmesi, bireylerin sosyal destek sistemlerinden yoksun kalmasına yol açmakta; bu durum psikotik, nevrotik bozukluklar ve davranım bozukluklarının artışı tetiklemektedir. Ergen bireylerin aileleri ve sosyal çevreleriyle kurdukları ilişkilerin kalitesi, kendine zarar verme gibi riskli davranışların ortaya çıkışında belirleyici bir faktör olarak öne çıkmaktadır. Yapılan çalışmalar, kendine zarar verme davranışını sergileyen ergenlerin çevreleriyle olan ilişkilerinin yeterince değerlendirilmediğini ve uygulanan davranışçı terapilerin çevresel etmenlere yeterli önem vermediğini göstermektedir. Bu nedenle, tıbbi-psikiyatrik ve danışmanlık alanlarında sosyal hizmet gibi mesleklerin daha etkin rol alması, multidisipliner yaklaşımların benimsenmesini ve terapötik odak noktalarının çeşitlenmesini sağlayacaktır. Sosyal hizmet uzmanları, birey, aile ve toplum düzeyinde yürüttükleri bütüncül müdahale stratejileri ile ergenlerin yaşadığı sorunları kapsamlı biçimde değerlendirme ve müdahale imkânı sunmaktadır.

Türkiye bağlamında değerlendirildiğinde, sosyal hizmet mesleğinin tıbbi ve psikiyatrik alanlarda yer almaya başlaması, tarihsel süreç ve sosyo-kültürel dinamikler çerçevesinde ele alındığında nispeten yakın bir geçmişe dayanmaktadır. 20. yüzyılın ikinci yarısında sosyal hizmet uzmanlarının bu alanlarda görev almaya başlaması, uluslararası örneklerle paralellik gösterse de, Türkiye’de danışmanlık uygulamalarının yaygınlaşması ancak 21. yüzyılda gerçekleşmiştir (Zubaroglu-Yanardağ ve Özmete, 2017). Ülkenin Doğu ve Batı kültürlerinin sentez noktasında bulunması; imparatorluk rejiminden demokrasiye geçiş sürecindeki zorluklar ve iki dünya savaşının ekonomik ile insani kayıpları, sosyal hizmetin öncelikli olarak ekonomik sorunların çözümüne odaklanmasına neden olmuştur. Bu durum, ergenlerin duygusal düzenlemeleri ve çevresel etmenlerinin sosyal hizmet bakış açısıyla ele alınmasını geciktirmiştir.

Ergenlerde kendine zarar verme davranışı, aile dinamikleri, duygusal düzenleme becerileri ve kişilerarası ilişkilerin kalitesi gibi faktörlerden etkilenmektedir. Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) ve Diyalektik Davranış Terapisi (DDT) gibi müdahaleler umut vaat etse de, yüksek nüks oranları ve zaman zaman yaşanan tedavi başarısızlıkları, mevcut yaklaşımların ek iyileştirmelere ihtiyaç duyduğunu göstermektedir. Sosyal hizmetin multidisipliner yaklaşımı çerçevesinde, bireysel değerlendirme, aile danışmanlığı, kriz müdahalesi ve toplumsal destek ağlarının entegrasyonu, ergenlerde kendine zarar verme davranışının değerlendirilmesi ve müdahalesinde kritik öneme sahiptir. Bu stratejiler, ergenlerin duygusal ve çevresel sorunlarının bütüncül olarak ele alınmasını sağlayarak tedavi süreçlerinin etkinliğini artırmaktadır.

Sonuç

Ergenlerde kendine zarar verme davranışının değerlendirilmesi ve müdahalesi, sosyal hizmet mesleğinin multidisipliner ve bütüncül yaklaşımıyla ele alınması gereken önemli bir konudur. Toplumsal dönüşümlerin yarattığı baskılar ve geleneksel destek sistemlerinin zayıflaması, bu tür davranışların ortaya çıkmasında etkili olurken, sosyal hizmet uzmanlarının geliştirdiği müdahale stratejileri ergenlerin psikososyal sorunlarının etkin yönetilmesinde önemli avantajlar sunmaktadır. Hem klinik uygulamalarda hem de sosyal politika düzeyinde, bu soruna yönelik kapsamlı stratejilerin geliştirilmesi büyük önem taşımaktadır. İleriye dönük olarak, kişilerarası etkenlerin tedavi süreçlerine entegrasyonunu artıracak araştırmalar ve uygulama modellerinin geliştirilmesi, ergenlerde kendine zarar verme davranışının etkin biçimde yönetilmesine katkı sağlayacaktır.

Ergenlerde kendine zarar verme davranışını önlemek için bireysel, ailevi ve toplumsal düzeyde çeşitli önlemler alınabilir. Bu yaklaşımlar, ergenin duygusal düzenleme becerilerini geliştirmeye, destekleyici bir çevre oluşturmaya ve risk faktörlerini azaltmaya odaklanmalıdır. Bu süreçlerde yapılması gerekenleri dört başlık altında toplayabiliriz.

Ergenlerin duygusal ve psikolojik desteklenmesi

Duygusal düzenleme becerilerini geliştirmek: Ergenlerin stresle başa çıkma yollarını öğrenmeleri için duygu tanıma ve düzenleme becerilerini destekleyen eğitimler sağlanabilir.

Öz-yeterlilik duygusunu artırmak: Kendine güveni geliştirmek için spor, sanat veya gönüllülük gibi alanlarda başarılı olmaları teşvik edilebilir.

Alternatif başa çıkma stratejileri sunmak: Günlük tutma, sanat terapisi, meditasyon ve nefes egzersizleri gibi sağlıklı başa çıkma yolları öğretilmelidir.

Psikososyal destek sağlamak: Özellikle depresyon, anksiyete veya travma gibi ruh sağlığı sorunları yaşayan ergenler için psikoterapiye erişim sağlanmalıdır. Bu psikoterapiler davranışçı ekollerden çok aile ve çocuğun çevresini de içine alan ekollerden olması çevresi içerisinde ele alınan ergenin kendine zarar verme davranışının azaltılmasına önemli ölçüde katkı sağlayacaktır.

Aile içi ilişkilerin güçlendirilmesi

Açık ve güvenli iletişim ortamı oluşturmak: Ebeveynler, ergenlerin duygularını ifade etmeleri için yargılamadan dinlemeli ve empati kurmalıdır.

Aile içi destek sistemlerini güçlendirmek: Aile bireylerinin birbirini anlaması ve desteklemesi için aile terapisi gibi müdahaleler faydalı olabilir.

Aile içi çatışmaları azaltmak: Sürekli eleştiri, aşırı baskı veya ilgisizlik gibi olumsuz dinamikler önlenmeli, aile üyeleri sağlıklı problem çözme becerileri geliştirmelidir.

Ebeveyn eğitimi: Kendine zarar verme davranışlarını anlamak ve uygun tepkiler vermek için ebeveynlere rehberlik sunulmalıdır.

Okul ve toplumsal destek mekanizmalarının güçlendirilmesi

Okul temelli programlar geliştirmek: Öğrencilere stres yönetimi, zorbalıkla başa çıkma ve duygusal destek konularında eğitim verilmelidir.

Psikolojik danışman ve rehber öğretmenlerin erişilebilir olması: Okullarda ruh sağlığı destek hizmetlerine kolay ulaşım sağlanmalıdır.

Toplumsal farkındalık artırılmalı: Kendine zarar verme davranışlarının yanlış anlaşılmasını önlemek ve damgalanmayı azaltmak için bilgilendirici kampanyalar düzenlenebilir.

Erişilebilir ruh sağlığı hizmetleri sağlanmalı: Özellikle risk altındaki ergenler için ücretsiz veya düşük maliyetli terapi ve destek grupları sunulmalıdır.

Risk faktörlerinin azaltılması

Siber zorbalık ve akran baskısını önleme: Sosyal medyada olumsuz içeriklerin yayılmasını önlemek için ebeveynler ve öğretmenler bilinçlendirilmelidir.

Madde kullanımı ve zararlı alışkanlıklarla mücadele: Riskli davranışlarla ilişkili olabilecek durumlara karşı koruyucu önlemler alınmalıdır.

Özellikle intihar riski taşıyan ergenler için kriz müdahale planı oluşturmak: Aileler, öğretmenler ve ruh sağlığı uzmanları, kriz anlarında nasıl müdahale edileceğini bilmelidir.

Sonuç olarak Ergenlerde kendine zarar verme davranışını önlemek için bütüncül bir yaklaşım benimsemek gerekir. Duygusal destek, aile içi ilişkilerin güçlendirilmesi, okullarda farkındalık artırılması ve toplum temelli

destek hizmetleri bu süreçte kritik rol oynamaktadır. Erken müdahale ve uygun terapötik yaklaşımlar ile ergenlerin kendilerini daha sağlıklı bir şekilde ifade etmeleri sağlanabilir.

KAYNAKÇA

- Adrian, M., Berk, M. S., Korslund, K., Whitlock, K., McCauley, E., & Linehan, M. (2018). Parental validation and invalidation predict adolescent self-harm. *Professional Psychology: Research and Practice*, 49(4), 274–281. <https://doi.org/10.1037/pro0000200>
- Aksoy, A., Ögel, K. (2003). Kendine zarar verme davranışı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2003; 4:226-236.
- Amoss, S., Lynch, M., & Bratley, M. (2016). Uncovering narratives of blame and shame in dialogues with families affected by adolescent self-harm. *Journal of Family Therapy*, 38(2), 189–205. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.12101>
- Arensman, E., Townsend, E., Hawton, K., Bremner, S., Feldman, E., Goldney, R., Gunnell, D., Hazell, P., Van Heeringen, K., House, A., Owens, D., Sakinofsky, I., & Träskman-Bendz, L. (2001). Psychosocial and pharmacological treatment of patients following deliberate self-harm: The methodological issues involved in evaluating effectiveness. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31(2), 169–180. <https://doi.org/10.1521/suli.31.2.169.21516>
- Asarnow, J. R., Berk, M., Hughes, J. L., & Anderson, N. L. (2015). The SAFETY Program: A treatment-development trial of a cognitive-behavioral family treatment for adolescent suicide attempters. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 44(1), 194–203. <https://doi.org/10.1080/15374416.2014.940624>
- Asarnow, J. R., Hughes, J. L., Babeva, K. N., & Sugar, C. A. (2017). Cognitive-behavioral family treatment for suicide attempt prevention: A randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 56(6), 506–514. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.03.015>
- Bean, R. A., Keenan, B. H., & Fox, C. (2021). Treatment of adolescent non-suicidal self-injury: A review of family factors and family therapy. *The American Journal of Family Therapy*, 50(3), 264–279. <https://doi.org/10.1080/01926187.2021.1909513>
- Berk, M. S., Starace, N. K., Black, V. P., & Avina, C. (2020). Implementing dialectical behavior therapy with suicidal and self-harming adolescents in a community clinic. *Archives of Suicide Research*, 24(1), 43–64. <https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1509750>
- Briere, J., & Gil, E. (1998). Self-mutilation in a community sample of adolescents. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68(4), 636-643.
- Darche, M. A. (1990). Psychological factors differentiating self-mutilating and non-self-mutilating adolescent inpatient females. *The Psychiatric Hospital*, 21(1), 31-35.
- De Silva, S., Parker, A., Purcell, R., Callahan, P., Liu, P., & Hetrick, S. (2013). Mapping the evidence of prevention and intervention studies for suicidal and self-harming behaviors in young people. *Crisis*, 34(4), 223–232. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000190>
- Diamond, G. M. (2014). Attachment-based family therapy interventions. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 51(1), 15–19. <https://doi.org/10.1037/a0032689>
- Diamond, G. S., Diamond, G. M., & Levy, S. A. (2014). *Attachment-based family therapy for depressed adolescents*. American Psychological Association.
- DiClemente, C. C., Prochaska, J. O., Fairhurst, S. K., Velicer, W. F., Velasquez, M. M., & Rossi, J. S. (1991). The process of smoking cessation: An analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(2), 295–304. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.59.2.295>
- Eisenberg, M. E., & Resnick, M. D. (2006). Suicidality among gay, lesbian, and bisexual youth: The role of protective factors. *Journal of Adolescent Health*, 39(5), 662–668. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2006.04.024>

- Esposito-Smythers, C., Spirito, A., Kahler, C. W., Hunt, J., & Monti, P. (2011). Treatment of co-occurring substance abuse and suicidality among adolescents: A randomized trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(6), 728–739. <https://doi.org/10.1037/a0026074>
- Fortune, S., Cottrell, D., & Fife, S. (2016). Family factors associated with adolescent self-harm: A narrative review. *Journal of Family Therapy*, 38(2), 226–256. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.12119>
- Freeman, K. R., James, S., Klein, K. P., Mayo, D., & Montgomery, S. (2016). Outpatient dialectical behavior therapy for adolescents who deliberately self-harm: Conceptual and methodological considerations. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 33(2), 123–135. <https://doi.org/10.1007/s10560-015-0412-6>
- Giletta, M., Scholte, R. H. J., Engels, R. C. M. E., Ciairano, S., & Prinstein, M. J. (2012). Adolescent non-suicidal self-injury: A cross-national study of community samples from Italy, the Netherlands, and the United States. *Psychiatry Research*, 197(1-2), 66–72. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.02.009>
- Glenn, C. R., & Klonsky, E. D. (2009). Social context during non-suicidal self-injury indicates interpersonal motivations. *Psychiatry Research*, 169(3), 259–263. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2008.06.013>
- Glenn, C. R., & Nock, M. K. (2014). Improving the prediction of suicidal behavior in youth. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 9(3), 7–10. <https://doi.org/10.1037/h0100997>
- Glenn, CR, Esposito, EC, Porter, AC ve Robinson, DJ (2019). Gençlerde kendine zarar verme düşünceleri ve davranışları için psikososyal tedavilerin kanıta dayalı güncellemesi. *Klinik Çocuk ve Ergen Psikolojisi Dergisi: Klinik Çocuk ve Ergen Psikolojisi Derneği Resmi Dergisi, Amerikan Psikoloji Derneği, Bölüm 53, 48 (3), 357–392*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/15374416.2019.1591281>(yeni bir pencerede aç)
- Halstead, R. M., Pavkov, T. W., Hecker, L. L., & Seliner, M. M. (2014). *Family dynamics and self-injury behaviors: A review of the literature*. *Journal of Marital and Family Therapy*, 40(4), 464–475.
- Hawton, K., Saunders, K. E. A., & O'Connor, R. C. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *The Lancet*, 379(9834), 2373–2382. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60322-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60322-5)
- Helvacı Çelik, F. G., & Hocaoglu, Ç. (2017). Kasıtlı kendine zarar verme davranışı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 9(2), 209-226. <https://doi.org/10.18863/pgy.281577>
- Hicks, M. K., & Hinck, S. M. (2009). Best-practice intervention for care of clients who self-mutilate. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 21(8), 430-436. Jacobson, C. M., et al. (2007). Self-Injury in Adolescence: A Review of Risk Factors and Treatment Options.
- Holliday, R., Brennan, C. ve Cottrell, D. (2018). Ergenlerin kendine zarar verme deneyimlerini anlamak: SHIFT denemesinden aile terapisi seanslarının ikincil analizi. *İntihar Araştırmaları Arşivleri*, 24, 1–14.
- Hooven, C., Nurius, PS, Logan-Greene, P. ve Thompson, EA (2012). Çocukluk çağı şiddete maruz kalma: Yetişkin ruh sağlığı üzerinde kümülatif ve özel etkiler. *Aile Şiddeti Dergisi*, 27 (6), 511–522. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s10896-012-9438-0>
- Jacobson, C. M., Muehlenkamp, J. J., Miller, A. L., & Turner, J. B. (2008). Psychiatric impairment among adolescents engaging in different types of deliberate self-harm. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37(2), 363–375. <https://doi.org/10.1080/15374410801955771>
- Jutengren, G., Kerr, M. ve Stattin, H. (2011). Ergenlerin kasıtlı kendine zarar verme davranışı, kişilerarası stres ve öz düzenlemenin düzenleyici etkileri: İki dalgalı uzunlamasına analiz. *Okul Psikolojisi Dergisi*, 49 (2), 249–264. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jsp.2010.11.001>
- Kelada, L., Hasking, P., & Melvin, G. (2016). Adolescent NSSI and recovery: The role of family functioning and emotion regulation. *Youth & Society*, 50(8), 1056–1077. <https://doi.org/10.1177/0044118X16656927>

- Kissil, K. (2011). Ergenlik dönemindeki kendine zarar verme davranışı için bağlanma temelli aile terapisi. *Aile Psikoterapisi Dergisi* , 22 (4), 313–327. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/08975353.2011.627801>
- Klonsky, E. D., & Glenn, C. R. (2009). Resilience and self-injury: How families and friends can help prevent self-injury in adolescents. *Psychiatry Research*, 169(3), 259–263. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2008.06.013>
- Klonsky, E. D., & Muehlenkamp, J. J. (2007). Self-injury: A research review for the practitioner. *Journal of Clinical Psychology*, 63(11), 1045–1056. <https://doi.org/10.1002/jclp.20412>
- Kumar, S., Gupta, A., & Jain, S. (2004). Biodegradable polymeric nanoparticles for controlled drug delivery. *Journal of Controlled Release*, 94(1), 39-57. <https://doi.org/10.1016/j.jconrel.2004.01.003>
- Linehan, MM, Heard, HL ve Armstrong, HE (1993). Kronik olarak parasuicidal borderline hastalar için davranışsal bir tedavinin doğal takibi. *Genel Psikiyatri Arşivleri* , 50 (12), 971 – 974. <https://doi.org/https://doi.org/10.1001/archpsyc.1993.01820240055007>
- Mehlum, L., Ramberg, M., Tørmoen, AJ, Haga, E., Diep, LM, Stanley, BH, Miller, AL, Sund, AM ve Grøholt, B. (2016). Tekrarlayan intihar ve kendine zarar verme davranışı gösteren ergenlerde diyalektik davranış terapisi ile geliştirilmiş olağan bakımın karşılaştırılması: Bir yıllık takip sonuçları. *Amerikan Çocuk ve Ergen Psikiyatri Akademisi Dergisi* , 55 (4), 295–300. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.01.005>(yeni bir pencerede aç)
- McManus, S., Gunnell, D., Cooper, C., Bebbington, P. E., Howard, L. M., Brugha, T., Jenkins, R., & Appleby, L. (2019). Prevalence of non-suicidal self-harm and service contact in England, 2000–14: Repeated cross-sectional surveys of the general population. *The Lancet Psychiatry*, 6(7), 573–581. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30188-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30188-9)
- Michelson, D., & Bhugra, D. (2012). Family environment, expressed emotion and adolescent self-harm: A review of conceptual, empirical, cross-cultural and clinical perspectives. *International Review of Psychiatry*, 24(2), 106–114. <https://doi.org/10.3109/09540261.2012.657613>
- Miner, CL, Love, HA ve Paik, SE (2016). Ergenlerde intihar dışı kendine zarar verme: Sistemik aile terapileri perspektifinden işlev ve aileyi ele almak. *Amerikan Aile Terapisi Dergisi* , 44 (4), 211–220. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/01926187.2016.1150798>
- Muehlenkamp, JJ (2005). Ayrı bir klinik sendrom olarak kendine zarar verme davranışı. *Amerikan Ortopsikiyatri Dergisi* , 75 (2), 324–333. <https://doi.org/https://doi.org/10.1037/0002-9432.75.2.324>
- Muehlenkamp, JJ, Claes, L., Havertape, L., & Plener, PL (2012). Ergenlik döneminde intihar dışı kendine zarar verme ve kasıtlı kendine zarar vermenin uluslararası yaygınlığı. *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi ve Ruh Sağlığı* , 6 (1), 10. <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/1753-2000-6-10>
- Muehlenkamp, J., Brausch, A., Quigley, K., & Whitlock, J. (2013). İntihar dışı kendine zarar verme davranışının kişilerarası özellikleri ve işlevleri. *İntihar ve Yaşamı Tehdit Eden Davranış* , 43 (1), 67–80. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.2012.00128>
- Muehlenkamp, J. J., & Gutierrez, P. M. (2004). An investigation of differences between self-injurious behavior and suicide attempts in a sample of adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 34(1), 12–23. <https://doi.org/10.1521/suli.34.1.12.27769>
- Nock, M. K. (2009). Why do people hurt themselves? New insights into the nature and functions of self-injury. *Current Directions in Psychological Science*, 18(2), 78–83. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2009.01613.x>
- Nock, M. K., & Mendes, W. B. (2008). Physiological arousal, distress tolerance, and social problem-solving deficits among adolescent self-injurers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(1), 28–38. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.76.1.28>

- O'Connor, R. C., & Nock, M. K. (2014). The psychology of suicidal behaviour. *The Lancet Psychiatry*, 1(1), 73–85. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70222-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70222-6)
- Osuch, E. A., Noll, J. G., & Putnam, F. W. (1999). The motivations for self-injury in psychiatric inpatients. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 62(4), 334–346. <https://doi.org/10.1080/00332747.1999.11024820>
- Palmer, E., Welsh, P. ve Tiffin, PA (2016). Kendine zarar veren ergenlerde aile işlevselliğine ilişkin algılar. *Aile Terapisi Dergisi*, 38 (2), 257–273. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/1467-6427.12069>
- Perron, B. E., & D'Andrea, M. (2005). The relationship between family environment and adolescent self-injury. *Journal of Family Violence*, 20(3), 171–179. <https://doi.org/10.1007/s10896-005-3642-6>
- Peterson, J., Freedenthal, S., Sheldon, C., & Andersen, R. (2008). Nonsuicidal self-injury in adolescents. *Psychiatry*, 71(1), 1–12. <https://doi.org/10.1521/psyc.2008.71.1.1>
- Plener, P. L., Schumacher, T. S., Munz, L. M., & Groschwitz, R. C. (2015). The longitudinal course of non-suicidal self-injury and deliberate self-harm: A systematic review of the literature. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 2(1), Article 2. <https://doi.org/10.1186/s40479-015-0038-3>
- Prinstein, M. J., Guerry, J. D., Browne, C. B., & Rancourt, D. (2009). Interpersonal models of non-suicidal self-injury. In M. K. Nock (Ed.), *Understanding nonsuicidal self-injury: Origins, assessment, and treatment* (pp. 79–98). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11875-005>
- Redheffer, J., & Brecht, S. (2005). *Beyond the Razor's Edge: Journey of Healing and Hope Beyond Self Injury*. iUniverse.
- Repetti, R. L., Taylor, S. E., & Seeman, T. E. (2002). Risky families: family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychological bulletin*, 128(2), 330.
- Ross, S., & Heath, N. (2002). A study of the frequency of self-mutilation in a community sample of adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 31(1), 67–77. <https://doi.org/10.1023/A:1014089117419>
- Saçarçelik, E., Türkcan, A., Güveli, S., & Yeşilbaş, S. (2011). Ergen ve genç erişkinlerde kendine zarar verme davranışının yaygınlığı ve klinik özellikleri. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 21(2), 138–145.
- Santangelo, P. S., Koenig, J., Funke, V., & Ebner-Priemer, U. W. (2017). Ecological momentary assessment in non-suicidal self-injury: A systematic review of the recent literature. *Psychiatry Research*, 251, 325–332. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.02.035>
- Scoliers, G., Portzky, G., Madge, N., Hewitt, A., Hawton, K., Jan de Wilde, E., & van Heeringen, K. (2009). Reasons for adolescent deliberate self-harm: A cry of pain and/or a cry for help? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44(8), 601–607. <https://doi.org/10.1007/s00127-008-0469-z>
- Sim, L., Adrian, M., Zeman, J., Cassano, M. ve Friedrich, WN (2009). Ergenlikte kasıtlı kendine zarar verme: Duygu düzenlemesi ve aile duygusal iklimi ile bağlantılar. *Ergenlik Üzerine Araştırma Dergisi*, 19 (1), 75–91. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1532-7795.2009.00582.x>
- Spirito, A., Wolff, JC, Seaboyer, LM, Hunt, J., Esposito-Smythers, C., Nugent, N., Zlotnick, C., & Miller, I. (2015). Ergen ve ebeveyn depresif ruh hali ve intihar eğilimi için eş zamanlı tedavi: Uygulanabilirlik, kabul edilebilirlik ve ön bulgular. *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Dergisi*, 25 (2), 131–139. <https://doi.org/https://doi.org/10.1089/cap.2013.0130>
- Swannell, S. V., Martin, G. E., Page, A., Hasking, P., & St John, N. J. (2014). Prevalence of nonsuicidal self-injury in nonclinical samples: Systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44(3), 273–303. <https://doi.org/10.1111/sltb.12070>

- Taliaferro, L. A., & Muehlenkamp, J. J. (2015). Risk and protective factors that distinguish adolescents who attempt suicide from those who only consider suicide in the past year. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 45(4), 460–471. <https://doi.org/10.1111/sltb.12139>
- Tatnell, R., Kelada, L., Hasking, P. ve Martin, G. (2014). Ergen NSSI'nin uzunlamasına analizi: İçsel ve kişilerarası faktörlerin rolü. *Anormal Çocuk Psikolojisi Dergisi*, 42 (6), 885–896. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s10802-013-9837-6> (yeni bir pencerede aç)
- Taylor, P. J., Jomar, K., Dhingra, K., Forrester, R., Shahmalak, U., & Dickson, J. M. (2018). A meta-analysis of the prevalence of different functions of non-suicidal self-injury. *Journal of Affective Disorders*, 227, 759–769. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.11.073>
- Toprak, M. H., Çetin, M., Güven, M., Can, M., & Demircan, S. (2011). Kendine zarar verme davranışının üniversite öğrencileri arasında yaygınlığı ve ilişkili faktörler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22(3), 188-197.
- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., & Joiner, T. E. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review*, 117(2), 575–600. <https://doi.org/10.1037/a0018697>
- Victor, S. E., & Klonsky, E. D. (2014). Daily emotion in non-suicidal self-injury. *Journal of Clinical Psychology*, 70(4), 364–375. <https://doi.org/10.1002/jclp.22031>
- Whisman, M. A., & Jacobson, N. S. (2015). Therapy for marital discord: A review of the empirical literature. *Journal of Family Therapy*, 37(3), 263–277. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.12113>
- Whitlock, J., & Knox, K. L. (2007). The relationship between self-injurious behavior and suicide in a young adult population. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 161(7), 634–640. <https://doi.org/10.1001/archpedi.161.7.634>
- Wijana, MB, Enebrink, P., Liljedahl, SI, & Ghaderi, A. (2018). Kendine zarar veren ergenler için yoğun entegre bireysel ve aile terapisi modelinin ön değerlendirmesi. *BMC Psikiyatri*, 18 (1), 371. <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12888-018-1947-9>
- Wilkinson, P., & Goodyer, I. (2011). Non-suicidal self-injury. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 20(2), 103–108. <https://doi.org/10.1007/s00787-010-0156->
- Zetterqvist, M. (2015). The DSM-5 diagnosis of nonsuicidal self-injury disorder: A review of the empirical literature. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 9(1), Article 31. <https://doi.org/10.1186/s13034-015-0062-7>
- You, J., Lin, M. P., & Leung, F. (2013). The role of negative affectivity, positive affectivity, and emotion regulation difficulties in non-suicidal self-injury. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 22(10), 661–666. <https://doi.org/10.1007/s00787-013-0413-6>
- Yule, C. E., Slatcher, R. B., & Klonsky, E. D. (2020). Perceived burdensomeness and thwarted belongingness predict excessive reassurance seeking. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 39(7), 565–589. <https://doi.org/10.1521/jscp.2020.39.7.565>
- Zanarini, M. C., & Frankenburg, F. R. (2007). The essential nature of borderline psychopathology. *Journal of Personality Disorders*, 21(5), 518–535. <https://doi.org/10.1521/pedi.2007.21.5.518>
- Zetterqvist, M., Lundh, L. G., Dahlström, Ö., & Svedin, C. G. (2013). Prevalence and functions of non-suicidal self-injury (NSSI) in a community sample of adolescents, using suggested DSM-5 criteria for a potential NSSI disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41(5), 759–773. <https://doi.org/10.1007/s10802-013-9712-5>
- Zisook, S., & Shear, K. (2009). Grief and bereavement: What psychiatrists need to know. *World Psychiatry*, 8(2), 67–74. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2009.tb00217.x>

Zubaroğlu-Yanardağ M., Özmete E., (2017) Bir Mesleki Uygulama Alanı Olarak Geçmişten Geleceğe Klinik Sosyal Hizmet. Toplum ve Sosyal Hizmet dergisi. Cilt 28, Sayı 1, Nisan 2017.

Zuckerbrot, R. A., Cheung, A. H., Jensen, P. S., Stein, R. E., & Laraque, D. (2007). Guidelines for adolescent depression in primary care (GLAD-PC): I. Identification, assessment, and initial management. *Pediatrics*, 120(5), e1299–e1312. <https://doi.org/10.1542/peds.2007-1144>

Zweig, S., & Leahy, R. L. (2015). An integrated model of self-criticism, perfectionism, and non-suicidal self-injury. *Cognitive Therapy and Research*, 39(5), 640–649. <https://doi.org/10.1007/s10608-015-9689-x>

Quigley, L. A., McVicar, A., & Grey, M. (2019). Improving family therapy interventions with adolescents who self-harm: A systematic review. *Journal of Family Therapy*, 41(3), 268–289. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.12257>



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: 2025 Haziran/ December
Sayı/Issue:25

BAKIM VERENLERİN BAKIM VERME YÜKÜNÜN DEĞERLENDİRİLMESİ

Taner AKARSU¹

Makale Bilgileri/ Article info

Makalenin Türü/Article Type: Araştırma
Geliş Tarihi / Date Received: 19.01.2025
Revizyon Tarihi/Date Revised: 17.03.2025
Kabul Tarihi / Date Accepted: 25.03.2025
Yayın Tarihi / Date Published: 17.06.2025
DOI: 10.46218/tshd.1622920

Makale Künyesi/To cite this article: Akarsu, T. (2025, Haziran). Bakım verenlerin bakım verme yükünün değerlendirilmesi. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 59-71

Sorumlu Yazar/Corresponding Author: Taner Akarsu, Dr. Öğr. Üyesi, Çankırı Karatekin Üniversitesi, Çerkeş Meslek Yüksekokulu, Sağlık Bakım Hizmetleri Bölümü, tanerakarsu@karatekin.edu.tr

Öz

Çalışma bakım verenlerin bakım verme yükünü ve bunu etkileyen sosyodemografik değişkenler arasındaki ilişki düzeyini belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Tanımlayıcı olarak planlanan araştırma, 20 Mayıs- 20 Eylül 2023 tarihleri arasında Çerkeş ilçesinde bakım ve rehabilitasyon merkezlerinde görev yapan 71 bakım personeli ve 30 hasta yakını toplam 101 bireyin katılımı ile gerçekleştirilmiştir. Veri toplama aracı olarak, kişisel bilgi formu anketi ile bakım verme yükü ölçeği kullanılmıştır. İstatistiksel karşılaştırmalarda Mann Whitney U testleri, t-testleri ve ANOVA testleri kullanılmıştır. Verilerin istatistiksel anlamlılığı $p<0,05$ düzeyinde değerlendirilmiştir. Sosyodemografik bazı değişkenlerin (medeni durum, eğitim durumu, bakım alan kişi ile birlikte yaşama durumu) ölçeğin toplam puanında anlamlı bir fark ortaya çıkardığı belirlendi ($p>0,05$). Bakım verenlerin bakım verme yükü ölçeği toplam puan ortalaması $33,7\pm10,0$ olarak bulundu. Ölçeğin ortalama puanına göre bakım verenlerin bakım sürecini orta düzeyin altında yük olarak algıladıkları belirlenmiştir. Bakım yükünün belirlenmesi, yükün azaltılmasına yönelik sosyal ve kurumsal desteğin sağlanması daha kaliteli bir bakım hizmetinin sunulmasını sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Bakım, Bakım verme, Bakım süreci, Bakım verme yükü.

ASSESSMENT OF CAREGIVING BURDEN OF CAREGIVERS

Abstract

The present study was conducted with the objective of ascertaining the level of caregiving burden experienced by caregivers, and the relationship between sociodemographic variables that may impact this burden. A descriptive study was conducted between 20 May and 20 September 2023, with the participation of 71 care staff and 30 relatives of patients working in care and rehabilitation centres in the Çerkeş district. The total number of individuals involved in the study was 101. Personal information forms, a questionnaire, and a caregiving burden scale were utilised as data collection tools. Statistical comparisons, including, Mann-Whitney U tests, t-tests and ANOVA tests, were conducted to analyse the data. The statistical significance of the data was evaluated at the $p<0.05$ level, and it was determined that certain sociodemographic variables (marital status, educational status, and living with the person receiving care) did not reveal a significant difference in the total score of the scale ($p>0.05$). The mean total score on the caregiving burden scale was found to be 33.7 ± 10.0 , indicating that caregivers perceived the caregiving process as a burden below the medium level. The determination of the burden of care, in conjunction with the provision of social and institutional support for its reduction, has the potential to engender a superior quality care service.

Keywords: Care, Caregiving, Care process, Caregiving burden.

¹ Dr. Öğr. Üyesi, Çankırı Karatekin Üniversitesi, Çerkeş Meslek Yüksekokulu, Sağlık Bakım Hizmetleri Bölümü, ORCID: 0000-0002-1337-3178, tanerakarsu@karatekin.edu.tr

1. Giriş

Küresel çapta nüfus hızla artmaktadır. Yaşlı nüfus oranında bu artıştan etkilenmektedir. Genel nüfus içerisinde yaşlı bireylerin sayısının artması birçok problemin ortaya çıkmasına neden olmuştur. On dokuzuncu yüzyıldan itibaren toplumda bulaşıcı olan hastalıkların eredike edilmesi sağlanırken, zamanla bulaşıcı olmayan hastalıkların varlığı ortaya çıkmıştır. Kronik hastalıklar başta yaşlı bireyler olmak üzere her yaştan bireyi etkisi altına alan uzun süreli rahatsızlıklardır. Doğuştan gelen ya da sonradan ortaya çıkabilen kronik rahatsızlıklar nedeniyle, birçok birey zamanla bakıma ihtiyaç duyabilir hale gelebilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2011, s.15; Söyler, 2017, s.58). Sürekli ve uzun süreli bakım ihtiyacı olan bireylerin gereksinimleri resmi/özel bakım kurumlarında görevli bakım personeli veya haricindeki aile üyeleri, akraba, arkadaş veya resmi bir görevi olmayan kişiler tarafından sağlanabilir. Bakım süreci zamanla bakım verenler üzerinde kronik bir stres etkeni olarak algılanmaya yol açabilir (Bevans ve Sternberg, 2012, s.398). Yük, hastalığı ya da engelli olan bireye bakım verme süreci içerisinde ortaya çıkan olumsuz bir stres faktörüdür (Mosley, Moodie ve Dissanayaka, 2017, s. 235). Bakım verme yükü literatürde sıklıkla kullanılmaktadır. Farklı görüş birliği olmasına rağmen bakım verme yükü, bakıcının bir aile üyesine ve/veya sevilen birine zaman içinde bakmaktan algıladığı çok yönlü gerginlik düzeyi olarak ifade edilmiştir (Liu, Heffernan ve Tan, 2020, s.438). Bakım verenin yükü, kronik hastalığı olan bireylere bakım sağlamanın bir sonucu olarak ortaya çıkabilir (Adelman, Tmanova, Delgado, Dion ve Lachs, 2014, s.1052). Bakım ömür boyu süren bir süreçtir. Ancak bakım verme yükü yaş, cinsiyet ve akran grupları bakımından farklılık gösterebilir (De Oliveira vd., 2015, s.123). Bakım verme sürecinde bakım verenler birçok problemle karşı karşıya kalabilirler (Adelman vd., 2014, s.1052). Bakım verenler ile bakım alan bireyler arasında bazen tam bir uyum sağlanamayabilir. Bakım vermede rol oynayan yapılar ve faktörler bu süreçte dikkate alınmalıdır (Raina vd., 2004, s.1). Hastalıkların kendine özgü bakım süreçleri ve bakım verenlerin sosyodemografik özellikleri bakım verme yükünü etkileyebilir (Hu, Dolansky, Hu, Zhang ve Qu, 2016, s.105).

Bakım verme yükü, bakım sağlayanların sağlığını tehdit eden önemli bir unsurdur. Bakım verenlerin büyük çoğunluğu stres, duygusal gerginlik, depresyon ve artan sayıda kronik hastalıklar ile karşı karşıya kalabilirler. Bireylere optimal bir bakım sağlamanın temel hedefinin bakım verenlerin güçlendirilmesine yönelik girişimler olduğu belirtilmiştir (Petrovic ve Gaggioli, 2020, s.1). Bakım verenler, temel yaşam aktiviteleri, günlük yaşam aktiviteleri ile eğitim ve rehabilitasyon hizmetlerine yönelik birtakım aktiviteleri yerine getirirken bakım verme sürecinin yükü ile de karşı karşıya kalabilirler. Bakım verenlerin bakım yükünün tespit edilmesi, hasta bireyler ile bakım sağlayanların fiziksel ve ruhsal bakımdan iyi olmalarına olumlu katkı sağlaması bakımından oldukça önemlidir. Bu çalışma bakım verenlerin bakım verme yükünü belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

2. Yöntem

2.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Çankırı ili Çerkeş ilçesinde yer alan bakım ve rehabilitasyon hizmeti sağlayan merkezlerde (Yaşlı Bakım Merkezi ve Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi) görev yapan personeller ile hastalara primer bakım sağlayan hasta yakınları çalışmamızın evrenini oluşturmaktadır. Toplam iki merkezde görevli personel sayısı 75, bakım sağlayan hasta yakını sayısı 36 kişidir. Örneklem hesabı yapılmamış olup evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiştir. Çalışmaya katılmaya gönüllü olan 18 yaş ve üzeri 71 bakım personel ile bakım sağlayan 30 hasta yakınının katılımı ile örneklem süreci tamamlanmıştır. Çalışmanın bağımlı değişkenleri, bakım verme yükü, bağımsız değişkenleri ise sosyodemografik özellikler olarak belirlenmiştir.

2.2. Araştırma Tipi

Tanımlayıcı araştırma türünde planlanan bu çalışma, Çerkeş ilçesinde yer alan Yaşlı Bakım Merkezi ve Özel Eğitim ve rehabilitasyon merkezindeki görevli bakım personelleri ile rehabilitasyon merkezindeki bireylere primer bakım sağlayan hasta yakınları ile gerçekleştirilmiştir.

2.3. Veri Toplama Yöntemi

Çalışmanın verileri 20 Mayıs- 20 Eylül 2023 tarihleri arasında öz bildirime dayalı olarak toplanmıştır. Veri toplama araçları olarak, kişisel bilgi formu ile bakım verme yükü ölçeği kullanılmıştır.

2.4. Verilerin Toplama Araçları

2.4.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan form 9 sorudan oluşmaktadır. Sorular sosyodemografik özellikler, sağlık durumu ve bakım verme sürecine ilişkin özellikleri kapsamaktadır.

2.4.2. Bakım Verme Yükü Ölçeği (BVYÖ)

Zarit ve Zarit (1990) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması İnci ve Erdem tarafından 2008 yılında yapılmıştır. Cronbach's alpha değeri 0,95 olarak tespit edilmiştir. Ölçek 22 maddeden oluşmaktadır. Ölçek 4'lü likert tipi bir ölçektir. Ölçekten alınabilecek puan aralığı 0 ile 88 arasında değişmektedir. Ölçek puanı arttıkça bakım verenin yaşadığı sıkıntı düzeyi de artış gösterir. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach's alpha değeri 0,92 olarak bulunmuştur. Bu sonuç bize BVYÖ'nin iç tutarlılığının yeterli düzeyde olduğunu gösterir.

2.5. Verilerin İstatistiksel Değerlendirmesi

İstatistiksel analizler IBM® SPSS® 26 (SPSS Inc., Chicago, IL, ABD) yazılımı ile yapıldı. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu analitik yöntemlerle (Kolmogorov-Smirnov/Shapiro-Wilk testleri) incelendi. Araştırma verilerinin istatistiksel değerlendirilmesinde tanımlayıcı bilgilerin sayı ve yüzde değerleri hesaplandı. Katılımcıların özellikleri ve ölçek puanlarının karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren veriler için ANOVA ve bağımsız gruplar t testi, normal dağılım göstermeyen veriler için Mann-Whitney U testi kullanıldı. Ölçekler arasındaki ilişkinin değerlendirilmesinde Pearson korelasyon analizi kullanıldı. Ölçek geçerlik ölçümü Cronbach's alpha değeri belirlenerek ifade edildi. Verilerin istatistiksel anlamlılığı $p<0,05$ düzeyinde

değerlendirildi. Çalışmanın güç analizi G-Power 3.1.9.6 yazılımı kullanılarak hesaplandı. Parametrik dağılıma dayalı yapılan hesaplamada etki büyüklüğü 0,80 $\beta/\alpha=4$ alınarak kritik $t=2,32$ ile güç %91,0 olarak hesaplandı. Cohen'e (1988) göre bir çalışmada gücün en az %80 ve üzerinde olması gerektiği ifade edilmiştir. Çalışmamızdaki güç değerinin bu değerin üzerinde olduğu yapılan hesaplama yöntemiyle sağlanmıştır.

2.6. Etik Kurul Beyanı

Çalışmanın etik kurul izni Çankırı Karatekin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu'ndan alındı (Tarih: 08/05/2023 Toplantı No:7). Katılımcılara Helsinki Bildirgesi'ne uygun olarak çalışma hakkında bilgi verildi. Çalışmanın amacı araştırmaya katılan bireylere anlatılarak her bir katılımcı için aydınlatılmış imzalı onam formu alındı. Anketler katılımcılara sorumlu araştırmacı tarafından uygulandı. Çalışmada kullanılan ölçek için sahibinden e posta yoluyla izin alınmıştır.

3. Bulgular

Araştırmaya katılan bireylerin sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de gösterildi. Bireylerin sosyodemografik özellikleri incelendiğinde; yaş ortalaması $26,3 \pm 10,2$ (18-65), %31,7'sinin erkek, %65,3'ünün bekar, %66,4'ünün ön lisans mezunu, %54,5'inin gelir-gidere denk olduğu, %69,2'sinin 0-12 ay arası bakım verme süresinde olduğu, %60,4'ünün sigara kullanmadığı, %85,1'inin kronik bir hastalığa sahip olmadığı, %70,3'ünün bakım alan kişiyle birlikte yaşama durumuna sahip olmadıkları tespit edilmiştir.

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

Değişkenler	Gruplar	n	%
Yaş	≥ 18	101	100
Bakım verenlerin dağılım durumu	Bakım personeli	71	70,3
	Hasta yakını	30	29,7
Bakım personelinin kurumsal dağılımı	Yaşlı bakım merkezi	51	71,8
	Özel eğitim ve rehabilitasyon merkezi	20	28,2
Cinsiyet	Kadın	69	68,3
	Erkek	32	31,7
Medeni durum	Bekar	66	65,3
	Evli	35	34,7
Eğitim durumu	Lise	18	17,8
	Ön lisans	67	66,4
	Lisans	16	15,8
Gelir durumu	Gelir gidere denk	55	54,5
	Gelir giderden az	40	39,6
	Gelir giderden fazla	6	5,9
Bakım verme süresi	0-12 ay	70	69,2
	1-5 yıl	23	22,8
	6-10 yıl	4	4,0
	≥ 10 yıl	4	4,0
Hasta ile olan yakınlık durumu	Çocuk	30	29,7
	Diğer (bakım merkezi hastası)	71	70,3
Sigara kullanımı	Evet	40	39,6
	Hayır	61	60,4

Kronik bir hastalığa sahip olma durumu	Hayır	86	85,1
	Evet	15	14,9
Bakım alan kişi ile birlikte yaşama durumu	Evet	30	29,7
	Hayır	71	70,3

Araştırmaya katılan bireylerin sosyodemografik değişkenler ile BVYÖ puanlarının karşılaştırılması Tablo 2’de gösterilmiştir. Ölçeğin sosyodemografik değişkenler ile arasındaki ilişki incelendiğinde (medeni durum, eğitim durumu ve bakım alan kişiyle birlikte yaşama durumu ve bakım verenlerin dağılımı) anlamlı farklılığın olduğu belirlenmiştir. Çalışmada bakım verenlerin bakım verme yükü toplam puan ortalaması $33,7 \pm 10,0$ olarak tespit edilmiştir.

Tablo 2. Ölçeğin toplam puanlarının sosyodemografik değişkenler ile karşılaştırılması

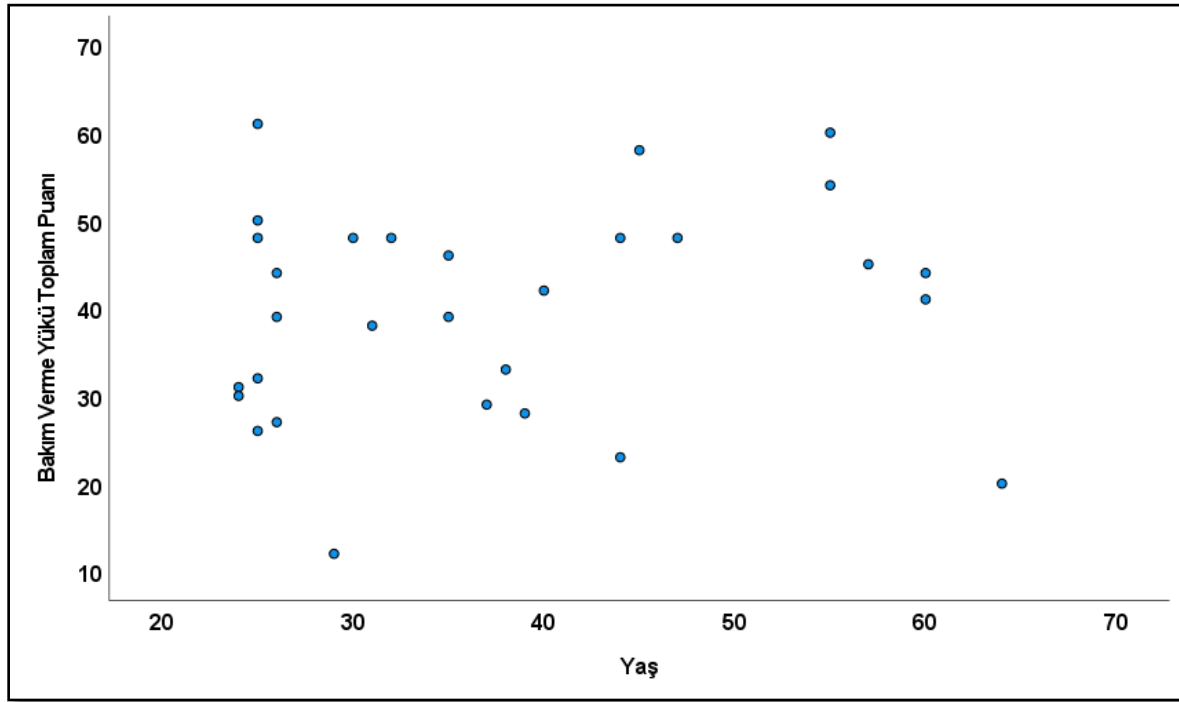
Değişkenler	$\bar{X} \pm SS(\text{min-max})$	Ölçek Toplam Puanı $33,7 \pm 10,0 (15-59)$	
		$\bar{X} \pm SS$	İstatistik
Yaş	n		
≥ 18	101	$26,3 \pm 10,2$	
Bakım verenlerin dağılım durumu			
Bakım personeli	71	$39,7 \pm 12,2$	$t=5,047$
Hasta yakını	30	$25,0 \pm 13,9$	$p<0,001$
Bakım personelinin kurumsal dağılımı			
Yaşlı bakım merkezi	51	$24,6 \pm 11,7$	$t=-0,318$
Özel eğitim ve rehabilitasyon merkezi	20	$26,1 \pm 18,6$	$p=0,753$
Cinsiyet			
Kadın	69	$29,9 \pm 15,1$	$t=0,523$
Erkek	32	$28,3 \pm 14,7$	$p=0,692$
Medeni durum			
Bekar	66	$27,9 \pm 14,5$	$t=2,772$
Evli	35	$39,8 \pm 14,5$	$p=0,007$
Eğitim durumu			
Lise	18	$43,2 \pm 11,6$	$F=2,329$
Ön lisans	67	$38,5 \pm 12,9$	$p<0,001$
Lisans	16	$33,7 \pm 11,0$	
Gelir durumu			
Gelir gidere denk	55	$27,6 \pm 10,9$	$F=0,226$
Gelir giderden az	40	$24,9 \pm 9,8$	$p=0,798$
Gelir giderden fazla	6	$23,0 \pm 3,0$	
Bakım verme süresi			
0-12 ay	70	$26,4 \pm 14,2$	$F=1,977$
1-5 yıl	23	$28,8 \pm 15,0$	$p=0,144$
6-10 yıl	4	$30,0 \pm 9,5$	
≥ 10 yıl	4	$43,8 \pm 11,5$	
Hasta ile olan yakınlık durumu			
Çocuk	30	$28,6 \pm 14,5$	$t=0,801$
Diğer (bakım merkezi hastası)	71	$32,1 \pm 16,7$	$p=0,420$
Sigara kullanımı			
Evet	40	$26,8 \pm 15,6$	$t=-1,138$
Hayır	61	$30,5 \pm 14,6$	$p=0,258$
Kronik bir hastalığa sahip olma durumu			
Hayır	86	$28,9 \pm 14,6$	$t=0,806$
Evet	15	$32,3 \pm 16,8$	$p=0,422$
Bakım alan kişiyle birlikte yaşama durumu			
Evet	30	$39,3 \pm 16,1$	$t=4,006$

Hayır	71	26,3±13,2	p<0,001
Cronbach's Alpha Değeri		0,920	

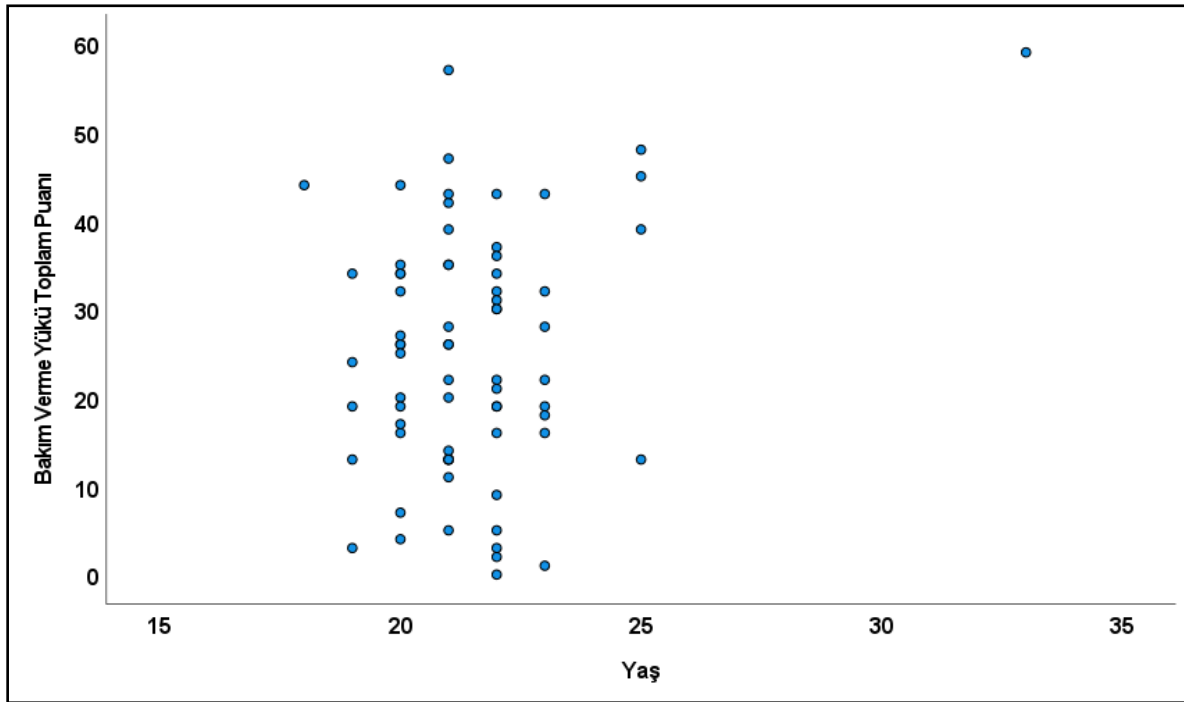
Hasta yakını ile bakım personeli arasında cinsiyet dağılımında; kadın (%63,3 vs. %70,4) ve erkek (%36,7 vs. %29,6) bireyler arasında anlamlı bir fark tespit edilmedi ($\chi^2_{\text{Pearson's}} = 0,490$; $p=0,484$).

Katılımcıların genelinde yaş ile bakım verme yükü ölçeği toplam puanı arasında pozitif yönde orta düzeye yakın anlamlı korelasyon bulundu ($r=0,407$; $p<0,001$). Hasta yakınlarında, yaş ile bakım verme yükü ölçeği toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmedi ($r=0,145$; $p=0,444$). (Şekil 1). Bakım personelinde yaş ile bakım verme yükü ölçeği toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmedi ($r=0,069$; $p=0,566$). (Şekil 2).

Şekil 1. Hasta yakınında yaş ile bakım verme yükü toplam puanı arasındaki ilişki



Şekil 2. Bakım personelinde yaş ile bakım verme yükü toplam puanı arasındaki ilişki



4. Tartışma

Çalışma sonucunda elde edilen bulgular konu ile ilişkili literatürler eşliğinde tartışılmıştır. Bakım verenlerin BVYÖ toplam puan ortalaması ölçek toplam skoru ile karşılaştırıldığında, bakım verenlerin bakım yükünün orta düzeyin altında olduğu tespit edilmiştir.

Bakım sağlayanlar ile ilgili yapılan birçok çalışmada, bakım yükü çeşitli düzeylerde değerlendirilmiştir. Bakım vermenin düşük düzeyde yük olarak algılandığı belirten araştırmalar literatürde mevcuttur (Orak ve Sezgin, 2015, s.33; Gök Metin ve Helvacı, 2019, s.59;). Bakım verme yükünün orta düzeyde yük olarak algılandığı farklı çalışmalarda tespit edilmiştir (Türe, Yazar, Akın ve Aydın, 2018, s.46; Adejumo, Iyawe, Akinbodewa, Abolarin ve Alli, 2019, s. 190; Liao vd., 2020, s.398). Diğer bir çalışmada, bakım verenlerin yüksek düzeyde bakım yükü deneyimledikleri ifade edilmiştir (Grant vd., 2013, s.337). Başka çalışmalarda ise, bakım verenlerin bakım yükünün orta düzeyin altında olduğu tespit edilmiştir (Tel, Demirkol, Kara ve Aydın, 2011, s.87; Kwon vd., 2013, s.107). Araştırmanın bulguları literatür ile kısmen benzerlik göstermektedir. Bakım verme yükündeki farklılık, katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile araştırmada kullanılan ölçek ile ilişkilendirilebilir.

Çalışmamızda bazı sosyodemografik değişkenlerin (medeni durum, eğitim durumu, bakım alan kişi ile birlikte yaşama durumu ve bakım verenlerin dağılım durumu) BVYÖ skorları üzerinde anlamlı bir farklılık ortaya çıkardığı, bazı değişkenlerin (yaş, cinsiyet, medeni durum, gelir durumu, bakım verme süresi, hasta ile olan yakınlık durumu, sigara kullanımı, kronik bir hastalığa sahip olma durumu) ise BVYÖ skorları üzerinde anlamlı bir farklılık ortaya çıkarmadığını belirledik.

Medeni durum değişkeni ile BVYÖ skorları arasında anlamlı bir farklılığın olduğu belirlendi. Çalışmamızda evli olan bireylerin bakım verme yükünün bekar olanlara göre daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Kronik hastalığı olan bireylere bakım verenler üzerinde yapılan çalışmada, medeni durumun bakım yükü üzerinde anlamlı bir etkisinin olduğu ifade edilmiştir. Çalışmada, evli olan bireylerin bakım yükünün evlenmemiş olanlara göre daha az olduğu bildirilmiştir (Hu vd., 2016, s. 105-112). Bir başka çalışmada ise evli olanların bakım yükünün bekar olanlara göre daha fazla olduğu ifade edilmiştir (Yeşil, Çetinkaya Uslusoy ve Korkmaz, 2016, s.54; Choi, Lee ve Yu, 2024, s.1002). Sonucumuz literatürdeki bazı çalışmaları destekler niteliktedir. Çalışmamızda evli olan bireylerin bekarlara göre sayısal bakımdan az olmalarına rağmen anlamlı bir farklılığın elde edilmesi, evliliğin getirdiği rol ve sorumluluk düzeyine bakım verme yükünde eklenmiş olması ile ifade edilebilir.

Eğitim durumu değişkeni ile BVYÖ skorları arasında anlamlı bir farklılığın olduğu belirlendi. Kronik hastalığı olan bireylere bakım verenler üzerinde yapılan çalışmada, eğitim durumunun bakım yükü üzerinde anlamlı bir etkisinin olduğu ifade edilmiştir. Çalışmada eğitim düzeyi arttıkça bakım yükünde azaldığı ifade edilmiştir (Hu vd., 2016, s. 105-112). Başka çalışmalarda ise eğitim düzeyi düşüklüğünün bakım yükünü arttıran bir risk faktörü olduğu ifade edilmiştir (Papastavrou, Kalokerinou, Papacostas, Tsangari ve Sourtzi, 2007, s.446; Vincent, Desrosiers, Landreville ve Demers, 2009, s.456; Padierna vd., 2013, s.151; Adelman vd., 2014, s.1052; Kol ve Karabulutlu, 2021, s.119). Daha iyi eğitim düzeyine sahip olmanın daha fazla bakım yükü ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (Salmon, Kwak, Acquaviva, Brandt ve Egan, 2005, s.121; Choi vd., 2024, s.1002). Diğer bir çalışmada ise eğitim durumu ile bakım verme yükü arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı ifade edilmiştir (Yeşil vd., 2016, s. 54). Sonucumuz literatürle kısmen benzerlik göstermektedir. Eğitim durumu bakım verme yükünü etkileyen önemli bir değişkendir. Çalışmamızda eğitim düzeyi azaldıkça bakım verme yükü artış göstermektedir. Elde edilen sonuç, eğitim düzeyi artışının bakım sağlama anlayışını ve bakımı sürdürmedeki yönetim yeteneğini olumlu yönde etkileyebilmesi ve bakım sürecine yönelik bilinçli baş etme mekanizmalarını daha kolay geliştirilebilmesi ihtimali ile ilişkilendirilebilir.

Gelir durum değişkeni ile BVYÖ skorları arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi. Bakım yükünü etkileyen faktörleri belirlemeye yönelik yapılan çalışmada, gelir durumunun bakım yükü üzerinde anlamlı bir etkisinin olduğu ve aylık geliri düşük olan bireylerin daha fazla bakım yüküne maruz kaldıkları ifade edilmiştir (Hu vd., 2016, s. 105-112). Bir başka çalışmada, düşük gelir düzeyine sahip olmanın bakım veren yükü için risk faktörü olduğu belirtilmiştir (Adelman vd., 2014, s.1052; Yeşil vd., 2016, s. 54). Benzer bir çalışmada, ekonomik bakımdan daha kötü koşullarda olan bireylerin bakım verme yükünün daha yüksek olduğu vurgulanmıştır (Yakubu ve Schutte, 2018, s.1). Bakım yükünü etkileyen değişkenleri belirlemek amacıyla yapılan çalışmada, yüksek gelir düzeyine sahip olanların düşük bakım yüküne maruz kaldıkları belirtilmiştir (Papastavrou vd., 2007, s.446). Ekonomik durum göstergeleri kaliteli yaşam sağlamanın önemli değişkenlerden biridir. Sonucumuz literatürle benzerlik göstermemektedir. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ve çoğunluğunun gelir-gider durumlarının birbirine denk olması "gelir durumu" değişkeninin

bakım verme yükü üzerinde anlamlı bir farklılığın elde edilmesine imkan sağlamamıştır. Mali problemler bakım veren yükünü artırabilir. Bakım personelinin bakım verme yükünü hafifletmek için yeterli mali desteğin sağlanması ve çeşitli kaynak kullanımının arttırılmasının önemli olduğu ifade edilmiştir (Hu ve diğerleri, 2016).

Cinsiyet değişkeni ile BVYÖ skorları arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi. Bakım yükü ile ilgili yapılan çalışmalarda, kadın olmanın bakım yükü bakımından daha yüksek riskle ilişkili olduğu belirtilmiştir (Choi- Kwon, Kim, Kwon ve Kim, 2005, s.1043; Salmon vd., 2005, s.121; Papastavrou vd., 2007, s.446; Adelman vd., 2014, s.1052; Yeşil vd., 2016, s. 54; Choi vd., 2024, s.1002). Başka çalışmada ise cinsiyetin bakım yükü üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı ifade edilmiştir (Seo ve Park, 2019, s.1979; Kol ve Karabulutlu, 2021, s.119). Kadının aile ve toplum içerisindeki konumu ile birlikte sürdürdüğü bakım verme sürecinde stres yaşamayı ve zorlanması kaçınılmazdır. Çalışmamızda kadın bireylerin sayısal bakımdan fazlalığı bakım verme yükünde anlamlı bir farklılık ortaya çıkarmamıştır. Sonucumuz, kadın bireylerin cinsiyetlerine özgü aile içinde ve toplumda edindikleri rol ve sorumlulukları olabildiğince yerine getirebilme kabiliyeti, bakım verme sürecinde ortaya çıkabilecek zorluk ve stresin üstesinden kolaylıkla gelinebilmesi yeteneğinin sürdürülmesine katkı sağlamış olabilir.

Bakım verme süresi ile BVYÖ skorları arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi. Bakım verme yükünü etkileyen faktörleri belirlemeye yönelik yapılan çalışmada, bakım süresi yıl olarak ≥ 1 üstünde olan bireylerin daha fazla bakım yüküne maruz kaldıkları tespit edilmiştir (Hu vd., 2016, s. 105-112). Bir başka çalışmada ise bakım süresi arttıkça bakım yükünde artış gösterdiği ifade edilmiştir (Tooth, McKenna, Barnett, Prescott ve Murphy, 2005, s.963). Bakım verme sürecinde >1 yıl geçiren bireylerin, ≤ 1 yıllık bakım veren bireylere göre daha fazla bakım yüküne maruz kaldıkları belirtilmiştir (Seng vd., 2010, s.758). Artan bakım süresinin bakım sağlayan üzerinde olumsuz bir etkiye neden olduğu vurgulanmıştır (Choi vd., 2024, s.1002). Çalışmamızda bakım verme süresinin anlamlı bir farklılık ortaya çıkarmamasının nedeni, bakım sağlayan bireylerin bakım verme süresi içerisindeki grubun yüzdesel olarak eşit dağılmaması ve çoğu bakım personelin 0-12 aylık bakım verme süresi içinde yer almaları ile açıklanabilir.

Bakım alan kişiyle birlikte yaşama durumu ile BVYÖ skorları arasında anlamlı bir farklılığın olduğu belirlendi. Bakım yükü hasta yakınıyla aynı evde yaşayıp yaşanmamasından ziyade, bakım sorumluluklarıyla daha fazla ilişkilidir (Reinhard ve Horwitz, 1995, s.741). Bakım verme sürecinin hem hasta hem de bakım veren için zorlu ve can sıkıcı bir deneyim olduğu ifade edilmiştir (Alptekin, Gönüllü, Yücel ve Yaris, 2010, s.607). Bakım hizmeti alan bir kişiyle birlikte yaşamının bakım yükü üzerinde daha etkili olduğu belirtilmiştir (Kol ve Karabulutlu, 2021, s.119). Bir başka çalışmada ise aile bakıcılarının profesyonel bakıcılara göre daha fazla bakım yüküne maruz kaldıkları ifade edilmiştir (Seidel ve Thyrian, 2019, s.655). Sonucumuz literatür ile benzerlik göstermektedir. Aile üyelerinden (eş, çocuk kardeş vb.) birine yönelik bakım verme sürecine, aile içerisindeki görev ve sorumluluklarında eklenmiş olması bakım yükünde anlamlı bir farklılık ortaya çıkarmış olabilir.

Bakım verenlerin dağılım durumu ile BVYÖ skorları arasında anlamlı bir farklılığın olduğu belirlendi. Bakım kurumunda çalışan personellerinin bakım yükünün hasta yakınlarına göre daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Sağlık profesyonelleri ve bakım sağlayan aile bakıcılarındaki bakım yükünü değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmada, her iki grup arasında bakım verme yükü bakımından anlamlı bir farklılığın olmadığı belirtilmiştir (Seidel ve Thyrian, 2019, s.655). Özellikle kronik hastalığa sahip bireylere bakım sağlama süreci hem sağlık profesyonellerinde hem de aile bakıcılarında bakım yüküne neden olması kaçınılmazdır. Çalışmamızda bakım merkezindeki çalışan personellerin bakım yükünün hasta yakınlarına göre daha fazla olmasına bakım merkezindeki personellerin sadece bir hasta ve/veya hastalık grubu ile ilgilenmeyip çeşitli türden kronik hastalığa sahip bireyler ile bu hastalıklara özgü spesifik bakım süreçlerinde yer almış olmaları neden olmuş olabilir. Yapılan bir çalışmada aileden ve sosyal çevreden daha fazla desteğe sahip olanların daha düşük bakım yüküne maruz kaldıkları ifade edilmiştir (Choi vd., 2024, s.1002). Farklı hastalıklar bakım verenlerin çeşitli düzeyde yüke maruz kalmalarına neden olabilir (Hu ve diğerleri, 2016). Bakıcı yükü ile ilgili yapılan başka çalışmada, yaşlı bireylere bakım sağlamanın çocuklara göre daha fazla bakım yükü ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (Choi vd., 2024, s.1002).

Çalışmamızda, yaş değişkeninin bakım verme yükü üzerinde anlamlı bir etkisinin var olduğu tespit edildi. Yaş, bakım verme yükü üzerinde önemli bir değişkendir. Bir çalışmada bakım verenlerin artan yaşının bakım verme yükü üzerinde anlamlı bir farklılık ortaya çıkardığı ifade edilmiştir (Türe vd., 2018, s.46). Başka bir çalışmada ise yaş değişkeninin bakım yükü üzerinden anlamlı bir etkisinin olmadığı belirtilmiştir (Seo ve Park, 2019, s.1979). Bakım verenler ile aile bakıcılarındaki bakım yükünü değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmada, yaş değişkeninin bakım verme yükü bakımından iki grupta anlamlı bir farklılık oluşturmadığı ifade edilmiştir (Seidel ve Thyrian, 2019, s.655). Sonucumuz literatür ile kısmen benzerlik göstermektedir. Katılımcılarımızın, özellikle hasta yakınlarının orta yaş ve üzerinde yer almaları yaş değişkeninde anlamlı bir farklılık ortaya çıkarmış olabilir.

Bakım verme yükü, bakım verenlerin sağlığını tehdit eden önemli bir unsurdur. Bakım verenlerin büyük çoğunluğunda stres, duygusal gerginlik, depresyon ve kronik hastalık oranlarının arttığı bildirilmektedir (Petrovic ve Gaggioli, 2020, s.1). Kronik hastalığı olan hastalara primer bakım veren bireylerin bakım yükü ve yaşam kalitelerinin incelenmek amacıyla yapılan çalışmada, cinsiyete, medeni duruma, gelir düzeyine, bakım konusunda yardım alma durumuna, hasta ile olan yakınlık durumuna göre anlamlı derecede farklılıkların olduğu belirtilmiştir (Yeşil vd., 2016, s. 54).

Bakım yükü, bakım verenin özellikleriyle ve hastanın davranışsal, bilişsel ve işlevsel bozukluğuyla ilişkilidir (Papastavrou vd., 2007, s.446). Bakım sağlayanların bakım yükü algısını etkileyen dört ana faktörün var olduğu belirtilmiştir. Bunlar; bakıcı özellikleri, hasta özellikleri, sosyal destek ve bakım sağlayanların kişisel koruyucu kaynakları olarak sıralanmıştır (He Leow ve Chi Chan, 2011, s.1883). Bakım verme süreci bakım

verenlerde sadece yüke neden olmaz. Bu süreç aynı zamanda bireylerin gündelik yaşamlarını da olumsuz etkileyebilir (Alptekin ve diğerleri, 2010).

5. Sonuç ve Öneriler

Araştırma sonuçlarımıza göre, bakım verenlerin bakım yükünün orta düzeyin altında olduğu saptandı. Bakım yükünü etkileyen bazı sosyodemografik değişkenlerin var olduğu tespit edildi. Evli olma, eğitim düzeyi düşüklüğü, bakım personeli olma ve bakım alan kişi ile birlikte yaşama durumunun daha fazla bakım yüküyle ilişkili olduğu belirlendi.

Nüfusun artışı ile birlikte hızla yaşlanan bir toplumda kronik hastalıkların sayısında ortaya çıkan artış dikkate alındığında, bakım sağlama süreci önemini arz eden bir kavram olarak, karşımıza çıkmaya devam edecektir. Bakım verenlerde ortaya çıkabilecek bakım yüküne yönelik olarak hasta, aile bireyleri ve bakım verenlerin dahil olduğu ortak bir rol paylaşımının belirlenmesine ihtiyaç vardır. Bu sonuçlar doğrultusunda, bakım verenlerin algıladıkları bakım yükünü azaltmak amacıyla; temel ihtiyaçlarının karşılanabilmesi, bakım verenlerin desteklenmesi, bakım verenlerin iyilik hallerini etkileyen gereksinimlerin sistematik olarak değerlendirilmesi ve bakım yükünü daha fazla algılayan riskli grupların belirlenmesi bakım sürecinin sağlıklı sürdürülmesine olumlu katkı sağlayabilir. Bakım verme yükü zamana göre değişebilir. Daha geniş popülasyonlarda farklı örneklem gruplarında bakım verenlerin karşılaştıkları bakım verme yükü tespit edilmelidir. Bakım sürecinde hasta ve bakım verenlerin görüşü dikkate alınmalıdır. Bakım verenler ile hastalardan kaynaklanabilecek olumsuz sonuçlar kaynağında tespit edilmelidir. Bakım sürecinin gelecekte de devam edeceği göz önüne alındığında, bakım verenlerin yükünü azaltmaya yönelik plan ve programların önceden hazırlanarak uygulanması sağlanmalıdır.

KAYNAKÇA

- Adejumo, O. A., Iyawe, I. O., Akinbodewa, A.A., Abolarin, O.S., & Alli, E. O. (2019). Burden, psychological well-being and quality of life of caregivers of end stage renal disease patients. *Ghana Medical Journal*, 53(3), 190-196. doi:10.4314/gmj.v53i3.2.
- Adelman, R. D., Tmanova, L. L., Delgado, D., Dion, S., & Lachs, M. S. (2014). Caregiver burden: a clinical review. *JAMA*, 311(10), 1052-1060. doi:10.1001/jama.2014.304.
- Alptekin, S., Gönüllü, G., Yücel, I., & Yaris, F. (2010). Characteristics and quality of life analysis of caregivers of cancer patients. *Medical Oncology*, 27(3), 607-617. <http://dx.doi.org/10.1007/s12032-009-9256-2>
- Bevans, M., & Sternberg, E. M. (2012). Caregiving burden, stress, and health effects among family caregivers of adult cancer patients. *JAMA*, 307(4), 398-403. doi:10.1001/jama.2012.29
- Choi, J. Y., Lee, S. H., & Yu, S. (2024). Exploring factors influencing caregiver burden: A systematic review of family caregivers of older adults with chronic illness in local communities. *Healthcare*, 12(10), 1002. <https://doi.org/10.3390/healthcare12101002>
- Choi- Kwon, S., Kim, H. S., Kwon, S. U., & Kim, J. S. (2005). Factors affecting the burden on caregivers of stroke survivors in South Korea. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 86(5), 1043-1048. doi:10.1016/j.apmr.2004.09.013
- Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.), Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- De Oliveira, G.R., Neto, J. F., De Camargo, S. M., Granero Lucchetti, A. L., Mendes Espinha, D. C., & Lucchetti, G. (2015). Caregiving across the lifespan: comparing caregiver burden, mental health, and quality of life. *Psychogeriatrics*, 15(2), 123-132. <https://doi.org/10.1111/psyg.12087>
- Gök Metin, Z., & Helvacı, A. (2019). Kalp yetersizliği hastalarına bakım veren aile üyelerinde algılanan bakım yükü ve etkileyen faktörler. *Turkish Journal of Cardiovascular Nursing*, 10(22), 59-66. doi: 10.5543/khd.2019.59454
- Grant, M., Sun, V., Fujinami, R., Sidhu, R., Otis-Green, S., Juarez, G., Klein, L., & Ferrell, B. (2013). Family caregiver burden, skills preparedness, and quality of life in non-small cell lung cancer. *Oncology Nursing Forum*, 40(4), 337. doi: 10.1188/13.ONF.337-346.
- He Leow, M. Q., & Chi Chan, S. W. (2011). Factors affecting caregiver burden of terminally ill adults in the home setting-A systematic review. *JB Library of Systematic Reviews*, 9(45), 1883-1916. doi:10.11124/jbisrir-2011-104
- Hu, X., Dolansky, M. A., Hu, X., Zhang, F., & Qu, M. (2016). Factors associated with the caregiver burden among family caregivers of patients with heart failure in southwest China. *Nursing & Health Sciences*, 18(1), 105-112. doi:10.1111/nhs.12253
- İnci, F.H., & Erdem, M. (2008). Bakım verme yükü ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması geçerlilik ve güvenilirliği. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(4), 85-95.
- Kol, R., & Karabulutlu, E.L. (2021). Kronik hastalığı olan bireylere bakım verenlerin bakım yükü ve iyilik halinin değerlendirilmesi. *Kocaeli Medical Journal*, 10(1), 119-127.
- Kwon, O. D., Kim, T. W., Park, M. Y., Yi, S. D., Yi, H. A., & Lee, H. W. (2013). Factors affecting caregiver burden in family caregivers of patients with dementia. *Dementia and Neurocognitive Disorders*, 12, 107-113. <https://doi.org/10.12779/dnd.2013.12.4.107>
- Liao, X., Huang, Y., Zhang, Z., Zhong, S., Xie, G., Wang, L., & Xiao, H. (2020). Factors associated with health-related quality of life among family caregivers of people with Alzheimer's disease. *Psychogeriatrics*, 20(4), 398-405. <https://doi.org/10.1111/psyg.12528>
- Liu, Z., Heffernan, C., & Tan, J. (2020). Caregiver burden: A concept analysis. *International Journal of Nursing Sciences*, 7(4), 438-445. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2020.07.012>
- Mosley, P. E., Moodie, R., & Dissanayaka, N. (2017). Caregiver burden in parkinson disease: A critical review of recent literature. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 30(5) 235-252. doi: 10.1177/0891988717720302.
- Orak, O. S., & Sezgin, S. (2015). Kanser hastasına bakım veren aile bireylerinin bakım verme yüklerinin belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 6(1), 33-39. doi: 10.5505/phd.2015.02986
- Padierna, A., Martin, J., Aguirre, U., Gonza'lez, N., Munoz, P., & Quintana, J. M. (2013). Burden of caregiving amongst family caregivers of patients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(1), 151-161. doi:10.1007/s00127-012-0525-6

- Papastavrou, E., Kalokerinou, A., Papacostas, S. S., Tsangari, H., & Sourtzi, P. (2007). Caring for a relative with dementia: family caregiver burden. *Journal of Advanced Nursing*, 58(5), 446–457. doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04250.x
- Petrovic, M., & Gaggioli, A. (2020). Digital mental health tools for caregivers of older adults-a scoping review. *Frontiers in Public Health*, 8(128), 1-10. doi: 10.3389/fpubh.2020.00128.
- Raina, P., Q'Donnell, M., Schwellnus, H., Rosenbaum, P., King, G., Brehaut, J., Russell, D., Swinton, M., King, S., Wong, M., Walter, S.D., & Wood, E. (2004). Caregiving process and caregiver burden: Conceptual models to guide research and practice. *BMC Pediatrics*, 4(1), 1-13. doi:10.1186/1471-2431-4-1
- Reinhard, S. C., & Horwitz, A. V. (1995). Caregiver burden: Differentiating the content and consequences of family caregiving. *Journal of Marriage and Family*, 57(3), 741-750.
- Salmon, J. R., Kwak, J., Acquaviva, K. D., Brandt, K., & Egan, K. A. (2005). Transformative aspects of caregiving at life's end. *Journal of Pain and Symptom Management*, 29(2), 121-129. doi:10.1016/j.jpainsymman.2004.12.008.
- Seidel, D., & Thyrian, J. R. (2019). Burden of caring for people with dementia-comparing family caregivers and professional caregivers. A descriptive study. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 12, 655-663. <http://doi.org/10.2147/JMDH.S209106>
- Seng, B. K., Luo, N., Ng, W. Y., Lim, J., Chionh, H. L., Goh, J., & Yap, P. (2010). Validity and reliability of the Zarit burden interview in assessing caregiving burden. *Annals of the Academy of Medicine Singapore*, 39(10), 758-763.
- Seo, Y. J., & Park, H. (2019). Factors influencing caregiver burden in families of hospitalised patients with lung cancer. *Journal of Clinical Nursing*, 28(9-10), 1979–1989. doi:10.1111/jocn.14812
- Söyler, S. (2017). Geçmişten günümüze uluslararası sağlık kuruluşları. *Sağlık Yönetimi Dergisi*, 1(1), 58-66.
- Tel Aydın, H., Demirkol, D., Kara, S., & Aydın, D. (2011). KOAH'lı hastaların bakım vericilerinde bakım yükü ve yaşam kalitesi. *Türk Toraks Dergisi*, 13(3), 87-92. doi:10.5152/ttd.2012.21
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2011). *Türkiye'de Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Risk Faktörleri ile Mücadele Politikaları*. Erişim tarihi: 30 Aralık 2024, https://www.saglikaktuel.com/d/file/ulke_raporu_baski_hali_tr.pdf
- Tooth, L., McKenna, K., Barnett, A., Prescott, C., & Murphy, S. (2005). Caregiver burden, time spent caring and health status in the first 12 months following stroke. *Brain Injury*, 19(12), 963–974. doi:10.1080/02699050500110785
- Türe, E., Yazar, A., Akın, F., & Aydın, A. (2018). Kronik hastalık nedeni ile takip edilen çocukların bakım verenlerin bakım verme yükünün değerlendirilmesi. *Bozok Tıp Dergisi*, 8(3), 46-53. <https://doi.org/10.16919/bozoktip.403880>
- Vincent, C., Desrosiers, J., Landreville, P., & Demers, L. (2009). Burden of caregivers of people with stroke: evolution and predictors. *Cerebrovascular Diseases*, 27(5), 456-464. <https://doi.org/10.1159/000210092>
- Yakubu, Y. A., & Schutte, D. W. (2018). Caregiver attributes and socio-demographic determinants of caregiving burden in selected low-income communities in cape town. South Africa. *Journal of Compassionate Health Care*, 5(3), 1-10. doi: 10.1186/s40639-018-0046-6
- 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., & Zarit, J. M. (1990). The Memory and behavior problems checklist and the burden interview. University Park, PA: Pennsylvania State University, Gerontology Center.



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: 2025 Haziran/ December
Sayı/Issue:25

PALYATİF BAKIM BİRİMİNDEN YARARLANAN HASTA YAKINLARININ DENEYİMLERİ VE SOSYAL HİZMET GEREKSİNİMLERİ: SİVAS İLİ ÖRNEĞİ¹

Aleyna Almaz²

Hatice Aybüke Gültepe³

Fatma Nur Duman⁴

İrem Sena Işık⁵

Görkem Kelebek-Küçükarslan⁶

Makale Bilgileri/ Article info

Makalenin Türü/Article Type: Araştırma
Geliş Tarihi / Date Received: 01.02.2025
Revizyon Tarihi/Date Revised: 25.02.2025
Kabul Tarihi / Date Accepted:16.04.2025
Yayın Tarihi / Date Published: 17.06.2025
DOI: 10.46218/tshd.1631401

Makale Künyesi/To cite this article: Almaz A., Gültepe H. A., Duman F.N., Işık İ.S., Küçükarslan Kelebek G. (2025, Haziran). Palyatif bakım biriminden yararlanan hasta yakınlarının deneyimleri ve sosyal hizmet gereksinimleri: Sivas ili örneği. Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi. 72- 96

Sorumlu Yazar/Corresponding Author:

Aleyna Almaz, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi,
Edebiyat Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü,
Sivas. aleynaalmaz1212@gmail.com

Öz

Palyatif bakım merkezi, hayatı tehdit eden ve tedavi edilemez hastalığa sahip hastalara ve yakınlarına fizyolojik ve psikolojik hizmetler sağlamaktadır. Palyatif bakım biriminde yatan hastalar kadar hasta yakınları da fiziksel, psikososyal ve ekonomik olarak bu süreçten etkilenmektedirler. Bu araştırmanın amacı, Sivas ilinde bulunan Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi ve Sivas Hastanesi palyatif bakım hizmetinden yararlanan hasta yakınlarının deneyimlerini anlamak ve bu süreçteki sosyal hizmet gereksinimlerini ortaya koymaktır. Nitel yöntem kullanılan bu çalışmada, yarı yapılandırılmış görüşme formu aracılığıyla 13 hasta yakını ile görüşmeler yapılmıştır. Elde edilen veriler tematik analiz yoluyla analiz edilmiş, iki tema ve altı kategoriye ayrılmıştır. Hasta yakınlarının bakım verme süreci ile ekonomik olarak zorlandıkları, bakım yükünü üstlenen hasta yakınlarının çalışma yaşamından uzaklaşarak ekonomik gelir kaybına uğradıkları görülmektedir. Ayrıca hasta yakınlarının, sosyal izolasyona maruz kaldıkları, gündelik yaşamlarında zorlandıkları ve sosyal çevrelerinden uzaklaşarak yalnızlaştıkları görülmektedir. Çalışmanın bulguları sosyal hizmet uzmanlarının palyatif bakım alanında aktif görev almasının önemini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Sosyal hizmet, Palyatif bakım, Psikososyal destek, Terminal Dönem, Bakım veren.

EXPERIENCES AND SOCIAL WORK NEEDS OF RELATIVES OF PATIENTS BENEFITING FROM PALLIATIVE CARE UNIT: SİVAS PROVINCE EXAMPLE

Abstract

A palliative care center provides physiological and psychological services to patients with life-threatening and incurable illnesses, as well as to their relatives. Both patients admitted to the palliative care unit and their relatives are affected physically, socially, and economically by this process. The aim of this study is to understand the experiences of the relatives of patients who utilize palliative care services at Cumhuriyet University Hospital and Sivas Hospital in Sivas province and to

1 Bu çalışma TUBİTAK 2209-A Üniversite Öğrencileri Araştırma Projeleri Destekleme Programı 2023 yılı 2. Dönem kapsamında desteklenmiştir.

2 Lisans öğrencisi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sosyal Hizmet Bölümü, aleynaalmaz1212@gmail.com, ORCID: 0009-0003-1492-8758

3 Lisans öğrencisi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sosyal Hizmet Bölümü, ORCID: 0009-0009-6749-3149

4 Lisans öğrencisi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sosyal Hizmet Bölümü, ORCID: 0009-0003-6743-4620

5 Lisans öğrencisi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sosyal Hizmet Bölümü, ORCID: 0009-0009-2946-4777

6 Dr. Öğr. Üyesi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sosyal Hizmet Bölümü, gkelebek@cumhuriyet.edu.tr, ORCID: 0000-0002-8280-1092

identify their social service needs during this process. In this qualitative study, semi-structured interviews were conducted with 13 relatives of patients. The data obtained were analyzed using thematic analysis and categorized into two themes and six sub-themes. It was observed that the relatives of patients face economic challenges during the caregiving process, and those who take on the burden of care often withdraw from the workforce, resulting in a loss of income. Additionally, it was found that the relatives of patients experience social isolation, have difficulties in their daily lives, distancing themselves from their social circles and becoming increasingly lonely. The findings of the study highlight the importance of social workers taking an active role in the field of palliative care.

Keywords: Social work, Palliative care, Psychosocial support, Terminal period, Caregiver.

Giriş

Dünya nüfusunun giderek yaşlanması ve yaşamı tehdit eden hastalığı bulunan bireylerin gelişen teknoloji ve tedavi yöntemleri ile yaşam sürelerinin uzaması, palyatif bakım hizmetlerine olan ihtiyacın her geçen gün artmasına ve palyatif bakımın hızla gelişmesine neden olmaktadır (Aslan, 2020). Dünya Sağlık  rg t 'nün (DSÖ) yaptığı tanıma göre ‘‘Palyatif bakım, hayatı tehdit eden ya da yaşamını en iyi şekilde geçirmesine engel olan durumlarda hasta ve hasta yakınlarını doğru yönlendirerek başta ağrı olmak üzere bireylerin psikolojik, sosyolojik ve bedensel ihtiyaçlarının karşılanmasıdır’’ (DSÖ, 2020). Palyatif bakım, hastalığın beraberinde getirdiği semptomlara yönelik c z m  nerileri sunarken, tıbbi, psikolojik, sosyal ve manevi boyutlarda bütünsel bir bakımı hem hasta yakınlarının hem de destek verenlerin yaşam kalitesini artıran bir yaklaşımlar olarak karşımıza çıkmaktadır (Tiryaki ve Güdücü Tüfekçi, 2023).

Palyatif bakımın önemi hem dünyada hem de Türkiye’de giderek artmaktadır. Palyatif bakım ülkemizde ağrı tedavisi şeklinde başlamış olup, 1993 yılında Türk Onkoloji Vakfı palyatif bakım amacıyla hizmet veren ilk kuruluş olarak kurulmuştur (Gültekin vd., 2020). İlk olarak 1993-1997 yılları arasında Türk Onkoloji Vakfı tarafından Kanseri Bakımevi hizmet vermiştir. Ardından 2006 yılında ise Hacettepe Onkoloji Enstitüsü Vakfı tarafından palyatif bakım amaçlı hizmet sunulmuştur (Madenog lu Kıvanç, 2017). 2008 yılında Sağlık Bakanlığı Kanseri Savaş Dairesi Başkanlığı tarafından düzenlenen ‘‘Palyatif Bakım Programı Eylem Planı’’ ve ‘‘Palya-Türk Projesi’’  lkemizde palyatif bakım hizmetinin gelişmesine yönelik önemli gelişmelerdir (Kanseri Savaş Dairesi Başkanlığı, 2009). Türkiye’de palyatif bakıma yönelik yapılan ilk c alışma Sağlık Bakanlığının başlatmış olduğu ‘‘Evde Bakım Hizmeti’’dir. Palyatif bakım servisi ise daha profesyonel ve kapsamlı hizmetin yürütülmesi için Sağlık Bakanlığının bünyesinde Ulus Devlet Hastanesi’nde faaliyet göstermeye başlamıştır (Kabalak, 2014). Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge 2015 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Yönerge, Türkiye’de bulunan bütün palyatif bakım birimleri ve bu birimlerde c alışan personelleri kapsamaktadır. Yönerge ile gerekli donanıma sahip işlevsel merkezlerin kurulması, bu merkezlerde c alışacak olan personelin yetkilerinin ve sorumluluklarının belirlenmesi, palyatif bakım ihtiyacı bulunan hastaların karşılaştıkları semptomların tanımlanması, bakım verenlerin psikososyal destek gereksinimlerinin karşılanması gibi uygulama alanı bulunan palyatif bakım merkezlerinin denetlenmesi ve uygulama esaslarının belirlenmesi amaçlanmaktadır. Palyatif bakım merkezleri, kamu hastaneleri başta

olmak üzere Türkiye'nin 81 ilinde hizmet vermektedir. Bu hizmetler belirli servislerde ya da onkoloji kliniklerinde sunulmaktadır (Yakar ve vd., 2021) Sağlık Bakanlığı (2023) verilerine göre, 2023 yılının ilk 6 ayında toplam yatak sayısı 6.397 olan 437 Palyatif Bakım Merkezinde 90.648 palyatif hastaya hizmet verilmiştir.

Palyatif bakım sadece hastayı değil aynı zamanda bakım vereni de etkileyen bir süreç olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu nedenle hasta ve aile bireylerine bütüncül olarak hizmet sunulmaktadır. Bu süreçte hastaların psikososyal, ekonomik, fizyolojik, bakım gibi gereksinimleri bakım verenler tarafından karşılındığından süreç zorlayıcı olabilmektedir. Aile  yeleri bakım sürecinde psikolojik, sosyal ve ekonomik sorunlarla karşılaşabilmektedirler (Canım, 2022). Hudson ve diğerleri (2009)  alışmasında, palyatif bakım alan hasta yakınlarının karşılaştığı zorlukları ve bu zorlukların bakım verenleri nasıl "gizli hastalar" haline getirdiğini ve bakım verenlerin hastalığın zorluklarından derinden etkilendiğini vurgulamıştır. Palyatif bakım sürecinde, yaşamı tehdit eden hastalıklara sahip bireylere bakım verme, depresyon, kaygı, tükenmişlik, yorgunluk ve uyku sorunları gibi psikolojik ve fiziksel sorunlara yol açmaktadır (Thomas vd., 2014). Ayrıca, hasta yakınlarının gelir kaybı, sosyal çevrelerinde ve yaşamlarında çeşitli kayıplar yaşamaları, kaybetme korkusu ve kaygıyı yoğun bir şekilde hissetmeleri de yaygın olarak gözlemlenmektedir (Turgut ve Soylu 2020). Bakım yükü, kişisel zaman, sosyal roller, fiziksel, duygusal ve ekonomik durumlar arasında dengesizlik yaratarak, bakım verenlerin sağlığını olumsuz şekilde etkileyebilmektedir (Given vd., 2001). Palyatif bakım sürecinde hasta yakınları, kaygı, depresyon ve duygusal baskı gibi zorluklarla karşılaşmakta, bu da psikolojik iyilik hallerini olumsuz etkileyerek derin bir duygusal y k oluşturabilmektedir ( zdemir, 2016). Sürecin uzunluğu, stres, uyku bozuklukları ve tükenmişlik gibi belirtilere yol a arak fiziksel ve psikolojik sağlık üzerinde olumsuz etkiler yaratmaktadır. Bakım sorumlulukları, sosyal izolasyon ve yalnızlık hissi ile psikolojik sorunların derinleşmesine neden olabilmektedir. Aile içindeki çatışmalar ve gerilimler, duygusal gerilimleri artırırken, ölümle yüzleşme ve kayıpla başa çıkma, önemli psikolojik zorluklar oluşturabilmektedir ( zdemir, 2016). Palyatif bakım sürecinde hem hastanın hem de hasta yakının/bakım verenin iyilik halleri ve sosyal işlevselliklerinin geliştirilmesi önem taşıdığından sosyal hizmetlerin ve mesleki müdahalelerin gerçekleştirilmesi gerekmektedir (Kösesoy, 2023). Palyatif bakım sürecinde bakım verenler, hastanın iyi bakım alamadığı durumlarda pişmanlık ve suçluluk duygusu yaşadıklarından dolayı bu sürecin bütüncül bir yaklaşımla ele alınması önemlidir (Hudson vd., 2009).

Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönergesi kapsamında palyatif bakım hizmetlerinde multidisipliner bir ekip görev almaktadır. Multi-disipliner ekipte, her mesleğin belirlenmiş rolleri bulunmaktadır. Yönergeye göre, ekibin içerisinde psikolog, sosyal hizmet uzmanı, fizyoterapist veya fizyoterapi teknikeri ve diyetisyen yer almaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2015). Sosyal hizmet mesleği insanları güçlendirmek ve yaşam kalitelerini artırmak için mikro ve makro düzeyde çalışmalar yürüterek çok boyutlu müdahaleler gerçekleştirmektedir (Tuncay, 2013). Sosyal hizmet uzmanları doktorlar ile aileler

arasında kolaylaştırıcı ve arabulucu bir rol üstlenerek hasta yakınlarının psikolojik açıdan güçlenmelerine yardımcı olmaktadır (Uğurlu, 2020). Sosyal hizmet uzmanları hem hastaların hem de bakım verenlerin psikolojik iyilik hallerini artırmak için ekibin içerisinde görev almaktadırlar. (Kangalgil Balta ve Bekiroğlu, 2021a). Sosyal hizmet uzmanları, hastaların ve hasta yakınlarının baş etme becerilerini geliştirmekte, kayıpla baş etme, yüzleşme ve iyi bir ölüm sürecini yönetme becerilerini geliştirmede rol almaktadır (Tuncay, 2013). Ölüm ve yas süreci hasta yakınlarını oldukça zorlayan ve yıpratıcı bir süreçtir (Kangalgil Balta ve Bekiroğlu, 2021b). Bu yönerge kapsamında sosyal hizmet uzmanları psikososyal destek sağlama ve psikososyal değerlendirme noktasında hizmet sunmaktadır. Sosyal hizmet uzmanları tıbbi sosyal hizmet çerçevesinde kronik hastalığa sahip bireyler ve ailelerine yönelik uygulamalarda; bağlantı kurucu, savunucu, eğitici ve öğretici, danışman gibi roller üstlenerek hasta ve hasta yakınlarının iyilik hallerinin korunması, desteklenmesi ve geliştirilmesini sağlamaktadırlar (Sütçü, 2023). Palyatif bakım sosyal hizmet uzmanı birincil olarak şu alanlara odaklanmaktadır (Blacker ve Deveau, 2010):

1. “Hasta ve ailesi ile hastalığı seyri ve bakım hakkında görüşmek,
2. İleri düzey bakımın planlanmasında aktif rol almak,
3. Bakım verenlerle bakım gereksinimlerini planlamak için danışmanlık sağlamak,
4. Hasta ve ailesine yas ve kayıp süreciyle ilgili danışmanlık sağlamak,
5. Hospis bakım için yönlendirmede bulunmak,
6. Mikro, mezzo ve makro boyutlarda yas hizmetleri sağlamak,
7. Etik değerlendirme yapmak”tır.

Palyatif bakım hastanede, evde ya da bakım evlerinde gerçekleştirilebilmektedir. Psikososyal destek hizmetleri ve sosyal hizmetler palyatif bakımda önemli rol oynayan hizmetler arasında yer almaktadır. Palyatif bakımın gelişmesi, giderek yaygınlaşması sosyal hizmet açısından önemli bir uygulama alanıdır (Işıksan, 2008). Palyatif bakım hizmetlerindeki hasta yakınları/bakım verenler sosyal, ekonomik ve psikolojik destek amacıyla sunulan sosyal hizmetlere gereksinim duymaktadırlar. Psikososyal destek ve bakımı artırmak için sosyal hizmet uzmanları palyatif bakım ekibinde aktif rol alması önemlidir (Ahmed vd., 2024).

Bu çalışmada, palyatif bakım biriminden yararlanan hasta yakınlarının fiziksel, psikososyal ve ekonomik yönden yaşadıkları deneyimlerini anlamak ve bu süreçte karşılaştıkları sosyal hizmet gereksinimlerini belirlemek amaçlanmaktadır. Bu doğrultuda 1. Hasta yakınlarının palyatif bakım hizmetlerine yönelik fiziksel, psikososyal ve ekonomik deneyimleri nelerdir? ve 2. Hasta yakınlarının palyatif bakım hizmeti sürecindeki sosyal hizmet gereksinimleri ve beklentileri nelerdir? sorularına cevap aranmaktadır.

2. Araştırmanın Yöntemi ve Saha Süreci

Bu çalışmada hasta yakınlarının deneyimlerini ve bu süreçteki sosyal hizmet gereksinimlerini derinlemesine anlamak için nitel araştırma tercih edilmiştir. Nitel çalışmada gözlem ve görüşme gibi teknikler kullanıldığından ve deneyimleri doğal ortamda incelemek istenildiğinden nitel araştırma (Yıldırım

ve   m  ek, 2016) kullanılmıştır. Araştırmanın deseni nitel araştırma yöntemlerinden olan fenomenolojik yaklaşımdır. Fenomenolojik yaklaşımla (Creswell, 2018), kişilerin belirli fenomenlerine ilişkin deneyimlerine odaklanılmıştır.

Araştırmanın katılımcıları amaçlı örneklem aracılığıyla (Aziz, 2015), Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi ve Sivas Hastanesi palyatif bakım hizmetinden yararlanan 13 hasta yakınından oluşmaktadır. Araştırmanın veri toplama sürecinde her iki hastanede palyatif bakım hizmetinden yararlanan bakım verenlerin tamamına ula ılmı ; yalnızca gönüllü katılım gösteren bireyler araştırmaya dahil edilmiş ve veri toplama süreci sonlandırılmıştır. Araştırmaya dahil edilme kriterleri; bakım veren kişinin aileden biri olması ve en az bir ay palyatif bakım hizmetinden yararlanması, dışlama kriteri ise hastaneden taburcu edilmiş olması şeklinde belirlenmiştir.

2.1 Katılımcılar

Katılımcıların ya  aralığı 28-58 arasında değişmektedir ve ya  ortalamaları 45'tir. Araştırmaya katılan hasta yakınlarının medeni durumlarına bakıldığında büyük çoğunluğunun evli olduğu görülmektedir. G r   me yapılan hasta yakınlarının hastanın birinci ve ikinci dereceden akrabaları olduğu g r lm   tur. Bakım verenler oğlu, kızı, kayınvalidesi, annesi ve/ya babasından oluşmaktadır. Hasta yakınlarının 6'sının babası, 3'ünün annesi, 2'sinin kayınvalidesi, 1'inin çocuğu ve 1'inin eşine palyatif bakım biriminde bakım verdiği görülmektedir.

Tablo 1: Hasta Yakınlarının Sosyodemografik  zellikleri

Katılımcı	Cinsiyet	Ya�	Eğitim Durumu	Medeni Durum	�alı�ma Durumu	Bakım Verdiği Kişi	Bakım süresi	verme
HY1	Erkek	58	�lkokul	Evli	Emekli	O�ul	2 ay	
HY2	Erkek	28	Bilinmiyor	Evli	�alı�ıyor	Baba	7 ay	
HY3	Erkek	32	�lkokul	Bekar	�alı�mıyor	Baba	4 ay	
HY4	Kadın	38	Bilinmiyor	Evli	�alı�mıyor	Kayınvalide	3 yıl	
HY5	Kadın	46	�lkokul	Evli	�alı�mıyor	Baba	6 ay	
HY6	Kadın	50	�lkokul	Evli	�alı�mıyor	Kayınvalide	3 yıl	
HY7	Erkek	58	�lkokul	Evli	Emekli	E�	1 yıl	
HY8	Erkek	58	Ortaokul	Evli	Emekli	Anne	4 ay	
HY9	Kadın	51	�lkokul	Bekar	�alı�mıyor	Baba	8 yıl	
HY10	Kadın	54	�lkokul	Bekar	Emekli	Baba	1,5 yıl	
HY11	Erkek	34	Ortaokul	Evli	�alı�ıyor	Baba	5 ay	
HY12	Erkek	54	Lise	Evli	�alı�ıyor	Anne	1 ay	

HY13	Erkek	30	�niversite	Evli	�alışıyor	Anne	3 ay
------	-------	----	------------	------	-----------	------	------

2.2. Veri Toplama Aracı ve Süreci

Bu  alışma kapsamında Cumhuriyet Üniversitesi Etik Değerlendirme Kurulu'ndan (420428 sayı ve 22.04.2024 tarihli) gerekli izinler alınarak saha süreci başlamıştır. Buna ek olarak, Cumhuriyet Üniversitesi Başhekimliğinden ve Sivas Hastanesi Başhekimliğinden gerekli izinler alınarak görüşmelere başlanmıştır. Çalışmanın sahası Nisan 2024-Mayıs 2024 tarihleri arasında sürmüştür.

Katılımcıların araştırmaya gönüllü katılımı esas alınmıştır. Bilgilendirilmiş onam formunu imzalayan ve araştırmaya gönüllü katılan katılımcıların görüşmeleri ses kayıt cihazı ile kayıt altına alınmıştır. Görüşmeler, 30-40 dakika arası sürmüştür. Katılımcıların kişisel bilgisi gizli tutularak, çalışma kapsamında kişisel veriye yer verilmemiş ve katılımcılara ait rumuz isimler kullanılmıştır. Çalışmada yarı-yapılandırılmış görüşme yönergesi kullanılarak hasta yakınlarının deneyimleri derinlemesine incelenmiştir.

2.3. Sahanın Sınırlılıkları

Hastanede ulaşılan hasta yakınlarının görüşmeyi kabul etmemeleri, görüşmeyi kabul eden hasta yakınlarının ise ses kaydı alınmasını kabul etmemeleri araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır. Yatan kişilerin ex ve taburcu olma durumu araştırmanın bir diğer sınırlılığı olarak karşımıza çıkmaktadır. Daha fazla görüşmeciye ulaşılması durumunda hasta yakınlarının deneyimlerinde maksimum çeşitliliğe daha fazla olanak sağlayacağı düşünülmektedir. Hem hastalarda hem de araştırmacılar da enfeksiyon ve bulaşıcı hastalık riskinin olması da veri toplamayı sınırlandırmaktadır. Hastanede bulaş riskinin bulunması nedeniyle görüşme süresi kısa tutulmuş, uzun ve derinlemesine görüşmeler sağlanamamıştır. Hasta odasındaki fiziksel koşulların yetersizliği, görüşmelerin akışını olumsuz etkileyerek verimliliği düşürmüş ve bu durum çalışmanın bir diğer sınırlılığını oluşturmuştur. Ayrıca, görüşmeler sırasında sağlık personelinin tedavi ve bakım amaçlı hasta odasına girmesi, görüşmelerin kesintiye uğramasına neden olmuştur. Görüşmelerin daha uzun, kesintisiz ve uygun koşullarda gerçekleştirilmesi, katılımcıların duygu ve düşüncelerini daha derinlemesine ifade edebilmelerine olanak sağlayarak araştırmanın bulgularının geçerliliğini artıracaağı düşünülmektedir.

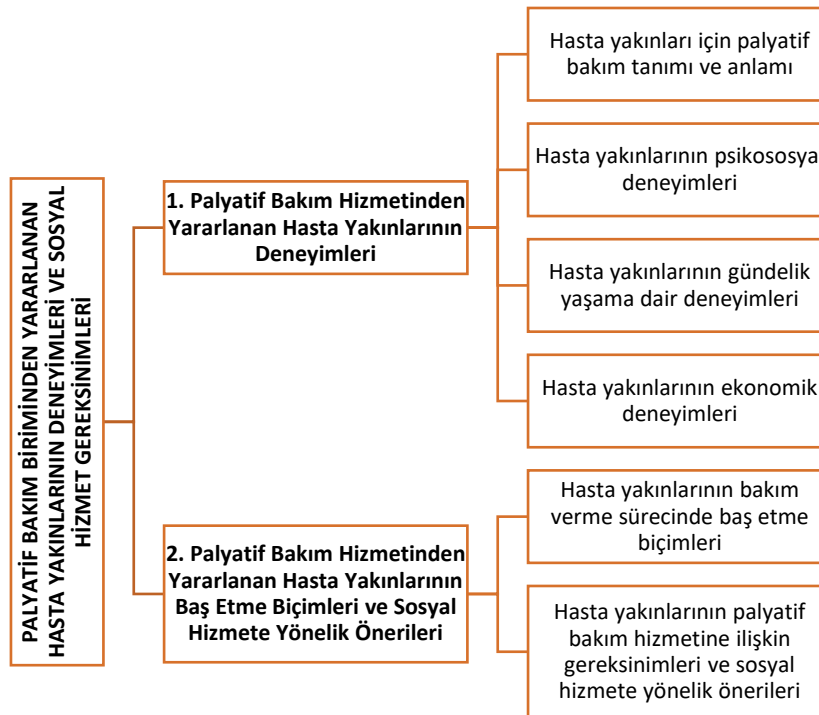
2.4. Verilerin Analizi

Araştırmaya katılan hasta yakınlarının kişisel verileri korunmuş, bu bilgiler gizlilik ilkesine uygun olarak işlenmiştir. Araştırmacılar tarafından yapılan deşifreler esnasında anonimliği sağlamak için katılımcılara ait rumuz isimler kullanılmıştır. Katılımcılara hasta yakını kısaltması olarak HY denilmiş ve görüşme sırasına göre numaralar eklenmiştir. Katılımcılardan çalışmaya gönüllü olarak katıldıklarını, istedikleri takdirde herhangi

bir sebep belirtmeden çalışmadan ayrılabilirlerini belirten bir gönüllü onam formu alınmıştır. Araştırma kapsamında alınan ses kayıtları, şifreli cihazlarda güvenli bir şekilde saklanmış, deşifre işlemleri yalnızca araştırmacılar tarafından gerçekleştirilmiştir.

Çalışma sonucunda elde edilen veriler, MAXQDA nitel araştırma veri programı ile analiz edilmiştir. Verilerin analizinde tematik analiz tekniği kullanılmıştır. Braun ve Clarke'nin (2006) altı adımdan oluşan tematik analiz yöntemi nitel verilerden anlamlı temalar çıkarmaktadır. Bu adımlar sırasıyla veriye aşinalık için veriler tekrar tekrar okunmuştur. Bir sonraki adımda ilk kodlar üretilmiştir. Kodlama süreci tüm araştırmacılar tarafından ortak ve eş zamanlı olarak yapılmıştır. Ortaya çıkan kodlarla üçüncü adım olan temalar bulunmuştur. Sonraki adımlarda temalar gözden geçirilmiş, tanımlama ve adlandırma yapılmıştır. Son olarak veriler raporlanarak sunulmuştur (Braun ve Clarke, 2006). Görüşmelerden elde edilen veriler yapılan analiz sonucunda temalara ve kategorilere ayrılmıştır. Analiz, verilerin kodlanması, temaların oluşturulması ve bulguların yorumlanması sürecinden oluşmaktadır. Çalışmanın analizi, "Palyatif Bakım Hizmetinden Yararlanan Hasta Yakınlarının Deneyimleri" ve "Palyatif Bakım Hizmetinden Yararlanan Hasta Yakınlarının Baş Etme Biçimleri ve Sosyal Hizmete Yönelik  nerileri" olmak üzere 2 tema ve 6 kategori oluşmuştur (Bakınız Tablo 2).

Tablo 2: Temalar ve Kategoriler



3. Bulgular

3.1. Palyatif Bakım Hizmetinden Yararlanan Hasta Yakınlarının Deneyimleri

3.1.1. Hasta Yakınları için Palyatif Bakım Tanımı ve Anlamı

Araştırma sonucunda elde edilen bulgular incelendiğinde, hasta yakınlarının büyük çoğunluğunun palyatif bakım hakkında yeterli bilgiye sahip olmadığı görülmüştür. Bu durumun hasta yakınlarının palyatif bakım kavramıyla yeni tanışmalarından ve daha önce bakım deneyimlerinin bulunmamasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Hasta yakınlarının büyük bir çoğunluğunun palyatif bakım servisini bilmedikleri veya ilk defa duydukları ve bilgilerinin deneyimleri çerçevesinde şekillendiği görülmüştür. Hasta yakınlarının palyatif bakım tanımlamasını yaparken deneyimleri, memnuniyetleri ve bakım sürecinde yaşadıkları zorluklar çerçevesinde bir tanımlamada bulundukları ve palyatif bakıma kendi deneyimleri çerçevesinde anlamlar yükledikleri görülmektedir.

"Yani biz şimdi palyatif bakımı hani ilk duyduğumuzda biz bilmiyorduk. Ne olduğunu da bilmiyorduk. Hani palyatif bakım dediklerinde, hani böyle bir hastane geçmişimizde olmadı daha önceden. Duymadık da görmedik de. Ve palyatif bakım dediklerinde, herhalde ayrı bir bölüm var oraya alacaklar. Yoğun bakımdan buraya çıkarttılar, geldik. Geldiğimizde  Ğrendik yani böyle bir hizmet olduğunu." (HY1)

Benzer biçimde Kara (2017) tarafından gerçekleştirilen çalışmada hasta yakınlarının palyatif bakım kavramını hiç duymadığı belirtilmiştir. Hasta yakınlarının ifadelerine bakıldığında daha önce herhangi bir hastane veya bakım verme deneyimi bulunmadığı için palyatif bakım hakkında bilgisi olmayan hasta yakınları palyatif bakımı süreci içerisinde öğrendikleri görülmektedir. Saruç (2013) tıbbi alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının danışmanlık ve savunuculuk gibi sorumluluklarının diğer sağlık çalışanları tarafından üstlenilmesi nedeniyle de mesleğin yeterince bilinmediğini aktarmaktadır. Ayrıca sosyal hizmetin giderek tıbbileşen palyatif bakım alanındaki birikim ve kaynak yetersizliği nedeniyle de tıbbi sosyal hizmet uzmanları aktif rol oynayamamaktadırlar (Işıkhan, 2016). Kellehear (2005), sosyal hizmetin palyatif bakım alanındaki rolünü güçlendirmek amacıyla toplumun her düzeyinde palyatif bakıma yönelik farkındalığın ve desteğin artırılmasına yönelik öneriler sunmaktadır.

Hasta yakınlarının palyatif bakım sürecini deneyimleyerek öğrendikleri ve palyatif bakımın tanımlamasını yaparken kendi deneyimlerini ifade ettikleri ve palyatif bakımı tanımlamakta zorlandıkları görülmüştür. Bununla birlikte, hasta yakınlarının palyatif bakım hizmetiyle tanıştıktan sonra deneyimledikleri bakım sürecinden ve sağlık personellerinin vermiş olduğu hizmetlerden genel olarak memnun olduklarını ifade ettikleri görülmektedir.

"Neyi ifade ediyor, nasıl anlatayım sana. Biz palyatif bakımdan memnunuz. Bakım olarak hemşirelerinden, davranışlarından, her yönünden, ben hiçbir şeyini görmedim. Hepsinden de memnunuz. Yalan mı söyleyeyim? Hemşireler on numara. Başhemşire on numara, yani s perler hepsi de." (HY6)

Hasta yakınları evde bakım sağlarken zorlandıklarını ve bakım verirken yetersiz kaldıklarını ifade etmişlerdir. Bu durumun hastanedeki donanım ve ekipmanların evde mevcut olmamasından kaynaklandığı aktarılmaktadır. Bu noktada palyatif bakım hizmetlerinin, onların “eksik” kaldıklarını düşündükleri noktalarda “tamamlayıcı” olması, hasta yakınlarının bu hizmetlere dair memnuniyetlerini artırmaktadır.

"Yani kişisel olarak bizim yapamayacağımız eksik kalacağımız bakım konusunda burada bakım oluyor. Evde üstlenemeyeceğimiz bakım çünkü. Burundan beslenmesi var, iğneleri var. Bizim yapamayacağımız şeyleri burada yapıyorlar." (HY13)

Aksakal (2014) çalışmasında hasta yakınları palyatif bakımı, hastaya verilen olup ağrı ve acıyı azaltmak ve hasta ve ailesinin yaşam kalitesini artırmak için verilen son bakım olarak tanımlamıştır. Süreçteki deneyimleri çerçevesinde tanımlama yapan hasta yakınlarının aksine bir hasta yakını palyatif bakımı terminal dönemdeki ve ölüm sürecinde olan hastalar için sunulan bir hizmet olarak tanımlamış ve bu tanım diğer hasta yakınlarından farklı bir perspektif sunmuştur.

"Palyatif bakım bizim için neyi ifade ediyor? Burada sonu gelmiş ölümü bekleyen hastalar için yapılan bir şey gibi sanki." (HY11)

Özetle hasta yakınlarının büyük çoğunluğu palyatif bakımı daha önce duymadıklarını, palyatif bakım deneyimlerinin bulunmadığını ve palyatif bakım servisinden hizmet alana kadar bu bakım türü hakkında bilgi sahibi olmadıklarını vurgulamaktadır. Hasta yakınlarının ifadelerine bakıldığında palyatif bakımın ne olduğunu ve ne tür hizmetler sunduğunu ancak bu servise geldiklerinde ve palyatif bakım sürecini deneyimlediklerinde öğrendikleri görülmektedir. Ayrıca palyatif bakım ile ilgili tanımlama yaparken meslek elemanları ve bakım hizmetlerinden memnuniyet belirtilmiş, bu bağlamda bakım kalitesi ve sağlık personelinin tutumlarının takdir edildiği ifade edilmiştir.

3.1.2. Hasta Yakınlarının Psikososyal Deneyimleri: “Artık dayanacak gücüm kalmadı.”

Palyatif bakımda bakım veren hasta yakınlarıyla yapılan görüşmeler sonucunda elde edilen bulgulara göre, hasta yakınlarının psikososyal olarak etkilendikleri görülmüştür. Hasta yakınlarının içinde bulundukları bu süreçte sıkıldıkları, depresyon ve tükenmişlik yaşadıkları gözlemlenmiştir.

"Valla psikolojik olarak neler, sıkılmaya başladım. Şöyle diyeyim yani cezaevi gibi gelmeye başladı artık burası. Yani dışarı çıkıyoruz. Sizin bulamadığınız zamanlar şu 3 gündür çıkıyorum bak 3 gündür gelmiyorum. Nasıl gelmiyorsun diyeceksin hemşirelere diyorum artık yani bunalıma girecem artık ben gidiyorum diyorum. Bırakıp gidiyorum yani. “Psikolojik yönden çok etkiledi bizi. Mesela ya şimdi şöyle düşün ya şu adam yatıyor şurada cenaze gibi yani şimdi ister istemez bir cenazenin yanında yatıyorsun kalkıyorsun görüyorsun. Baban yani ister istemez büyük etkileri var. Öyle yani.” (HY11)

“Usandım sıkıldım bir an önce eve gidek diyorum. Başka bir şey demiyorum.” (HY8)

“ imdi psikoloji sıfır. Burada sıfır yani öyle diyeyim.” (HY6)

Hasta yakınlarının bu süreçte hastane şartlarından dolayı yüz yüze iletişim kuramaması ve iletişim kurdukları kişilerin genellikle sağlık personeli olması gibi nedenlerden dolayı iletişim kurma gereksinimi hissettikleri görülmektedir.

“Dedi im gibi yani sadece sohbet ortamı olsa bile. Yani, birileriyle oturup  u şekilde sizinle oturdum, bak bir kafam da ıldı. Mesela böyle bir ortam olsa güzel olur yani. Mesela  urada oturuyorum, koridora çıkıyorum, hani bir sohbet edeyim diyorum, sohbet edebilecek kimse bile yok yani.” (HY5)

Karakartal (2017) tedavi sürecindeki hasta yakınlarının sosyal aktivitelere katılamama, sosyal hayatın kısıtlanması, çaresizlik, umutsuzluk ve kaygı gibi sorunlar yaşadıklarını gözlemlemiştir. Benzer biçimde Ba din  (2019) bakım verenlerin kendilerini çaresiz hissettiklerini ve bakım sürecinden olumsuz etkilendiklerini gözlemlemiştir. Bu çalışmada elde edilen bulgulara benzer sonuçlar elde edilmiştir. Hasta yakınları süreçten psikolojik olarak etkilendiklerini ifade etmekle birlikte, görüşmeye katılan 13 hasta yakınının 1 tanesinin psikolojik destek aldığını ifade etmekte, geriye kalan 12 hasta yakınının ise süreçten psikolojik olarak etkilendiklerini ifade etmelerine rağmen profesyonel psikolojik destek almadıkları görülmektedir. Kılıçkaya Ergin ve diğerleri (2020) yoğun bakım ünitesinde bakım verenlerin depresyon, anksiyete bozukluğu ve panik atak nedeniyle daha destek aldığını belirtmiştir. Hasta yakınlarının çoğu literatüre (Foreva ve Assenova, 2014) benzer biçimde bakım sağlarken psikolojik olarak zorlandıklarını ifade etmektedirler.

“ ok aldım destek çok aldım. Psikologdan da aldım psikiyatriden de aldım. Özel terapilere gittim. Kendimi şeylere verdim yani dışarıya verdim. Bir ay en fazla bir buçuk ay, yine aynı.” (HY9)

Hasta yakınlarının üstlendikleri bakım yükü ve bu bakım yükünün beraberinde getirdikleri sorumluluklar hasta yakınlarının psikolojik olarak yıpranmalarına neden olduğu görülmektedir. Hasta yakınlarının bu süreç içerisinde kısıtlı bir mekanda bulunması ve zamanlarının büyük çoğunluğunun hastanede geçirmek zorunda kalması nedeniyle dış dünyadan soyutlamaya ba ladıkları ve sosyal izolasyon yaşadıkları gözlemlenmiştir. Hasta yakınlarının bakım verme süreciyle birlikte ailesine vakit ayıramadıkları, ailelerinin özel ve önemli günlerinde hastanede bulundukları, bu nedenle üzüntü ve pişmanlık duyguları yaşadıkları görülmüştür.

“Mezun da olayım ister     niversite bitireyim o çıkmayacak diyor. Yanında değildim, hiçbir şeyde yanında değildim. Liseye yazdırdım yanında değildim,  niversiteye girdi yanında değildim, mezuniyet töreni var, yanında değilim, gidemiyorum”. (HY9)

Hasta yakınlarının bakım yükünü üstlenmelerinin hasta yakınları üzerinde psikolojik olarak olumsuz etkileri olduğu görülmektedir. Hasta yakınları bu süreçte depresyon, tükenmişlik, hastanede benzer rutinlerin olması ve personel haricindeki kişilerle kısıtlı iletişim, sosyal çevrelerine ailelerine vakit ayıramama gibi nedenlerle sosyal izolasyon yaşadıkları görülmektedir. Hasta yakınlarının yaşadıkları bu problemler psikososyal desteğe gereksinim duyduklarını göstermektedir. Fakat birçok hasta yakınının psikolojik destek ihtiya ını sosyal destek sistemlerinden veya başka nedenlerle geçiştirerek destek hizmetlerinden yararlanmadıkları görülmektedir.

3.1.3. Hasta Yakınlarının Gündelik Yaşama Dair Deneyimleri

Hasta yakınlarının gündelik yaşamlarında bazı zorluklar yaşadıkları ve bakım yükünün hasta yakınlarının günlük yaşam deneyimlerini olumsuz etkilediği görülmektedir. Hasta yakınlarının bakım verme sürecinin başlamasıyla birlikte uyku rutinlerinin bozulduğu, uyku bozuklukları yaşadıkları görülmektedir. Ayrıca kendi gereksinimlerini erteledikleri ve gündelik yaşamlarını bakım verdikleri hastaya göre şekillendirdikleri görülmektedir.

“  e böldük günü. İş, ev, hastane. Başka bir şeyimiz kalmadı yani. Sosyal hayat diye bir şey kalmadı yani.” (HY12)

“Zorluyor tabi. Çarşıya gidemiyon, camiye gidemiyon. Arkadaşlarımla irtibatım kesildi. Hava güzel mesela, oda sıcak, havasız.” (HY8)

Alam ve diğerleri (2020) hasta yakınlarının bakım verme sürecinde gece boyu hastanın gereksinimlerini karşılamak için sık sık uyanma, kesintili uyku düzeni ve sürekli tetikte olma hali nedeniyle bakım verenlerin uyku kalitesinin bozulmasına ve buna bağlı bilişsel işlevlerde düşüş yaşanmasına yol açmakta olduğunu belirtmiştir.

“Sürekli düşünüyorum. Yani kafam o kadar dolu ki anlatamam sana. İnanır mısın aşağıya iniyorum ya, girişi bazen unutuyorum. Biliyor musun? Buraya  ıkışı unutuyorum. Kafam artık bir şeyden sonra duruyor.    nk  uyku yok. Kafam sürekli dolu, hiçbir özel hayatın yok.” (HY9)

Hasta yakınlarının bakım verme süreciyle ikamet yerlerini ve mekanlarını değiştirmelerinin yaşamlarına olumsuz yansıdağı aktarılmaktadır.

“Yani işte yurtdişından dönmek durumunda kaldım tekrar Sivas’a geldim. Mesela hala şu an bir d zenim yok. İşte evliyim eşim ayrı bir yerde. şu anda benim de güncel bir evim yok. Yani tabii şey değişiyor biraz, tamamen değişiyor. Çok da yapacak bir şey yok.” (HY13)

Hasta yakınları gündelik yaşamlarını düzenleyebilmek ve olası psikososyal etkileri en aza indirmek için bakım yükünü aile üyelerinden kişiler ile paylaşarak dönüşümlü bakım verdikleri görülmektedir.

“Ben baktım. Kız kardeşlerim geliyordu ama yoğunluk benimdi onlar bir haftalığına, on g nl   ne gelip gidiyorlardı.” (HY9)

“Burada i te normalde bir ay o kalıyordu, bir ay ben kalıyordum. Ben i te geçen o gelmeden önce buradaydım, ben bir rahatsızlandım. Onda da şöyle s  leyeyim iki ay kaldı 60 gün kaldı o burada, sonra da gerisin geri ben geldim. O gitti.” (HY11)

Palyatif bakım sürecinde hasta yakınlarının değişen gereksinimleri ile gündelik yaşamlarının bir parçası olan kişisel gereksinimlerini karşılamakta zorlanan hasta yakınları hem kendi yaşam rutinlerinden fedak rlık yapmak zorunda kalmakta hem de hastanın bakımına yönelik sorumlulukları arasında denge kurmaya çalışmaktadırlar.

“Banyo da var ama burada, ben eve gidiyorum.” (HY10)

Hasta yakınların banyo yapmak ve çamaşır yıkamak gibi gereksinimlerini hastane ortamında gidermeye çalıştıkları, sosyal çevresinden refakatçi desteği alan hasta yakınlarının ise temel gereksinimlerini eve gittikleri zaman diliminde kar ıladıkları görülmektedir. Hasta yakınlarını bu temel gereksinimlerini eve gittikçe kar ılamasının nedeni ev ortamlarının kamuya açık alanlardan daha hijyenik olduğunu d   nmeleridir.

Palyatif bakımda yatan hasta yakınlarının da gereksinimleri hastalığın ba ından ölüm gerçekleşene dek de i ebilmekte ve farklı şekiller alabilmektedir (Tuncay, 2013). Kol ve Karabulutlu’nun (2021)  alı ması incelendiğinde bakım verme sürecinde hasta yakınlarının kendi temel ve yaşamsal gereksinimlerini erteleyebildi i ve erkek hasta yakınlarının hem temel gereksinimleri hem de yaşamsal faaliyetlerini kadın hasta yakınlarına göre daha az karşılandığı g r lm   t r. Hasta yakınlarının hastaya bakım verdikleri zaman diliminde sosyal hayatlarındaki düzenin bozulduğu gözlemlenmiştir.

“ nceki hayatımızda belli bir düzenimiz vardı. Hafta sonları i ten çıkıyordum. İ te yani  ocu umun da cumartesi tatil oluyordu. Benim de hafta sonları. K y m z var, köye gidiyorduk. Orada bahçemiz vardı. Ev yaptık, orayla u ra ıyorduk derken, i te şimdi her  eyimiz altüst oldu. Köye de gitmiyoruz bahçeye de gitmiyoruz. Aramız vardı, iki üç tane onlara da bakamadık, onlar da  ld ler. Bizim için bitti köyün şeyi. Eğer inşallah Cenabı Allah  ocu uma şey verirse, olursa gideriz yoksa gidemeyece iz abla mecbur bunun başında bekleyece iz. Hayat böyle yani her  eyimiz de i ti abla. Sadece bu  ocu umuza odaklandık, yani başka bir  eyimiz yok.” (HY1)

Hasta yakınlarının hastaya bakım verdikleri süreçte eskiden yaptıkları aktivitelere zaman ayıramadıkları gözlemlenmiştir.

“Valla özlediğim şey ne arkadaşlarımla gezmek mesela. İnsanın alıştığı iş mesela iş ortamını çok özlüyorum ya. Biz de devamlı dışarıda olan insanlarız mesela inşaat olsun çiftçilik olsun devamlı dışarıda işimiz. Gelip de buraya da girdikten sonra baya sıkılıyorsun.” (HY2)

Hasta yakınlarının bakım verdikleri süreçte aile dinamiklerinin değiştii ve hasta yakınları bakım yükünü üstlenmeden önceki yaşamlarına  zlem duydukları gözlemlenmiştir. Bakım yükünün beraberinde getirdii zorluklar aile içi iletişimi olumsuz etkileyebilmektedir. Bazı hasta yakınlarının bakım verme deneyimlerinin başlamasıyla birlikte aile içi iletişimde kopukluklar yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Ekici Kocakafa'nın (2019)  alışmasında bakım verenlerin %61'inin bakım verme sürecinde aile içi dinamiklerinin olumsuz etkilendiği görülmüştür. Benzer biçimde Canım (2022) tarafından gerçekleştirilen çalışmada hastaya bakım yükünü üstlenmenin hem stresli hem de ağır olduğu bu nedenle bakım yükünü tek bir aile üyesinin üstlenmesinin aile içerisinde sorunlara neden olabileceği görülmüştür. Alam ve diğerleri (2020)  oğu bakım verenin, sosyal etkinliklere katılımda azalma, arkadaşlarıyla iletişimde kopukluk ve aile içi dinamiklerde değişim yaşadığını belirtmektedir. Özellikle eşler ve çocuklarla geçirilen kaliteli zamanın azalması, aile içinde stres ve tükenmişliğe yol açabileceğini, uzun süreli bakım veren bireylerin, kendi sosyal kimliklerinden uzakla tıklarını ve tamamen hasta bakımına odaklandıklarını hissettiklerini vurgulamıştır (Alam vd., 2020).

“Tabii çocukları  zl yoruz onlar da mesela. Gidiyon mesela geçen ay oradaydım geldim. Bugün gelir gelmez arıyorlar amcam gelsin gitsin sen gel.” (HY2)

“E imizle ilişkilerimizi hani şöyle. Hani çocukları çocuklar, bu sefer eğimi fazla yormaya ba ladı. Benim hasta bir tanede çocuğum var engelli bir kızım var benim ee e im hani kızım ile ilgilenirken ben çocuklarla ilgileniyordum. Hani atıyorum bir yere falan gidecekleri zaman göz kulak oluyordum. Okula falan gidecekleri zaman takip ediyordum.  u anda hep y k onun sırtında oda tabi ondan rahatsız... Ya  ocuklarla çocuklar özlüyor illaki. Biz burada kalıyoruz. Çocuklar  zl yor, her gün arıyorlar. Baba ne zaman gelece  falan illaki soruyorlar yani. (HY 11)”

Hasta yakınları genellikle birinci dereceden akrabaları ile dönüşümlü olarak kaldıklarını dönüşümlü olarak kalamayanların ise hastane personeline emanet edip kişisel gereksinimlerini giderdiklerini belirtmişlerdir. Hasta yakınları hem kendilerinin hem de hastaya ait kişisel gereksinimlerin çoğunu hastaneden kar ıladıklarını en çok sorun yaşadıkları kişisel gereksinimler ise du  almak ve çamaşır yıkamak gibi hijyen odaklı temel gereksinimlerinin olduğu karşımıza çıkmaktadır. Aynı zamanda hastanedeki sürekli değişen refakatçi sayısı, hasta yakınlarının evinin uzak olması, aile içi ilişkilerdeki sorunlar, bakım verme zorunluluğu ve maddi durum gibi çeşitli sebepler  ne çıkan diğer zorluklardandır.

3.1.4. Hasta Yakınlarının Ekonomik Deneyimleri

Hasta yakınlarının bakım verme sürecinde i  yaşamından uzakla tı ı ve ekonomik sıkıntılar yaşadıkları ortaya çıkmıştır. Hasta yakınlarının tam zamanlı bakım yükünü üstlenmeleri nedeniyle i  yaşamından kopmaları, istihdamdan ayrılmak durumunda kalmaları neticesinde ekonomik açıdan güçlükler yaşadıkları görülmektedir.

“Babama bakmak için i ten  ıktım. İ te tazminat falan vardı işsizlik maa ım vardı. Onlar da bitti.” (HY3)

Hasta yakınlarının büyük çoğunluğunun süreç içerisinde ekonomik olarak zorlandığı görülmekle birlikte bazı hasta yakınlarının bu durumdan daha fazla etkilendiği görülmektedir. Benzer şekilde literatürde de (Ekici Kocakafa, 2019; Foreva ve Assenova, 2014) palyatif bakım ünitesinde yatan hastalara bakım veren hasta yakınlarının ekonomik sorunlar yaşadığı görülmektedir. Karakaya ve I ıkhan’ın (2020)  alı ması gelir seviyesi düşük olan hasta yakınlarının yaşam kalitelerinin de düşük olduğunu göstermektedir.

“Maddi olarak ben emekli bir adamım evim kira 10.000 TL maaş alıyorum.” (HY7)

“2.250 nafaka alıyorum.5.700tl de bir küçük kızım lisede SED yardımı alıyorum. Başka bir gelirim yok. Evim kira yani hepsi o.” (HY9)

Hasta için gerekli olan tedavi ve bakım hizmetlerinin sağlanması için gerekli olan ilaç ve fizik tedavi destekleri bakım yükünü üstlenen bireyleri maddi olarak zorlamaktadır. Küçüker (2024) hasta yakınlarının refakat ilik nedeniyle i lerini bırakmak zorunda kaldıkları ve bu durumun maddi zorluklara yol açtığı belirtilmiştir. Ayrıca, bakım sürecinin uzunluğu ve hastane ortamında bulunmanın getirdiği ek masrafların, hasta yakınlarının ekonomik yükünü artırdığı vurgulanmıştır.

“ imdi ne deyip anlatayım ki. Yani bunun  eylerinden de bayağı bir sıkıntı çekiyoruz, ödemelerinde bilmem neyinde. Bunun i te sigortasını yatırıyorum ondan oluyor. Çok şeyleri var söylenecek çünkü yani maddi durumumuz da olmuyor. Yani sıkıntımız çok oluyor i te ondan dolayı.” (HY1)

“Bende  alı ıyordum. Kazadan dolayı i ten çıkmak zorunda kaldım. Babama bakacak kimse olmadığı için.” (HY3)

“Hani hastanın bir maaşı olmadığı için veya bir geliri olmadığından sana ekstra bir maliyet yükü oluşturuyor. O da yeri geliyor i ini aksatıyorsun, yeri geliyor dediğim gibi. Sosyal hayatımdan  alıyor,  olu undan çocuğundan vakit şey yapıyor. İster istemez zor geliyor.” (HY11)

Sürekli refakatçi durumunda bulunan ve aile, kardeş vb. ile aile içinde bakım yükünden dolayı sorun yaşayan hasta yakınlarının daha fazla maddi sorunlarla karşı karşıya kaldığı görülmüştür. Benzer  ekilde (Canım, 2022) palyatif bakım hizmeti alan hastaya sahip olmanın maddi giderlerin artışına neden olduğu görülmüştür. Bu durum aile içi ilişkileri ve hasta yakınını psikolojik olarak olumsuz etkilemektedir.

“Yatırım yapacağımız yerler vardı, yapamadık. O parayı da yedik, buraya harcadık. Yani size şöyle s  leyeyim, bizi beş altı yıl geriye attı bu hastane ortamı. Bir yıl içinde yani geriledik hatta t  kenmeye geldik yani şöyle s  leyeyim.” (HY11)

“Benim aylık gelirim ne kadar 3 lira 5 lira, bu yarıya d  şt  otomatikman. Eee mesela k  yde yine aynı b  yle i lerimiz var arazi ekip biçiyor. Ben orada mesela engelliyor geçen yılki mesela yaptığım verimle bu sene yaptığım verim bir olmayacak ben biliyorum.       tarlamı hazırlayamadım, şöyle bir sıkıntı var.” (HY2)

3.2. Palyatif Bakım Hizmetinden Yararlanan Hasta Yakınlarının Ba  Etme Biçimleri ve Sosyal Hizmete Yönelik   nerileri

3.2.1. Hasta Yakınlarının Ba  Etme Biçimleri

Hasta yakınlarının ba  etme biçimleri ele alındığında her hasta yakınının farklı ba  etme biçimleri geliştirdiği g  r lm    r.      hasta yakınının dini inançlarının ve maneviyatlarının bu s  re te yaşadıkları zorluklarla ba  etmelerinde   nemli ba  etme biçimlerinden biri olduğu g  r lmektedir.   zellikle, hastalığın Allah’tan geldiğine inanmanın psikolojik iyi olu larını desteklediğini ve kabullenmelerini kolayla tırdıklarını ifade etmektedirler. Bakım verenlerin sahip olduğu manevi duygular, onları g   lendirmekte ve dayanıklılıklarını artırmaktadır (İsmail vd., 2024).

“Salavat veriyorum yavrum. Okuyorum,   fl yorum. Başka bir  eyim yoktur. Yani en b  y k silahımız bizim dua. Duadan başka hiçbir  eyimiz yok. Yeter ki Cenabı Allah’a sığın. Sen yani okuyup   fledikten sonra rahatlıyor insan. Yoksa Allah vermesin yani durdukça kafayı yer insan.” (HY1)

“Allah’tan geleni neden kabullenmeyim ki!” (HY8)

Hasta yakınlarının inançlarının bu d  nemde psikoloji ve ruh sağlığı   zerinde de etkili olduğunu ifade edilebilir. Hasta yakınlarının ifadelerine bakıldığında bazı hasta yakınlarının dini inançları olduğu için psikolojik destek alma ihtiya ı hissetmediğini ifade ettiği g  r lmektedir. Manevi y  n  geli mi  olan hastaların; biyopsikososyal y  nden daha sağlıklı olduğu aktarılmaktadır (Alta , 2020).

“Yani hepsi geçecek diyorum. Hani bu da diyorum bizim sınavımız. Tevekk    olmaya çalışıyorum. Hepsi geçecek diyorum. İ te yani sabır istiyorum. Rabbime   krediyorum.       bunların Allah’tan geldiğini biliyorum, hepsi geçecek diyorum yani.” (HY5)

Psikolojik destek ihtiya ını maneviyat ile karşıladığını ifade eden diğer hasta yakınlarının aksine bir hasta yakını bu d  nemde psikolojik destek ihtiya ını profesyonel bir destek hizmeti olarak sağladığını ifade etmiş ve diğer hasta yakınlarından farklı bir ba  etme biçimi sunmuştur.

“Psikoloğa gittim. Psikiyatrik ilaç kullandım.” (HY9)

Hasta yakınlarının bakım verme sürecinde sosyal destek ihtiya ı olduğu görülmüştür. Bu durum benzer araştırmalarda (Canım, 2022; Karakaya ve I ıkhan, 2020) da görülmektedir. Hasta yakınlarının bakım verme sürecinde sosyal çevresinden (aile, e , akraba, arkadaş gibi) aldıkları desteğin yaşadıkları zorluklarla baş etmedeki olumlu etkileri olduğu görülmektedir. Hasta yakınları bu süreçte karşılaştıkları zorluklarla baş ederken sosyal çevrelerinden aldıkları desteğin kendilerine iyi geldiğini, iyi hissettiklerini ifade etmişlerdir.

“G   veren arkadaşım. Biraz önce de anlatmıştım kardeşlerim değil arkadaşım. En büyük gücü o veriyor. Tabii ilk başta Allah. Rabbim. Arkadaşım arıyor sağ olsun teselli ediyor biraz. Bayağı konuşuyoruz bir saat falan. Sağ olsun beni destekliyor. Onunla konuştuğum zaman biraz psikolojik olarak iyi hissediyorum. Tesellim o işte.” (HY3)

“Tek olsaydım şunu söyleyeyim yani belki daha sıkıntı yaşayabilirdim. Ama destek olan insanlar olduğu için yalnız olmadığım için bu süreci daha rahat atlatabiliyoruz yani. Yani rahatım yani tek değilim çünkü abim var hanımlar var. Yani eşimin varlığı abimin eşi var falan derken onların da desteği ile atlatabiliyoruz yani pek şey yapmıyoruz.” (HY12)

Hasta yakınlarının bakım verirken zorlandıkları zamanlarda kendilerine iyi gelen ve yapmayı tercih ettikleri aktiviteler ve etkinlikler de bu süreçte karşımıza çıkan baş etme stratejileri arasında yer almaktadır. Hasta yakınlarının bu süreçte müzik dinlemek, el içi yapmak, gezmek, uyumak gibi kendilerine iyi gelen ve baş etmelerinde etkili olan bazı alanlara yönelmelerinin sürecin olumsuz etkilerini hafifletici yönde bir etkisi olduğu görülmektedir. Palyatif bakım birimindeki hasta yakınlarının bakım yükünün psikososyal etkilerini en aza indirmek ve iyilik hallerini artırmak için aktivitelerin sunulması önemlidir.

“Kendi kendimi iyi ediyorum, müzik dinliyorum arada el içi yapıyorum, koridorda volta atıyorum. Uyuyunca biraz iyi oluyorum. Sonra kalkıyorum el içi yapıyorum sonra biraz müzik dinliyorum.” (HY4)

“Yok destek falan almadık. İyi gelen şeyler işte mesela gidip bir ay kalıyorum, abim geliyor o bir ay kalıyor, ben gidip bir ay orada. İşte köyde geziyorum, tozuyorum, kafamı dağıtıp geri geliyorum.” (HY2)

Hasta yakınlarının süreç içerisinde durumu kabullenerek kendini bakım vermeye mecbur hissettikleri ve bu kabullenme durumunun baş etmede etkili olduğu görülmektedir. Hasta yakınlarının kendini bakım vermeye mecbur hissetmesi, geleneksel bakış açısından kaynaklanan zorunluluk hissi, kendini bu duruma alıştırma, durumu kabullenme gibi nedenlerden kaynaklanmakta olduğu görülmektedir. Sosyal  evre ve geleneksel toplum yapısından kaynaklanan bakış açısıyla birlikte hasta yakını kendini bakım vermeye mecbur hissetme durumuyla karşılaşmaktadır.

“Yaşadığımız zorluklarla işte mecbur. Mesela bir müddet sonra kendini de mecbur hissediyorsun. Mesela baban tamam bırakıp gidebilirsin. Ama düşündüğün zaman biz Anadolu insanıyız. Hepimiz biliyoruz. Mesela ailene bakmadığın zaman bugün babanın yanında olmasan sana bir sürü laf söyleyecekler. Kendini alıştırıyor olsun her şeye alıştırıyorsun.” (HY2)

Her ne kadar katılımcılar süreçle baş etmeye çalışsalar da kimi zaman baş etmede zorlandıkları da görülmüştür. Örneğin bir çalışmada (Kılıçkaya Ergin vd., 2020) hasta yakınlarının bakım verme sürecinde yaşadıkları stres ve öfke ile büyük çoğunluğu baş edebildiği ancak bir bölümünün baş edemediklerini ifade ettikleri görülmektedir.

Palyatif bakım biriminden yararlanan hastaya sahip olmanın hasta yakınları üzerinde ekonomik, sosyal ve psikolojik olmak üzere birçok etkiye sahip olduğu belirlenmiştir. Hasta yakınlarının bu sürecin beraberinde getirdiği zorluklar karşısında farklı baş etme biçimleri geliştirdiği görülmektedir. Her bir hasta yakınının farklı baş etme biçimleri geliştirdiği görülse de yapılan görüşmelerden elde edilen cevapların çoğu maneviyat ve sosyal destek (aile, eş, çocuk, arkadaş vb.) gibi ortak noktalarda birleşmektedir. Hasta yakınlarının profesyonel destek talep etmemelerinin nedeni hastane ortamında çalışan uzmanların artan hasta sayısı ve artan iş yükü nedeniyle yetersiz kalmaları, hasta yakınlarının bilgi eksikliği ve yeterli farkındalığa sahip olmamaları, profesyonel destek hizmetlerine erişmekte güçlük çekmeleri, kültürel faktörler ve psikososyal destek gereksinimlerini kendi sosyal çevrelerinden sağlamalarıdır. Hastaya bakma zorundaliğından kaynaklanan “kendini mecbur hissetme” gibi bir çözüm yolu geliştirerek süreci atlarmaya çalışmaktadır.

3.2.2. Hasta Yakınlarının Palyatif Bakım Hizmetine İlişkin Gereksinimleri ve Sosyal Hizmete Yönelik Önerileri

Gelişmiş ülkelerde, terminal dönemdeki hastaların ve ailelerinin yaşam kalitelerini artırmak için politikalar ve hizmetler her geçen gün daha önemli hale gelmektedir (Işıkhan, 2016). Palyatif bakımdan yararlanan hastaların yakınlarının bakım sürecinden nasıl etkilendiklerinin bilinmesi sosyal hizmet müdahalelerinin çeşitlendirilmesi ve kapsamı için önemlidir (Turgut Soylu,2020). Hastanın sağlık durumu, bakım verenin hastaya yakınlık derecesi, bakım verme sürecinin uzunluğu ve hasta yakınlarının ekonomik durumu gibi farklılıklar hasta yakınlarının gereksinimlerini de çeşitlendirmektedir. Palyatif bakım hizmetinden yararlanan hasta yakınlarının psikososyal, gündelik yaşam ve ekonomik gereksinimlerinden yola çıkarak sosyal hizmet gereksinimlerini anlamak önem arz etmektedir. Hasta yakınlarının eğitim, psikososyal destek, bireysel ve grup çalışmaları, maddi destek ve dinlenme/mola/aktivite, hastanenin düzenlenmesi gibi yönelik çeşitli gereksinimleri olduğu görülmektedir.

Hasta yakınlarının hastane içinde bulunan sosyal hizmet birimi ile ilgili bilgi sahibi olup olmadıkları daha önceden bu birimden yararlanıp yararlanmadıkları ve hastanede görev yapan sosyal hizmet uzmanları ile

ilgili sorular y netildi inde, hasta yakınlarının sosyal hizmet birimi hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıkları ve hangi durumlarda sosyal hizmet birimine başvurmaları gerektiğine dair bilgileri olmadığı görülmektedir. Hastalar ve/ya hasta yakınları sosyal hizmet uzmanlarına çoğunlukla maddi sorunları nedeni ile başvurdıklarından, sosyal hizmet uzmanların mesleki bilinirliği azdır (Yanarda , 2017; Saruç ve Aslantürk, 2018). Sosyal hizmet mesleğinin bilinirliğinin artması için hastane personeli ve hasta yakınları ile daha sık iletişim sağlanması gerekmektedir. Sosyal hizmet birimlerinin hasta yakınlarının ula abilece i yerlerde bulunması, hasta yakınlarına hangi durumlarda sosyal hizmet uzmanına başvurmaları gerektiği konusunda bilgilendirmelerin yapılması, hasta yakınlarının üzerinde rahatlatıcı bir etki yaratacağı düşünülmektedir.

“Ha o sosyal hizmetler, onlar da geliyorlar. Allah razı olsun kaç sefer geldi sordular. Ama i te bilmiyorum demek ki onların da yapacak bir şeyi yok ki.” (HY4)

Palyatif bakım birimindeki hasta yakınlarına yönelik eğitim ve bilgilendirme çalışmalarının sağlanması gerekmektedir. Bilgin ve  zdemir (2024) palyatif bakım birimlerinde hasta yakınlarının bilgi ve eğitim gereksinimine vurgu yapmıştır. Çalışmada, hasta yakınlarının bakım sürecine ilişkin gereksinimlerinin karşılanmasının hem hastaların hem de bakım verenlerin yaşam kalitesini artırdığı belirtilmiştir. Ayrıca, bakım verenlerin eğitim ve bilgilendirme gereksiniminin karşılanmasının, bakım yükünü azaltmada ve bakım kalitesini artırmada önemli bir rol oynadığı vurgulanmıştır (Bilgin ve  zdemir, 2024). Hasta yakınlarına yönelik yapılması önerilen eğitimlerde hastalık süreci, palyatif bakım süreci, hastaya bakım süreci, hukuki konular ve kaynaklara erişim gibi hasta yakınlarının süreci içerisinde kar ıla abilece i sorunlar ve gereksinimlerine yönelik bilgilendirme gerçekleştirilmelidir.

“İ te ilk hastaneye yattı ımız zaman bir hafta içinde hem irelerle beraber yaptım.  u an dört aydır buradayım, bayağı bir şeyler öğrendim.” (HY3)

Katılımcıların psikososyal deneyimlerine bakıldığında, süreci içinde zorlandıkları ve psikososyal desteğe gereksinim duydukları görülmektedir. Sosyal hizmet uzmanları terminal dönem, ölüm ve kayıp ile ilgili hasta yakınlarına bilgi vererek, hasta yakınlarını psikososyal açıdan destekleyerek güçlendirmektedir (Kovacs, Bellin ve Fauri, 2008; Small, 2001). Aynı zamanda sosyal hizmet uzmanları palyatif bakım sürecinde hastaların ve ailelerinin duygusal, psikolojik ve sosyal zorluklarına yardımcı olmakta, yaşam kalitesini iyileştirmeye yönelik müdahaleler sunmaktadırlar (Blacker ve Deveau, 2013). Bu müdahaleler hem hasta hem de aile bireylerinin bakım sürecini daha sağlıklı ve sürdürülebilir kılmaktadır. Aynı  ekilde Small’a (2001) göre, sosyal hizmet uzmanları, palyatif bakımda hastaların ve hasta yakınlarının duygusal, psikolojik ve sosyal gereksinimlerini karşılayarak önemli bir rol üstlenmektedirler. Fakat bu çalışmada katılımcıların sosyal hizmet uzmanlarından yeterince yararlanamadıkları görülmektedir.

“Ya gelip atıyorum bize bir eksiğiniz gediğiniz var mı? Veya bir sormak istediğiniz bir şey var mı diye soruyorlar bize. Yani bu hasta yakınlarına. Şöyle söyleyeyim, iyi mi geliyor diyeyim artık. İyi geliyor yani bu bize” (HY11)

Hasta yakınlarının bu süreçte birden fazla duyguyu bir arada yaşıdığı ve karmaşık duygular ile karşı karşıya kaldığı görülmektedir. Hasta yakınlarının bu süreçteki duygusal gereksinimlerinin göz ardı edilmemesi, bu duygusal gereksinimlerin anlaşılmaması ve karşılanması gerekmektedir. Hasta yakınları süreç içerisinde çaresizlik, tükenmişlik, kaygı, suçluluk, pişmanlık, yalnızlık ve izolasyon gibi duyguları yaşamakta ve bu yoğun duygular nedeniyle daha fazla zorluk yaşamaktadırlar.

Sosyal hizmet uzmanları palyatif bakım sürecinde hasta yakınlarına yönelik müdahalelerini artırması, bireysel ve grup çalışmalarını etkin bir şekilde uygulaması ve bakım verenlerle düzenli ziyaretler ve iletişim sağlaması, hasta ve aile odaklı bir bakım modeli açısından kritik bir gereklilik olarak ortaya çıkmaktadır (Alam vd., 2020). Bazı  alışmalar (Hudson vd., 2010) bakım veren ailelere yönelik bireysel ve grup çalışmaları ile destek sağlandığını ve bu sayede stresle başa çıkma becerilerinin arttığını göstermektedir. Özellikle grup çalışmaları kapsamında kişilerin yalnızlık hissinin azaldığı ve sosyal destek ağlarının g  lendiğı görülmektedir. Kangalgi Balta ve Bekiroğlu (2021a) destek gruplarının oluşturulmasının hasta yakınlarının duygusal ve sosyal gereksinimlerini karşılamada etkili bir yöntem olarak sunmaktadır. Bu noktada sosyal hizmet uzmanlarının, bireysel ve grup çalışmaları gerçekleştirmelidir. Fakat bu çalışmaları gerçekleştirirken hastalara refakat edecek kişilerin de olması gerekmektedir.

“Bak şimdi orada salonumuz var, etkinlik salonu. Oturma yeri var ama kiminle oturacaksın? Ben gidip orada oturacağım ama yalnız oturacağım. Kimse hastasını bırakıp çıkamıyor mesela benim hastam iyi şu yandakinin hastası hiç durmuyor. Nasıl bırakıp çıkacaksın? Herkes  yle bırakıp çıkamaz ki burası bir hastane yani” (HY6)

Hasta yakınlarının süreç içerisinde aile, arkadaş ve sosyal çevrelerinden destek ihtiya ı hissetmekte olup sosyal aktivite ve sosyalleşme gibi gereksinimleri oluşmaktadır. Hasta yakınlarının bu gereksinimlerine yönelik olarak sosyal hizmet uzmanı aracılığıyla palyatif bakım servisi içerisinde çeşitli aktiviteler yapılması  onerilmektedir. Palyatif bakım birimi içerisinde oluşturulacak oturma alanlarının hasta yakınlarının konforu göz önüne alınarak düzenlenmesinin sosyal gereksinimlerin giderilmesinde etkili olabileceğı düşünülmektedir. Özel gün ve haftalarda hasta yakınlarına yönelik yapılacak etkinlikler hasta yakınlarının sosyal etkileşimde olmalarına katkı sağlayacaktır.

“Babalar gününde veya bir özel günde programları olduğunda bu hastanede moral şeyi isterim.” (HY 9)

Palyatif bakım sürecinde, hasta yakınları hastanın bakımıyla ilgili birçok sorumluluk üstlenmektedirler. Bakım yükünü üstlenen hasta yakınlarının dinlenme ve mola gereksinimleri ortaya çıkmaktadır. Hasta yakınlarının belirli aralıklarla dinlenmeleri ve kendilerine zaman ayırmaları hem fiziksel sağlıklarına hem de ruh sağlıklarına iyi geleceği düşünülmektedir. Kalaycı ve  zkul (2018) refakatçi desteği konusunda dönüşümlü refakatçi sistemi (belirli s relerde hasta yakınlarına esnek bir Şekilde refakatçi hizmeti sunma) ve profesyonel bakım destek birimi (eğitimli sağlık personeli tarafından refakat ilik desteği sunma) olarak iki model sunmaktadır. Bu modellerin uygulanmasının hasta yakınları açısından yararlı olacağı düşünülmektedir.

“Eltim var, eltimin kızı var, üçümüz deği ikli bakıyoruz. Ablam gidiyor, ben geliyorum 15-20 gün yengem duruyor. O geliyor, kızı geliyor 15-20 gün duruyor, ondan sonra ben geliyorum.” (HY4)

“Hasta yakınlarını da bir dinlendirmeleri lazım. Atıyorum ben bir ay burada durduysam bana ‘on be  gün buraya daha gelme, hastana biz bakacağız, biz ilgileneceğiz, seni de her gün bundan arayıp haberdar edeceğiz’ demeleri lazım yani. Tek eksik yönü bu.” (HY11)

Hastanenin fiziksel koşulları olarak ele alabileceğimiz ve hasta yakınlarının zamanın büyük çoğunluğunu hastane odalarının hasta yakınlarının gereksinimini karşılayabilecek Şekilde tasarlanması karşımıza çıkan bir diğer öneridir.

“Ya Şimdi biz buraya hasta gelecek diye  d m z kopuyor. Hasta odaları tek kişilik olsa atıyorum. Herhalde baza pahalıdır bildiğim kadarıyla. Bir tane baza olsa adam en azından rahat yatar yani hasta yakını.” (HY11)

“ urada daha konforlu yani çok konforlu olmasa bile daha güzel. Bir koltuk daha rahat edebilecek bir Şey olsa daha iyi olur. Yani Şu anda saatlerce oturmak dert, günlerce d   n n yani artık.” (HY5)

Hastane sürecindeki tıbbi giderler, Şehir dışından gelen hasta yakınlarının ulaşım giderleri, kişisel gereksinimler için yapılan harcamalar, bakım vermek için hasta yakınlarının çalışma yaşamından ayrılması gibi durumlar hasta yakınlarının gelir kaybına uğramalarına neden olmaktadır. Hasta yakınlarının bu dönemde maddi destek ihtiyacı olduğu ve maddi destek ihtiyacının hasta yakınlarının psikososyal gereksinimlerini etkilediği düşünülmektedir. Sosyal hizmet uzmanları aracılığıyla hasta yakınlarına maddi destek sistemleri ile ilgili bilgi ve rehberlik sağlaması önerilmektedir. Hasta yakınlarına sunulacak ekonomik, psikolojik bakım desteğinin kar ıla tıkları sorunlarla ba  etmede ve hasta yakınlarının yaşam kalitelerini artırmada önemli bir role sahiptir (Higginson vd., 1990).

Hasta yakınlarının, palyatif bakım sürecinde yer alan diğer meslek elemanları ile ilgili deneyimleri ele alınmıştır. Hasta yakınlarının ifadelerine göre hasta yakınlarının birçoğunun palyatif bakım biriminden yararlanırken daha çok hem irelerle ve diğer sağlık çalışanları ile iletişime geçtikleri ve onlarla i  birliği

içerisinde oldukları görülmüştür. Hasta yakınlarının sağlık personeli ile iletişim halinde olmalarının nedeni personelin ulaşılabilir olması ve hastanın bakımı ile ilgili ortak bir i  yükü payla malarından kaynaklanmaktadır.

“E hemşireler, hasta bakıcılar, en çok yani yanımızda olanlar bunlar. Zaten burada öyle doktorluk bir şey yok yani. Burada hiç doktor görmedim ben.” (HY2)

“Hem irelerle tabii ki. Hematoloji bölümünde doktorlarla da denk geliyorduk ama burada bizim denk geldiğimiz en çok hemşire arkadaşlar oluyor.” (HY13)

Uzun süre hastanede bakım alan hastaların fizyoterapiye ve egzersizlere gereksinimleri olmaktadır. Hastanın iyilik halinin artmasına yönelik yapılan tedaviler dolaylı olarak hasta yakınlarının iyilik halini artırmaktadır. Hastasını iyi gören hasta yakınlarını kendilerini de iyi hissetmektedirler.

“Ya  imdi fizyoterapist gelip hastaya fizik tedavi gibi şeyler uygulasa hastaya iyi gelir. Atıyorum bir psikiyatrist gelip hasta yakınlarını dola sa, o da hasta yakınlarına iyi gelir. Yani bunlar iyi olur.” (HY11)

Gereksinimlerin giderilmesine yönelik iyileştirme çalışmalarının yapılması gerektiği hastanenin fiziksel koşulları, sosyal alan koşulları ve refakatçi desteği gibi çalışmalar yapılabileceği bu çalışmaların hastaları psikolojik, sosyal ve ekonomik açıdan olumlu yönde etkileyeceği öngörülmektedir. Aynı zamanda hasta yakınlarına yönelik sosyal hizmet uzmanları tarafından bireysel ve grup çalışmaları ger ekle tirmeli, aktiviteler ve sosyal alanlar sunmalı, farkındalığı artırmaya yönelik eğitimler vermeli, maddi destek için gerekli desteği sağlamalıdır. Palyatif bakım birimlerinde hastalara bakım veren yakınlar yönelik psikososyal desteği sağlamada sosyal hizmet uzmanı aktif olarak rol almalıdır.

Sonuc ve  neriler

Palyatif bakım hizmetinden yararlanan hasta yakınlarının psikososyal, gündelik yaşam ve ekonomik deneyimlerini anlamak ve bu süreçteki sosyal hizmet gereksinimlerine ve önerilerine odaklanmaktadır. Hastane sosyal hizmet birimleri, sağlık hizmetlerinin ayrılmaz bir parçası olarak, hastaların ve ailelerinin tıbbi tedavi sürecinde kar ıla tıkları psikososyal ve ekonomik sorunlara yönelik multidisipliner yaklaşımlar sergileyen profesyonel birimlerdir. Bu çalışmada palyatif bakımdan yararlanan hasta yakınlarının psikososyal, gündelik yaşamda ve ekonomik zorluklar deneyimledikleri ortaya çıkmıştır. Hasta yakınları, sosyal çevrelerinden ve gündelik yaşamlarından uzakla tıklarını, gelir kaybına uğradıklarını ve bakım verme sorumluluğunu zorunluluk olarak hissettiklerini ifade etmişlerdir.

Hasta yakınlarının palyatif bakımı tanımlarken zorlandıkları ve tanımlamayı deneyimleri çerçevesinde ele aldıkları görülmüştür. Bu durum, hasta yakınlarının palyatif bakımın tanımını ile ilgili bilgi eksikliklerinin olduğunu göstermektedir. Aynı zamanda sosyal hizmet birimi ve sosyal hizmet uzmanları hakkında da yeterli

bilgiye sahip olmadıkları görülmektedir. Hasta yakınları için hastaneye yatış yapıldığından itibaren uyum sağlayabilmeleri için gerekli bilgilendirmelerin sosyal hizmet uzmanları tarafından yapılması bakım verme sürecini kolayla tıracak  d     lmektedir. Bu bilgilendirme, yalnızca bakımın içeriğiyle ilgili temel bilgiler sunmakla kalmayıp, aynı zamanda hasta yakınlarının psikolojik ve duygusal gereksinimlerini de göz önünde bulunduran, onları sürece dahil eden bir yaklaşımı içermelidir.

Hasta yakınları, geleneksel toplum yapısının bireye yüklediği roller ve sorumluluklar nedeniyle kendini bakım vermeye mecbur hissetmektedir. Bakım verme zorunluluğunun ve sürecin belirsizliğinin katılımcılarda stres yarattığı görülmektedir. Katılımcıların süreçte psikososyal, gündelik yaşam ve ekonomik boyutlarda zorluklarla kar ıla mı lardır. Psikososyal deneyimlerinde katılımcıların yalnızla tıkları, sosyal yaşama katılımı ve süreçte psikolojik olarak zorlandıkları görülmektedir. Katılımcıların gündelik yaşam deneyimlerinde gündelik i lerini yaparken zorlandıkları, sosyal yaşamlarında aksaklıklar yaşadıkları ve aile bütünlüğünün olumsuz yönde etkilendiği ortaya çıkmıştır. Son olarak ekonomik olarak zorlandıkları, bakım verme sorumluluğundan dolayı  alı amadıkları görülmektedir. Bu süreçte katılımcıların kar ıla tı ı zorluklarla ba  edebilmek için çeşitli ba  etme stratejilerine ba vurdıkları görülmektedir. Çalışmada yoğunlukla manevi ve sosyal destekten yararlandıkları ortaya çıkmıştır. Hasta yakınlarına yönelik çeşitli sosyal faaliyetler düzenlenmesi hasta yakınlarını psikolojik ve sosyal yönden olumlu etkileyecek  d     lmektedir. Son olarak belirli aralıklarla hasta yakınlarına ücretsiz refakatçi desteği sağlanması hasta yakınlarını olumlu yönde etkileyecek  d     lmektedir.

Hasta yakınlarının psikososyal destek sağlamak için süreçte ve sonrasında, özellikle kayıp ve yas sürecinde, sosyal hizmet uzmanları tarafından profesyonel hizmet sunulması önemli ve gereklidir. Sosyal hizmet uzmanları, hasta yakınlarına özellikle kayıp ve yas süreçlerinde psikososyal destek sağlamalı; aynı zamanda eğitici, bilgilendirici ve ekonomik açıdan destekleyici bir rol üstlenmelidir. Bu süreçte, hasta yakınlarının kar ıla tıkları zorluklarla ba  edebilmeleri için etkili bir destek mekanizması oluşturulmalı; sosyal destek a ları, ba  etme stratejileri ve ekonomik yardım olanakları sunularak sürecin daha sağlıklı ve yönetilebilir hale gelmesine katkıda bulunulmalıdır.

KAYNAKÇA

- Ahmed, F., Kutluk, T., Yurde  en, S.,  engelen, M., Aydın, B., Kirazlı, M., Aydın, S., Sullivan, R. ve Harding, R. (2024). Palliative Care in Turkey: Insights From Experts Through Key Informant Interviews. *Journal of Cancer Policy*, 42, 1-10.
- Aksakal, H. (2014). Palyatif bakım hastalarına yönelik bakım yeri tercihi: Hasta yakını ve sağlık çalışanı üzerine bir araştırma. Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Alam, S., Hannon, B. ve Zimmermann, C. (2020). Palliative care for family caregivers. *Journal of Clinical Oncology*, 38(9), 926-936.
- Alta , H. (2020). Palyatif bakımda hasta yakınlarının maneviyat düzeylerinin  l me karşı tutumlarına etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Sakarya.
- Aslan, Y. (2020). Türkiye'de ve dünya'da palyatif bakım modellerine genel bakış. *Anadolu Güncel Tıp Dergisi*, 2(1), 19-27
- Aziz, A. (2015). *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntem ve Teknikleri (10. Baskı)*. İstanbul: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Ba dın ,  . E. (2019). Palyatif bakımda yatan hasta yakınlarının bakım verme yükü ve psikososyal gereksinimleri. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Bilgin, S. ve  zdemir, S. (2024). Palyatif bakım ünitesindeki hastalara bakım veren aile üyelerinin bakım yükü ile bakım ve tedavi sürecine ilişkin gereksinimlerinin belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, 6(3), 211-220.
- Blacker, S. ve Deveau, C. (2013). Social work and interprofessional collaboration in palliative care. *Palliative and Supportive Care*, 11(3), 237-243. <https://doi.org/10.1017/S1478951513000296>
- Braun, V. ve Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.
- Canım, F. (2022). Palyatif bakım ünitesinde hastası olan ailelerin psiko-sosyal sorunları ve ihtiyaçları. Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Creswell, J. W. (2018). *Be  Yakla ıma Göre Nitel Araştırma ve Araştırma Deseni: Nitel Araştırma Yöntemleri*. Ankara: Tarcan Matbaacılık.
- Dünya Sağlık  rg t  (DSÖ) (2020). Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>, Erişim tarihi: 10.11.2024.
- Ekici Kocaka, G. (2019). Palyatif bakım ünitesinde yatan hastalara bakım veren hasta yakınlarının bakım verme yüklerinin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Foreva, G. ve Assenova, R. (2014). The relatives of patients in need of palliative care. *Journal of Palliative Medicine*, 17(1), 56-61.
- G l tekin, M.,  zg l, N., Olcayto, E. ve Tuncer, M. (2010). Türkiye'de palyatif bakım hizmetlerinin mevcut durumu. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi*, 13(1), 1-6.
- Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı (2009). Ulusal Kanser Programı 2009-2015. Erişim adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanserdb/Dokumanlar/Raporlar/Ulusal_Kanser_Kontrol_Planı_2013_2018.pdf, Erişim tarihi: 05.12.2024.
- Higginson, I., Wade, A., ve McCarthy, M. (1990). Palliative care: Views of patients and their families. *British Medical Journal*, 301, 277-281. <https://doi.org/10.1136/bmj.301.6746.277>
- Hudson, P. L., Remedios, C. ve Thomas, K. (2010). A systematic review of psychosocial interventions for family carers of palliative care patients. *BMC Palliative Care*, 9(17). <https://doi.org/10.1186/1472-684X-9-17>
- I ıkhan, V. (2008) Terminal dönemdeki kanser hastalarının ölüm yeri tercihleri. *Türk Onkoloji Dergisi*, 23(1), 34-44.
- I ıkhan, V. (2016). Palyatif bakım hizmetlerinde sosyal hizmet mesleğinin yeri ve geleceği. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 27(2), 97-113.
- İsmail, M. F., Sharel, S. N. B. ve Shahadan, S. Z. (2024). Spiritual care in palliative settings: a scoping review of caregivers' perspectives in selected islamic countries. *Malaysian Journal of Qualitative Research*, 10(1), 119-125.
- Kabalak, A. A. (2014). Türkiye'de palyatif bakım; güncel gelişmeler, gereksinimler. *Anestezi Dergisi*, 22(3), 121-123.
- Kalaycı, I. ve  zkul, M. (2018). Refakatçi aktörlerin yaşam doyumunu, bakım yükü ve tükenmişlik düzeylerini etkileyen faktörler açısından bir değerlendirme. *Journal of Turkish Studies*, 13(10), 417-446.

- Kangalgil Balta, G. ve Bekiro lu, S. (2021a). Palyatif bakım merkezleri kapsamında verilen psikososyal destek hizmetleri: sosyal hizmet uzmanları ve psikologların gözünden nitel bir değerlendirme. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, (17), 130-154.
- Kangalgil Balta, G. ve Bekiro lu, S. (2021b). Palyatif bakımda psikososyal destek hizmetlerinin önemi. * alı ma ve Toplum Dergisi*, 4(71), 2797-2812.
- Kara, T. (2017). Terminal dönem kanser hastası yakınlarının palyatif bakımla ilgili g r   leri. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Karakartal, D. (2017). Tedavi Sürecindeki Kansersiz Hastaya Bakım Veren Hasta Yakınlarının Yaşadıkları Sorunların İncelenmesi. *Uluslararası Be er  Bilimler ve Eğitim Dergisi*, 3(2), 96-109.
- Karakaya, C. (2020). Palyatif bakım alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının görevleri, hedefleri ve becerileri. *Türkiye Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi*, 4(2), 38-49.
- Karakaya, C. ve I ıkh n, V. (2020). Palyatif bakım hastalarına bakım veren aile üyelerinde yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 31(4), 1437-1458.
- Kellehear, A. (2005). *Compassionate Cities: Public Health and End-Of-Life Care*. New York: Routledge.
- Kılıçkaya Ergin, A., Baysan Arabacı, L. ve Mutlu Satıl, E. (2020). Yoğun bakımda yatan hastaların yakınlarının bakım verme yükü ve psikososyal uyumları arasındaki ilişki. *İzmir K tip  elebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 5(3), 281-289.
- Kol, E. (2009). Türkiye'de sağlık işletmelerinde sosyal hizmet uygulamaları. Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eskişehir.
- Kol, R. ve Karabulutlu, E. Y. (2021). Kronik hastalığı olan bireylere bakım verenlerin bakım yükü ve iyilik halinin değerlendirilmesi. *Kocaeli Tıp Dergisi*, 10(1), 119-127.
- Kovacs, P. J., Bellin, M. H., ve Fauri, D. P. (2008). Family-centered care: A resource for social work in end-of-life and palliative care. *Social Work in Health Care*, 47(1), 13-27.
- Kösesoy, B. C. (2023). Palyatif bakımda sosyal çalışmacı varlığı. *Uluslararası Sosyal Bilimler Dergisi*, 7(31), 82-97.
- Küçüker, K. (2024). Palyatif Destek/Bakım Merkezlerinde Hasta Yakınlarının Sorunları ve Sosyal Destek Gereksinimleri: Nitel Bir Araştırma. Yüksek lisans tezi, İstanbul.
- Madenog lu Kıvanç, M. (2017) Türkiye'de Palyatif Bakım Hizmetleri. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 4(2), 132-135.
-  zdemir, F. (2016). Palyatif bakım alan hastaların yakınlarının yaşadıkları psikososyal sorunlar ile dini başa çıkma tarzları arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yüksek lisans tezi, İstanbul.
- Saruç, S. (2013). Tıbbi sosyal hizmet hizmet içi eğitim gerekliliği. *Sağlık ve Toplum*, 3-11.
- Saruç, S. ve Aslantürk, H. (2018). Examination of Professional commitment level of social. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 12(1), 24-34.
- Small, N. (2001). Social work and palliative care. *The British Journal of Social Work*, 31(6),961-971.
- Sütçü, S. (2023). Kronik hastalıklarda sosyal hizmet. *Doğu Karadeniz Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(1), 50-59.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2015). Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge. Erişim tarihi: 24.11.2024, Erişim adresi: <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/2817/0/palyatif-bakim-%20hizmetleri-yonergesipdf.pdf>
- T.C. Sağlık Bakanlığı. Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü, Palyatif Bakım Hizmetleri. Erişim tarihi: 27.11.2024, Erişim adresi: <https://khgmozellikli.saglik.gov.tr/svg/palyatif.php>.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2023, Ekim 20). Dünya Palyatif Bakım Günü açıklaması. Erişim tarihi: 10.03.2025, Erişim adresi: <https://www.saglik.gov.tr/TR-100111/dunya-palyatif-bakim-gunu.html>
- Tiryaki, E. ve Tüfekçi, F. G. (2023) Türkiye'de Palyatif Bakım Hizmetlerinin Sunumu ve İlgili Düzenlemeler. *Halk Sağlığı Hem ireli i Dergisi*, 5(3), 312-320
- Tuncay, T. (2013). Yaşam sonu bakımda sosyal hizmet uzmanının rolleri. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 24(2), 145-154.
- Turgut, A.  . ve Soylu, G. (2020). Palyatif bakım hasta yakınları ile nitel bir  alı ma. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 31(2), 460-476.
- Uğurlu, Z. (2020). Onkoloji servislerinde multidisipliner ekip çalışmasında sosyal hizmet uzmanının rolü. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 13(71), 1307-9581.

Yakar, B., Batbaş, C. S. ve Pirinçci, E. (2021). Palyatif Bakım ve Hospis. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 30(2), 136-143.

Yıldırım, A. ve Şimşek, H. (2016). *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: 2025 Haziran/ December
Sayı/Issue:25

OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞUNA SAHİP ÇOCUĞU OLAN ANNELERİN DENEYİMLERİNİN İNCELENMESİ: NİTEL BİR ANALİZ

İhsan Kutlu¹
Ömer Büber²
Ezgi Zeynep Eyüpoğlu³

Makale Bilgileri/ Article info

Makalenin Türü/Article Type: Araştırma
Geliş Tarihi / Date Received: 22.02.2025
Revizyon Tarihi/Date Revised:17.03.2025
Kabul Tarihi / Date Accepted: 27.03.2025
Yayın Tarihi / Date Published: 17.06.2025
DOI: 10.46218/tshd.1645213

Makale Künyesi/To cite this article: Kutlu, İ.,
Büber, Ö., & Eyüpoğlu, E. (2025, Haziran).
Otizm spektrum bozukluğuna sahip çocuğu
olan annelerin deneyimlerinin incelenmesi:
Nitel bir analiz. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*,
97-114

Sorumlu Yazar/Corresponding Author:

Doktora öğrencisi, Sakarya Üniversitesi,
Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyal Hizmet
Bölümü, ORCID: 0000-0001-9295-3789,
obuber11@gmail.com

Öz

Amaç: Bu çalışma, otizm spektrum bozukluğu (OSB) tanısı almış çocuklara sahip annelerin deneyimlerini ve yaşadıkları zorlukları anlamayı amaçlamaktadır. **Yöntem:** Çalışma, Türkiye'nin Doğu Karadeniz bölgesinde yaşayan 20 anneyle yarı yapılandırılmış görüşmeler yoluyla, nitel bir tasarım kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Veriler, fenomenolojik analiz yöntemiyle incelenmiştir. **Bulgular:** Annelerin OSB ile ilk karşılaşma süreçlerinde karmaşık duygular yaşadığı ve günlük yaşamlarını çocuklarının ihtiyaçlarına göre yeniden yapılandırdıkları anlaşılmıştır. Ayrıca çalışma, annelerin ekonomik, sosyal ve psikolojik alanlarda çeşitli zorluklarla karşılaştıklarını göstermektedir. Annelerin, çocuklarının eğitimi, sosyal entegrasyonu ve gelecekteki güvenliği konularında önemli kaygılar taşıdığı belirlenmiştir. **Sonuç:** Çalışma, OSB'li çocukların bakımında karşılaşılan zorlukların annelerin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebileceğini ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: Otizm Spektrum bozukluğu, anne, deneyim

EXAMINING THE EXPERIENCES OF MOTHERS OF CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER: A QUALITATIVE ANALYSIS

Abstract

Objective: This study aims to explore the experiences and challenges of mothers raising children diagnosed with autism spectrum disorder (ASD). **Method:** The study employed a qualitative design, conducting semi-structured interviews with 20 mothers living in the Eastern Black Sea region of Türkiye. The data were analyzed using interpretative phenomenological analysis. **Results:** The findings indicate that mothers experienced complex emotions upon first encountering ASD and reorganized their daily lives to accommodate their children's needs. Additionally, the study highlights that mothers face various economic, social, and psychological challenges. They also expressed significant concerns regarding their children's education, social integration, and future security. **Conclusion:** The study reveals that the challenges associated with caring for children with ASD may negatively impact mothers' quality of life.

Keywords: Autism spectrum disorder, mother, experience

¹ Dr. Öğr. Üyesi, Sakarya Üniversitesi, İnsan ve Toplum Bilimleri, Sosyal Hizmet Bölümü, ORCID: 0000-0002-5668-3491, ikutlu@sakarya.edu.tr

² Doktora öğrencisi, Sakarya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyal Hizmet Bölümü, ORCID: 0000-0001-9295-3789, obuber11@gmail.com

³ Sosyal çalışmacı, Herhangi bir kuruma bağlı değil, ORCID: 0009-0007-8017-2898, ezgizeynepuyuboglu@gmail.com

GİRİŞ

Otizm spektrum bozukluğu (OSB), sosyal ve iletişim becerilerinde sınırlılıkların yanı sıra tekrarlayıcı ve kısıtlı davranışlarla karakterize edilen bir nörogelişimsel bozukluktur (American Psychiatric Association, 2013). Güncel epidemiyolojik çalışmalar, son yıllarda OSB'nin yaygınlığının arttığını bildirmektedir (CDC, 2022). Araştırmalar, OSB'nin erkeklerde görülme olasılığının kız çocuklarına kıyasla daha yüksek olduğunu göstermektedir (Loomes vd., 2017; Salari vd., 2022).

Epidemiyolojik veriler, Amerika Birleşik Devletleri'nde OSB'nin prevalansının 1/59 olarak tahmin edildiğini göstermektedir (Maenner, 2020; Zeidan vd., 2022). Türkiye'de ise Otizm Platformu verilerine göre OSB'li bireylerin oranının 1/150 olduğu tahmin edilmektedir (Tohum Otizm, 2019). Türkiye genelinde yaklaşık 2 milyon otizmlili birey bulunduğu, bu durumdan etkilenen aile bireylerinin sayısının ise sekiz milyon olduğu öngörülmektedir (Otizm Konfederasyonu, 2024).

OSB tanısı alan bir çocuğa sahip olmak, aileler için zorlu ve stresli bir deneyimdir (Papadopoulos, 2021; Ng ve Ng, 2022; Alkhateeb vd., 2022). OSB tanılı çocukların %85'inin tüm yaşamları boyunca ailelerine veya bir bakıcıya ihtiyaç duyduğu bildirilmiştir (Shepherd, 2018). OSB'li çocuğa sahip ebeveynlerin stres (Fallahchai ve Fallahi, 2022), depresyon (Cohrs ve Lisie, 2017), kaygı (Spain vd., 2018) ve yorgunluk (Giallo vd., 2013) düzeylerinin yüksek olduğu belirtilmektedir. Literatür, OSB'li çocuğa sahip annelerin bakım yükü hissettiklerini (Picardi vd., 2018; Alhuzimi, 2021), bunun yanı sıra yüksek düzeyde psikolojik sorunlar yaşadıklarını (Kütük vd., 2021) ve kronik hastalıklar geliştirebildiklerini (Güneş ve Tuncer, 2023) ortaya koymaktadır. Araştırmalar, OSB'nin aile içindeki roller ve ilişkiler (Acharya ve Sharma, 2021; Navot vd., 2017), aile ekonomisi (Çınar vd., 2023) ve bireylerin sosyal yaşantısı üzerinde belirgin etkiler yarattığını vurgulamaktadır.

Otizmlili bir çocuğun yaşam boyu masraflarının, otizmlili olmayan bir çocuğa kıyasla yaklaşık iki kat daha fazla olduğu belirtilmektedir (Croen vd., 2006). ABD'de otizmlili bir çocuğu büyütmenin yaşam boyu maliyetinin 3,2 milyon dolar olduğu ve bu rakamın zamanla artmaya devam ettiği tahmin edilmektedir (Ganz, 2007). Bu veriler, otizmlili bir çocuğun eğitim masraflarının ve diğer çeşitli harcama kalemlerinin aile bütçesine ek bir yük oluşturduğunu göstermektedir (Yavuz ve Gümüşkaya, 2021; Zengin Akkuş vd., 2020).

Rivard ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında, otizmin semptomlarının şiddetinin (çocuğun entelektüel zekâ düzeyi, bakım zorlukları ve işlevsel bozukluklar) ebeveynlerin stres düzeylerini etkilediği vurgulanmıştır. Bu bulgular, düşük bilişsel gelişime sahip bir çocuğun ebeveynine uzun vadede daha yüksek düzeyde bağımlılık gösterdiğini ortaya koymaktadır. Bazı araştırmalar ise ebeveynlerin sosyodemografik özellikleri ile stres düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemiştir (Hall ve Graff, 2011; Crowell vd., 2019). OSB tanısı alan çocukların mevcut hastalıklarının yanı sıra aldıkları ek hastalık tanılarının (dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu,

anksiyete vb.) ebeveynlerin bakım yükünü ve stres düzeyini artırdığı belirtilmiştir (Helland ve Helland, 2017; Miranda vd., 2019). Dahası, araştırmalar, çocukların ebeveynlerine karşı gelme ve uyumsuz davranışlar sergilemesi gibi olumsuz tutum ve davranışların, ebeveynlerde zihinsel yorgunluk yarattığını göstermektedir (McStay, 2015; Kuhaneck vd., 2015).

Tükenmiş ebeveynler genellikle aşırı yorgunluk, yetersizlik hissi, keyif kaybı ve duygusal uzaklaşma gibi belirtiler yaşarlar (Roskam vd., 2018). Sürekli bir bitkinlik hissi içinde olan ebeveynler, görevlerini yerine getirecek enerjiyi bulmakta zorlanabilir ve dinlenmek bu yorgunluğu gidermeye yetmeyebilir. Kendilerini iyi bir ebeveyn olarak görmemeye başlayabilirler. Dahası bu durum suçluluk ve utanç duygularını beraberinde getirebilir. Ayrıca, ebeveynlik rollerinden tatmin olamaz ve çocuklarıyla vakit geçirmekten eskisi kadar keyif almayabilirler. Tüm bunlara ek olarak, çocuklarına karşı duygusal bağ kurmakta zorlanabilirler ve sevgi ya da şefkat göstermek konusunda güçlük çekebilirler. Bu belirtiler, ebeveynlerde tükenmişliğinin önemli göstergeleridir (Swit ve Breen, 2023; Brandão vd., 2024).

OSB'li çocuğa sahip aileler için iş, arkadaş ve komşular gibi sosyal çevrenin otizm konusundaki bilgisizliği, ek bir stres kaynağına dönüşebilmektedir (Bebbington ve Beecham, 2007). Bu nedenle, halkı otizmin etkileri ve otizmlili çocuklar ile ailelerinin karşılaştığı zorluklar konusunda bilgilendirmek önemlidir. Ailelere ve otizm hakkında daha fazla bilgi edinmek isteyen bireylere sunulan topluluk destekleri ve kaynaklar, toplumun ailelerin yaşadığı stres faktörlerini anlamalarına yardımcı olabilir. Ayrıca, bu destekler, otizmlili çocukların ailelerinin yaşam kalitesini artırmaya katkı sağlayabilir (Hall, 2012).

Araştırmalar, aile dinamiklerinin (aile içi iletişim, ebeveynler arası iş birliği), ailedeki diğer bireylerin desteğinin ve dış sosyal destek sistemlerinden alınan hizmetlerin (resmî kurumlar ve sivil toplum kuruluşları) ebeveynlerin ruh sağlığı üzerinde olumlu etkilere sahip olduğunu göstermektedir (Luther vd., 2005; Kuhlthau vd., 2014). Profesyonel rehberlik, arkadaş grupları, benzer deneyimleri paylaşan ebeveyn toplulukları ve çevrimiçi destek grupları, ebeveynlerin iyilik hâline olumlu katkı sağlayan faktörlerdendir (Lodder vd., 2019; Whelan, 2024).

Hastalıklarla başa çıkma sürecinde kültür önemli bir rol oynamaktadır (Kwok ve Wong, 2000). Türk toplumu, ataerkil bir yapıya sahiptir ve bu yapı içinde kadınlar, günlük ev işleri ve aile sorumluluklarının büyük bir kısmını üstlenmektedir. Hasta bir çocuğun bakımı da genellikle kadınların sorumluluk alanı olarak görülmektedir. Çalışmalar, OSB'li çocukların bakım sürecinde kadınların erkeklere oranla daha fazla bakım yükü ve stres hissettiğini ortaya koymuştur (Zeydan ve Yılmaz, 2023; Çokyaman ve Battal, 2020).

Dünya genelinde yapılan otizm araştırmalarında annelerin deneyimlerinin keşfedilmeye çalışıldığı görülmektedir. Ancak, Türkiye'de otizmlili bir çocukla yaşama deneyimi üzerine yapılan çalışmalar genellikle nicel verilere dayanmaktadır (Fırat, 2016; Fayız ve Nazik, 2023). Türkiye'de OSB'li çocuğa sahip annelerin

deneyimlerini içeren çalışmaların (Tiryaki ve Sever, 2025) sayısı ise sınırlıdır. Bu çalışma, Türkiye’de OSB’li çocuğa sahip annelerin deneyimlerini ve yaşadıkları zorlukları anlamayı amaçlamaktadır. Bu amaç doğrultusunda çalışmada şu soruların yanıtları aranmıştır:

- OSB tanısı alan çocukların anneleri, teşhis sürecinde hangi deneyimleri yaşamaktadır?
- OSB tanısı alan çocukların annelerinin günlük rutinleri nasıldır?
- OSB tanısı alan çocukların annelerinin karşılaştıkları güçlükler nelerdir?
- OSB tanısı alan çocukların annelerinin, çocuklarının geleceğiyle ilgili hangi beklenti, endişe ve umutlara sahiptir?

1. YÖNTEM

Bu çalışmanın fenomeni, OSB’li çocuklara bakım vermektir. Çalışma, annelerin deneyimlerini derinlemesine keşfetmek amacıyla nitel yöntemle tasarlanmıştır. Bu yaklaşım, annelerin dünya görüşlerini, hissettiklerini ve deneyimlediklerini ayrıntılı bir şekilde ortaya çıkarmayı sağlar (Smith vd., 2021; Creswell ve Poth, 2016).

1.1. Katılımcılar

Çalışma grubu, Türkiye’nin Doğu Karadeniz bölgesinde yaşayan ve özel bir rehabilitasyon merkezinden hizmet alan 20 anneden oluşmaktadır. Tüm çocukların OSB tanısı aldığına dair resmi sağlık kurulu raporu bulunmaktadır. Çalışmaya dahil edilme kriterleri; annelerin gönüllü olması, çocuklarıyla aynı evde yaşaması ve çocuklarının bakımını üstlendiğini beyan etmesi olarak belirlenmiştir. Katılımcı annelerin yaşları 27 ile 38 arasında değişmekte olup, yaş ortalamaları 32.65 ± 3.31 ’dir. Annelerin tamamı evli ve ev hanımıdır. Eğitim düzeylerine bakıldığında, 3’ü ilkokul, 12’si lise, 5’i ise üniversite mezunudur. Katılımcıların sosyodemografik bilgileri Tablo 1’de gösterilmiştir.

Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik Bilgileri

Katılımcı	Yaş	Mezuniyet	Aylık Gelir*	Hastalık Süresi
K1	28	Lise	Bir asgari ücret	2 yıl
K2	32	Lise	Asgari ücretin üzerinde	1 yıl
K3	33	Üniversite	Asgari ücretin üzerinde	3 yıl
K4	38	Lise	Bir asgari ücret	1.5 yıl
K5	34	Lise	Bir asgari ücret	3 yıl
K6	32	Üniversite	Asgari ücretin üzerinde	2.5 yıl
K7	29	Lise	Asgari ücretin üzerinde	2 yıl
K8	31	Lise	Bir asgari ücret	1 yıl
K9	33	İlkokul	Asgari ücretin altında	1.5 yıl
K10	37	Lise	Asgari ücretin üzerinde	6 ay
K11	36	İlkokul	Bir asgari ücret	1 yıl
K12	35	Üniversite	Asgari ücretin üzerinde	8 ay
K13	29	Lise	Bir asgari ücret	1 yıl
K14	28	Üniversite	Asgari ücretin üzerinde	1.5 yıl
K15	35	Lise	Bir asgari ücret	2 yıl
K16	32	Lise	Bir asgari ücret	1 yıl
K17	34	Lise	Bir asgari ücret	1 yıl

K18	38	Lise	Bir asgari ücret	1.5 yıl
K19	27	Üniversite	Asgari ücretin üzerinde	2 yıl
K20	32	İlkokul	Asgari ücretin altında	1 yıl

*Çalışmanın yapıldığı tarihte Türkiye'de net asgari ücret 11.402 TL idi.

1.2. Araştırma Süreci

Veriler, açık uçlu sorulardan oluşan ve yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılarak, yüz yüze ve derinlemesine görüşme tekniği ile toplanmıştır. Yarı yapılandırılmış sorular, katılımcıların OSB'li bir çocuğun bakımını yürütürken yaşadıkları deneyimleri en iyi şekilde ifade etmelerine olanak sağlamıştır.

Öncelikle etik kurul izni alınmıştır. Katılımcıların belirlenmesi için OSB'li çocukların rehabilite edildiği, sosyalleştiği ve eğitimlerinin sağlandığı bir özel rehabilitasyon merkeziyle iletişime geçilmiştir. Yetkililere çalışmanın konusu, kapsamı ve amacı aktarılmıştır. Yetkililer, çalışmanın konusunu ve amacını olumlu karşılamışlardır. Dahil edilme ve dışlama kriterleri dikkate alınarak, çalışmanın amacına uygun potansiyel katılımcılara yönlendirilmişlerdir. OSB'li çocuğa sahip annelerle burada temasa geçilmiştir. Görüşmeler, kurumun uygun bir ofisinde, yaklaşık 45-60 dakika süresince, yüz yüze gerçekleştirilmiştir.

Görüşme protokolü, çocuğun hastalık öyküsünün başlangıcından günümüze kadarki süreçte annelerin deneyimlerini derinlemesine ortaya çıkarmayı amaçlamıştır. OSB'li bir çocuğa sahip olmanın, annelerin hayatlarının ekonomik, sosyal, sağlık ve kişisel yaşam gibi alanlarını nasıl ve ne şekilde etkilediğini kendi sözleriyle anlatmaları istenmiştir. Katılımcıların bilgilendirilmiş onamı alınmıştır. Katılımcılara, istemedikleri soruları yanıtlamama ve görüşmeyi diledikleri anda sonlandırma haklarının bulunduğu açıkça ifade edilmiştir. Ayrıca, katılımcıların talep etmeleri durumunda psikososyal destek alabilmeleri için araştırmacıyla iletişime geçebilecekleri bilgisi verilmiştir.

Görüşmeler, açık uçlu bir soruyla başlamıştır: “Bana OSB'li bir çocuğa sahip olma deneyiminizden bahseder misiniz?”. Mülakat süreci, şu soru örnekleriyle tamamlanmıştır: “Çocuğunuza bakım verme sürecinden bahseder misiniz?”, “Çocuğunuzun otizmi hayatınızı nasıl etkiledi?”, “Çocuğunuz ve diğer aile üyelerinizle olan ilişkinizi tarif edebilir misiniz?”, “Destek süreçlerinizden bahseder misiniz?”. Katılımcıların yanıtlarına göre, bazı ek sondaj soruları sorularak, deneyimlerini en iyi şekilde ifade etmeleri sağlanmıştır. Katılımcıların bilgilendirilmiş onamı doğrultusunda, görüşmeler sesli kaydedilmiştir. Bu işlem, verilerin kalitesini artırmak ve doğruluğunu sağlamak için yapılmıştır. Veriler, nitel analiz konusunda deneyimli araştırmacılar tarafından kontrol edilmiştir.

1.3. Veri Analizi

Araştırma annelerin OSB'li bir çocuk yetiştirme konusundaki bakış açılarını ve kişisel deneyimlerini ayrıntılı olarak ortaya çıkarmayı amaçlamıştır. Verilerin tamamının endüktif nitel analizi yapılmıştır. Verilerin

analizinde Smith ve arkadaşlarının (2021) fenomenolojik analiz yöntemi kullanılmıştır. Katılımcılardan elde edilen ses kayıtları deşifre edilerek tam metin dökümleri oluşturulmuştur. Daha sonra yazar, transkriptlere aşına oluncaya kadar defalarca kez okumuştur. Yazar, katılımcıların duygu, düşünce ve deneyimlerine odaklanarak anlamaya çalışmıştır. Ayrıca, deneyimlerin özünü yakalarken tekrar eden ifadeleri yakalamaya çalışmıştır (Roulston, 2010). Bu aşamada, yazar yorumlarını ve gözlemlerini not etmiştir (Reid vd., 2005).

Bir sonraki aşamada, yazar görüşmelerden elde edilen verileri yapay zekâ veya nitel analiz programları kullanılmadan, manuel olarak analiz ederek kodları oluşturmuştur. Kodlar daha sonra çeşitli temalar altında birleştirilmiştir. Analiz, araştırma ekibinde yer alan nitel analiz konusunda deneyimli başka bir araştırmacı tarafından gözden geçirilmiş ve geliştirilmiştir. Daha sonra araştırmacılar arasında belirli aralıklarla toplantılar yapılmıştır. Toplantılarda, kodlar, temalar ve temaları açıklayıcı ifadeler tartışılmış ve en iyi temayı temsil eden ifadeler seçilmiştir.

1.4. Etik Hususlar

Bu çalışma, yazarların bağlı olduğu üniversitenin etik kurulu tarafından onaylanmıştır (Kabul tarihi/karar no: 02.02.2023-54/22). Görüşmeler, katılımcıların gönüllülüğü esasına dayalı olarak ve gizlilik ilkelerine uygun şekilde gerçekleştirilmiştir. Bu doğrultuda, her katılımcıya çalışmanın amacı ve önemi hakkında bilgilendirme yapılmıştır. Ayrıca, katılımcılara soruları yanıtlamama, görüşmeye istedikleri anda ara verme veya sonlandırma haklarının olduğu bildirilmiştir. Katılımcılara, görüşmeler sırasında veya sonrasında ihtiyaç duymaları halinde ruh sağlığı kaynaklarına yönlendirme bilgisi verilmiştir. Son olarak, tüm veriler yalnızca araştırma ekibinin erişebileceği, şifreyle korunan bir bilgisayarda saklanmıştır.

2. BULGULAR

Bu çalışma, OSB'li bir çocuğa sahip annelerin deneyimlerini dört ana tema altında ortaya koymuştur. Bu temalar, OSB ile ilk tanışma deneyimleri, günlük yaşam deneyimi, mücadele alanları ve beklentiler olarak sıralanmıştır. Her bir üst tema için bir dizi alt tema da belirlenmiştir (Tablo 2).

Tablo 2. Üst ve Alt Temalar

Üst Temalar (Ana Temalar)	Alt Temalar
Otizmle Tanışma: Belirtilerden Teşhise	İlk Belirtilerin Fark Edilmesi Teşhis Sürecindeki Deneyimler
Günlük Yaşam: Bakım, Eğitim ve Sosyalleşme	Günlük Rutinlerin Yeniden Düzenlenmesi Eğitim ve Sosyalleşme
Mücadele Alanları: Ekonomik, Sosyal ve Psikolojik Zorluklar	Ekonomik Zorluklar Sosyal Dışlanma ve Kabul Sorunları Psikolojik Yükler
Ailelerin Umutları ve Beklentileri: Gelecek için Çözüm Arayışları	Eğitim ve Destek Hizmetlerinden Beklentiler Uzun Vadeli Bakım ve Sosyal Güvence

2.1. Otizmle Tanışma: Belirtilerden Teşhise

Otizmli bireylerin erken teşhisi, tedavi sürecinin etkin bir şekilde planlanabilmesi için kritik öneme sahiptir. Ailelerin, çocuğun gelişimindeki anormallikleri fark etmeleri genellikle gözlemlerine, çevreden gelen geri

bildirimlere ve uzman görüşlerine dayanır. Ancak, farkındalık eksikliği ve toplumsal önyargılar, teşhis sürecini geciktirebilmektedir.

2.1.1. İlk Belirtilerin Fark Edilmesi

Aileler genellikle çocuğun yaşıtlarına göre gelişimindeki gerilikleri ya da anormal davranışları fark ederek uzmanlara başvurmaktadır. Bu süreçte, göz teması eksikliği, iletişim kurmama, aşırı tekrarlayıcı hareketler ve sosyal çekilme gibi belirtiler öne çıkmaktadır.

"6 aylık olduğunda göz teması kurmayınca fark ettik. Bebekler agu bugu gugu gibi sesler çıkarır, benim çocuğum boş boş bakıyordu. Doktora götürdük, tanısı 7 aylıkken koyuldu." (K1)

"Kızım 2 yaşında kelime haznesi çok iyiydi. 1 yaş civarında yaklaşık 100-150 kelime biliyordu. Ama söylediklerimi dinlememesi içimi kemiren bir durumdu, Seslendiğimde çoğunlukla bakmıyor bizden bir şey istediğinde vermezsek çekiştirerek alıyordu. Ya da ağlayarak istediklerini yaptırmaya yapılmayınca da hırçınlaşmaya başlıyordu. Parka götürdüğümde kendi yaş grubundaki diğer çocuklarla ilgilenmiyor ilgi gösterene de tepki vermiyordu. Yaşı büyüdükçe daha da hırçınlaşmaya başladı. Şiddet dahi gösterebiliyordu. Biz de bir psikoloğa gittik. Oradan da hekime gittik. Bu şekilde otizmlili olduğunu fark ettik." (K6)

"Yaklaşık 6 ay arayla doğum yaptığım eltimin çocuğuyla benim çocuğumun davranışları arasında fark vardı. Bu durumu başta garipsemedim. Karakter özelliği sandım. Babasının da küçükken geç konuştuğu ve utangaç birisi olmasından o şekilde sandık biz de. Yaşı ilerledikçe akranları ile arasındaki farklar ciddi manada hissediliyordu. Bu durumdan şüphelenerek daha sonrasında ne olur ne olmaz diye doktora götürdük. Çocuk nöroloğu da yaptığı testler ile çocuğuma otizm tanısı koydu." (K8)

Otizm teşhisinin, ailelerin yanı sıra psikolog, tıp hekimi ve öğretmen gibi profesyonellerin gözlem ve şüpheleri doğrultusunda yapılan yönlendirmelerle konulduğu tespit edilmiştir.

"Biz aile hekiminin yönlendirmesiyle öğrendik aslında çocukta otizm olduğunu. Benim düzenli kullandığım bir ilacım var. O bitmişti. Yazdırmak için aile hekimine gittim. Çocuğumu da bırakacak kimsem olmadığı için o gün yanımda götürdüm. Neyse doktora gittik, doktor hanım kızım ile iletişim kurmaya çalıştı. Ama benim çocuğum iletişim kurmayı bırakın, huzursuzlanıp beni çekiştiriyordu. Doktor Hanım çocuğum hakkında biraz sorular sordu. Bizi tanıdığı bir psikiyatriste yönlendirdi. O şekilde öğrendik otizmlili olduğunu." (K10).

"Benim çocuğum oldum olası içine kapanık, utangaç bir çocuktü. Biz 8 yaşındayken öğretmeni sayesinde öğrendik otizmlili olduğunu. Çocuğumun hiç arkadaşı yoktu, kimseyle iletişim

kuramazdı. Sadece patates kızartması ve makarna yedi. Okulundaki rehberlik hocası fark etmiş durumu. Bir gün okula çağırdı beni görüşmek için. Orada otizmlili olabileceğinden şüphelendiğini söyledi. İlk başta inanmadım tabii çok. Bu öğretmen nereden bilecek dedim. Ama yine de şüphelendim. Hiçbir şey yapmasam içim hiç rahat etmezdi. Götürdüm ben de doktora. Benim karakter özelliği sandığım huyları meğerse hastalığından kaynaklıymış. Allah o öğretmenden razı olsun. Biz bu şekilde öğrendik” (K13)

2.1.2. Teşhis Sürecindeki Deneyimler

Teşhis sürecinde annelerin karmaşık ve yoğun duygusal deneyim yaşadığını göstermektedir. Bulgular, teşhisle birlikte annelerin şok, inkâr, kendini suçlama, kaygı, korku, suçluluk ve çaresizlik gibi duyguları deneyimlediklerini ortaya koymuştur.

"Çocuğum 22 aylıkken grip olduğu için acile götürdük. Doktor, ismine tepki vermemesinden otizmden şüphelendi. Dediğine göre o yaşlarda ismine tepki vermesi, hatta basit cümleleri kurmaya başlaması gerekiyormuş. Ben okumamışım etmemişim. Nereden bileyim ki böyle şeyleri? Bu şekilde teşhis konuldu. Evladım acı çekerken bunu nasıl fark etmedim, nasıl bir anneyim diye kendimi sorguluyorum. Keşke daha bilinçli bir anne olsaydım. Çok üzülüyorum çocuğumun bu haline. " (K9)

"Eşim internetten araştırdı, otizm belirtilerini söyledi. İlk başta ona inanmadım. İnanmak istemedim ama doktora götürüp teşhisi aldık. Ayrıca aşırı kaygılıyım, çocuğum normal bir hayat yaşayacak mı diye sürekli düşünüyorum. Bana bir şey olursa çocuğuma kim bakacak, düşünürken delireceğim." (K18)

2.2. Günlük Yaşam: Bakım, Eğitim ve Sosyalleşme

Otizmlili bir bireyin ailesi, günlük yaşamını çocuğun özel ihtiyaçlarına göre yeniden yapılandırmak durumundadır. Bu süreç, rutinlerin planlanmasından duygusal uyuma kadar çok yönlü bir adaptasyon gerektirir. Özellikle anneler, çocuklarının eğitim ve sosyalleşme ihtiyaçlarını karşılamak için yoğun çaba sarf etmektedir.

2.2.1. Günlük Rutinlerin Yeniden Düzenlenmesi

Otizmlili çocukların bakım süreci, genellikle titizlikle oluşturulmuş günlük programlar çerçevesinde yürütülmektedir. Anneler, çocuklarının rahatlığı ve gelişimi için yemek, uyku ve etkinlik düzenlerini sürekli olarak gözden geçirmektedir.

"Biz onun düzenini kendi düzenimiz yaptık. Anormal bir çocukmuş gibi davranmıyoruz, huzursuz olmasın diye ne isterse yapıyoruz." (K7)

"Evladım başka ortamlarda bulunmayı sevmiyor. Onun huzuru için her şey onun istediği gibi ilerliyor." (K16)

2.2.2. Eğitim ve Sosyalleşme

Aileler, otizmlili bireylerin eğitim süreçlerini desteklemek için özel eğitim kurumlarına ve terapi programlarına düzenli olarak katılım sağlamaktadır. Çocuklarının yaşitlarıyla etkileşim kurarak sosyal beceriler kazanmalarını sağlamak, aileler için öncelikli hedeflerden biridir.

"Kreşe ve terapiye başladı. Çocuklar birbirlerini daha iyi anlıyor; grup eğitimlerinin faydalı olduğunu düşünüyorum." (K18)

"Kuruma düzenli olarak getiriyorum, çünkü buradaki etkinlikler ve eğitim çocuğuma çok iyi geliyor." (K2)

"Çocuğumu anaokuluna götürüyorum. Akranlarıyla bir arada bulunması, sosyalleşmesi için çabalıyorum." (K11)

2.3. Mücadele Alanları: Ekonomik, Sosyal ve Psikolojik Zorluklar

Otizmlili bireylere bakım verme süreci, ailelerin ekonomik, sosyal ve psikolojik alanlarda çok boyutlu mücadeleler yaşamasına neden olmaktadır. Bu mücadeleler, bireysel dayanıklılığı sınarken, toplumsal destek mekanizmalarının eksikliğini de ortaya koymaktadır.

2.3.1. Ekonomik Zorluklar

Otizmlili çocukların tedavi, eğitim ve terapi süreçleri yüksek maliyetler gerektirmektedir. Aileler, bu masrafları karşılamak için sıklıkla ekonomik zorluklarla karşı karşıya kalmakta ve maddi desteğin yetersizliğini hissetmektedir.

"Benim evladım yürüyemiyor. Tuvalete dahi götüremiyorum. Haliyle bez almam gerekiyor. Sadece bu da değil. Tedavilerini düzenli yaptırmam gerekiyor, kullandığı ilaçlar deseniz say say bitmez. Hangisine para yetiştireyim? Tabi ki yetmiyor." (K12)

"Yaşanılan her probleme belki göğüs gerebiliyorum ama ekonomik anlamda bir onu beceremiyorum. Zaten gelirimiz belli, eşimin emekli maaşıyla geçiniyoruz. İsterdim ki çocuğumdan hiçbir şeyi esirgemeyeyim, her istediğini alabileyim. Elimden bu kadar geliyor. Keşke daha iyi ekonomik şartlara sahip olsam. Çünkü eşimin maaşından başka tutunacak ne bir dalımız ne de elimizi tutacak bir desteğimiz var." (K20)

2.3.2. Sosyal Dışlanma ve Kabul Sorunları

Toplumsal farkındalık eksikliği ve ön yargılar, otizmlili bireyler ve ailelerinin sosyal izolasyon yaşamasına neden olmaktadır. Aileler, çocuklarının sosyal kabul görmesi için çaba sarf etmekte ancak dışlanma gibi olumsuz durumlarla sıkça karşılaşmaktadır.

"Bir yere gitmek istesek çocuktan gidemiyoruz. Zaten çocukla da istemiyorlar bizi. Mahalledeki çocuklar da çocuğumu istemiyorlar zaten. Yaşıyoruz yani. Bence her anne-baba sosyal sorunları hem kendi çevresinde hem de çocuklarının kendi çevrelerinde yaşıyorlardır. Bunların aksine de çocuğuma bence yaşlılarıyla bir arada olması daha iyi geliyor ama onu kabullendiremiyorum. (K1)

"Biz bu süreçte tüm aile olarak kabuğumuza çekildik. Çünkü otizmlili bir çocukla kendini güvende hissetmediği ortamlarda bulunmak çok zor bir durum. Haliyle bu da bizi sosyal çevreden uzaklaştırdı. Ekstra olarak benim kızımın durumu çok daha ağır olduğu için de ne yazık ki sosyal çevremiz hiç yok neredeyse" (K10)

2.3.3. Psikolojik Yükler

Otizmlili bireylerin ebeveynleri, yüksek bakım yükü ve belirsiz gelecek kaygısı nedeniyle stres, yalnızlık ve tükenmişlik gibi psikolojik sorunlar yaşamaktadır.

"Biraz bencilce olacak belki ama ben bu bakım verme sürecinde çok zorlandım. Ben iyi olayım ki çocuğum da iyi olsun. Sürekli uykusuzluk içindeyim, huzursuzum. Sanki kendime olan saygımı yitirmiş gibiyim. Bu ruh halim doğal olarak çocuğuma da yansıyor." (K5)

"Sürekli kötüyü düşünüyorum. Bana bir şey olursa çocuğuma kim bakar diye düşünmekten kafayı yiyeceğim." (K6)

"Kendimi yalnız hissediyorum." (K7)

"Aşırı kaygılıyım ve bunun sağlıklı bir şey olmadığını biliyorum. Ama elimden bir şey gelmiyor, düşünmeden duramıyorum." (K18)

Otizmlili bireylerin ve ailelerinin yaşam kalitesini artırmak için sosyal, ekonomik ve eğitim odaklı çözümlere duyulan ihtiyaç, ailelerin taleplerinde açıkça görülmektedir. Ebeveynler, çocuklarının geleceği için sürdürülebilir destek mekanizmalarının oluşturulmasını beklemektedir.

2.3.4. Eğitim ve Destek Hizmetlerinden Beklentiler

Aileler, otizmlili bireylere yönelik eğitim ve terapi olanaklarının artırılmasını ve bu hizmetlerin daha ulaşılabilir hale getirilmesini talep etmektedir.

"Bu çocuklar başı boş kalmamalı. Grup eğitimlerinin yaygın olması gerekiyor." (K18)

"Otizmli çocukların eğitim aldığı kurumların kalitesi artırılmalı ve denetimleri düzenli yapılmalı." (K8)

"Kurumlar aileler için farkındalık oluşturacak etkinlikler düzenlemeli. Bu şekilde çocuğumuzun gelişimini daha iyi takip ederiz."(K2)

"Eğitimde daha fazla pozitif ayrımcılık yapılmalı. Çocuklarımızın daha iyi bir gelecek için daha fazla fırsata ihtiyacı var." (K19)

2.3.5. Uzun Vadeli Bakım ve Sosyal Güvence

Anneler, kendilerinin yokluğunda çocuklarının bakımını üstlenecek güvence sistemlerinin oluşturulmasını istemektedir. Dahası anneler, en çok kendilerinin yokluklarında çocuklarının hayatlarını nasıl sürdürecekleri konusunda endişe duymaktadır.

"En büyük korkum, bana bir şey olursa çocuğuma kim bakacak?" (K11)

"Uzun vadeli güvence istiyoruz. Çocuklarımız için istihdam olanakları oluşturulmalı."(K13)

"Çocuğumuz için güvence sistemi oluşturulmalı. Biz yokken bile hayatını sürdürebilmeli." (K15)

"Gelecek için pozitif ayrımcılık ve sosyal güvence istiyoruz. Eğitim sonrası iş bulmaları kolaylaştırılmalı." (K20)

3. TARTIŞMA

Bu çalışma, Türkiye'de OSB tanısı almış bir çocuğa sahip annelerin deneyimlerini anlamayı amaçlamaktadır. Yarı yapılandırılmış görüşme yöntemiyle gerçekleştirilen araştırmada, analiz sonucunda dört ana tema ortaya çıkmıştır: hastalıkla ilk karşılaşma süreci, günlük yaşam deneyimleri, karşılaşılan zorluklar ve geleceğe dair beklentiler. Bulgular, annelerin OSB'li bir çocuğun bakımını üstlenirken duygusal, sosyal, ekonomik ve psikolojik açıdan çeşitli zorluklarla karşılaştığını göstermektedir. Ayrıca, çalışmada hastalığın ilk teşhis edilme sürecinde annelerin gözlemlerinin önemli bir rol oynadığı ve teşhis sürecinde farklı aktörlerin de yer aldığı vurgulanmaktadır.

Çalışmanın ilk teması, hastalık tanısı almadan önce annelerin çocuk hakkındaki gözlemlerini, hastalığın teşhis sürecindeki duygusal deneyimlerini ve teşhis sürecinde rol oynayan aktörleri içermektedir. Çalışma, annelerin çocuklarındaki gelişimsel farklılıkları tespit ederek bir sağlık kuruluşuna başvurduğunu ortaya koymaktadır. Ancak, farkındalık eksikliği, tanı sürecini geciktiren önemli bir faktördür. Annelerin yanı sıra

öğretmen, psikolog veya pratisyen hekim gibi meslek profesyonellerinin tanı sürecine katkı sağladığı görülmüştür. Teşhis süreci, annelerde şok, inkâr, suçluluk ve kaygı gibi yoğun duyguların ortaya çıkmasına neden olmuştur. Mevcut bulgumuz, çocuğuna ilk kez otizm tanısı konulan annelerde, şok, inkâr, keder, hayal kırıklığı, kaygı, korku ve öfke gibi duyguların ortaya çıktığını bildiren diğer çalışmalarla uyumludur (Nealy vd., 2012; Kosić vd., 2021; Bonis, 2016; Zengin Akkuş vd., 2020).

Bu çalışmada tanımlanan ikinci tema, annelerin günlük yaşamlarını çocuklarının özel ihtiyaçlarına göre yeniden düzenlemek zorunda kaldıklarını ortaya koymuştur. Çalışmamız, annelerin çocuklarının huzurunu artırmak için bakım, uyku, yemek düzenlerini, eğitim ve terapi programlarını titizlikle planladıklarını belirten diğer çalışmaların bulgularıyla uyumludur (Acharya ve Sharma, 2021; Giallo vd., 2013). OSB'li çocukların rutinlerine olan sıkı bağlılıkları ve değişikliklere karşı direnç gösterebilmeleri, çocukların günlük planlarının titizlikle yapılmasını zorunlu kılmaktadır. Bu nedenle anneler, bakım, uyku, yemek düzenlerini ve eğitim ile terapi programlarını titizlikle planlamaktadırlar. Ancak eş, kardeş ve akraba gibi sosyal destek sistemlerinden yeterince destek alamayan annelerin daha yüksek düzeyde bakım yükü hissettikleri önceki çalışmalarda ortaya konmuştur (Cassidy vd., 2008; Ntre vd., 2018).

Çalışmanın üçüncü teması, otizmlili çocuğı olan annelerin birtakım ekonomik, sosyal ve psikolojik zorluklar yaşadığını göstermektedir. Bulgularımız, annelerin otizmlili çocuklarının tedavi, terapi ve eğitim masraflarını karşılamakta zorluk yaşadığını ortaya koymuştur. Dahası, anneler artan bakım maliyetleri karşısında devlet sübvansiyonlarının yetersizliğine vurgu yapmaktadırlar. Araştırmalar, otizmlili bir çocuğun yaşam boyu masraflarının, otizmlili olmayan bir çocuğı kıyasla yaklaşık iki kat fazla olduğunu ve bu maliyetin 3,2 milyon doları aşarak zamanla arttığını göstermektedir (Croen vd., 2006; Ganz, 2007; Ou vd., 2015). Bu bulgular, otizmlili bir çocuğı sahip olmanın aile gelirinde azalmaya neden olduğunu ortaya koyan çalışmalarla uyumludur (Ntre vd., 2018; Barrett vd., 2012). Finansal zorluklar, OSB'li çocuklar için özel eğitim ve rehabilitasyon süreçlerini aksatabilir. Bu durum, bir yandan çocukların psikososyal gelişimini engelleyebilir ve uzun vadede dezavantajlara yol açabilirken, diğer yandan ebeveynlerin stres yaşamasına neden olabilir. Bu nedenle, otizmlili bireylerin ve ailelerinin ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sosyal destek mekanizmalarının güçlendirilmesi, finansal desteklerin artırılması ve erişilebilir eğitim ile rehabilitasyon hizmetlerinin sağlanması büyük önem taşımaktadır.

Çalışmamız, Türk toplumunda otizm konusundaki farkındalık eksikliğinin ve önyargıların, otizmlili ailelerin sosyal izolasyon yaşamalarına neden olabileceğini göstermiştir. Anneler, çocuklarının diğer çocuklar arasında kabul görmesi için çaba sarf ettiklerini; buna rağmen sıklıkla dışlanma ve ayrımcılık gibi sorunlarla karşılaştıklarını bildirmişlerdir. Bu bulgunun önemli olduğunu düşünüyoruz, çünkü yapılan araştırmalar, otizmle ilgili damgalanma deneyimi yaşayan bakıcıların daha yüksek düzeyde zihinsel sağlık sorunu yaşadıklarını göstermektedir (Papadopoulos, 2021; Chan ve Lam, 2018). Ayrıca, damgalanma, annelerin

ebeveynlik becerilerine olan güvenlerini zedeler ve benlik saygılarını olumsuz şekilde etkiler (Liao vd., 2019). Bu bulgular, Türk toplumunda otizmlili bireylerin ailelerine yönelik farkındalık eksikliği ve önyargıların, ebeveynlerin psikolojik sağlıklarını olumsuz etkileyerek toplumsal dışlanmaya yol açtığını işaret etmektedir. Dolayısıyla, toplumsal farkındalığın artırılması ve otizmlili bireylerin ailelerine yönelik destekleyici programların güçlendirilmesi hem ebeveynlerin psikolojik iyilik halleri hem de çocukların sosyal kabulü açısından önemli bir adım olacaktır.

Çalışma, annelerin yüksek bakım yükü, belirsiz bir geleceğe dair kaygılar ve yalnızlık hissi nedeniyle stres, tükenmişlik ve anksiyete gibi psikolojik sorunlar yaşadıklarını göstermiştir. Smith ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında, otizmlili çocuğu olan annelerin günlük yaşamda yüksek seviyede stres yaşadıkları ve bakım yükü bildirdikleri görülmektedir. Çalışmada, annelerin en büyük kaygısının, kendi yokluklarında çocuklarının bakımının nasıl sağlanacağı ortaya konmuştur. Bu çalışma, otizm tanılı çocuğu olan ebeveynlerin, çocuklarının bağımsız yaşamayı başaramayacaklarını düşündüklerini ve bu nedenle gelecek kaygısı taşıdıklarını belirten diğer çalışmalarla uyumludur (Cassidy vd., 2008; Ludlow vd., 2012; Özkubat vd., 2014). Bu bulgular, otizmlili çocukların ebeveynlerinin yaşadığı psikolojik zorlukların, geleceğe dair belirsizlikler ve bakım sorumlulukları nedeniyle arttığını göstermektedir.

Çalışmanın son temasında, annelerin eğitim, destek hizmetleri ve uzun vadeli bakıma yönelik çeşitli beklentileri ortaya konmuştur. Çalışma, annelerin çocukları için daha erişilebilir bir eğitim ve terapi desteği ihtiyacına vurgu yapmaktadır. OSB'li çocuklar için eğitimin, bağımsız yaşam becerilerinin kazandırılması ve toplumsal entegrasyonlarının sağlanması açısından çok önemli olduğunu düşünüyoruz. Çalışmalar, eğitimlerin çocukların iletişim becerilerini artırmak, akran ilişkilerini güçlendirmek ve öz bakım gibi temel becerileri kazanmalarını sağlamak için önemli olduğunu göstermektedir (Tüfek ve Sarı, 2016). Ancak, ailelerin maddi yetersizlikleri çocukların eğitim hizmetlerine tam anlamıyla dahil olmalarını zorlaştırabilir. Bu durum, annelerin hem duygusal hem de fiziksel olarak tükenmişlik yaşamalarına neden olabilir. Dahası, bu durum onların çocuklarının geleceğine ilişkin kaygılarını derinleştirebilir. Literatürdeki diğer çalışmalar, OSB tanılı çocuğa sahip ailelerin maddi yetersizlikleriyle psikososyal iyilik halleri arasında bir ilişkinin var olduğunu göstermektedir (Kuhlthau vd., 2014; Vasilopoulou ve Nisbet, 2016; Syriopoulou-Delli vd., 2020). Çalışmamız, OSB'li çocukların eğitim hizmetlerine erişimin artırılmasıyla annelerin iyilik hallerine olumlu katkı sağlayabileceğinin altını çizmektedir.

4. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma, OSB tanılı çocuklara sahip annelerin yaşadığı deneyimleri dört ana tema altında incelemiştir. Çalışma, annelerin OSB tanısı sonrası yoğun duygusal zorluklar yaşadığını ortaya koymaktadır. Ayrıca, annelerin çocuklarının ihtiyaçlarını ön planda tutarken, kendi ihtiyaçlarını ikinci plana attıkları gözlemlenmiştir. Bunun yanı sıra, hastalığın ekonomik yükü, toplumdaki farkındalık eksikliği ve sosyal

dışlanma gibi faktörler, annelerin iyilik hallerini olumsuz etkilemektedir. Bu kapsamda şu önerilerde bulunulmuştur:

- OSB tanılı çocuklara sahip aileler için destek grupları, danışmanlık hizmetleri ve psikososyal yardım programlarının yaygınlaştırılması gerekmektedir.
- OSB'li çocuklara yönelik eğitim ve terapi hizmetlerinin erişilebilirliği artırılmalı ve ailelerin bu hizmetlerden düzenli olarak yararlanabilmesi sağlanmalıdır.
- OSB'li çocuğu olan ailelere yönelik ekonomik destek programları genişletilmeli ve devlet sübvansiyonları artırılmalıdır. Özellikle tedavi ve eğitim maliyetlerinin karşılanması için finansal teşvikler sağlanabilir.
- Otizm konusunda toplumun bilinçlendirilmesine yönelik farkındalık çalışmaları düzenlenmelidir. Ayrıca, ayrımcılığı önlemek amacıyla eğitim programları yaygınlaştırılmalıdır.
- OSB'li çocukların ailelerinin yokluğunda da bağımsız bir yaşam sürdürebilmeleri için, yetişkin olduklarında istihdam olanakları sağlanmalıdır.

5. SINIRLILIKLAR

Bu çalışma, Türkiye’de OSB tanılı çocuğa sahip annelerin deneyimlerini ele alarak literatüre katkı sağlamaktadır. Mevcut çalışmanın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Çalışmanın katılımcıları Türkiye'nin Doğu Karadeniz bölgesinde yaşayan annelerden oluştuğu için, sonuçların genellenebilirliği sınırlıdır. Türkiye’de çocuk, yaşlı veya engelli bireylerin bakım sorumluluğu büyük oranda kadınların üzerindedir; bu da bakım konusunda kadınların daha fazla yük hissetmelerine neden olabilmektedir. Bu doğrultuda, çalışmanın anneler özelinde yapılmasının daha doğru olduğunu düşünülmüştür. Ancak, bu durum babaların veya diğer aile bireylerinin deneyimlerinin anlaşılmasını sınırlamıştır. Bu sınırlılıklar, gelecekteki araştırmalar için daha geniş örneklemelerle ve farklı aile üyelerini içeren çalışmalar yapılması gerektiğini işaret etmektedir.

KAYNAKÇA

- Acharya, S., & Sharma, K. (2021). Lived experiences of mothers raising children with autism in Chitwan District, Nepal. *Autism Research and Treatment*, 2021(1), 6614490.
- Akkuş, P. Z., Saygan, B. B., Bahadır, E. İ., Tuna, C. A. K., & Özmert, E. (2021). Otizm spektrum bozukluğu tanısı ile yaşamak: Ailelerin deneyimleri. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi*, 15(4), 272-279.
- Alhuzimi, T. (2021). Stress and emotional wellbeing of parents due to change in routine for children with Autism Spectrum Disorder (ASD) at home during COVID-19 pandemic in Saudi Arabia. *Research in Developmental Disabilities*, 108, 103822.
- Alkhateeb, J. M., Hadidi, M. S., & Mounzer, W. (2022). The impact of autism spectrum disorder on parents in arab countries: a systematic literature review. *Frontiers in psychology*, 13, 955442.
- American Psychiatric Association. 2013. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*.
- Barrett, B., Byford, S., Sharac, J., Hudry, K., Leadbitter, K., Temple, K., ... & Pact Consortium. (2012). Service and wider societal costs of very young children with autism in the UK. *Journal of autism and developmental disorders*, 42, 797-804.
- Bebbington, A., & Beecham, J. (2007). Social services support and expenditure for children with autism. *Autism*, 11(1), 43-61.
- Bonis, S. (2016). Stress and parents of children with autism: A review of literature. *Issues in mental health nursing*, 37(3), 153-163.
- Bowen, G. A. (2009). Supporting a grounded theory with an audit trail: An illustration. *International Journal of Social Research Methodology*, 12(4), 305-316. <https://doi.org/10.1080/13645570802156196>
- Brandão, T., Diniz, E., Basto-Pereira, M., & Babore, A. (2024). Emotion regulation and parental burnout: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 31(1), 97.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Cassidy, A., McConkey, R., Truesdale-Kennedy, M., & Slevin, E. (2008). Preschoolers with autism spectrum disorders: The impact on families and the supports available to them. *Early Child Development and Care*, 178(2), 115-128.
- Cavkaytar, A., & Özen, A. (2010). Aile katılımı ve eğitimi. G. Akçamete (Ed.), Özel eğitim [Special education] içinde (ss. 169-202). Kök Yayıncılık.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2020). Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years — Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2020, (69)4, 1-12. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.ss7202a1>
- Chan, K. K. S., & Lam, C. B. (2018). Self-stigma among parents of children with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 48, 44-52.
- Cohrs, A. C., & Leslie, D. L. (2017). Depression in parents of children diagnosed with autism spectrum disorder: A claims-based analysis. *Journal of autism and developmental disorders*, 47, 1416-1422.
- Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2016). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches*. Sage publications.
- Crowell, J. A., Keluskar, J., & Gorecki, A. (2019). Parenting behavior and the development of children with autism spectrum disorder. *Comprehensive psychiatry*, 90, 21-29.
- Çınar, İ., Çınar, Ş., Sarıkaya, E., & Yağizefe, D. (2023). Otizm spektrum bozukluğu/yaygın gelişimsel bozuklukta ailelerin ekonomik yükleri. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 26(1): 49-64
- Çokyaman, T., & Battal, F. (2020). Evaluation of Caregiving Load From Caring For Children With Autism And Down Syndrome Through Zarit Burden Interview. *Sakarya Tıp Dergisi*, 10(2), 210-215.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (Eds.). (2011). *The Sage handbook of qualitative research*. sage.
- Fallahchai, R., & Fallahi, M. (2022). Parental stress and dyadic adjustment among parents of children with ASD: Moderating effects of dyadic coping and perceived social support. *Research in Developmental Disabilities*, 123, 104192.

- Fayız, A. N., & Palancı, M. (2023). Investigation of self-efficacy, quality of life perceptions and resilience levels of parents with children with autism by mediator variable analysis. *Eğitim ve Bilim*, 48(214), 73-98.
- Firat, S. (2016). Levels of depression and anxiety among parents of autistic children. *Cukurova Medical Journal*, 41(3), 539-547.
- Ganz, M. L. (2007). The lifetime distribution of the incremental societal costs of autism. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 161(4), 343-349.
- Giallo, R., Wood, C. E., Jellett, R., & Porter, R. (2013). Fatigue, wellbeing and parental self-efficacy in mothers of children with an autism spectrum disorder. *Autism*, 17(4), 465-480.
- Grandin, T. (2010). How does visual thinking work in the mind of a person with autism? A personal account. *Autism and talent*, 141-149.
- Güneş, E., & Tuncer, M. (2023). The Relationship Between Maternal Chronic Disease, Infection, and Having a Child with Autism Spectrum Disorder. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 8(1), 95-100.
- Hall, H. R. (2012). Families of children with autism: Behaviors of children, community support and coping. *Issues in comprehensive pediatric nursing*, 35(2), 111-132.
- Hall, H. R., & Graff, J. C. (2011). The relationships among adaptive behaviors of children with autism, family support, parenting stress, and coping. *Issues in comprehensive pediatric nursing*, 34(1), 4-25.
- Helland, W. A., & Helland, T. (2017). Emotional and behavioural needs in children with specific language impairment and in children with autism spectrum disorder: The importance of pragmatic language impairment. *Research in Developmental Disabilities*, 70, 33-39.
- Kiral, B. (2020). Document analysis as a qualitative data analysis method. *Journal of Social Sciences Institute*, 8(15), 170-189.
- Kosić, R., Duraković Tatić, A., Petrić, D., & Kosec, T. (2021). The impact of autism spectrum disorders on the family. *Medicina Fluminensis: Medicina Fluminensis*, 57(2), 139-149.
- Köksal, M., & Eerciyes, J. C. (2021). Evaluation of psycho-social problems in the families of children diagnosed with autism. *Aydın Sağlık Dergisi*, 7(3), 235-254.
- Kuhaneck, H. M., Madonna, S., Novak, A., & Pearson, E. (2015). Effectiveness of interventions for children with autism spectrum disorder and their parents: A systematic review of family outcomes. *The American Journal of Occupational Therapy*, 69(5), 6905180040p1-6905180040p14.
- Kuhlthau, K., Payakachat, N., Delahaye, J., Hurson, J., Pyne, J. M., Kovacs, E., & Tilford, J. M. (2014). Quality of life for parents of children with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 8(10), 1339-1350.
- Kütük, M. Ö., Tufan, A. E., Kılıçaslan, F., Güler, G., Çelik, F., Altıntaş, E., ... & Kütük, Ö. (2021). High depression symptoms and burnout levels among parents of children with autism spectrum disorders: A multi-center, cross-sectional, case-control study. *Journal of autism and developmental disorders*, 51(1), 4086-4099. <https://doi.org/10.1007/s10803-021-04874-4>
- Kwok, & Wong. (2000). Mental health of parents with young children in Hong Kong: The roles of parenting stress and parenting self-efficacy. *Child & Family Social Work*, 5(1), 57-65.
- Liao, X., Lei, X., & Li, Y. (2019). Stigma among parents of children with autism: A literature review. *Asian journal of psychiatry*, 45, 88-94.
- Lodder, A., Papadopoulos, C., & Randhawa, G. (2019). Stigma of living as an autism carer: a brief psycho-social support intervention (SOLACE). Study protocol for a randomised controlled feasibility study. *Pilot and Feasibility Studies*, 5, 1-8.
- Loomes, R., Hull, L., & Mandy, W. P. L. (2017). What is the male-to-female ratio in autism spectrum disorder? A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 56(6), 466-474.
- Ludlow, A., Skelly, C., & Rohleder, P. (2012). Challenges faced by parents of children diagnosed with autism spectrum disorder. *Journal of health psychology*, 17(5), 702-711.

- Luther, E. H., Canham, D. L., & Cureton, V. Y. (2005). Coping and social support for parents of children with autism. *The journal of school nursing*, 21(1), 40-47.
- Maenner, M. J. (2020). Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years—autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2016. *MMWR. Surveillance Summaries*, 69.
- McStay, R., Trembath, D., & Dissanayake, C. (2015). Raising a child with autism: A developmental perspective on family adaptation. *Current Developmental Disorders Reports*, 2(1), 65-83.
- Mengi, A. (2019). *Sosyolojik boyutlarıyla otizm*. Ankara.
- Nealy, C. E., O'Hare, L., Powers, J. D., & Swick, D. C. (2012). The impact of autism spectrum disorders on the family: A qualitative study of mothers' perspectives. *Journal of Family Social Work*, 15(3), 187-201.
- Ng, C. S. M., & Ng, S. S. L. (2022). A qualitative study on the experience of stigma for Chinese parents of children with autism spectrum disorder. *Scientific Reports*, 12(1), 19550.
- Nowell, L. S., Norris, J. M., White, D. E., & Moules, N. J. (2017). Thematic analysis: Striving to meet the trustworthiness criteria. *International Journal of Qualitative Methods*, 16(1), 1609406917733847. <https://doi.org/10.1177/1609406917733847>
- Ntre, V., Papanikolaou, K., Triantafyllou, K., Giannakopoulos, G., Kokkosi, M., & Kolaitis, G. (2018). Psychosocial and financial needs, burdens and support, and major concerns among Greek families with children with autism spectrum disorder (ASD). *International Journal of Caring Sciences*, 11(2), 985-995.
- Otizm Konfederasyonu. (2024). Autism Confederation. Retrieved from: <https://otizmkonfederasyonu.org.tr/>
- Ou, J. J., Shi, L. J., Xun, G. L., Chen, C., Wu, R. R., Luo, X. R., ... & Zhao, J. P. (2015). Employment and financial burden of families with preschool children diagnosed with autism spectrum disorders in urban China: results from a descriptive study. *BMC psychiatry*, 15, 1-8.
- Özkubat, U., Özdemir, S., Selimoğlu, Ö. G., & Töret, G. (2014). Otizme yolculuk: Otizimli çocuğa sahip ebeveynlerin sosyal destek algılarına ilişkin görüşleri. *Ondokuz Mayıs University Journal of Education Faculty*, 33(1), 323-348.
- Papadopoulos, D. (2021). Mothers' experiences and challenges raising a child with autism spectrum disorder: A qualitative study. *Brain sciences*, 11(3), 309.
- Picardi, A., Gigantesco, A., Tarolla, E., Stoppioni, V., Cerbo, R., Cremonte, M., ... & Nardocci, F. (2018). Parental burden and its correlates in families of children with autism spectrum disorder: a multicentre study with two comparison groups. *Clinical practice and epidemiology in mental health: CP & EMH*, 14, 143.
- Reid, K., Flowers, P., & Larkin, M. (2005). Exploring lived experience. *Psychologist*, 18(1), 20-23.
- Rivard, M., Terroux, A., Parent-Boursier, C., & Mercier, C. (2014). Determinants of stress in parents of children with autism spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, 44, 1609-1620.
- Roskam, I., Brianda, M. E., & Mikolajczak, M. (2018). A step forward in the conceptualization and measurement of parental burnout: The Parental Burnout Assessment (PBA). *Frontiers in psychology*, 9, 758.
- Roulston, K. (2010). Considering quality in qualitative interviewing. *Qualitative Research*, 10(2), 199-228. <https://doi.org/10.1177/1468794109356739>
- Salari, N., Rasoulpoor, S., Rasoulpoor, S., Shohaimi, S., Jafarpour, S., Abdoli, N., ... & Mohammadi, M. (2022). The global prevalence of autism spectrum disorder: a comprehensive systematic review and meta-analysis. *Italian Journal of Pediatrics*, 48(1), 112.
- Shepherd, D., Landon, J., Taylor, S., & Goedeke, S. (2018). Coping and care-related stress in parents of a child with autism spectrum disorder. *Anxiety, Stress, & Coping*, 31(3), 277-290.
- Smith, J. A., Larkin, M., & Flowers, P. (2021). Interpretative phenomenological analysis: Theory, method and research.

- Smith, L. E., Hong, J., Seltzer, M. M., Greenberg, J. S., Almeida, D. M., & Bishop, S. L. (2010). Daily experiences among mothers of adolescents and adults with autism spectrum disorder. *Journal of autism and developmental disorders*, 40, 167-178.
- Spain, D., Sin, J., Linder, K. B., McMahon, J., & Happé, F. (2018). Social anxiety in autism spectrum disorder: A systematic review. *Research in autism spectrum disorders*, 52, 51-68.
- Swit, C. S., & Breen, R. (2023). Parenting during a pandemic: Predictors of parental burnout. *Journal of Family Issues*, 44(7), 1817-1837.
- Syriopoulou-Delli, C. K., Polychronopoulou, S. A., Kolaitis, G. A., & Antoniou, A. S. G. (2020). Review of Interventions for Inclusion of Children with ASD and Anxiety in Education. *J. Educ. Dev. Psychol*, 10.
- Tiryaki, A., & Sever, M. (2025). 'Birisi de kek yapıp getirse...!' Otizm spektrum bozukluğuna sahip çocuğu olan annelerin bakım yükü üzerine nitel bir çalışma. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 12(24), 37-65. <https://doi.org/10.46218/tshd.1466704>
- Todd, S. (2013). *The little book of the autism spectrum (Otizm Spektrum El Kitabı)* (Ed. Redif, S.) Palme Yayıncılık.
- Tohum Otizm. (2019). National Standards project: Findings and results summary report. (Retrieved from: https://tohumotizm.org.tr/wp-content/uploads/2019/10/Nac_Raporu_2019.pdf).
- Tüfek, G., & Sarı, S. (2016). Otizm bilinci ve otizmlı çocuğu olan ailelerin yaşadığı problemler (Anadolu otizm vakfında eğitim gören öğrenci aileleri örneği). *TÜBİTAK projesi*.
- Vasilopoulou, E., & Nisbet, J. (2016). The quality of life of parents of children with autism spectrum disorder: A systematic review. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 23, 36-49.
- Whelan, S., Caulfield, N., O'Doherty, S., Mannion, A., & Leader, G. (2024). Parental experiences of raising an autistic child in Ireland: A qualitative thematic analysis. *Autism*, 13623613241277040.
- Yavuz, M., & Gümüşkaya, Ö. (2021). Otizm spektrum bozukluğu ve zihinsel yetersizliği olan bireylerin ebeveynlerinin yaşam doyumu ve aile yılmazlık düzeylerinin incelenmesi. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi*, 22(4), 799-825.
- Zeydan, N. N., & Yılmaz, H. B. (2023). The relationship between caregiving burden and social support of parents of children with autism spectrum disorder. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 10(3), 403-410.



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: 2025 Haziran/ December
Sayı/Issue:25

KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ HASTALIĞI BULUNAN LİSE ÖĞRENCİLERİNİN AKADEMİK SÜRECİNİ SOSYAL HİZMET BAĞLAMINDA DEĞERLENDİRME; İSTANBUL İL ÖRNEĞİ

Eren SÖZER¹

Esin TÜCCAR²

Makale Bilgileri/ Article info

Makalenin Türü/Article Type: Araştırma
Geliş Tarihi / Date Received: 13.03.2025
Revizyon Tarihi/Date Revised: 07.04.2025
Kabul Tarihi / Date Accepted: 21.04.2025
Yayın Tarihi / Date Published: 17.06.2025
DOI: 10.46218/tshd.1656240

Makale Künyesi/To cite this article: Eren, S. ve Tüccar, E. (2025, Haziran). Kronik böbrek yetmezliği bulunan lise öğrencilerinin akademik sürecini sosyal hizmet bağlamında değerlendirme; İstanbul il örneği. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 115- 135

Sorumlu Yazar/Corresponding Author:

Eren Sözer, Sosyal Hizmet Uzmanı
erzer1024@gmail.com
ORCID: 0009-0007-8881-1412

Dr.Esin Tüccar, İstanbul Medeniyet
Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal
Hizmet Bölümü Öğretim Üyesi
esintuccar@gmail.com
Orcid 0000-0002-8349-6042

Öz

Araştırma; İstanbul'daki hastanelerde tedavi gören, Kronik Böbrek Yetmezliği (KBY) hastalığı bulunan lise çağındaki bireylerin hastalık sürecinin akademik başarıyla ilişkisini sosyal hizmet bağlamında ele almıştır. Katılımcılar, nicel yöntemlerden basit raslantısal örnekleme yöntemiyle araştırmaya dahil edilmiştir. Araştırmaya KBY hastalığı bulunan 14 ila 18 yaş aralığındaki 12 kadın, 31 erkek toplamda 43 katılımcı dahil edilmiştir. Elde edilen veriler, Tanıtıcı Bilgiler Formu ve Başa Çıkma Tutumları Ölçeği aracılığıyla toplanmıştır. Araştırmada veri analizi SPSS 29.00 programıyla sağlanmıştır. Katılımcıların eğitim yarıyılı, okul başarı puanı, göç ve hastalık gibi etmenler göz önünde bulundurularak en az 6 ay hastalığı bulunan kişiler araştırmaya dahil edilmiştir. Sonuç olarak hastalık sürecinin akademik başarıyla anlamlı ilişkisi olduğu görülmüştür. Katılımcıların Başa Çıkma Tutumları Ölçeğinden yüksek puan almaları, psikolojik ve sosyal yönden başa çıkma tutumlarının yüksek olduğunu göstermektedir. Ancak Tanıtıcı Bilgiler Formuna verilen cevaplara bakıldığında; okul devamsızlığı, göç etmeni, tedavi süreci ve sosyal çalışma mesleğinin müdahale yetersizliği gibi etmenler akademik başarıyı olumsuz etkidiği görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kronik Böbrek Yetmezliği, Çocuk, Akademik Başarı, Sosyal Hizmet

EVALUATING THE ACADEMIC PROCESS OF HIGH SCHOOL LEVEL STUDENTS WITH CHRONIC RENAL FAILURE IN THE CONTEXT OF SOCIAL WORK; ISTANBUL PROVINCE EXAMPLE

Abstract

The present study examined the relationship between the disease process and academic success of high school-aged individuals with Chronic Kidney Failure (CRF) who are treated in hospitals in Istanbul in the context of social work. Participants were included in the study by simple random sampling method from quantitative methods. A total of 43 participants (12 females and 31 males) between the ages of 14 and 18 with CRF were included in the study. The collection of data was facilitated through the utilization of the Descriptive Information Form and the Coping Attitudes Scale. The analysis of the collected data was conducted using the SPSS 29.00 program, taking into account confounding variables such as the participants' semester of education, school achievement score, migration status, and illness duration. Individuals who had been ill for a minimum of six months were included in the study. The findings revealed a significant relationship between the disease process and academic achievement. The participants' high scores on the Coping Attitudes Scale indicate that they possess strong psychological and social coping attitudes. However, an analysis of the Descriptive Information Form responses reveals that factors such as school absenteeism, migration, treatment process, and inadequate intervention by the social work profession have a negative impact on academic achievement.

Keywords: Chronic Renal Failure, Child, Academic Success, Social Work

¹ Sosyal Hizmet Uzmanı, ORCID: 0009-0007-8881-1412

² Dr. Öğr. Üyesi, İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü Orcid 0000-0002-8349-6042

1. Giriş

Toplumlar aile yapılarından oluşmakta, yapılar içerisinde çocuklar önemli bir alt sistemdirler. Çocuklar gelecekte toplumları şekillendiren ve toplumlara yön veren bireylerdir. Toplum ve içerisinde yer alan ebeveynler çocuklara değer vermekte, çocukların büyüme süreçlerinde sağlık ve eğitim sorunlarını iyileştirmede özen göstermektedirler (Gültekin ve Baran, 2005). Çocuğun gelişim ve büyüme süreciyle birlikte ihtiyaçları değişmekte ve artmaktadır. Bu ihtiyaçları karşılamada pek çok hizmet sürdürülmektedir. Bu hizmetlerden biri olan sağlık hizmeti her daim sürdürülmesi gereken bir ihtiyaçtır (Er, 2006).

KBY hastalığı çocukların sosyal fonksiyonları ve özgüvenlerini etkilemekle birlikte ruhsal dengelerinde bozulmalar oluşturabilmektedir. Bu durumla stres etmeni olmasına ve hastalığa karşı mücadelelerine zarar vererek çocuklarda depresyonun oluşmasına olanak sağlamaktadır (Dönmez, 2015). Çocukların sağlık ve eğitim süreçlerindeki hizmetler yaşamalarında bulunan makro ölçekteki kişi ve kurumlar tarafından sağlanmaktadır.

Eğitim ve öğrenim süreci bireylerin uzmanlaşmak istedikleri alanda gelişim sağlamaları için küçük yaşta dahil oldukları bir sistemdir. Süreç içerisinde fiziksel, sosyal ve psikolojik sebeplerden dolayı bireyin eğitim akışı sekteye uğrayabilmekte, sürecin başarısız sonuçlanmasına neden olabilmektedir. Çalışma KBY hastalığı olan çocukların akademik başarılarının sağlanması için hizmet eden kurum ve kuruluşların niteliğine, çocuk haklarının güncel uygulanmasına, literatürdeki yerine ve toplum normları göz önüne alınarak araştırma yapılmıştır.

1.1. Kronik Böbrek Yetmezliği

Böbreklerin en temel işlevi sıvı, elektrolit dengelenmesini ve asit baz dengelenmesinin gerçekleşmesi sağlamaktır. Bunun yanında vücuttan atılması gereken metabolik atıklardan olan üre, kreatinin ve fosfat gibi maddelerin uzaklaştırmayı sağlayan organdır. Böbrekle normal işlevlerini sağlamada yetersiz kalması durumunda yetmezlik tablosu gelişmektedir. KBY en az 3 ay sürede böbreklerde meydana gelen geri dönüşü olmayan işlevsel ve yapısal bozulmalardır (Topbaş, 2015). Belirtilen tablo Glomerul Filtrasyon Hızını (GFH) değerlendirmektedir. Sağlıklı bir böbrek glomerüllerinden 1 dk içerisinde 120 ml kan süzülmemektedir. Eğer belirtilen süre içerisinde kan süzüm miktarı 50 ml altına düşerse böbrekler metabolik atıkları kandan ayıramaz duruma gelir. Bu durumda böbreğin prerenal, intrarenal veya postrenal fonksiyonların aniden bozulmasıyla böbrek fonksiyonlarının renal ve sistemik kronik hastalıklara bağlı olarak böbrek fonksiyonlarının geri dönüşsüz kaybı Kronik Böbrek Yetmezliği görülebilmektedir (Temiz ve Kaya, 2017). KBY hastalığı bütün yaş gruplarında görülebilmektedir. Yapılan araştırmalar her bir milyonda 3 çocukta KBY hastalığı olduğu verisine erişilmektedir (Dönmez, 2015). KBY hastalığı başladıktan sonra böbreklerde meydana gelen yetmezlik 5 ayrı evrede değerlendirilmektedir.

Tablo 1. K/DOQI Kılavuzu KBY Hastalık Evreleri (Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü)

Evre	Tanım	GFH (ml/dk/1.73 m ²)
1	1 Normal veya artmış GFH ile böbrek hasarı ≥ 90	≥ 90
2	Hafif GFH azalmasıyla birlikte böbrek hasarı	60 – 89
3	Orta derecede böbrek yetmezliği	30 – 59
4	Şiddetli böbrek yetmezliği	15 – 29
5	Son dönem böbrek yetmezliği	<15

1.1.1. Hemodiyaliz Tedavi (HD)

Kronik böbrek yetmezliği (KBY) hastalığı bulunan kişilerin tedavisinde uygulanan başlıca en sık yöntem Renal Replasman Tedavi (RRT) tipi olan Hemodiyaliz (HD) tedavi yöntemidir. HD tedavisi ile KBY hastalığının etkileri kontrol altına alınmaktadır. KBY tedavi sürecinin ve bireyin yaşamının HD'ye bağlı olarak sürmesinden dolayı bireyin pek çok sağlık sorunuyla karşılaşmaktadır. Bireyde meydana gelen fizyolojik sorunlara başlıca örnek olarak; kas krampları, hipertansiyon, anemi (kansızlık), kanama, vücudun enfeksiyon eğilimi, hiperlipidemi (yüksek kolesterol), üremik kemik hastalığı (KBY hastalığı neticesinde sistemik mineral ve kemik metabolizmasındaki bozukluk), kusma, üremik kaşıntı (diyaliz sonrasında görülen semptom), tromboz (pıhtı), anevrizma (Aort ve beyin damarlarında zayıflamaya ve genişlemeye bağlı baloncuk oluşması), rüptür (organ veya damarın yırtılması), endokrin (hormonların salgılandığı böbrek üstü bez) anormallikler, fistül (organ ile bir yapı arasında tüp şeklinde oluşan normal dışı bağlantı) komplikasyonları, vasküler yetmezlik (venöz yetmezlik, kanın kalbe geri taşınamaması), periferik damar problemleri (Kalbi besleyen atar damar harici diğer tüm atar damarların daralması tıkanması), yorgunluk ve güçsüzlük gibi olumsuz durumlar örnek olarak gösterilebilir. HD bireyin yaşam kalitesini doğrudan olumsuz yönde etkileyen ve sürecin bireyin yaşamına dahil olduğu bir durumdur. HD tedavisine bağlı olarak gelişen olumsuz fiziksel hastalıklar bireyi psikososyal olarak etkilemektedir. Bireyin fiziksel işlevinde ve sağlık algısında bozulmalar, anksiyete, uyku sorunları ve depresyon görülebilmektedir (Şanlıtürk ve Ovayolu ve Kes, 2018, s.17).

1.1.2. Periton Diyaliz Tedavi (PD)

HD süreciyle birlikte tedavi gören bireylerde pek çok sağlık sorunu meydana gelebilmektedir. HD tedavisi ile meydana gelen sağlık sorunlarının önüne geçmek, bireyin daha pratik bir tedavi almasını sağlamak ve bireyin hayata katılımını artıran bir yöntem olan PD (periton diyaliz) yöntemi geliştirilmiştir. PD tedavi yöntemi HD tedavi yöntemine göre daha çok tercih edilmektedir (Çolak ve Hızal vd., 2004).

PD tedavi yöntemi periton zarı denilen karın boşluğunu duvarını oluşturan ve iç organları örten yapıyı membran (molekül özelliğine göre ayırım yapan katman) görevinde kullanımdır. PD tedavi yöntemi, HD

tedavi yöntemine göre ucuz, kolay ve basit uygulandığı için daha çok tercih edilmektedir (Sevinç ve Ortaboz vd., 2019).

1.1.3. Böbrek Nakli (Transplantasyon)

KBY hastalığı bulunan kişilere, canlı veya kadavradan cerrahi yöntemle insan böbreği alınarak hastalığa bulunan bireye takılmasıdır. Tıbbi gelişmeler ve yenilikler neticesinde böbrek nakli kabul edilen ve başarı oranının yüksek olan bir tedavi yöntemidir. Tedavi gerçekleştirmede immunsupresif tedavinin protokolünü gelişimini sağlamış ve immunsupresyon nedeniyle kullanılan ilaç yan etkilerini saptamıştır (Üstündağ, Gül vd., 2007). KBY hastalığında en etkili tedavi böbrek naklidir. Diğer diyaliz yöntemlerine göre başarılı bir böbrek nakli hastanın yaşam süresini, diyaliz tedavisinde meydana gelen kısıtlamaları kaldırarak, yaşam kalitesini artırmaktadır (Temiz ve Kaya, 2017).

1.1.4. Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalığı ve Çocuk

Çocuklarda görülen hastalık iki şekilde oluşmaktadır; doğuştan hasta olan çocuk ve sonradan görülen hastalık. Hastalığın şekle ve zamana bağlı olarak hastalık döneminde çocukta farklı biyopsikososyal değişimlerde farklılıklar görülebilmekte ve tedavi süreci boyunca çocuğun tedaviye yanıtında farklılıklar oluşabilmektedir (Er, 2006).

Süreğen hastalık, normal dışı, kalıcı hasar ve yetersizlik bırakan, yeniden eski haline dönmeyen, patolojik değişimlerle oluşan, hasta rehabilitasyonu için özel uzmanlık alanı gerektiren, uzun sürebilen bakım, gözetim ve denetleme gerekli olması beklenen durumlar olarak tanımlanmaktadır. Çocuk süreğen hastalıklar çeşitlilik göstermekte ve kronik böbrek yetmezliği buna örnek olarak gösterilebilir. Tıp bilminde yaşanan gelişmeler sonucunda süreğen ve ölümcül hastalığa sahip bireylerin yaşam süreleri daha uzamaktadır. Süreğen hastalığa sahip birey ve ailesi bu durumda hastalığa daha fazla maruz kalmakta, psikolojik ve sosyal olarak olumsuz etkilenmektedir (Er, 2006).

Literatüre bakıldığında tıbbi sosyal hizmetteki görev alanlarından biri olan çocuk izlem merkezleri; KBY konusunda hemodiyaliz, periton diyaliz ve böbrek nakli süreçlerinde çocuklara destekleyici görevdedirler (Özbesler, 2013).

1.2. Biyopsikososyal Model

Bireyler birbirlerinden farklı genetik yapıları sahiptir. Farklı genetik yapılar bireyin kişilik ve davranışsal özelliklerinde farklılık ve kişiye özgünlük oluşturmaktadır. Birey içerisinde yaşadığı toplum tarafından da etkilenerek kişilik özellikleri değişmektedir. Bu durum biyopsikososyal modeli destekler ve öne sürer. Biyopsikososyal model kavramı ile birey biyolojik, psikolojik ve sosyal yönleri ile bütüncül ele alınarak değerlendirilmektedir (Sezer Korucu vd. 2021).

George Engel, bireyin çevresel ve psikolojik özellikleri hastalığa sebebiyet veren potansiyel etmenler arasında olduğunu savunmaktadır. Engel biyopsikososyal model ile insan bedeninin çeşitli hastalıklar sonucunda bozulabilen bir makine olarak değil, daha derin ve çok yönlü olduğunu savunmuştur. Engel insan beyninin ve çevresinin sürekli olarak etkileşim halinde bulunduğunu ve bu etkileşimin sosyal ve fiziksel uyaranlar tarafından etkilendiğini savunmaktadır (Tan, 2020).

Varni vd. (1999) “Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği” çalışmasına göre ise fiziksel, duygusal, akademik yardımın kronik böbrek hastalığı bulunan çocukların akademik başarılarına ne denli olumsuz etkide olduğu analiz edilmiştir (Çakın Memik ve Ağaoğlu vd., 2007).

Bray vd. (2002) geliştirdiği “Ortaokul Öz-Yeterlilik Ölçeği (Middle School Self-Efficacy Scale)”ne göre hastalıkların çocuklardaki biyopsikososyal iyilik halleri incelenmiş, sonuç olarak hastalığın akademik başarıda belirgin bir düşüş meydana getirdiği gözlemlenmiştir (Yardımcı ve Başbakkal, 2010). Bu çalışmada çocuklardaki KBY hastalığının etkileri ruh hali, sağlık ve çevre içerisindeki özellikleri bakımından bu modelin kullanımı önem arz etmektedir. Katılımcılardan elde edilen veriler okul ve tıbbi sosyal hizmet disiplinleri içerisinde model değerlendirilmiştir.

1.3. Okul Sosyal Hizmeti

Okul sosyal hizmetinde önleyici hizmetlerin oluşması ve uygulanması öğrenci, aile, okul ve toplum refahını sağlamada önemli bir değere sahiptir. Okul sosyal hizmeti; hangi ihtiyacı karşıladığı, hangi sorunlara çözüm sağladığı, temelde yer alan ana yaklaşımlar, yeni yaklaşım modellerin nasıl uygulandığına dair çözümler üreten uzmanlaşmış alandır. Okul sosyal çalışmacıları; okul, ev ve toplum arasındaki köprü görevini üstlenmektedirler. Okul sosyal çalışmacıların görevleri arasında okul iklimine katkıda bulunarak öğrencileri geliştirmek, özel gereksinimli öğrencilere destekleyici hizmet sağlamak, öğrenciyi savunmak, ebeveyn katılımını sağlamaya çalışmak, toplum kaynaklarından yararlanması için öğrenciyi bu kaynaklar ile buluşturmak bulunmaktadır (Yeşilkayalı, 2016, s.135-136). Bu araştırmada KBY hastalığı söz konusu olduğu için tıbbi sosyal hizmet modelinden faydalanılmıştır.

1.4. Tıbbi Sosyal Hizmet

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ilk maddesinde yer alan sağlık, “bireyin sadece hasta ya da sakat olmama durumu değil, biyolojik, psikolojik ve sosyal yönlerden iyi olması” demektir.

Barker’in (1999) ele aldığı Sosyal Hizmet Sözlüğünde tıbbi sosyal hizmet tanımında, hasta birey ve ailesinin hastalık sonucunda meydana gelen psikososyal sorunların önlenmesi ve bu sorunlara çözüm bulmak amacıyla hastanelerde ve farklı sağlık kuruluşlarında gerçekleştirilen sosyal hizmet çalışmaları olarak tanımlamaktadır. Sağlık kuruluşlarında gerçekleştirilen sosyal hizmet uygulamaları, tıbbi tedavi ve bakım hizmetlerinin insani ve etkili bir şekilde hizmet oluşturmaya yardımcı olur (Özbesler ve İçağasıoğlu, 2010). Bu uygulamalarda bireysel olarak tedavi sürecindeki hastaların çeşitli konularda bilgilendirilmesi, özel

gereksinimli durumlardaki hastaların desteklenmesi; hastanın tedavi sürecinde aile ve yakın çevresiyle bağının güçlendirilmesi; tedavi sürecinin şeffaflaştırılması, genel anlamda halk sağlığının adil ve en üst yarar ile işleyişini sürdürülmesi temel amacı oluşturur (Derin, 2025).

1.5. Kronik Hastalıklar ve Göç

Göçün tanımına bakıldığında süresi, yapısı ve nedene bakılmaksızın bireylerin yer değiştirdiği nüfus hareketleriyle tanımlanmaktadır. Türkiye’de pek çok sebepten dolayı göçler gün geçtikçe artmaktadır. Gerçekleşen göçlerle birlikte; göçmenler ve göç alan yerde yaşayan bölge halkı için toplumsal, kültürel ve ekonomik boyutlarda ciddi değişimler yaşanmaktadır. Yapılan çalışmalarda morbidite (hastalık vaka sayısı) ve mortalite (bir hastalığa bağlı ölüm oranının toplam nüfusa bölümü) oranı yüksek olan kronik hastalıklar ve bu hastalıklar ile ilgili risk faktörlerinin göç eden kişilerde daha fazla görüldüğü tespit edilmiştir. Bu nedenlerden dolayı toplum içinde özellikle göçmenlerin kronik risk faktörü yönünden değerlendirilmesi, göç alan yerlerde sağlık eğitimi ve danışmanlığı hizmetinin yaygınlaştırılması önemli bir husustur (Deniz ve Yıldırım, 2018). Sosyal hizmet alanında göç olgusu değerlendirildiğinde; dil bariyerinin önüne geçilmesi, hasta ve hasta yakınlarının psiko-sosyal destek kaynaklarıyla buluşturulması, hastalığı tedavi süreçlerinde hak danışmanlığının sağlanması önemlidir (Aydın, 2021).

1.6. Sosyal Sermaye

Sosyal sermaye, kişiler arası ilişkileri temel alan yardımlaşma, güven, sosyal destek, toplumsal aidiyet ve toplumsal iletişim ağlarını içerisinde bulunduran yapıdır. Toplumda yer alan insanlar çevreleri ile sürekli iletişim halindedirler. İnsanların çevreleri ile iletişim ve etkileşimleriyle birlikte bireyler toplumsal davranışlar edinmektedir. Sosyal sermaye insanlar arası etkileşimden meydana geldiği ve barındırdığı toplumsal değer sebebiyle önemi yüksektir. Sosyal sermaye kişilerin yaşamlarını farklı alanlar üzerinden etkileyebilmektedir. Hastalık ve sağlık bu alanlar içinde mühim bir yere sahiptir. Sosyal sermaye bireyin sağlık ve hastalık düzeyini, algısını, davranışlarını doğrudan ve dolaylı olarak etkilemektedir (Eryiğit Günler, 2014).

Sosyal sermaye dört farklı şekliyle sağlık ve hastalığı etkilemektedir: İlk olarak sağlık davranışlarına ilişkin tutum ve düşünceleri artıracak normları aracı olarak kullanma, ikinci etken benlik saygısı, güven duygusu ve sosyal kontrol benzeri psikososyal mekanizma artırma, üçüncü etken olanak ve sağlık hizmetine erişim düzeyini artırma, dördüncü etken suç oranlarını azaltmaktır. Sosyal sermayenin bu etkenleri süregelen hastalığa sahip bireyleri ve toplum arasındaki iletişimi artıracığı için bu bireyler bu süreç içerisinde psikososyal olarak desteklenmiş olurlar (Eryiğit Günler, 2014).

2. Yöntem

Gerçekleştirilen araştırma nicel yöntem kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Nicel yöntemler içerisinde bulunan tarama modelinden faydalanılmıştır. Araştırmada belirli bir zaman dilimi içerisinde belirli bir kesimi değerlendirildiği için kısa süreli araştırma tekniklerinden olan ‘Kesitsel Tarama (Cross- sectional survey) Modeline’ uygun görülmüş ve uygulanmıştır (Aziz, 2022).

Araştırmada ‘Durum Saptayıcı (Betimleyici)’ ve ‘İlişki Açıklayıcı’ teknikler kullanılmıştır. Araştırmada kullanılan durum saptayıcı teknikle belirlenen evrende araştırılması amaçlanan karakteristik özelliklerin bulunma sıklığı; bulunan bu özelliğini sayımı ve dökümü ortaya koymak için yapılan çalışmadır. İlişki açıklayıcı araştırma tekniği, bir olgu değerlendirerek bu olgunun durumu saptamaya ve saptadığı durum ile olgu arasındaki ilişkiyi araştırarak ortaya çıkarmaktadır. Yapılan araştırmanın değişkenleri temel olgularını nitelendirmektedir. İlişki açıklayıcı araştırmalardaki amaç ‘neden- sonuç’ ilişkisini değerlendirmektir (Aziz, 2022).

3. Çalışma Grubu

Araştırmada veri elde etmek için evren ve örneklemi belirlenmiştir. Örneklemde elde edilen veriler istatistiksel olarak analiz edilerek bilgiye ulaşılmıştır. Gerçekleştirilen araştırmada tek bir zaman diliminde ve evrenin belirli bir kesiti; örneklem incelenmiştir. (Küçük ve Sevim, 2022). Bu araştırmanın evreni KBY hastalığı bulunan kişilerden oluşmaktadır.

Araştırmanın tutarlılığını ve geçerliğini sağlamak üzere katılımcılardan lise çağında, 14-18 yaş aralığında ve İstanbul’daki hastanelerde tedavi gören kişiler örneklem için seçilmiştir. Araştırmaya dahil edilen kişiler KBY hastalığının hangi evresinde olduğu etmenine yer verilmeksizin en az 6 aylık hastalık sürecinde olan kişilerden seçilmiş. Örneklem giren bireyler yerine başka bireylerin konulmadan, ‘basit raslantısal (tesadüfi) örneklem’ yöntemi ile yürütülmüştür. Basit raslantısal tesadüfi örneklem yöntemine uygun olarak 43 kişi araştırmaya dahil edilmiştir (Aziz, 2022).

4. Veri Toplama Araçları

Araştırmada katılım sağlayan kişinin fizyolojik, sosyal ve psikolojik olarak etkilendiği etmenleri değerlendirmek için ‘Tanıtıcı Bilgiler Formu’ ve ‘Başa Çıkma Tutumları Ölçeği’ kullanılarak veriler elde edilmiştir.

Tanıtıcı Bilgiler Formu bireyin biyolojik özelliklerini ve hastalık durumunu içerisinde bulunduğu sistem bazında değerlendirerek bu sistemin etkilerini göstermektedir. Bu değerlendirme aynı zamanda çevresi içerisinde bireyin davranışa dair veriler elde etmeyi sağlar. Form içerisinde cevaplar ve puanlama soruya özgü olarak gerçekleştirilmiş ve değerlendirilmiştir.

Başa Çıkma Tutumları ölçeği bireyin olay ve olgular karşısında hangi tutumları sergilediğine dair veri elde etmek için kullanılmıştır.

Tablo 2. Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeği Alt Ölçek Madde Numaraları (Dicle ve Ersanlı, 2015)

Alt Ölçek	Madde Numaraları
Kendine Yardım	1-6
Yaklaşım	7-13
Uyum Sağlama	14-20
Sakınma-Kaçınma	21-26
Kendine Ceza	27-32

Tablo 2’de görüldüğü üzere anketin 1-6. Soruları ‘kendine yardım’ başlığı altında katılımcıların duygularını ifade etme ve çevrelerinden destek alabilme düzeyini ölçmektedir. 7-13. Sorularda katılımcıların herhangi bir konuya dair yaklaşımlarındaki odak, motivasyon ve planlama yetenekleri değerlendirilmektedir. 14-20 arası sorularda katılımcıların yeni durumlara karşı uyum düzeyleri, yenilikçi ve olumlu düşünce kabiliyetleri ölçülmektedir. 21-26. Sorulara göre katılımcıların sorunları dışsallaştırma, sorunlardan kaçınma ve onları inkar etme konusuna değinilmektedir. Son olarak 27-32. Sorular ise kişilerin sorunlar karşısında kendilerine yönelttikleri olumsuz tutum düzeyini ölçmektedir.

Anket içerisinde yer alan ölçekte olumsuz madde yer almamaktadır. Ölçekte yer alan soruların puan aralığı en yüksek 128, en düşük 32’dir. Katılımcıların ölçekten yüksek puan almaları başa çıkma düzeylerinin yüksek olması; ölçekten düşük puan almaları ise başa çıkma düzeylerinin düşük olduğu anlamına gelir (Dicle ve Ersanlı, 2015).

5. Uygulama

2024/8 sayılı ve 01.10.2024 tarihli etik iznin verilmesi ile araştırma başlamıştır. Anket formunun içeriği amaç ve kapsam, Bilgilendirilmiş Onam Metni, Tanıtıcı Bilgiler Formu ve Başa Çıkma Tutumları Ölçeğinden oluşmaktadır. Anket formu Google Formlar programı kullanılarak sorular iletilmiştir. Araştırmada form yanıtlanmadan önce katılım sağlanacak kişilere araştırmanın amacı ve kapsamı, istedikleri zaman anketi sonlandırabilecekleri ve veri gizlilik süreci hakkında bilgiye formda yer verilmiştir. Katılımcılar form içerisinde yer alan bilgileri okuyup onam verdikten sonra anket sorularına cevap verebilmektedir. Anket formu kişisel iletişim araçları ve araştırmacının soruları sözlü beyan ederek forma işlemesiyle gerçekleşmiştir.

6. Veri Analizi

Araştırma sonucunda elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 29.00 programı ve Microsoft Excel (2412 sürüm) kullanılarak analiz sağlanmıştır.

Araştırmada elde edilen veriler betimleyici analiz yöntemiyle ele alınarak descriptive statistics (tanımlayıcı istatistikler) çerçevesinde frequencies (frekans), central tendency (merkezi eğilim) ve variability

(değişkenlik) analizleri ile normal dağılım istatistikleri tespit edilmiştir. Tanıtıcı Bilgiler Formunda analizinde kullanılmıştır.

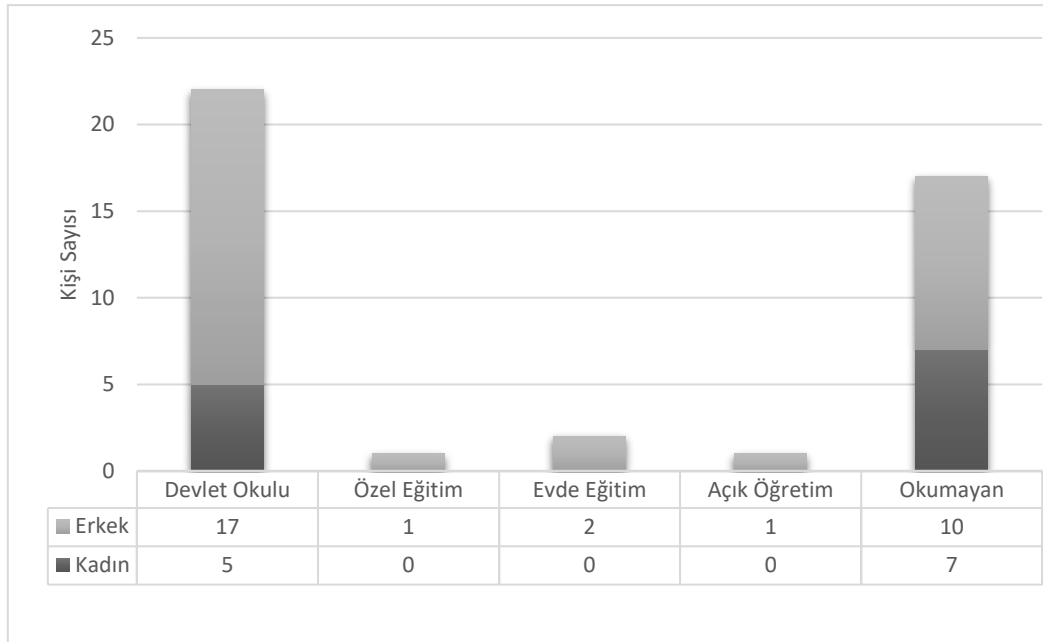
Normal dağılımın incelenmesi amacıyla kullanılan analiz yöntemi Çarpıklık (Skewness) ve Basıklık (Kurtosis) analizleridir. Bu analizler, verilerin normal dağılıma ne kadar yakın olduğunu anlamak için kullanılmış normalite testleridir. Başa Çıkma Tutumları Ölçeği analizinde kullanılmıştır.

7. Bulgular

KBY hastalığı bulunan, İstanbul'daki hastanelerde tedavi alan 43 çocuk ankete katılım sağlamıştır. Bu çocukların yaş aralığı 14 ila 18 yaş aralığında lise düzeyindedirler. Araştırmaya dahil edilen çocuklar, doktor kontrolünde tedavilerine rutin bir şekilde devam etmektedirler. Ankete katılımlarında KBY'nin beş evresinde hastalık teşhisi konulan çocuklar değerlendirilmiştir. KBY'nin etkilerini değerlendirmek üzere *Tanıtıcı Bilgi Formu ve Başa Çıkma Tutumları Ölçeği* katılımcılara iletilmiştir. Anket içerisinde yer alan sorular maddeler halinde başlıklandırılmış, bulgularda farklı kategorilerde değerlendirilmiştir.

7.1. Demografi ve Eğitime Bulguları

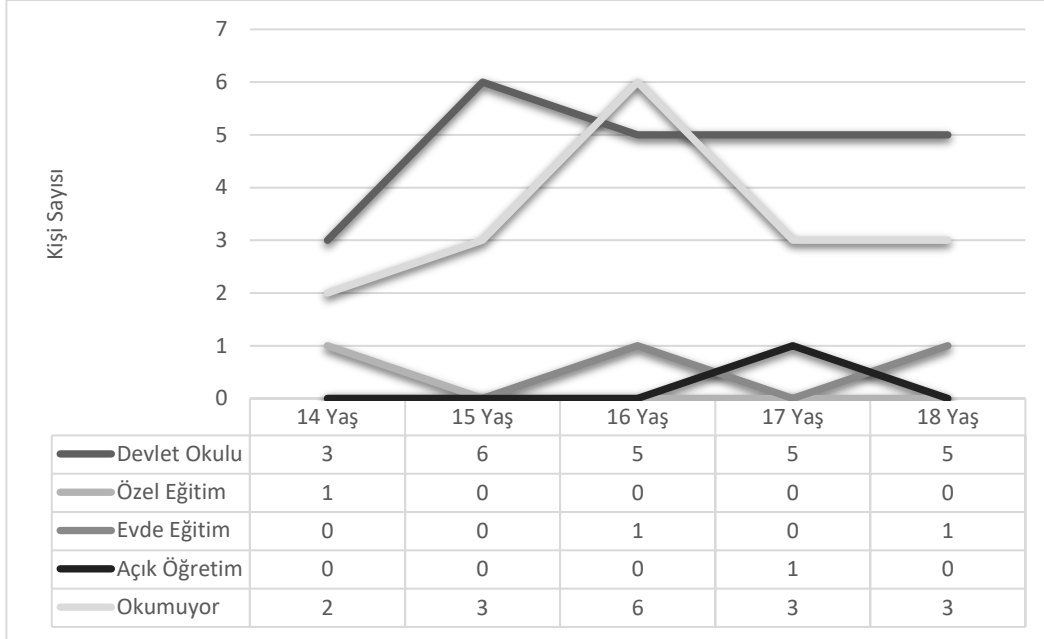
Tablo 3. Katılımcı Cinsiyet Etmenine Göre Öğrenim Durumları Verileri



Tablo 3'te erkek ve kadın katılımcılarının öğrenim durumları dağılımı ve cinsiyet bazında yüzdelik oranları verileri bulunmaktadır. Araştırmaya 43 katılımcı katılmış; 12 kadın (%27,91) ve 31 erkek (%72,09) katılımcı bulunmaktadır. Kadın katılımcılardan 5 kişi (%41,7) devlet okulunda ve diğer 7 kişi (%58,3) herhangi bir öğrenim görmemektedir. Erkek katılımcılardan 17 kişi (%54,8) devlet okulunda, 2 kişi (%6,5) evde eğitim, 1 kişi (%3,2) özel eğitim, 1 kişi (%3,2) açık öğretim ve 10 kişi (%32,3) herhangi bir eğitim almamaktadır. Katılımcılardan 22 kişi (%51,2) devlet okulunda, 4 kişi (%9,3) alternatif eğitim türlerinden ve 17 kişi (%39,5)

eğitim almamaktadırlar. Kadınların okumama oranı (%54,3), erkeklerin okumama oranından (%32,3) yüksektir. Erkekler kadınlara kıyasla alternatif eğitim modellerinden daha fazla yararlanmaktadırlar.

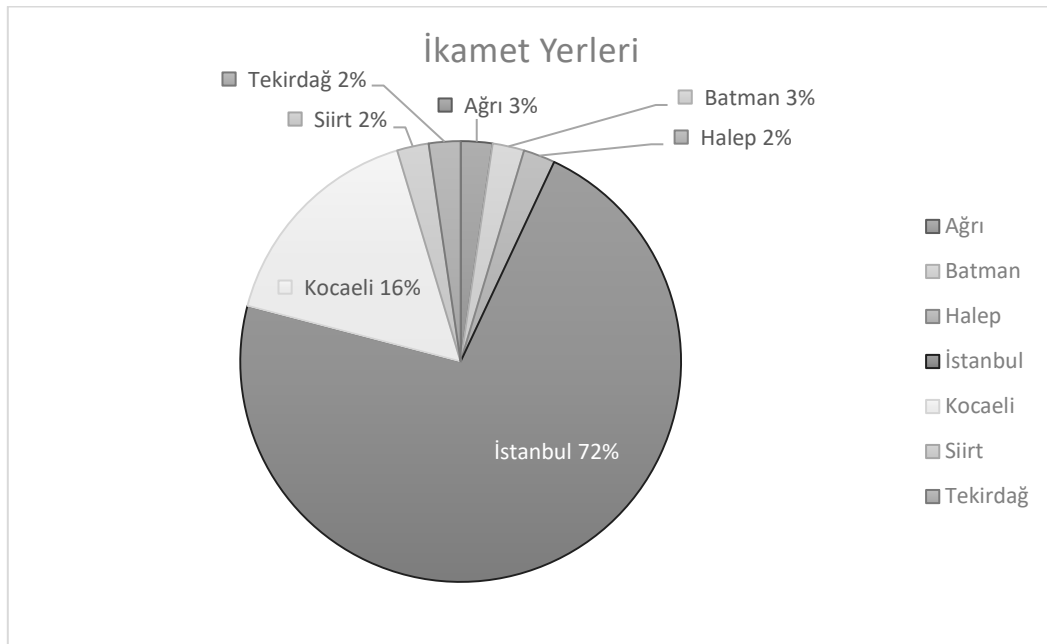
Tablo 4. Yaş Etmenine Göre Öğrenim Durumları Verileri



Tablo 4'te araştırma katılım sağlayan 14 ile 18 yaş aralığındaki katılımcıların eğitim şekilleri verileri çizgi grafik şeklinde sunulmuştur. Yaş istatistiğine bakıldığında 16 yaşındaki çocukların oranı (%27,9) en yüksek olduğu görülmektedir. Diğer yaş grupları ise 14 yaş (%13,9), 15 yaş (%20,9), 17 yaş (%18,6) ve 18 yaş (%18,6) olmak üzere dağılım göstermiştir. 14 yaş katılımcıların (%50) devlet okuluna gitmekte, katılımcıların (%33,3) okumamaktadır. 15 yaş katılımcılarda devlet okuluna gitme oranı (%66,7) daha yüksek olup, okumayanların oranı (%33,3) görülmüştür. 16 yaş devlet okulunda okuyan oranında (%41,7) düşüş görülmekle birlikte okumayan oranında (%50) yükseliş görülmüştür. 17 ve 18 yaş gruplarında devlet okulunda okuyanların oranı (%50) aynı görülmüş olup bu yaş gruplarında okumayanların oranı (%37,5) olarak tespit edilmiştir.

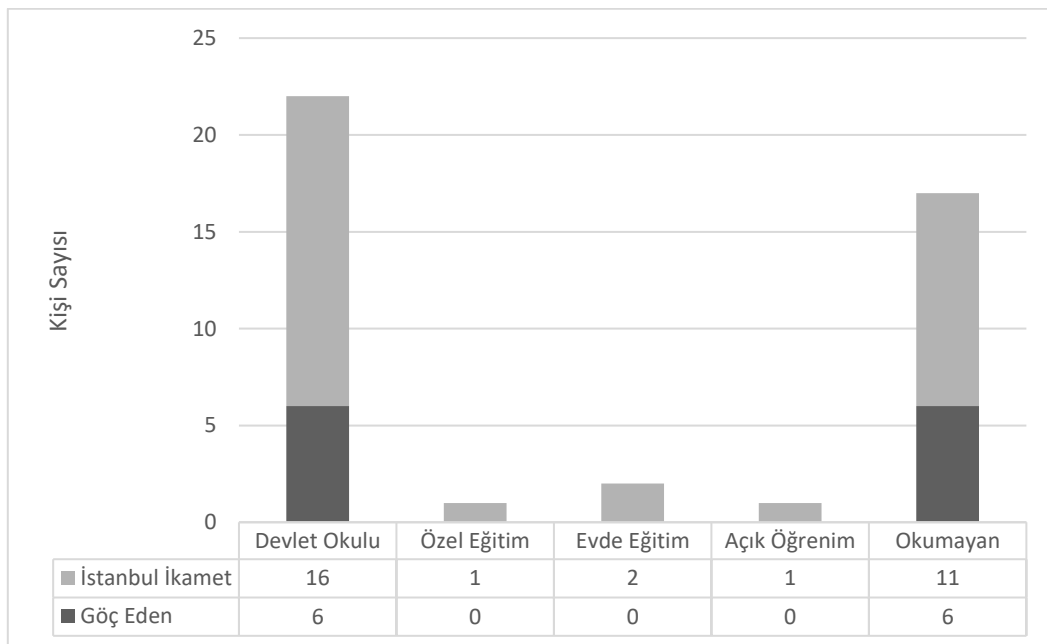
Eğitim verilerine bakıldığında, devlet okulunda eğitime devam eden kişi sayısı 22 (%51,2) olduğu, diğer alternatif eğitime devam eden kişilerin sayısı 4 (%9,3) olduğu ve okula devam etmeyen kişi sayısı 17 (%39,5) olduğu görülmektedir.

Tablo 5. Göç ve İkamet Durumları



Tablo 5'te yer alan veriler katılımcıların hastalık öncesinde hangi şehirlerde yaşadıklarını göstermektedir. Katılımcılar İstanbul'da yer alan hastanelerde tedavi almaktadır. İstanbul'da yer alan bu hastanelerde şehir içerisinde veya farklı şehirlerden göç etmiş kişiler tedavi almaktadırlar. Katılımcılardan 31 kişi İstanbul'da ikamet etmekte diğer 7 kişi Kocaeli'nde, 1 kişi Ağrı, 1 kişi Batman, 1 kişi Halep, 1 kişi Siirt ve 1 kişi Tekirdağ'dan göç ederek İstanbul'da tedavi almaktadır.

Tablo 6. Göç ve Eğitim Durumu İlişkisi



Tablo 6'da yer alan ikamet yerlerine bakıldığında; İstanbul'da ikamet eden ve devlet okulunda okuyan 16 kişi, özel eğitimle öğrenimine devam eden 1, evde eğitim 2, açık öğretim 1 ve okumayan 11 kişi

bulunmaktadır. İstanbul dışında ikamet eden ve devlet okuluna giden 6 kişi, okumayan 6 kişi bulunmaktadır. Katılımcılardan İstanbul'da ikamet eden kişilerin (%64,5) oranında akademik hayatlarına devam etmekte diğer (%35,5) akademik hayatlarına devam etmemektedir. İstanbul dışında ikamet eden ve hastalık sebebiyle İstanbul'da tedavi olmaya gelen katılımcıların (%50) akademik hayatlarına devam etmekte diğer (%50) ise okul hayatına devam etmemektedir.

Tablo 7. Araştırma Katılımcılarının Okul Dönemlik Not Ortalaması ve Devamsızlık İlişkisi Verileri

	n	Min	Max	$\bar{x}$ (Ort.)	SS	σ (Var.)
Not Ortalaması	23	1	4	2,74	0,752	0,565
Okul Devamsızlığı	21	1	5	3,33	1,111	1,233

Tablo 7'de araştırma katılımcılarının dönemlik not ortalaması ve devamsızlık istatistikleri değerlendirilip sunulmaktadır. Dönemlik not ortalaması minimum 1 ve maksimum 4 arasında değerlendirilmiştir. Eğitim ve öğrenime devam eden katılımcıların okuldaki genel not ortalaması şu şekilde sınıflandırılmıştır: 1: 49 ve alt, 2: 50- 69, 3: 70-84, 4: 85-100. Katılım sağlamış kişiler ortalama 2,74 (50-69 aralığında not) değeri (SS = 0,752) bulunmuştur. Görece standart sapmanın düşük (0,752) olması katılımcılarının not ortalamalarının yakın değerlerde olduğunu göstermektedir. Varyans değerine ($\sigma = 1,233$) bakıldığında not ortalamalarının istatistiksel olarak dağılımında sınırlılık olduğunu göstermektedir.

Eğitime devamsızlık konusunda katılımcılar 1 ve 5 arasında puan vermişlerdir. Bu kapsamda 1: 0-5 gün, 2: 6-10 gün, 3: 11-15 gün, 4: 16-29 gün, 5: 30 ve daha fazla gün devamsızlıkları olduklarını göstermektedir. Devamsızlık ortalaması 3,33 (11-15 gün) puan (SS = 1,11) öne çıkmaktadır. Katılımcıların dönemlik devamsızlık günleri sonucunda oluşan varyans değeri ($\sigma = 1,233$) devamsızlık süreleri katılımcılarda geniş dağılım göstermektedir. Varyans değerine bakıldığında bazı katılımcıların ortalama anlamı ölçüde saptığını göstermektedir.

7.2. Tedavi Süreci ve Doktor Kontrol Zaman Aralığı Bulguları

KBY, en az 3 ay olmak üzere uzun süren ve bu süreç boyunca doktor tedavi ve takibi gerektiren böbrek yapısında ve işlevinde bozukluğun meydana gelmesidir (Topbaş, 2015). KBY hastalığı, doğum ile başlayabilmekte veya daha sonradan gelişebilmektedir. Ankete katılım sağlayan bireylerin hastalıklarının hangi evrede olduğu gözetilmeksizin araştırmaya dahil edilmiştir.

Tablo 8. Sağlık Verileri: Tedavi Süresi, Doktor Kontrol Aralığı ve İlaç Kullanımı Verileri

	N	Min	Max	$\bar{x}$ (Ort.)	SS	σ (Var.)
Tedavi Süresi (Yıl)	43	1	18	9,93	6,277	39,4
Doktor Kontrol Aralığı (Hafta)	43	1	25,71	8,32	5,55	30,79
Kullanılan İlaç Çeşitliliği	43	0	12	6,47	3,38	11,42
Geçerli	43					

Tablo 8'de ankete katılım sağlayan kişilerin tedavi süreleri yıl bazında değerlendirilmiştir. Tedavi süreleri en az 1 ve en fazla 18 yıl olup ortalama 9,93 verisine erişilmiştir. Standart sapma (SS = 6,2777) ve varyans ($\sigma =$

39,4) değerlerinin yüksek olması tedavi süresinin bireyler arasında önemli farklılıklar olduğunu göstermektedir.

Tablo 8’de anket katılımcılarının doktor kontrol aralığı hafta bazlı değerlendirilmiştir. Doktor kontrol aralığı en az haftada 1 ve en fazla 25,71 haftada bir olmaktadır. Ortalama 8,32 haftada 1 kontrol olduğu görülmektedir. Standart sapma ($SS = 5,55$) ve varyans ($\sigma = 30,79$) değerlerinin yüksek olması katılımcıların kontrol aralıklarının önemli farklılıklara sahip olduğunu göstermektedir.

Tablo 8’deki ilaç çeşitliliği bulgularına bakıldığında bazı katılımcılar hiç ilaç kullanmadıklarını ve en fazla ilaç kullanan kişinin 12 çeşit kullandığı görülmektedir. Katılımcıların ilaç kullanım ortalaması 6 olarak görülmektedir. Standart sapma ($SS = 3,38$) ve varyans ($\sigma = 11,42$) değeri tablo 8 içerisindeki diğer değerlere kıyasla daha tutarlı fakat kendi içerisinde yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 9. Araştırma Katılımcılarının Diyaliz Tedavisi Alıp-Almadığına Dair Verileri

		N	%
“Diyaliz tedavisi alıyor musunuz?” sorusu verileri.	Evet	17	39,5
	Hayır	26	60,5
	Toplam	43	100,0

Tablo 9’da yer alan veriler araştırma katılımcılarının diyaliz tedavisi alıp almadığını belirtmektedir. Araştırma gerçekleştiği esnada KBY hastalığına sahip katılımcıların %35,5’i diyaliz tedavisine devam etmekte geriye kalan %60,5’i diyaliz tedavisi almamaktadırlar.

Tablo 10. Tedavi Yöntemine Dair Veriler

Tedavi Yöntemi	N	%
Periton Diyaliz	11	26,8%
Hemodiyaliz	15	36,6%
Böbrek Nakli	15	36,6%
Toplam	41	100,0%

Tablo 10, anket katılımcılarının hangi tedavi yöntemlerinden yararlandıklarını belirtmektedir. Katılımcıların tedavi yöntemleri zaman içerisinde değişiklik gösterdiği için bir katılımcı en fazla üç tedavi yöntemine de başvurmuş olabilir. Bazı KBY hastaları tedavi sürecinde olmayıp doktor kontrolündedirler bu yüzden üç tedavi yönteminden yararlanmayan katılımcılar da bulunmaktadır. Anket katılımcılarının cevabına göre 41 tedavi çeşidine başvurulmuştur. En çok başvuru alan tedavi yöntemi 15 katılımcını (%36,6) hemodiyaliz ve böbrek naklidir. Tabloda 10 kişinin (%26,8) periton diyaliz yönteminden yararlandığı görülmektedir.

7.3. Okul ve Tıbbi Sosyal Hizmete Dair Bulgular

Tablo 11. Okul Sosyal Hizmet Uzmanıyla Görüşme Gerçekleştirme Verileri

		N	%
Okul Sosyal Hizmet Uzmanı ile görüşme gerçekleştirme verileri.	Görüşme gerçekleştirdim.	0	0,0
	Okulumda Sosyal Hizmet Uzmanı yok.	20	46,5
	Okulumda Sosyal Hizmet var fakat görüşme gerçekleştirmedim.	3	7,0
	Toplam	23	53,5
Eksik (Yanıt vermeyen.)	Yanıt vermeyen.	20	46,5

Toplam	43	100,0
--------	----	-------

Tablo 11’de okul sosyal hizmeti ile görüşme sayısına bağlı olarak dönemlik görüşme sıklığı verisi yer almaktadır. Elde edilen verilere göre eğitime devam eden ve soruyu yanıtlayan 23 katılımcının 20’si (%46,5) okullarında herhangi bir okul sosyal hizmet uzmanı olmadığı için görüşme gerçekleştirmediklerini vurgulamışlardır. Soruyu yanıtlayan diğer 3 katılımcı (%7) ise okulunda uzman olmasına rağmen görüşme yapmadıklarını belirtmiştir. Ankete katılım katılımcıların tamamı okul eğitimine devam etmediği için 20 kişi (%46,5) bu soruya yanıt vermemiştir.

Tablo 12. Hastane Sosyal Hizmet Uzmanıyla Görüşme Gerçekleştirme Verileri

		N	%
“Hastane Sosyal Hizmet Uzmanıyla görüştünüz mü?” sorusu verileri.	Evet	2	4,7
	Hayır	41	95,3
	Toplam	43	100,0

Tablo 12’de hastanedeki sosyal hizmet uzmanlarıyla görüşme gerçekleştirip gerçekleştirmedikleri incelenmiştir. Araştırma katılımcılarından yalnızca 2 kişi (%4,7) Hastane Sosyal Hizmet Uzmanı ile görüşme gerçekleştirmiş; diğer 41 kişi (95,3) ise görüşme gerçekleştirmemiştir.

Tablo 13. Okul Rehberlik ve Psikolojik Danışman ile Görüşme Sayısı Verileri

		N	%
Okulda yer alan Rehberlik ve Psikolojik Danışman ile kaç görüşme gerçekleştirdiklerine dair veriler.	0	13	30,2
	1	3	7,0
	2	4	9,3
	3 ve daha fazla	2	4,7
	Toplam	22	51,2
Eksik (Yanıt vermeyen)	Yanıt vermeyen.	21	48,8
Toplam		43	100,0

Tablo 13’te psikolojik danışmanlık ve rehberlik öğretmeni ile dönem boyunca görüşen 22 kişinin görüşme sıklığına incelenmiştir. Verilere göre 13 kişi hiçbir görüşme gerçekleştirmemiş olup diğer 3 kişi bir defa; 4 kişi iki defa, 2 kişi üç ve daha fazla görüşmeye katılmışlardır.

7.4. Katılımcı Mental Durumları Bulguları

Tablo 14. Katılımcıların Mental Durumu Verileri

	N	Min	Max	$\bar{x}$ (Ort.)	SS	σ (Var.)
Psikolojik	43	1	4	3,02	,886	,785
Yorgunluk	43	1	4	2,84	,974	,949
Akran ilişkileri	43	1	4	3,42	,957	,916
Uyku Saat Ort.	43	5	12	7,95	1,396	1,950
Geçerli	43					

Tablo 14’te yer alan verilere bakıldığında ankete katılım sağlayan kişilerin; psikolojik iyi olma, yorgunluk halleri, akran ilişkileri ve uyku süresi konusunda kendilerini değerlendirmeleri istenmiştir. Uyku süresi verileri dahil olmamakla birlikte diğer etmenler 1 ile 4 arasında bir puanlamaya tabi tutulmuştur. Puanlamaya göre 1’den 4’e kadar sıralanan değerler mental iyilik haliyle paraleldir. Uyku süresine bakıldığında katılımcılar en az 5, en fazla 12 saat uyku halindedirler. Ortalama uyku süresi ise 7,95 saat olarak gözlemlenmiştir.

7.5. Başa Çıkma Tutumları Ölçeği Bulguları

Tablo 15. Başa Çıkma Tutumları Ölçeği Alt Ölçek Verileri

	Kendine Yardım	Yaklaşım	Uyum Sağlama	Sakinme-Kaçınma	Kendine Ceza
Madde Aralık	1-6	7-13	14-20	21-26	27-32
Ortalama Hata (SEM)	0,62647	0,66292	0,57552	0,43502	0,53172
Standart Sapma (SS)	4,10804	4,34707	3,77393	2,85260	3,48673
Varyans (σ)	16,876	18,897	14,243	8,137	12,157
Ortalama ($\bar{x}$)	14,93	21,20	20,76	12,41	13,49
Aralık (v)	18,00	16,00	18,00	12,00	15,00

Tablo 15, Başa Çıkma Tutumları Ölçeğine (BÇT) verilen cevaplardan oluşturulan veri dağılım tablosudur. Katılımcıların tamamı anket sorularına tam cevap vermiştir, kayıp veri bulunmamaktadır.

Kendine Yardım alt başlığı 1. ve 6. aralığındaki sorulara verilen yanıtları değerlendirmektedir. Kendine Yardım ortalama puanı ($\bar{x}$) 14,93 tespiti nispeten yüksek olduğunu göstermekte, bireylerin bu alt ölçeğe birbirlerinden farklı puanlar aldıklarını göstermektedir. Yaklaşım alt ölçeğindeki ortalama ($\bar{x}$) puanı 21,20'dir. Bu alt ölçeğe standart sapma ($SS = 4,34707$) ve varyans ($\sigma = 18,897$) değerlerinin yüksek olması puanların geniş bir dağılım gösterdiğini göstermektedir. Uyum Sağlama alt ölçek ortalama puanı ($\bar{x}$) 20,76'dır. Standart sapma ($SS = 3,77393$) ve varyans ($\sigma = 14,243$) puanlarına bakıldığında diğer alt ölçeklere göre düşük olması, bu alt ölçeğindeki puanların tutarlı olduğu anlamına gelmektedir. Sakınma ve Kaçınma alt ölçeği ortalama puanı ($\bar{x}$) 12,41'dir. Standart sapma ($SS = 2,85260$) ve varyans ($\sigma = 8,137$) değerleri düşük olması, bireylerin puanlarının birbirine yakın olduğunu göstermektedir. Kendine Ceza alt ölçeği ortalama puanı ($\bar{x}$) 13,49'dur. Standart sapma ($SS = 3,48673$) ve varyans ($\sigma = 12,157$) değerleri yüksek olup, bu alt ölçeğindeki puanların geniş dağılım gösterdiğini belirtmektedir.

Tablo 16. Başa Çıkma Ölçeği Normal Dağılım Verileri

	N	Çarpıklık		Basıklık	
		İstatistik	Standart Hata	İstatistik	Standart Hata
Toplam	43	-0,524	0,361	-0,013	0,709

Yukarıda yer alan Tablo 11, çarpıklık ve basıklık değerlerini içeren Normal Dağılım Tespiti tablosudur. Ölçeğin bulguları analiz edildiğinde Çarpıklık değeri -0,524 olup standart hata oranı 0,361'dir. Basıklık değerine bakıldığında -0,013 ve bu değerinin standart hata değeri 0,709'dur. Bir nicel çalışmada normal dağılım özelliklerine sahip ölçeklerin sonuçlarında çarpıklık ve basıklık katsayı değerlerinin -1 ile +1 aralığında olması gerekmektedir (Uysal ve Kılıç, 2021). Tablo 11'de öne çıkan değerlerin normal dağılım aralığında ve örneklem büyüklüğünün 30'dan fazla olması, bahsedilen kurala uymakla birlikte verilerin geçerliğini doğrular niteliktedir.

8. Tartışma

Araştırma KBY hastalığı bulunan çocukların katılımlarıyla gerçekleşmiş olup hastalığın mevcut durumu ve seyri üzerine katılımcıların akademik hayatlarının ne düzeyde etkilediğine dair veriler elde edilmiştir.

Araştırmaya katılan 43 kişiden; 12 kişi kadın diğer 31 kişi erkektir. Araştırma katılım oranında erkek cinsiyetinin kadınlara göre belirgin farkla fazla olması erkeklerin KBY prevalansının araştırmada yüksek olduğunu göstermektedir. Eylem Topbaş'ın 'Kronik Böbrek Hastalığının Önemi, Evreleri ve Evrelere Özgü Bakımı' adlı makalesinde Türkiye Kronik Böbrek Hastalığı Prevalansı Araştırması (CREDIT) çalışması verilerine yer vererek, KBY hastalığı kadınlarda (%18,4) erkeklerde (%12,8) oranıyla daha yüksek olduğunu aktarmıştır (Topbaş, 2015). Ayça İnci gerçekleştirdiği Erişkinlerde ve Çocuklarda Kronik Böbrek Hastalığının Klinik Özellikleri ve Risk Faktörleri adlı çalışmada Neugarten ve arkadaşlarının uluslararası yaptıkları çalışmaya yer vermiş ve bu çalışmaya göre erkeklerde böbrek fonksiyonlarındaki azalmanın daha hızlı olduğunu belirtmiştir (İnci, 2020).

Katılımcılardan eğitime devam etmeme istatistiğine bakıldığında kadınlar %58, erkekler %32 oranındadır. Katılımcıların %39,5 eğitime devam etmemektedir. Alternatif eğitim modellerinden katılımcıların %9,3 yararlanması bu modele erişilemediğini göstermektedir. Kadınlar eğitimde erkeklere kıyasla daha düşük temsil özelliğinin bulunması toplumsal cinsiyet faktörünün etkilerini göstermektedir. Özlem Yorulmaz'ın Türkiye'de Eğitimde Eşitsizlik başlıklı araştırma makalesinde eğitim alanındaki cinsiyet temelli eşitsizlikleri ve kadınların karşılaştıkları engellemelere değinmiştir. Bu araştırma makalesinde kadınların eğitime devam etmeme oranının yüksekliğini belirtmiştir (Yorulmaz, 2024).

Anket katılımcılarının yaş istatistiğine bakıldığında 14 yaşında olan 6 kişi, 15 yaşında olan 9 kişi, 16 yaşında olan 12 kişi, 17 yaşında olan 8 kişi ve 18 yaşında olan 8 kişi bulunmaktadır. Eylem Topbaş'ın 'Kronik Böbrek Hastalığının Önemi, Evreleri ve Evrelere Özgü Bakımı' adlı çalışmasında yaşın artmasıyla birlikte KBY hastalığı oranı yükseldiğine değinmiştir (Topbaş, 2015). Eylem toptan KBY herhangi bir yaş aralığını almadığı ve bu çalışmada çocuk bireyler değerlendirildiği için tutarlılık göstermemektedir.

KBY hastalığı sebebiyle İstanbul'a göç eden 12 katılımcıdan 6 kişinin akademik öğrenimlerine devam etmemesi göçün akademik başarı üzerinde olumsuz etkileri görülmektedir. Dr. Fatih Pala'nın Göç ile Gelen Öğrencilerin Eğitim Sorunlarına İlişkin Öğretmen Görüşleri adlı çalışmasında İstanbul'a göç ile gelen öğrencilerin eğitimlerine dair sorunları öğretmenlerin bakış açısından değerlendirmiştir. Araştırmada öğretmenlere göre göç eden öğrencilerin maddi yetersizlikler, uyum sorunları, akademik başarı yetersizliği ve manevi danışma yetersizliği gibi sorunlar yaşadıklarını belirtmektedir (Pala, 2021).

Araştırma katılımcılardan 23'ü okul not ortalamaları 1 ve 4 puan arasında değerlendirmiş olup 2,75 (50-69 arası) verisine ulaşılmıştır. Türkiye'de devlet okullarında başarılı sayılmak ve bir sonraki sınıfa geçiş için ilk dönem ve ikinci dönem alınan notların ortalamasının 50 olması veya ilk dönem fark etmeksizin ikinci dönem not ortalamasının 70 olması koşulu bulunmaktadır. Evde ve hastanede eğitim alan öğrenciler sadece

eğitimi aldıkları derslerden sorumludurlar (Milli Eğitim Bakanlığı,2016). Katılımcıların okul hayatlarını devam ettirmeleri için puanları yeterli düzeyde görünmektedir.

KBY süresince tıbbi kontrollerin sıklığı ($\bar{x}$ = 8,32), tedavi süresi ($\bar{x}$ = 9,93) ve tedavi yöntemleri çocukların okul devamsızlıklarında önemli düzeyde yer almaktadır. Türkiye’de lise öğrencilerine 10 gün özürsüz ve 20 gün özürlü devamsızlık hakkı tanımlanmıştır. Hastalık ve organ nakli sebebiyle hastanede bulunan öğrencilere 10 gün özürsüz 60 gün özürlü devamsızlık hakkı tanımlanmıştır. Bu haklarını dolduran öğrenciler not ortalamalarına bakmaksızın okula devam hakları varsa bir sonraki dönem tekrar ettirilir, eğer okula devam hakkı yoksa okulla ilişkisi kesilerek açık öğretime gönderilir (Milli Eğitim Bakanlığı,2016). Araştırma katılımcılarının ortalama devamsızlıkları 3,33 (11-15 gün) olarak tespit edilmiştir. Bu puana göre araştırma katılımcıları okul öğrenimlerine devam edebilmektedirler.

Araştırmaya esnasında 43 katılımcıdan 17 kişi (%39,5) diyaliz tedavisi almakta ve diğer 26 kişi (%60,5) diyaliz tedavisi almadıklarını belirtmiştir. KBY süresi boyunca daha önce hangi tedavi yöntemlerinden yararlandınız sorusuna katılımcılar 11 kişi (%26,8) periton diyaliz, 15 kişi (%36,6) hemodiyaliz ve 15 kişi (%36,6) kişi böbrek nakli olmuştur. Bir katılımcı süreç boyunca 3 yöntemi de kullanmış olabilmektedir. Türkiye’de ve dünyada en yaygın olarak hemodiyaliz yöntemi kullanılmaktadır. En seçkin yöntem ise böbrek nakli tedavisi olmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2022). Bu bulgular araştırma elde edilen veriler ile tutarlılık göstermektedir.

Okul ve tıbbi sosyal hizmet alanında, KBY gibi kronik bir hastalıktan mustarip öğrencilerin ekolojik anlayışa dayanarak aile ve okul gibi sosyal sistemlerdeki durumlarını göz önünde bulundurmak esastır. Söz konusu ekolojik anlayış; bireyin kendisi, çevresi ve her ikisi içeren bütüncül bir perspektifle değerlendirmektedir. Kronik hastalıklar nedeniyle çeşitli psikososyal olumsuzluklarla karşılaşan öğrencilerin akademik başarısızlığa sürüklenme riskinin önüne ancak okul sosyal hizmetinin müdahalesiyle geçilebilir. Özellikle KBY hastalarının okuldaki başarı potansiyellerini gözetmek, hastalıktan ötürü karşılaştıkları psikososyal risklere karşı önleyici çalışmalar yapmak, okula bağlılığı ve uyumu sağlamak göz ardı edilmemelidir. Gerçekleşen araştırmada sadece 2 katılımcı (%4.65) hastane sosyal hizmet uzmanı ile görüştiklerini, diğer 41 kişinin okul ve hastane sosyal hizmet uzmanı ile görüşmediklerini belirtmişlerdir. Bu anlamda KBY hastalarının gerek tedavi aldıkları hastanelerde gerekse okulda akademik başarılarını takip eden bir sosyal hizmet uzmanının müdahalesi önemlidir (Yeşilkayalı, 2016).

Katılımcılar psikolojik olarak iyi olma, yorgunluk ve akran ilişkilerini değerlendirmeleri istenmiştir. Elde edilen veriler katılımcıların bu özelliklerinin ortalama puanın üzerinde olduğunu göstermektedir. Katılımcılar BÇT ölçeğine verilen yanıtlar alt maddeler halinde değerlendirildiğinde alt maddeler tutarlı ve olumlu sonuçlar yansıtmaktadır. Verilen yanıtlara bakıldığında çarpıklık ve baskınlık katsayı değerleri sırasıyla -0,524 ve -0,013 değerleri olarak tespit edilmiştir. Elde edilen değerler normal dağılım aralığındadır. Psikolojik sağlamlıkları yüksek olan öğrencilerin başarı motivasyonu paralel niteliktedir (Uçar ve Ceylan vd., 2024). Elde edilen veriler bu söylem ile tutarlılık göstermektedir.

9. Sonuç

Okula giden katılımcıların okul devamsızlığı ortalama 11 ile 15 gün arasında yüksek seyretmektedir. Çocuk nefroloji kliniği ve çocuk diyaliz üniteleri hafta sonu hizmet vermeleri öğrencilerin dersleri kaçırmayı önleyebilir. Okullar ve hastanelere yakın yerlerde inşa edilmesi, çocukların doktor kontrolleri ve diyaliz ihtiyaçları ders saatleri dışında karşılanabilir olmasını sağlar. Bu konuda araştırma ve makale içeriğine ulaşamamıştır. Bu tür çalışmalar yeni araştırma yapacak araştırmacılara önerilmektedir.

Hastanelerde KBY hastaların diğer akranlarıyla birlikte vakit geçirebilecekleri sosyal alanlar oluşturulabilir. Oluşturulan alanlarda kontrol için bekleyen KBY haslarında stres ve kaygı gibi duyguların artışının önüne geçebilir. Konuyla ilgili grup çalışmaları ve sosyal destek algılarını geliştirilmeyi amaçlayan müdahaleler, KBY hastalarının psikososyal iyi olma durumlarını olumlu seyrinde etkileyebilir. Bu konuda Betül Kübra Doğan ve Aslıhan Burcu Öztürk'ün Ankara'da yer alan Gazi ve Hacettepe Üniversitelerinde yaptıkları Kronik Böbrek Yetmezliği Olan Hastalar ile Sosyal Destek Algısını Geliştirmeye Yönelik Grup Çalışması başlıklı çalışma sosyal destek algısının ve grup çalışmasının önemini desteklemektedir (Doğan ve Öztürk:2020).

KBY hastalığı bulunan çocukların okullarda desteklenmeleri ve akran zorbalığının önüne geçilmesi çocukların psikososyal gelişimlerine ve akademik süreçlerine önemli etkisi bulunmaktadır. KBY hastalığı hakkında okul personellerine eğitim verilmesi hastalığı bulunan kişinin gereksinimlerini görmelerine vesile olabilmektedir. KBY hastalığı hakkında okuldaki öğrencilere eğitim verilmesi farkındalık oluşturmaktadır. Okul personellerinin ihtiyaca yönelik eğitim stratejisi ve akranların farkındalıklarıyla biyopsikososyal ve akademik başarıları desteklenir. Okulda yer alan Hemşire (makalede sadece bunu desteklemiş), Sosyal Hizmet Uzmanı ve Psikolojik danışman önemli düzeyde rol alması ve müdahale etmesi gerekmektedir. Bu konuda Gizem Çakır ve Naime Altay'ın İzmir Dokuz Eylül Üniversitesinde gerçekleştirmiş oldukları "Kronik Hastalığı Olan Çocukların Bakımında Okul Hemşiresinin Görev ve Sorumlulukları" başlıklı çalışmalarında mesleklerin önemine ve akran zorbalığının süreçteki etkilerine ele almıştır (Çakır ve Altay: 2021).

Göç eden kişilerde kadınların yarısı okula devam etmemektedir. Göç ile değişen sistemlerde akademik başarıyı oluşturan olanaklarda değişmekte ve bireylerin yeniden uyum sağlamaları gerektirmektedir. Değişen koşullara kadınların uyum sağlayamamaları ve eğitim hayatlarına devam edememeleri toplumsal cinsiyet etkileri göstermektedir. Bu durum akademik başarı önüne engel teşkil eder. Sosyal hizmet uzmanının savunucu rolü bu durum karşısında eğitim haklarının ne olduğu bilgilendirmesi ve akademik başarısının devamı için mevcut şartları değerlendirmelidir. Bu konuda Özlem Yüksel Telsaç ve Cüneyt Telsaç'ın "Göç Nedeniyle Oluşan Temel Eğitim Sorunları" adlı araştırma makalesinde göç ve toplumsal cinsiyeti sosyal hizmet bağlamında değerlendirmekte ve olumsuz etkenlerini belirlemektedir (Yüksel Telsaç ve Telsaç).

Katılımcılar KBY süresince doktor kontrol sıklığı ve aralığı, sosyal çalışma meslek uzmanlarıyla iletişimsizlik, kullanılan ilaç çeşitliliği ve göç gibi makro ölçüde diğer kişi ve kurum ilişkilerinin bulunduğu dinamiklerde akademik hayatlarına yansıyan ihmaller ve kopukluklar görülmektedir. Katılımcılar Başa Çıkma Tutumları

Ölçeğinde verilen cevaplar katılımcıların başa çıkma tutumlarının yüksek olduğunu göstermekte ve bu durum akademik hayatlarını sürdürmelerinde bireysel yeterliliğe sahip olduklarını göstermektedir. Okul ve hastane sosyal hizmet uzmanları bu durumda müdahaleleri çocukların içerisinde bulundukları mikro ve makro sistemden gelen etkileri seyreletmeye, okul ile ilişkilerindeki engellemeleri kaldırarak akademik başarılarının sürdürülmesine olanak sağlayabilir. Bu konuda Gülsüm Yetiş'in Kronik Hastalığı Olan Çocukların Algıladıkları Sosyal Desteğin Okul Başarısına Etkisi başlıklı yüksek lisans tezinde sosyal hizmet uzmanlarının ve okul personellerinin sosyal destek sistemine olan katkıların önemine değinmiştir (Yetiş:2014). Kronik Böbrek Hastalığı olan çocuk ve gençlere yönelik çalışmalarda multidisipliner çalışmanın önemi, sosyal hizmet uzmanının okul, hastane ve sosyal destek sistemi içerisinde çok önemli bir rolü olduğu düşünülmektedir. Okul sosyal hizmet uzmanlarının yaygınlaştırılması kronik böbrek hastalığı gibi tüm diğer dezavantajlı çocukların yaşam kalitelerine önemli bir katkı sağlayacağı öngörülmektedir.

Teşekkür; İstanbul Marmara Üniversite Hastanesi ve Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi Çocuk Nefroloji Doktorları, Çocuk Periton Diyaliz Hemşireleri ve Hemodiyaliz Başhemşiresine destekleri için teşekkür ederiz.

KAYNAKÇA

- Aziz, A. (2022). Sosyal bilimlerde araştırma yöntemleri ve teknikleri. *Nobel Akademik Yayıncılık*, (14), 1-278.
- Aydın, Y. (2021). Türkiye'deki Suriyeli göçmenlere verilen sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi, sorun ve öneriler. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, (18), 227-248.
- Çakın Memik, N., Ağaoğlu, B., Çoşkun, A., Üneri, Ö., Karakaya, I. (2007), Çocuklar için yaşam kalitesi ölçeğinin 13-18 yaş ergen formunun geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, (18)4, 354-363.
- Çakır, G., Altay, N. (2021). Kronik hastalığı olan çocukların bakımında okul hemşiresinin görev ve sorumlulukları. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 14(1), 55-61.
- Çolak, B., Hızıl, K., Güz, G., Altınok Reis, K., Erten, Y., Derici, Ü., Bali, M., Arman, D., Sindel, Ş. (2004), Periton diyaliz hastalarında peritonit sıklığı ve risk faktörleri. *Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi*, (9)4, 266-270.
- Deniz, A., Yıldırım, Y. (2018), Göçün başka bir boyutu: kronik hastalıklar. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, (27)3, 261-273.
- Derin, M. (2025). Tıbbi sosyal hizmet müdahalelerinin önemi ve sosyal hizmet uzmanlarının rol ve işlevleri. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 12(24), 136-149.
- Dicle, A., Ersanlı, K. (2015). Başa çıkma tutumlarını değerlendirme ölçeğinin Türkçeye uyarlama geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, (3)16, 111-126.
- Doğan, B., & Öztürk, A. (2020). Kronik böbrek yetmezliği olan hastalar ile sosyal destek algısını geliştirmeye yönelik grup çalışması. *Türkiye Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi*, 4(3), 28-36.
- Dönmez, D. (2015), Kronik böbrek yetmezliği olan çocukların ruhsal işlev düzeyleri ve anne ile olan ilişkileri. *(Yüksek Lisans Tezi)*, Okan Üniversitesi, İstanbul.
- Er, M. (2006). Çocuk, hastalık, anne-babalar ve kardeşler. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, (49)2, 155-168.
- Eryiğit Günler, O. (2014). Sosyal sermaye, sağlık ve hastalık. *KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, (16)26, 107-113.
- Gültekin, G., Baran, G. (2005). Hastalık ve çocuk. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, (2)9.
- İnci, A. (2020). Erişkinlerde ve çocuklarda kronik böbrek hastalığının klinik özellikleri ve risk faktörleri. *Türk Nefroloji Derneği NefroBlog*, 18. <https://nefroloji.org.tr/tr/nefroblog?sayi=18>.
- Küçük, M., Sevim, S. (2022). Eğitimde bilimsel araştırma yöntemleri. *Nobel Akademik Yayıncılık*, (1), 1-308.
- Özbesler, C. (2013). Hasta yaşam kalitesinde tıbbi sosyal hizmet uygulamalarının önemi. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, (2), 6-12.
- Özbesler, C., İçağasioğlu Çoban, A. (2010), Hastane ortamında sosyal hizmet uygulamaları: Ankara örneği. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 21(2).
- Pala, F. (2021). Göç ile gelen öğrencilerin eğitim sorunlarına ilişkin öğretmen görüşleri. *Anadolu Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 5(4), 347-365.
- Sevinç, M., Ortaboz, M., Ünsal, A. (2019), Periton diyalizi fizyolojisi ve yöntemleri. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Suam*, 1, 1-5.
- Sezer Korucu, K., Çalışan Söylemez, Ş., Oksay, A. (2021), Biyopsikososyal yaklaşım ve gelişim süreci. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 12(30), 689-700.
- T.C Milli Eğitim Bakanlığı. (2016). Millî eğitim bakanlığı ortaöğretim kurumları yönetmeliği. Erişim adresi: https://ogm.meb.gov.tr/meb_iys_dosyalar/2016_11/03111224.
- T.C Sağlık Bakanlığı (2022). Diyaliz tedavi yöntemlerinin seçimi ve değiştirilmesi klinik protokolü. Erişim adresi: https://ekutuphane.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/diyaliz_kp_30052022.pdf.

- T.C Sağlık Bakanlığı Halk Sağlık Müdürlüğü (2018). Türkiye’de böbrek hastalıkları önleme ve kontrol programı (2018-2023). Erişim adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kronik-hastaliklar-ve-yasli-sagligi-db/Dokumanlar/Kitaplar/Turkiye_Bobrek_Hastaliklari_Onleme_ve_Kontrol_Programi_2018-2023.pdf
- Temiz G, Kaya A. (2017), Böbrek nakli sonrası bireylerde görülen psikososyal sorunlar ve hemşirelik yaklaşımı. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 12(2), 78-83.
- Topbaş, E. (2015), Kronik böbrek hastalığının önemi, evreleri ve evrelere özgü bakımı. *Nefroloji Hemşireleri Dergisi*, 10(1), 53-59.
- Uçar, V., Ceylan, G., Balun, B. (2024), Psikolojik sağlamlık ve başarı motivasyonu arasındaki ilişkiye yönelik bir alan araştırması. *Journal of Humanities and Tourism Research*, 14(3), 343-354.
- Üstündağ, H., Gül, A., Zengin, N., Aydın, M. (2007), Böbrek nakli yapılan hastalarda yaşam kalitesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, (2)6, 117-126.
- Yardımcı, F., Başbakkal, Z. (2010), Ortaokul öz-yeterlilik ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, (11), 321-326.
- Yetiş, G. (2014). Kronik hastalığı olan çocukların algıladıkları sosyal desteğin okul başarısına etkisi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yüksek Lisans Tezi) İnönü Üniversitesi, Malatya,1-79.
- Yeşilkayalı, E. (2016), Okul sosyal hizmeti uygulamasında yaklaşım ve model örnekleri, *Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 18(1), 135-152.
- Yorulmaz, Ö. (2024). Türkiye’de eğitimde eşitsizlik. *İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi İstatistik Araştırma Merkezi*, 1-10.
- Yüksek Telsaç, Ö., Telsaç, C. (2022). Göç nedeniyle oluşan temel eğitim sorunları. *Uluslararası Akademik Birikim Dergisi*, 5(3), 113-122.
- World Health Organization.(1948).Constitution of the World Health Organization.Retrieved from <https://www.who.int/about/governance/constitution>



SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Hasta Hakları ve Tıbbi Sosyal Hizmetler Dairesi, Bilkent Yerleşkesi
Üniversiteler Mahallesi Dumlupınar Bulvarı Şehit Mehmet Bayraktar Caddesi No:3
Çankaya/Ankara 06800
Tel: +90 (312) 471 76 72
E Posta: tibbisosyalhizmet@saglik.gov.tr



BAKANLIK YAYIN NO:

963