

KORUYUCU RUH SAĞLIĞI VE DAYANIKLILIK

DOÇ. DR. MURAT COŞKUN | DR. ZEYNEP NUR GÜLLE | ÖĞR. GÖR. ALİ KARAYAĞMURLU | DR. HÜSNA KAAH

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ AÇIK VE UZAKTAN EĞİTİM FAKÜLTESİ



İçindekiler

1. Çocuklarda Koruyucu Ruh Sağlığı Ve Psikolojik Dayanıklılık

Giriş

- 1.1. Çocukluk Çağındaki Olumsuz Yaşantıların Ve Psikiyatrik Sorunların Yaşam Boyu Etkileri
- 1.2. Koruyucu Ruh Sağlığının Tanımı Ve Bileşenleri
- 1.3. Çocukluk Ve Ergenlik Döneminde Koruyucu Ruh Sağlığının Önemi
- 1.4. Psikolojik Dayanıklılığın Tanımı Ve Önemi

Ünite Soruları

2. Gebelik Döneminde Koruyucu Ruh Sağlığı

Giriş

- 2.1. doğum Öncesi Dönemde Genel Gelişim
- 2.2. Gebelik Şekli
- 2.3. Eşler Arası İlişki
- 2.4. Ebeveyn Psikopatolojisi
- 2.5. Beslenme
- 2.6. Sigara, Alkol Ve Madde Kullanımı
- 2.7. Doğum Şekli
- 2.8. Doğum Öncesi Bakım

Ünite Soruları

3. bebeklik Döneminde Koruyucu Ruh Sağlığı Ve Dayanıklılık

Giriş

- 3.1. Bağlanmanın Tanımı Ve Önemi
- 3.2. Bağlanma Süreçleri
- 3.3. Bağlanma Çeşitleri
- 3.4. Bağlanmayı Etkileyen Faktörler
- 3.5. Bağlanmanın Nörobiyolojisi
- 3.6. Bağlanma Ve Oyun
- 3.7. Bağlanma Ve Psikopatoloji
- 3.8. Bebeklik Döneminde Koruyucu Ruh Sağlığı Girişimleri
- 3.9. Koruyucu Ruh Sağlığı Ve Dayanıklılık Açısından Anne Sütü Ve Emzirme

Ünite Soruları

4. Erken Çocukluk Döneminde Koruyucu Ruh Sağlığı Ve Dayanıklılık

Giriş

- 4.1. Erken Çocukluk Döneminin Genel Gelişimsel Özellikleri
- 4.2. Erken Çocukluk Döneminde Ailenin Rolü Ve Yaygın Ebeveyn Tutumları
- 4.3. Erken Çocukluk Döneminde Koruyucu Ruh Sağlığı Ve Dayanıklılık

Ünite Soruları

5. Okul Çağında Koruyucu Ruh Sağlığı Ve Dayanıklılık

Giriş

- 5.1. Okul Çağı Çocuğunun Genel Gelişimsel Özellikleri
 - 5.2. Koruyucu Ruh Sağlığı Ve Dayanıklılık Açısından Okul Çağı
 - 5.3. Okul Çağı Çocuğunda Psikososyal Problemler Ve Koruyucu Ruh Sağlığı
- Ünite Soruları

6. Ergenlik Döneminde Koruyucu Ruh Sağlığı Ve Dayanıklılık

Giriş

- 6.1. Ergenlik Döneminde Fiziksel Ve Cinsel Gelişim
 - 6.2. Ergenlik Döneminde Bilişsel Gelişim
 - 6.3. Ergenlik Döneminde Duygusal Gelişim
 - 6.4. Ergenlik Döneminde Ahlaki Ve Sosyal Gelişim
 - 6.5. Ergenlik Döneminde Kimlik Gelişimi
 - 6.6. Ergenlik Döneminde Ebeveynlerle Çatışma
 - 6.7. Ergenlik Döneminde Medya Ve İnternet Kullanımı
 - 6.8. Ergenlik Döneminde Sigara-Alkol-Madde Bağımlılığı
 - 6.9. Ergenlik Döneminde Cinsellik
 - 6.10. Ergenlik Döneminde Psikiyatrik Bozukluklar Ve İntihar Davranışları
- Bölüm Özeti
- Ünite Soruları

7. Koruyucu Ruh Sağlığı Açısından Günümüz Yaşam Tarzı

Giriş

- 7.1. Değişen Ebeveyn Tutumları
 - 7.2. İnternet Ve Medyanın İçine Doğmak
 - 7.3. Değişen Beslenme Alışkanlıkları
 - 7.4. Değişen Aile Yapısı Ve Yalnızlaşma
- Bölüm Özeti
- Ünite Soruları

8. Koruyucu Ruh Sağlığı Açısından Akran Zorbalığı

Giriş

- 8.1. Akran Zorbalığının Tanımı
 - 8.2. Katılımcı Roller ve İlişkili Özellikler
 - 8.3. Zorbalığın Türleri
 - 8.4. Akran Zorbalığının Epidemiyolojisi
 - 8.5. Akran Zorbalığının Belirtileri
 - 8.6. Akran Zorbalığında Risk Faktörleri Ve Koruyucu Faktörler
 - 8.7. Akran Zorbalığının Sonuçları
 - 8.8. Koruyucu Ruh Sağlığı Açısından Akran Zorbalığı
- Bölüm Özeti
- Ünite Soruları

9. Okul Koruyucu Ruh Sağlığı

Giriş

9.1. Okul Ruh Sağlığı

9.2. Türkiye’de Okul Koruyucu Ruh Sağlığıyla İlgili Mevcut Durum, İhtiyaçlar Ve Sorunlar

9.3. Depresyon Ve Anksiyete Bozuklukları İçin Koruyucu Ruh Sağlığı Uygulamaları

9.4. Alkol Ve Madde Kullanım Bozukluğu

9.5. Riskli Davranışlar

9.6. Koruyucu Ruh Sağlığı Açısından Kronik Hastalıklar

9.7. Koruyucu Ruh Sağlığı Açısından Gelişimsel Bozukluklar

Bölüm Özeti

Ünite Soruları

10. Ruhsal Travmalar Ve Koruyucu Ruh Sağlığı

Giriş

10.1. Çocukluk Çağı Travmaları

10.2. Gelişim Dönemlerine Göre Travma

10.3. Travmanın Etkileri

10.4. Travmaya Karşı Koruyucu Ruh Sağlığı Müdahaleleri

Bölüm Özeti

Ünite Soruları

1. ÇOCUKLARDA KORUYUCU RUH SAĞLIĞI VE PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK



Giriş

Kitabımızın ilk bölümünde çocukluk çağı olumsuz yaşantılarının ve psikiyatrik sorunlarının etkilerinden bahsedilecek, çocuk ve ergenlerde koruyucu ruh sağlığı ve bununla ilgili olarak psikolojik dayanıklılık kavramları tanıtılacak, çocuk ve ergenlik döneminde bu kavramların önemi tartışılacaktır.

Giriş

Gebelikten başlayarak ergenliğin sonuna kadar devam eden gelişimsel süreç bireyin bedensel, ruhsal ve sosyal açılardan gelişip olgunlaştığı, erişkin hayata hazırlandığı önemli dönemlerdir. Bu dönemlerin ne kadar sağlıklı ve verimli yaşandığı, gelişimsel kazanımların gerçekleşip gerçekleşmediği erişkin yaşamı doğrudan etkileyen faktörlerdir. Diğer taraftan çocukluk ve ergenlik döneminde görülen psikiyatrik/gelişimsel bozukluklar veya olumsuz yaşantılar etkileri ve sonuçları itibarıyla bireyin hem şimdiki hem de ilerdeki hayatını önemli ölçüde etkilemekte, iş, aile, akademik ve sosyal hayatında önemli zorluklara yol açmaktadır. Hayatın geri kalanı için böylesine önemli bir dönemin psikososyal açıdan en sağlıklı şekilde geçirilmesinde koruyucu ruh sağlığı bilinci ve çalışmalarının yanı sıra psikolojik dayanıklılık ve esneklik oldukça önemlidir. Bu sebeple bu bölümde koruyucu ruh sağlığı ve bununla ilgili olarak psikolojik dayanıklılık kavramları tanıtılacak ve çocuk ve ergenlik dönemi açısından bu kavramların önemi tartışılacaktır.

1.1. Çocukluk Çağındaki Olumsuz Yaşantıların ve Psikiyatrik Sorunların Yaşam Boyu Etkileri

Konuyla ilgili yapılan araştırmalar genel olarak toplumdaki her dört veya beş çocuktan birisinin erişkin oluncaya kadar en az bir psikiyatrik bozukluk geçirdiğini ortaya koymaktadır (Ercan ve ark. 2019; Merikangas ve ark., 2010). Bu oranlar bazı özel gruplarda (örneğin bakım evlerinde veya yurtlarda kalan çocuklarda) çok daha yüksektir (Bronsard ve ark., 2016). Diğer taraftan yaşam boyunca ortaya çıkan bütün psikiyatrik bozuklukların yaklaşık yarısı ilk olarak çocukluk çağında ortaya çıkmaktadır (Tully ve ark., 2019). Psikiyatrik bozuklukları olan erişkin hastalarda yapılan çok sayıda çalışma, bu bireylerdeki psikiyatrik bozukluk belirtilerinin sıklıkla çocukluk/ergenlik çağında ortaya çıktığını, fakat fark edil(e)meden ya da tedavi edilmeden erişkin yaşama kadar devam ettiğini ortaya koymaktadır (Tully ve ark., 2019; Copeland ve ark., 2009). Psikiyatrik /gelişimsel bozukluklar gelişmiş ve gelişmekte olan toplumlarda çocuk ve erişkin popülasyondaki en önemli sağlık sorunlarından birisi olarak tanımlanmaktadır (Rehm ve Shield, 2019; Baranne ve Falissard, 2018). Dünya Sağlık Örgütü'ne göre psikiyatrik sorunlar dünya genelinde en sık karşılaşılan ve en fazla işlev bozukluğuna, iş gücü kaybına, tedavi/rehabilitasyon masraflarına yol açan sorunların başında gelmektedir. Çocukluk ve ergenlik dönemindeki psikiyatrik bozukluklarının bireyin yaşamındaki etkileri yalnızca çocukluk döneminde değil, sıklıkla erişkin yaşamda da devam ettiğinden bu sorunların ortaya çıkışının mümkün olabildiğince önlenmesi, var olan sorunların fark edilip, etkili bir şekilde tedavi edilmeleri koruyucu ruh sağlığı açısından oldukça önemlidir. Tanılama ve tedavideki gecikmelerin psikiyatrik bozuklukların şiddetini arttıracak ve tedaviyi zorlaştıracak, ayrıca kronik bir bozukluğun hem kişinin kendisi hem de ailesi açısından pek çok zorluğu beraberinde getireceği açıktır. Diğer taraftan çocukluk döneminde duygusal, fiziksel veya cinsel istismara ve aile içi huzursuzluklara maruz kalan bireylerde erişkin yaşamda psikolojik sorunların (örneğin depresyon, madde bağımlılığı, intihar) yanı sıra erişkinlerde en sık ölüm sebepleri arasında olan birçok fiziksel hastalığın da (örneğin obezite, kanser, kalp, akciğer ve karaciğer hastalıkları, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, kırıklar) daha fazla görüldüğü bilinmektedir (The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study, 2019). Bu çalışmada olumsuz yaşam deneyimlerinin sayı ve şiddeti arttıkça söz konusu beden ve ruh sağlığı sorunlarının da arttığı görülmüştür. Bütün bu veriler çocukluk çağı psikiyatrik sorunlarının, kötü yaşam olaylarının ve aile içi şiddet ve huzursuzlukların zamanında fark edilip müdahale edilmesinin koruyucu birey-toplum ruh sağlığı açısından oldukça önemli olduğunu göstermektedir.

Günümüzdeki yaygın anlayışa göre psikiyatrik bozuklukların ortaya çıkmasındaki iki önemli etkeni genetik/biyolojik yatkınlık ve olumsuz/travmatik çevresel koşullar olarak özetleyebiliriz (stress-diathesis modeli). Psikiyatrik bozuklukların ortaya çıkışında bu iki faktör sıklıkla birlikte rol oynamaktadır. Genetik/biyolojik yatkınlık (diathesis) belirli bir hastalık için yatkınlık veya risk oluşturan genlerin ya da nörobiyolojik anormalliklerin anne babadan çocuğa geçmesini ya da anne karnında ilk yaratılış sırasında beyinde bir takım yapısal/işlevsel problemlerin oluşmasını kapsayan ‘içsel’ faktörlerdir. Olumsuz/travmatik çevresel koşullar ise doğumdan itibaren içinde büyüdüğümüz çevreyi ve aileyi, karşılaştığımız her türlü olayı ve yetiştirilme tarzını da kapsayan ‘dışsal’ faktörleri ifade eder. Dışsal/çevresel faktörler her yaş grubu için önemli olmakla birlikte, çocukların çevresel şartlara daha duyarlı ve incinebilir olduğu söylemek mümkündür. Bu içsel ve dışsal faktörler arasındaki karşılıklı etkileşim ve bu faktörlerin bir araya gelmesiyle oluşan toplam risk, psikiyatrik bozuklukların ortaya çıkışındaki en önemli mekanizma olarak düşünülmektedir. Genetik risk faktörleri bireyi çevresel risk faktörlerine karşı daha incinebilir hale getirir. Olumsuz çevresel koşulları da genetik/biyolojik yatkınlığın açığa çıkmasına, dolayısıyla psikiyatrik bozukluğun ortaya çıkmasına yol açabilirler. Gerek genetik/biyolojik risk faktörleri, gerekse de çevresel koşullara olan duyarlılık ve incinebilirlik kişiden kişiye önemli farklılıklar göstermektedir. Bu sebeple çocukluk çağından hatta gebelik döneminden başlayarak ‘değiştirilebilir risk faktörlerini hedef alan müdahaleler ile risk zincirini kırmak ve koruyucu faktörleri etkin kılmak’ koruyucu ruh sağlığının temel amacı olarak ifade edilebilir.

‘Ruh sağlığı’ ve ‘ruhsal hastalık’ kavramları dilimizde psikolojik iyilik halini ve psikiyatrik bozuklukları ifade etmek için kullanılan ifadelerdir. Burada kullanılan ‘ruh’ kelimesi insandaki ilahi öz olan ‘ruh’ ile karıştırılmamalıdır. Ruhsal hastalık ifadesinin ingilizce karşılığı ‘spiritual disorder’ değil, ‘mental disorder’ veya ‘psychiatric disorder’ şeklindedir.

1.2. Koruyucu Ruh Sağlığının Tanımı ve Bileşenleri

Koruyucu ruh sağlığı tanımına yer vermeden önce ruh sağlığının ne olduğunu anlamaya ihtiyaç vardır. Ruh sağlığı, salt ruhsal bir hastalığın var olmaması durumu değil; öznel bir iyi oluş hali, kendi kendine yeterli olma, özerklik, olgunluk, sosyal ve duygusal zekânın bulunması, dayanıklı olma, kendi yeteneklerinin farkında olma, yaşamın normal stresleri ile başa çıkabilme, üretken bir şekilde çalışabilme ve topluma katkıda bulunabilme gibi kavramlarla açıklanmaktadır (Güleç, 2010). Bu açıdan, ruh sağlığı bireylerde belli bir psikolojik bozukluk olmamasının yanı sıra, bireylerdeki en uygun ve işlevsel biyolojik, psikolojik ve sosyal durumun olmasını da içerir. Koruyucu ruh sağlığı ise ruhsal hastalıklara ilişkin risk faktörleri ve koruyucu faktörlerin belirlenmesi, bu faktörlere ilişkin gerekli müdahaleler ile hastalıkların ortaya çıkmadan önce önlenmesi, hastalıkların erken teşhis ve tedavisi, ruhsal hastalığı olan bireylerin desteklenmesi ve toplumda ruh sağlığı bilincinin geliştirilmesini amaçlayan çabaların bütünü olarak tanımlanabilir. Bu sayede koruyucu ruh sağlığı, ruhsal hastalığın ortaya çıkışını önlemeyi ya da geciktirmeyi, hastalığın süresini kısaltmayı, hastalığın toplum içindeki yaygınlığını azaltmayı ve hastalığın yol açacağı bireysel ve toplumsal olumsuz sonuçların etkisini sınırlandırmayı amaçlar. Halk sağlığının temel ilkelerine göre, birçok durumda hastalığın önlenmesi, tedavi edilmesinden daha etkili ve ucuz bir yöntemdir (Aksaray, Kaptanoğlu ve Oflu, 1999).

Koruyucu ruh sağlığında hastalıkların ve hastalıklara yönelik olumsuz sonuçların önlenmesi amacıyla üç aşamalı korumadan söz edilmektedir:

Birincil Koruma: Genetik ve çevresel risk faktörlerinin ve hastalığa yol açan etmenlere maruziyetin azaltılarak, maruziyetten kaçınılması durumunda koruyucu faktörleri etkin hale getirerek hastalığın ortaya çıkmasını önlemeyi amaçlar. İleride anne-baba olacak bireylere yönelik ebeveynlik becerileri, çocuğun gelişimini takip etme ve destekleme eğitimleri, gebelikte sigara-alkol kullanımına bağlı sorunların önlenmesi için gebelere yönelik eğitimler, çocukların riskli ortam ve durumlardan uzak tutulması, alkol ve madde bağımlılığına karşı toplum tabanlı çalışmaların yapılması birincil korumaya örnek verilebilir. Birincil koruma koruyucu ruh sağlığının en önemli basamağını oluşturur.

İkincil Koruma: Davranışsal bir sorun ya da hastalığı kontrol etmek, hastalığın süresini ve sonuçlarını en aza indirmek için erken tanı ve girişimler olarak tanımlanmaktadır. Hastalıkların belirtisiz ya da hafif belirtileri olan evrede erken tanınması ve ilerlemesinin kontrol edilmesini amaçlayan etkinlikleri kapsamaktadır. Psikiyatrik bozukluklar bazen önceden her hangi bir belirti veya şikâyet olmadan ani bir şekilde ataklar halinde ortaya çıkabilir. Önemli bir kısmındaise hastalık tanısı alacak düzeye gelmeden aylar-yıllar öncesinde ortaya çıkan belirtiler ve şikâyetler söz konusu olmaktadır. Bu bireylerin önemli bir kısmı herhangi bir tanı veya tedavi almaksızın uzun yıllar bu şekilde yaşamaktadırlar. Birçok durumda bu şekilde tanı ve tedavi almaksızın geçirilen sürenin uzunluğu hastalığın uzun vadeli seyrini ve sonuçlarını etkileyen önemli bir faktördür. Duygusal-davranışsal bozukluk veya öğrenme güçlüğü belirtileri gösteren çocukların okul ortamında erken teşhisini sağlamak için öğretmenlerin eğitilmesi, böylece bu çocukların uygun şekilde yönlendirilmesinin sağlanması, psikiyatrik bozukluk tanısı konulan çocukların ailelerine hastalıkla ilgili bilgi verilmesi ve ailenin de tedavinin bir parçası haline getirilmesi ikincil korumaya örnek gösterilebilir.

Üçüncül Koruma: Kronik psikiyatrik (örneğin şizofreni) veya gelişimsel (örneğin otizm) bozukluğu olan bireylerin topluma uyum sağlamaları ve hastalığa bağlı yeti yitiminin önlenmesi ya da en aza indirilmesi amaçlanmaktadır. İyileşme ve uyum aşamasında birey ve aileye destek çalışmalarının sürdürülmesi, ev ziyareti ve izlem çalışmalarının yapılması üçüncül korumanın hedefleri arasındadır. Hastalığın tabii seyri, tedavinin devamı ve olumsuz çevresel koşullar gibi birçok faktörün etkisiyle psikiyatrik bozukluk belirtileri yaşamın farklı dönemlerinde kısmen ya da tümüyle gerileyebilir veya kötüleşme gösterebilirler. Sonuç olarak bazı durumlarda tam bir iyileşme söz konusu olmayabilir ve psikiyatrik

bozukluk yaşam boyu devam edebilir. Bu durumdaki bireylerde hastalıkla ilişkili işlev bozukluğunun ve hayata katılımındaki kısıtlılıkların azaltılması, birey ve ailenin yaşam kalitesinin artırılmasına yönelik psikososyal rehabilitasyon çalışmalarının yürütülmesi üçüncül korumaya örnek olarak verilebilir.

Koruyucu ruh sağlığına ilişkin önlemler, en temelde risk faktörleri ve pozitif/koruyucu faktörlerin karşılıklı denge ve etkileşimine dayandığından bu kavramları açıklamak yerinde olacaktır. Risk faktörü, olumsuz bir sonuç ortaya çıkma ihtimalini artıran bir veya daha fazla etmenin varlığı olarak tanımlanır. Örneğin, ebeveynlerin bir ya da ikisinde psikiyatrik bozukluk varlığı, düşük sosyoekonomik koşullarda büyüme, boşanmış ebeveyn çocuğu olma bir bireyde psikiyatrik bir bozukluk geliştirme açısından yakınlştırıcı risk faktörleri arasında sayılabilir. Bireylerin risk etmenlerinin etkilerini aşmalarına olanak veren yaklaşımlar ve beceriler ise koruyucu faktörler olarak adlandırılır. Koruyucu faktörler istenmeyen sonuçlar ortaya çıkması ihtimalini azaltarak bir bireyin psikiyatrik bir bozukluk geliştirme ihtimalini azaltırlar. Bugüne kadar edindiğimiz kanıta dayalı bilgilerimiz risk faktörlerinin ve koruyucu faktörlerin tek başlarına etkilerinden ziyade, bir araya gelerek psikiyatrik bozukluklar açısından toplam bir risk ya da koruma oluşturduğu modelini desteklemektedir. Örneğin, konuşmasında telaffuz bozukluğu olan çocuklarla yapılan bir araştırmada erkek cinsiyet, düşük anne eğitimi ve ailede konuşma bozukluğu gecikmesi öyküsünün, ayrı ayrı konuşma bozukluğu ile ilişkili olduğu, ancak bu üç faktörün bir araya gelmesiyle bu riskin sekiz kat daha fazla arttığı bulunmuştur (Campbell, 2003). Bu sebeple her bir bireye ilişkin risk faktörlerinin ve koruyucu faktörlerin bilinmesi ve bu faktörlerin bütüncül bir yaklaşımla ele alınması oldukça önemlidir.

1.3. Çocukluk ve Ergenlik Döneminde Koruyucu Ruh Sağlığının Önemi

Günümüzde tedavi edici sağlık hizmetlerindeki ilerlemeler sayesinde fiziksel/tıbbi hastalıklar konusunda önemli mesafeler alınmış olsa da aynı şeyi psikiyatrik hastalıklar konusunda, özellikle koruyucu ruh sağlığı çalışmaları konusunda söylemek maalesef mümkün değildir. Psikiyatrik bozukluklar ve duygusal/davranışsal sorunlar çocukluk çağında diğer birçok tıbbi hastalıktan daha sık görülmesine ve sıklıkla yaşam boyu süren etkileri olmasına rağmen konuyla ilgili farkındalık, olması gereken düzeyde değildir. Çocuk ve ergenlik çağındaki psikiyatrik bozuklukların yaygınlığı ve yaşam boyu etkileri ve önemi üzerine yapılan çalışmalardan yukarıda kısaca bahsedilmişti. Bu çalışmalara ek olarak günümüzde özellikle gelişmiş ülkelerde ebeveynler tarafından çocuklukçağındaki en önemli sağlık sorunları olarak tanımlanan sorunların büyük ölçüde psikiyatrik bozukluklar veya duygusal/davranışsal sorunlar olduğu görülmektedir. Bu konuda Amerika Birleşik Devletleri'nde (A.B.D) yapılan bir çalışma çarpıcı sonuçlar ortaya koymuştur.'C.S. Mott Children's Hospital National Poll on Children's Health' başlıklı çalışmada geniş bir ebeveyn grubuna çocuklarıyla ilgili en önemli sağlık sorunu olarak hangi sorunları gördükleri sorulmuştur. Çalışmanın 2013 ve 2016 yılına ait verileri Tablo 1'de verilmiştir. Tabloda ebeveynler tarafından ifade edilen sağlık sorunlarının türü, sıklığı ve zaman içindeki değişimleri koruyucu ruh sağlığı açısından çok önemli anlamlar barındırmaktadır. A.B.D özelinde ifade etmek istersek, gelişmiş bir ülke olmasına, araştırma ve tedavi konularına çok büyük ekonomik bütçeler ayırmasına rağmen bu ülkedeki bireylerin (çocuk veya erişkin) geçmiş yıllara göre psikiyatrik açıdan daha sağlıklı olduklarını söylemek mümkün değildir. Benzer bir durum diğer birçok gelişmiş ülke için de geçerlidir (Vigo ve ark. 2016; Tully ve ark. 2019). Bilakis çocuk ve ergenler arasında önemli bir takım psikiyatrik bozuklukların (örneğin depresyon, anksiyete, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, otizm spektrum bozuklukları, alkol-madde kullanımı, internet/oyun bağımlılıkları, intihar girişimi) sıklığının ve yardım alma ihtiyacının geçmiş yıllara göre arttığına dair Batı ülkelerinde yapılan önemli çalışmalar mevcuttur. Bu artmış oranlarda psikiyatrik bozukluklarla ilgili farkındalık, yardım arayışı ve tanı-tedavi imkânlarındaki artışın da etkisi olabileceği gibi gerçek bir sıklık artışı da söz konusudur (Collishaw,2015; Comeau ve ark., 2019; Benjamin ve ark., 2019). Bütün bilimsel ve ekonomik çabalara ve gelişmelere rağmen, ruh sağlığıyla ilişki risk ve koruyucu faktör dengesinin arzu edilen noktada olmaması bu artışlardaki önemli sebeplerden birisidir. Özellikle modern yaşam şeklinin doğrudan veya dolaylı olarak ilişkili olduğu birçok durum (örneğin gebelikten başlayarak yaşamın her dönemindeki beslenme ve yaşam alışkanlıkları, olumsuz çevresel etkenlere ve toksinlere maruziyet, iş ve eğitim hayatının aile ve çocuk üzerinde yarattığı stres, fiziksel hareketliliğin azaldığı rekabet ve yalnızlaşmanın arttığıyaşam tarzı, medya ve internetin olumsuz etkileri vs.) bu dengeyi olumsuz etkileyen faktörlere örnek olarak verilebilir. Tablo-1'de Amerikalı ebeveynlerin çocuklarıyla ilgili endişelerinin önemli ölçüde bunlarla ilişkili olduğu görülmektedir. Ebeveynlerin çocuklarıyla ilgili dile getirdikleri sağlık sorunlarının fiziksel sağlık sorunlarından ziyade psikiyatrik bozukluklar veya duygusal/davranışsal sorunlar olmuş olması dikkat edilmesi gereken ilk önemli noktadır. Diğer taraftan ebeveynlerin dile getirdiği en önemli sağlık sorunu olarak görülen psikiyatrik bozukluk veya sorunların neler olduğu, nasıl ortaya çıktıkları, zaman içinde nasıl değişim gösterdikleri ve nasıl önlenebilecekleri de diğer önemli noktalar. Yukarıda psikiyatrik bozuklukların ortaya çıkışında genetik/biyolojik ve çevresel faktörlerin öneminden/etkileşiminden bahsetmiştik. Bazı psikiyatrik bozuklukların ortaya çıkışında genetik/biyolojik faktörler daha önemliken (örneğin bipolar bozukluk, şizofreni veya otizm) Tablo-1'de ifade edilen sorunların (örneğin obezite, madde kullanımı, akran zorbalığı, stres, çocuk ihmal ve istismarı gibi) ortaya çıkışında çevresel faktörlerin sıklıkla daha önemli olduğunu söylemek mümkündür. Bu sorunların büyük ölçüde çevresel şartların veya yaşam tarzının etkisiyle ortaya çıkıyor olması genetik/biyolojik faktörlere kıyasla bunların önlenmesinin daha mümkün olabileceğini göstermektedir. Dolayısıyla Tablo-1'de ifade edilen sorunların tamamında koruyucu ruh sağlığı bilinci ve çabalarının bu sorunların çözümünde veya önlenmesinde çok önemli olduğu anlaşılmaktadır. Diğer taraftan ebeveynlerin çocuklarındaki duygusal/davranışsal sorunlara veya psikiyatrik bozukluklara dair endişelerinin zaman içinde arttığını görmek mümkündür. 2013 yılına kıyasla 2016 yılında; hem ebeveynler genel olarak duygusal/davranışsal sorunlara dair artmış endişe bildirmişlerdir, hem de her iki alandaki sorun sıklılıklarının belirgin olarak arttığı görülmektedir. Bazı alanlarda iki kat veya daha fazla bir

artış söz konusudur. Örneğin internet güvenliğiyle ilgili endişe yüzde 21'den yüzde 49'a, depresyonla ilgili endişe yüzde 20'den yüzde 40'a, ihmal ve istismarla ilgili endişe yüzde 23'ten yüzde 45'e ve zorbalıkla ilgili endişe yüzde 29'dan yüzde 57'ye yükselmiştir. Sonuç olarak bilimsel çalışmaların yanı sıra ebeveynlerin bildirimleri de çocuk ve ergenlerde psikiyatrik bozukluklar veya duygusal/davranışsal sorunların önemli bir birey ve toplum sağlığı sorunu ve endişe kaynağı olduğunu ve bu sorunların artmakta olduğunu göstermektedir. Bu sorunların yönetiminde tedavi edici sağlık hizmetlerinden ziyade koruyucu hekimlik ve koruyucu ruh sağlığı bilinci, çabası ve politikalarının daha önemli ve öncelikli olduğu unutulmamalıdır.

Tablo-1. Amerikalı Ebeveynlere Göre 2013 ve 2016 Yıllarında En Önemli 10 Çocuk Sağlığı Sorunu*

	2013 YILI		2016 YILI	
1	Çocukluk obezitesi	%38	Akran zorbalığı	%57
2	Madde kullanımı	%34	Çocukluk obezitesi	%56
3	Sigara-tütün kullanımı	%32	Madde kullanımı	%52
4	Zorbalık	%29	İnternet güvenliği	%49
5	Stres	%25	Stres	%46
6	Alkol kötüye kullanımı	%24	Çocuk ihmal ve istismarı	%45
7	Çocuk ihmal ve istismarı	%23	Cinsel içerikli mesajlaşma	%44
8	Ergen gebeliği	%23	Okulda şiddet	%42
9	İnternet güvenliği	%21	İntihar	%41
10	Depresyon	%20	Depresyon	%40

*C.S. Mott Children's Hospital National Poll on Children's Health, 2013 ve 2016

Çocukluk ve onu izleyen ergenlik dönemi insan hayatının bedensel ve zihinsel açıdan en fazla gelişim ve değişim gösterdiği bir dönemdir. Bu dönemdeki değişiklik ve gelişmeler yalnızca içinde bulunulan dönemi değil, hayatın tamamını etkiler. Hayatı bir ağaca benzetecek olursak, çocukluk dönemini bu ağacın kökleri, erişkinlik dönemini de meyvesi olarak düşünebiliriz. Doğumdan itibaren başlayarak bebeklik, erken çocukluk ve okul çağı yılları önemli bir takım gelişimsel görev veya kazanımlar içim *kritik* veya *hassas* dönemler olarak düşünülmektedir (Guerra ve ark., 2012). *Kritik dönem* belirli bir gelişimsel görev veya kazanımın gerçekleşmesinin beklenildiği (veya gerektiği), zaman sınırları daha kesin olan bir dönemi ifade eder. Söz konusu görev ya da kazanımın bu dönemde gerçekleşmemesi halinde sonraki yıllarda bu ölçüde gerçekleşmesi neredeyse imkânsızdır. Örneğin yaşamın ilk iki yılı güvenli bağlanma, ilk beş yılı dil gelişimi ve kazanımı açısından kritik dönemlerdir. Bu dönemlerde güvenli bağlanmayı veya dil gelişimini gerçekleştirilememiş bir çocuğun sonraki yıllarda bu kazanımları normal bir şekilde elde etmesi mümkün olmayacaktır. *Hassas dönem* ise bir gelişimsel görev veya kazanımın daha kolay ve başarılı bir şekilde gerçekleşmesinin beklenildiği dönemi ifade eder. Zaman sınırları çok keskin değildir. Söz konusu beceri bu dönemde kazanılmadığı takdirde ileriki yıllarda kazanılması mümkündür ama daha zordur. Bu dönemdeki bir eksikliğin veya sorunun giderilmesi daha mümkündür. Örneğin ikinci bir dili öğrenmek ve öz kontrol becerilerini kazanmak açısından erken çocukluk dönemi (yani 6 yaş öncesi) hassas dönemdir. İkinci bir dile erken yaşlarda maruz kalmak bu dili öğrenmenin en kolay ve etkili yoludur. İleriki yaşlarda da dil öğrenmek mümkün olabilmekle birlikte anadili gibi olma ihtimali düşük olacaktır. Benzer şekilde erken çocukluk dönemi öz kontrol becerilerinin (öfke ve dürtü kontrolü, zevk erteleme gibi) öğrenilmeye ve kazanılması başlanması açısından en uygun dönemdir. Bu becerileri bu dönemde kazanmaya başlamamış bir çocuğa sonraki yıllarda bunları öğretmek mümkünse bile daha zor olacaktır. Sonuç olarak doğumdan başlayarak ergenlik sonuna kadar devam eden dönem birçok beceri ve kazanımlar için kritik veya hassas dönemlerdir. Bu becerileri ve kazanımlar en genel ifadeyle sağlıklı, güvenli ve mutlu bir birey ve toplumun temel ihtiyaç ve özelliklerini barındırmaktadır. Konumuz açısından özel olarak ifade etmek gerekirse de bu beceriler ve kazanımlar koruyucu ruh sağlığı ve psikolojik dayanıklılık açısından elzemdir. Doğumdan itibaren her gelişimsel dönemin (bebeklik, erken çocukluk, okul çağı ve ergenlik) ve bu dönemlerdeki kazanımların koruyucu ruh sağlığı ve psikolojik dayanıklılık açısından önemi detaylı olarak sonraki bölümlerde ele alınacaktır. Psikolojik veya ruhsal dayanıklılık (resilience) koruyucu ruh sağlığıyla ilişkili bir diğer önemli kavramdır. Aynı duruma veya travmaya maruz kalan

kişilerin tepkileri ve sonrasında yaşadıkları sorunlar veya zorluklar neden farklı olabilmektedir? Bazı insanlar yaşam zorluklarına veya travmalara niçin diğerlerinden daha hassas oluyor ve ciddi psikiyatrik bozukluklar geliştiriyorlar (örneğin depresyon, travma sonrası stres bozukluğu)? İşte bu sorunların cevabını bir sonraki başlıkta ele almaya çalışacağız.

1.4. Psikolojik Dayanıklılığın Tanımı ve Önemi

Yirminci yüzyılın sonlarından bu yana süregelen teknolojik karmaşıklık, hızlı sosyal yaşam, geleceğin belirsizliği ve kontrol hissinin azalması, hayatın birçok alanında rekabetin artması ve sosyal ilişkilerdeki niteliksel ve niceliksel değişiklikler gibi faktörler özellikle çocuk ve gençlerin yüz yüze kaldığı zorlukların artmasına ve daha fazla sayıda bireyin psikiyatrik bozukluk açısından risk altına girmesine sebep olmuştur.

Bu tür güçlüklerle başa çıkabilme, artan psikostres faktörlerine karşı uygun uyum sağlama ve baş etme stratejiler geliştirebilme, mevcut risk ve koruyucu faktörleri pozitif bir biçimde dengeleme ruhsal dayanıklılık kavramını ön plana çıkarmıştır. Dayanıklılık (resilience) bir kişinin zorluklarla başa çıkabilme, adaptasyon gösterebilme ve zorluk öncesi durumuna dönebilme kapasitesini tanımlar. Bir maddenin elastik olması ve sıkıştırıldıktan sonra aslına kolayca geri dönebilmesi gibi dayanıklı çocuklar da stres ve travmayla uygun şekilde baş ederek yeterli bir işlevsellikle zor deneyimlerden eski hallerine geri dönebilirler. Dayanıklılık kavramı tek başına kullanıldığında fiziksel ve psikolojik (ruhsal) açıdan genel bir dayanıklılığı ifade edebilmekle birlikte genellikle psikolojik (ruhsal) dayanıklılığı ifade etmek için kullanılmaktadır. Bu kitapta dayanıklılık, psikolojik dayanıklılık ve ruhsal dayanıklılık ifadeleri benzer anlamlarda kullanılacaktır. Dayanıklılığın çok önemli bir bileşeni olan esnekliği ifade etmek için bazen ‘psikolojik dayanıklılık ve esneklik’ şeklinde de kullanılabilir. Dayanıklılık kelimesi günlük hayattaki kullanımında sıklıkla fiziksel açıdan sertlik, sağlamlık, kırılmazlık, bükülmezlik gibi anlamlar taşımakla birlikte ‘psikolojik dayanıklılık’ tanımlamasında zorlu yaşam olayları ve sorunları karşısındaki baş edebilmeyi, esnekliği, sorundan önceki normal duruma dönebilme becerilerini ifade etmek için kullanılmaktadır. Fiziksel anlamda dayanıklılığın ilginç bir örneği olarak mikroskobik bir canlı olan tardigrad (su ayısı) güzel bir örnektir. Tardigrad suda yaşayan ve bilinen birçok olumsuz çevresel koşullarda veya radyasyon etkisinde bile hayatta kalmayı başaran bir canlıdır. Dayanıklılığın fiziksel güç veya büyüklükten ziyade *uyum sağlama becerisi* olduğunu gösteren tardigrad çok daha güçlü ve cüsseli birçok canlının türünün tükendiği dünyamızda milyarlarca yıldır hayatta kalabilmiştir. İnsan türü açısından bakacak olursak, psikolojik dayanıklılığı da benzer şekilde bir uyum sağlama veya baş etme becerisi olarak düşünebiliriz.

Dayanıklılık doğuştan gelen ya da her bireyde aynı ölçüde var olan bir durum değildir. Normal gelişim gösteren bir çocukta dayanıklılık zaman içinde öğrenilen ve gelişebilen bir durumdur. Doğuştan gelen ya da sonradan ortaya çıkan bir takım bireysel (örneğin tıbbi veya nörolojik hastalıklar, gelişimsel bozukluklar) veya çevresel faktörler dayanıklılık gelişimini olumsuz etkileyebilir. Fakat bu tür etkiler kişiler arası farklılıklar gösterebildiği gibi aynı kişinin değişik yaşam evrelerinde de farklılıklar gösterebilmektedir. Bu durum dayanıklılığın öğrenilen, değişen ve gelişen bir doğası olduğunu göstermektedir. Bu sebeple çocuk ruh sağlığı ve gelişimi alanında çalışan uzmanların çocuklarda dayanıklılığın gelişmesine yardımcı olacak durumlar veya yöntemler konusunda bilgi ve beceri sahibi olması önemlidir. Takip eden bölümlerde gebelikten başlayarak her gelişimsel dönemde koruyucu ruh sağlığı ve dayanıklılık açısından önerilere yer verilecektir.

Dayanıklılığın ortaya çıkabilmesi için bireyin bir risk ya da zorluğa maruz kalması ve bu sürecin sonunda duruma uyum sağlayarak mevcut tüm olumsuz koşullara rağmen uygun bir yeterlilikle yaşamın farklı alanlarında başarı elde etmesi gerekmektedir. Bir diğer deyişle, dayanıklı olmak demek kişinin incinmezliği değil, kişinin uygun baş etme becerileri geliştirebilme kapasitesidir. Bu durumda dayanıklılık, “sağlıklı bir uyum gösterme ile ilişkili olan ve uyum sürecine katkı sağlayan koruyucu faktörlerin var olan risk faktörleriyle etkileşimi sonucunda ortaya çıkan bir sonuç” olarak tanımlanmaktadır (Gizir, 2007). Bu sebeple bir çocuğun yaşına uygun, kendi başına veya bir yetişkin desteğiyle baş edebileceği ölçüde riskli veya zor durumlarla karşılaşması dayanıklılığın gelişmesinde temel ihtiyaçlardan birisi olmaktadır. Bu yönüyle bakıldığında, bizim toplumumuzda da örnekleriyle sıkça karşılaştığımız, çocuklara karşı aşırı koruyucu ve müdahaleci ebeveyn veya erişkin tutumlarının dayanıklılık gelişiminde istenilen durumlar olmadığı anlaşılmaktadır.

Dayanıklılık kavramı, risk ve travmatik yaşam olayları altında yetişen çocuk ve ergenlerin, gelişimlerini tehdit eden tüm olumsuzluklara rağmen nasıl başarılı olabildiklerini ve psikolojik yönden sağlam kalabildiklerini anlamaya, benzer risk altındaki diğer çocuk ve gençlere yönelik yapılabilecek önleyici çalışmalara önemli ölçüde ışık tutmaya yardımcı olmaktadır. Belirli gelişim dönemlerindeki farklı zamanlara ait risk faktörleri ve bunlarla baş etmeyi kolaylaştıran koruyucu faktörler dayanıklılık ve koruyucu ruh sağlığının önemli bir ayağını oluşturur. Bebekler bakım verenlerine olan ihtiyaç ve bağımlılıkları sebebiyle bu dönemde bakım verenlerinden gelen her türlü olumlu ya da olumsuz etkiye oldukça açıktır. Bunu daha da geriye götürecek olursak, anne karnındaki bir bebeğin gelişimi sırasında da pek çok içsel ve dışsal etkiye açık olduğu yapılan çalışmalarla iyi bilinmektedir. Bu dönemdeki bir ebeveyn psikopatolojisi, istenmeyen gebelik, gebelikte annenin sigara-alkol-madde kullanımı, boşanma, ağır ihmal ya da istismar, düşük sosyoekonomik statü, işsizlik gibi olumsuz faktörler bireyi ileriki hayatında psikiyatrik bir bozukluğa yatkın hale getirebilirken, doğum öncesi alınan tedbirler, düzenli gebelik kontrolleri, uygun ve düzenli beslenmenin sağlanması, aile ve çevreden yeterli sosyal desteğin olması, doğum öncesi dönemde ebeveynlerin bebeklerine yönelik heyecan ve ilgisi ve çocuk-ebeveyn bağlanmasının tesisi gibi faktörler de sağlıklı bir gelişim için koruyucu olmaktadır. Daha büyük çocuklar ve ergenlerdeyse aile faktörü yine önemli olmakla birlikte, akran ve grup ilişkileri ön plana çıkmakta, bu dönemde belli bir gruba dahil olma hem risk faktörünün kendisi hem de çevredeki risklere karşı

koruyucu bir faktör olabilmektedir. Bu sebeple dayanıklılık gelişiminde, belli gelişim dönemleri içindeki değiştirilebilir bireysel, ailesel ve çevresel risk faktörlerine odaklanarak, bu risk faktörlerine ilişkin müdahaleler planlamak önemlidir. Tablo-2’de koruyucu ruh sağlığı ve dayanıklılıkla ilişkili çeşitli bireysel, ailesel ve çevresel risk faktörleri ve koruyucu faktörler sıralanmıştır. Bireysel, ailesel ve çevresel risk faktörlerinin iç içe geçmiş karmaşık etkileşimi sebebiyle burada önemli olan, tek başına bu faktörlerden hangisinin var olduğuna bakmak yerine “koruyucu faktörlerin riski ne şekilde azalttığı, durdurduğu ve hatta önlediğinin” saptanmasıdır. Adı geçen tüm bireysel, ailesel ve çevresel etmenlerin tek başlarına ve direkt olarak çocuk ya da ergenlerin ruhsal dayanıklılıklarının sebebi olduklarını varsaymak doğru bir yaklaşım olmayabilir. Dolayısıyla ruhsal dayanıklılık çalışmalarında koruyucu bireysel, ailesel ve çevresel özelliklerin incelenmesi, bu faktörlerin birey-çevre ilişkisi içinde incelenmesi, risk altındaki bazı bireylerin neden daha sağlıklı ve başarılı bir uyum gösterdiklerinin açıklanabilmesi yönünden büyük önem taşımaktadır. Diğer taraftan ruh sağlığı ve dayanıklılık açısından koruyucu veya risk faktörlerin önemli bir kısmı evrensel özellikler göstermekle birlikte, her toplumun (veya bireyin) bu açıdan kendine özgü risk veya koruyucu faktörleri söz konusu olabilir. Dolayısıyla içinde yaşadığımız toplumun veya hizmet sunduğumuz toplum kesimlerinin bu anlamda güçlü ve zayıf yanları iyi bilmek etkili bir koruyucu ruh sağlığı hizmeti için çok önemlidir. Bunu basit bir örnekle anlatmak gerekirse; hızlı araba kullanmak trafik kazaları için evrensel bir risk faktörüdür ve her toplumda herkes için geçerlidir. Fakat kış lastiği kullanmak yalnızca belirli iklim şartlarında önemli (koruyucu) olan bir önlemdir. Kış mevsimi şartlarını hiç yaşamayan bir iklimde kış lastiğinden bahsetmek anlamsız olur. Hangi koruyucu önlemin ne zaman, nerede alınması gerektiğini belirlemek önemlidir. Tablo-2’de ruh sağlığı ve dayanıklılık açısından bireysel, ailesel ve çevresel risk ve koruyucu faktörler gösterilmiştir. Bu risk veya koruyucu faktörlerin tek başlarına etki etmekten ziyade diğer birçok faktörle ortak bir etkileşim sonucu etki gösterdiklerini söylemek mümkündür. Hangi risk veya koruyucu faktörün hangi bireyde ne zaman etki göstereceğini kestirmek mümkün olmayabilir. Bu sebeple mümkün olabildiğince risk faktörlerini azaltıp, koruyucu faktörleri artırmak veya güçlendirmek en doğru strateji olacaktır. Bu risk veya koruyucu faktörlerin bir kısmının değişmesi çok zor veya imkânsız olabilse de önemli bir kısmı az veya çok değişebilir veya değiştirebilir faktörlerdir. İlerleyen bölümlerde tablo 2’de belirtilen koruyucu faktörlerin farklı gelişimsel dönemlerde kazanılma ve gelişme süreçlerinden bahsedilecektir.

Tablo 2. Koruyucu Ruh Sağlığı ve Psikolojik Dayanıklılıkla İlişkili Risk ve Koruyucu Faktörler

	Risk Faktörleri	Koruyucu Faktörler
Bireysel Faktörler	-Genetik faktörler -Erken doğum -Düşük doğum ağırlığı -Gebelikte sigara-alkol-maddeye maruz kalmış olmak -Kronik hastalıklar -Zor mizaç -Düşük kendilik algısı -Ruhsal travma -Erken yaşta başlayan cinsellik -Ergen flört şiddeti	-Yüksek IQ -Kolay ve olumlu mizaç -Fiziksel sağlık -Olumlu kendilik algısı -Öfke ve dürtü kontrol becerisinin iyi olması (öz-kontrol) -Zevk erteleme becerisinin iyi olması (öz-kontrol) -Duygudurum düzenleme becerisinin iyi olması (öz-kontrol) -Stresle başa çıkma becerilerinin iyi olması -İncinme toleransının yüksek olması -Sorun çözme ve baş etme becerilerinin iyi olması -İletişim ve kendini ifade etme becerilerinin iyi olması -Sağlıklı özgüvene sahip olmak -Sağlıklı yaşam alışkanlıklarına sahip olmak -Sağlıklı eğlence anlayışına sahip olmak -Spor, sanat, bilim gibi alanlarda ilgi ve başarı sahibi olmak -Sorumluluk duygusunun gelişmiş olması -İyi akademik başarı -İnanç ve güzel ahlak sahibi olmak

Ailesel Faktörler	-Ebeveyn psikopatolojisi -Ebeveyn kaybı -Boşanma -Düşük sosyoekonomik düzey -Yetersiz ebeveynlik becerileri -Aile içi şiddet ve çatışma -Ebeveynde alkol-madde kullanımı	-Güvenli bağlanma -Yeterli-ilgili-destekleyici ebeveyn -Aile bütünlüğü -Ebeveyn izlemi -Tutarlı ve destekleyici disiplin -İyi sosyoekonomik şartlar -Madde karşıtı tutum ve davranışlar
Çevresel Faktörler	-Savaş ve doğal afetler -Güvensiz çevre veya mahalle -Akran zorbalığı -Dışlanma veya sosyal izolasyon -Madde kullanımını kolaylaştıran veya teşvik eden sosyal çevre -Güvensiz, sağlıksız medya ve internet	-Güvenli sosyal çevre veya mahalle -İyi okul ve ilgili öğretmen -Madde karşıtı dini-sosyal-kültürel yapı -Güçlü sosyal ilişkiler -Akran desteği

Özetle koruyucu ruh sağlığı doğum öncesi dönemden başlayarak, özellikle hayatın erken dönemlerine etki edildiğinde hayatın geri kalanını da önemli ölçüde şekillendiren birey, aile, çevre ve toplumu birlikte ele almayı gerektiren önlemler ve çabalar bütünü olarak tanımlanabilir. Koruyucu ruh sağlığının temel hedeflerini birey ve toplumda psikiyatrik bozukluk gelişme riskinin azaltılması, var olan sorunların erken tanı ve tedavisi, uzun vadeli rehabilitasyon ve topluma kazandırma çalışmalarıyla nihai olarak toplumdaki psikososyal iyilik halinin geliştirilmesi olarak ifade edebiliriz. Ruhsal veya psikolojik dayanıklılığı ise koruyucu ruh sağlığının önemli bir bileşeni olarak bireyin hayatın olağan veya olağan dışı zorluklarıyla etkin baş edebilme, zorluklar karşısında esneyebilme ve normal duruma dönebilme becerisi olarak özetleyebiliriz. Koruyucu ruh sağlığı ve ruhsal dayanıklılık bir birleriyle ilişkili kavramlar olmakla birlikte her zaman aynı şeyi ifade etmeyebilirler. Örneğin çocukluk dönemindeki ciddi psikolojik veya fiziksel travmatik olaylar bireyin ruh ve beden sağlığı açısından sakıncalıdır ve olabildiğince kaçınılmalıdır. Böyle bir durumda ciddi travmatik deneyimlerden kaçınmak bir koruyucu ruh sağlığı önlemidir. Diğer taraftan ruhsal dayanıklılık ise tanım olarak bireyin bir takım zorluklarla karşılaşmasını ve bunlarla baş edebilme gücünü ifade eder. Bu durumda ruhsal dayanıklılığın gelişmesi için çocuk veya ergenin bir takım zorluklarla karşılaşmış olması gerekir. Bir çocuğun baş edebileceği veya aşabileceği düzeydeki zorluklar ruhsal dayanıklılığın gelişiminde önemlidir. Bu türden zorlukların her çocuğun hayatında zaten var olduğunu veya var olacağını düşünürsek, ruhsal dayanıklılığın gelişmesi için planlı bir zorluğa ihtiyaç olmadığını söyleyebiliriz. Önemli olan çocuğun yaşadığı zorlukla kendi başına veya destekle baş edebilir olması, baş etme sürecinde bir takım beceriler kazanması ve zorluğu atlattıktan sonra veya zorluğa rağmen normal hayat ritmine olabildiğince devam edebilmesidir. Dolayısıyla çocukları ciddi travmatik olaylardan olabildiğince korumak ruh sağlığı açısından ne kadar önemliyse, hayatın olağan veya olağan dışı zorluklarıyla etkin bir şekilde baş edebilmeleri için ruhsal dayanıklılıklarının gelişmesini sağlamak da aynı derecede önemlidir. Bu bağlamda kitabın ilerleyen bölümlerinde koruyucu ruh sağlığı ve dayanıklılık konusunu her bir gelişimsel döneme özgü olarak ele almaya çalışacağız.

Meşe ile Su Kamışı

Meşe Ağacı pek büyükmüş. Kendisine çok güvenirmiş. Bir gün göldeki kamışa seslenmiş:

-Heeey, ufaklık. Sen ne kadar da cılızsın. Rüzgâr esmeye başladı mı, hemen eğilirsın. Hâlbuki bak bana. Ben ne kadar kocaman ve güçlüyüm. Senin için çok şiddetli olan rüzgârlar, bana hiç zarar veremez.

Küçük su kamışı gülümsemiş:

-Ben halimden çok memnunum. Rüzgâr beni ne kadar eğse de kıramaz, demiş.

Kamış tam sözlerini bitirmiş ki, görülmemiş bir rüzgâr esmeye başlamış. Meşe dimdik duruyormuş. Su kamışına küçümseyerek bakmış. Rüzgâr şiddetlendikçe şiddetlenmiş. Küçük su kamışı yerlere kadar eğilmiş. Yaprakları gölün suyuyla sırlıslık olmuştur.

Kendi kendine:

-Hiç bu kadar şiddetli esen bir rüzgâr görmemiştım, demiş.

Rüzgâr fırtınaya dönüşmüş. Önüne gelen her şeyi koparıp götürmeye başlamış. Su kamışı artık gözlerini açamıyormuş.

Neden sonra, şiddetli fırtına dinmiş. Su kamışı derin bir nefes alarak başını kaldırmış. Gözlerini açmış ki bir de ne görsün! Kocaman meşe yerinde yokmuş! O zaman fırtınanın onu köklerinden söküp götürdüğünü anlamış.

-Zavallı meşe. Çok büyüktü ama fırtına karşısında yenik düştü. Keşke kendini o kadar beğenmeseydi, demiş.

- **Kaynak: Bir Varmış Bir Yokmuş Masal Parkı, Timaş Yayınları, Eylül 2017, sayfa 375-377**

Bölüm Özeti

Çocukluk ve ergenlik dönemindeki olumsuz yaşantılar veya psikiyatrik sorunların yaşam boyu olumsuz etkileri ve/ya sonuçları vardır. Bunlar yalnızca ruh sağlığıyla sınırlı olmayıp fiziksel sağlığı da etkilemektedirler. Bu dönemlerin güvenli ve verimli bir şekilde geçirilmesi sağlıklı ve mutlu bir yaşam için gereklidir. Ruh sağlığı ve psikolojik dayanıklılıkla ilişkili birçok bireysel, ailesel ve çevresel risk veya koruyucu faktörler mevcuttur. Risk ve koruyucu faktörler dengesinin risk faktörleri lehinebozulması ruh ve beden sağlığı açısından kısa veya uzun vadede olumsuz sonuçlarla ilişkilidir. Risk faktörlerinin olabildiğince azaltılıp koruyucu faktörlerin olabildiğince artırılması veya güçlendirilmesi koruyucu ruh sağlığının temel hedeflerinden birisidir. Bu nedenle gebelikten başlayarak ruh sağlığı ve dayanıklılık açısından riskli veya koruyucu faktörlerin ve riskli durumlara yönelik koruyucu tedbir ve uygulamaların neler olduğunun bilinmesi çocuk ve ergenlerle çalışan her alandan uzman için oldukça önemlidir.

Kaynakça

Aksaray, G., Kaptanoğlu, C., ve Oflu, S. (1999). Koruyucu ruh sağlığı. Yeni Symposium, 37, 55-59.

Baranne, M.L., Falissard, B. (2018). Global burden of mental disorders among children aged 5–14 years. Child Adolesc Psychiatry Ment Health 12, 19.

Zablotsky, B., Black, L.I., Maenner, M.J., Schieve, L.A., Danielson, M.L., Bitsko, R. H., ... & Boyle, C.A. (2019). Prevalence and trends of developmental disabilities among children in the United States: 2009–2017. Pediatrics, 144, e20190811.

Bronsard, G., Alessandrini, M., Fond, G., Loundou, A., Auquier, P., Tordjman, S., Boyer, L. (2016). The Prevalence of Mental Disorders Among Children and Adolescents in the Child Welfare System: A Systematic Review and Meta-Analysis. Medicine, 95, e2622.

Campbell, T.F., Dollaghan, C.A., Rockette, H.E., Paradise, J.L., Feldman, H.M., Shriberg, L. D., ... & Kurs-Lasky, M. (2003). Risk factors for speech delay of unknown origin in 3-year-old children. Child development, 74, 346-357.

Collishaw, S. (2015). Annual research review: secular trends in child and adolescent mental health. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 56, 370-393.

Comeau, J., Georgiades, K., Duncan, L., Wang, L., Boyle, M.H. (2014). Ontario Child Health Study Team (2019). Changes in the Prevalence of Child and Youth Mental Disorders and Perceived Need for Professional Help between 1983 and 2014: Evidence from the Ontario Child Health Study. Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie, 64, 256–264.

Copeland, W.E., Shanahan, L., Costello, E.J., Angold, A. (2009). Childhood and adolescent psychiatric disorders as predictors of young adult disorders. Archives of general psychiatry, 66, 764–772.

Ercan, E. S., Polanczyk, G., Akyol Ardic, U., Yuce, D., Karacetin, G., Tufan, A. E., ... & Başgöl, S. (2019). The prevalence of childhood psychopathology in Turkey: a cross-sectional multicenter nationwide study (EPICPAT-T). Nordic journal of psychiatry, 73, 132-140.

Felitti, V.J., Anda, R.F., Nordenberg, D., Williamson, D.F., Spitz, A.M., Edwards, V., ... & Marks, J.S. (2019). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The adverse childhood experiences (ACE) study. American journal of preventive medicine, 56, 774-786.

- Gizir, C. (2007). Psikolojik sağamlık, risk faktörleri ve koruyucu faktörler üzerine bir derleme çalışması. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi, 3, 113-128.
- Guerra, N.G., Williamson, A.A., Lucas-Molina, B. (2012). Normal development: Infancy, childhood, and adolescence. IACAPAP textbook of child and adolescent mental health, Chapter A, Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, 2, 1-39.
- Güleç, C. (2010). Pozitif Ruh Sağlığı. Ankara: Arkadaş Yayınevi.
- Merikangas, K.R., He, J.P., Burstein, M., Swanson, S.A., Avenevoli, S., Cui, L., Benjet, C., Georgiades, K., Swendsen, J. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication--Adolescent Supplement (NCS-A). Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 49, 980–989.
- Rehm, J., ve Shield, K.D. (2019). Global burden of disease and the impact of mental and addictive disorders. Current psychiatry reports, 21, 10.
- Tully, L.A., Hawes, D.J., Doyle, F.L., Sawyer, M.G., Dadds, M.R. (2019). A national child mental health literacy initiative is needed to reduce childhood mental health disorders. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 53, 286–290.
- Vigo, D., Thornicroft, G., Atun, R. (2016). Estimating the true global burden of mental illness. Lancet Psychiatry. 3, 171-8.
- <https://www.who.int/whr/2001/chapter2/en/index3.html>

Ünite Soruları

1. Çocukluk çağı olumsuz yaşantıları veya psikiyatrik sorunlarıyla ilgili olarak hangisi doğru değildir?

- A) Travmatik olayların etkileri yaşam boyu sürebilir
- B) Psikolojik travmalar ruhsal etkilerin yanı sıra bedensel etkiler de oluşturur
- C) Erişkin dönemde tanı konulan psikiyatrik sorunların önemli bir kısmında ilk belirtiler çocukluk ve ergenlik döneminde ortaya çıkabilir
- D) Psikiyatrik sorunlar çocuklar arasındaki en yaygın sağlık sorunlarından birisidir
- E) Çocukluk çağındaki psikiyatrik sorunların etkileri genellikle erişkin hayata ulaşmaz

2. Psikiyatrik bozukluklar veya sorunlarla ilgili olarak hangi ifade doğrudur?

- A) Psikiyatrik bozuklukların ortaya çıkışında genetik faktörler her zaman için çevresel faktörlerden daha önemlidir.
- B) İş gücü kaybının ve sağlık harcamalarının önemli sebeplerinden birisidir
- C) Günümüz bireyleri geçmişe göre ruhsal açıdan daha iyi durumdadır
- D) Çocuklardaki psikiyatrik bozukluk veya sorunlar geçmişe göre daha azalmıştır
- E) Modern tıptaki gelişmelere paralel olarak koruyucu ruh sağlığı alanında önemli gelişmeler olmuştur

3. Çocuk gelişiminde kritik ve hassas dönemlerle ilgili olarak hangisi söylenemez?

- A) Çocuk gelişimi ve ruh sağlığı alanında çalışan uzmanlar kritik ve hassas dönemleri iyi bilmelidir
- B) Kritik dönemler aniden başlayıp bitme eğilimindedirler
- C) Bebeklik dönemi güvenli bağlanma için kritik dönemdir
- D) Hassas dönemdeki eksiklerin yerine konulması mümkün değildir
- E) Erken çocukluk dönemi öz kontrol becerilerinin kazanılmasında hassas dönemdir

4. Koruyucu ruh sağlığı ve bileşenleri için hangisi söylenemez?

- A) Koruyucu ruh sağlığı, ruh sağlığı hizmetlerinin önemli bir bileşenidir
- B) Birincil ve ikincil koruma özellikle çocuklarda çok önemlidir
- C) Çocuk gelişimi uzmanları koruyucu ruh sağlığının her aşamasında etkin rol alabilirler
- D) Koruyucu ruh sağlığı çalışmaları tedavi edici yaklaşımlara kıyasla daha kolay, ucuz ve etkili olabilirler
- E) Koruyucu ruh sağlığı yalnızca hastalıkların ortaya çıkmamasını hedefler

5. Aşağıdakilerden hangisi birincil veya ikincil bir koruyucu ruh sağlığı önlemi veya örneği değildir?

- A) Gebelikte sigara-alkol-madde kullanımından kaçınmak
- B) Bebeklik döneminde güvenli anne-bebek ilişkisinin kurulması
- C) Kronik şizofreni hastaları için rehabilitasyon programları
- D) Erken çocuklukta otizm taraması yapmak
- E) Davranış sorunları olan çocukları tanı ve tedavi için yönlendirmek

6. Aşağıdakilerden hangisinin normal gelişen sağlıklı çocuklarda koruyucu ruh sağlığı önlemi olması beklenmez?

- A) Travmatik olaylardan uzak tutmak
- B) Ebeveynlere yönelik eğitimler
- C) Medya ve internet kullanımını takip etmek
- D) Rehabilitasyon programları oluşturmak
- E) Sağlıklı beslenme ve uyku hijyeni

7. Psikolojik dayanıklılık hakkında hangisi söylenemez?

- A) Psikolojik dayanıklılığın gelişmesi için bireyin bir takım zorluklarla karşılaşması gerekir
- B) Psikolojik dayanıklılık zaman içinde gelişen, değışen, öğrenilen bir durumdur
- C) Psikolojik dayanıklılığın gelişmesinde olumsuz yaşam olayları da önemlidir
- D) Psikolojik dayanıklılık büyük ölçüde doğuştan gelen bir beceridir

E) Psikolojik dayanıklılık koruyucu ruh sağlığının önemli bir bileşenidir

8. Aşağıdaki kavramlardan hangisi psikolojik dayanıklılık kavramını açıklamakta kullanılamaz?

A) Esneklik

B) Baş etme

C) Öğrenme

D) Büyüklük

E) Uyum sağlama

9. Aşağıdakilerden hangisi ruh sağlığı veya dayanıklılık açısından koruyucu faktörlerden değildir?

A) Aile ve sosyal bağların güçlü olması

B) Baş edebildiği zorluklarla karşılaşmak

C) Spor veya sanata ilgisi olmak

D) İnanç sahibi olmak

E) Sosyal medya kullanımı

10. Çocuklarda koruyucu ruh sağlığı ve dayanıklılığın gelişmesi açısından aşağıdakilerden hangisi çocuk gelişim uzmanının işlevlerinden birisi olması beklenmez?

A) Sağlıklı gebelikle ilgili eğitici programlar düzenlemek

B) Küçük çocuklarda gelişimsel bozukluklara yönelik taramalar yapmak

C) Ebeveynlere yönelik baş etme ve sorun çözme eğitimleri vermek

D) Gelişimsel veya davranışsal sorunu olan çocukların eğitim ve rehabilitasyonunda yer almak

E) Çocuklarda psikiyatrik bozuklukların tedavisini gerçekleştirmek

CEVAP ANAHTARI

1. e 2. b 3. d 4. e 5. c 6. d 7. d 8. d 9. e 10. e

2. GEBELİK DÖNEMİNDE KORUYUCU RUH SAĞLIĞI



Giriş

Bir önceki bölümde koruyucu ruh sağlığı ve dayanıklılık kavramlarının tanımı ve önemi üzerinde durulmuş, genetik ve çevresel risk faktörleri ile koruyucu faktörlerin karşılıklı etkileşiminden bahsedilmişti. Bu bölümde ise, anne karnında büyüyen ve gelişen bebeğin beden ve ruh sağlığı belirli risk faktörleri ve koruyucu faktörler ışığında tartışılacaktır.

Her insanın büyüme ve gelişimi doğum öncesi dönemden başlar.

Büyüme, bir insanın ölçülebilir fiziksel parametrelerindeki artışı ifade eder: Boy uzunluğundaki, baş çevresindeki, vücut ağırlığındaki artış gibi.

Gelişme ise, bir insanın doğum öncesinden başlayıp ölümüne kadar geçirdiği, yapı ve fonksiyonlarının olgunlaşması ya da farklılaşarak yetkinleşmesi yönündeki fiziksel, zihinsel, duygusal, davranışsal, sosyal, ahlaki değişmeyi ifade eder. Büyümede niceliksel bir değişim, gelişmede ise hem nicelik hem de niteliksel bir değişimden bahsedilir.

Bu ikili tanıma göre bir insanın büyüme ve gelişmesi anne karnındaki erken dönemlerden başlayarak hayatın belirli dönemlerinde farklı süreçler halinde seyreder. Bu süreçler dışsal ve içsel, genetik ve çevresel pek çok etki altında şekillenir. İnsanın hayat serüveninin başladığı doğum öncesi dönemde anne ve babadan miras aldığı genetik-biyolojik özellikler ve ebeveynlerinin gebelik döneminde içinde bulundukları sosyal çevre ve koşullar, bir çocuğun büyüme ve gelişme sürecinin ne şekilde seyredeceğine önemli ölçüde etki eder. Doğumdan sonraki birkaç gün içinde dahi, ebeveynler bebeklerinin belirli bir mizacın özelliklerini göstermeye başladıklarını ifade ederler. Çünkü insanın özelliklerini kodlayan genetik ve onu şekillendiren çevresel etmenler doğum öncesi dönemden başlayarak bebeğin gelişimini belirli bir yönde şekillendirir. Bu dönemde genetik faktörler ön planda olmakla birlikte, çevresel faktörler genetik faktörlerin ne şekilde ve ne derece ortaya çıkacağına belirleyici olmaktadır. Huzurlu ve destekleyici bir sosyal ortamda doğumu beklenen bir bebekle, savaş ya da doğal afetler gibi travmatik toplumsal olayların olduğu bir ortamda beklenen bir bebeğin gelişiminin farklı yönlerde etkilenebileceği bilinmektedir. Benzer şekilde tedavi edilmemiş bir ruhsal bozukluğa sahip ebeveynlerle, herhangi bir psikopatolojisi olmayan ebeveynlerin çocuklarının farklı risk ve koruyucu etkilere sahip olacakları açıktır. Koruyucu ruh sağlığı da, içsel ve dışsal farklı etkilere son derece açık olunan böylesine kritik bir dönemde kişinin hem çocukluk hem de erişkin yaşamına olumsuz etki edebilecek durumların en aza indirilmesini ve olumlu faktörlerin desteklenerek ruhsal açıdan sağlıklı bireylerin yetişebilmesini hedefler.

Bu bölümde doğum öncesi ve erken çocukluk dönemindeki beyin gelişiminden kısaca bahsedilecek, ardından koruyucu ruh sağlığı açısından önemli görülen bir takım risk faktörleri ve koruyucu faktörler tartışılacaktır.

Genetik ve çevrenin etkisini anlayabilmek amacıyla ikizler ve aileler üzerinde yapılan pek çok araştırma, hem genetik hem de çevresel faktörlerin birlikte etki gösterdiklerini ortaya koymaktadır. Örneğin; otizmlı bir çocuğun tek yumurta ikizinin de otizmlı olma olasılığı farklı çalışmalarda %36-91 oranında gösterilmiştir. Genetik kodlar her iki kardeşle de aynı olmakla birlikte farklı çevresel etkiler, hastalığın ortaya çıkıp çıkmayacağına belirleyici olmaktadır.

2.1. Doğum Öncesi Dönemde Genel Gelişim

Anne karnındaki yolculuğuna anneden ve babadan aldığı birer hücreyle başlayan bebek, bu yolculuğu boyunca hızlı bir büyüme ve gelişme döneminden geçer. Gebeliğin ilk haftalarından itibaren birbirini takip eden belli dönemler boyunca farklı doku ve organlar oluşmaya başlar, bebek büyüdükçe her bir organ ve sistem kendine özgü fonksiyonları kazanır ve bebek yaşama hazır hale getirilir. Anne karnındaki bu büyüme ve gelişim, genetik ve çevresel etkiler altında şekillenir. Anne ve babadan alınan genler, annenin ve bebeğin bulunduğu dış ortam ve koşullarla (annenin yaşı, beslenme durumu, hastalıkları ve kullandığı ilaçlar, ruhsal durumu vb) etkileşim halinde bebeğin büyüme ve gelişimine etki eder (Oelberg, 2006). Bu dönemde meydana gelen genetik ve/veya çevresel aksama ya da sapmalar bebeğin fiziksel ve ruhsal sağlığını olumsuz yönde etkiler.

Doğum öncesi dönemde gelişen pek çok organ ve sistem gibi, beyin ve sinir sistemi de gebeliğin erken dönemlerinden itibaren hızla gelişmeye başlar. Bu gelişim, geç ergenlik dönemine kadar devam eden uzun ve karmaşık bir süreçtir. Beynin erken dönemdeki gelişimi sinir hücrelerinin oluşmasına, sinir hücrelerinin işlev görecekları uygun beyin bölgelerine göç etmelerine, sinir hücrelerinin diğer sinir hücreleriyle bağlantılar kurmasına ve uygun şekilde haberleşmesine ve işlevsiz ya da gereksiz olduğu belirlenen sinir hücrelerinin kaybına dayalıdır. Bu dönemdeki beyin gelişimi büyük ölçüde genetik programlarla belirlenmiş olsa da, çevresel koşulların da önemli etkileri olmaktadır (Türkbat, 2008). Çevreden gelen etkiler, sinir hücrelerinin kendilerini yeniden düzenleyebilme ve esneyebilme kapasitesi sayesinde beyin yapı ve fonksiyonunu yeniden şekillendirir. Sinir hücrelerinin esnekliği aracılığıyla genler beyin çevreden aldığı uyarılara göre kendilerine “ince ayar” yaparak yeniden düzenlenirler. Bu anlamda, beynin en esnek olduğu, çevre etkisine ve yeni tecrübelerle en açık olunan dönemlerin doğum öncesi ve erken çocukluk yılları olduğu bilinmektedir.

İnsanlarda beyin gelişimi ve sinir hücrelerinin esnekliği diğer canlılarla kıyaslandığında daha uzun sürer. Bu özellik, insanoğluna yüksek düzeyde öğrenme kapasitesi sağlarken, aynı zamanda gelişmekte olan beyni dışsal etkilere karşı incinebilir hale de getirebilir. Psikiyatrideki bir takım bozuklukların sinir sistemi gelişiminin erken dönemlerindeki genetik ve çevresel etkilerin oluşturduğu bozulma, aksama ya da gecikmelere bağlı olarak ortaya çıktığı bilinmektedir. Dikkat eksikliği hiperkativite bozukluğu, otizm, öğrenme ve dil bozuklukları gibi başta nörogelişimsel bozukluklar olmak üzere pek çok psikiyatrik bozukluk, erken dönemlerdeki genetik ve çevresel aksama ya da sapmalarla ilişkili bulunmuştur (Ercan, 2018; Mukaddes 2018).

Doğum öncesi dönemde dışsal faktörlere son derece açık ve çevreye bağımlı olan bebek açısından en önemli çevresel faktörün ebeveynler olduğu açıktır. Bu dönemde ebeveynlere ilişkin risk faktörlerinin çocukluk çağı psikiyatrik bozuklukları üzerindeki etkisi çok yönlü olabilmektedir. Ebeveynler genetik aktarım yoluyla psikiyatrik bir bozukluğun ortaya çıkmasına sebep olabileceği gibi, ebeveynlerin içinde bulunduğu sosyal çevre ve koşullar var olan riskli genlerin aktifleşmesine ve psikiyatrik bozukluğun oluşmasına zemin hazırlayabilir. İstenmeyen gebelik, düşük sosyo-ekonomik düzey, eşler arasındaki sorunlu ilişki, ebeveynlerin düşük eğitim seviyesi, ebeveyn psikopatolojileri, doğum öncesi yetersiz bakım ve beslenme, gebelikte sigara-alkol-madde kullanımı gibi pek çok riskli durum genetik ve çevresel etkileşimler yoluyla anne karnındaki bebeğin fiziksel ve ruhsal gelişimini olumsuz yönde etkileyebilir. Bebeğin ileride psikiyatrik bir bozukluk geliştirmesine ya da var olan bir psikiyatrik bozukluk belirtisinin daha şiddetli seyretmesine, tedavi yanıtının ve hastalıkla ilişkili uzun vadeli sonuçların daha kötü olmasına sebep olabilir. Ayrıca bu riskli durumların etkisi sadece gebelik dönemiyle sınırlı kalmayacak, pek çok davranışın ebeveynlerden görerek öğrenildiği çocukluk ve ergenlik döneminde de olumsuz etki ve sonuçlar katlanarak devam edecektir. Bunun tersi bir durumla, ebeveynler psikiyatrik bir bozukluğun oluşmasını önlemede koruyucu işlev de görebilmektedir. Ebeveynlerin ve sosyal çevrenin alacağı bir takım önlemlerle, psikiyatrik bir bozukluk açısından var olan genetik yatkınlığın etkisi hafifletilebilir, hatta ortadan kaldırılabilir. Ebeveynlerin ve diğer bakım verenlerin desteği ile bebeğin zayıf yönlerinin güçlendirilmesi sağlanabilir. İşte doğum öncesi dönemdeki koruyucu ruh sağlığı tam da burada devreye girmektedir. Mevcut riskli durumların erken tedbir ve müdahalelerle ortadan kaldırılması ve koruyucu durumların desteklenmesi ile pek çok istenmeyen durumun önüne geçilebilmektedir.

Bundan sonraki bölümde doğum öncesi dönemde ebeveyn merkezli risk faktörleri ve bunlara yönelik koruyucu önlemler tartışılacaktır.

2.2. Gebelik Şekli

Gebelik, anne ile bebek arasındaki ilk tanışıklık ve etkileşimin başladığı, biyolojik ve psikolojik değişiklikleri içeren bir süreçtir. Bu süreçte hamile birey, bebeğe ilişkin duyguları üzerinden kendisini bir anne olarak tanımlar ve annelik kimliği oluşmaya başlar. Bu dönemde anne ile bebek arasında kurulacak ilişki, anne ve çocuğun hayatlarının geri kalan dönemlerindeki ilişkilerinin de temelini oluşturur. Annelerin bebekle olan bu ilk etkileşim döneminde verdikleri tepkiler, gebeliğin planlı olup olmamasına ya da istenip istenmemesine göre farklılıklar gösterebilmektedir. Gebelikler planlı ve istenen gebelik ise beklenen gebelik, plansız ve doğuma kadar da istenmeyen gebelik ise beklenmeyen gebelik, konsepsiyonda istemeyip ileri bir zamanda isteniyor ise kaçırılmış gebelik olarak sınıflandırılmaktadır (İlkay ve Mete, 2005). Bunun yanı sıra başlangıçta beklenen ve istenen bir gebelik eşin ölümü, çiftlerin boşanması, ciddi hastalıklar, ekonomik sıkıntılar vb. birçok nedenle istenmeyen bir gebeliğe dönüşebilir. Aynı şekilde başlangıçta beklenmeyen bir gebelik, ilerleyen zamanlarda istenen bir gebeliğe dönüşebilmektedir. Beklenmeyen gebelikler doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası dönemde anne ve bebeğin fiziksel ve ruhsal sağlığı açısından birçok olumsuz sonuçla ilişkilendirilmiştir (İlkay ve Mete, 2005).

Beklenmeyen (plansız ve istenmeyen) gebelikler yaygın ve görece sık görülen, birey ve aile özelinde doğrudan, toplum üzerinde ise dolaylı olumsuz sonuçları olabilen bir durumdur. Beklenmeyen gebelikler, özellikle başta Amerika Birleşik Devletleri (ABD) olmak üzere gelişmiş batı ülkelerindeki önemli toplumsal sorunlardan biri olarak görülmektedir. Yapılan araştırmalar ABD'deki tüm gebeliklerin yaklaşık %50'sinin beklenmeyen gebelik olduğunu, bu gebeliklerin % 54'ünün ise düşükle sonuçlandığını göstermektedir. Yine ABD'deki benzer bir çalışmada 15-44 yaş arasındaki kadınların % 48'inin en az bir kez beklenmeyen gebeliği deneyimledikleri bildirilmiştir (Henshaw, 1998; Moos, 2003). Ülkemizde ise Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'nın 15-49 yaş arasındaki kadınların son 5 yıl içindeki gebeliklerinin değerlendirildiği 2018 yılı raporunda, gebeliklerin %75'inin planlı gebelik, %11'inin kaçırılmış gebelik, %15'inin ise beklenmeyen gebelik olduğu bildirilmiştir. Aynı çalışmaya ait beklenmeyen gebelik oranı 1993 yılında %20 dolaylarında olup, bu oran ülkemiz açısından düşme eğilimindedir (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması Raporu, 2018). Gebelikler planlı ve istenen gebelik ise beklenen gebelik, plansız ve istenmeyen gebelik ise beklenmeyen gebelik olarak sınıflandırılmaktadır. Beklenmeyen gebelik kaçırılmış ve istenmeyen gebelik olarak ikiye ayrılır. Gebelik ne başlangıçta ne de ileri bir zamanda istenmiyorsa istenmeyen gebelik, başlangıçta istemeyip ileri bir zamanda isteniyor ise kaçırılmış gebeliktir. Beklenen gebeliklere kıyasla, beklenmeyen gebeliklerde anne ve bebek açısından olumsuz birçok sonuç daha fazla bulunmaktadır.

Beklenmeyen gebeliklerin doğum öncesi dönemde doğrudan etkilediği alan hiç kuşkusuz anne ve bebek arasındaki bağlanma olmaktadır. Doğum öncesi bağlanma, annenin davranışları yoluyla doğmamış bebeği ile duygusal olarak yakın ilişki ve etkileşim kurması şeklinde tanımlanmaktadır. Bu dönemde sigara, alkol ve madde kullanmayı bırakmak, beslenme miktarı ve düzenine dikkat etmek, bebeğe bir isim seçmek, bebeğin hareketlerini takip etmek, onunla konuşmak, bebek için bir oda hazırlamak gibi davranışlar henüz yüz yüze karşılaşmamış anne ve bebek arasındaki bağlanmayı düzenler. Hamileliğin ilerleyen dönemlerinde bu tür bağlanma davranışlarında tutarlı bir artış görülür ve anne ile bebek arasında doğumdan sonra da devam edecek kalıcı bir duygusal ilişki kurulmuş olur.

Beklenmeyen (plansız ve istenmeyen) gebeliklerde ise annelik heyecanı, yerini bebeğe karşı beslenen olumsuz düşünce ve duygulara bırakır. Bu tür gebeliklerde, anne ve bebek arasında sevgi ve ilgiye dayalı sıcak bir ilişkiden ziyade, zaman zaman bebeğe karşı acıma, kızgınlık, öfke, nefret gibi duygularla, bebeğin istenmediğine dair düşünceler bulunur. Bu duygu ve düşüncelerin etkisinde şekillenen anne ile bebeğin ilk tanışıklığı, anne ve bebeğin sonraki ilişkilerini de olumsuz etkileyebilecek durumlara sebep olmaktadır. Bu bebeklerin doğum sonrası dönemde anneleri tarafından yeterli sürede kucağa alınmadığı ve emzirilmediği bilinmektedir. Bu durum anne-bebek arasındaki bağlanmayı olumsuz etkilemekte, *güvenli bağlanmanın* kurulamayışı da dolaylı olarak yetersiz bebek bakımının bir sebebi olmaktadır. Hayata, bakım vereniyile ilişki kurmaya ve ihtiyaçları halinde ona yönelmeye hazır bir biçimde başlayan bebek, beklediği karşılığı bulamayacak; bu durumun süregelen olması halinde anne ile çocuk arasındaki ilişki başından itibaren sorunlu ve yetersiz olacaktır. Erken dönemdeki azalmış fiziksel temas, duygusal ilgi ve yetersiz bakımın çocukluk, ergenlik ve hatta erişkinlik dönemindeki pek çok psikiyatrik bozuklukla ilişkili olduğu iyi bilinmektedir. Depresyon, anksiyete (kaygı) bozuklukları, davranış ve kişilik bozuklukları gibi pek çok psikiyatrik bozukluğun temelinde bir sonraki bölümde ayrıntılı anlatılacak olan *güvensiz bağlanma* örüntülerin doğrudan ya da dolaylı etkileri bulunmaktadır. Anne açısından da, beklenmeyen bir gebelik ve sonrasında doğan istenmeyen bir bebeğin bakım ve ihtiyaçlarını karşılamak sevilerek yapılan bir işten ziyade bir yük ve istenmeyen bir durum olarak algılanacaktır. Bu durum başta doğum sonrası annelik depresyonu olmak üzere, annenin ruhsal sağlığını bozabilecek patolojilere ve bir kısır döngü olarak yetersiz bebek bakımına sebep olacaktır.

Doğum öncesi dönemde temelleri atılan anne-çocuk arasındaki bağlanmanın niteliği (güvenli/güvensiz), sadece anne-çocuk ilişkisini değil, çocuğun diğer insanlarla kurduğu ilişkiyi ve psikolojik uyumunu da etkiler. Çünkü hayattaki en yakın kişi ya da kişilerden yetersiz ilgi ve bakım görmüş bir bireyde temel bağlanma ve güven duygusu zedelenir, bu kişiler ebeveynleriyle kurdukları güvensiz ilişkiyi diğer insanlarla kurdukları ilişkilere de taşırlar. Bu sebeple, gebelik döneminden başlayan ve bağlanma için kritik kabul edilen ilk iki yıllık dönemde anne ve bebek arasında sıcaklık ve güven duygusunun hâkim olduğu güvenli bağlanma biçiminin kurulması ruh sağlığı açısından koruyucu olmaktadır. Güvenli bağlanmanın sağlanmadığı durumlarda bebeklik ve çocukluk döneminde duygusal, sosyal, fiziksel, zihinsel ve dil gelişimi problemleri görülebilmekte, bebek ihmal ve istismar açısından risk altında olabilmektedir.

Beklenmeyen gebelikler bebeğin fiziksel sağlığı açısından da olumsuz sonuçlarla ilişkilendirilmiştir. Bu tür gebelikler, gebelikte yetersiz beslenme, kafeinli içecek tüketiminin azaltılmaması, folik asit ve vitamin kullanımında yetersizlik gibi gebelikte anne ve bebek sağlığını olumsuz etkileyen durumların gelişimine neden olmaktadır (Henshaw 1998, Moos 2003). Bunlara ek olarak, beklenmeyen gebelikler, sigara ve alkol tüketimi gibi gebelikte ve sonrasında anne ve bebeğin sağlığını son derece olumsuz etkileyen davranışlarla da ilişkilidir. Bu durumlar daha sonraki başlıklarda tartışılacağı gibi, bebek üzerinde bedensel ve ruhsal birçok olumsuz ve yıkıcı sonuçlarla ilişkilidir. Buna karşılık, istenen gebeliklerde ise anne-bebek arasında kurulan güvenli bağlanmanın anneyi düzenli sağlık uygulamalarına yönelttiği, doğum öncesi düzenli kontrollerin anne-babaların ebeveynlik rolüne uyumunu kolaylaştırdığı ve anneleri doğum öncesi ve sonrası depresyona karşı koruyucu bir işlev gördüğü çeşitli çalışmalarla ortaya konmuştur (Cannella, 2005).

Beklenmeyen gebelik sadece gebelik dönemini değil, doğum sürecini de olumsuz yönde etkiler. Çalışmalar, beklenmeyen gebeliklerin erken doğum açısından önemli bir risk taşıdığını belirtmektedir (Orr vd., 2000). Beklenmeyen gebelik ve düşük doğum ağırlığı arasındaki ilişkiyi inceleyen bir araştırmada, beklenmeyen gebeliklerden doğan bebeklerin planlı gebeliklere göre daha düşük doğum ağırlığına sahip olduğu belirtilmiş, kaçırılmış gebeliklerde ise böyle bir ilişkili bulunamamıştır (Eggleston vd., 2001).

Gebelik döneminde bir diğer önemli nokta ebeveynlerin bebeğin cinsiyetiyle ilgili beklentileri veya hayal kırıklıkları olabilir. Günümüzdeki görüntüleme imkânları sayesinde gebeliğin üçüncü ayı sonlarına doğru bebeğin cinsiyetini öğrenmek mümkün olabilmektedir. Kız veya erkek cinsiyetten bir çocuk sahibi olma isteği normal bir durum olmakla birlikte, bazı durumlarda ebeveynin doğrudan kendi beklentisi veya çevrenin etkisiyle bebeğin cinsiyetiyle ilgili yaşadığı hayal kırıklığı anne ve bebek açısından istenmeyen etkilere yol açabilir. Bu durum gebelik süresince anne-bebek bağlanmasını tehlikeye soktuğu gibi ileriki yıllarda çocuğun psikososyal gelişimini farklı şekillerde (örneğin sağlıklı cinsel kimlik gelişimi) riske atabilir.

Özetle, beklenmeyen gebelik anne ve bebek açısından pek çok olumsuz sonucu barındıran yaygın ve sık görülen bir sorundur. Bu sorunlar önlenabilir olması ve erken fark edilmesi durumunda gerekli müdahalelerin etkili şekilde planlanabilmesi nedeni ile koruyucu ruh sağlığı açısından oldukça önemlidir. Gebelikte yaşanan psikososyal problemler gebenin ruh sağlığını, anne ve bebek arasındaki bağlanmayı ve dolayısıyla aile ve toplum ruh sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. Bu nedenle gebelerde fiziksel değerlendirmenin yanı sıra psikososyal sağlık durum değerlendirmesinin de rutin uygulamalar içine alınması, riskli olduğu tespit edilen gebelere profesyonel destek almalarını sağlamak amacıyla danışmanlık hizmeti verilmesi fayda sağlayacaktır. Anne ve çocuk sağlığı alanında çalışan farklı disiplinlerin birlikte hareket etmesi de bütüncül önlem ve müdahaleler açısından etkili olacaktır.

- Ebeveynlerin gebelik öncesinde ebeveynlik rollerine duygusal açıdan hazırlanması
- Bebekle konuşma, fiziksel temas, bebeğe isim verme gibi, ebeveyn ile bebek arasındaki bağlanmayı arttırmaya yönelik fırsatların artırılması
- Kaçırılmış ve beklenmeyen gebeliklerin beden ve ruh sağlığı çalışanları tarafından erken dönemde fark edilmesi
- Bu tür gebeliklerin riskleriyle ilgili ebeveynlere danışmanlık hizmeti verilmesi
- Gebeliklerin ebeveynler tarafından kabulünü arttırmaya yönelik uygulamaların önerilmesi, gerekli durumlarda geniş aile desteğinin sağlanması
- Beklenmeyen gebelik sonrasında doğan bebeklerin fiziksel ve ruhsal gelişimleri açısından yakın takibe alınması sağlıklı gebelik süreci açısından oldukça önemlidir.

2.3. Eşler Arası İlişki

Gebelik, annelik duygusunun ilk olarak tecrübe edilmesiyle birlikte hamile bireyin yaşamında fiziksel, psikolojik ve sosyal değişikliklerin olduğu bir geçiş dönemidir. Bu geçiş döneminde eşler arası uyumlu ve sağlıklı bir ilişki, gebelik sürecinin sağlıklı olarak geçirilmesinde önemli bir yere sahiptir. Eşler arası uyum, çiftlerin uyumlu birlikteliklerinin sonucu olarak evlilik hayatlarında yaşadıkları memnuniyet ve mutluluk olarak tanımlanmıştır (Küçükaya vd., 2020). Eş desteği ile beraber geçirilen gebelik süreci doğum öncesi dönemde ebeveynlerin anne ve babalık rollerini benimsemelerini ve bebeğe bağlanmalarını arttırarak eşler arası uyumu da pekiştirir. Bu dönemde ebeveynlerin bebeğe dair duygusal hazırlıkları, bebeğin geleceği için benzer planlar ve hayallerinin olması kurulacak yeni aile düzeninin daha sağlam temeller üzerine atılması sağlar.

Ancak gerek aile içinden, gerekse çevreden kaynaklanan bir takım güçlükler nedeniyle bu süreçte eşler arasındaki uyum bozulabilmektedir. Beklenmeyen gebelikler, ebeveynlerden birinin ebeveynlik rolüne duygusal açıdan hazır olmaması, eşler arasında geçimsizlik, ekonomik zorluklar ve geniş aile içinde yaşanan çatışmalar gibi pek çok durum eşler arasındaki ilişkinin kalitesini olumsuz etkileyebilmektedir. Kadınların görece hassas oldukları ve dış desteğe ihtiyaç duydukları böyle bir dönemde eşler arasındaki düşük uyumun annenin kendisini yalnız hissetmesine yol açarak annelik rolünü benimsemekte zorlanmasına neden olduğu bilinmektedir. Eş desteğinin yeterli olmadığı gebelikler, annenin yetersiz doğum öncesi bakım hizmeti alması, yetersiz beslenmesi, doğum sırasında ve sonrasında depresyon ve anksiyete bozukluğu gibi psikiyatrik bozukluklar geliştirmesi ve anne-bebek arasındaki bağlanmayı zedelemesi gibi olumsuz durumlarla ilişkili olmaktadır. Yukarıda bahsedildiği gibi, annenin beden ve ruh sağlığını bozabilecek bu tür durumlar, bebeğin doğum sonrasında kaliteli bakım almasını engelleyecek risklere neden olabilmektedir.

Eş desteğinin yetersiz olduğu durumların yanında, bu dönemde aile içi istismar ve şiddetin varlığı da hem anne hem de bebek için önemli olumsuz sonuçlar barındırmaktadır. Çalışmalar gebelikleri sırasında kadınların %3 ila %9 kadarının aile içi şiddete maruz kaldıklarını, bu oranın düşük sosyoekonomik düzey, küçük yaşta evlilik ve azınlık gruplarında %50'lere yaklaştığını ortaya koymaktadır (Martin vd., 2001; Bailey ve Daugherty, 2007). Gebelik döneminde fiziksel şiddete maruz kalmak, erken doğum ve düşük doğum ağırlığı gibi doğumla ilişkili tıbbi sağlık sorunlarına neden

olmakta, bu durumların ise ilerleyen dönemlerde çocukta dikkat ve davranış problemleri ile çok sayıda psikiyatrik bozuklukla ilişkili olduğu bilinmektedir. Anne açısından bakıldığında ise, gebelik döneminde fiziksel şiddet ve istismara maruz kalmak, duygudurum (depresyon ve bipolar bozukluk) ve anksiyete bozuklukları ile travma sonrası stres bozukluğu gibi psikiyatrik bozukluklar ile sigara, alkol ve madde kullanımı gibi artan riskli davranışlar ile ilişkili olmaktadır. Tüm bu sayılanlar gelişmekte olan çocuk açısından ihmal ve istismara varabilecek kadar olumsuz sonuçlara neden olabilmektedir (Bailey ve Daugherty, 2007).

Bu sonuçlar doğrultusunda; gebelik gibi biyolojik ve psikolojik değişimlerin yaşandığı hassas bir dönemde, eş uyumunu arttırmaya yönelik çalışmalar ile ebeveyn okulları gibi eğitim faaliyetlerinin yaygınlaştırılması, aile içi istismar ve şiddet açısından dezavantajlı sayılabilecek grupların tespiti ve bu gruplara yönelik önlemler, anne ve bebeğin fiziksel ve ruhsal sağlığı açısından yaşanabilecek olumsuz sonuçların önlenmesine katkı sağlayacaktır. Gebelik döneminde yaşanabilecek bu tür sorunların önlenmesi disiplinler arası ortak bir çaba ve çalışma ile mümkün olabilmektedir. Koruyucu ruh sağlığı açısından dayanıklı bireyler yetiştirmek için eş uyumunu arttırmaya yönelik aile merkezli daha fazla sayıda çalışmaya ihtiyaç vardır.

2.4. Ebeveyn Psikopatolojisi

Gebelik, ebeveyn adayları için önemli biyolojik ve psikososyal değişimlerin yaşandığı ve bu değişimlere bağlı kaygı ve stres oluşturabilecek birçok etkenle karşılaşma riskinin yüksek olduğu bir dönemdir. Bu dönemde ebeveynlerden birinde –özellikle de annede- görülen psikolojik bir bozukluk anne karnında gelişen bebeğin doğum öncesi yolculuğundan başlayarak, doğumunu ve hayatının geri kalan süreçlerini birçok yönden olumsuz etkileyebilmektedir. Literatürde bir bireyde gebelik ve doğum dönemlerinin neden olduğu psikososyal ve hormonal değişikliklerin yaşamın diğer dönemleriyle kıyaslanamayacak kadar önemli ve etkili olduğu belirtilmektedir (Faisal-Cury ve Rossi Menezes, 2007). Erken dönem beyin gelişiminin içsel ve dışsal etkilere son derece açık olduğu göz önünde bulundurulduğunda, bu dönemin önemi daha iyi anlaşılabilir. Böylesine kritik bir dönemde bebeği dış çevrenin tehlikelerinden ve olumsuz etkilerinden koruyacak olan kişiler, ebeveynler ve diğer bakım verenler olmaktadır. Ancak bu dönemde bakım ve korunma ihtiyacı içinde olan bir bebek, ebeveynlerinin yaşadığı bir takım psikiyatrik problemler sebebiyle riskli durumlara açık hale gelebilmekte, bu durum yetişkinlik döneminde dahi kalıcı sorunlara sebep olabilmektedir.

Ebeveynlerdeki mevcut bir psikiyatrik bozukluk anne karnındaki bebeği birkaç farklı şekilde etkileyebilir. Gebelik öncesi ve gebelik sırasındaki ebeveyn psikopatolojisi, bir taraftan genetik aktarım yoluyla bebek için risk oluştururken, bir taraftan da bebeğin ortamdaki stresli durumlara açık hale gelmesine neden olur. Örneğin, ebeveynlerinden birinin bipolar bozukluğu bulunması halinde, bebek hem bu bozukluğa ait genetik riskleri almış olarak doğar hem de ebeveynlerinin bu bozukluk sebebiyle yaşamış olduğu psikolojik ve sosyal zorluklardan doğan tutum değişiklikleri sebebiyle bir takım risklere açık hale gelir/gelebilir. Bunlara ilave olarak, ebeveynlerin psikolojik bozukluklarından kaynaklanan olumsuz davranışları çocuklar tarafından model alınabilir, bu sayede mevcut hastalık açısından var olan genetik yatkınlık pekiştirilebilir ve çocukta da benzer bir psikopatoloji ortaya çıkabilir. Ancak burada riskli durumların her zaman olumsuz sonuçlara yol açmayacağını, riskli durumlarla koruyucu durumların dengesinin ve dayanıklılık düzeyinin psikopatoloji oluşmasında belirleyici olacağını hatırlatmak gerekir. Burada önemli olan, ebeveyn psikopatolojisinin de bebeğin biyolojik ve ruhsal sağlığı için risk oluşturan faktörlerden biri olduğunu fark etmek ve bu duruma ilişkin gereken tedbirleri alabilmektir.



Doğum öncesi süreçte, annelerin yaşadığı en yaygın ruh sağlığı sorunları depresyon ve kaygı bozuklukları olmaktadır. Bu dönemde görülen hormonal ve psikososyal değişiklikler, doğum süreci ve sonrasında depresyon ve anksiyete bozuklukları oluşmasına zemin hazırlar. Çalışmalar gebelik döneminde depresif bozukluk ve buna bağlı ortaya çıkan depresyon ve kaygı belirtilerinin görülme sıklığının %12-36 arasında değiştiğini göstermektedir (Çalık ve Aktaş, 2011). Gebelik depresyonu bebeğin ve annenin iyilik halini olumsuz etkilemesi ve doğum sonrası depresyonuna zemin hazırlaması nedeniyle üzerinde önemle durulması ve erken tanı koyulup tedavi edilmesi gereken bir sorundur. Bu bozuklukların annede getirdiği stres yükü, bebeğin hızla gelişen pek çok sistem ve organı etkileyerek incinebilirliğini artırır.(Biaggi vd., 2016).Gebelik sürecinde annenin yaşadığı kaygı, üzüntü ve stres bebeğin gelişimini iki farklı şekilde etkileyebilir. Bunlardan birincisi anksiyete ve depresyon belirtilerinin doğrudan stres hormonlarının (kortizol vb.) artışına sebep olarak pek çok organın yapı ve fonksiyonunu etkilenmesi yoluyla olur. Depresyon ve kaygı bozukluklarının getirdiği stres, gebelerde hipotalamus-hipofiz bezi ve böbrek üstü bezlerinin etkileşimiyle salgılanan kortizol hormonu miktarının normalden fazla salgılanmasına yol açar. Kortizol miktarının anormal artışı ise bebeğin beyin ve sinir sistemi başta olmak üzere birçok organ ve sisteminde kalıcı değişikliklere sebep olur. Hayvan deneylerinde doğum öncesi dönemde aşırı miktarda kortizol maruziyetinin bebeğin beyindeki hafıza ve duygularla ilişkili bölgelerinde yapısal değişikliklere sebep olduğu, bu hayvanların doğum sonrasında karşılaştıkları yeni uyaranlara

normalden fazla tepki ve korku yanıtı verdikleri bildirilmiştir. (Dickerson vd., 2005; Weinstock, 2001). İnsanlarda da gebelikte maruz kalınan aşırı stresin ve anormal kortizol miktarının gelişen beyin üzerinde benzer etkileri olduğu gösterilmiş, etkilenen bireylerin hayatın ileriki dönemlerinde dikkat performansında düşüklük, dil becerilerinde gerileme ve hafıza gibi zihinsel işlevlerinde bozulmalara yol açabileceği belirtilmiştir (Karabekiroğlu, 2007).

Stres hormonu kortizolün, bebek üzerine olan etkileri sadece beyin ve sinir sistemi ile sınırlı kalmamaktadır. Annede fazla miktarda üretilen kortizol, rahime giden kan akımını azaltarak gebeliğin hipertansiyon hastalıkları, düşükler, rahim içi büyüme geriliği, erken doğum, düşük doğum ağırlığı gibi anne ve bebeğin hayatını tehlikeye sokacak pek çok durumla ilişkili bulunmuştur (Davis vd., 2007).

Gebelik döneminde yaşanan depresyon ve kaygı bozukluklarının bebek üzerindeki diğer etkisi ise annenin yaşadığı üzüntü, kaygı ve strese ikincil olarak gelişen olumsuz/uygunsuz davranışlar yoluyla olmaktadır. Depresyon ve kaygı bozuklukları, doğum öncesi yetersiz bakım hizmeti alma, yetersiz ve sağlıksız beslenme, sigara-alkol-madde kullanımı gibi riskli davranışlarla, kendine ve bebeğe yönelik zarar verici düşünce ya da davranışlarla ilişkili olabilmekte, bu davranışlar bebeğin fiziksel ve ruhsal gelişiminde geri dönülemez ciddi sonuçlara yol açabilmektedir. Bu davranışların doğum sonrasında da devam etmesi halinde anne ve bebek arasındaki ilişki zedelenebilmekte, bebeğin büyümesinde gerilik, motor ve dil gelişiminde gecikme, duygusal gelişiminde bozukluk ve davranış problemleri görülebilmekte, bebeğin ağır ihmal ve istismarına varabilecek olumsuz sonuçlarla karşılaşabilmektedir (Muzik vd., 2009; Diego vd., 2009).

Tüm bu riskli durumları kontrol altında tutabilmek, gebelik sürecinde ebeveynlere ve özellikle annelere yönelik koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinin yetkin kişi ve kurumlar yoluyla uygulanabilmesiyle mümkündür. Gebelikte kaygı bozuklukları ve depresyon başta olmak üzere, diğer psikiyatrik bozuklukların bebek üzerindeki olumsuz etkilerini önlemek ya da en aza indirmek için atılacak ilk adım riskli grubun belirlenmesidir. Risk grubunun erken dönemde tanınması, oluşabilecek riskli durumların ebeveynlerle paylaşılması ve gerekli durumların tedavisi anne ve bebeğin bedensel sağlığını olduğu kadar ruhsal sağlığını da koruyabilmek amacıyla önemlidir. Bu sebeple doğum öncesi dönemde gebelerin ruh sağlığının değerlendirildiği takip programları oluşturulmalıdır. Bu rutin kontrollerde psikiyatrik problemleri tespit edilen gebelerin ilgili profesyonellere yönlendirilerek ilaç veya ilaç dışı tedavi alabilmesi sağlanmalıdır. Anneye yönelik eş desteğinin ve mümkün olan durumlarda geniş aile ve yakın çevrenin dahil edildiği sosyal desteğin artırılmasına yönelik girişimlerde bulunulmalıdır. Bu sayede bireysel, ailesel ve toplumsaldüzeyde istenmeyen sonuçların önüne geçebilmek ya da istenmeyen sonuçları en aza indirebilmek mümkündür.

2.5. Beslenme

Gebelik, beslenme gereksiniminin arttığı ve beslenme içeriğinde farklılıkların olduğu bir dönemdir. Gebelikte bebeğin büyüme ve gelişmesi annenin günlük aldığı besinlerin plasenta yoluyla bebeğe iletilmesiyle gerçekleşir. Bu dönemde bazal metabolizma (vücudun fonksiyonlarını sürdürmesi için gerekli olan minimum enerji) normalin %20'si kadar artar (Köksal ve Gökmen, 2000). Bu sebeple gebelik dönemindeki beslenme miktarı ve düzeni, hem annenin kendi fizyolojik ihtiyaçlarını karşılayarak vücudundaki besin yedeğini dengede tutması hem de bebeğin normal gelişimi için gerekli enerji ve besin öğelerinin sağlanması açısından önemlidir (Baysal, 2007). Bu dönemde yetersiz ve içerik olarak kalitesiz beslenme anne ve bebek sağlığını olumsuz yönde etkileyebilecek sonuçlarla ilişkilidir.

Hamilelik sırasında sağlıklı diyet modeli sebze, meyve, yüksek lifli tahıllar, süt ürünleri ve bitkisel yağlardan oluşurken, sağlıksız bir diyet modeli ise, işlenmiş et ürünleri, rafine tahıllar, tatlı içecekler ve abur-cubur şeklindeki atıştırmalık tüketimini içerir. Ülkemizdekigenel duruma bakıldığında, gebelikte protein, yağ, karbonhidrat gibi makro besinlerin alımının çoğunlukla yeterli ve dengeli olduğu, bu besinlerden yetersiz düzeyde beslenenaile oranının düşük olduğu gözlenmektedir. Ancak aynı durumu vitamin ve mineraller gibi hamilelikte oldukça önemli fonksiyonlara sahip olan mikro besinlerin alımı için söylemek güç olabilmektedir. Bu besinlerin yetersiz düzeyde alınması bebeğin fiziksel ve ruhsal sağlığını bozabilecek durumlarla ilişkili olabilmektedir.

Anne karnındaki bir bebekte sinir sisteminin gelişmesi gebeliğin ilk birkaç haftalık dönemi içinde başlar. Bu dönemde hızla gelişen beyin ve sinir sistemi yapıları annenin aldığı besin içeriğinden büyük ölçüde etkilenir. Belirli vitamin ve minerallerin gebeliğin özellikle erken dönemlerinde uygun miktarda alınması, sağlıklı bir sinir sistemi gelişimi için elzemdir. Bu vitaminlerin başında folik asit gelir. Folik asit, bebeği olası beyin hastalıkları ve omurilik rahatsızlıklarından koruyan önemli vitaminlerden biri olarak bilinmektedir. Folik asitin yetersiz alındığı durumlarda *nöral tüp defektleri* adı verilen beyin, omurga ve omuriliğin anormal gelişimi ile sonuçlanan hastalıklar görülebilir. Bu hastalıklar bebeğin tüm yaşantısını etkileyebilecek şekilde kalıcı fiziksel ve ruhsal hasarlara neden olabilir. Kaslarda güçsüzlük, yürümede kısıtlılık, felç ve zihinsel yetersizlik (zekâ geriliği) gibi ciddi bedensel ve ruhsal sonuçlarla ilişkili olabilir. Nöral tüp defektleri ve ilişkili durumların, hamilelikten en az bir ay önce ve hamileliğin ilk 3 ayı boyunca yeterli miktarda folik asit alımıyla önemli bir kısmı önlenmektedir. Folik asit, ülkemizde doğum öncesi kontrollerde, özellikle de sinir sistemi gelişiminin şekillendiği erken dönemde hekimlerce rutin olarak önerilmektedir.

Gebelikte beyin ve sinir sistemi gelişimi için üzerinde çokça durulan bir diğer vitamin D vitamini dir. Son yıllarda D vitaminini nörolojik hastalıkların başlangıcı, ilerlemesi ve önlenmesi ile ilişkilendiren birçok çalışma bulunmaktadır. D vitamininin, sinir hücresi büyümesinde rol oynayan *büyüme faktörlerinin* sentezini güçlü bir biçimde arttırdığı gösterilmiştir (Musiol ve Feldman, 1997). Bu büyüme faktörleri sinir hücrelerinin farklılaşmasına

ve uygun beyin bölgelerinde işlev görmesine katkıda bulunmaktadır. Pek çok çalışma D vitamininin bu sayede beyin gelişimi ve bilişsel fonksiyonlar üzerinde önemli olduğunu ortaya koymaktadır (Pet ve Brouwer-Brolsma, 2016). Son yıllarda gebelik döneminde görülen D vitamini eksikliği ile bazı hastalıklar ya da bozukluklar arasında ilişki olabileceği düşünülmektedir. Özellikle son yıllarda giderek artan sıklıkta görülen otizmin, gebelik döneminde yetersiz D vitamini alımı ile ilişkili olabileceği yönünde artan sayıda çalışma mevcuttur (Mukaddes ve Ercan, 2018). Gebelik döneminde D vitamini takviyesinin erken doğum, gebelik diyabeti ve gebelik ile ilişkili hipertansiyon hastalığı ile ilişkili riskleri azaltabileceği yönüne de görüşler mevcuttur (World Health Organization, 2019). D vitamininin güneş ışığına yetersiz maruziyet ve besinlerle yetersiz alım gibi sebeplerle eksikliği sık görülen durumlardan biri olduğu için doğum öncesi kontrollerde hekimlerce rutin olarak önerilmektedir.

Demir minerali de doğum öncesi dönemde eksikliği sıkça görülen bir mikro besin ögesidir. Gebeliğin ilk iki-üç aylık döneminde artan kan hacmine bağlı olarak demir ihtiyacında da artış görülür, ancak bu ihtiyaç vücut tarafından sıklıkla yeterli düzeyde karşılanamadığından gebelerde demir eksikliğine bağlı anemiler meydana gelir. Demir eksikliği anemisiyse, hem anne hem de bebeğin sağlığını olumsuz etkileyebilecek durumlara yol açar. Gebelikte demir eksikliği anemisi, erken doğum, düşük doğum ağırlığı, doğum sırasındaki kan kaybına azalmış tolerans ve ciddi durumlarda kan kaybına bağlı ölümler gibi ciddi durumlarla ilişkilidir. Ayrıca gebelikte demir eksikliği anemisi, yenidoğan ve ileri çocukluk döneminde bilişsel fonksiyonlar üzerinde de olumsuz sonuçlara neden olur (Lucowski vd., 2010). Demir eksikliği anemisi önlenabilir bir durum olması sebebiyle, önemli koruyucu halk sağlığı konularının başında gelmektedir. Ülkemizde 1 Kasım 2005 tarihi itibarıyla Sağlık Bakanlığı'nın Gebelere Demir Destek Programı (GDDP) kapsamında demirin uygulanmayacağı durumlar hariç ayırım yapılmaksızın tespit edilen her gebeye demir desteği yapılmaktadır (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, 2007).

Doğum öncesi dönemde yetersiz beslenme pek çok sağlık sorunuyla ilişkili olduğu gibi, bu dönemde fazla kilo artışı ve dengesiz beslenmenin de hem anne hem de bebek için olumsuz sonuçlara neden olduğu bilinmektedir. Gebelikte kilo artışının beklenenden fazla olması, gebelikte hipertansiyon hastalıkları, iri bebek, doğum komplikasyonları ve artmış sezaryen oranları ile ilişkili bulunmuştur. Bu dönemdeki aşırı kilo artışının etkisi, sadece hayatın erken dönemleriyle sınırlı kalmamakta, çocukluk çağı obezitesi ve çocukluk çağı astımı gibi etkileri erişkin dönemde de sürebilen hastalıkların, gebelik döneminde annenin dengesiz beslenmesi ve aşırı kilo artışının bir sonucu olabileceği düşünülmektedir (McDowell, 2019).

Özetle, gebelikte yeterli enerji alımı ile sağlıklı ve dengeli bir beslenme düzeni anne ve bebeğin sağlığı için elzemdir. Önerilenin altında kilo alımı düşük doğum ağırlığı ve erken doğumlarla sonuçlanabilirken, beklenenin üzerinde kilo artışı kardiyovasküler hastalıklar, obezite ve obeziteyle ilişkili doğum komplikasyonlarına yol açabilir. Yeterli miktarda besin alımının yanında, farklı besin gruplarının tüketimi ile vitamin ve minerallerin çeşitliliği sağlanmalıdır. Bu amaçla gebelik sırasında gereksinimi artan folik asit, D vitamini ve demir gibi besin öğelerinin takviye olarak alınması gerekli olmaktadır. Doğum öncesi bakım ve kontrollerde ebeveynlere beslenme ile ilgili bilgilendirmelerin yapılması, ekonomik güçlükler nedeniyle gerekli besinlere erişimi olmayan gebelere devlet desteğinin sağlanması, dezavantajlı bireylerin sağlık personeli tarafından yakından takip edilmesi koruyucu sağlık hizmetlerinin önemli bir parçası olmalıdır.

Zekâ gelişimindeki geriliği ifade etmek için kullanılan 'zekâ geriliği' (mental retardation) kavramı güncel sınıflama ve pratikte artık kullanılmamaktadır. Bunun yerine zihinsel yetersizlik (intellectual disability) kavramı tercih edilmektedir.

2.6. Sigara, Alkol ve Madde Kullanımı

Bağımlılık yapıcı maddelerin kullanımı bireysel ve ailesel etkileri yanında toplumsal olarak da ağır sonuçlarla ilişkili yıkıcı sorunlardan biridir. Bu maddelerin son zamanlarda tüm dünyada giderek artan sıklıkta kullanıldığı ve önemli halk sağlığı sorunlarının başında geldiği bilinmektedir. Yakın zamana kadar bu tür maddelerin erkekler arasında yaygın olarak kullanıldığı düşünülmekteyken, son çalışmalarla dünyada kadın ve erkekler arasındaki farkın azaldığı görülmüştür (İzci ve Bilici, 2015). Kadınlar açısından madde bağımlılıklarının en fazla görüldüğü dönemin doğurganlık dönemini içine alan yıllar olduğu bilinmektedir (İzci ve Bilici, 2015). Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan kadınlarda plansız ve beklenmeyen gebelikler daha sık görülmekte, üstelik alkol ve madde kullanımı gebelikte de devam edebilmektedir. Gebelikte sigara, alkol ve madde kullanımı ise hem anne hem de bebek için çok ciddi fiziksel ve ruhsal sağlık sorunlarıyla ilişkilidir. Her şeyden önce, gebelik gibi insanın yeni bir hayata başladığı ve pek çok kültürde kutsal sayıldığı bir süreçte bu tür maddelerin kullanımı, anne karnındaki savunmasız bir bebek için ağır bir ihmal ve istismar demektir. Böyle bir gebelik sonucu dünyaya gelen bir çocuğun, hayatının ileriki dönemlerinde de ihtiyaçlarına gerekli özen ve karşılığın verilmeyeceği, anneye bağlanmasının zedeleneceği, her türlü ihmal, istismar ve travmaya açık olacağı öngörülmektedir. Birçok davranış ve alışkanlığın hem kalıtım yoluyla hem de ebeveynlerden görülmektedir. Bu zincirin halkalarını kırarak sağlıklı nesiller inşa etmek gebelik öncesi dönemde ve gebelik döneminde bağımlılık yapıcı maddelerin kullanılmasını önlemek yoluyla mümkün olacaktır.

Bu bölümde sırasıyla gebelik döneminde sigara, alkol ve madde kullanımının gebelik dönemi ve sonrasında bebek üzerindeki etkilerinden bahsedilecektir.

Diğer dönemlerde olduğu gibi gebelik döneminde de en sık kullanılan bağımlılık yapıcı maddelerin başında sigara gelmektedir. Gebelikte sigara kullanımı, anne karnındaki bebeğin büyüme ve gelişimini birçok yönden olumsuz etkiler. Sigara içerdiği nikotin ve karbonmonoksit sebebiyle plasentayı besleyen damarlarda daralmaya ve kan akımında azalmaya neden olarak bebeğin doku ve organlarına yeterli oksijenin ulaşmasına engel olur. Bunun durum düşükler, rahim içi ölüm, gelişme geriliği, erken doğum, düşük doğum ağırlığı ve doğumsal anormallikler gibi bebeğin hem fiziksel hem de psikolojik sağlığını etkileyen ciddi sonuçlara ilişkilidir. Benzer etkilerin sigara içilen ortamlarda sigara dumanına kronik maruziyet yoluyla da olabileceği bilinmektedir (Özkaya ve Köse, 2013; İzci ve Bilici, 2015). Gebelik dönemindeki sigara kullanımı ve maruziyetinin etkileri ise sadece bu dönemle sınırlı kalmamaktadır. Gebelikte sigara kullanımı ani bebek ölümü denilen, bebeklerin genellikle ilk yıllarında görünüşte sağlıklı olmalarına rağmen açıklanamayan nedenlerle ve çoğunlukla uyku sırasında ani şekilde ölmeleri ile ilişkili bulunmuştur (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, 2008). Yine bu gebeliklerden doğan çocuklarda, erken çocukluk döneminden başlayarak bilişsel fonksiyonlarda bozulma, dikkat ve davranış sorunları, akademik ve entellektüel yeteneklerde zayıflama olabileceği uzun zamandır bilinmektedir (Özkaya ve Köse, 2013). Tüm bu sorunların belki de en önemlisi, zararlı etki ve sonuçları bilindiği halde gebelik döneminde sigara kullanmaya devam edilerek annelik kimliğinin zedelenmesi olmaktadır. Bebeği için her türlü fedakârlığa katlanmaya hazır olan ve onu çevreden gelebilecek her türlü tehlike ve tehditlere karşı korumaya çabalayan bir anneyle, bebeğine “bile bile” zarar vermeyi göze alan bir annenin bebeğiyle kurduğu ilişki hiç kuşkusuz farklı olacaktır. Anne-bebek bağlanması, gebelikte sigara içen veya içmeye devam eden gebelerde sigara içmeyen veya gebelikte içmeyi bırakan gebelere göre daha kötü olduğu bir çok çalışmada gösterilmiştir (Magee vd., 2014; Massey vd., 2015). Diğer taraftan bebek açısından doğurduğu sonuçlar itibarıyla bu durumu çocuğun açık bir ihmali ve istismarı olarak değerlendirmek de mümkündür. Bu konunun bir uzantısı olarak son yıllarda yapılan çalışmalar çarpıcı sonuçlar ortaya koymaktadır. Çok sayıda çalışma gebelikte sigaraya maruz kalmış olmanın ileriki yıllarda *davranım bozukluğu* gelişme riskini belirgin şekilde artırdığını göstermektedir (Wakschlag vd., 1997; Ruisch vd., 2018; Boden vd., 2010). Davranım bozukluğu diğer insanların bireysel haklarının ve toplumsal kuralların ciddi şekilde ihlal edildiği yıkıcı bir bozukluk olarak pek çok olumsuz bireysel ve toplumsal sonuçlar barındırmaktadır.

Gebelikte alkol kullanımı da sigarada olduğu gibi bebeğin büyüme ve gelişiminde ciddi sonuçlarla ilişkidir. Her ne kadar gebelikte alkol kullanımının bebeğe hangi yollarla etki ettiği tam olarak bilinmese de alkolün kendisinin veya içerdiği diğer maddelerin bebeğin gelişimini olumsuz etkilediği bilinmektedir. Alkol özellikle gelişmiş batı ülkelerinde genetik olmayan zihinsel yetersizliğin en önemli nedeni kabul edilmektedir (Atar ve Yalım, 2018). Amerika Birleşik Devletleri’nde her 1000 doğumdan yaklaşık 1’inin fetal alkol sendromu olarak adlandırılan bu durumdan etkilendiği bilinmektedir (Centers for Disease Control and Prevention, 2020). Fetal alkol sendromu gebelik esnasında alkol kullanımına bağlı görülen bir dizi doğumsal anormallik içermektedir: rahim içi gelişme geriliği, sinir sisteminde gelişim ve fonksiyon bozuklukları, zihinsel yetersizlik, iskelet-eklem anormallikleri, yarı damak ve dudak kalp ve böbrek anormallikleri, görme, işitme ve konuşma bozuklukları fetal alkol sendromunun bilinen başlıca sonuçlarıdır. Bu sonuçlar dışında yukarıda sigara için bahsedilen anne ve bebek arasındaki ilişkinin niteliğini olumsuz etkileyen durumlar, alkol kullanımı için de geçerli olmaktadır.

Gebelikte sigara ve alkol için güvenilir bir kullanım miktarı bulunmamaktadır (Özkaya ve Köse, 2013). Bu nedenle gebe kalmak isteyen tüm kadınlar ve erken gebelik haftasındaki tüm gebeler rutin sağlık kontrollerinde sigara ve alkol kullanımı açısından sorgulanmalıdır. Riskli durumdaki gebelere sigara ve alkolün yol açacağı anneye ve bebeğe ait olumsuz sonuçlar ayrıntılı olarak anlatılmalı, sigara ve alkolün bırakılması için uygun tedavi veya müdahaleler planlanmalıdır.

Gebelik döneminde madde kullanımı doğum öncesi ve sonrası sonuçları itibarıyla bu üç durum içinde şüphesiz en zararlı ve yıkıcı olanıdır. Gebelik döneminde kullanımı riskli maddelerin başında esrar, kokain ve opioid gibi maddeler gelmektedir. Bu maddelerden her birinin bebek üzerinde farklı etkileri olabilmekle birlikte, burada bu etkilerden genel olarak bahsedilecektir. Madde kullanımı da tıpkı sigara ve alkol kullanımı gibi, öncelikle annenin kendi sağlığının bozulmasına yol açar. Annede anemi, hipertansiyon, kalp, akciğer ve karaciğer hastalıkları, HIV/AIDS gibi bulaşıcı hastalıkların görülme sıklığı artar. Madde kullanan annenin beslenme durumu da genellikle kötüdür ve bu durum bebeğin gelişimine de yansır. Hem bu maddelerin doğrudan etkileri hem de neden olduğu dolaylı etkiler sonucunda bebekte ömür boyu kalıcı olabilen sağlık sorunları meydana gelebilir. Bu maddeler sigaraya benzer bir etkiyle rahmi besleyen damarlarda kasılma ve daralma meydana getirerek plasentanın beslenmesini bozabilir ve erken doğum, düşük doğum ağırlığı, gelişim geriliği, küçük baş çevresi, rahim içi beyin kanaması ve düşüklere neden olabilir (Yeşilay Danışmanlık Merkezi; Özkaya ve Köse, 2013). Bu tür gebeliklerden doğan yenidoğanlarda görülen ciddi bir sonuç da maddeyle ilişkili yoksunluk sendromudur. Yani bebek maddeye bağımlı olarak dünyaya gelme riskiyle karşı karşıya olmaktadır. Doğum sonrası birkaç gün içinde zayıf beslenme, kusma, terleme, ateş, reflekslerde aşırı artış, titreme ve nöbet gibi belirtilerle kendini gösteren yenidoğan yoksunluk sendromu, ciddi bir ihmal hatta istismar olarak değerlendirilebilir. Yoksunluk belirtisiyle dünyaya gelen bebeklerin ömür boyu, bağımlılık geliştirme riski, diğer insanlara göre daha fazladır (Yeşilay Danışmanlık Merkezi, 2013).

Madde kullanan annelerin bebeklerinin uzun süreli takiplerinde gelişimsel bozukluklar, uyuma ve yeme bozuklukları, öğrenme, dikkat, hafıza ve bilişsel bozukluklar olduğu, daha fazla depresif ve antisosyal davranışlar sergiledikleri görülmüştür. Böyle bir ihmal ve istismarın önüne geçebilmek amacıyla, madde bağımlılığı olan kadınlarda, uygun korunma yöntemlerinin konuşulması, gebeliklerin planlı olmasının teşvik

edilmesi, gerekli gebelik kontrollerinin yakından takip edilmesi, bağımlılığın ilaç ya da ilaç dışı yöntemlerle tedavi edilmesi ve tüm bu tedavi süreçlerine mutlaka sosyal desteği artırma ve psikoterapi gibi müdahalelerin eklenmesi önemlidir.

	Gebelikte bağımlılık yapıcı maddeler, ☒ Annenin fiziksel ve ruhsal sağlığını tehlikeye atar. ☒ Bebeğin fiziksel ve ruhsal sağlığını bozar. ☒ Gelişen bebeğin sinir sistemini olumsuz etkiler. ☒ Gebelik komplikasyonlarına ve zor doğuma neden olur. ☒ Bebeğin şimdiki ve ilerideki bağımlılık riskini artırır. ☒ Anne ve bebeğin sağlıklı bağlanmasına çok ciddi zararlar verir.
--	--

2.7. Doğum Şekli

Bir bebeğin fiziksel ve ruhsal sağlığının normal (vajinal) doğum veya sezaryen yolla doğum ile dünyaya gelmesi arasında farklılık gösterip göstermeyeceği uzun zamandır tartışma konusu olmuştur. Sezaryen doğum, doğumun normal yolla gerçekleşmesinin mümkün olmadığı durumlarda karın ve rahmin kesilerek bebeğin alındığı cerrahi bir işlem olarak anne ve bebeğin hayatını kurtarabilir. Ancak Dünya Sağlık Örgütü'nün gelişmiş ülkeler için %15 olarak önerdiği sınırın çok üzerindeki oranlar, birçok sezaryen prosedürünün gereksiz olduğunu düşündürmektedir (Polidano vd., 2017). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları'nın 2018 yılı raporuna göre ülkemizde her 100 doğumdan 52 si sezaryen yolla olmaktadır (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları, 2018). Bu durum, gebelik ile ilişkili komplikasyonlar ve çeşitli riskli durumlarla açıklanamayacak kadar yüksektir. Bu oranların klinik uygulamalardaki değişiklikler ve sezaryene yönelik artmış ebeveyn talepleri ile ilişkili olduğuna inanılmaktadır.

Doğum şeklinin yenidoğan ve çocukluk dönemine fiziksel ve ruhsal açıdan etkilerinin olup olmadığı, var olan etkilerin ne şekilde olduğuna yönelik pek çok çalışma mevcuttur. Bu çalışmaların önemli bir kısmında sezaryen doğumun vajinal doğuma kıyasla doğrudan ve dolaylı olarak bebek ve çocuğun fiziksel ve ruhsal sağlığına olumsuz etkileri olabileceği gösterilmiştir (Zhou vd., 2019; Deoni vd., 2019; Polidano vd., 2017). Bu anlamdaki doğrudan ilişkinin, sezaryen doğumda bebeğin doğum kanalından geçmemesi ve buradaki faydalı mikroplarla tanışamaması nedeniyle olduğu ileri sürülmektedir. Normal yolla doğan bebekler, doğum kanalından geçerken bağırsakları için gerekli olan mikropları annenin doğum kanalından edinebilir. Ancak, normal doğumlu çocukların aksine, sezaryen doğumlu çocukların bağırsağı doğum kanalı yerine annenin cildi ve hastane yüzeyleriyle temas ederek tohumlanır. Bunun sonucunda her iki grup çocukta, bağırsakta bulunan faydalı mikrop içeriğinin ve miktarının çocukluk çağı gibi uzun dönemlerde dahi farklılıklar gösterdiği gözlenmiştir (Neu ve Rushing, 2011). Son zamanlarda, bağırsak içindeki mikropların oluşturduğu ortamdan merkezi sinir sistemine hafıza, motivasyon, ruh hali ve strese verilen cevabı etkileyen kimyasal sinyallerin gönderildiği, bu sinyallerin erken dönem beyin gelişiminde sezaryen doğum sebebiyle değişen bağırsak içeriğine bağlı olarak uzun dönemde de bilişsel etkileri olabileceğine yönelik sorular ortaya çıkmaktadır (Sharon vd., 2016). Bununla ilgili nedensel bir ilişki henüz kanıt düzeyinde ortaya konmamıştır ancak, değişen bağırsak içeriğinden gelen farklılaşmış sinyallerin, sezaryenle doğan çocuklar arasında özellikle otizm spektrum bozukluğu ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun daha yüksek oranlarda görülmesinde olası bir itici güç olduğu düşünülmektedir (Curran vd., 2015; Bull-Larsen ve Mohajeri, 2019).

Sezaryen sürecinin çocukların ruhsal gelişimindeki mekanizmalarla etkileyebileceğini açıklayan farklı hipotezler de bulunmaktadır. Bunlardan birincisi, normal yolla doğan bebeklerin doğum esnasında “dozunda ve başa çıkılabilir” bir stresle mücadele ederek sezaryenle doğan bebeklere kıyasla ruhsal açıdan daha dayanıklı bireyler olduğunu savunur. Vajinal doğum sırasında annenin itici gücü ve bebeğin baş ve vücut hareketleri ile anne ve bebek arasında mükemmel bir iş birliği ortaya konur. Bu süreç anne ve bebeğin beraber gerçekleştirdikleri ilk önemli mücadele sayılabilir. Bu süreçte bebeğin başı ve göğsü sürekli olarak sıkılır, bebek doğum kanalından geçebilmek için belirli hareketler sergiler, bu sırada solunum merkezi uyarılır ve bebeğin doğumdan sonra rahatça nefes almasına yardımcı olacak şekilde aşırı sıvı akciğerlerden uzaklaştırılır (Hooper ve Harding, 1995; Milner vd., 1978). Bu esnada bebeğin yaşadığı zorluk ve stresin bebeğin dış ortama daha iyi adapte olmasını sağlayarak dayanıklılığını arttırdığı düşünülmektedir (Falconer ve Poyser, 1986). Oysa sezaryen yolla doğan bebekler bu şekilde, doğum kanalından normal bir çıkış sürecinden yoksundur. Normal vajinal doğum bebek üzerinde oluşturduğu “dozunda ve başa çıkılabilir” stresle doğumdan sonraki süreçte çocukta dayanıklılığın gelişmesinde önemli bir imkân ve aşama oluşturmuş olur.

İkinci hipotez, cerrahi uygulamaların, erken anne-bebek etkileşiminde ve emzirmede yetersizlik oluşturmalarına odaklanır (Rowe-Murray ve Fisher, 2001). Vajinal doğum için doğum sonrası iyileşme sezaryene oranla daha hızlıdır (Rortveit vd., 2003). Busayede vajinal doğumdan sonra annelerin yenidoğan bakımı sağlayabilmek ve iyi bir anne-çocuk etkileşimi kurmak için daha fazla zamanı ve enerjisi olduğu gözlemlenmektedir (Robson vd., 2015). Ek olarak, sezaryen ameliyatı geçiren kadınların emzirme güçlüğü oranı daha yüksek ve emzirme oranları daha düşük olarak saptanmıştır (Hobbs vd., 2016; Prior vd., 2012). Emzirme, bebeklerin duygusal gelişiminde önemli bir rol oynayan anne-çocuk etkileşimini artırarak güvenli bağlanmanın oluşumuna zemin hazırlar. Hayatın erken döneminde anne-bebek arasında kurulan güvenli bağlanmanın pek çok psikiyatrik bozukluk ve davranışsal sorun için önemli koruyucu faktörlerden biri olduğu bilinmektedir. Bu konu ileriki bölümlerde ayrıntılı olarak tartışılacaktır.

Özetle, doğum şeklinin fiziksel ve ruhsal sağlık üzerindeki etkileri net olarak bilinmemekle birlikte gerek kültürel edinimlerimiz gerekse tıbbi araştırmalar vajinal doğumun sezaryen doğuma göre daha avantajlı bir konumda olduğunu düşündürmektedir. Sezaryen doğumlar gerekli koşullarda hayat kurtarıcı olmakla birlikte, ülkemizdeki ve dünya genelindeki oranlar ihtiyaç durumunun çok ötesinde gibi görülmektedir. Bu anlamda sezaryen doğumların belirli ve gerekli durumlarla sınırlı tutulması ve normal doğum şeklinin teşvik edilmesi, hem anne hem de bebeğin fiziksel ve ruhsal sağlığı açısından koruyucu olacaktır.

2.8. Doğum Öncesi Bakım

Doğum öncesi bakım (DÖB), anne ve bebeğin tüm gebelik boyunca düzenli aralıklarla, eğitilmiş bir sağlık çalışanı tarafından gerekli muayene ve önerilerde bulunularak izlenmesini ifade eder (Bertan ve Güler, 1997). Temel sağlık hizmetlerinin bir parçası olan DÖB annenin fiziksel ve ruhsal sağlığını korumaya ve mevcut risklere karşı gerekli önlemlerin erken zamanda alınmasına olanak verir. Bebeğin biyolojik büyüme ve gelişiminin yakın takibini sağlar, annelerin gebelik hakkındaki bilgilerini arttırmayı, doğrularını pekiştirmeyi, yanlış alışkanlık ve tutumlarını düzeltmeyi ve ebeveynleri annelik ve babalık rollerine hazırlamayı amaçlar. Bu sayede hem annenin gebelik sürecine ilişkin uyumsal davranışları pekiştirilir, hem de anne ve bebeğe ait fiziksel ve ruhsal bozuklukların erken tanısı, tedavisi ve takibi mümkün hale gelir.

Dünya genelinde gebe kadınların %86'sı en az bir kez DÖB hizmeti alırken, önerildiği şekliyle en az dört DÖB hizmeti alabilme oranı %65 olarak bildirilmektedir (United Nations International Children's Emergency Fund, 2019). Türkiye'de de Sağlık Bakanlığı, sağlıklı bir gebelik süreci için 14, 18-24, 30-32, 36-38. haftalarda olmak üzere en az dört defa, riskli gebeliklerde ise daha fazla sayıda DÖB hizmeti almayı önermektedir (Sağlık Bakanlığı Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi, 2014). Bu öneriler ve uygulamalar eşliğinde, ülkemizde DÖB alan kadınların oranında son yıllarda önemli artışların olduğu görülmektedir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'nın verilerine göre, gebelikleri boyunca en az bir kez bakım hizmeti alan gebelerin oranı 2003 yılında %81 iken, bu oran 2018 yılında %96.8 olarak belirlenmiş, en az dört DÖB hizmeti alan gebelerin oranı ise %90 olarak bildirilmiştir (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2018). Türkiye'de bölgeler arasındaki oranlar önemli ölçüde değişmemekle birlikte annenin yaşı, öğrenim durumu, gebelik sayısı, yerleşim yeri gibi faktörlerin DÖB almayı etkilediği bilinmektedir.

Doğum öncesi bakım, koruyucu sağlık hizmetlerinin ayrılmaz bir parçasıdır. Bu dönemde annenin kilo artışının takibi, beslenme şekli ve düzeninin sağlanması, bebeğin büyüme ve gelişiminin izlenmesi, gerekli aşılamaların yapılması, gebelikte sigara, alkol ve madde kullanımının önüne geçilmesi, gebeliğe bağlı diyabet ve enfeksiyon hastalıklarının taranması, anne ile bebek arasındaki uyumu arttırmaya yönelik eğitimler gibi birinci basamak koruyucu sağlık hizmetleri yürütülür. Bu alanlarla ilişkili gerekli taramaların yapılmasının ardından risk tespit edilen gebelerin ileri tetkiklerle taranması ve saptanan hastalıklara yönelik tedavilerin planlanması ikinci ve üçüncü basamak koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında gerçekleştirilir. Bu hizmetler sayesinde hem anneye hem de bebeğe yönelik pek çok riskli durum ya da hastalık (düşük ya da ölü doğum, erken doğum, düşük doğum ağırlığı, doğum komplikasyonları, yenidoğanın enfeksiyon hastalıkları vb.) erken dönemde saptanabilmekte ve uygun tedaviler sağlanabilmektedir. Bu riskli durumların kontrol altında tutulmadığı ya da hastalıklara yönelik gerekli tedavilerin yapılamadığı durumlarda hem bebeklik döneminde hem de sonraki dönemlerde bedensel, ruhsal ve sosyal problemler ortaya çıkabilmektedir. Erken doğum, düşük doğum ağırlığı, anne karnında gelişim geriliği, annedeki enfeksiyon hastalıkları gibi pek çok durum tıbbi hastalıkların yanında zihinsel gerilik, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, otizm gibi nörogelişimsel bozukluklar başta olmak üzere, farklı psikiyatrik bozukluk ya da davranışsal sorunla ilişkilidir (Mukaddes ve Ercan, 2018). Bu bozukluklar ve sorunlar, tek başlarına gebelik sürecinde yaşanan riskli durum ya da faktörlere bağlı olarak ortaya çıkmasalar da, riskli durumların kontrol altında tutulması var olan genetik bir yatkınlığın hastalığa dönüşmesini engelleyebilir. Bu sebeple, DÖB sadece bebeğin fiziksel büyüme ve gelişmesinin rutin takibi için değil, aynı zamanda bebeklik, çocukluk ve erişkinlik dönemlerindeki ruh sağlığını korumak bakımından da gereklidir.

DÖB sırasında gebelere aynı zamanda bebeğin cinsiyeti ve cinsiyetine göre gelişimi, annenin gebelik sırasında karşılaşılabileceği bulantı, kusma, yorgunluk gibi durumlar, doğum şekli ve süreci, doğum sonrası anne sağlığı ve bakımı, emzirme ve bebek bakımı gibi birçok konuda çeşitli bilgiler ve danışmanlık hizmetleri verilmektedir. Bu bilgilendirici eğitimler annenin fiziksel sağlığı ve bebeğin büyüme ve gelişimi açısından önemli olmanın yanı sıra anne-bebek bağının ilk adımlarının da güvenle kurulmasını sağlaması açısından önemlidir. Bu dönemde bebeğinin sağlığı için düzenli takip ve kontrollerini yaptıran bir anne, eğitimlerden elde ettiği bilgilerle birlikte bebeğiyle ilgili daha fazla ilgi, merak ve plan içerisinde olacaktır. Bu sayede sağlanacak güvenli bir bağlanma dolaylı olarak doğum sonrası dönemde de anne ve bebeğin ruhsal sağlığı açısından

destekleyici olacak, anneyi depresyon başta olmak üzere pek çok psikiyatrik bozukluk açısından dakoruyacaktır. Koruyucu ruh sağlığı açısından önemli bir fırsat olan DÖB hizmetleri düşük sosyoekonomik düzey, düşük eğitim seviyesi, küçük yaşta annelik, ebeveynlerdeki psikiyatrik bozukluk gibi dezavantajlı grupların erken dönemde tanınmasına ve bu grupların yakın takibine de katkı sağlayacaktır. Böylelikle, takip ve kontrollerini aksatan, sağlık personeli tarafından önerilen beslenme düzenine belirgin şekilde uymayan, gerekli tetkik ve aşılamları yaptırmayan, bebeğiyle ilişkili uyumsuz tepkiler veren her annede ruhsal değerlendirmelerin yapılması ve gerek görüldüğünde uygun birimlere yönlendirilerek gerekli tedaviyi alabilmesi sağlanabilecektir.

Bu bölümde temel olarak gebelik döneminde bebeğin büyüme ve gelişimi üzerine etki eden değiştirilebilir çevresel faktörler üzerinde durulmuştur. Koruyucu ruh sağlığının en önemli amacı hastalıklar henüz oluşmadan önce ilişkili riskli durumlara yönelik gerekli tedbirleri almak olduğundan, doğum öncesi dönem bu alanın çekirdeğini oluşturmaktadır. Gebelik dönemindeki doğum öncesi bakım ve eğitim hizmetleri sayesinde mevcut risk faktörleri tespit edilebilmekte, bütüncül bir yaklaşım ile bu risklere yönelik erken müdahaleler planlanabilmektedir. Ülkemizde son yıllarda bu hizmetlerin yaygın olarak kullanıldığı bilinmekle birlikte, bu yaygın kullanımı toplum ruh sağlığı açısından daha faydalı kılmak farklı branş ve disiplinler arasındaki işbirliğinin artırılması ile mümkün olacaktır. Bu sebeple alanda çalışan profesyonellerin daha fazla ortak çalışmasına ve koordinasyonuna ihtiyaç vardır.

Aşağıdaki tabloda dayanıklı nesiller yetiştirmek adına gebelik dönemi ve doğum sürecinde ebeveynlere yönelik koruyucu ruh sağlığı önerileri sıralanmıştır.

Tablo-1. Doğum öncesi dönemde ebeveynlere yönelik koruyucu ruh sağlığı önerileri
Gebelik öncesinde ebeveynlik rollerine duygusal açıdan hazırlanın.
Bebekle konuşma, fiziksel temas, bebeğe isim verme gibi, ebeveyn ile bebek arasındaki bağlanmayı arttıracak fırsatları değerlendirin.
Gebelik öncesi dönemden itibaren aile içi uyumu ve sosyal desteği arttırmayı hedefleyin.
Gebelik döneminde üzüntü, sıkıntı, stresten uzak durmaya çalışın.
Gebelik öncesi dönemde rutin sağlık kontrollerinizi yaptırın.
Gebelik döneminde yeterli doğum öncesi bakım hizmeti almaya gayret edin.
Gebelik döneminde yeterli ve düzenli beslenmeye ve gerekli takviyeleri sağlamaya çalışın.
Gebelik öncesi ve gebelik döneminde mevcut ruhsal sorunlar için profesyonel yardım almayı deneyin.
Gebelik öncesinde sigara-alkol-madde kullanımını sonlandırın, gerekirse alanda uzman kuruluşlardan yardım alın.
Gerekli durumlar dışında sezaryen doğum yerine vajinal doğumu tercih edin.

Bölüm Özeti

Gebelik ve doğum süreci bebeğin sağlıklı büyüme ve gelişimi açısından kritik öneme sahiptir. Bu dönemin hangi bireysel ve çevresel koşulların etkisi altında şekillendiği, bu koşulların anne ve bebeğin sağlığı üzerinde ne tür risklerle ilişkili olduğu ve bu riskli durumlara yönelik hangi önlemlerin alınacağı koruyucu ruh sağlığı özelinde tanıtılmıştır. Bu dönemde, gebeliğin planlı olup olmaması, eşlerin arasındaki ilişkinin kalitesi, ebeveynlerin sosyal, ekonomik ve eğitim durumları, geniş aile desteklerinin olup olmaması, ebeveynlerdeki psikopatoloji, doğum öncesi bakım hizmeti alma durumu, beslenme durumu, bağımlılık yapıcı maddelerin kullanılması, doğumun şekli gibi birçok faktör bebek, çocuk ve hatta erişkinlik dönemindeki bedensel ve ruhsal sağlığa etki etmektedir. Risk içeren durumlar tek başlarına ya da birikim halinde ruhsal problemlerin ve davranışsal sorunların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Bu riskli durumların ruh sağlığı ve çocuk gelişimi alanında çalışanlar tarafından yeterli ve kapsamlı derecede bilinmesi, hem genel nüfusta hem de dezavantajlı gruplar özelinde koruyucu olacaktır.

Kaynakça

Arslan, İ. ve Mete, S. (2005). Beklenmeyen Gebelikler. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 8, 94-99.

Atar, S., ve Yalım, Y. (2018). Fetüs ve Gebe Hakları Bağlamında Anne Adayı ve/veya Aileden Kaynaklanan Nedenlerle Fetüsün Zarara Uğrama Durumu Fetal Harm Due to Maternal and/or Familial Reasons in the Context of Fetal and Maternal Rights. Türkiye Biyoetik Dergisi, 5, 73-85.

Bailey, B.A., Daugherty, R.A. (2007). Intimate partner violence during pregnancy: Incidence and associated health behaviors in a rural population. *Maternal and Child Health Journal*, 11,495-503.

Baysal A. (2007). Beslenme. Hatiboğlu Yayınları, s426-429.

Bertan, M. ve Güler, Ç. (1997). Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Ankara: Güneş Kitabevi.

Biaggi, A., Conroy, S., Pawlby, S., Pariante C.M. (2016). Identifying the Women at Risk of Antenatal Anxiety and Depression: A Systematic Review. *Journal of Affective Disorders*, 191, 62-77.

Boden, J.M., Fergusson, D.M., Horwood, L.J. (2010). Risk factors for conduct disorder and oppositional/defiant disorder: evidence from a New Zealand birth cohort. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49, 1125-1133.

Bull-Larsen, S., ve Mohajeri, M.H. (2019). The potential influence of the bacterial microbiome on the development and progression of ADHD. *Nutrients*, 11, 2805.

Canella, B.L. (2005). Maternal-fetal attachment: an integrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 50, 60-68.

Centers for Disease Control and Prevention. Fetal Alcohol Spectrum Disorders. (2020). Erişim adresi. <https://www.cdc.gov/ncbddd/fasd/data.html>

Curran, E.A., O'Neill, S.M., Cryan, J.F., Kenny, L.C., Dinan, T.G., Khashan, A.S., Kearney, P.M. (2015). Research review: Birth by caesarean section and development of autism spectrum disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56, 500-508.

Çalık, K.Y., Aktaş, S. (2011). Gebelikte Depresyon: Sıklık, Risk Faktörleri ve Tedavisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3, 142-162.

Davis, E.P., Glynn, L.M., Schetter, C.D., Hobel, C., Chicz-Demet, A., Sandman, C.A. (2007). Prenatal exposure to maternal depression and cortisol influences infant temperament. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 737-746.

Deoni, S.C., Adams, S.H., Li, X., Badger, T.M., Pivik, R.T., Glasier, C.M., ... & Ou, X. (2019). Cesarean delivery impacts infant brain development. *American Journal of Neuroradiology*, 40, 169-177.

Dickerson, P.A., Lally, B.E., Gunnell, E., Birkle, D.L., Salm, A.K (2005). Early emergence of increased fearful behavior in prenatally stressed rats. *Physiology and Behavior*, 86, 586-593.

Diego, M.A., Field, T., Hernandez-Reif, M., Schanberg, S., Kuhn, C., Gonzalez-Quintero, V (2009). Prenatal depression restricts fetal growth. *Early Human Development*, 85,65-67.

Eggleston, E., Tsui, A.O, Kotelchuck, M. (2001).Unintended Pregnancy and Low Birthweight in Ecuador.American Journal of Public Health, 91, 808-10.

Ercan, E.S. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu. Nörogelişimsel Bozukluklar. Mukaddes N.M. ve Ercan E.S. Nobel Tıp Kitabevleri, s53. İstanbul 2018.

Falconer, A.D., ve Poyser, L.M. (1986). Fetal sympatho-adrenal mediated metabolic responses to parturition. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 93, 747-753.

Faisal-Cury, A., Rossi Menezes, P. (2007). Prevalence of anxiety and depression during pregnancy in a private setting sample..Archives of Women's Mental Health, 10,25-32.

Gebelerde demir destek programı uygulaması yönergesi 2007/6. Sayı: B100AÇS0120000/010.06.01.122. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. Erişim adresi: <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/a%C3%A7sap22.pdf>

Henshaw, S.K. (1998).Unintended pregnancy in the United States. *Family Planning Perspectives*,30, 29-46.

Hobbs, A.J., Mannion, C.A., McDonald, S.W., Brockway, M., Tough, S.C. (2016). The impact of caesarean section on breastfeeding initiation, duration and difficulties in the first four months postpartum. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16, 90.

Hooper, S.B., Harding, R. (1995). Fetal lung liquid: a major determinant of the growth and functional development of the fetal lung. *Clinical and Experimental Pharmacology and Physiology*. 22, 235-247.

İzci, F., ve Bilici, R. (2015). Gebelerde Madde Kullanımı: Görülme Sıklığı ve Etkileri. *Bağımlılık Dergisi*, 16,26-34.

Karabekiroğlu K. (2007). Antenatal dönemde steroidlerin fetal beyin üzerine etkileri ve psikiyatrik sonuçlar. *Yeni Symposium*, 45, 99-106.

Köksal, G., ve Gökmen, H. (2000). Çocuk Hastalıklarında Beslenme Tedavisi. Hatiboğlu Yayınları, s67-83.

Küçükçaya, B., Süt, H.K., Öz, S., Sarıkaya, N.A (2020). Gebelik Döneminde Çiftler Arası Uyum ve Prenatal Bağlanma Arasındaki İlişki. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11, 102-110.

Lukowski, A.F., Koss, M., Burden, M.J., Jonides, J., Nelson, C.A., Kaciroti, N., ... ve Lozoff, B. (2010). Iron deficiency in infancy and neurocognitive functioning at 19 years: evidence of long-term deficits in executive function and recognition memory. *Nutritional neuroscience*, 13, 54-70.

Magee, S.R., Bublitz, M.H., Orazine, C., Brush, B., Salisbury, A., Niaura, R., Stroud, L.R. (2014). The relationship between maternal-fetal attachment and cigarette smoking over pregnancy. *Maternal and child health journal*, 18, 1017-1022.

Martin, S,L, Mackie, L., Kupper, L.L., Buescher, P.A., Moracco, K.E. (2001).Physical abuse of women before, during, and after pregnancy. *JAMA* 285, 1581-1584.

Massey, S.H., Bublitz, M H., Magee, S.R., Salisbury, A., Niaura, R.S., Wakschlag, L.S., Stroud, L.R. (2015). Maternal-fetal attachment differentiates patterns of prenatal smoking and exposure. *Addictive Behaviors*, 45, 51-56.

- McDowell, M., Cain, M.A., Brumley, J. (2019). Excessive Gestational Weight Gain. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 64, 46-54.
- Milner, A.D., Saunders, R.A., Hopkin, I.E. (1978). Effects of delivery by caesarean section on lung mechanics and lung volume in the human neonate. *Archives of Disease in Childhood*. 53, 545–548.
- Moos, M.K. (2003). Unintended pregnancies: A call for nursing action. *The American Journal of Maternal/Child Nursing*. 28, 24-30.
- Mukaddes N.M. Otizm Spektrum Bozuklukları. Nörogelişimsel Bozukluklar. Mukaddes N.M. ve Ercan E.S. Nobel Tıp Kitabevleri, s326-329. İstanbul 2018.
- Musiol, I.M., ve Feldman, D. (1997). 1, 25-dihydroxyvitamin D3 induction of nerve growth factor in L929 mouse fibroblasts: effect of vitamin D receptor regulation and potency of vitamin D3 analogs. *Endocrinology*, 138, 12-18.
- Muzik, M., Marcus, S.M., Heringhausen, J.E., Flynn, H.A. (2009). When depression complicates child bearing: guidelines for screening and treatment during antenatal and postpartum obstetric care. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 36, 771-788.
- Neu, J., ve Rushing, J. (2011). Cesarean versus vaginal delivery: long-term infant outcomes and the hygiene hypothesis. *Clinics in perinatology*, 38, 321-331.
- Oelberg, D.G. (2006). Consultation With the Specialist: Prenatal Growth: The Sum of Maternal, Placental, and Fetal Contributions. *Journal of Pediatrics Review*, 27, 224-229.
- Orr, S.T., Miller, C.A., James, S.A., Babones, S. (2000). Unintended pregnancy and preterm birth. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 14, 309-313.
- Özkaya, O., ve Köse, S.A. (2013). Gebelikte Sigara ve Alkol Kullanımı. *Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik-Özel Konular*, 6, 57-62.
- Pet, M.A., ve Brouwer-Brolsma, E.M. (2016). The impact of maternal vitamin D status on offspring brain development and function: a systematic review. *Advances in Nutrition*, 7, 665-678.
- Polidano, C., Zhu, A., Bornstein, J.C. (2017). The relation between cesarean birth and child cognitive development. *Scientific Reports*, 7, 1-10.
- Prior, E., Santhakumaran, S., Gale, C., Philipps, L.H., Modi, N., Hyde, M.J. (2012). Breastfeeding after cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis of world literature. *American Journal of Clinical Nutrition*, 95, 1113–1135.
- Robson, S.J., Vally, H., Abdel-Latif, M.E., Yu, M., Westrupp, E. (2015). Childhood health and developmental outcomes after cesarean birth in an Australian Cohort. *Pediatrics*, 136, e1285–e1293.
- Rortveit, G., Daltveit, A.K., Hannestad, Y.S., Hunskaar, S. (2003). Urinary incontinence after vaginal delivery or cesarean section. *New England Journal of Medicine*, 348, 900–907.
- Rowe-Murray, H.J., Fisher, J.R. (2001). Operative intervention in delivery is associated with compromised early mother-infant interaction. *British journal of obstetrics and gynaecology*, 108, 1068-1075.
- Ruisch, I.H., Dietrich, A., Glennon, J.C., Buitelaar, J.K., Hoekstra, P.J. (2018). Maternal substance use during pregnancy and offspring conduct problems: A meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 84, 325-336.
- Sharon, G., Sampson, T.R., Geschwind, D.H., Mazmanian, S.K. (2016). The central nervous system and the gut microbiome. *Cell*, 167, 915-932.
- Türkbay, T. Beyin Gelişimi ve Gelişimsel Nöroanatomi. Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı. Çetin F.Ç. (Editör). s27. Ankara 2008.
- Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi. (2014). (Syf. 1-13-17-21). Erişim adresi https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/Kadin_ve_Ureme_Sagligi_Db/dokumanlar/rehbler/dogum_onesi_bakim_08-01-2019_1.pdf
- Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Gebelik ve Sigara (2008). Erişim adresi: https://havanikoru.saglik.gov.tr/dosya/dokumanlar/sagligimiza_etkileri/Gebelik_ve_Sigara.pdf
- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. (2018). Faaliyet Raporu. Erişim adresi http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA2018_ana_Rapor.pdf
- United Nations International Children's Emergency Fund, Antenatal Care. (2019). Erişim adresi <https://data.unicef.org/topic/maternal-health/antenatal-care/>
- Wakschlag, L.S., Lahey, B.B., Loeber, R., Green, S.M., Gordon, R.A., Leventhal, B.L. (1997). Maternal smoking during pregnancy and the risk of conduct disorder in boys. *Archives of general psychiatry*, 54, 670-676.
- Weinstock, M. (2001). Alterations induced by gestational stress in brain morphology and behaviour of the offspring. *Progress in Neurobiology*, 65, 427-451.
- World Health Organization (2020). Vitamin D supplementation during pregnancy. Erişim adresi : https://www.who.int/elena/titles/vitamin_d_supp_pregnancy/en/
- Zhou, H., Ding, Y., Yang, Y., Zou, S., Qu, X., Wang, A., ... & Wang, Y. (2019). Effects on developmental outcomes after cesarean birth versus vaginal birth in Chinese children aged 1–59 months: a cross-sectional community-based survey. *PeerJ - the Journal of Life and Environmental Sciences*, 7, e7902.

Ünite Soruları

1. Aşağıdakilerden hangisi doğum öncesi dönemde bebek için koruyucu ruh sağlığı açısından önemlidir?

- A) Gebeliğin beklenen/istenilen bir gebelik olması
- B) Ebeveynde psikopatoloji olması
- C) Ebeveynin çocuğun cinsiyetiyle ilgili hayal kırıklığı yaşamaması
- D) Anne-baba arasında anlaşmazlık ve çatışma olması
- E) Hepsi

2. Aşağıdakilerden hangisi gebelik öncesinde veya sürecinde yapılması gereken bir koruyucu ruh sağlığı önlemi/uygulamasıdır?

- A) Annenin sağlıklı ve dengeli beslenmesi
- B) Düzenli bir doğum öncesi bakım uygulanması
- C) Folik asit takviyesinin gebelikten önce başlanması
- D) Ebeveyndeki psikiyatrik sorunların tedavi edilmesi
- E) Hepsi

3. Doğum öncesi dönemde bebeğin büyüme ve gelişimi açısından hangisi doğru değildir?

- A) Beyin gelişiminin çevresel etkilere en açık olduğu dönemdir
- B) Annenin ruhsal durumundan etkilenir
- C) Anne-bebek arasındaki duygusal bağ bu dönemde başlar
- D) Beyin gelişimi açısından gebeliğin son aylarına kadar önemli bir gelişme olmaz
- E) Bebeğin gelişimi genetik ve çevresel faktörlerden etkilenir

4. Beklenmeyen gebeliklerle ilgili hangisi doğru değildir?

- A) Beklenmeyen gebelikler anne ve bebek açısından olumsuz sonuçlarla ilişkilidir
- B) Beklenmeyen gebelikle ilişkili riskler uygun müdahalelerle giderilebilir
- C) Başlangıçta beklenen bir gebelik sonraki aylarda beklenmeyen bir gebeliğe dönüşebilir
- D) Ülkemizde beklenmeyen gebelik oranları gelişmiş ülkelere göre daha düşüktür
- E) Beklenmeyen gebelikler her zaman beklenmeyen gebelik olarak sonuçlanır

5. Gebelikte sigara-alkol-madde kullanımıyla ilgili hangisi doğru değildir?

- A) Sigara kullanımı çocukta ileriki yıllarda davranım bozukluğu riskini ciddi olarak artırır.
- B) Az miktarda ve kontrollü şekilde sigara-alkol kullanmanın sakıncası yoktur.
- C) Gelişmiş ülkelerde fetal alkol sendromu genetik olmayan zihinsel yetersizliğin en önemli sebebidir.
- D) Sigara ve alkol kullanımı bebekte kalıcı bedensel ve ruhsal sorunlara yol açabilir
- E) Gebelikte sigara-alkol-madde kullanımı çocuk ihmal ve istismarı olarak görülebilir

6. Aşağıdakilerden hangisi gebelikte sigara-alkol kullanımının sonuçlarında olması beklenmez?

- A) Zihinsel yetersizlik
- B) Erken doğum
- C) Gelişme gerilikleri
- D) Şişman bebek
- E) Davranış problemleri

7. Aşağıdakilerden hangisi ülkemizde gebelerde rutin olarak uygulanan doğum öncesi bakımın bileşenlerinden değildir?

- A) Gebenin kilosunu takip etmek
- B) Bebeğin büyüme ve gelişimini takip etmek
- C) Gebelik diyabeti açısından takip etmek
- D) Annedeki psikiyatrik sorunları tedavi etmek

E) Anne-bebek bağlanmasını, gebelik uyumunu takip etmek

8. Doğum şekliyle ilgili hangi ifade doğru değildir?

A) Normal (vajinal) doğum bebeğin akciğer gelişimi ve solunum refleksi açısından önemlidir

B) Normal doğum ruhsal dayanıklılığın gelişmesinde önemli olabilir

C) Ülkemizde sezaryen doğumlardaki artış büyük ölçüde tıbbi sebeplere bağlıdır

D) Normal doğum anne-bebek bağlanması açısından önemlidir

E) Sezaryen doğumun tercih edilmesinde doğum korkusu ve doktorların yönlendirmesi önemli sebeplerdir

9. Sezaryen doğumla ilgili aşağıdaki ifadelerin hangisi doğrudur?

A) Sezaryen doğum, cerrahi bir girişim olarak bir takım risklerle ilişkilidir

B) Sezaryen doğum, gerekli durumlarda anne ve bebek için hayat kurtarıcı olabilir

C) Sezaryen doğum sonrası bebeğin barsaklarında doğum kanalındaki mikroplardan ziyade annenin cildi ve hastane ortamındaki mikroplar daha baskındır

D) Sezaryen doğum sonrası annenin toparlanması ve bebeğini emzirmesi daha güç olmaktadır

E) Hepsi

10. 4 yaşındaki oğlunda bir takım davranışsal ve gelişimsel sorunlar için size başvuran bir annenin 3 aylık hamile olduğunu öğrendiniz. Çocuk gelişimi uzmanı olarak aşağıdakilerden hangisi bu olguda ve annede yapmanız gerekenlerden birisi değildir?

A) Önceki ve şimdiki gebelikte sigara-alkol-madde kullanımı öyküsünü sormak

B) Çocuğa gelişimsel testler uygulamak

C) Anneye çocukla ilgili baş etme becerileri konusunda destek olmak

D) Davranışsal sorunlara yönelik ilaç tedavisi önermek

E) Şimdiki gebelikle ilgili doğum öncesi bakımların yapılıp yapılmadığını sormak

CEVAP ANAHTARI

1. e 2. e 3. d 4. e 5. b 6. d 7. d 8. c 9. e 10. e

3. BEBEKLİK DÖNEMİNDE KORUYUCU RUH SAĞLIĞI VE DAYANIKLILIK



Giriş

Bundan önceki bölümde, gebelik döneminde bebeğin sağlığı üzerinde etkili olan risk faktörleriyle koruyucu faktörlerden bahsedilmiş ve bu dönemde uygulanabilecek koruyucu ruh sağlığı uygulamaları tanıtılmıştı. Bu bölümde ise, bebeklik ve süt çocukluğu dönemine etki eden riskli ve koruyucu durumlar “bağlanma” merkeze alınarak tartışılacak, bağlanmanın çocukluk, ergenlik ve erişkinlik dönemine olan yansımaları koruyucu ruh sağlığı özelinde anlatılacaktır.

Bebegin doğum öncesi dönemde çevreyle başlayan ilk tanışıklığı, doğumla birlikte insanlarla kurulan daha güçlü ilişkiler ve bağlar halini alır. Bu bağın merkezinde, yenidoğanın en temel ihtiyaçlarını karşılayan kişi olarak bakım verenler –sıklıkla ebeveynler- yer alır. Bebekler ebeveynleriyle kurdukları ilişki bağlamında büyür, gelişir ve öğrenir; bakım verenleriyle kurduğu ilişkinin niteliği üzerinden kendini tanımaya ve tanımlamaya başlarlar. Erken dönemde bakım verenlerle kurulan bu ilişkinin etkileri sadece bebeklik dönemiyle sınırlı kalmaz, hayatın geri kalanında dünyayı anlamlandırmanın ve diğer insanlarla kurulacak ilişkilerin de temelini oluşturur. Bu sebeple koruyucu ruh sağlığı hizmetleri, insan hayatının ne şekilde gelişeceğinin ilk adımlarının atıldığı böylesine kritik bir dönemde bebek ve bakım veren arasındaki bağlanmayı merkezine alır. Bu bölümde esas olarak bebeklik ve süt çocukluğu dönemlerini kapsayan 0-2 yaş döneminde bebek ve bakım veren arasındaki bağlanma ve bu bağlanmanın bebeğin gelişimine olan etkileri tartışılacaktır.

3.1. Bağlanmanın Tanımı ve Önemi

İnsan yavrusu diğer canlılardan farklı olarak, çevreye karşı daha savunmasız ve dayanıksız bir halde dünyaya gelir. Temel ihtiyaçlarının bir başkası tarafından yeterli şekilde ve sürede karşılanması ile hayatta kalabilir ve yaşamının devamını sürdürebilir. Bebekler bu ihtiyaçları için herhangi bir kimseye değil, özellikle ebeveynlerine ve kendisine bakım veren kişilere yönelmeye hazır halde doğarlar. Bu durum hayatın erken dönemlerinde bebek ve bakım verenleri arasında temel fiziksel ve duygusal ihtiyaçların karşılandığı ilk ilişkilerin oluşmasını sağlar. Bebekler bakım verenleriyle kurdukları ilişki bağlamında büyür ve gelişirler. Bu yakın ilişkinin kalitesi yenidoğanın hayatta kalmasına yardımcı olmanın yanında onun duygu ve davranışlarıyla sosyal gelişimini de şekillendirir. Hayatın tümü için kritik öneme sahip bu dönemi uzun yıllardır inceleyen araştırmacılar ve sosyal bilimciler *bağlanma* kavramını ortaya atmışlardır (İşeri ve Bodur, 2016).

İlk olarak Bowlby tarafından kullanılan ‘bağlanma’, kişinin kendisi için önemli gördüğü bir başkasına (bağlanma figürü) karşı geliştirdiği güçlü bir duygusal bağ olarak tanımlanmıştır (Bowlby, 1982). Bu kavram, bebeklerle bakım verenleri arasında kurulan, duygusal olarak olumlu ve yardım edici olan, tutarlılığı ve sürekliliği bulunan, kalıcı bir duygusal bir ilişkinin varlığını ifade eder. Yenidoğanın fiziksel, duygusal ve sosyal ihtiyaçlarını karşılamak için sıklıkla başvurduğu bakım veren kişi anne olmaktadır. Bağlanma ihtiyacı ile bebek, zamanın büyük bir kısmını anneye geçirmek ve anneye olan yakınlığını korumak ister; herhangi bir stres ve korku oluşturan durum karşısında ilk olarak anneyi aramaya başlar, bu sayede kendini tehlikelerden korumayı hedefler, annenin varlığını ve sıcaklığını hissetmesiyle beraber rahatlar ve yatıştır.

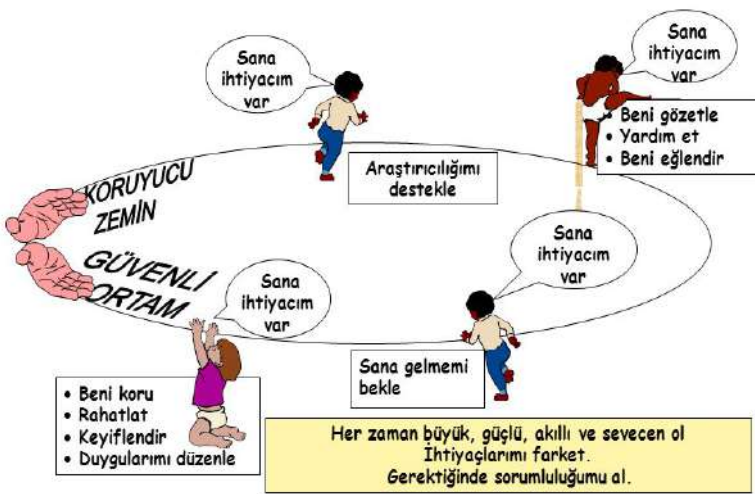
Bağlanma, biyolojik temelleri olan ve anneye bebek arasında karşılıklı olarak kurulan bir süreçtir. Bu süreç, doğum öncesi dönemden başlar, bebeklik ve erken çocukluk döneminde de devam eder. Bağlanmanın anne ve bebek arasında oluşmaya başladığı bu süreçte, annenin bebeğin ihtiyaçlarına uygun bağlanma davranışları sergilemesi beklenirken, benzer şekilde bebeğin de annesinden aldığı karşılıklara uygun yanıtlar

vermesi gerekir. Gebeliğin yirmi altıncı haftasında bebeğin algılama, tepki ve yakalama yeteneği ile annenin duygularına yanıt verdiği bilinmektedir (Bloom, 1995; Kaplan, Sadock ve Grebb, 1994). Buna karşılık olarak, bebeğinden gelen hareketlerin farkında olan ve bebeğin tepkilerini takip eden bir anne, bu tepkilere uygun cevaplar geliştirebilir, bebeğiyle konuşabilir, onunla temasta bulunabilir.

Gebelik döneminde temelleri atılan bağlanma, doğumdan sonraki dönemde de iki yönlü olarak gelişmeye devam eder; annenin bebeğe bağlanmasının düzeyi, bebeğin anneye olan bağlanmasını etkiler. Bu ilişkide hem anne hem de bebek bağlanmanın kurulabilmesini kolaylaştıran beğeniler, tercihler, fiziksel özellikler ve davranış eğilimleri ile donatılmışlardır. Bebekteki açlık, yabancılaşma hissi, hastalık, sıkıntı, tehlike ve korku gibi içsel ya da çevresel uyaranlar ağlama ile kendini gösteren bağlanma sistemini harekete geçirir. Bebekten gelen bu sinyallerin anne tarafından doğru şekilde fark edilmesi, bebeğin fiziksel, duygusal ve sosyal ihtiyaçlarının sıcak ve uygun bir şekilde karşılanmasına zemin hazırlar, bu şekilde ihtiyaçları karşılanan bebek, kendini güvenli bir çevrede hissetmeye başlar. Benzer şekilde bebeğinden gelen sinyallere uygun cevaplar veren ve bebeğini yatıştırıp rahatlatılabildiğini fark eden bir annede de annelik becerilerinin yeterliliğine dair olumlu duygular gelişir, anneliğe dair uygun davranışlar pekişmiş olur. Tekrarlayan olumlu anne-bebek ilişkisinin sonucu ise güven ve duygusal sıcaklık duygusudur. Bu ilişkinin düzenli ve tutarlı bir şekilde sürdürülmesi, ilerleyen bölümlerde anlatılacak olan anne ve bebek arasındaki “güvenli bağlanmanın” temelini oluşturur.

Anne ve bebek arasındaki erken sosyal ve duygusal etkileşim, bireyin hayat boyu diğer insanlarla ilişki kurma biçimini de şekillendirir. Bowlby, bu süreçte annenin çocuğa verdiği tepkiler sayesinde, çocuğun anneye ve kendisine ilişkin oluşturduğu zihinsel örneklerin ömür boyu değişmez olduğunu ve tüm dönemlerde kişilerarası ilişkilerin niteliğini belirlediğini öne sürer (Bowlby, 1969/1982; Orta ve Sümer 2016). Anne, bebeğinin sinyallerine duyarlı olup uygun şekilde yanıt verdiğinde, bebek tarafından “güvenli öteki” olarak algılanır, böylelikle çocuk, ileriki dönemlerde başka insanlara da güvenebilmeyi öğrenir. Benzer şekilde isteklerinin ve ihtiyaçlarının ilgili bir anne tarafından tutarlı ve yeterli bir biçimde karşılanıyor olması, çocuğun kendisiyle ilgili “değerli ben” algısının gelişmesine yardımcı olur. Annesinden “ben buradayım, seni duyuyorum, ihtiyaçlarını anlıyorum, seni önemsiyorum” mesajlarını alan, anlaşıldığını ve kabul edildiğini hisseden çocuğun değerli olma ve güvende hissetme duygusu desteklenmiş olacaktır.

Bowlby, bu gözlemleri sonucunda insan hayatı için bağlanmanın üç temel işlevi olduğunu ileri sürer: fiziksel gereksinimleri karşılama, dünyayı keşfederken geri dönebilecek güvenli bir liman olma ve hayata dair bir güvenlik duygusu geliştirebilme yetisi (Tüzün ve Sayar, 2006). Ancak, bu süreç sekteye uğradığında, yani annenin bebeğinin sinyallerini yeterli ve tutarlı bir biçimde yanıtlamadığı durumlarda ya da sürekliliğin kaybolduğu, dönem dönem kesintiye uğrayan bağlanma ilişkileri sonucunda, bebeğin annesiyle güvenli bir bağ geliştiremeyeceğini öne sürer. Bu durumun sonucu olarak, çocukta tutarsız ve değersiz bir öz-benlik algısı oluşacağını, öz-benlikteki zedelenmenin de çocukluk ve erişkinlik dönemindeki psikopatolojilerle ilişkili olabileceğini savunur (Tüzün ve Sayar, 2006). Gerçekten de, bu teori ve gözlemlerle uyumlu biçimde, psikolojik destek almak amacıyla ilgili merkezlere başvuran çocuk, ergen veya yetişkin bireylerin önemli bir kısmında hayatın erken dönemlerine ilişkin yetersiz ve tutarsız ilişkiler ve bakım verenle olan bağlanmada ciddi zedelenme tariflendiği bilinmektedir. Bu sonuçlardan ileriki bölümlerde ayrıntılı olarak bahsedilecektir.



Şekil 1. Bebeğin ihtiyaçlarının bakım veren tarafından fark edilmesi ve uygun şekilde karşılanması, bebeğin zihninde güvenli yetişkinler ve koruyucu bir çevre imajını şekillendirir.

3.2. Bağlanma Süreçleri

Anne ve bebek arasındaki bağlanma, düzenli ve tutarlı bir ilişki süreci sonunda oluşur. Bu süreç normal gelişim gösteren tüm bebeklerde belli bir sırayla ve örüntüyle gerçekleşir, belli dönemlerde bebeğin sergilediği bağlanma davranışları benzerlik gösterir. Esas olarak 0-2 yaş dönemini kapsayan bu dönem anne ve bebek arasındaki bağlanmanın gerçekleştiği “kritik dönem” olarak adlandırılır. Yani, bakım verenle sıcaklık ve güvene dayalı bir bağlanma ancak ve ancak 0-2 yaş dönemindeki olumlu ve tutarlı ebeveyn davranışlarıyla kazanılabilir. Bu dönemdeki ciddi bir ihmal ya da patolojik bakım öyküsünün ilerleyen yaşlarda bütünüyle telafi edilemeyeceği anlamına gelir. Bu dönemin sağlıklı bir şekilde tamamlanması anne ve bebek arasında sağlam bir bağ kurulmasıyla sonuçlanırken, süreç içerisindeki sapma ve aksaklıklar hayatın tümünü etkileyen psikopatolojilerin temelini oluşturabilmektedir. Bağlanma süreci dört aşamadan oluşmaktadır:

Birinci aşama: Doğumdan önce başlayıp doğumdan sonraki 6. haftaya kadar olan dönem birinci aşamayı oluşturur. Bağlanma öncesi dönem olarak da adlandırılan bu dönemde bebek, annenin yakınında olmasından rahatlık duyar ve onu yanında tutmaya çalışır. Bu sebeple, baş döndürme, emme, yutma, parmak emme, yakalama, beslenme saatlerini sezinleyip hazırlanma gibi içsel uyarılarla anneyi harekete geçirmeye çabalar. Anne, bu sayede bebeğinin kendisine ihtiyaç duyduğunu anlar ve bebeğin isteklerini karşılamak için bebeğe yönelir. Bebek bu dönemin sonlarına doğru annenin sesini ve kokusunu diğerlerinden ayırt etmeye başlasa da henüz anneye seçici bir bağlanma gerçekleşmemiştir, çevresindeki diğer kişilere de yönelme davranışı gösterir, kişileri ayırt edebilme yetisi yoktur ya da çok kısıtlıdır. Bu dönemde bebekler sese tepki olarak otomatik bir şekilde gülümseyebilir ya da ses çıkarabilir, bu da bakım verenleri onlarla etkileşime girmeye teşvik eder. Bu etkileşim bebeklerin zihinsel, duygusal ve sosyal gelişimlerine yardımcı olur ve daha sonra gelişecek olan taklit becerisinin oluşmasını sağlar (Koçkar, 2018; Lamb ve Lewis, 2005).

İkinci aşama: 6. haftadan 6-8. aya kadar olan dönem ikinci aşamayı oluşturur. Bağlanmanın izleri ilk olarak bu dönemde belirmeye başlar. Bu dönemde bebek anneye gülümser, anneye uzun süreli göz teması kurar, anneye diğer insanlara göre daha fazla ses çıkartır ve anneyi yabancılarından ayırt etmeye başlar. Hareketlerinin çevresindekilerin davranışlarını etkilediğini öğrenir, ağlama, gülme gibi belli hareketler sergilediğinde diğer insanların bunlara uygun tepkiler verdiğini kavrar. Annenin, sinyal verildiğinde cevap veren ve verecek olan “güvenilir biri” olduğuna dair algısı gelişir. Bu dönemde seçici bağlanma henüz tam olarak gerçekleşmemiştir, bebek anneden ayrıldığında üzüntü, ağlama, korku gibi tepkiler vermemektedir (Koçkar, 2018; Lamb ve Lewis, 2005).

Üçüncü aşama: 6-8. ay ile 18. ay arasındaki dönem üçüncü aşamayı oluşturur. Bu dönemde bağlanma tama yakın şekilde gözlenebilir. Bu dönemde çocuk çevresiyle ilişkilerini anlamlandırmaya başlar. Bağlanma davranışı yakınlık arayışı ile kendini gösterir ve küçük çocuklarda bağlanılan kişilerden ayrılma ile belirginleşir. Çocuk, annenin yokluğunda gerginlik ve huzursuzluk, varlığında ise rahatlık duygusu hisseder. Anne, çocuğun rahatlaması ve kendini güvende hissetmesi için ‘güvence üssü’ işlevi görür. Çocuk anneye yakın olduğu ortamda kendini güvende hisseder, böylelikle anneden ayrılıp çevreyi araştırmaya ve anneden ayrı bir birey olarak özerklik kazanmaya başlar (Koçkar, 2018; Lamb ve Lewis, 2005).

Dördüncü Aşama: Bağlanmanın tam olarak biçimlenmesi 18 ila 24. aylar arasındaki dönemde gerçekleşir. Bu dönemde anneden ayrılmayla görülen huzursuzluk azalır, çocuk annesiyle kısa süreli ayrılık dönemleri yaşasa da, annesinin eninde sonunda geri döneceğini bilir. Bu sayede çocuk için belirsizlikler azalır, anneye olan ilişkisi rutine ve güvene dayalı, istikrarlı bir hal alır. Dil becerileri ve bilişsel fonksiyonların da gelişimi ile çocuk artık annesinin davranışlarını etkileyen durumların bir kısmını anlayabilir, annenin tepkilerini önceden kestirebilir. Annesinin isteklerinin ve tepkilerinin farkında olan çocuk, davranışlarını anneden gelen sinyallere göre ayarlamayı öğrenir. Çocuk bu tutarlı ilişkinin sonucu olarak ihtiyaçları halinde anneye yönelirken, anneden ayrı bir birey olarak istekleri doğrultusunda hareket edebilir, çevreyi keşfedebilir, diğer insanlarla sosyal ilişki kurmaya başlayabilir (Koçkar, 2018; Lamb ve Lewis, 2005).

Bu aşamalardan da anlaşılacağı üzere, bağlanma anne ve bebek arasında süreğenlik gösteren çift yönlü bir uyumu gerektirir. Bebek göz teması kurma, gülümseme, ses çıkarma, kucağa alınmak isteme gibi bağlanma davranışları sergileyerek anneye iletişim halinde olmaya çalışır. Anne de bebeğin bu davranışlarına uygun karşılıklar vererek bebeğin anlaşıldığını yönelik sinyali ona iletir. Bu ilişkinin tekrarlayıcı örüntüler halinde olmasıyla anne- bebek arasında sağlam bir bağ inşa edilmiş olur.

3.3. Bağlanma Çeşitleri

Anne ve bebekler arasındaki bağlanma ilişkisi uzun yıllardır birçok araştırmacının ilgi odağı haline gelmiştir. Bu araştırmacılardan biri olan Ainsworth, Ugandalı anneler ve bebekler üzerinde yaptığı “Yabancı Durum Testi” adını verdiği çalışması ile bebeklerin farklı durumlara verdiği tepkileri değerlendirmiştir. Bu çalışmada 12-18 aylık bebeklerin; anneleri, yabancılar ve çevreleriyle olan etkileşimlerini incelemiş, bebeklerin tepkilerine göre anneleriyle olan bağlanmalarındaki bireysel farklılıkları belirlemeyi amaçlamıştır (Erol, 2018).

Bu testte, üçer dakikalık sekiz aşama halinde, bebeğin yeni girdiği bir ortamdayken, tek başınayken, annesi odadayken, yabancı birisi ile odada yalnızken ve anne odaya geri geldiğinde nasıl davrandığı, anneden ayrılmaya ve anneye yeniden bir araya gelmeye ne tür tepkiler verdiği gözlemlenmiştir. Bu çalışma sonucunda; “güvenli”, “güvensiz/kararsız” ve “güvensiz/kaçınan” şeklinde üç tip bağlanma örüntüsü tanımlanmıştır. Güvenli bağlanma gösteren çocukların annelerinden ayrılmayla normal sayılabilecek bir huzursuzluk yaşadıkları, annenin geri dönmesiyle sevinçli

bir karşılama içine girdikleri ve rahatladıkları gözlemlenmiştir. Güvensiz/kararsız bağlanması olan çocukların anneleri odadan çıkarken aşırı derecede üzüldüğü, anneleri geri döndüğünde ise anneye karşı öfkeli ve reddedici davrandıkları gözlemlenmiştir. Güvensiz/kaçıngan bağlanan çocukların ise, ayrılma anında sakin ve neredeyse tepkisizken, yeniden buluşma anında anneye karşı soğuk ve reddedici davrandığı gözlemlenmiştir (Karakaş ve Şahin Dağlı, 2019).

Tablo 1. Yabancı Durum Testi

	Olay	Gözlenen Davranış
1	Anne ve bebek odaya girer	
2	Bebek etraftaki oyuncaklarla ilgilenirken anne sessiz bir biçimde oturur.	Bebek etrafı keşfederken anneyi güvence üssü olarak kullanması.
3	Yabancı odaya girer ve sırasıyla anne ve bebekle etkileşime girer.	Bebeğin odadaki yeni yetişkine tepkisi
4	Anne odadan ayrılır. Yabancı, bebekle etkileşime girmeyi dener.	Bebeğin ayrılmaya tepkisi
5	Anne odaya tekrar girer ve çocuğu rahatlatır. Yabancı odadan ayrılır.	Bebeğin birleşmeye tepkisi
6	Anne odadan tekrar ayrılır. Bebek odada tek başına kalır.	Bebeğin ayrılmaya tepkisi
7	Yabancı odaya girer ve bebeği rahatlatmaya çalışır	Bebeğin bir yabancı tarafından yatıştırılabiliyor olması/olmaması
8	Anne tekrar odaya girer.	Bebeğin birleşmeye tepkisi

Bu deneyden ve deneyi izleyen farklı çalışmalardan sonra anneler ve bebekler arasındaki bağlanma biçimleri ayrıntı olarak incelenmiş ve kavramsallaştırılmıştır. Bu gruplamaya göre bağlanma biçimleri güvenli ve güvensiz bağlanma olarak ikiye ayrılır, güvensiz bağlanma da kendi içinde anksiyöz/kararsız, kaçıngan ve dezorganize/dezoryante bağlanma olarak üçe ayrılır.

Şekil 2. Bağlanma biçimleri



Güvenli bağlanma, anne ve bebek arasında karşılıklı sıcaklık ve güven duygusunun hakim olduğu bağlanma biçimidir. Toplumun yaklaşık %55'inde güvenli bağlanma örüntüsü görülür (Klohn ve John, 1998). Güvenli bağlanmada çocuklar yaşadıkları zorluk, endişe ve stresli durumlar karşısında “rahatlatıcı ve yatıştırıcı” olarak görülen anneye yönelir; anneler de çocuğun ihtiyaç ve sinyallerine duyarlı olup bu sinyallere sıcak, olumlu, doğru ve yeterli cevaplar verirler. Anneler ihtiyacı gidermeye hazır güvenli bir üs olarak algılanır, çocuk istediği zaman annesine ulaşabileceğini, annesinin kendi isteklerini karşılamak için hazır bulunacağını bilir, annenin varlığında çevresini aktif bir şekilde keşfetme konusunda istekli olur. Böylelikle kendisini, istekleri karşılanmaya değecek kadar “değerli ve önemli” biri, anneyi isteklerini ve ihtiyaçlarını karşılayan “sıcak ve güvenilir” biri, dış çevreyi de tehlikelere karşı yeterli derecede “korunaklı ve güvenli” bir yer olarak algılamaya başlar. Çocuğun zihninde erken dönemlerden itibaren şekillenen bu olumlu kendilik ve dış dünya algısı, hayatının bütünündeki ilişkilerinde ve düşüncelerinde de kalıcı etkiler bırakır. Bu çocukların ilerleyen dönemlerde yaşadıkları zorluklarla uygun şekilde baş eden daha “dayanıklı” bireyler oldukları, insanlarla güvene dayalı ilişkiler kurabildikleri, sosyal ilişkilere daha rahat girebildikleri, yakın oldukları kişilere duygularını rahatlıkla paylaştıkları bilinmektedir.

Anksiyöz/kararsız bağlanma, annelerin çocuklarıyla olan ilişkilerinde belirgin tutarsızlıkların görüldüğü bağlanma türüdür. Anneler kendi duygu düzenlemelerini sağladıkları “normal” durumlarda çocuklarına sıcak bir karşılık verirken, kendilerini stres altında hissettikleri durumlarda soğuk ve tepkisiz bir tutum içerisinde olurlar. Bu tutarsız davranışlar neticesinde çocukların zihninde anneleriyle ilgili belirsiz bir imaj oluşur, annelerin tepki ve davranışlarını önceden kestirmek zorlaşır. Çocuk, yaşamış olduğu bu belirsizlik sebebiyle çevresini keşfetmek için annesinden ayrılmakta zorlanır, annesini sürekli yanında ister ve “anneye yapışan” bir birey olarak gözlemlenir. Endişe ve stres altında anneye bağımlı bir şekilde hareket

eden çocuk, normal zamanlarda ise annenin ilgisini ve kendine yakınlaşma çabalarını reddeder. Anne odadan çıktığında gereğinden fazla endişelenir, ancak anne odaya geri döndüğünde karmaşık duygular yaşar, bazen anneyi görmezden gelebilir ya da kucağa alındığında anneye öfkelenir. Bu durum diğer insanlarla olan iletişimlerinde de kendini gösterir, yabancılarla etkileşimde bulunmak konusunda kararsız ve tutarsız davranışlar gösterir, zayıf akran etkileşimi gösterirler. Anksiyöz/kararsız bağlanmanın sıklığı çalışmalarda yaklaşık %15 ila 20 olarak bildirilmektedir (Mickelson vd., 1997).

Kaçınan bağlanma, çocukların oldukça bağımsız bir tutum içerisinde olduğu bağlanma türüdür. Bu tür bağlanmaya sahip çocuklar, yabancı ortamda annelerinden kolayca ayrılırlar ve anneyi güven üssü olarak tanımazlar. Anneleri odadan çıktığında rahatsızlık göstermezler ve anne geri döndüğünde onu karşılama ihtiyacı duymazlar. Anneler odaya döndüklerinde çocuklarını kucaklarına almak istediklerinde, çocuk anneye karşı reddedici bir tutum sergiler, anneye yakınlaşma içine girmekten kaçınır. Kaçınan bağlanan çocuklara, birincil bakım veren kişinin duyarsız, reddedici ve engelleyici bir tutum gösterdiği; bu sebeple çocukların güvensiz ve bağımsız davranışlar sergilediği, sıklıkla endişeli ağlamalarının olduğu ve anneleri tarafından rahatlatılmadığı bilinmektedir. Bir diğer değişle, çocuğun anneden kaçınmasının, ebeveynin araya mesafe koyma isteği sebebiyle çocuk tarafından geliştirildiği düşünülmektedir (Sayar ve Bağlan, 2015). Kaçınan bağlanma gösteren çocukların geliştirdiği bu savunmacı davranışlar çocukların kişiliklerinde kalıcı bir tutum haline gelebilir, bu çocuklar erişkin hayatlarında insanlara güvenmekte zorlanan, insanlardan yardım istemekten uzak duran, mesafeli, yüzeysel ilişkiler kuran ve "açık vermek istemeyen" kişiler haline gelebilir.

Dezorganize/dezoryante bağlanma, çocuklarda tutarsız ve tuhaf davranışların görüldüğü bağlanma biçimidir. Bu çocuklar, anneleri yanlarında olmadığında ne yapacaklarını şaşırması bir şekilde, nelerden korunmaları gerektiğini ve nereye sığınacaklarını bilmez bir halde korku yaşarlar. Anneleriyle yakınlık kurmak istediklerinde bunu aniden vurmak gibi tuhaf yollarla gösterirler. Bu tip bağlanmaya sahip çocuklar, sıklıkla bakım veren kişi ile çok problemli bir ilişki yaşamışlardır, çoğunlukla kaotik ve travmatik çocukluk deneyimleri vardır. Bu sebeple zaman zaman onları korkutan ve inciten ebeveynlerine nasıl yaklaşacaklarını, onlara güvenip güvenemeyeceklerini kestiremezler. Bu ilişkide sevgi ve korku birbirine karışır, çocuğun ebeveyniyle ilişki kurmak için tutarlı ve düzenli bir yöntemi yoktur (Sayar ve Bağlan, 2015).

Özetle, çocuğa bakım veren birincil kişinin/ebeveynin tutumu, bakım veren ve çocuk arasındaki bağın çeşidini belirler. Çocuk, hayatında ilk olarak tanıdığı ve ilişki kurduğu kişi/kişiler üzerinden diğer insanları tanımaya ve anlamaya başlar. Çocuğun bu ilk ilişkilerinde zihninde oluşan imajlar, hayatının tümünde diğer insanlarla kuracağı ilişkilerde bir şablon vazifesi görür ve bireyin diğer ilişkilerine de yön verir. Bu nedenle ebeveyn ile çocuk arasında güvene dayalı koruyucu bir ilişkinin tesisi hayatın her döneminde sağlıklı ilişkiler geliştirmesi açısından oldukça önemlidir.

Bağlanma bozukluğu tanısı çocuk psikiyatrisi kliniklerinde giderek artan sıklıkta konulan tanılar arasındadır. Doğru tanı ve uygun müdahale bu çocuklarda çok önemlidir.

3.4. Bağlanmayı Etkileyen Faktörler

Bağlanmayı etkileyen durumlar, bebeğin anne karnındaki yolculuğu ile etkisini göstermeye başlar ve bu etki doğum sonrası dönemde de artarak devam eder. Bu süreç genetik ve çevresel birçok etki ile şekillenir. Doğumdan önceki dönemde gebeliğin planlı olması, ailenin yüksek sosyo-ekonomik düzeyi, annenin sağlıklı beslenme düzeni, doğum öncesi bakım hizmetlerinin yeterli şekilde alınması, bebeğin ultrasound (tıpta kullanılan bir görüntüleme yöntemi) ile görülmesi, anne karnındaki hareketlerinin fark edilmesi gibi durumların güvenli bağlanmanın kurulmasında etkili olduğu; gebelik depresyonu, kusma, aşırı yorgunluk gibi hoş olmayan gebelik deneyimlerinin ise bağlanmayı olumsuz yönde etkilediği bildirilmiştir (Lerum ve LoBiondo-Wood, 1989; Lindgren, 2001; Lumley, 1982). Bu durumlara ek olarak, ebeveynlerin ebeveynlik rollerine duygusal açıdan hazır olmaması, psikiyatrik rahatsızlıklarının bulunması, bunlara yönelik tedavi arayışlarının olmaması, annenin sigara-alkol-madde kullanıyor olması gibi durumların da gebelik öncesi dönemden itibaren anne-bebek ilişkisinde ciddi yaralanmalara sebep olacağı öngörülmektedir.

Doğumdan sonraki dönem açısından bakıldığında ise, ilk birkaç günlük sürenin oldukça önemli olduğu bilinmektedir. Bağlanmanın somut adımlarının atıldığı ilk günlerde anneye bebeğin fiziksel temasının sağlanması, bebeğin yeterli süre emzirilmesi, anneye bebeğin sıcaklığa dayalı etkileşimlerde bulunması, anne-bebek arasındaki bağlanmanın sağlam temeller üzerine kurulmasında önemlidir (Gander ve Gardiner, 2001). Anneden gelen tutumların ve davranışların yanında, bebeğin kendisinden kaynaklanan bir takım özellikler de bağlanma üzerinde etkilidir, sağlıklı bir bağlanmanın kurulmasına bebeğin sergilediği bir takım davranışlar da yardımcı olur. Bebeğin, emme, ağlama, ses çıkarma, göz teması, gülümseme gibi bağlanma davranışları ebeveynleriyle iletişim kurmak için kullandığı başlıca kanallardır. Bu tepkilerin bebek tarafından yeterli derecede veriliyor olması ebeveynlerde de annelik-babalık davranışlarının doğal yollarla oluşmasına zemin hazırlar. Bağlanma davranışlarının bebek tarafından yeterince gösterilememesi durumunda ise ebeveynlerin tepkileri olumsuz etkilenebilir, bebeğinden ses çıkarma, gülümseme, göz teması gibi geri dönüşleri yeterince alamayan ebeveynlerin de bir süre sonra bebekleriyle sosyal ilişki kurmaya daha az istekli oldukları gözlenmektedir, bu durumun bağlanma üzerine olumsuz etkilerinin olabileceği düşünülmektedir (Lewis vd., 1984).

Bebeğin mizaç özelliklerinin de bağlanmada etkili olduğu bilinmektedir. İlk aylarında beklenenden fazla ağlayan ve kucağa alınmaya daha az yanıt veren zor mizaçlı bebeklerde göz teması ve gülümsemenin beklenen zamana göre geciktiği, bunun sonucunda üçüncü ayın sonunda annelerin bu bebekleri reddedici davranışlar sergilediği gözlemlenmektedir (Robinson ve Moss, 1970). Ainsworth ve arkadaşları da araştırmalarında, annelerin bebeklerin ağlamalarına yeterli karşılığı veremediği zamanlarda, bebeklerin daha çok ağladığını belirtmiş, bunun sonucunda annelerin aşırı ağlamaya tepkisiz kaldığını ya da kendisinin başarısız olduğunu düşünerek yatıştırırmayı bıraktığını ve bir kısır döngü ile bebeğin buna yanıt olarak daha fazla ağladığını gözlemlemiştir (Salter Ainsworth vd., 2015).

Bağlanmayı etkileyen önemli bir diğer etmen de anne-babaların kendi anne-babaları ile olan bağlanma ilişkileridir. Bağlanmaya yönelik davranışlarda, kişinin kendi ailesinden öğrenerek getirdiği tutumların etkisi önemli olmaktadır. Anne-babaların çocuklarıyla kurdukları ilişkide kendi ebeveynlerinden görerek öğrendikleri davranış kalıplarının, sevgi cümleleri, disiplin kuralları, sözlü ve sözsüz tutumların etkili olduğu bilinmektedir. Bu durum değişmez ve genel geçer bir kural olmamakla birlikte, ebeveynlik becerilerinin anne-babadan gelen genetik özellikler ve onlardan görerek öğrenilen tutumlarla ilişkili olduğu söylenebilir. Buna paralel olarak birçok çalışma, ebeveynleriyle güvenli bağlanma örüntüsü geliştiren anne-babaların kendi çocuklarıyla kurdukları bağlanma biçiminin de güvenli bağlama olduğunu bildirilmektedir (Karakaş ve Şahin Dağlı, 2019).

Bağlanmanın şekillenmesinde anne ve babanın arasındaki ilişkinin niteliği de önemlidir. Ebeveynlerin, evlilikleri boyunca yaşadıkları sorunların – ekonomik zorluklar, geniş aileyle yaşanan çatışmalar, fiziksel ve duygusal istismar, boşanma veya ölüm gibi travmatik yaşantıların olduğu aile ortamı- ebeveynlerin çocuklarıyla kurdukları ilişkiye de yansıdığı, bu durumun güvenli bağlanmayı olumsuz etkileyebileceği bilinmektedir. Bu tür zorluklar, ebeveynlerin çocuklarına karşı tutarlı ve sürekliliği olan davranışlarda bulunmasını önlemekte, çocuğun kendisini güvenli bir ortam içerisinde hissetmesine engel olmaktadır (Belsky ve Rovine, 1988). Aile içindeki ruhsal gerilimli ortamların, yukarıda tanımlanan güvensiz bağlanma modellerinin oluşumuna zemin hazırladığı görülmektedir.

Bağlanma davranışları, ailenin yaşadığı toplumsal ve kültürel ortamdan da etkilenir. Doğu ve batı kültürlerindeki duyarlı ebeveynlik davranışlarının farklılık gösterdiği, sevgiyi ifade etme şekli ve çocuğun isteklerini karşılama biçimlerinin farklı kültürlerde değişik yollarla ifade edildiği bilinmektedir. Doğu ülkeleri gibi daha sıcak insani ilişkilerin ve fiziksel temasın olduğu kültürlerde, duyarlı annelerin en temel özelliği çocuklarının örtük ve sözel olmayan işaretlerini kolaylıkla anlayabilmesi iken, batı ülkelerinde bu özellik, annelerin tepki vermeden önce çocuktan gelecek işaret ve sinyalleri beklemesi olarak gözlemlenmiştir. Diğer bir ifadeyle, doğu kültürlerinde duyarlı anneler, çocuklarının ihtiyaçlarını dile getirmelerini beklemeden bu işaretleri tahmin eder ve bunlara uygun karşılıklar verirler. Batılı kültürlerde ise duyarlı anneler karşılık vermeden önce çocukların ihtiyaçlarını açık bir şekilde belirtmelerini beklerler (Rothbaum, Nagaoka, ve Ponte, 2006; Rothbaum vd., 2000). Kültürün bağlanma üzerindeki bir başka etkisi de annelerin çalışma durumlarıyla ilişkili olmaktadır. Annelerin uzun saatler çalıştığı, bu sebeple çocukların bakıcılar tarafından büyütülmesi kültürünün hakim olduğu toplumlarda bebeklerin gün içinde farklı bakım verenler tarafından büyütülmesinin tek bir kişi ile kurulması gereken sağlıklı ve güvenli ilişkiyi sekteye uğratacağı, bu durumun güvenli bağlanmayı olumsuz etkileyeceği bilinmektedir (Sagi, 1994). Bu konu 7. bölümde daha ayrıntılı olarak tartışılacaktır.

Tablo 2. Bağlanmanın oluşmasını etkileyebilecek faktörler

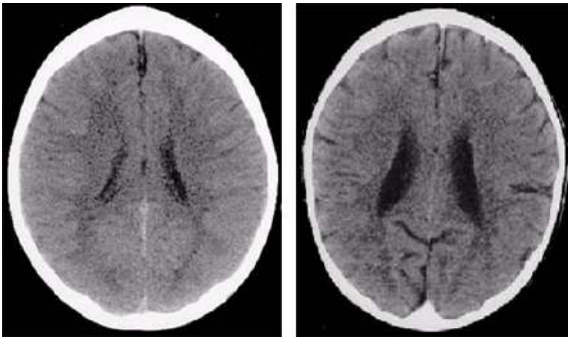
Çocuğa ait özellikler	Aile sistemi	Sosyo-kültürel çevre
Cinsiyet	Ebeveynlik rollerinin benimsenmesi	Kültürel değerler
Genetik aktarım	Anne-babanın çocukluk öyküleri, kendi ebeveynleriyle bağlanma örüntüleri	Tarihsel yapı (sosyal çevre, barış-savaş, ekonomi)
Mizaç özellikleri	Sosyo-ekonomik düzey	Etnik köken
Motor ve bilişsel etkinlikler	Anne-babanın eğitim düzeyi	Komşuluk ve mahalle kültürü
Fiziksel hastalıklar ve anormallikler	Anne-babanın sağlık durumu	Cinsiyet rolleri
Nörolojik işlevler	Anne-baba arasındaki ilişki	Toplumsal eğitim düzeyi
	Aile büyüklerinin desteği	İşsizlik oranları

Gebelik dönemi ve hatta daha da öncesinde, anne babaların kendi ebeveynleriyle kurduğu ilişki ile başlayan bağlanma süreci, çocuk, aile ve sosyo-kültürel çevrenin getirdiği pek çok etkiyle şekillenir. Bu etkilerin olumsuz olması halinde, anneye çocuk ve çocukla diğer insanlar arasındaki ilişkide kalıcı hasarlar oluşabilir. Bu sebeple, bağlanmayı olumsuz etkileyebilecek her türlü durumun mümkün olduğunca erken dönemde fark edilmesi ve bu durumlara yönelik erken müdahalelerde bulunulması, kişinin hem ebeveynleriyle hem de sonraki nesillerle daha sağlıklı ve güvenli bir ilişki geliştirmesini sağlar. Bu anlamda gebelik öncesi dönem ve gebelik döneminden başlanarak koruyucu ruh sağlığı alanında kapsamlı ve bütüncül bir yaklaşımla hizmet veren daha fazla sayıda eğitimci ve sağlık çalışanına ihtiyaç vardır.

3.5. Bağlanmanın Nörobiyolojisi

Bağlanma bebek ve bakım veren arasındaki birtakım karmaşık süreçlerin işbirliğiyle gerçekleşir. Dişi bir bireyin annelik davranışları yaratılışın erken dönemlerinde, doğumla birlikte başlar ve ergenlik dönemi sonrasındaki doğurganlık döneminde artarak devam eder. Annelik davranışlarındaki bu gelişim, beyin esnekliği ve değişebilme kapasitesi sayesinde gerçekleşir. İnsan ve hayvanlarda bu davranışların gelişimi, genetik, çevresel ve hormonal faktörlerin etkisi altında şekillenir (Karakaş ve Şahin Dağlı, 2019). Genetik olarak annelik tutumlarıyla donatılmış olarak yaratılan dişi birey, bebeklik ve çocukluk döneminde kendi annesinden gördüğü ilk annelik davranışlarını öğrenir, sonraları çevredeki bebeklerle karşılaşır ve bebeklerin uyarıcı davranışları ile bebeğe bakım verme davranışları gelişir, gebelik sırasında ve doğum sonrasında ise değişen hormonal etkilerle annelik davranışları iyice pekişmiş olur. Doğumdan sonraki dönemde de anneye bebek arasında emzirme, gülümseme, dokunma ve bakım verme gibi etkileşimler sırasında vazopressin ve oksitosin hormonlarının salınımıyla annede ebeveynlik duygusu ve bakım verme davranışları iyice yerleşmiş olur. Bütün bu genetik, çevresel ve hormonal değişimler annenin bebeğe, bebeğin de anneye bağlanmasını ve annenin bebeğe uygun şekilde bakım vermesini sağlamaya aracılık eder. Bu etkileşimler sırasında salınan hormonlar ayrıca, annenin ödül sistemini de harekete geçirir, bu sayede anne bebeğine bakım verir, onu rahatlatır ve yatıştırırken bunlardan keyif, mutluluk ve tatmin elde eder. Bebek için başlangıçta bağlanma figürü herhangi bir kişiye, annedeki hormonal değişimler sayesinde anneye bebek arasında karşılıklı haz artışı olur, hem anne hem de bebekte stres sistemlerinin çalışması yavaşlar ve bebek seçici bir biçimde kendini rahatlatacak kişi olarak anneye yönelir. Anne fizyolojisindeki tüm bu değişimler annelik davranışlarını geliştirerek anneye yavrusu arasındaki güvenli bağlanmayı sağlamaya hizmet eder (Kinsley ve Lambert, 2008; Leckman, Herman; 2002).

Annede tüm bu değişimler meydana gelirken, anneden aldığı uyarılar sayesinde bebeğin beyinde de bir takım değişimler meydana gelir. Hayatın erken döneminden itibaren sinir hücreleri, çevreden süregelen biçimde gelen ses, görüntü, koku, dokunma gibi uyaranlarla birbirine bağlanmaya başlar ve sinir hücreleri arasında işlevsel bağlantılar kurulur. Kurulan bu sinirsel bağlantılar çocuğun anne-babası ve çevresiyle olan etkileşimi arttıkça güçlenir ve kalıcı hale gelir. Doğumdan üç yaşına kadarki süreçte beyin hacminin erişkin beyninin %80'ine ulaştığı göz önüne alındığında, erken sinirsel bağlantıların çocuğun hayatı boyunca fiziksel ve zihinsel iyilik halini ne ölçüde etkileyeceği daha net anlaşılabilir (Gillmore, 2007; Nowakowski, 2006). Daha sonraki kısımlarda da tartışılacağı gibi, erken yaşlarda bakım evlerinde kalan ve ağır ihmale uğrayan çocuklarda güvenli bağlanmayla ilgili süreçler sekteye uğramakta, bu durumun beyindeki karşılığı olarak, sinir hücrelerinin gelişiminde ve iletişimde bozulmalar görülebilmektedir. Bu tür çocukların beyin görüntülemelerinde beyindeki işlevsel bazı alanların hacim olarak küçüldüğü, beyin boşluksal yapılarının hacimce büyüdüğü gösterilmiştir. Benzer şekilde, bebekliklerinde annelerinden ayrı kalan memeli hayvanların, beyinlerindeki hafıza ve mantıksal becerilerle ilişkili bölümlerin yapı ve fonksiyon olarak normalden farklılaştığı bilinmektedir (Perry 2010; Herman, 2007).



Şekil 2. Üç yaşındaki iki çocuğun beyin görüntülerinin karşılaştırılması (Perry, 2010).

Soldaki resim normal beyin; sağdaki bağlanma bozukluğu gelişen bir çocuğun beyni. Beyin boşluklarının normalden geniş olduğuna dikkat ediniz.

3.6. Bağlanma ve Oyun

Oyun, belli bir amaca yönelik olan ya da olmayan, kurallı ya da kuralsız gerçekleştirilebilen fakat her durumda çocuğun isteyerek ve hoşlanarak yer aldığı, fiziksel, bilişsel, dil, duygusal ve sosyal gelişimin temeli olan, gerçek yaşamın bir parçası ve etkin bir öğrenme süreci olarak tanımlanır (Kargı, 2007). Büyümeyi kolaylaştıran en önemli araçlardan biri olarak oyun, çocuğun hayal gücünü, yetkinliğini, fiziksel, bilişsel ve duygusal

gelişimini destekler (Berham ve Slotnik, 2006). Çocuklar iç dünyasını oyun sayesinde dışa vurabilir; erişkinlerin iletişimi sözel aktarımlarla olurken, çocukların iletişimi oyun yoluyla olur (Landreth, 2002).

Oyunun çocuk özelinde birçok yararı olmasının yanında, özellikle erken dönemde ebeveynlerle çocuk arasındaki duygusal bağı güçlendirmede de yadsınılamaz bir yeri bulunur. Ebeveynlerle çocuğu birleştiren potansiyel bir alan olarak oyun, anne-babalara çocuklarıyla tanışma, kaynaşma ve bağlanma fırsatı sunar. Bowlby'e göre sıcak, samimi, süreğen bir ilişki bağlamında ebeveyn ile olan karşılıklı eğlenceli sosyal etkileşimler -ki bu oyundur- olumlu bağlanma ilişkisi gelişiminde en önemli araçlardan biridir. Özellikle ebeveynlerle çocuk ilişkisinin kalitesi karşılıklı olarak keyifli bir şekilde oyun oynayabilmeleri ile yakından ilişkilidir. Oyun oynayarak birlikte geçirdikleri vakitler sayesinde anne-babalar dünyayı çocuklarının gözünden görme fırsatı yakalar, çocuklarıyla daha etkili bir iletişim kurabilirler. Sözel ifadeleri kısıtlı olan çocuklar oyun yoluyla içsel deneyimlerini, kendi bakış açılarını, korkularını, kırgınlıklarını ifade eder, ebeveynler de çocuğun duygu, düşünce ve isteklerini daha iyi anlarlar. Bu sebeple oyun, ebeveynlerle çocukları arasında güvenli bağlanmanın sağlanabilmesinin en önemli araçlarından biridir. Bebeklik döneminde ebeveynleriyle birlikte oyun oynayan çocukların çevrelerini belirgin bir ilgi ve merakla keşfettiği, ebeveynleriyle işbirliği içinde olmaya açık oldukları, kuralları öğrenmeye daha istekli oldukları, hayal gücüne dayalı, zengin ve özgür temalı oyunlar geliştirmeye yatkın oldukları bilinmektedir.

Bebeklerde ve çocuklarda oyunun yapısı ve oluşumu belli bir sırayla gerçekleşir. 0-1 yaş arası dönemde oyun, keşif ve öğrenme ile motor ve sosyal becerilerin gelişmesine hizmet eder. Bebeklerin ilk oyunları diğer insanlarla yüz yüze olan sosyal oyunlardır. Özellikle anne ile olan etkileşimleri sırasında (bebeğin çıkardığı seslere karşılık verme, ce-ee oyunu, bebeği kucağa alarak oynanan oyunlar vb.) bebek, zamanla anneyi yabancılardan ayırt etmeyi, duygu ifadelerini ve kendi duygularının annede ne şekilde karşılık bulacağını öğrenir. Ayrıca bu dönemde oyuncağı ve diğer nesneleri ağzına götürme, emme, düşürme, fırlatma, döndürme gibi oyunlarla hareket ve motor becerileri de gelişir. 1-2 yaşına kadarki dönemde ise oyunlar daha fonksiyonel bir hal almaya başlar, ebeveynler nesnelerle çocuğa neler yapabileceklerini öğretir. Dikkat ve taklit becerilerinin gelişmesiyle de çocuk, nesnelerin özelliklerini anlar, nesneleri de içeren ortak oyunlar başlar, çocuk karşındakini kendi başlattığı oyuna katabilir. Bilişsel becerilerin ve hayal gücünün gelişmesiyle de bu dönemde sembolik oyunlar başlar, çocuk bir nesneyi başka bir nesnenin yerine kullanabilir, basit evcilik oyunları ile -mış gibi oyunlar denilen kurmaca oyunları oynayabilir.

Sonuç olarak oyun, ebeveynlerle çocukları arasında sıcaklık ve güvenle dayalı bir bağlanmanın oluşumuna hizmet ettiğinden, bebeklik ve erken çocukluk döneminde ebeveynlerle oynanan oyunlar, ruh sağlığı açısından da koruyucu olacaktır. Aşağıdaki tabloda 0-2 yaş dönemindeki oynanabilecek oyunlarla ilgili ebeveynlere yönelik öneriler sıralanmıştır.

Tablo 3. 0-2 Yaş Dönemini Oyunlarına İlişkin Ebeveynlere Yönelik Öneriler
Bebeğinizin ilk ve en eğlenceli oyuncağı ve oyun arkadaşının siz olduğunu unutmayın.
İlk aylarda bebeğinizin çıkardığı seslere siz de benzerleriyle karşılık verin, bu sayede bebeğiniz kendisini önemseniyor ve dinleniyor hissedecektir.
Bebeğinizle “bebekçe” konuşmayı deneyin, bebekler duygu içeren ifadelerle ince ses tonlarına daha fazla ilgi gösterirler.
Bebeğinizle göz teması kurmayı deneyin, bebeğinizin etrafta yöneldiği nesnelere sizin de ilgi duymanız göz temasını ve iletişiminizi kolaylaştıracaktır.
Bebeğinizi sık sık tekerlemeler ve şarkılar eşliğinde kucağınıza alın.
Bebeğinizle fiziksel temas halinde olacağınız gıdıklama, hoplatma gibi oyunları tercih edin.
Taklit becerilerinin gelişmesi amacıyla ce-ee, merhaba-güle güle oyunları oynayın.
Günlük ev işlerinizi yaptığınız esnada bebeğiniz/ çocuğunuzla da konuşmayı deneyin.
Çocuğunuzla geçireceğiniz oyun saatlerinin eğlenceli olmasına gayret gösterin.
Çocuğunuza alacağınız oyuncakların keyif verici, merak uyandırıcı, kasları çalıştırıcı, girişimciliği ve hayal gücünü arttırıcı olmasına dikkat edin.
Çocuğunuzu elektronik oyuncak ve aletlerden bu yaş döneminde uzak tutun.
Pahalı oyuncaklar yerine, evdeki basit malzemelerle birlikte hazırlayacağınız oyuncaklar türetin.
Oyuncak bebekleri uyutma, hayvanları besleme vb. hayali oyunları oynamasını teşvik edin.

3.7. Bağlanma ve Psikopatoloji

Bağlanmayla ilgili yapılan pek çok çalışmada, anne-babaların tekrarlayan davranış örüntülerinin çocukların zihin yapısını şekillendirdiği belirtilmektedir. Pek çok araştırmacı anne-çocuk ilişkisindeki sürekliliğin, bireyin sonraki yaşantısının temelini oluşturacağını, ebeveynlerle kurulan ilişkinin, hayatın ilerleyen dönemlerinde diğer insanlarla kurulacak ilişkilerin prototipini oluşturacağını, bu sebeple ebeveynlerle kurulacak ilişkinin niteliğinin çocukluk ve erişkinlik dönemindeki ruh sağlığında belirleyici rol oynayacağını ileri sürmektedir (Karakaş ve Dağlı, 2019; Gaffney, 1986). Bu alanda yapılan çalışmalarda güvenli bağlanma, dünyayı güvenli bir yer olarak algılama ve insanlarla güvene dayalı, sıcak ilişkiler kurabilme gibi sağlıklı süreçlerle ilişkilendirilmişken, güvensiz bağlanma biçimi daha sonraki yaşam dönemlerindeki pek çok psikopatolojinin belirleyicisi olarak düşünülmüştür. Anksiyete bozuklukları, depresyon, davranış bozuklukları, kişilik bozuklukları ve alkol-madde bağımlılığı gibi birçok psikiyatrik bozukluğun temelde güvensiz bağlanma biçimlerinin yol açtığı olumsuz sonuçlarla ilişkili olduğu bilinmektedir.

Güvensiz bağlanma gösteren çocuklarda, erken çocukluk döneminde uyku ve beslenme bozuklukları, büyüme ve gelişme geriliği, bilişsel ve motor aksamalar, duygu düzenlemesi ve davranış problemleri gibi birçok farklı alanla ilişkili bozukluk veya zorluklar görülebilmektedir. Özellikle ağır ihmal ve istismara maruz kalan çocuklarda yürüyüş ya da hareket bozuklukları, konuşma gecikmeleri, insanlara tepkisizlik, içe çekilme, beslenme bozuklukları ve kilo alamama gibi ciddi sonuçlarla karşılaşılabilir. Psikiyatrik tanılar açısından bakıldığında ise bu dönemde iki temel bozukluk olan tepkisel bağlanma bozukluğu ve sınırsız toplumsal katılım bozukluğundan bahsetmek gerekir. Her iki bozuklukta da temel problem, çocuğun bakım verenlerle seçici bağlanmasını engelleyecek derecede sağlıksız ve yetersiz bir bakıma ve ağır bir ihmale maruz kalmasıdır. Her iki bozukluk da, erken çocukluk döneminde devlet yurtları veya bakım evleri gibi ihmale açık ortamlarda büyüme öyküsü olan çocuklarda, ya da seçici bağlanmayı önleyecek şekilde sık bakıcı değiştiren, kötü muamele gören veya bakım verenlerce fiziksel ve duygusal gereksinimlerinin belirgin derecede eksik karşılandığı çocuklarda görülen ruhsal bozukluklardır.

Tepkisel bağlanma bozukluğu (TBB), çocuğun güvenli bağlanmasını engelleyen, bakıcılarda çoğul değişimler sonucu uygunsuz bakım esasına dayanan sosyal etkileşimdeki bozukluktur. Aile içi şiddet, fiziksel, duygusal, cinsel istismar, birincil bakım verecek kişilerin anne ya da baba olmaya hazır olmaması, özellikle annenin depresif duygu durumu TBB'nin nedenleri olarak görülür. TBB olan çocuklar çoğu toplumsal etkileşimi yaşlarına ve gelişim düzeylerine uygun bir biçimde başlatamazlar ya da toplumsal tepkilerinde sürekli bir yetersizlik içinde olurlar. Bu çocuklar bakım verenlerinden gelen azalmış ya da tutarsız yanıtlar sebebiyle, stres yaşadıkları durumlarda çok seyrek olarak rahatlatılma arayışında olurlar ve bakım verenlerden gelen rahatlatılma davranışlarına çok seyrek olarak olumlu tepki verirler; duygularını düzenleme ve başka insanlara duygularını göstermeyle ilişkili zorluklar yaşarlar, olumlu duygulanım içerisinde olmak ve insanlara sağlıklı etkileşimler kurmak onlar için zordur. Özellikle bakım verenlerine korkutucu olmayan etkileşimler sırasında bile açıklanamayan bir biçimde, çabuk kızma, üzülmeye ya da korkma tepkileri ile karşılık verirler. Bu tür çocuklarda seçilmiş bir bağlanma figürü olmadığından temel güven duygusu sağlıklı bir biçimde gelişemez. Yaşıtlarıyla, bakım veren ve arkadaşlarıyla sağlıklı ve güvene dayalı bir iletişim kuramadıklarından insanlarla ilişki kurmak yerine daha çok nesnelerle, oyuncaklarla ilgilenmeyi tercih ederler. Dışarıdan içine kapanık, çekingen ya da öfkeli görünürler, konuşulmak istendiğinde iletişime geçmeye direnç gösterirler. İnsanlara temas etmekten kaçınırlar, bazen dokunmaya korkma şeklinde tepkiler verirler, emekleme, koşma, tırmanma gibi motor becerilerde zayıflık ve gecikme gösterebilirler, kafasını, bedenini duvara vurma gibi kendilerine zarar verici davranışlarda bulunabilir, gelişimsel gecikme ve konuşmada zorluk yaşayabilirler.

Gelişimsel olarak 5 yaşından önce başlayan bu durum tedavi edilmediği takdirde çocukluk döneminde olduğu kadar ergenlik ve erişkinlik döneminde de önemli sorunları beraberinde getirir. Dünya ve insanlar hakkında geliştirdikleri olumsuz inanç sistemi sebebiyle bu bireyler belirsizliğe tahammülsüzlük, bozulmuş kişiler arası ilişkiler, düşük özgüven, düşük akademik başarı, davranış problemleri, dürtü kontrol bozuklukları, duygu durum bozuklukları gibi ciddi sonuçlarla karşılaşabilirler. Tepkisel bağlanma bozukluğunun mümkün olduğunca erken dönemde fark edilmesi ve çocukla bakım veren arasındaki ilişkinin kalitesinin düzeltilmesi tedavinin temelini oluşturur. Ebeveyn ve çocuk arasındaki mevcut bağlanma ilişkisinin geliştirilmesi, şefkate ve sürekliliğe dayalı bir ilişkinin kurulması, karşılıklılığı içerecek şekilde güvenli bağlanmanın artırılması, öfke ve ağlama atakları gibi olumsuz davranışların azaltılması, varsa ebeveyn psikopatolojisinin de sağaltımının yapılması hedeflenir.

Çocukluk yaş döneminde uygunsuz bakım öyküsü ve ağır ihmal sonucu oluşabilecek bir diğer psikiyatrik bozukluk, sınırsız toplumsal katılım bozukluğudur (STKB). Tepkisel bağlanma bozukluğunda olduğu gibi, STKB'da da çocuğun temel duygusal gereksinimlerinin sürekli göz ardı edilmesi, sevgi, ilgi ve duygusal yakınlık gösterilmemesi, sürekli olarak şiddetli ceza uygulamaları, birincil bakım verenin sık değişmesi, bakım verenlerle seçici ve güvenli bir bağlanmanın sağlanamayışı, çocuğa fiziksel ve ruhsal güvenin verilmeyişi gibi durumlar söz konusudur. Patolojik bakım öyküsünün sonucu olarak, bu çocuklar diğer insanlarla olan ilişkilerinde sosyal norm ve kurallara uymak konusunda zorluk gösterirler. Tanıdık

olmayan erişkinleri yabancılamak ya da yadırgamak yerine onlarla normalin dışında bir yakınlık göstererek iletişim kurarlar, yabancılarla uygun fiziksel sınırı koruyamaz, uygunsuz derecede yakın mesafeden iletişime geçmek isterler. Tanıdık olmayan erişkinlere yaklaşırken ve onlarla etkileşirken suskunluk göstermez ya da çok az suskunluk gösterirler, ileri derecede senli-benli davranışlar sergilerler. Sosyal davranışlarında ayırım gözetmedikleri için başkaları tarafından “yapışkan” ya da “fazla samimi” olarak tanımlanabilirler. Yabancı ortamlarda bile, tanıdığı kişilerden destek alma ya da onlara dönüp bakma gibi tutumları göstermezler. Tanıdık olmayan bir erişkinle çekip gitme konusunda, hiç duraksamadan ya da çok az duraksayarak isteklilik gösterirler, ebeveynin yanından ayrılırken huzursuzluk yaşamazlar. Bu çocuklar sürekli olarak yaşlarına uygun olmayan çocuksu davranışlar sergiledikleri için akranları tarafından da tuhaf olarak algılanırlar. TBB’de olduğu gibi STKB olan çocuklarda da bilişsel ve dil gecikmeleri, agresyon, zarar verici davranışlar, aşırı hareketlilik, azalmış dürtü kontrolü, empati yetersizliği gibi ileriki dönemleri de belirgin derecede etkileyebilecek duygusal ve davranışsal bozulmalar görülebilir (İşeri ve Bodur, 2016).

Nedeni her ne olursa olsun, bebek ve bakımvereni arasındaki bağlanmada yaşanan aksamalar ve sapmaların etkisi çocukluk dönemiyle sınırlı kalmaz, ergenlik ve erişkinlik döneminde de bu durumun sonuçları görülür. Her şeyden önce, ebeveynleriyle güvensiz bağlanma örüntüsü geliştiren bir anne-babanın, uygun müdahaleler yokluğunda kendi çocuklarıyla da büyük oranda güvensiz bağlanma üzerine bir ilişki kuracağı ve olumsuz deneyimleri nesiller boyu aktarabileceği bilinmektedir (Ahmadova ve Yazvuz, 2019). Güvenli olmayan bağlanma biçimlerinin ergenlerde ve erişkinlerde duygudurum bozukluğu, anksiyete bozukluğu, davranım bozukluğu ve antisosyal davranışlar, yeme bozukluğu, madde kullanım bozukluğu, kişilik patolojileri gibi hemen her psikiyatrik bozuklukta en önemli risk faktörlerden biri olduğu gerek klinik gözlemlerde, gerekse bu alanda yapılan çalışmalarda açık bir şekilde ortaya konmuştur (Kesebir, Kavzoğlu ve Üstündağ, 2011). Güvensiz bağlanmanın pek çok psikopatolojinin gelişimi ile ilişkili olduğu göz önüne alındığında, güvensiz bağlanmaya sebep olabilecek risk faktörlerinin azaltılması ya da ortadan kaldırılması koruyucu ruh sağlığının temel hedeflerden biri olmaktadır. Bu açıdan bireylerin çocuk sahibi olmayı planladıkları dönemde, gebelik döneminde ve çocuklarını yetiştirdikleri erken dönemlerde uygun şekilde desteklenmeleri sağlıklı nesiller yetişmesi açısından oldukça önemlidir (Kesebir, Kavzoğlu ve Üstündağ, 2011).

3.8. Bebeklik Döneminde Koruyucu Ruh Sağlığı Girişimleri

Hayatın ilk üç yılı bilişsel, sosyal ve duygusal gelişim açısından en kritik dönemlerden biri olarak kabul edilir. Bu dönemde çocuğun ebeveynleriyle kurduğu ilişkinin kalitesi, kişinin tüm yaşamı boyunca bilişsel, duygusal ve sosyal alanda etkilerini gösterir ve kişinin dünyayı algılayış biçimini şekillendirir. Bu dönemde yaşanacak olumsuzluklar ise bireyin sonraki hayatında geri dönülemez sonuçlar ve ağır kayıplarla ilişkili olabilir. Bu sebeple gebelik öncesi dönemden başlanarak hayatın ilk yıllarındaki mevcut zorlukları gidermeye yönelik erken dönem destek ve müdahale programları geliştirilmiştir. Bu programlarda anne, baba ve çocuk arasında güvenli bağlanmayı tesis ederek sağlıklı bireyler yetişmesini sağlamak amaçlanmış, bu sayede toplum sağlığı ve refahını da arttırmak hedeflenmiştir.

Gebelik öncesi dönem ve gebelik döneminde güvenli bağlanmayı arttırmaya yönelik müdahalelerden bir önceki bölümde bahsedilmişti. Bu bölümde ise doğumdan sonraki süreçler ve 0-2 yaş dönemine ait koruyucu sağlık uygulamaları ve erken müdahaleye yönelik önlemlerden bahsedilecektir.

Doğum sonrası dönemde, anne ve bebek arasındaki bağlanmayı kolaylaştıracak uygun bağlanma davranışlarının desteklenmesi koruyucu sağlık hizmetlerinin ilk ayağını oluşturur. Özellikle doğumdan sonraki erken dönemde anneye bebek arasında ten tene temasın sağlanması, bağlanma açısından oldukça önemlidir. Ten tene temas, annede oksitosin hormonunun salgılanmasında artışına yol açar. Oksitosin artışı annenin sosyal duyarlılığını arttırarak annelik davranışlarının gelişmesine ve bu sayede çocuğu ile uygun şekilde bağlanmasına destek olur (Çetinkaya ve Ertem; 2017). Ten tene temasın yanında, bebeğin yatıştırılması, uygun şekilde kucaklanması, adı veya cinsiyeti ile seslenilmesi, göz teması kurulması, bebekle konuşulması, bebeğin uygun şekilde emzirilmesi, emzirilemiyorsa da uygun beslenme yönteminin kullanılması güvenli bağlanmayı kolaylaştırır. Sağlıklı gelişim ve bağlanma açısından, annelerin bu hususlar açısından uygun şekilde desteklenmesi, bu beceri ve davranışların erken dönemde kazandırılması teşvik edilmelidir.

Genellikle ilk bakım veren kişiler anneler olmasına rağmen, bebekler ilk dönemlerden itibaren babalarıyla da güvene dayalı ve seçici bir bağlanma ilişkisi geliştirirler. Baba ile bebek arasındaki bağ, büyük oranda anne ile baba arasındaki ilişkinin biçiminden etkilenir. Anne ile baba arasındaki huzursuzluk, geçimsizlik, çatışma gibi ruhsal gerilimli durumlar, baba ile bebek arasındaki ilişkide de olumsuz duygulanıma yol açar. Eşler arası uyumun yanında, babanın mesleki memnuniyeti, ailenin sosyoekonomik düzeyi, babanın psikolojik iyilik hali ve bebek bakımına katılma derecesi gibi faktörler de bebekle olan bağ üzerinde etkilidir. Çocukların babalarıyla geliştirdikleri duygusal bağ, duygu ve davranış kalıpları, sosyal ilişkileri, psikolojik durumları ve akademik başarıları üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Babalar çocuklarıyla olan etkileşimlerinde annelerden farklı olarak, koşturma, yakalamaca, spor ve egzersiz gibi fiziksel oyunlara annelerden daha fazla zaman ayırır ve çocuğu daha yarışmacı, dayanıklı ve bağımsız olmaları açısından desteklerler. Ayrıca, anne ve babanın doğuştan gelen mizaç farklılıkları sebebiyle, anneler çocuklarının merhamet ve şefkat duygusu yönünden gelişimini daha fazla desteklerken, babalar da adalet, mücadele ve öz-güven duygularının gelişimine daha fazla katkı sağlıyor denilebilir. Babalar çocuklarıyla disipline dayalı sıcak ilişkiler kurarak çocukların bakım ve eğitimlerine katıldıklarında, çocukların ruhsal dayanıklılıklarının arttığı bilinmektedir. Özellikle erkek çocuklar için babalarıyla geçirdikleri vaktin önemi sağlıklı cinsiyet rollerinin gelişimi

açısından daha da büyük olmaktadır. Erkek çocukları babalarından görerek öğrendikleri beceri, tutum ve davranışlar sayesinde babaları ile özdeşim kurarak cinsiyetlerine uygun gelişim özellikleri edinebilirler. Çeşitli nedenlerle babanın çocuğuyla etkileşiminin azaldığı ya da aşırı katı bir disiplin ve ağır fiziksel cezalar gibi uygunsuz etkileşimlerinin olduğu durumlarda ise erkek çocuklarda baba ile sağlıklı bir özdeşim kurulamadığı, bu çocukların ilerleyen dönemlerde kendi cinsiyet özelliklerinden hoşnut olmadığı, diğer erkeklerle sağlıklı ilişkiler geliştiremediği ve bazı durumlarda akran zorbalığına maruz kaldığı görülebilmektedir. Bu sebeple hayatın erken döneminden itibaren baba ve çocuk etkileşiminin uygun ve yeterli biçimde sağlanması, hayatın tümünde duygusal ve davranışsal açısından koruyucu olacaktır.

Ebeveyn ile çocuk arasındaki güvenli bağlanmayı olumsuz etkileyebilecek bir takım risk faktörleri ve durumların varlığında ise erken dönem destek ve müdahale programları devreye girer. Bu programlar, bağlanmaya ilişkin olumsuzlukların bozukluk haline ilerlemesinin önüne geçilmesi, bağlanma bozukluğu geliştirse de buna yönelik tedavi programları planlanmasını amaçlar. Bu programlar Batı ülkelerinde yaygın olarak uygulanmakta olup, ülkemizde de son yıllarda daha yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır. Bu programlar geliştirilme amaçları ve hedefleri bakımında iki gruba ayrılır. (Kagıtcıbası, 2007; Kartal, 2007). Bunlardan birincisi, çocuğun yaşadığı çevreye ilişkin olumsuzluklara ve risk faktörlerine ilişkin düzenlemelerin hedef alındığı toplum-temelli müdahale programlarıdır. Ebeveyne yönelik eğitimler ve ev ziyaretleri yoluyla uygulanan bu programlarda, hedef kitlenin özellikleri ve ihtiyaçları göz önünde bulundurularak, çocuğun yaşadığı çevrenin geliştirilmesi ve zenginleştirilmesi amaçlanır. Bu programlar çocuk ve aileyi merkezine alarak güvenli bağlanmayı kesintiye uğratabilecek olumsuzlukları ortadan kaldırmayı amaçlarlar. Örneğin, düşük sosyoekonomik düzeye sahip ailelere okuma-yazma öğretilmesi, meslek edinimlerinin sağlanması, çocuk gelişimi hakkında bilgilendirilmesi, ebeveyn psikopatolojilerinin fark edilmesi, tedavi için gerekli merkezlere yönlendirilmesi ve ailenin sosyal destek imkânlarının artırılması gibi müdahalelerle aile merkezli bir yaklaşım ortaya konur. Çocuğa yönelik olarak da erken yaşlarda beslenme, barınma, sağlık ve eğitim ihtiyaçlarının uygun biçimde karşılanması hedeflenir, çocuğun fiziksel, bilişsel, sosyal ve duygusal gelişimine destek olmak amaçlanır. Aile ve çocuk merkezli yaklaşımın birlikte uygulanması birbirini etkileyerek hedeflenen amaca ulaşmayı doğrudan ya dolaylı olarak kolaylaştırır.

Erken dönem destek ve müdahale programlarının ikincisi ise bakım veren (çoğunlukla anne) ve çocuk arasındaki ilişkinin kalitesini artırmayı amaçlayan bağlanma-temelli müdahale programlarıdır. Bu programlar Bowlby'nin geliştirdiği Bağlanma Kuramını temel alarak geliştirilmiş ve annenin duyarlılığını arttırmak yoluyla çocukların gelişimlerini desteklemeyi amaçlamıştır. Bu programlarda, annelerin bağlanmaya ilişkin olumsuz zihinsel temsillerini ya da annelerin çocuk bakımıyla ilgili duyarlı davranışlarını değiştirmeye yönelik müdahaleler önerilmiştir. Bu programlarda eğitimler, ev ziyaretleri ya da video geri bildirimleriyle annelerin çocuğun ihtiyaçlarına uygun ve zamanında karşılık verebilmesi, çocuğuyla sağlıklı iletişim yollarını öğrenebilmesi ve olumlu ebeveynlik davranışlarının artırılabilmesi amaçlanmıştır. Bu programlar esas olarak uygun sosyal ve duygusal gelişim bakımından risk altında olan çocuklar (örn; gelişimsel bozukluğu ya da gecikmesi olan, beslenme bozukluğu olan, prematüre veya evlat edinilen çocuklar) ve/veya risk altında olan ebeveynleri (örn; erken yaşlarda çocuk sahibi olan, düşük sosyoekonomik düzeye sahip, depresif, kaygılı, madde kullanım bozukluğu olan) hedef almaktadır. Bu sayede güvenli bağlanmanın oluşmasına engel teşkil edebilecek çocuğa ve/veya aileye ait durumların önüne geçilebilmek amaçlanmaktadır.

Aşağıdaki tabloda sağlıklı ve dayanıklı nesiller yetiştirmek adına bebeklik ve süt çocukluğu döneminde ebeveynlere yönelik koruyucu ruh sağlığı önerileri sıralanmıştır.

Tablo 4. Bebeklik ve Erken Çocukluk Döneminde Koruyucu Ruh Sağlığı Önerileri
Doğumdan sonraki ilk günlerden itibaren bebeğinizi doğru şekilde ve yeterli süre emzirmeye özen gösterin. Sağlık çalışanlarından doğru emzirmeyle ilgili bilgileri edinin. Emzirme, bebeğinizle birbirinizi tanımanız ve birbirinize alışmanız açısından son derece işlevseldir.
Doğumdan önceki ve sonraki ilk dönemlerde bebek bakımıyla ilgili eğitim, kitap ve dergileri takip etmeye çalışın, bu konuda gerekirse büyüklerin tecrübelerinden yararlanın.
Özellikle doğumdan sonraki dönemlerde yeterli sosyal desteği almaya çalışın. Eşinizin gebelik hüznü ya da doğum sonrası depresyonu gibi durumları açısından uyanık olun. Gerekli durumlarda uzman yardımına başvurun.
Bebek bakımında eşinizle yardımlaşma ve uyum içinde olmaya özen gösterin.
Bebeğiniz huzursuzluk, ağlama gibi davranışlar gösterdiğinde, size ihtiyacı olduğunu hatırlayın ve onu teskin etmenin yollarını arayın.
Hem kendinizin hem de bebeğinizin gerekli tıbbi kontrollerini yaptırmaya özen gösterin.
Her fırsatta bebeğinizin yanında olduğunuzu ona hissettirin, bebeğinizle sık sık konuşun.
Bebeğinize sık sık ismiyle seslenin, size ilgi duymasının yollarını arayın.

Bebeğinizin/çocuğunuzun sizinle göz teması kurmasını sağlayın. Göz temasının olmadığı ya da kısıtlı olduğu durumlarda uzman yardımına başvurun.
Bebeğinizle/çocuğunuzla geçirdiğiniz vakitleri eğlenceli hale getirmeye çalışın, birlikte oynadığınız oyunlarda tablo 3'teki önerileri takip edebilirsiniz.
Bebeğinizin hayatındaki ilk öğretmen ve ilk kahramanın siz olduğunuzu unutmayın. Bebeğinizin kazanmasını istediğiniz davranışları evde önce siz uygulayın. Gerekirse bu konuda çocuğa bakım veren diğer kişileri de uyarın.
İlk 2 yaş döneminde sık bakıcı değiştirmekten kaçının. Ebeveynlerin çalışmak mecburiyetinde olduğu durumlarda, çocuğunuzu bakıcıdan önce çocuk yetiştirme konusunda güvendiğiniz bir aile büyüğüne emanet edin.
Televizyon, bilgisayar, telefon vb. elektronik aletleri, bebek bakıcısı olarak kullanmayın.

3.9. Koruyucu Ruh Sağlığı ve Dayanıklılık Açısından Anne Sütü ve Emzirme

Anne sütü ve emzirmenin fiziksel ve zihinsel gelişimle birlikte koruyucu ruh sağlığı ve dayanıklılık açısından bebeklik dönemindeki önemi ve yaşam boyu etkileri sebebiyle kısaca bahsetmek uygun olacaktır. Emzirmenin yalnızca bebek için değil emziren anne için de beden ve ruh sağlığı açısından koruyucu olduğunu gösteren çok sayıda araştırma mevcuttur. Emziren annelerde doğum sonrası depresyon başta olmak üzere bazı ruhsal sorunlar, tip 2 diyabet, hipertansiyon ve menopoz dönemi sağlık sorunları (örneğin meme ve over kanseri, kemik erimesi ve kalça kırıkları) daha az görülmekte, bu anneler gebelik öncesi kilolarına daha kolay geri dönebilmektedirler (Victora vd., 2016).

Gebelik ortalarında üretilmeye başlayan ve doğumdan birkaç hafta sonra yerini süte bırakan kolostrum (ağız sütü) sarı renkli, yapışkan ve süte göre daha kıvamlı bir besindir. Halk arasında yüksek besin değerinden dolayı 'sıvı altın' diye de bilinir. Kolostrum süte kıyasla daha yüksek oranlarda protein, immunglobulin ve antikorlar içerir. Anne rahminden çok daha farklı ve çok sayıda mikro-organizmanın olduğu bir dünyaya doğan bebek için bu besinler başta bağışıklık sistemi olmak üzere yaşamdaki ilk ihtiyaçları için çok önemlidir. Kolostrum ve anne sütü bebek için fiziksel besin olmanın ötesinde beyin gelişimi ve psikolojik dayanıklılık açısından da oldukça önemlidir. Diğer taraftan emzirme anne ile bebek arasındaki güvenli bağlanmanın en önemli ve etkili araçlarından birisidir. Bu sebeplerle anne sütü ve emzirme çok yönlü olarak ruh sağlığı ve dayanıklılık açısından yaşam boyu koruyucu ve olumlu etkileri olan faktörlerdir. Anne sütü alan bebeklerin almayanlara kıyasla çocukluk ve erişkinlik döneminde daha büyük beyin hacimlerine sahip oldukları, zeka ve eğitim düzeylerinin daha iyi olduğu; bir takım duygusal ve davranışsal sorunların (örneğin depresyon ve hiperaktivite), obezitenin, enfeksiyon hastalıkları ve diş çürüklerinin bu kişilerde daha az görüldüğü, emzirmenin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve otizme karşı koruyucu olduğu bir çok çalışmayla ile gösterilmiştir (Luby vd., 2016; Victora vd., 2016; Huang vd., 2019; Tseng vd., 2019). Bu sebeplerle anneler, gebelik döneminden başlayarak kendilerinin ve bebeklerinin beden ve ruh sağlığı açısından emzirmeye teşvik edilmelidir.

Bölüm Özeti

Hayatın temeli insan ilişkilerine dayanır. Bu ilişkiler insanların yaşaması, öğrenmesi, kendini ve diğerlerini sevebilmesi, diğerlerine güvenebilmesi için gereklidir. Bu kalıcı ilişki modelleri bireyin 0-2 yaş döneminde kendi bakım verenleriyle kurduğu duygusal bağlar sonucunda şekillenir. Duygusal bağ kurma kapasitesi, erken yaşlardan itibaren beynimizin farklı bölgelerinin düzenlenmesine ve işlev göstermesine bağlıdır. Bu işlevler ebeveynle çocuk arasındaki bağlanmayı kolaylaştırmaya aracılık ederken, uygun bağlanma davranışları da beyin fizyolojisi üzerinde olumlu yönde değişikliklere sebep olur. Bağlanma, ebeveynlerin çocuklarıyla olan ilişkilerinin biçimine bağlı olarak güvenli ve güvensiz olarak iki gruba ayrılır. Güvenli bağlanma, hayatın genelinde ruh sağlığı üzerinde koruyucu iken, güvensiz bağlanma biçimleri çocukluk, ergenlik ve erişkinlik dönemindeki psikolojik bozukluk ve davranışsal sorunlarla ilişkilidir. Bu dönemde çocuğa ait bireysel faktörlerle, ailesel ve çevresel faktörler, bağlanmanın türü ve niteliği üzerine doğrudan ya da dolaylı olarak etki eder. Özellikle ebeveynlerin çocuklarıyla oynadıkları oyunlar ve birlikte geçirdikleri eğlenceli vakitler güvenli bağlanmanın tesisinde önemli yer tutar. Hangi risk faktörünün, hangi çocuk üzerinde, ne şekilde etki edeceğini önceden kestirmek güç olduğundan bu dönemin mümkün olan en az hasar ve en fazla koruyucu durumla geçirilmesi sağlıklı birey, aile ve toplum açısından önemlidir.

Kaynakça

- Belsky, J., ve Rovine, M.J. (1988). Nonmaternal care in the first year of life and the security of infant-parent attachment. *Children Development*, 59, 157–67.
- Bloom, K.C. (1995). The development of attachment behaviors in pregnant adolescents. *Nursing Research*, 44, 284–289.
- Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: retrospect and prospect. *American journal of Orthopsychiatry*, 52, 664.

- Çetinkaya, E. ve Ertem, G. (2017). Ten tene temasın anne-preterm bebek üzerine etkileri: sistematik inceleme. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 14, 167-175.
- Erol, E. (2018). *Çocuk Depresif Semptom Ölçeği Geliştirme Çalışması* (Doktora Tezi).
- Gaffney, K.F. (1986). Maternal-fetal attachment in relation to self-concept and anxiety. *Maternal-Child Nursing Journal*, 15, 91-101.
- Gander, M.J. ve Gardiner, H.W. *Çocuk ve Ergen Gelişimi*, İmge Kitabevi, s214-233. Ankara2001.
- Gilmore, J.H., Lin, W., Prastawa, M.W., Looney, C.B., Vetsa, Y.S.K., Knickmeyer, R.C., ... & Gerig, G. (2007). Regional gray matter growth, sexual dimorphism, and cerebral asymmetry in the neonatal brain. *Journal of Neuroscience*, 27, 1255-1260.
- Huang, T., Yue, Y., Wang, H., Zheng, J., Chen, Z., Chen, T., Zhang, M., & Wang, S. (2019). Infant Breastfeeding and Behavioral Disorders in School-Age Children. *Breastfeeding medicine : the official journal of the Academy of Breastfeeding Medicine*, 14(2), 115-120. <https://doi.org/10.1089/bfm.2018.0151>
- İşeri, E., Bodur, Ş. *Bağlanma Bozuklukları. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Temel Kitabı içinde*. Editorler: Akay AP ve Ercan ES. Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği, Ankara. 2016. s443-444.
- Kaplan, H.I., Sadock, B.J. ve Grebb, J.A. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry. Baltimore, MD, US: Williams & Wilkins Co; s161-165.
- Karakaş, N.M., ve Dağlı, F.Ş. (2019). The importance of attachment in infant and influencing factors. *Türk Pediatri Arşivi*, 54, 76-81.
- Kargı, E. (2007). Oyun: Çocuklar İçin Hastalıkla Başetme Sürecinde Güçlü Bir Psiko-Sosyal Destek Aracı, *Toplum ve Hekim*, 22, 364-367.
- Kesebir, S., Kavzoğlu, S.Ö., Üstündağ, M.F. (2011). Bağlanma ve psikopatoloji-attachment and psychopathology. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 3, 321-342.
- Kinsley, C.H. ve Lambert, K.G. (2008). Reproduction-induced neuroplasticity: natural behavioural and neuronal alterations associated with the production and care of offspring. *Journal of Neuroendocrinology*, 20, 515- 525.
- Klohnen, E.C., ve John, O.P. (1998). Working models of attachment: A theory-based prototype approach. J. A. Simpson & W. S. Rholes (Editör), *Attachment theory and close relationships*, s115-140.
- Koçkar, A.İ. (2018). Erken Çocukluk Döneminde Bağlanma ve Bağlanma Bozuklukları. *Oyun Dönemi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları içinde*. Editorler: İşeri E., Güney, E., Torun Y.T. Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği, Ankara, 2018, s313
- Lamb, M.E. ve Lewis, C. (2005). The role of parent child relationships in child development. M. H. Bornstein & M. E. Lamb (Editör), *Developmental psychology : an advanced textbook* , s429-468.
- Leckman, J.F. ve Herman, A.E. (2002). Maternal behavior and developmental psychopathology. *Biological Psychiatry*, 51, 27-43.
- Lerum, C.W., LoBiondo-Wood, G. (1989). The relationship of maternal age, quickening, and physical symptoms of pregnancy to the development of maternal-fetal attachment. *Birth*, 16, 13-17.
- Lewis, M., Feiring, C., McGuffog, C., Jaskir, J. (1984). Predicting psychopathology in six-year-olds from early social relations. *Child Development* 55, 123-136.
- Lindgren, K. (2001). Relationships among maternal-fetal attachment, prenatal depression, and health practices in pregnancy. *Research in nursing & health*, 24, 203-217.
- Luby, J. L., Belden, A. C., Whalen, D., Harms, M. P., & Barch, D. M. (2016). Breastfeeding and Childhood IQ: The Mediating Role of Gray Matter Volume. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 55(5), 367-375. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.02.009>
- Lumley, J.M. (1982). Attitudes to the fetus among primigravidae. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 18, 106-109.
- Mickelson, K.D., Kessler, R.C., ve Shaver, P.R. (1997). Adult attachment in a nationally representative sample. *Journal of personality and social psychology*, 73, 1092.
- Nowakowski, R.S. (2006). Stable neuron numbers from cradle to grave. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 103, 12219-12220.
- Orta, İ.M., Sümer, N. (2016). Anne Duyarlılığı ve Erken Dönem Bağlanma-Temelli Ebeveynlik Destek ve Müdahale Programları, *Türk Psikoloji Yazıları*, 2016, 19, 54-73.
- Rothbaum, F., Nagaoka, R. ve Ponte, I.C. (2006). Caregiver sensitivity in cultural context: Japanese and U.S. teachers' beliefs about anticipating and responding to children's needs. *Journal of Research in Childhood Education*, 21, 23-40.
- Perry, B.D., ve Pollard, D. Altered brain development following global neglect in early childhood. Society For Neuroscience: Proceedings from Annual Meeting, New Orleans, 1997. Erişim adresi: <http://www.sakkyndig.com/psykologi/artvit/perry1997.pdf>
- Robinson, J.P., ve Moss, H.A. (1970). Patterns and determinants of maternal attachment. *The Journal of Pediatrics*, 77, 976-985.
- Rothbaum, F., Weisz, J., Pott, M., Miyake, K. ve Morelli, G. (2000). Attachment and culture: Security in the United States and Japan. *American Psychologist*, 55, 1093-1104.
- Sagi, A., van, IJzendoorn, M.H., Aviezer, O., Donnell, F., Mayseless, O. (1994). Sleeping out of home in a Kibbutz communal arrangement: it makes a difference for infant-mother attachment. *Child Development*, 65, 992-1004.
- Salter Ainsworth, M.D., Blehar, M.C., Waters, E., Walls, S. *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Psychology Press, 2015.
- Sayar, K., ve Bağlan, F. *Koruyucu Psikoloji*, Timaş yayınları, 2015 İstanbul.

- Tseng, P. T., Chen, Y. W., Stubbs, B., Carvalho, A. F., Whiteley, P., Tang, C. H., Yang, W. C., Chen, T. Y., Li, D. J., Chu, C. S., Yang, W. C., Liang, H. Y., Wu, C. K., Yen, C. F., & Lin, P. Y. (2019). Maternal breastfeeding and autism spectrum disorder in children: A systematic review and meta-analysis. *Nutritional neuroscience*, 22(5), 354–362. <https://doi.org/10.1080/1028415X.2017.1388598>
- Tseng, P. T., Yen, C. F., Chen, Y. W., Stubbs, B., Carvalho, A. F., Whiteley, P., Chu, C. S., Li, D. J., Chen, T. Y., Yang, W. C., Tang, C. H., Liang, H. Y., Yang, W. C., Wu, C. K., & Lin, P. Y. (2019). Maternal breastfeeding and attention-deficit/hyperactivity disorder in children: a meta-analysis. *European child & adolescent psychiatry*, 28(1), 19–30. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1182-4>
- Tüzün, O., Sayar, K. (2006). Bağlanma Kuramı ve Psikopatoloji, *Düşünen Adam*, 19, 24-39.
- Victora, C. G., Bahl, R., Barros, A. J., França, G. V., Horton, S., Krasevec, J., Murch, S., Sankar, M. J., Walker, N., Rollins, N. C., & Lancet Breastfeeding Series Group (2016). Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet (London, England)*, 387(10017), 475–490. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01024-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01024-7)

Ünite Soruları

1. Bağlanma hakkında hangisi doğru değildir?

- A) Gebelikte başlar yaşamın ilk yıllarında gelişerek devam eder
- B) Güvenli bağlanma için ilk iki yıl kritik dönemdir
- C) Bağlanma sağlıklı bir fiziksel, ruhsal, duygusal, sosyal gelişim için temeldir
- D) Bebekler anneden başka kimseye bağlanamaz
- E) Biyolojik ve çevresel birçok faktör bağlanmayı etkiler

2. Aşağıdaki kelimelerden hangisi güvenli bağlanmanın tanım ve işlevlerini anlatırken kullanılmaz?

- A) Güvenlik
- B) Rahatla(t)ma
- C) Duygu düzenleme
- D) Merak ve keşfetme
- E) Korku ve kaçınma

3. Bağlanma bozukluklarıyla ilgili hangisi doğrudur?

- A) Çocukluk ve erişkin dönemde birçok psikiyatrik bozukluğun gelişiminde önemlidir
- B) Ebeveyndeki psikiyatrik bozukluklar bağlanma bozukluğu için risk faktörüdür
- C) Bağlanma bozukluğu olan küçük çocuklar otizmi olan bir çocuk gibi görünebilirler
- D) Bağlanma bozukluğu olan çocuklar erken ve uygun müdahale ile normale dönebilirler
- E) Hepsi

4. Anneden ayrılmaya tepkisizken, yeniden buluşma anında anneye soğuk ve reddedici davranana bir bebekte hangi tip bağlanma söz konusudur?

- A) Güvenli bağlanma
- B) Anksiyoz bağlanma
- C) Kaçıngan bağlanma
- D) Dezorganize bağlanma
- E) Hiçbiri

5. Güvenli bağlanmanın ruh sağlığı açısından koruyucu etki ve mekanizmaları hakkında hangisi doğru değildir?

- A) Beyin gelişimi ve sinaptik ağın oluşumunda önemlidir
- B) Bebeklik dönemindeki güven duygusu ileriki yıllarda insan ilişkilerinde önemlidir
- C) Kendine güven duygusunun gelişiminde önemlidir
- D) Keşfetme duygusu ve davranışını pekiştirir
- E) Psikolojik dayanıklılık gelişiminde bir etkisi yoktur

6. Emzirme hakkında hangisi doğrudur?

- A) Güvenli bağlanmanın gelişmesinde önemlidir
- B) Annelik duygusunun gelişmesinde önemlidir
- C) Emzirme annede oksitosin salınımını uyarır
- D) Zekâ gelişiminde önemlidir
- E) Hepsi

7. Aşağıdakilerden hangisi yabancı durum testinin aşamalarından birisi değildir?

- A) Yabancıнын odaya girerek anne ve bebekle etkileşime girmesi
- B) Annenin odadan ayrılması
- C) Annenin odaya girmesi, yabancıнын çıkması
- D) Anne odadan tekrar ayrılır, bebek odada yalnız kalır

E) Bebek odadan çıkarılır

8. Aşağıdakilerden hangisi bebeğin bakımındaki ihmalle ilgili psikiyatrik bozukluk ya da sorunlardan birisi değildir?

A) Tepkisel bağlanma bozukluğu

B) Konuşma bozuklukları

C) Sınırsız toplumsal katılım bozukluğu

D) Otizm spektrum bozuklukları

E) Kendine ve etrafa zarar verme davranışları

9. Aşağıdakilerden hangisi bebeklik dönemindeki koruyucu ruh sağlığı önlemi veya girişimi olarak düşünülemez?

A) Anne-bebek ilişkisini güçlendirmek

B) Dil gelişimi için bebeğe ninni veya şarkı söylemek

C) Emzirmeyi teşvik etmek

D) Yabancı dil öğrenmesi için bebeğe İngilizce çizgi film seyrettirmek

E) Ebeveyne oyun ve iletişim becerileri konusunda yardım etmek

10. 18 aylık kızını ‘hiç konuşmadığı ve kendisiyle pek ilişki kurmadığı’ şikayetiyle size getiren bir annede hangisini yapmanız beklenmez?

A) Annenin gebelik öyküsü sormak

B) Bebeğin bakım öyküsünü sormak

C) Televizyon veya ekran maruziyetini sormak

D) Bebekte bir sorun olmadığı konusunda anneye güvence vermek

E) Bir çocuk psikiyatrisine yönlendirmek

CEVAP ANAHTARI

1. d 2. e 3. e 4. c 5. e 6. e 7. e 8. d 9. d 10. d

4. ERKEN ÇOCUKLUK DÖNEMİNDE KORUYUCU RUH SAĞLIĞI ve DAYANIKLILIK

Giriş

Bundan önceki bölümlerde gebelik, bebeklik ve süt çocukluğu dönemlerinde ruh sağlığı üzerinde etkili olan risk faktörleri ve koruyucu faktörlerden bahsedilmiş ve bu dönemlerde uygulanabilecek koruyucu ruh sağlığı uygulamaları tanıtılmıştı. Bu bölümde ise, 2-6 yaş arasını kapsayan erken çocukluk dönemine ilişkin risk faktörleri ve koruyucu faktörler, koruyucu ruh sağlığı bağlamında tartışılacaktır.

Erken çocukluk dönemi, 2-6 yaş arasındaki çocukların büyüme ve gelişimlerini kapsayan dönemdir. Bu dönemde fiziksel, bilişsel, sosyal ve duygusal gelişim hız kazanır, artan bağımsızlıkları sayesinde çocuklar çevreyi keşfetmeye ve yeni beceriler öğrenmeye başlarlar. Bu dönemde öğrenilen pek çok tutum ve beceri hayatın geri kalanını şekillendirir. Erişkinlik dönemine ait birçok davranış ve alışkanlık, kaynağını öğrenmenin aktif ve kalıcı olduğu bu dönemden alır. Çocuklarda öğrenme esas olarak çevreyi gözlemleme ve büyükleri taklit etme yoluyla olduğundan bu dönemde aile, öğrenmenin merkezinde yer alır. “Ne ekersen onu biçersin” atasözünde olduğu gibi, aile ve çevrenin bu dönemdeki olumlu etkisi ile erişkin yaşamda sağlıklı tutum ve alışkanlıklara sahip olunabileceği gibi, aile ve çevreden kaynaklanan olumsuzluklar sebebiyle ruhsal sorunlar ya da davranışsal problemler görülebilir. Bu anlamda erken çocukluk dönemi, sağlıklı gelişim açısından diğer tüm dönemlerde olduğu gibi kendi içinde kazanılması gereken bir takım tutum, beceri ve davranışları barındırır. Bu bölümde önce, erken çocukluk döneminin genel özellikleri tanıtılacak, sonrasında ailenin bu dönemdeki rolü ile yaygın ebeveyn tutumları tartışılacak ve bu dönemde kazanılması gereken temel tutum ve becerilerden bahsedilecektir.

4.1. Erken Çocukluk Döneminin Genel Gelişimsel Özellikleri

Oyun çağı dönemi ya da okul öncesi dönem olarak da adlandırılan erken çocukluk dönemi 2-6 yaş arasındaki dönemi ifade eder. Bu dönemde, bebeklik ve süt çocukluğu dönemindeki bakım verenlere bağımlı olma hali, yerini bağımsızlaşmaya ve keşfe bırakır. Bilişsel, sosyal ve motor becerilerin hız kazanmasıyla birlikte çocuk çevresine aktif olarak yönelir, insanları gözlemler ve farklı uyaranlarla dolu dış dünyayı anlamaya çalışır. Bu sayede araştırmaya, öğrenmeye başlar ve büyüklerin dünyasına adım atmış olur (Aral, Kandır ve Yaşar, 2002).

Bu dönemin başında çocuklar, kendi istekleri olduğunun farkına varır, bunları adlandırır ve benmerkezci bir tutum içinde, isteklerinin bir an önce karşılanmasını ister. İlerleyen zamanlarda bilişsel ve sosyal becerilerin gelişmesiyle gerçeğe uyum süreci başlar, çocuk, kendisi dışındaki insanların da farklı düşünce, duygu ve istekleri olabileceğini kavrar. Kendi istekleriyle diğer insanların istekleri arasında denge kurabilmeyi, çeliştiği zaman isteklerini ve zevklerini erteleyebilmeyi, bu sayede kendisi dışındaki insanları da memnun edebilmeyi öğrenir.

Büyüklerle olan etkileşiminde artan dil ve sosyal becerileri sayesinde yaşına uygun bir şekilde soru sormaya ve çevreden bilgi toplamaya yönelir. Büyüklerin neyi, niçin yaptığını anlamaya çalışır, çevreyi gözlemleyerek ve diğerlerini taklit ederek birçok davranış kalıbı öğrenir. Oyun sayesinde akranlarıyla girdiği sosyal etkileşimde doğru ve yanlış farkına varır, hayatın belli kurallar etrafında şekillendiğini kavrar. Artan iletişim becerileri sayesinde kendi isteklerini ifade etmeye başlar, olumsuz durumlarla ve stresle başa çıkmaya çalışır, duygularını düzenleme ve sorunlarını çözme becerisi geliştirir. Gelişen motor becerileri sayesinde hareket, beslenme ve tuvalet alışkanlıklarını kazanır, bu sayede bakım verenlerden ayrışma sürecine girer ve otonomi geliştirmeye başlar. Diğerlerinden ayrı bir birey olarak, davranışları sonucunda diğer insanların duygu, düşünce ve davranışlarını etkilediğini fark eder.

Bu dönem aynı zamanda çocuğun kendi cinsiyetini fark etmeye ve karşı cinsin özelliklerini merak etmeye başladığı bir dönemdir. Çocuğun kendi cinsiyeti veya karşı cinsle ilgili sorularını veya merakını doğru ve uygun bir şekilde gidermeye çalışmak önemlidir. Kızmak veya ayıplamak yerine, çocuğun sorduğu kadarıyla ve anlayacağı şekilde bu soruları cevaplamak sağlık bir cinsel kimlik gelişimi için önemlidir. Erken çocukluk dönemi çocuğun kendi biyolojik cinsiyetiyle uyumlu cinsel kimliği kazanması açısından kritik bir dönem olarak görülebilir. Bu dönemin sonlarına doğru çocuklarda erkek-kız kavramları, cinsiyetle uyumlu tercih ve davranışlar ve çocuğun cinsel kimliği büyük ölçüde oluşmuş olur. Bu dönem çocuğunun oyun, oyuncak, elbise, renk vs gibi tercihleri büyük ölçüde cinsiyetiyle uyumlu olarak ortaya çıkar. İleriki yaşlarda cinsel kimlikle ilgili sorunları olan bireylerin önemli bir kısmında aslında ilk belirtiler bu yaşlarda mevcuttur. Bu dönemde özellikle erkek çocuklarda babayla kurulan sıcak ve destekleyici bir ilişkinin varlığı ve niteliği çocuğun erkek cinsel kimliğini kazanmasında oldukça önemlidir. Babanın mevcut ol(a)madığı durumlarda başka bir olumlu erkek rol modeli de yardımcı olabilir.

Okul öncesi dönem öğrenmeyle ilgili süreçlerin de en hızlı olduğu dönemlerden biridir. Bu dönemde kazanılan alışkanlıklar hayatın geri kalanını da şekillendirir (Yavuzer, 1997; Yörükoğlu, 2003). Erişkin dönemdeki beyin hacminin %95'ine 6. yaş sonunda ulaşıldığı göz önüne alındığında, bu yıllarda kazanılan beceri ve alışkanlıkların önemi daha iyi anlaşılabilir (Caviness vd., 1996). Öğrenmenin en yoğun gerçekleştiği bu dönem

sayesinde çocuk, bir taraftan kendi duygu ve düşüncelerinin farkında olmaya, diğer taraftan da diğerlerini ve dış dünyayı tanımaya başlar. Kendisiyle ilgili tutarlı ve devamlı bir algı geliştirir ve kişilik gelişiminin temelleri oluşmaya başlar. Bu yıllarda temeli atılan psikososyal gelişim ve kişilik yapısının, ileriki yaşlarda yön değiştirmekten çok, benzer şekilde gelişme ihtimali daha yüksektir. Erken çocukluk yıllarında kazanılan davranışların yetişkinlikte, bireyin kişilik yapısını, tavır, alışkanlık, inanç ve değer yargılarını büyük ölçüde biçimlendirdiği bilinmektedir (Aral, Kandir ve Yaşar, 2002). Bu sebeple erken çocukluk döneminin sağlıklı bir şekilde geçirilmesi hayatın bütününde ruhsal açıdan dayanıklı bireylerin gelişmesi açısından oldukça önemlidir. Bu dönemde, bundan önceki dönemlerde olduğu gibi, aile çocuğun hayatında merkezi bir rol oynadığından, koruyucu ruh sağlığı uygulamalarının temelinde de aile olmaktadır. Bir sonraki bölümde aile ve ebeveynlerin erken çocukluk dönemlerindeki rolü ve önemi üzerinde durulacaktır.

4.2. Erken Çocukluk Döneminde Ailenin Rolü ve Yaygın Ebeveyn Tutumları

Erken çocukluk dönemi çocuğun hayatı boyunca öğrenmeye en açık olduğu dönemdir. Bu anlamda öğrenme ailede başlar, anne ve baba çocuğun ilk öğretmenleridir, çocukların davranış ve karakterleri aile içinde şekillenir. Bu dönemde çocuklar bilişsel gelişim düzeyleri nedeniyle olaylar ve durumlar arasındaki neden-sonuç ilişkilerini yeterince kuramazlar, soyut kavramları yeterince kavrayamazlar. Bu nedenle erken çocukluk döneminde öğrenme nasihatten çok, anne-baba başta olmak üzere çevreyi gözlemleme yoluyla olur. Çocuk, bu dönemde dikkatli bir takipçi ve usta bir taklitçi gibi davranır, anne ve babasının söylemlerini ve davranışlarını benzer şekilde kopya eder. Anne-babalar çocuklarının kazanmasını istedikleri tutum ve davranışları ancak kendileri de tutarlı bir biçimde uyguladıkları takdirde onlara aktarabilirler. Anne-babaların çocuklarına öğütledikleri, ancak kendilerinin uygulamadığı davranışlar çocukların zihinlerinde tutarsızlık ve kafa karışıklıklarıyla sonuçlanır. Bu nedenle, bilişsel, duygusal, sosyal, ahlaki ve manevi açıdan sağlıklı bir çocuk eğitimi, önce ebeveynlerin uyguladığı kuralların, sevgi ve sıcaklığa dayalı, tutarlı bir disiplin yoluyla çocuğa öğretilmesiyle olur. Bu etkileşimin aksadığı ya da bozulduğu durumlarda çocuğun kişilik ve karakterinde geri dönüşü olmayan olumsuzluklar görülebilmektedir. Yapılan araştırmalar ve klinik uygulamalar ailelerde görülen yaygın ebeveyn tutumlarını ve bu tutumların çocuk üzerindeki etkilerini incelemiştir.

a) Otoriter- Katı Kuralcı Aile

Bu tutumu benimseyen anne-babalar evde sert ve katı bir disiplin uygularlar. Çocuk hemen her kurala uymak zorunda bırakılır ve itaate önem verilir. Ebeveynler kontrolcü bir tutumla çocuklarının her davranışını yakından izler, hareketlerine sık sık müdahale ederler. Doğru olduğunu düşündükleri şeyleri çocuklarına o anda ve kendi yaptıkları şekliyle öğretmek ister, çocuğun bilgi ve becerilerini hesaba katmadan daha fazlasını beklerler. Çocuk sık sık eleştirilir ve ceza alır, kendisini sürekli gözetim altında ve tedirgin hisseder. Çocuğun hata yapmasına izin verilmediğinden, kendine olan güveni azalır, yeni olanı deneyimleme isteği ve girişimciliği zedelenir. Her hareketinde başkalarının onayını almak için çabalayan ve başkalarının etkisinde kolayca kalabilen bir kişi haline gelir. Kısa vadede bu yöntemle çocuğun belli bir disiplin altına girdiği görülse de, uzun vadede bu yöntem sağlıksız ve zararlıdır. Çocuk uslu, nazik ve ağır başlı olarak tanımlanabilse de sorunlarını içine atan, küskün ve başkalarına öfke dolu bir yapıya bürünebilir. Hata yapmasına ve hatalarından ders alıp yeni stratejiler belirlemesine çocukken imkân verilmediği için, ileri yaşlarda hayatın getirdiği zorluklar karşısında dayanıksız bir kişi haline gelebilir (Sayar ve Bağlan, 2015; Saylık ve Yalçın, 2018).

b) İlgisiz ve Kayıtsız Aile

Otoriter tutumun aksine, ilgisiz ve kayıtsız aile modelinde çocuk kurallardan ve sorumluluklardan yoksundur, neredeyse tümüyle serbest bırakılmıştır. Aile içinde belli kurallar ve yaptırımlar yoktur. Çocuk kendi istekleri doğrultusunda hareket eder, ebeveynlerinden gelen önerileri ve müdahaleleri kabul etmek yerine kararlarını kendi almak ister. Ebeveynler de çocuğun isteklerini mantıksız bulsalar bile yerine getirirler, çocuğun istekleri anne-babanın isteklerinin önüne geçer. Anne ve baba çocuğa uygun bir örneklik oluşturamadığı için, çocuk ailede söz sahibi kişi konumundadır. Bu tutumla büyüyen çocuklar, dış dünyadan da benzer davranışlar beklediğinden genellikle akranlarıyla oyunlarında “bencil ve şımarık” olarak algılanırlar. Bu çocuklar ilerleyen dönemlerde daha az sorumluluk alan ve kurallarla uymakta güçlük çeken bireyler haline gelirler. Özdenetim konusunda yaşadıkları zorluklar sebebiyle aile, sosyal ve akademik alanda başarısız olarak görülürler. Dürtü denetimi ve zevk erteleme konusunda yaşadığı zorluklar nedeniyle genç yaşlarından itibaren zararlı alışkanlıklar edinmeye eğilimli olurlar. Bu bireyler de ilerleyen dönemlerde yaşadıkları başarısızlık ve hayal kırıklıkları sebebiyle dayanıksız birey olmaya yatkındırlar (Sayar ve Bağlan, 2015; Yavuzer, 2006).

c) Aşırı Koruyucu Aile

Koruyucu-kollayıcı aile tipi, otoriter-baskıcı aile tipi ile benzer bir takım özellikler taşısa da, aşırı şefkat ve koruma güdüsünün disiplinin önüne geçmesiyle ondan ayrılır. Bu aile tipinde, çocuk gereğinden fazla korunur ve kontrol altında tutulmak istenir. Ülkemizde, özellikle anneler bu tip bir tutum sergilerler. Çocukların kendi sorumluluklarından yoksun bırakıldığı bu modelde, ebeveynler çocukların neredeyse her işini üstlenmiş durumdadır. Çocukların ödev ve sorumlulukları ebeveynler tarafından yapıldığı için, bu çocukların kendi tecrübelerini kazanmaları ve deneme-yanılma yoluyla öğrenmeleri zorlaşır. Bu durum dayanıklılıklarını olumsuz yönde etkiler, çevreye karşı oldukça hassas ve kırılgan bireyler haline gelirler. Çocuklukta kazanılamayan otonomi ve bireyselleşme, ilerleyen dönemlerde bağımlı kişilik özelliklerinin gelişmesine neden olur. Birey, her

ihtiyacında ebeveynlerinden ya da farklı insanlardan onay alma ya da yardım arama davranışları gösterir, kendisini yetersiz ve baş edemeyen biri olarak algılar. Bu kişilerin ilerleyen dönemlerde anksiyete ve depresif bozukluklar açısından riskli olduğu bilinmektedir (Kaya, Bozaslan ve Genç, 2012).

d) Kararsız ve Tutarsız Aile

Bu tutuma sahip aileler, aşırı hoşgörü ile otoriter tutum arasında gider gelirler, çocuğun yaptığı bir davranışın aileden nasıl tepki göreceği belirsizdir. Anne ve babanın çocuk yetiştirme konusunda farklı tutumlar göstermesinin yanında, ebeveynler kendi içlerinde de farklı zamanlarda farklı yaklaşımlar sergileyebilirler. Çocuk aradaki bu fikir ayrılığı ve tutarsızlıkların sonucu olarak bu anne-babasının düşünce ve davranışlarını anlamakta güçlük çeker. Nerede, ne şekilde davranması gerektiğini kestiremez, hangi davranışın onaylandığını kavramakta zorlanır. Bu tutuma sahip ailelerde yetişen çocuklar, kendi başlarına karar almakta ve diğer insanlara güven duymakta zorluk çeken, hırçın, inatçı, asi çocuklar olabileceği gibi, boyun eğen ve içine kapanık bireyler haline de gelebilirler. Tutarsız ebeveynlik modeli ilerleyen yaşlarda kişilik bozuklukları için önemli bir risk faktörüdür (Sayar ve Bağlan, 2015; Kaya, Bozaslan ve Genç, 2012).

e) Sevgiye Dayalı, Hoşgörülü, Destekleyici ve Sınırları Belli Aile

Anne-baba ile çocuk arasında sevgiye ve güvene dayalı ilişkinin hâkim olduğu bu aile modeli ebeveynlik tutumları içinde en sağlıklı ve etkili olandır. Bu ailenin temel özelliği, gebelik dönemiyle başlayıp bebeklik ve erken çocuklukla devam eden süreçte eşlerin kendilerini anne ve baba olmaya hazır hissetmeleridir. Bu sebeple erken dönemlerden itibaren ebeveyn ve çocuk arasında güvenli bağlanma örüntüsünün özellikleri gözlemlenir. Ebeveynler anne ve baba olmanın getirdiği sorumlulukların farkında olarak çocuklarına iyi birer rehberlik edebilmenin heyecanı ve mutluluğu içindedirler. Çocukların kendilerinden görerek öğreneceğinin bilincinde, doğru ile yanlış önce kendileri uygulayıp, ahlaki değerleri sözle değil fiillerle öğretme gayretindedirler. Çocuklarını koşulsuz severler, çocuklarına karşı son derece sevecen, müşfik ve destekleyicidirler. Öğretirken eğlenirler, evlatlarıyla vakit geçirmekten keyif alırlar. Çocuklarla ilişkilerinde sevgiyle denge içinde bir disiplin anlayışına sahiptirler. Eşler tarafından önceden belirlenen kurallara, anne ve baba da riayet eder; kurallar net, tutarlı ve mantığa dayalıdır, bu sayede çocuklar kurallara niçin uymaları gerektiğinin bilincinde olur. Kurallar sert ve katı bir şekilde ceza ile değil, sevgi ve ödül ile uygulanmaya gayret edilir, bu sayede çocuklar da kurallara uymak konusunda daha istekli olur. Ebeveynler çocuğun karşılaştığı problemlere ilgilidirler, çocukları dinlerler ve uygun baş etme becerilerini kazandırmayı hedeflerler. Aile içinde çocukların müdahil olabilecekleri konularda onlara söz hakkı verirler, böylece çocuklara fikirlerinin değerli olduğunu onlara hissettirirler. Çocuklarının meraklı olmalarını ve soru sormalarını desteklerler, bu sayede öğrenmeye teşvik eder, çocuklarının başarılı olmasını destekler ve bundan ailecek mutlu olurlar. Tüm bu tutumları sebebiyle bu tip aileler çocuklarını sevmenin yanında onlara sınırlar koymak konusunda tutarlı ve başarılıdır. Bu ailelerde yetişen çocuklar ileride sağlıklı ve güvene dayalı ilişkiler kurabilen, sorumluluk sahibi, öz-denetimi yüksek, ahlaki değerlere sahip, mutlu ve dayanıklı bireyler olurlar. Tanımlanan diğer ebeveyn modellerinin aksine, bu tip ailelerde yetişen bireylerde yaşam boyu psikopatoloji gelişme riski daha düşüktür (Sayar ve Bağlan, 2015; Kaya, Bozaslan ve Genç, 2012).

4.3. Erken Çocukluk Döneminde Koruyucu Ruh Sağlığı ve Dayanıklılık

Erken çocukluk dönemi pek çok tutum ve becerinin kazanılabilmesi açısından *hassas dönem* olarak ifade edilebilir. Bu dönemde kazanılan davranış ve alışkanlıklar bir binanın temelleri gibi vazife görerek yaşam boyunca bireyin kişiliğini, alışkanlık, inanç ve değer yargılarını büyük ölçüde şekillendirir. Koruyucu ruh sağlığı açısından dayanıklı bireyler yetiştirmek de bu dönemde çocuğa olumlu tutum ve davranışların kazandırılması ve bu davranışların birer alışkanlık haline getirilmesiyle mümkün olmaktadır. Koruyucu ruh sağlığı ve psikolojik dayanıklılık yönüyle erken çocukluk döneminde kazanılması gereken beceriler ve bunların öneminden aşağıda bahsedilecektir.

Öz-Denetim ve Duygu Düzenleme

Öz-denetim, kişinin kendisi ve dünya arasında daha iyi, daha ideal bir uyuma sahip olması için kendini değiştirebilme ve uyarlayabilme kapasitesi olarak tanımlanır (Duyan, Gülten ve Gelbal, 2012). Bir davranış öncesinde “dur, düşün, sakın ol, sonra hareket et” dememizi sağlayan iç konuşmalarımız ve kişisel kontrol mekanizmalarımız öz-denetimi oluşturur. Erken çocukluk dönemi, öz denetim becerilerinin kazanılması açısından *hassas dönem*dir. Bu dönemde beynin mantıklı düşünme, öncelik belirleme ve plan yapmayla ilişkili bölümlerinin de gelişmeye devam etmesiyle, çocuklarda kişisel kontrol becerileri gelişmeye başlar.

Çocuklar dış dünyadan gelen uyaranlar sonucunda gerginlik ve stres hissettiklerinde buna karşılık olarak bir cevap üretirler. Bu cevabın ne şekilde olacağı öz-denetim ve duygu düzenleme becerileri sayesinde olur. Çocuklar, hissettikleri kaygı, korku, üzüntü gibi olumsuz duyguları nasıl ifade edeceklerini bilmediğinden sıklıkla saldırgan davranışlar sergiler ya da sessiz kalarak içine kapanırlar. Bu durum çocuğun yeniden içsel dinginliğine dönmeye ve yatıştırılmaya ihtiyacı olduğunu gösterir. Çocuk henüz bunun üstesinden kendi başına gelemeyeceği için bakım verenlerinin yardımına ihtiyaç duyar. Bu dönemdeki pek çok tutum gibi öz denetimin kazanılmasında ve gelişmesinde ebeveynler önemli bir rol modelidir. Öz-denetim ve duygu düzenlemenin gelişmesinde önemli bir takım bireysel-yapısal özellikler de söz konusu olmakla birlikte, başta ebeveyn-aile olmak üzere çevreyle kurulan etkileşimin her boyutu bu becerilerin gelişmesinde önemlidir. Ebeveynler çocuklarının kendilerine ihtiyaç duyduğu anda öfke ve streslerini dizginleyebildikleri, soğukkanlılıklarını koruyabildikleri ölçüde uygun ve mantıklı davranışlar sergileyerek

çocuklarına iyi birer örnek olabilirler. Ebeveynler ancak kendi duygu düzenleme ve kontrollerini sağladıktan sonra, çocuklarına sevgi ve şefkatle yaklaşabilir ve çocuktan gelen duygu sinyallerinin farkında olabilirler. Bu sayede çocuğun da kendi duygusunu fark etmesine ve isimlendirmesine yardımcı olabilir; çocukların hissettikleri duyguların ne tür fiziksel belirtilere yol açtığını anlamalarını sağlarlar (yoğun korku sonucunda kalp çarpıntısı olması gibi). Böylelikle çocuğun içinde bulunduğu duygu durumunu farketmesine yardımcı olur, bu farkındalık sayesinde çocuğun daha doğru düşünce ve davranışlar geliştirmesini desteklerler.

Çocuklarda öz düzenleme, çocuğun evdeki kuralları içselleştirmesiyle mümkün olmaktadır. Bu sebeple aile içinde herkesin birlikte uyacağı kurallar kişisel kontrol gelişimini destekler. Herkesin üzerine ittifak ettiği sınırları net ve tutarlı kurallar çocuğun zihnindeki belirsizlikleri azaltarak beklenmedik durumlara ayak uydurabilmeyi, duygularını kontrol edebilmeyi ve önce düşünüp sonra eyleme geçmeyi sağlar.

Bu anlamda erken çocuklukta kazanılan öz-denetim, yaşamı boyunca bireyin kurallara uygun davranabilme, duygularını anlamlandırma ve kontrol edebilme, davranışlarına uygun şekilde yön verebilme becerilerinin temelini oluşturur. Bu becerilerin kazanılma ve gelişme sürecinin bu yaşlarda başlayıp ileriki yıllarda devam ettiğini bilmek önemlidir. Dolayısıyla bu becerilerin kazanılma sürecinin bu yaşlarda başlamış olması sağlıklı bir gelişim ve koruyucu ruh sağlığı açısından önemlidir. İlerleyen yıllarda bu becerilerin kazanılması teorik olarak mümkün olmakla birlikte daha zordur. Bu becerilere sahip kişilerin fiziksel ve zihinsel olarak daha sağlıklı ve dayanıklı, sosyal hayatta daha güvenli ve uyumlu, akademik hayatta daha başarılı bireyler oldukları söylenebilir.

Tablo 1. Öz-denetim ve duygu düzenleme becerisi için ebeveynlere yönelik öneriler

Çocuğunuz sizi üzecek bir davranışta bulunduğunda, bu davranışın doğru olmadığını ona kısa ve net ifadelerle açıklayın, küçük düşürmeden ve incitmeden bu davranışı tekrarlamamasını öğütleyin; siz de benzer durumlarla karşılaştığınızda çocuğunuza örneklik oluşturacağınız şekilde davranın. Ancak çocuğunuza sık öğüt vermekten kaçının, çünkü sürekli öğüt ve eleştiri, ebeveyn ve çocuk arasında soğukluk ve kızgınlık oluşturur.

Çocuğunuzun öfke, korku, endişe, üzüntü gibi olumsuz duygularını fark edin ve kabul edin. Çocuklarınızın hangi durumların sonucu olarak bu şekilde hissettiğini anlamaya çalışın, çocuklarınızın da bunu anlamasını ve duygularını fark etmesini sağlamayın, bunun için oyuncakları, duygu ya da emoji kartlarını kullanabilirsiniz.

Çocuklarınıza olumsuz duygularını, kendisini ve başkalarını incitmeden ifade edebilmesinin yollarını öğretin. Bunun için önce kendiniz öfke, üzüntü gibi duygular hissettiğinizde içsel sakinliğinizi koruyun ve bunu karşınızdakine olumlu ve yapıcı bir üslupla belirtmeye çalışın.

Bu yaştaki çocuklar olumsuz duyguları niçin yaşadıklarını kavrayamazlar; çocuğunuz öfke, üzüntü gibi duygular hissettiğinde ilk olarak ona şefkatle dokunmayı ya da sarılmayı deneyin, bu onları sakinleştirip durumu daha iyi anlamalarına yardımcı olacaktır. Ardından bu şekilde hissetmesine sebep olabilecek durumlar hakkında onunla sakin bir şekilde konuşun. Çocuğunuzun sizi tarafınızdan anlaşılmış olduğunu ona hissettirin. Çocuklar anlaşıldığında ebeveynlerine duydukları sevgi ve bağlanmaları derinleşir.

Çocuğunuzun şantaj ya da tehdit içeren ifadelerle terbiye etmekten kaçının (iğneci doktor, kötülere ceza veren polis vb.) Kuralları çocuklarınıza onları utandırmadan ya da korkutmadan öğretebilmenin yollarını arayın. Bunun en iyi yolu, öğretmesini istediğiniz kuralı ebeveynler olarak evde önce sizin uygulamanızdır.

Çocuğunuzun sık öfke atakları ve kendine/başkalarına zarar verici davranışları olduğunda bu durumun nedenlerini araştırın, gerekirse bir uzman yardımına başvurun.

Dürtü Kontrolü ve Zevk Erteleyebilme

Erken çocukluk döneminde kazanılan öz-denetim becerileriyle ilişkili bir diğer beceri dürtü kontrolü ve zevk erteleyebilmedir. Bu iki kavram, uzun vadeli amaçlar ve idealler için küçük mutluluk ve zevkleri erteleyebilme olarak tanımlanabilir. Erken çocukluk dönemi, hedefe giden yolda bekleyebilme, sabır ve tahammül gösterebilme becerileri açısından *hassas dönem* olarak kabul edilir.

Bu yaş döneminde çocuklar, beyinde dürtü kontrolünü ve mantıklı kararlar alınmasını sağlayan bölgeleri henüz tam olarak gelişmediğinden, istek ve dürtüleri bir an önce karşılansın isterler. Ancak bu durum hayatın dış gerçekliği ve ebeveynlerce belirlenen kurallar sebebiyle her zaman mümkün olmaz, çocuk isteklerinin engellenmesiyle karşılaşır. Çocuğun engellenmeye karşı verdiği tepkiler ise dürtü ve zevklerini ne derece erteleyebildiğini belirler. Bazı çocuklar engellemeye karşı olağan tepkiler verirken, bazıları kızgınlık, öfke, agresyon, üzüntü, içe çekilme gibi duygu ve davranışlarla karşılık verir. Bu farklılığın oluşmasında çocuğun mizacı, cinsiyeti, bilişsel ve sosyal becerileri gibi bireysel faktörlerin yanı sıra, ebeveyn tutumları ve ebeveynler arası uyum ya da çatışmalar gibi ailesel faktörler de etkili olur. Ebeveynlerden kaynaklanan faktörler, değiştirilebilir etki ve sonuçları barındırması itibarıyla üzerinde önemle durulmayı hak eder.

Net sınırlarla belirlenen kuralların ebeveynler tarafından tutarlı biçimde uygulandığı ailelerde çocuklar kuralların hangi amaçla ve mantıkla oluşturulduğunu bilir. Kurallar sebebiyle bir engellemeyle karşılaştığında buna daha olumlu tepkiler geliştirirler. Oysa engellemelerin bir kural dâhilinde olmayıp, daha çok anne-babanın o anki duygu durumları ve keyfi kararları sonucunda olduğu ve farklı zamanlarda değişkenlik gösterdiği durumlarda çocuk hangi sebeple engellendiğini anlayamaz. Anne ve babanın tutarsız ve değişken tutumlar sergilediği ya da toplumda yaygın olarak görüldüğü gibi, çocuğa her istediğinin doğru-yanlış ayırt edilmeden karşılandığı ailelerde, çocuklar engellenmeye karşı daha düşük bir tolerans gösterirler, istediklerinin o anda yerine getirilmemesi durumunda ağlama, kızgınlık ve öfke patlamaları sergileyebilirler.

Ebeveynler bu kural ve sınırları çocuğa anlatırken,

- a) kabul edilebilir davranışın ne olduğu ve nelerden oluştuğu,
- b) hangi davranışların hiçbir şartta kabul edilemez olduğu,
- c) sınır koymadaki amacın keyfi bir engelleme değil, çocuğun kazanmasını istediğimiz bir kural ya da beceriyle ilişkili olduğu,
- d) kısa ve açık bir şekilde, kararlı bir ses tonuyla ve çocuğun anlayabileceği bir dil kullanılarak söylenmeye dikkat edilmelidir.

Örneğin; “Anne-babalar ittirilmez, oyuncak arabalar ittirilir.”

Erken yaşta kazanılan bu tutum ve davranışlar, ileride birer alışkanlık haline dönüşür ve ilerleyen yaşlarda da kişinin davranışlarına yansır. Etkili dürtü kontrolü, harekete geçmeden önce düşünen, sırası geldiğinde bekleyebilen, stresli uyaranlarla karşılaştığı zaman sabredebilen, başkalarını etkin bir şekilde dinleyebilen, sosyal ilişkilerinde, akademik ve mesleki hayatında başarılı bireylerin gelişimine yardımcı olurken, dürtü kontrolü ve zevk erteleme becerilerini çocukluğunda kazanamayan kişiler erişkin hayatlarında bu davranışların tersi şekilde hareket ederler.

Konuyla ilişkili, 1970li yıllardan bu yana yaygın olarak uygulanan “Marshmallow Testi”, yaşları 4-6 arasında değişen çocukların dürtü kontrolü ve zevk erteleyebilme becerilerini değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Bu testte çocuk, bir oda içerisinde kurabiye, çikolata ya da lokum gibi bir ödülle birlikte yalnız bırakır, çocuğa yalnız kaldığı süre boyunca ödülü yemeyip beklerse döndüğünde kendisine bir değil iki ödül verileceği söylenir. Çocuktan, buna sabredemediği durumda zili çalması istenir ve deneyin tamamlanarak sadece bir ödülle yetinmesi gerektiği belirtilir. Yaklaşık 50 yıldır uygulanan bu testin uzun seneli takipleri sonucunda araştırmacılar, zevk erteleyebilen ve erteleyemeyen gruplar arasında ilerleyen dönemlerde birçok yönden farklılıklar olduğunu; sınav notları, akademik başarı, sosyal beceriler, strese yanıt ve alkol-madde bağımlılığı gibi alanlarda zevk erteleyebilen grup lehine önemli kazanımlar olduğunu bildirmişlerdir (Mischel, 2014). Erken çocuklukta kazanılan bu beceri dayanıklı bireyler yetişmesinde kilit rol oynamaktadır, çünkü insanın zevk ve isteklerine hayır diyebilmesi onun irade ve özgürlüğüyle doğru orantılıdır.

Problem Çözme Becerisi

Problem çözme, olumsuz bir durumla karşılaşıldığında onunla ilgili etraflıca düşünebilme, farklı ihtimalleri değerlendirerek fikir yürütebilme, neyin nasıl yapılacağına karar verme ve nihayetinde makul bir çözüme ulaşma olarak tanımlanır. Çocuklar erken yaşlardan itibaren diğer insanlarla sosyal ilişkiler geliştirmeye başlarlar, bu durumun kaçınılmaz bir sonucu olarak kişiler arası anlaşmazlık ve problemlerle karşılaşır. Çocukların karşılaştıkları problemleri etkili bir şekilde çözümleyebilmelerine yardımcı olmak, sağlıklı sosyal etkileşim geliştirmeleri, kendi sorunlarını çözebilmeleri ve dayanıklı hale gelmeleri açısından önemlidir. Böylece çocuklar ilerleyen dönemlerde ebeveynleri yanlarında olmadığı zamanlarda da sorunlarla baş edebilmeyi öğrenebilir. Bir diğer deyişle çocuğa problem çözme becerisi kazandırmak, çocuğa balık vermek değil, balık tutmayı öğretmek gibidir.

Çocuğa problem çözme becerisini kazandırabilmek için her şeyden önce ebeveynlerin çocuğun problem olarak gördüğü şeyi önemsemesi ve çocuklarını ilgiyle dinlemesi gerekir. Anne-babalar sıklıkla bu aşamada çocuğa hemen yardımcı olma isteği içinde olur ve kendilerini çözüm üretmeye çalışırken bulurlar. Bu durum çocuğa, problemi çözmek için yetersiz olduğu ile baş etme becerisinin düşük olduğuna ilişkin bir mesaj vermiş olur. Ebeveynlerin bu aşamada yapması gereken empatik bir tutum sergileyerek çocuğun isteklerini anlayabilmesi ve çocukla birlikte problemi isimlendirebilmesidir. Bu sayede çocuk ve ebeveyni, problemin çözümüne ilişkin birlikte bir hedef belirleyip muhtemel çözüm yollarına odaklanabilir. Ebeveynler çözüme ilişkin alternatifleri belirlemek ve içlerinde uygun olanı uygulamak konusunda çocuğu cesaretlendirir. Bu sayede çocuğa hata yapma, hatalarının sonuçlarını değerlendirme, bilgi ve becerilerini kullanma imkânı verilmiş olur. Böylece problem çözme çocuğun kendine olan güven ve yetebilirliğinin artmasına yardımcı olur. Yaşadığı olumsuzluklar karşısında iç denetimini ve duygu düzenlemesini sağlayarak, sorunlarını konuşma ve tartışma yoluyla çözebilmeyi öğrenir.

Problem çözme becerisinin erken çocukluk döneminde kazanılmaya başlamış olması, ileriki dönemlerde stresle daha kolay mücadele edebilen, kendi kararlarını verebilen, sağlıklı ve dayanıklı bireylerin gelişmesini sağlar. Bu imkânın çocuğa verilmediği aşırı koruyucu ailelerde yetişen bireyler ise sıklıkla ruhsal açıdan dayanıksız olup, karşılaşılan küçük sorunlarda dahi kendilerini yetersiz ve başarısız olarak algırlar.

Tablo 2. Etkili problem çözme becerisi için ebeveynlere yönelik öneriler

Ebeveynler çocukların stres altında kaldıkları durumları genellikle önemsiz ve üzerinde durulmayacak bir durum olarak algılama eğilimindedir. Bu yüzden, çocuk için sıkıntı ve üzüntü oluşturan durumların ilk olarak ebeveynler tarafından fark edilmesi, bu sayede çocuğun kendini anlaşılabılır ve güvende hissetmesi gerekir.
Çocuk için sıkıntı oluşturan duruma, ebeveynler empatik bir tutumla çocuğun fikrini sorarak müdahil olabilir. “Üzgün ve endişeli görünüyorsun, sana yardım etmemi ister misin?”
Bu aşamada, çocukla birlikte problemi adlandırmak ve sorunun ne olduğunun çerçevesini çizmek gerekir. Bu sayede sorun olarak görülen hangi durumun düzeltilmesi gerektiği belirlenmiş olur. “Arkadaşın oyuncağını elinden aldığı için mutsuz hissediyorsun.”
Daha sonra çocuğunuzla birlikte bu durumu iyileştirmek için neler yapabileceğinizin yollarını arayın, farklı alternatiflerin neler olabileceğini, bu alternatifleri denemenin eksi ve artılarının neler olabileceğini çocuğunuzla tartışın, gerekirse yönlendirici olun.
Çocuğunuzla birlikte uygun gördüğünüz bir seçeneği belirleyin ve çocuğunuzun bunu uygulaması için onu yüreklendirin.
Çocuğunuzla problemin çözümüne yönelik sergilediği davranışı hakkında konuşun, olumlu ve olumsuz gördüğü yanların neler olduğunu görmesini sağlayın.
Bu alıştırmaları tekrar tekrar yaparak çocuğunuzun kendi başına olduğu durumlarda da problemlerle baş edebilmesini sağlayın.

Empati

Empati kendini karşıdaki insanın yerine koyabilmek, başkalarının duygu ve düşüncelerini anlayabilmek, davranışlarını anlamlandırabilmek ve bunlara değer verebilmek olarak tanımlanır. Empatinin ilk örnekleri bebeklik dönemine kadar dayanır, bu beceri ailenin desteklemesi ve artan bilişsel gelişim sayesinde erken çocukluk döneminde hızla gelişir. Bebekler huzursuz olduklarında, anne babalarına çeşitli sinyallerle bunu ifade etmeye çalışırlar. Bu sinyalleri ebeveynleri tarafından fark edilip uygun şekilde karşılandığında ebeveynlerinden anlaşıldıklarına dair empatik bir yanıt almış olurlar. Çocukluk dönemine gelindiğinde öğrenme, diğer insanları gözlemleme ve taklit etme yoluyla olduğundan, empatinin gelişmesinde ebeveynler rol model olarak alınırlar. Diğer insanların duygularını anlayan ve bunu ifade eden, fikirlerine değer veren ve başkalarına yardım eden ebeveynlerini gözlemleyen çocuk bir süre sonra benzer davranışları kendisi de gösterir. Ebeveynlerin hem kendi duyguları hem de çocuğun hissetmiş olabileceği duyguları adlandırması ve bu duygular hakkında konuşması da çocuktaki empati yeteneğinin gelişimine yardımcı olur. Ebeveynlerinin bu tutumunu gören çocuk, kendi sosyal ilişkilerinde de müşfik ve anlayışlı bir şekilde hareket eder, karşıdaki kişinin zorluk yaşadığı durumlarda, kendi isteklerini erteleyip karşıdaki insanın durumunu anlamaya çalışır. Empatik yaklaşım sayesinde çocuk karşıdaki insanın olumlu ya da olumsuz her türlü duygusunu kabul etmeyi öğrenir, değiştirilmesi gereken olumsuz duygularımız değil olumsuz davranışlarımız olduğunun ayırımına varır. Bu sayede insanlara anlayışla yaklaşabilir ve onları oldukları gibi kabul edebilir.

Güçlü bir empati becerisi, çocukların kendi hak ve sınırlarını bilmesini ve karar alırken başkalarını incitmemesine de yardımcı olur. Böylece insanlarla adalet ve güvene dayalı, sağlıklı ilişkiler geliştirebilirler. Bu anlamda empati becerisi yüksek kişilerin sosyal etkileşimler, akademik performans ve iş hayatlarında daha başarılı oldukları bilinmektedir. Benzer şekilde, başkalarının üzüntü ve acısını paylaşan ve bunları gidermeye çalışan kişilerin, akran zorbalığı, davranış bozuklukları, anti-sosyal davranışlar ve narsistik kişilik bozukluğu gibi psikopatolojileri ve davranış bozukluklarını geliştirmesinin zor olduğu, empati becerisinin bu tür bozukluklara karşı koruyucu olduğu söylenebilir.

Tablo 3. Çocuklara empati becerisinin kazandırılabilmesi için ebeveynlere yönelik öneriler
Empatik yaklaşımı çocuklara öğretebilmenin en iyi yolu, bunu gözlemleyebileceği örnekleri onlara sunmaktır. Ebeveynlerin ve diğer büyüklerin başka insanlara karşı anlayışlı, sevecen ve merhametli davranması çocuğun da bu tutumları benzer şekilde taklit etmesini sağlar.
En az diğer insanlara olduğu kadar, çocuğunuza da kibar, anlayışlı ve sevecen davranmaya dikkat edin. Evdeki ve dışarıdaki davranışlarınızın farklı olması çocukta kafa karışıklıklarına ve gerçekçi olmayan bir empati yaklaşımının gelişmesine sebep olacaktır.
Çocuğunuzun sevinç, merak, üzüntü, korku, kaygı gibi duygu ifadelerini tanımasını sağlayın, gerekirse birlikte bu ifadelerin taklidini yapın, resimler, oyunlar ve şarkılarla çocuğunuzun farkındalığını sağlayın.
Toplu alanlarda büyüklerle ve yaşlılara saygı gösterin, gerekli durumlarda onlara yer verin, sizden yardım istediklerinde ya da yardıma ihtiyacı olduklarını fark ettiğinizde harekete geçin. Çocuğunuzun bu davranışlarınızı anlamasını sağlayın.
Çocuklarınıza da pratik yapma imkânı tanıyın, bu davranışları için onları ödüllendirin, tebrik edin.

Çocuklarınızla yardıma muhtaç durumda olan insanların yaşadıkları ve neler hissedebilecekleri hakkında konuşun. Bu insanlara nasıl yardım edilebileceği ve onların nasıl rahatlatılabileceği üzerine kafa yorun.

Ahlaki Gelişim ve Değerler

Türk Dil Kurumu'na göre ahlak, kişilerin bir toplum içinde uymak zorunda oldukları davranış biçimleri ve kuralları olarak tanımlanmaktadır (TDK, 2015). Ahlak gelişimi ise bireyin toplumun değer yargılarını benimseyerek içinde bulunduğu çevreye uyum sağlamasını ve kendi ilke ile değer yargılarını oluşturmasını amaçlayan süreci ifade eder (Kök ve Çakıcı, 2017). Ahlak kurallarının gelişimi ve öğrenilmesi hayatın erken dönemlerinden başlayarak çocuğun bilişsel gelişimine paralel bir seyir gösterir. Erken çocukluk dönemi, diğer dönemlerden farklı olarak, ahlaki gelişimin ve değer yargılarının hızlı bir şekilde öğrenildiği, öğrenilen kuralların büyük oranda erişkin yaşamda da kalıcılık gösterdiği bir dönemdir. Bu dönemde çocuklar, bilişsel gelişim düzeyleri sebebiyle iyi-kötü, doğru-yanlış, sevap-günah gibi soyut kavramları anlayamazlar da, bu kavramların ifade ettiği davranışları anlayabilir, bu kavramlara ilişkin zihinsel temsillere sahip olabilirler. Bu dönemde çocuklara ahlaki kavram ve kurallardan hiç bahsetmemek ve bunları büyüdüğünde anlamasını beklemek yanlış ve geç kalınmış bir tutum olduğu gibi, ahlaki değerler eğitimi sadece kavramlar üzerinden tanıtmak ve öğüt vererek çocuğa kazandırmaya çalışmak da eksik ve hatalı bir tutumdur. Bu dönemde, çocuklara ahlaki ya da manevi kavramlardan anlayabilecekleri ölçüde bahsetmek, bununla birlikte bu değer yargılarının gözlemleyerek öğrenebileceği ve uygulayarak benimseyebileceği fırsatları çocuğa sunmak gereklidir. Çünkü bu dönemde çocukların ahlak konusundaki temel yargıları ebeveynlerinden duydukları ile değil, gördükleri ile şekillenir. Etkili bir ahlaki eğitim, ancak ahlaki kuralları benimsemiş ve kendi hayatında tutarlı olarak tatbik eden ebeveynlerce mümkün olabilmektedir.

Erken çocukluk döneminde, ahlaki kuralların öğrenilmesi ve uygulanması, anne ve babayı memnun etme, onların sevgisini kaybetmeme isteğine dayalıdır. Çocuk, ebeveynlerinin sergilediği olumlu ve erdemli davranışları onları mutlu etmek ve sevgilerini kazanmak amacıyla taklit eder, olumsuz davranışlar sergilediğinde ise anne ve babasını üzeceğinin bilincindedir. Böylelikle, yaptığı eylemin sonucundaki ödül ve cezalardan hareketle, doğru-yanlış, iyi-kötü ayrımının farkına varır. Dönemin başlarındaki otoriteye uyma isteği ve ebeveynleri memnun etme çabaları, bilişsel kapasite ve empati becerisinin de gelişmesiyle birlikte daha bilinçli eylemlere dönüşmeye başlar. Ancak yine de, bu dönemde kurallara olan bağlılık, ebeveynlerin otoritesine uyma ihtiyacından kaynaklanır. Burada, ebeveynlerin üzerine düşen, iyi davranışın neden iyi, kötü davranışın neden sakıncalı olduğunu çocuğa anlayacağı bir dille anlatmasıdır. Çocuk bu sayede, davranışlarını salt bir taklide dayandırmak yerine, davranışlarıyla sonuçları arasındaki nedensel ilişkiyi anlamlandırabilir. Bu sayede mantıksal temeller üzerine inşa edilen ahlaki gelişim, ilerleyen dönemlerde içselleştirilen ilke ve değerler halinde uygulanmaya başlanır (MEB, 2013).

Ahlaki gelişim, bireyin toplumun değer yargılarını kazanarak içinde bulunduğu çevreye uyumunu artırır ve sosyal ilişkilerini düzenler, kişinin hedef ve amaçlarını belirli değerler sistemi etrafında şekillendirerek hayatı anlamlandırmasına yardımcı olur. Hayatı belli amaçlar, değerler ve idealler üzerine inşa etmek ise kişiyi zorluklara ve tehlikelere karşı daha dayanıklı kılar. Doğruluk, adalet, vefa, sadakat, paylaşma gibi toplumsal ahlaki değerleri benimsemiş kişilerin daha sağlıklı bir ruhsal yapıya sahip oldukları bilinmektedir. Konuyla ilgili yapılan pek çok araştırma da, toplumsal ahlaki değerlerin ruh sağlığı açısından koruyucu olduğunu ortaya koymaktadır (Spicer, 2011; Narvaez, Wang ve Cheng, 2016). Düşük ahlaki kazanımların kötü sosyal ilişkiler, yıkıcı davranış bozuklukları, anti-sosyal ve narsistik kişilik bozuklukları gibi sonuçlarla ilişkili olması şaşırtıcı değildir (Azimpour, Derakhshan ve Ghanbari; 2018). Bu anlamda toplumun temeli olan ailenin ahlaki tutumu, çocuğun çevresi ile uyumlu yaşamasını, yanlış davranış ve alışkanlıklardan uzak kalmasını, erdem ve sorumluluk sahibi olmasını sağlamada hayati öneme sahiptir (MEB, 2013).

Tablo 4. Erken çocukluk döneminde ahlaki değerler eğitimi açısından ebeveynlere yönelik öneriler

Ahlaki değerler eğitiminin doğumla birlikte başladığını hatırlınızda tutun. En başta çocuklarınızla geçirdiğiniz sıcaklık ve ilgiye dayalı vakitlerin, ahlaki gelişimleri açısından son derece önemli olduğunu fark edin.

Çocuklarınızın ahlaki değerleri belki de hiçbir beceri ve davranışla kıyaslanamayacak derecede sizi gözlemleyerek öğreneceklerini aklınızda bulundurun.

Eşinizle birlikte, çocuğunuza kazandırmak istediğiniz kural ve değerleri en başında konuşun. Birbirinizle olan ilişki ve iletişiminizde bu kuralları önce kendiniz uygulayın.

Kendinizin uyamayacağı kurallar ya da sergileyemeyeceği davranışlar hakkında çocuğunuza öğüt vermekten kaçının. Bu tutarsız öğütlerin çocuğunuzun gözündeki güveninizi zedeleyeceğini unutmayın.

Kurallarınızı, sizin için önemli ve vazgeçilemez olan birtakım değerlerinizi yansıtabilecek şekilde belirlemeye gayret edin. Böylelikle, kurallarınız farklı durumlarda esneyebilmekle birlikte kendi içinde net ve tutarlı bir görünüm alacak ve çocuğunuzun zihninde belirsizlikler oluşmayacaktır.
Çocuğunuza teşekkür etmek, özür dilemek gibi toplumsal ifadeleri bu yaşta amaçlarına uygun olarak öğretin, bunları evde önce siz uygulayın.
Çocuğunuza birlikte oynadığınız oyunlar sırasında yardımlaşma, paylaşma, doğru sözlü olma, sıra bekleme, adil olma gibi değer ve tutumları göstererek öğretebileceğiniz fırsatlar oluşturun. Çocuğunuzun da bunları uygulamasına izin verin.
Çocuğunuza bu tür kural ve değerlerin hayatımızda niçin önemli olduğunu, o kuralları uyguladığımızda/uygulamadığımızda karşımızdakilerin neler hissedebileceğini yaşına uygun olarak tartışın.
Çocuğunuza kurallar ve değerler öğretmenin en önemli şartının onlarla kurulacak sıcak bir ilişki ve güvenli bağlanmaya dayalı olduğunu hatırlınızda bulundurun.

Sonuç olarak; erken çocukluk döneminde kazanılmaya başlamış olması gereken öz denetim, duygu düzenleme, dürtü kontrolü, zevk erteleme, problem çözme ve empati gibi beceriler ruhsal ve sosyal açıdan sağlıklı bir yaşam için elzemdir. Bu dönemdeki bir çocuk için en önemli gelişimsel kazanımlar arasında yer alan bu becerilerin her biri aynı zamanda koruyucu ruh sağlığı ve dayanıklılık açısından da çok önemlidir. Söz konusu bu becerilerin yokluğu veya kısıtlılığı çocukluk ve erişkinlik dönemindeki birçok psikiyatrik bozukluğun (örneğin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, davranım bozukluğu, antisosyal kişilik bozukluğu, narsistik kişilik bozukluğu, alkol-madde bağımlılığı) önemli belirtileri veya sebepleri arasındadır. Ebeveynler ve eğitimciler başta olmak üzere toplumun bu konularda bilgilendirilmesi, küçük çocukların bu becerileri kazanma durumunun takip edilmesi, bunlara yönelik eğitim programları oluşturulması ve riskli aile ve çocukların tespit edilip erken müdahale edilmesi bu dönem için yapılabilecek koruyucu ruh sağlığı önlemlerine örnek olarak verilebilir.

Diğer taraftan psikolojik dayanıklılığın gelişmesi açısından bu dönem çocuklarında dikkat edilmesi gereken bir diğer nokta çocuğun gelişimsel düzeyine uygun keşfetme, risk alma, zorluklarla yüzleşme gibi durumlara izin vermek hatta teşvik etmektir. Birinci bölümde de anlatıldığı gibi psikolojik dayanıklılık tanım olarak zorlu bir durumla karşılaşp, bir takım baş etme, uyum sağlama ve esneklik becerileriyle bu sorunun üstesinden gelip normale dönebilme becerisi demektir. Toplumumuzda sıklıkla karşılaşılan, yukarıda detaylı bahsedilen bir takım (örneğin aşırı koruyucu, kaygılı, kısıtlayıcı, müdahaleci) ebeveyn tutum ve davranışlarının çocuklarda psikolojik dayanıklılığın gelişmesini zorlaştıracaklarını söylemek mümkündür. Çocuğu tehlikeli veya riskli durumlardan korumak bir ebeveyn görevi olmakla birlikte, bu konudaki dengenin iyi kurulması gerektiği, çocukların baş edebilecekleri düzeyde risk veya zorluklarla karşılaşmasının dayanıklı bireyler yetişmesi açısından önemi topluma ve ebeveynlere iyi anlatılmalıdır.

Erken Çocukluk Döneminde Sağlıklı Yaşam Alışkanlıkları

Beslenme, uyku, teknoloji ve ekran kullanımı ve öz bakım gibi konular günümüzde her yaş grubu için çok önemli sağlıklı yaşam konuları arasındadır. Bu alışkanlıkların hepsi beden ve ruh sağlığı açısından doğrudan önemli olmakla birlikte günümüz yaşam şeklinde çok sıklıkla ihmal edilen veya kötüye kullanılan konulardır. Beslenme ve uyku sorunları, teknoloji ve ekran kötüye kullanımıyla ilgili bedensel ve ruhsal sorunlara hemen her toplum kesiminde ve her yaş grubunda rastlamak mümkündür. Bu konunun detayları bu bölümün amacı dışında olmakla birlikte, bölümümüzle ilişkisi çok önemlidir. Söz konusu alışkanlıklar koruyucu ruh sağlığı ve dayanıklılık açısından her yaş grubu için çok önemlidir. Dolayısıyla bu konularda sağlıklı ve doğru bir alışkanlık edinmiş olmak yaşam boyu bedenve ruh sağlığı için gereklidir. Bölümün başında da belirtildiği gibi erken çocukluk döneminde öğrenilen, kazanılan birçok beceri yaşam boyu devam etme eğilimindedir. Bu sebeple beslenme, uyku, teknoloji ve ekran kullanımı ve öz bakım (hijyen, tuvalet, diş fırçalama) gibi becerilerin bu yaş döneminde kazanılmaya başlamış olması çok önemlidir. Çocuğun yaşı ilerledikçe bu alışkanlıkların kazanılması veya değiştirilmesi giderek zorlaşacaktır. Bazı durumlarda, ortaya çıkan bedensel, ruhsal ve gelişimsel olumsuz sonuçların telafisi mümkün olmayabilir. Günümüz yaşam şekli ve alışkanlıklarımızda çocuklarımızın bu konularda ciddi olarak riske atıldığı birçok örnek vardır. Bu konu 7.bölümde daha detaylı olarak ele alınacaktır. Erken çocukluk dönemine yönelik koruyucu ruh sağlığı ve dayanıklılık çalışmaları sağlıklı yaşam alışkanlıklarını dikkate almalı, ebeveyn ve topluma bu konunun önemi iyi bir şekilde anlatılmalıdır.

Bölüm Özeti

Erken çocukluk dönemi hayatın geri kalanına etki eden pek çok tutum ve becerinin kazanıldığı hassas bir dönemdir. Bu dönemde öğrenme ebeveynlerden görülen davranışların taklidi şeklinde olduğundan, anne-babaların temel tutum ve davranışları çocuğun kişiliği ve davranışları üzerinde belirleyici olmaktadır. Ebeveynlerin sıcak, destekleyici ve hoşgörülü, kuralların net ve tutarlı olduğu ailelerde yetişen çocuklar, ileride öz-denetimi yüksek, duygu düzenlemesini uygun şekilde yapabilen, büyük idealler için zevk erteleyebilen, sorunlarla etkin şekilde başa çıkabilen,

kişiler arası ilişkilerinde empatik ve ahlaki bir tutum gösterebilen sağlıklı bireyler olarak yetişebilmektedir. Bütün bu beceriler koruyucu ruh sağlığı ve psikolojik dayanıklılık açısından yaşam boyu önem arz etmektedir. Bu sebeple aile ve çocuk merkezli koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinin yaygınlaştırılmasına ihtiyaç vardır.

Kaynakça

- Aral, N., Kandır, A. ve Yaşar, C.M. (2002). Okul öncesi eğitim ve okul öncesi eğitim programı. Preschool education and preschool education program. Istanbul: Ya-Pa Publishing.
- Azimpour, A., Derakhshan, Z., ve Ghanbari, S. (2018). Morality and Psychopathology: Tendencies to Personality Disorders and Some Other Mental Disorders Among Individuals with High and Low Moral Identity. Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences, 13.
- Bakanlığı, M.E. (2013). Çocuk gelişimi ve eğitimi-ahlak gelişimi. Erişim adresi: http://www.meg.gov.tr/mte_program_modul/moduller_pdf/Ahlak%20Geli%C5%9Fimi.pdf.
- Caviness, Jr, V.S., Kennedy, D.N., Richelme, C., Rademacher, J.F.P.A., Filipek, P.A. (1996). The human brain age 7–11 years: a volumetric analysis based on magnetic resonance images. Cerebral cortex, 6, 726-736.
- Duyan, V., Gülden, Ç. ve Gelbal, S. (2012). Öz-denetim Ölçeği ÖDO: Güvenirlilik ve Geçerlilik Çalışması. Journal of Society & Social Work, 23.
- Kaya, A., Bozaslan, H., ve Genç, G. (2012). Üniversite Öğrencilerinin Anne-Baba Tutumlarının Problem Özme Becerilerine, Sosyal Kaygı Düzeylerine ve Akademik Başarılarına Etkisi. Dicle University Journal of Ziya Gokalp Education Faculty, 18.
- Kök, M. ve ÇAKICI, A. (2017). Çocuklar İçin Ahlaki Olgunluk Ölçeği: Geçerlik Ve Güvenirlilik Çalışması. 21. Yüzyılda Eğitim Ve Toplum Eğitim Bilimleri Ve Sosyal Araştırmalar Dergisi, 6, 711-730.
- Mischel, W. (2014). The marshmallow test: Understanding self-control and how to master it. Random House.
- Narvaez, D., Wang, L. ve Cheng, Y. (2016). The evolved developmental niche in childhood: Relation to adult psychopathology and morality. Applied Developmental Science, 20, 294-309.
- Saylık, F.Z., ve Yalçın, M.G. (2018). Otoriter veya demokratik ebeveyn tutumunun ve ebeveyne bağlanma biçiminin suçluluk ve utanç duygularına etkisinin yarı-deneyssel yöntemle incelenmesi. Psikoloji Çalışmaları, 38, 95-127.
- Spicer, F. (2011). Psychopathology and morality. Philosophy, Psychiatry, & Psychology, 18, 359-363.
- TDK (Türk Dil Kurumu) (2015). Genel Açıklamalı Sözlük. Ankara: TDK Yayınları.
- Yavuzer, H. (2006). Çocuk eğitimi el kitabı. Remzi Kitabevi.
- Yörükoğlu, A. (2003). Çocuk ruh sağlığı. Özgür Yayınları, İstanbul.

Ünite Soruları

1. Aşağıdakilerden hangisi erken çocukluk döneminin özelliklerinden olması beklenmez?

- A) Merak ve keşfetme
- B) Görerek öğrenme
- C) Kız-erkek ayrımını yapabilme
- D) Büyükleri taklit etme
- E) Nasihat yoluyla öğrenme

2. Aşağıdakilerden hangisi erken çocukluk dönemi kazanımlarından değildir?

- A) Cinsiyetine uygun tercihlerde bulunma
- B) Basit düzeyde empati yapabilme
- C) Duygularını ifade etme
- D) Soyut kavramları anlama
- E) Tuvaletini söyleme

3. Erken çocukluk döneminde cinsel kimlik gelişimi için hangisi doğrudur?

- A) Cinsel kimlik gelişimi için kritik dönem olarak düşünülebilir
- B) Dönem sonuna doğru cinsiyetle uyumlu tercih ve davranışlar büyük ölçüde gelişmiştir
- C) Cinsel kimliğin gelişiminde ebeveyn tutum ve davranışları önemlidir
- D) Erkek çocuklar için babanın varlığı özellikle önemlidir
- E) Hepsi

4. Koruyucu ruh sağlığı açısından önemli olan aşağıdaki beceri veya durumlardan hangisi erken çocuklukla ilgili değildir?

- A) Dürtü ve öfke kontrolü

- B) Zevk erteleme
- C) Güvenli bağlanma
- D) Empati
- E) Problem çözme

5. Psikolojik dayanıklılığın gelişmesi açısından aşağıdakilerden hangisi 6 yaşında bir çocukta ailenin yapması beklenen bir durum değildir?

- A) Sorunların çözümünde çocuğa örnek olmak
- B) Çocuğu her türlü riskli durumdan uzak tutmak
- C) Çocuğun sağlıklı beslenmesini sağlamak
- D) Çocuğa tarihimizden kahramanlık hikayeleri okumak
- E) Çocuğun ağaca tırmanmaya çalışmasına izin vermek

6. Aşağıdaki psikiyatrik bozukluklardan hangisi erken çocukluk döneminde kazanılmaya başlamış olması beklenen empati becerisinin gelişmemiş olmasıyla karakterizedir?

- A) Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu
- B) Anksiyete bozukluğu
- C) Major depresif bozukluk
- D) Antisosyal kişilik bozukluğu
- E) Şizofreni

7. Aşağıdakilerden hangisi erken çocukluk dönemindeki koruyucu ruh sağlığı önlemlerinden birisi değildir?

- A) Ebeveynlere yönelik baş etme eğitimi vermek
- B) Kreş veya anaokulunda gelişimsel veya davranışsal sorunu olan çocukları taramak
- C) Çocuklara yönelik yabancı dil eğitimleri vermek
- D) Uyku ve beslenme alışkanlıklarına dikkat etmek

E) Ciddi düzeyde dürtü ve davranış sorunu olan çocukları tedavi için yönlendirmek

8. Ebeveyn tutum ve davranışlarının koruyucu ruh sağlığı ve dayanıklılık açısından önemi/etkisi hakkında hangisi doğrudur?

A) Ebeveynler olumlu veya olumsuz örnek olabilirler

B) Aşırı koruyucu ebeveyn tipi dayanıklılık gelişimini zorlaştırabilir

C) İlgisiz, sorumsuz ebeveyn çocukta riskli alışkanlıkların gelişmesini kolaylaştırır

D) Ebeveyn tutum ve davranışları psikiyatrik bir sorunun ortaya çıkışını kolaylaştırabilir

E) Hepsi

9. Aşağıdakilerden hangisi erken çocukluk döneminde beceri kazanmanın, öğrenmenin yollarından birisidir?

A) Gözlemlene

B) Deneme-yanılma

C) Merak etme

D) Taklit etme

E) Hepsi

10. 4-5 yaş grubu çocukların olduğu bir anaokulunda koruyucu ruh sağlığı projesi geliştirmeniz ve uygulamanız isteniyor.

Aşağıdakilerden hangisini bu bağlamda yapmanız beklenmez?

A) Ailelerin sosyodemografik özellikleriyle ilgili bilgi toplamak

B) Çocuklarda teknoloji kullanımı konusunda ebeveynleri bilgilendirmek

C) Çocuklarda cinsel kimlik gelişimiyle ilgili sorunları taramak

D) Davranışsal ve gelişimsel problemleri olan çocuklara tanı koymak

E) Gelişimsel sorunları olan çocuklara test uygulamak

CEVAP ANAHTARI

1. e 2. d 3. e 4. c 5. b 6. d 7. c 8. e 9. e 10. d

5. OKUL ÇAĞINDA KORUYUCU RUH SAĞLIĞI VE DAYANIKLILIK

Giriş

Bir önceki bölümde 2-6 yaş arasını kapsayan erken çocukluk döneminin gelişimsel özelliklerinden, bu dönemde kazanılması beklenen becerilerden, dönemle ilişkili riskli durumlardan ve bu durumlara yönelik koruyucu ruh sağlığı uygulamalarından bahsedilmişti. Bu bölümde ise okul çağı çocuğun gelişimsel özelliklerinden, bu dönemle ilişkili riskli durumlardan ve bu durumlara yönelik koruyucu ruh sağlığı uygulamalarından bahsedilecektir.

Okul çağı, 6-11 yaş arasındaki çocuklarda büyüme ve gelişmeyi kapsayan dönemdir. Bu dönemde okulla tanışan çocuklar, önceki dönemlerden farklı olarak, dış dünyaya adım atar ve ailelerinin dışında yeni sosyal ilişkiler geliştirirler. Önceleri çoğunlukla ailenin etkisi altında büyüyen çocuk, okulla birlikte çevrenin etkisiyle karşılaşır. Bu dönem aynı zamanda erken çocukluk döneminde kazanılan beceri ve alışkanlıkların pekiştiği, çocuğun yeni görev ve sorumluluklarla tanıştığı, toplum tarafından kendinden beklenen ödevlerin arttığı çocukluktan ergenliğe doğru bir geçiş dönemidir. Bu dönemin sağlıklı bir şekilde geçirilmesi, hem bundan sonraki ergenlik dönemi hem de hayatın geri kalan dönemlerinde sağlıklı bir birey olma yolunda oldukça önemlidir. Bu bölümde önce okul çağı çocuğunun genel gelişimsel özellikleri tanıtılacak ve okul çağı çocuklarının karşılaşılabilecekleri psikososyal problemlerden bahsedilecek, ardından çocuk, aile ve okul merkezli koruyucu ruh sağlığı uygulamalarından bahsedilecektir.

5.1. Okul Çağı Çocuğunun Genel Gelişimsel Özellikleri

Okul çağı, çocuğun ilkokul yıllarını kapsayan 6-11 yaş arasındaki dönemdir. Erken çocukluk döneminde esas olarak ailenin etkisi altında büyüyen çocuk, okul çağına geldiğinde aileden bağımsız olarak sosyal bir çevre edinmeye başlar. Vaktinin önemli bir kısmını okulda geçiren çocuğun hayatında artık öğretmen ve arkadaşlarıyla kurulan ilişkiler önemli bir yer tutar. Önceleri ebeveynlerinden görerek öğrendiği pek çok alışkanlığın üzerine, okulda öğretmen ve akranlarından gördüğü yeni davranışlar eklenir, ailenin devam eden etkisinin yanında okuldaki ilişkileri de çocuğun gelişimi üzerinde etkili olmaya başlar. Erken çocukluk döneminde temelleri atılan öz-denetim, dürtü ve zevk erteleyebilme, etkin problem çözebilme, empati yapabilme gibi beceriler bu dönemde artan sosyalleşmeyle birlikte pratiğe dökülme ve pekişme imkanı bulur. Bu dönemde çocuklar, ailesinden bağımsız olarak geliştirdiği sosyal etkileşimlerinde kendi tercihlerini yapmayı ve tercihlerinin sonuçlarını deneyimlemeyi öğrenir, tecrübelerinden elde ettiği sonuçlarla kişiler arası ilişkileri ve toplumsal kuralları anlamaya çalışır. Vaktinin büyük bir kısmını evden çok, okuldaki ilişkiler, kurallar, deneyimler ve öğrenmeyle geçiren çocukta zorluklarla kendi başına etkin şekilde baş edebilme, yeterli olma ve kendine güvenme gibi duygular önem kazanır.

Bu dönem aynı zamanda artan bilişsel, fiziksel ve sosyal becerileri sebebiyle çocuğun yeni görev ve sorumluluklarla tanıştığı bir dönemdir. Çocuk bu dönemde okuma ve yazmayı öğrenmek, ders dinlemek, ödevleri yapmak, yeni beceriler geliştirmek, arkadaş edinmek, akranları tarafından kabullenilmek, kendini ifade edebilmek, sorunlarını uygun şekilde çözebilme, öz-bakımını sağlayabilmek gibi yeni kural, sorumluluklar ve becerilerle tanışır. Ailesinden aldığı ahlaki değerlere okulda öğrendiği yeni kural ve değerler eklenir ve artan bilişsel beceriler sayesinde doğruluk, vicdan, adalet gibi temel ahlaki kavramlar henüz anlamları tam olarak bilinmese de somut düzeyde oluşmaya başlar. Sınıf ortamında ya da akranlarla oynanan grup oyunlarında olduğu gibi, sosyal hayat içinde bu kavramların nerede durduklarını, neye karşılık geldiğini tecrübe ederek kavramaya çalışır. Bu kurallara uyum göstermek, sorumluluklarını uygun bir şekilde yerine getirmek, sağlıklı ilişkiler ve uygun beceriler geliştirmek bu dönemde önem kazanır. Erken çocukluk döneminde ebeveynleri memnun etme amacıyla kurallara uyma gayretinde olan çocukta okul çağına gelindiğinde öğretmeni ve arkadaşlarının sevgisini kazanma, onlardan onay ve kabul görme gibi toplumsal ilişki ve etkileşimlerin ilk örnekleri deneyimlenmiş olur. Böylelikle, erken çocukluk döneminde sıklıkla aileyle birlikte hareket eden çocukta -halen esas olarak ailenin etkisi altında olmakla birlikte- aileden ayrışma ve sosyal kimlik oluşturma'nın ilk adımları atılmış olur. Bu gelişmeler, ergenlikle birlikte daha belirgin bir hale bürünecek ve kimlik gelişimi için bir geçiş niteliğinde olacaktır.

Okul çağı aynı zamanda çocukta yapması beklenen ödev ve sorumlulukların artmasıyla birlikte, başta dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu ve özgül öğrenme bozukluğu gibi gelişimsel bozukluklar olmak üzere, pek çok psikiyatrik bozukluğun ortaya çıktığı ya da görünür hale gelmeye başladığı bir dönemdir. Bu bozuklukların sadece içinde bulunulan dönemi etkilemekle kalmadığı, hayatın geri kalan dönemlerinde de kalıcı sorun ve sonuçlarla ilişkili olduğu bilindiğinden bu tür psikiyatrik sorunların erken tespiti ve gerekli müdahalelerin erken dönemde planlanması yine bu dönemdeki önemli koruyucu ruh sağlığı uygulamalarından biri olmaktadır. Bu konudan ileriye kısımlarda daha ayrıntılı olarak bahsedilecektir.

5.2. Koruyucu Ruh Sağlığı ve Dayanıklılık Açısından Okul Çağı

Önceki bölümlerde bebeklik ve erken çocukluk dönemlerinin koruyucu ruh sağlığı ve dayanıklılık açısından öneminden, bu dönemlerde kazanılması beklenen becerilerden bahsedilmişti. Bu açıdan bebeklik dönemindeki en önemli kazanımın güvenli bağlanma olduğu, bebeklik döneminin güvenli bağlanma için kritik bir dönem olduğu; erken çocukluk döneminin ise koruyucu ruh sağlığı ve dayanıklılık açısından yaşam boyu önemli olan bir takım becerilerin (örneğin öz-denetim ve duygu düzenleme, dürtü ve öfke kontrolü, zevk erteleme ve empati) kazanılması ve gelişmesi için hassas bir dönem olduğu açıklanmıştı. Bu dönemlerin devamı olarak okul çağı da ruh sağlığı ve dayanıklılık açısından önemli çok sayıda becerinin kazanılmasında ve gelişmesinde hassas dönem olarak karşımıza çıkmaktadır. Erken çocukluk döneminden başlayarak, her bir gelişimsel dönemin bir takım koruyucu becerilerin bu dönemlerde kazanılması açısından hassas dönemler olduğu unutulmamalıdır. Yani bu becerilerin kazanımı için keskin zaman sınırları çizmek doğru olmayabilir. Fakat bu beceriler genellikle gelişimsel süreçte bir birini takip eden ve tamamlayan bir şekilde ortaya çıkarlar. Önceki dönem kazanımları gerçekleşmeden şimdiki dönemdeki bir görevin ya da kazanımın gerçekleşmesi çok zor olabilir. Örneğin erken çocukluk döneminde öz-denetim ve dürtü kontrol becerilerini yeterince kazanmamış bir çocuğun okul çağında sorun yaşaması veya okul çağında ders çalışma alışkanlığı kazanmamış bir çocuğun ergenlik döneminde akademik olarak başarısız olması gibi.

Okul çağı bir önceki erken çocukluk döneminde kazanılmaya başlayan becerilerin gelişmeye devam etmesiyle birlikte, ruh sağlığı ve dayanıklılık açısından çok sayıda farklı becerilerin kazanılması ve gelişmesi için hassas bir dönemdir. Bu beceri ve kazanımlar bazen tek başına ama genellikle diğer beceri veya kazanımlarla birlikte çalışarak ruh sağlığı açısından koruyucu etki göstermekte veya dayanıklılığı artırmaktadırlar. Bu becerileri şöyle özetleyebiliriz:

□□**Sorumluluk duygusu:** Okul çağı eğitim-öğretimle ilgili konular başta olmak üzere, çocuğun farklı konularda giderek artan şekilde sorumluluk almaya başladığı bir dönemdir. Sorumluluk duygusunun gelişmesi doğrudan ve dolaylı olarak ruh sağlığı ve dayanıklılık açısından önemlidir. Çocuğun gelişimsel düzeyine uygun şekilde sorumluluk alması ve yerine getirmesi teşvik edilmeli, gerektiğinde destek olunmalıdır. Bu dönemde kazanılması gereken bir takım sorumlulukların ileride kazanılmasının çok daha zor olduğuna 'ders çalışma sorumluluğu' örnek olarak verilebilir. Okul çağında ders çalışma alışkanlığı ve sorumluluğu kazanmamış bir çocuğun ergenlik döneminde ders çalışan bir öğrenci olması çok zordur. Diğer taraftan bir çocuğun her konuda aynı sorumluluk düzeyini göstermesinin mümkün olmayabileceği unutulmamalıdır.

□□**Akademik başarı:** Özellikle her hangi bir zorlamaya bağlı olmadan tabii olarak gelişen akademik başarı birçok açıdan yaşam boyu koruyucu bir faktördür. Akademik başarısı iyi olan çocuklarda ve ergenlerde aile içi çatışma, okul ve akran sorunları, davranış problemleri, sigara-alkol-madde kullanımı, intihar girişimi gibi birçok sorun daha azdır, psikososyal iyilik hali daha fazladır.

□□**İletişim, kendini ifade etme ve savunma becerileri:** Günümüzde birçok çocuk erken çocukluk döneminden itibaren okul başta olmak üzere farklı sebeplerle günün önemli bir kısmını evden veya ebeveyninden ayrı olarak geçirmektedir. Ebeveynler çocuklarının yanında oldukları sürece onları koruyup kollayabilirler. Fakat ebeveynin olmadığı ortam ve durumlarda çocukların kendilerini nasıl koruyacağı çok önemli bir konudur. Okul çağında çocuğun muhatap olduğu kişi ve ortam sayısı hızla artmaya başladığından çocuğun farklı ortamlarda kendini doğru ifade edebilme ve koruması daha da önemli bir hal almaktadır. Çocuklara yönelik çok sayıda tehlike veya riskin söz konusu olduğu günümüzde bu konubirçok ebeveyn için ciddi bir endişe kaynağıdır. İşte bu noktada iletişim, kendini savunma ve hayır deme becerilerinin koruyucu ruh sağlığı açısından önemi ortaya çıkmaktadır. Bu beceriler birçok yönüyle önemli olmakla birlikte, çocuğu günlük hayattaki birçok risk veya tehlikeden veya istenmeyen durumdan koruması yönüyle koruyucu ruh sağlığı açısından çok önemli olmaktadır. Akran etkisi ve zorbalığı, fiziksel, duygusal ve cinsel istismar, sigara-alkol-madde kullanımı başta olmak üzere her türlü riskli duruma veya kötü alışkanlığa karşı çocuğun kendini doğru ifade edebilmesi, hayır diyebilmesi ve savunabilmesi çok önemlidir. Çocuk veya ergenin söz konusu bu riskli durumların veya alışkanlıkların kötü olduğunu bilmesi yetmez. Kendisini nasıl koruyacağını bilmediği takdirde bir çocuğun veya bir ergenin kendisini bu risklerden koruması veya uzak durması çok zordur. Söz konusu bu riskli durumların ruh sağlığı açısından oluşturduğu ciddi riskler göz önüne alındığında çocuklarımızın kendini koruyacak becerilere sahip olması koruyucu ruh sağlığı açısından çok önemlidir. Küçük yaştan başlayarak, özellikle okul döneminde her çocuğa bu tür riskli durumlarda ne söylemesi ve ne yapması gerektiği, kendisini nasıl koruyacağı gibi konular çocuğun gelişim düzeyine uygun bir şekilde anlatılmalıdır.

□□**Sağlıklı özgüven:** Özgüven konusu medya veya internet başta olmak üzere birçok ortamda sıklıkla yanlış vurgularla ele alınan bir konudur. Özgüvenin tek başına her zaman iyi ve istenilen bir durum olmadığı bilinmelidir. Bu sebeple biz 'sağlıklı özgüven' kavramını kullanacağız. Sağlıklı özgüven, bir amaç olmaktan ziyade bir sonuçtur. Çocuğun herhangi bir konudaki başarısı (ders, spor, sanat, el becerisi vs), veya olumlu ve sevilen kişilik özellikleri (iyi arkadaş, cömert, yardımsever, cesur, dürüst, saygılı, güzel ahlaklı vs) kendine güveninin gelişmesini sağladığında bu sağlıklı bir özgüvendir. Bir çocuğun kendine güvenmesi için mutlaka başarılı bir öğrenci olması gerekmediği unutulmamalıdır. Akademik başarı özgüven gelişiminin yalnızca bir bileşenidir. Her çocuk sahip olduğu özellikler, ilgi ve yetenekleri ve potansiyeli çerçevesinde sağlıklı özgüven gelişimi için teşvik edilmeli ve her çocuğa destek olunmalıdır. Sağlıklı özgüven, ruh sağlığı ve dayanıklılık açısından yaşam boyu koruyucu bir faktördür. Diğer taraftan her hangi bir başarı veya erdeme bağlı olmayan özgüven, yıkıcı bir silaha dönüşebilir. Davranım bozukluğu veya antisosyal kişilik bozukluğu olan bireylerin özgüven düzeylerinin toplumdaki birçok insandan daha fazla olması bunun çarpıcı bir örneğidir. Bu bireyler özgüvenlerini iyi şeyler yapmaktan ziyade suç sayılan eylemlerde kullanmaktadırlar. Sağlıklı özgüven gelişiminden daha çok bireydeki narsistik

veya bencil özellikleri ortaya çıkarmaya veya pekiştirmeye çalışan medyatik yaklaşımlar birey ve toplum ruh sağlığı açısından sakıncalı olabilir. Çocuklarla çalışan her alandan uzmanın ve ebeveynlerin çocuklarda özgüveni geliştirme konusunda sağlıklı, tutarlı ve gerçekçi söylem veya tutumlar geliştirmesi önemlidir.

□□**Etkili sorun çözme ve baş etme becerileri:** Sorun çözme ve baş etme becerileri her yaş grubunda birey için yaşamın hemen her alanında ihtiyaç duyulan becerilerin başında gelmektedir. Sorun çözme ve baş etme becerilerinin temel formları erken çocukluk döneminde başta ebeveyn olmak üzere çevreyle kurulan ilişki ve etkileşimle kazanılmaya başlar. Okul çağı bu becerilerin farklı yönleriyle geliştiği ve güçlenmeye devam ettiği bir dönemdir. Sorun çözme ve baş etme becerileri, doğrudan veya dolaylı olarak diğer birçok koruyucu beceriyle ilişkili olarak koruyucu ruh sağlığı ve dayanıklılık için elzemdir. Etkili sorun çözme ve baş etme becerilerinin, her yaş grubunda bir çok psikiyatrik bozukluğun veya sorunun (örneğin depresyon, anksiyete, travma ilişkili sorunlar, intihar girişimleri, alkol-madde kullanımı) gelişmesini engellediği çok sayıda çalışmayla gösterilmiştir. Diğer taraftan psikolojik dayanıklılığın gelişmesinde kişinin karşılaştığı sorunlarla etkili şekilde baş ederek normale dönebilmesi çok önemlidir. Bu bağlamda çocuğun zorluklarla baş etme konusunda yaşadığı her başarılı deneyim onu giderek daha dayanıklı ve güçlü bir birey haline getirecektir. Okul çağı çocukları; yaşıt ilişkileri, akademik, sosyal veya sportif performanslar başta olmak üzere birçok farklı konuda sorun çözme ve baş etme becerilerini test etme ve geliştirme imkânı bulabilirler. Yüzleştiği sorunların çocuğun sorun çözme ve baş etme becerilerinin üzerinde olup olmadığı önemli bir konudur. Çocuğun kendi başına çözebileceği bir soruna müdahale etmek veya kendi başına çözemeyeceği bir sorunda yardım etmemek doğru değildir. Çocuğunun hangi sorunla nasıl baş ettiğini veya edeceğini öngörebilmek ve gerektiğinde çocuğuna yardımcı olabilmek çok önemli bir ebeveynlik becerisidir. Aile, toplum ve okul düzeyinde etkinlik veya programlar çocukların baş etme becerilerini geliştirmekte yardımcı olabilir.

□□**Spor ve sanatsal ilgiler:** Spor veya sanat alanında ilgili ve başarılı bir çocuğa sahip olmak birçok ebeveynin arzuladığı bir durumdur. Bazı ebeveynler bu tür çabalara daha erken yaşlarda başlıyor olsalar da, herhangi bir spor veya sanat dalına yönlendirmek okul çağı çocuğunda daha kolaydır. Erken çocukluk döneminde çocuğun bu alanlarda becerilerini fark etmek henüz mümkün olmayabileceği gibi, birçok durumda fiziksel, sosyal veya bilişsel açıdan yeterli olmayabilirler. Bir spor veya sanat dalında ilgi ve başarı sahibi olmanın ruh sağlığı ve dayanıklılık açısından koruyucu olduğu gösterilmiştir. Söz konusu koruyucu etki çok yönlü olarak gerçekleşebilir. Spor veya sanatla ilgilenmek doğrudan bedensel ve/ya zihinsel gelişimi desteklediği gibi, riskli veya kötü alışkanlıklardan veya ortamlardan uzak durmalarını da sağlayabilir. Düzenli fiziksel aktivitenin her yaş grubunda ruh sağlığı ve psikolojik dayanıklılık için önemli olduğu bilinmektedir. Bununla birlikte günümüzde okul ve/ya ebeveynlerin akademik başarıyla ilgili aşırı beklenti ve baskısı veya imkân ve ortam yokluğu sebebiyle okul çağındaki birçok çocuk için bu tür ilgileri olmak veya geliştirmek mümkün olmayabilir. Bu konuda gerek toplum temelli gerekse eğitim sistemi içinde teşvik edici programlar ve imkânlar oluşturmak daha sağlıklı ve dayanıklı bireylerin yetişmesi için değerli bir adım olacaktır.

□□**Sağlıklı eğlence anlayışı:** Günümüzde bebeklikten itibaren her çocuğun yaşamında farklı sebep ve şekillerde değişik kutlamalar, özel günler vs. olmaktadır. Küçük çocuklarda genellikle aile içinde ufak çaplı etkinlikler olarak başlayan bu tür kutlamalar (örneğin doğum günü), okul yıllarında ve ergenlik döneminde aile dışından bireylerin (örneğin arkadaşların) katılımıyla devam eder. Bu tür kutlama ve etkinlikler doğru ve güvenli bir şekilde uygulandığında aile bağlarını ve sosyal ilişkileri güçlendirmede, çocukluğa dair hoş anılar biriktirmede ve çocuğun benlik saygısını geliştirmede faydalı olabilir. Fakat günümüzde giderek artan bir şekilde bu tür kutlama veya eğlencelerde çocuklar açısından riskli alışkanlıklar veya içerikler söz konusu olabilmektedir (örneğin sigara-alkol-madde kullanımı, uygunsuz cinsel içerikli mesaj veya davranışlar). Hatta bazı ebeveynlerin daha da ileri giderek küçük çocuklarına sigara veya alkol içirirkenki fotoğraf veya videolarını internette paylaştıkları görülmektedir. Buna benzer durumların bir çocuk istismarı olduğu unutulmamalıdır. Bir çocuk bu tür uygunsuz veya riskli içeriklerle kutlama yapılan bir ortamda büyüdüğünde ileride kendisinin de aynı davranışları tekrar etmesi gayet mümkündür. Bu tür kutlama veya etkinliklerin (özellikle ergenlik döneminde) sigara-alkol-maddeyle ilk defa bu ortamlarda karşılaşmaya yol açabileceği unutulmamalıdır. Bir sonraki bölümde detaylı olarak anlatılacağı gibi akranlarının isteği, beğenisi veya talepleri bir ergen için çok önemlidir. Bu sebeple arkadaşının doğum gününde bir ergenin kendisine teklif edilen sigara veya alkole hayır demesi normal zamanlara göre çok daha zordur. Sağlıklı eğlence anlayışının gelişmesi ve yerleşmesi açısından okul çağıları oldukça önemlidir. Aile düzeyinden başlayarak, medya ve toplum düzeyinde sağlıklı eğlence anlayışının teşvik edilmesi bu açıdan önemlidir.

□□**Sağlıklı yaşam alışkanlıkları:** Önceki bölümde beslenme, uyku, teknoloji ve ekran kullanımı ve öz bakım gibi sağlıklı yaşam alışkanlıklarının erken çocuklukta edinilmeye başlaması gerektiğini söylemiş, bu alışkanlık veya becerilerin beden ve ruh sağlığı ve psikolojik dayanıklılık açısından önemini vurgulamıştık. Bu alışkanlıkların gelişmesi ve yerleşmesi okul çağı ve hatta ergenlik döneminde devam etmektedir. Önceki dönemde bu alışkanlıkları kazanamamış bir okul çağı çocuğunda bu alışkanlıkları kazandırmak daha zor olacaktır. Bu alışkanlıkların kazanılmasında ebeveyn etkisi ve denetimi çok önemlidir. Bununla birlikte çocuklar büyüdükçe ebeveynlerin çocuk üzerindeki etkisi doğal olarak azalmaktadır. Ergenlik döneminde ise ebeveyn-ergen ilişkileri daha da azalabilir, hatta çatışma söz konusu olabilir. Böyle bir durumda ebeveynin ergene yönelik sağlıklı

yaşam önerileri veya çabaları bir işe yaramadığı gibi gerginlik veya çatışma sebebi olabilir. Bu sebeplerden dolayı ebeveynler bu gerçek hayat senaryosu konusunda bilgilendirilmeli, çocuklarının ergenliğe girmeden önce sağlıklı yaşam alışkanlıklarını olabildiğinde kazanmış olmalarına gayret etmelidir.

□□**Alkol-madde karşıtı bilinç ve davranışlara sahip olmak:** Birinci bölümde de bahsedildiği gibi günümüzde ergenler ve gençler arasındaki en önemli sağlık sorunlarından birisi sigara-alkol-madde kullanımı ve bağımlılığıdır. Alkol-madde kullanımı veya bağımlılığı birey ve toplum düzeyinde beden ve ruh sağlığını çok yönlü olarak etkileyen ciddi bir sağlık sorunudur. Alkol-madde bağımlılığı bir kez geliştiğinde bireyin hayatının farklı boyutlarında çoğunlukla telafisi mümkün olmayan etkileri vardır. Alkol-madde bağımlılığının tedavisi çok zordur. Bu yönleriyle koruyucu ruh sağlığı önlemlerinin çok etkili ve önemli olduğu alanlardan birisi alkol-madde kullanımı ve bağımlılığıdır. Bu bağlamda çocukların okul yıllarından başlayarak alkol-madde ve bağımlılık karşıtı bilinç, tutum ve davranışları kazanmış olmaları çok önemlidir. Koruyucu programlarda okul yıllarında sigara ve alkolün öncelikli olarak ele alınması gerekirken, ergenlik döneminde uyuşturucu maddeler de gündeme alınmalıdır. Bu programlar sadece sigaranın, alkolün, maddenin zararlarını anlatmakla kalmamalı, çocuk veya ergenin önceki ve bu bölümde bahsedilen koruyucu beceriler ışığında kendini kontrol etme, riski tanıma ve riskten uzak durma, baş etme ve hayır deme gibi konularını da ele almalıdır.

5.3. Okul Çağı Çocuğunda Psikososyal Problemler ve Koruyucu Ruh Sağlığı

Okul çağı, çocukların gelişimsel özellikleri ve içinde bulundukları psikolojik ve sosyal değişimler nedeniyle bir takım psikiyatrik problemlerin ilk olarak ortaya çıktığı ya da mevcut psikiyatrik problemlerin belirginleşmeye başladığı bir dönemdir. Yüksek gelirli ülkelerde yapılan epidemiyolojik çalışmalar, okul çağı çocuklarında her hangi bir psikiyatrik bozukluk görülme sıklığının %8-18 oranında olduğunu bildirmektedir (Costello, Egger ve Angold, 2005). Çocuklardaki psikiyatrik bozukluklar akademik başarısızlıkla, akademik başarısızlığın da artan psikiyatrik bozukluklarla ve sonuç olarak her ikisinin de yaşam boyu sürebilecek davranış bozuklukları ile ilişkili olduğu bilinmektedir (Trzesniewski vd., 2006). Bu sebeple çocuk sağlığı ve gelişiminde eğitim ve ruh sağlığı birbirlerinden ayrılmaz iki kavram olmakta, okullar da ruh sağlığı çalışmalarında özellikli bir konuma sahip olmaktadır. Okullar, kuruluş amacı olarak eğitim-öğretime odaklanan kurumlar olarak görülmekle birlikte, ruh sağlığı hizmetlerine iki önemli şekilde aracılık ederler:

- 1) Akademik başarı, ruhsal ve fiziksel sağlıkla çift yönlü bir ilişki içindedir, birinin bozulması diğerini de olumsuz etkileyebilir.
- 2) Okullar sadece iyi bir mesleki beceri kazandırmaktan değil, aynı zamanda hayatlarını mutlu ve anlamlı kılan, topluma faydalı bireyler yetiştirmekten de sorumludur(Benningfield ve Stephan; 2015).

Bu sebeple, koruyucu ruh sağlığı çalışmaları yapabilmek için yeterli donanım ve yaygınlığa sahip olan okul ve eğitim sistemi, çocukların ruhsal sorunlarını tanıma, anlama ve müdahale etmede son derece önemlidir (Kora ve Yazgan, 2007). Bu dönem çocuklarda okula başlama ile birlikte gerek akademik beceriler, gerekse okula uyum ve akran ilişkileri açısından farklı problemler görülebilmektedir. Okullaşma sonucu ortaya çıkan ya da önceden var olup, gelişimsel özelliği itibariyle okul döneminde belirginleşen problemlerin yine okul sistemi içinde eğitimciler tarafından fark edilip tanınması, uygun müdahalelerin planlanması bakımından gereklidir.

5.3.1. Okula Başlama ve Uyum Süreci ile İlişkili Problemler ve Koruyucu Ruh Sağlığı

Okula başlama çocuğun hayatındaki önemli dönüm noktalarından biridir. Okul, çocuğun alıştığı ve kendini güvende hissettiği aile ortamının dışına çıkarak yeni bir sosyal çevre edinmesinin ilk adımıdır. Uyulması gereken yeni kurallar, yerine getirilmesi gereken yeni sorumluluklar, arkadaşları ve öğretmenleri ile geliştireceği yeni ilişkiler ile çocuk daha önce tecrübe etmediği bir ortam içerisine girmiş olur. Buna okuma, yazma matematik gibi yeni becerileri öğrenmeyle ilişkili zorluklar da eklendiğinde, okula başlama süreci bazı çocuklarda okulla ilişkili kaygı ve korkuların oluşmasına neden olabilir, çocuğun okula uyum sağlamasıyla ilişkili güçlüklerle ve hatta okul fobisi, okul reddi gibi durumlarla sonuçlanabilir. Bu durum çocuğun daha sonraki okul yaşantısını, eğitim ve mesleki hayatını etkileyebileceğinden, aileler ve eğitimcilerin önemle üzerinde durması gereken konulardan biridir.

Okula uyumla ilişkili problemler çocuk, aile, öğretmen ve okulla ilgili birçok farklı durum sebebiyle olabilir. Bu problemleri en aza indirmek, özellikle ebeveyn ve eğitimcilerin beraberce hareket ederek çocuğun okula uyumunu destekleyecek sağlıklı bir yaklaşımı benimsemesiyle mümkün olabilir. Bu hususta ailelerin, erken yaşlardan itibaren çocuklarına etkin baş etme, problem çözme, kurallara uyma, sorumluluk alma, inisiyatif kullanma ve sosyal ilişkiler geliştirebilme gibi beceri ve donanımları kazandırması, çocuğun girdiği yeni okul ortamında yeterli ve güvenli olmasını sağlaması açısından etkilidir. Ailelerin aşırı koruyucu olduğu, çocuğun kendi kararlarını almasının engellendiği, çocuğa hata yapma fırsatının verilmediği ailelerde ise çocuklar ebeveynlerinin yanında olmadığı okul ortamında kendilerini savunmasız hissedebilir, aileden ayrılmakla ilişkili kaygıları yüzünden çocukların okula düzenli bir şekilde devam etmesi dahi sekteye uğrayabilir. Konuyla ilgili üzerinde durulması gereken bir diğer husus, ebeveynlerin okula Giriş çocuklarını okul hakkında yeterli seviyede bilgilendirmeleridir. Aile, okulun nasıl bir yer olduğu,

orada kimlerle karşılaşılacağı, öğretmenin rolü ve eğitim süreci ve saatlerinin nasıl olacağı gibi konularda çocuklarına önceden gerekli açıklamaları yapmalı, çocuğun zihninde okulla ilişkili belirsizlikleri gidermeye çalışmalıdır. Bu sayede çocuk, okulla ilgili daha istekli ve motive olabilecek ve kendisini okulda daha güvende hissedebilecektir.

Okula başlama ve uyum süreci üzerinde etkili bir diğer faktör de eğitimcilerin tutumlarıdır. Bu süreçte eğitimcilerin uyum süreci ile bilgili olması, çocukların uyum süreçlerini kolaylaştırabilmek amacıyla okulun ilk ayını tanışma etkinliklerine ayırması, bu süreci akran ilişkilerini düzenleme ve kurallara alışma zamanı olarak değerlendirmesi, öğretmenlerin çocukları daha yakından tanımalarına ve mevcut problemleri daha iyi anlamasına yardımcı olacaktır. Eğitimcilerin, çocuk ve ailenin dezavantaj oluşturabilecek özelliklerine (düşük sosyo-ekonomik düzey, kronik/fiziksel hastalıklar, boşanma vb.) ilgiyle yaklaşması da uyum sürecini kolaylaştırmada ve gerekli müdahaleleri erken zamanda planlamada önemlidir. Okula uzun süre uyum sağlayamayan çocuklarda aile, öğretmen ve gerekirse okul yönetimi birlikte hareket etmeli, uyumsuzluğun nedenleri araştırılmalı, bu durumun devamı halinde ise bir çocuk ruh sağlığı uzmanından destek alınmalıdır. Bu sayede çocuk psikiyatrisindeki acil durumlardan biri kabul edilen okul fobisi ve okul reddinin erken dönemde önüne geçilebilmektedir.

Tablo 1. Ebeveynler için okula uyum sürecini kolaylaştırabilecek öneriler

Çocuğunuz okula Giriş onu okul hakkında mutlaka bilgilendirin. Okulun nasıl bir yer olduğu, orada kimlerin olacağı, ne yapılacağı, okulun kaçtan kaçta kadar süreceği, okuldan almaya kimlerin geleceği gibi konularda çocuğunuzun kafasındaki belirsizlikleri gidermeye çalışın. Gerekirse öncesinde birlikte okulu ziyaret edin.
Çocuğunuzu ilkokulun anaokulunda gördüğü eğitimle benzer ve farklı olabilecek yanlarını anlatın. Çocuğunuzun zihnindeki sorulara uygun cevaplar vermeye gayret edin.
Çocuğunuzla okul konusunu tekrar tekrar konuşmaktan da kaçının, bu durum olumlu olmanın tersine, çocuğunuzun daha fazla kaygılanmasına sebep olabilir.
Çocuğunuzla kırtasiye vb. alışverişini birlikte yapın, çocuğunuza okulu sevdirmenin yollarını arayın.
Çocuğunuzun okula ilgili yoğun kaygıları olduğunu fark ettiğinizde bu kaygının sebebini anlamaya çalışın. Eşinizle birlikte sebebe yönelik destekleyici tutumlar belirleyin.
Çocuğunuzun sınıf içerisinde neler yaptığını yakından takip edin, yeni arkadaşlıklar kurması için onu teşvik edin.
Çocuğunuzun 1 aydan daha fazla süre okula uyum gösteremediği durumlarda öğretmen ve okul yönetimiyle işbirliği içinde problemin çözümüne ilişkin yollar arayın. Gerekli durumlarda bir çocuk ruh sağlığı uzmanından yardım isteyin.

Okula başlamayla birlikte çocuklar yeni arkadaşlıklar ve sosyal etkileşimler içine girerler. Toplumsal uyum sürecinin yaşandığı bu dönemde, onaylanma, aidiyet ve birlikte hareket etme ihtiyacı ile grup kavramı oluşmaya başlar. Arkadaşlık ilişkileri ve grup etkileşiminin önem kazandığı bu yıllarda, öğrencilerin kişilik gelişimi, akademik başarıları ve psikososyal sağlıklarınıolumsuz yönde etkileyen sorunlardan birisi de akran zorbalığı olarak bilinen durumdur. Akran zorbalığı, kendini savunmada zorlanan bir çocuk veya ergenin, tekrarlayan biçimde bir veya daha fazla öğrenci tarafından kasıtlı olarak rahatsız edici davranışlara ve muameleye maruz kalması olarak tanımlanır(Gökler, 2009). Çoğunlukla okul çağlarında ortaya çıkmaya başlayan akran zorbalığı, ilişkili olduğu bir takım psikososyal riskler sebebiyle koruyucu ruh sağlığı açısından önemli bir alandır. Bu konu 8. bölümde daha detaylı ele alınmaktadır.

5.3.2. Özel Gereksinimli Çocuklar ve Koruyucu Ruh Sağlığı

Koruyucu ruh sağlığının okul çağı çocuklarında önemle üzerinde durduğu bir başka alan özel gereksinimli çocuklara yönelik hizmetlerdir. Özel gereksinimli çocuk, çeşitli nedenlerle, bireysel ve gelişimsel özellikleri ile eğitim yeterlilikleri açısından, akranlarından beklenen düzeyde anlamlı farklılıklar gösteren çocuk olarak tanımlanmaktadır (MEB, 2006). Özel gereksinimli çocuklar, yetersizlik alanlarına göre, zihinsel yetersizlik, dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu (DEHB,) özgül öğrenme bozukluğu (ÖÖB), otizm, işitme, görme ve ortopedik engeli olan bireyler ile sürekli ya da uzun süreli bakım ve tedavi gerektiren hastalığı olan bireyleri kapsamaktadır. Bu çocukların bedensel, sosyal ve/veya zihinsel becerileri, bireyselleştirilmiş özel bir eğitim gerektirecek düzeyde farklıdır. Bu bireyler için Milli Eğitim Bakanlığı tarafından okul içinde ya da okul dışındaki kurumlarda özel eğitim hizmetleri yürütülmektedir. Bu hizmetlerin amacı, özel eğitime ihtiyacı olan bireylerin, toplum içinde bağımsız yaşamaları ve kendi kendilerine yeterli bir duruma gelmelerine yönelik temel yaşam becerilerini geliştirmelerini sağlamak, başkaları ile iyi ilişkiler kuran, iş birliği içinde çalışabilen, çevresine uyum sağlayabilen üretici ve mutlu bir vatandaş olarak yetişmelerine yardımcı olmak, yeterlilikleri, ilgi ve yetenekleri doğrultusunda üst öğrenime, iş ve meslek alanlarına ve hayata hazırlanmalarına yardımcı olmaktır (MEB,2006).

Özel eğitim gerektiren bireylerin tanınması, tanılanması ve eğitim hizmetlerinin belirlenmesi, başta aileler ve öğretmenler olmak üzere, çocuk ve ergen psikiyatristi ile özel eğitim uzmanlarının koordinasyonu ile mümkündür. Bu süreç, bedensel, sosyal ya da zihinsel yetersizliği olduğu aile ve öğretmenler tarafından fark edilen bireylerin çocuk ve ergen psikiyatristine yönlendirilmesiyle başlar. Buradaki gözlem ve değerlendirmeler sonucu herhangi bir yetersizliğin olup olmadığı, varsa yetersizliğin sebebi, çocuğun işlevsellik derecesi, nasıl bir gelişim göstereceği belirlenir, problemlerin nasıl giderilebileceği üzerinde yoğunlaşarak, yetersizlikten etkilenme derecesini en aza indiren tıbbi önlemler ve tedaviler üzerinde durulur. Bu verilere dayanarak, çocuğun özel bir eğitim programına gereksinimi olup olmadığına karar verilir ve gerek görülmesi halinde çocuğun devlet tarafından desteklenen özel eğitim merkezlerine yönlendirilme süreci başlatılır. Özel eğitim merkezlerinde ise çocuğun tıbbi tanılmasına ek olarak, becerileri, yetersizlikleri ve işlevselliğinin derecesi belirlenerek eğitimsel bir tanılama yapılır ve çocuğun uygun olduğu sınıf ortamında eğitim alması planlanır.

Özel eğitim programları, özel gereksinimli çocukların yetersizlik alanlarına göre oluşturulan özel eğitim kurumlarında uygulanır. Özel eğitim kurumları; ayrı eğitim kurumları ve birlikte eğitim kurumları olmak üzere ikiye ayrılmaktadır:

Ayrı eğitim kurumları, yetersizlikten etkilenmiş çocukların normal akranlarından ayrılarak, aynı bozukluğa sahip diğer çocuklarla bir arada eğitim gördüğü kurumları kapsar. Bu kurumlar arasında kronik ve bakım gerektiren rahatsızlığı olan çocukların eğitim gördüğü hastanelere bağlı eğitim kurumları, orta düzeyde zihinsel yetersizlikten etkilenmiş çocukların eğitim gördüğü Eğitilebilir Zihinsel Engelliler İlköğretim Okulları, ilköğretimi tamamlayan orta düzeyde zihinsel yetersizliği olan çocukların eğitim gördüğü İş Okulları, otizmlili çocukların eğitim gördüğü Otistik Çocuklar Eğitim Merkezleri (OÇEM), yetersizlikten etkilenen öğrencilerin normal okul içerisindeki ayrı bir sınıfta eğitim gördüğü Özel Eğitim Sınıfları sayılabilir. Bu kurumlarda sınıflar, öğrencilerin özelliklerine ve ihtiyaçlarına uygun olarak düzenlenir. Öğretmenler de özel eğitim alanında yeterli bilgi ve donanıma sahip kişiler arasından seçilerek, çocukların özelliklerine uygun eğitimin verilebilmesi amaçlanır.

Birlikte eğitim kurumları ise yetersizlikten etkilenmiş bireylerin, normal gelişimli akranlarıyla bir arada eğitim gördüğü sınıf ortamlarını kapsayan kurumlardır. “Kaynaştırma” adı verilen birlikte eğitim ortamlarında öğrenciler, eğitimlerinin çoğunu normal gelişimli akranlarıyla birlikte aynı sınıfta alırlar. Yetersizlikten etkilenme derecesi az olan öğrenciler için sınıf içinde yalnızca özel araç-gereç desteği sağlanır. Bunun yanı sıra öğrencinin yetersizlikten etkilenme derecesi ve diğer özellikleri daha farklı destek özel eğitim hizmetlerinin verilmesini de gerektirebilir. Birlikte eğitim ortamları engelli çocukların toplumdan soyutlanmak yerine sosyal gelişimini destekleyen en olumlu ve en az sınırlandırıcı uygulamadır. Bu sayede yetersizlikten etkilenmiş çocuklar, diğer çocuklarla etkileşim halinde sosyal beceri ve deneyimler edinme imkânı bulur, sınıf ortamı bir anlamda çocuğun toplumsal hayata uyumunu kolaylaştıran doğal bir tedavi ortamı işlevi görür. Yetersizlikten etkilenen çocuklarla bir arada eğitim görmek, normal gelişimli çocukların sosyal ve duygusal gelişimleri açısından da yararlıdır. Yetersizlikten etkilenen arkadaşlarının sorunlarını fark etme ve onları daha yakından tanıma, empati geliştirme, yardımlaşma ve paylaşma gibi, bir arada yaşamının getirmiş olduğu ahlaki değerler ve kuralları edinmede birlikte eğitim kurumları önemli işlevler görür. Ancak ne yazık ki, son yıllarda bazı velilerin, özel gereksinimli çocuklarla kendi normal gelişim gösteren çocuklarının aynı sınıfta eğitim görmelerini reddedici bir tutum içerisinde olduğu görülmektedir. Özel gereksinimli çocuklara bulaşıcı hastalık taşırmışçasına yapılan bu üzücü muamele, her şeyden önce bu çocukların toplumsal hayata uyumunun ve doğal eğitim haklarının engellenmesi anlamına gelmektedir. Birlikte eğitimin engellenmesi aynı zamanda normal gelişim gösteren çocukların sosyal gelişimlerini de olumsuz etkiler, ailelerin bu ayrımcı tutumu, çocuklarda yardımlaşma ve paylaşma gibi yukarıda bahsedilen tutum ve becerilerin kazanılması yolunda önemli bir engel oluşturur. Bu anlamda öğretmen ve velilerin iş birliği içinde olumlu ve destekleyici tutumları çocuklarda yardımlaşma ve toplumsal dayanışma bilincinin artırılmasına katkı sağlayacaktır.

Özetle, tıbbi ya da psikiyatrik sebeplerle fiziksel, sosyal ve zihinsel yetersizliği bulunan çocukların erken yaşta fark edilip uygun sağlık branşlarına yönlendirilmeleri ve gerek görülmesi halinde özel eğitim desteğinden yararlanabilmeleri hem birey hem toplum düzeyinde önemli kazanımların olduğu bir koruyucu ruh sağlığı hizmetidir. Araştırmalar ve klinik gözlemler erken zamanda yapılan müdahalelerin ve özel eğitim desteklerinin fiziksel, ruhsal, sosyal ve mesleki açıdan olumlu sonuçlar verdiğini göstermektedir (MEB, 2006). Bu sebeple aile ve eğitimcilerin çocuklarda görülebilecek yetersizliklere yönelik farkındalıklarının artırılmasına, çocuk, aile ve okul merkezli programların yaygınlaştırılmasına ve bu kişilerle kurumlar arasında daha fazla işbirliğine ihtiyaç vardır.

5.3.3. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ve Koruyucu Ruh Sağlığı

Okul çağı çocuklarında sık görülen psikiyatrik problemlerden birisi de dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğudur (DEHB). Çalışmalar DEHB'nin dünya genelindeki yaygınlığının % 5.9 - 7.1 gibi bir oranla, oldukça sık görülen bir bozukluk olduğunu ortaya koymaktadır (Willcutt, 2012). DEHB çocuğun gelişimsel düzeyine uygun olmayan, okul, toplum veya aile ilgili işlevselliğini doğrudan olumsuz etkileyen dikkatsizlik ve/veya aşırı hareketlilik ve dürtüsellikle karakterize bir gelişimsel bozukluktur (APA, 2013). Bazı belirtiler okul öncesi dönemde de görülebilmekle birlikte, DEHB sıklıkla okula başladıktan sonraki ilk birkaç yıl içinde belirti vermektedir. Bu çocuklarda özellikle sınıf ortamında ayrıntılara dikkatini verebilme, dersleri dikkatlice takip edebilme, görevleri tamamlayabilme, plan yapabilme, plan doğrultusunda organize olabilme, çaba gerektiren zihinsel işlevleri yerine getirebilme gibi dikkat ve odaklanma gerektiren işlerde zorluklar; ayrıca çok konuşma, aşırı hareketlilik, sıra bekleyememe,

sakin bir şekilde vakit geçirememesi, sık sık başkalarının sözünü kesme gibi hiperaktivite ve dürtüsellik belirtileri görülür. Bu alanlardaki belirtiler, çocuğun akademik başarı, sosyal ilişki ve toplumsal işlevsellikle ilgili pek çok farklı alanda belirgin zorluklar yaşamasıyla sonuçlanır (Motavalli, 2015).

DEHB'li çocukların önemli bir kısmında belirtilerin ergenlik (%60-80) ve erişkinlik (%40-60) döneminde de devam ettiği göz önüne alındığında, belirtilerin sadece okul çağı çocuklarında değil, hayatın geri kalan dönemlerinde de devam edebileceği bilinmektedir (AACAP, 2007). DEHB'li çocukların erişkinliğe kadar takip edildikleri uzun süreli izlem çalışmalarında, bu çocukların ergenlik ve/veya erişkinliklerinde DEHB'ye ek olarak farklı psikiyatrik, sosyal ve akademik sorunlarla karşılaşma risklerinin bulunduğu gösterilmiştir. Tedavi edilmeyen DEHB'li bireylerin; her yaş grubunda akademik ve sosyal güçlülere sahip oldukları, akran ve aile üyeleriyle daha fazla sorun yaşadıkları, öfke kontrolü ve duygu düzenlemesinde zorluklar yaşadıkları, kapasitelerinin altında başarı gösterdikleri, kaza sonucu yaralanmaya daha yatkın oldukları, benlik saygısı ve özgüvende azalma sebebiyle anksiyete ve depresyon açısından daha fazla risk taşıdıkları, depresyon, dürtüsellik ve olumsuz sosyal çevreden dolayı alkol-madde kullanımına yatkın oldukları bilinmektedir. Buna karşın DEHB, erken ve doğru tedavi edildiğinde başarı oranı en yüksek bozukluklardan biridir (AACAP, 2007).

DEHB'nin etkin tedavisi çocuğun problemlerinin erken zamanda fark edilmesiyle başlar. Bunun için okullar, DEHB belirtilerini tanıma, anlama ve müdahale etmede öncelikli bir yere sahiptir. Tedavi için hazırlanan klavuzlar, çocuk-ebeveyn-öğretmen-ruh sağlığı çalışanı uyumunun DEHB tedavisindeki başarısını ortaya koymaktadır. İlaç tedavisine ek olarak, anne-baba eğitimi ve öğretmenlere destek programlarından oluşan bütüncül tedavi yaklaşımının, çocuğun akademik ve sosyal belirtileri üzerine olumlu etkileri olduğu, bu yaklaşımın ilaç tedavisinin başarısını ve yönetimini kolaylaştırdığı belirtilmektedir. Bu çocuklarda olumlu davranışlar ve güçlü yanların ön plana çıkarılarak düşük benlik saygısı oluşmasının önüne geçilmesi, çocuğu küçük düşürücü ve yargılayıcı olumsuz ebeveyn tutumlarının önüne geçilmesi, sınıf içinde pozitif yönde geri bildirim ve pekiştireçlerle olumlu davranışların geliştirilmesi, çocuğun dikkatinin dağılacağı alanlarda derse katılımının teşvik edilmesi, etkin duygu düzenlemenin ve etkili iletişim becerilerinin kazandırılması, çocuğun başarılı olduğu farklı alanlarda desteklenmesi hedeflenmelidir. Bütün bunlar çocuk merkezli, aile-öğretmen ve ruh sağlığı uzmanlarının ortak yaklaşımıyla mümkün olabilmektedir. Bu sebeple DEHB ve ilişkili sorunların önlenmesinde okullardaki koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinin yaygınlaştırılması, öğretmen ve okul yöneticilerinin bu konuda eğitilmesi özellikli bir yere sahiptir.

5.3.4. Özgül Öğrenme Bozukluğu ve Koruyucu Ruh Sağlığı

Özgül öğrenme bozukluğu (ÖÖB) ilköğretim döneminde sık karşılaşılan psikiyatrik bozukluklardan biridir. ÖÖB, uygun ve yeterli düzeyde alınan eğitime rağmen, en az altı aydır süren, öğrenme ve okul becerilerini kullanmayla ilişkili güçlükleri içeren gelişimsel bir bozukluk olarak tanımlanmıştır (APA, 2013). Bu bozukluğa sahip çocuklarda okuma, yazma ve aritmetik becerileri ilgilendiren alanların bir ya da daha fazlasında öğrenmeyle ilişkili güçlükler görülür; öğrenci bu alanlarda, bulunduğu sınıfın ortalama düzeyinden belirgin şekilde geri durumdadır. ÖÖB'nin sıklığı farklı toplum ve kültürlerde değişebilmekle birlikte, çalışmalarda okul çağı çocuklarında % 5-15 arasında görüldüğü bildirilmektedir (APA, 2013). Bozukluğun oluşmasında genetik etkenler önemli rol oynamakla birlikte, anne-babanın eğitim durumu, aile içinde okuma ile ilişkili ortam ve teşvik düzeyi, alınan eğitimin kalitesi, kullanılan dile ait özellikler, erken ve prematüre doğum gibi çevresel faktörlerin de biyolojik yatkınlığın etkisini arttırdığı bilinmektedir (APA, 2013).

ÖÖB olan çocuklar öğrenmeyle ilişkili zorluklarından dolayı okul hayatına yaştlarının gerisinde bir performansla başlarlar. Bu çocuklarda, verilen görev ya da ödevleri tamamlamakla ilişkili girişimler çoğu kez yoğun bir çabayla tamamlanır ya da başarısızlıkla sonuçlanır. Bunun yanında ÖÖB, sadece akademik alanlarla ilişkili bir zorluk olarak kalmaz, çocuğun kendini “başarısız ve yetersiz” olarak algılayışı, öğretmenden aldığı olumsuz geri bildirimler, arkadaşları tarafından kabul görmeme ve akran ilişkilerinde bozulma ile zamanla düşük benlik algısı yer edinir. Yeterli destek ve müdahalenin sağlanmadığı durumlarda ise ÖÖB ergenlik döneminde anksiyete ve depresyon başta olmak üzere diğer psikiyatrik bozukluklara yol açabilir (Feldman vd., 1993; Whitehouse, 2009).

ÖÖB hayat boyu akademik, sosyal ve mesleki alanlarda olumsuz sonuçlarla ilişkili olduğundan, bozukluğun ortaya çıkmasını engellemeye yönelik tedbirleri almak, bozukluk tespit edildiğinde ise gerekli müdahaleleri vakit kaybetmeden uygulamak koruyucu ruh sağlığının hedefleri arasındadır. Bu anlamda ilk basamak, okul öncesi dönemden başlanarak ebeveynlerin çocukla birlikte kitap okumasının teşvik edilmesi, çocuğa yeterli okul öncesi beceri ve eğitimin verilmesi ve ilköğretimle birlikte her öğrenci için yüksek kalitede eğitimin sağlanması olmaktadır. Bu sayede var olan genetik bir yatkınlık çevre etkisinin düzenlenmesiyle kontrol edilebilir hale gelir. İkinci basamak önlemler ise, ebeveyn ve öğretmenlerin ÖÖB ile ilişkili olabilecek belirtileri erkenden tanıyabilmesi, okul ve aile işbirliği ile ÖÖB olabileceği düşünülen olguların gerekli birimlere yönlendirilmesini kapsar. ÖÖB gibi, hayat boyu ciddi sonuçlarla ilişkili bir problemin, akademik becerilerin yeni kazanılmaya başlandığı erken dönemde tespit edilmesi, çocuğun yaştlarını akademik olarak daha kısa sürede yakalayabilmesini sağlamanın yanında, akran zorbalığı, anksiyete ve depresyon gibi diğer psikiyatrik bozukluk ve davranış sorunlarının önüne geçilmesine de yardımcı olabilir. Problemin çözümüne ilişkin üçüncü basamak önlemler ise, ÖÖB tanısı alan olguların devlet tarafından ücretsiz desteklenen özel eğitim merkezlerine yönlendirilerek bireyselleştirilmiş eğitim hizmetlerinden yararlanabilmelerini kapsar. Bu eğitim programlarında çocukların gelişimsel özellikleri ve öğrenme becerileri dikkate

alınarak akademik becerilerle ilgili eksiklikleri giderilmeye çalışılır. Klinik gözlem ve araştırmalar, eğitimsel müdahalelerin özellikle erken dönemde ciddi fayda sağladığını göstermektedir (Feldman vd. 1993). Olumlu bir sonlanım için ÖÖB'ye ilişkin önlem ve müdahalelerin çocuk, aile ve okul birlikteliğiyle uygulanması, çocuk ve aileye ilişkin koruyucu faktörlerin ve güçlü yönlerin ön plana çıkarılması, okul tabanlı koruyucu ruh sağlığı programlarının yaygınlaştırılması sağlanmalıdır (Feldman vd., 1993).

Tablo 2. Ebeveyn ve eğitimciler için DEHB ve ÖÖB olan çocuklarda dayanıklılığı arttıracak öneriler

Çocukların akademik ve akademik olmayan ilgi alanlarını destekleyerek, onları spor, sanat vb. alanlardaki faaliyetlere yönlendirmeye çalışın. Bu şekilde fiziksel, zihinsel ve sosyal gelişimlerine yardımcı olmanın yanında, olumlu bir benlik algısı ve sağlıklı bir öz-güven geliştirmeleri sağlanmış olacaktır.
Çocukların sosyal iletişim ve problem çözme becerilerini geliştirmesine yardımcı olun, bu konuda çocuklara gerekli fırsatları sunmaya gayret edin.
Çocukların yaşamış oldukları öğrenme güçlüğü ve sosyal zorlukları anlamalarına yardımcı olun, bu konuda neler hissettiğini anlamaya çalışın.
Çocukların öğrenme konusundaki istek, çaba ve kararlılıklarını ödüllendirin.
Çocuklara gerçekçi ve ulaşılabilir hedefler koymasında yardımcı olmaya çalışın.
Çocukların kendilerine örnek alabilecekleri erişkinlerle güçlü ilişkiler geliştirmelerini sağlamaya gayret edin.
Çocukları ders başarıyla ilgili konularda akranlarıyla kıyaslayın, bunun yerine çocukların şimdiki ve daha önceki ders durumlarını ve ilerlemelerini değerlendirmek daha faydalı olacaktır.
Çocuğun akademik bilgileri aklında daha kolay tutmasını sağlayacak yazılı ve görsel materyalleri kullanmaya çalışın. Bu konuda gerekirse öğretmenlerden yardım alın.
Aile ve okul olarak işbirliği içinde çocuğun kendisini güvende hissetmesini sağlamaya çalışın.

Bölüm Özeti

Okul çağı, çocuğun hayatında yeni beceriler ve sosyal ilişkiler geliştirdiği, sorumluluklarının arttığı, hayat boyu kalıcı alışkanlıklar kazandığı, ergenliğe ve erişkinliğe hazırlandığı bir geçiş dönemidir. Bu dönemde çocuğun alışmış olduğu düzenin dışına çıkarak okul ve sosyal çevre gibi birçok yenilikle karşılaşması, çocuğun dayanıklılığı, uyum ve adaptasyon becerileri sayesinde sağlıklı bir süreç olarak geçirilebilmektedir. Çocukların bu dönemde karşılaşabilecekleri pek çok psikososyal zorluk (okula uyumla ilişkili sorunlar, akran baskısı, becerilerinde özel eğitim desteği gerektirecek ölçüde yetersizlikler, dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu ve özgül öğrenme bozukluğu gibi psikiyatrik bozukluklar vb.) bu problemlere ilişkin koruyucu faktörlerin artırılması, riskli yönlerin azaltılması ile önlenilmekte, erken dönemde fark edilerek gerekli müdahaleler uygulanabilmektedir. Okul çağında dayanıklı bireyler yetiştirmek; aile-okul-sağlık çalışanlarının koordineli çalışması, mevcut problemlerin erken zamanda tespiti ve müdahale edilmesi, çocuk ve aileyi merkeze alan koruyucu politikalar geliştirilmesi ile mümkün olacaktır.

Kaynakça

- AACAP (2007). Practise Parameters for the assesment and treatment of children and adolescent with ADHD, Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 46, 894-921.
- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlinton, VA: American Psychiatric Association.
- Benningfield, M.M., ve Stephan, S.H. (2015). Integrating mental health into schools to support student success. Child and Adolescent Psychiatric Clinics, 24, xv-xvii.
- Costello, E.J., Egger, H., ve Angold, A.. 10-year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: I. Methods and public health burden. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 44, 972-86.
- Feldman, E., Levin, B.E., Lubs, H., Rabin, M., Lubs, M.L., Jallad, B., Kusch, A. (1993). Adult familial dyslexia: A retrospective developmental and psychosocial profile. The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences.
- Gökler, R. (2009). Okullarda akran zorbalığı, Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi,6, 511-537.
- Kora, M., ve Yazgan, M.Y. (2007) Okullarda Ruh Sağlığı Çalışmaları. Türkiye Klinikleri Pediatrik Bilimler-Özel Konular, 3, 82-88.

- Mannan, H. (2018). Early infant feeding of formula or solid foods and risk of childhood overweight or obesity in a socioeconomically disadvantaged region of Australia: a longitudinal cohort analysis. *International journal of environmental research and public health*, 15, 1685.
- MEB, M. (2006). Özel eğitim hizmetleri yönetmeliği. Ankara: Resmi Gazete, 31, 26184.
- Motavallı, N.M. (2015). Yaşam Boyu Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Eşlik Eden Durumlar. Nobel Tıp Yayınları.
- Mott, C.S. (2015). Children's Hospital, and National Poll on children's health. Parents on Social Media: Likes and Dislikes of Sharenting| National Poll on Children's Health. Erişim adresi: <https://mottpoll.org/reports-surveys/top-10-child-health-problems-more-concern-sexting-internet-safety>
- Pişkin, M. (2005). Okulda akran zorbalığı. Ankara Valiliği İl Milli Eğitim Müdürlüğü Özel Eğitim Rehberlik ve Psikolojik Danışma Hizmetleri Bölümü ,Okullarda Şiddet' Paneli. Ankara, 12.
- Trzesniewski, K.H., Donnellan, M.B., Moffitt, T.E., Robins, R.W., Poulton, R., Caspi, A. (2006). Low self-esteem during adolescence predicts poor health, criminal behavior, and limited economic prospects during adulthood. *Developmental Psychology*, 42, 381–90.
- Whitehouse, A. J., Spector, T. D., & Cherkas, L. F. (2009). No clear genetic influences on the association between dyslexia and anxiety in a population-based sample of female twins. *Dyslexia*, 15(4), 282-290.
- Willcutt, E.G., Nigg, J.T., Pennington, B.F., Solanto, M.V., Rohde, L.A., Tannock, R., ... ve Lahey, B.B. (2012). Validity of DSM-IV attention deficit/hyperactivity disorder symptom dimensions and subtypes. *Journal of abnormal psychology*, 121, 991.

Ünite Soruları

1. Ruh sağlığı ve dayanıklılık açısından aşağıdakilerden hangisi okul çağı kazanımları arasında yer alır?

- A) İletişim becerileri
- B) Sorumluluk duygusu
- C) Sağlıklı yaşam alışkanlıkları
- D) Baş etme becerileri
- E) Hepsi

2. Okuldöneminde koruyucu ruh sağlığı ve dayanıklılık hakkında hangisi doğru değildir?

- A) Önceki dönemde kazanılmış beceriler bu dönemde gelişmeye, pekişmeye devam eder
- B) Birçok koruyucu becerinin gelişmesi için hassas bir dönemdir
- C) Fiziksel aktiviteler dayanıklılığın gelişmesinde önemlidir
- D) Uyuşturucu maddeler hakkında çocukların bilgilendirilmesi önemlidir
- E) Okul risk veya koruyucu faktör olarak önemli bir ortamdır

3. Akademik başarının ruh sağlığı açısından koruyucu olmasında hangisinin rolü olması beklenmez?

- A) Akademik başarı koruyucu bir faktör olan zekâ ile yakından ilişkilidir
- B) Akademik başarı sağlıklı özgüven gelişiminde önemlidir
- C) Özgüveni yüksek bireyler her zaman akademik olarak başarılı olurlar
- D) Akademik olarak başarılı çocuklar doğrudan veya dolaylı olarak riskli ortamlardan uzak dururlar
- E) Akademik başarı koruyucu bir faktör olan aile desteğini yansıtan bir faktör olabilir

4. Özgüven hakkında hangisi doğrudur?

- A) Özgüveni yüksek bireyler her zaman mutlu ve sağlıklı bireylerdir

- B) Bütün çocuklar başarı veya becerilerinden bağımsız olarak kendilerine güvenmelidir
- C) Bir çocuğun akademik olarak başarılı olması için kendine güvenmesi gerekir
- D) Sağlıklı özgüven ruh sağlığı açısından koruyucudur
- E) Bir çocuğun özgüvenini geliştirmek için akademik olarak başarılı olmasını sağlamak gerekir

5. Aşağıdakilerden hangisi okul çağındaki bir çocukta ebeveynin sorumlulukları arasında yer alır?

- A) Çocuğu riskli ortamlardan uzak tutmak
- B) Okuldaki sorunlarıyla ilgili çocukla konuşmak
- C) Riskli veya tehlikeli durumlarda nasıl davranacağını çocuğuyla konuşmak
- D) Çocuğun uyku ve beslenme alışkanlıklarını takip etmek
- E) Hepsi

6. Okula başlama ve uyum süreciyle ilgili hangisi doğru değildir?

- A) Ebeveynler çocuklarıyla okula başlama hakkında konuşmalıdır
- B) Duygusal ve davranışsal sorunu olan çocuklar zorluk yaşayabilirler
- C) Okula başlamak çocuklar için her zaman keyifli bir olaydır
- D) Ebeveyn tutum ve davranışları okula başlama sürecinde önemlidir
- E) Bazı çocuklar için okula başlamak sıkıntılı ve kaygılı bir olaydır

7. Aşağıdakilerden hangisi özel gereksinimli çocuk olarak düşünülemez?

- A) Fiziksel engelli çocuk
- B) Otizm spektrum bozukluğu olan çocuk
- C) Özgül öğrenme bozukluğu olan çocuk
- D) Üstün zekâlı çocuk
- E) Sorumsuz çocuk

8. Aşağıdakilerden hangisi dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun ruh sağlığı ve dayanıklılık açısından oluşturduğu risklerden birisi değildir?

- A) Enerjik olma
- B) Akademik başarısızlık
- C) Ebeveyn tükenmişliği
- D) Akran ilişkilerinde sorunlar
- E) Riskli davranışlar

9. Özel öğrenme bozukluğu olan bir çocuk hakkında hangisi doğru değildir?

- A) Bu çocuklar ders dışı diğer alanlarda da bir şey öğrenemezler
- B) Belirtiler yaşam boyu devam edebilir
- C) Birçoğu özel eğitim desteğinden fayda görür
- D) Erken tanı ve müdahale prognozda önemlidir
- E) Birçoğunda zaman düşük benlik saygısı gelişir

10. Bir ilköğretim okulunda birincil ve ikincil koruyucu ruh sağlığı programı uygulamayı planlıyorsunuz. Aşağıdakilerden hangisinin bu programda yer alması beklenmez?

- A) Akran zorbalığı konusunda eğitimcileri ve çocukları bilgilendirmek
- B) Fiziksel engelli çocuklara rehabilitasyon hizmeti vermek
- C) Davranış sorunları olan çocukları tedavi için çocuk psikiyatrisine yönlendirmek
- D) Ekran ve internet kullanımı konusunda ailelerle çalışmak
- E) Özel gereksinimi olan çocukları belirlemek

CEVAP ANAHTARI

1. e 2. d 3. c 4. d 5. e 6. c 7. e 8. a 9. a 10. b

6. ERGENLİK DÖNEMİNDE KORUYUCU RUH SAĞLIĞI VE DAYANIKLILIK

Giriş

Önceki bölümde okul çağı çocuğunun genel gelişimsel özelliklerinden, ruh sağlığı ve dayanıklılık açısından bu dönemde kazanılması beklenen becerilerden ve koruyucu ruh sağlığı uygulamalarından bahsedilmişti. Bu bölümde ise erişkinlik dönemi için önemli bir hazırlık dönemi olan ergenlik dönemi genel özellikleriyle tanıtılacak, bu dönemde karşılaşılabilecek riskli durumlar ve koruyucu faktörler ruh sağlığı bağlamında ele alınacaktır.

İnsanın hayat serüveni boyunca yol aldığı her gelişim dönemi kendi içinde farklı özellikler ve tamamlanması gereken farklı görevler barındırır. Bir önceki bölümde bahsedildiği gibi, okul döneminde çocuklar hızlı bir biyolojik, psikolojik, sosyal ve ahlaki gelişim sürecinden geçerler. Çocukluk dönemindeki henüz olgunlaşmamış bu hızlı gelişim ve değişim durumundan yetişkinlik dönemindeki olgunluğa geçiş dönemi ise ergenlik dönemi aracılığıyla olur. *Ergen*, Dünya Sağlık Örgütü tarafından 10-19 yaş arasındaki bireyleri, *ergenlik dönemi* ise bu dönemdeki bireylerin biyolojik, psikolojik, sosyal, bilişsel, cinsel ve ahlaki gelişim ve olgunlaşmalarının gerçekleştiği, çocukluktan erişkin yaşama geçişin olduğu hazırlık sürecini tanımlar (WHO, 2020). Her dönem, bir önceki dönemdeki gelişim ve değişimler üzerine bina edildiğinden, ergenlik döneminde, çocukluk döneminde edinilen alışkanlık, tutum ve davranışlarınuzerine yenileri eklenir. Bu dönemdebireylerin duygu, düşünce ve davranışlarında, cinsel ilgi ve işlevlerinde, sosyal ve ahlaki yargılarında meydana gelen değişimlerle dönemin sonunda kişilik gelişimi önemli ölçüde tamamlanır ve kişi erişkin yaşama büyük ölçüde hazır bir birey olarak toplum içindeki yerini alır. Bu sebeple ergenlik dönemi, köklü değişimlerin yaşandığı, sosyal üretkenliğin kazanıldığı, kişinin genel düşünce ve davranış özelliklerinin olduğu kritik bir gelişim dönemi olarak kabul edilir. Erişkin yaşamdaki sağlıklı ve mutlu bir yaşantı, ancak ergenlik döneminde doğru bilgi, beceri ve davranışların, uygun tutum ve ahlaki değerlerin kazanılması ile sağlanabilir. Bu bölümde ergenlik döneminin farklı gelişimsel özellikleri ve bu döneme özgü bir takım riskli durumlar koruyucu ruh sağlığı bağlamında tartışılacaktır.

6.1. Ergenlik Döneminde Fiziksel ve Cinsel Gelişim

Ergenlik dönemi,fiziksel büyümenin en hızlı gerçekleştiği dönemlerden biridir (Carolyn, Elaine ve Johanna., 2019). Bu dönem boyunca boy uzunluğu hızla artar, vücut ağırlığı boydaki uzamaya paralel olarak artış gösterir, yüz hatları belirginleşir, kas ve kemik yapıları güçlenir, iç organlar büyür ve erişkin dönemdeki fiziksel özellikler ve fonksiyonlara büyük ölçüde ulaşılır. Bu dönemdeki fiziksel gelişim diğer alanlardaki gelişimin de temelini oluşturur; biyolojik değişimlerle başlayan dönem bilişsel, psikolojik, sosyal ve ahlaki gelişimle devam eder. Fiziksel olgunlaşmanın yansımaları ile ergenlerin duygu, düşünce, davranışları, sosyal ilişki ve toplumsal konumları şekillenmeye başlar. Bu dönemdeki hızlı bedensel değişim, bu değişimlere uyum çabalarını ve bir takım zorlukları da beraberinde getirebilir; gerek kızlarda gerekse erkeklerde fiziksel görünüm, yaşlıları tarafından beğenilme, sosyal kabul vb. konular oldukça önem kazanır. Bu alanlarla ilişkili zorluklar ise benlik saygısında azalma, özgüvende yetersizlik, akranları tarafından dışlanma ve sosyal izolasyon gibi olumsuz psikososyal sonuçlarla ilişkili olabilir, kişinin ruh sağlığını ciddi biçimde etkileyerek erişkinlik döneminde de etkisini sürdürecektel şekilde psikiyatrik bir takım bozukluklara zemin hazırlayabilir.

Ergenlik döneminde fiziksel gelişimle birlikte cinsel işlevlerde de belirgin farklılaşmalar görülür. Cinsel özelliklerin ve gelişimin programlandığı cinsiyet hormonları aracılığıyla, hem kız hem de erkeklerde belli aşamalar halinde erişkin dönemdeki vücut yapıları ve fonksiyonları oluşmaya başlar. Bu değişimler, cinsel ilgi ve dürtülerin ortaya çıkması ve üreme yeteneğinin kazanılması ile sonuçlanır. Bu süreç temelde bireyi erişkin yaşama hazırlama işlevi görmekle birlikte ileride tartışılacağı gibi, henüz psikososyal gelişimini tamamlayamamış olan ergen için bazı durumlarda doğrudan ya da dolaylı olarak sıkıntı ve sorun kaynağı oluşturabilir. Bu sebeple ergenlik dönemi üreme yeteneğinin kazanıldığı, ancak cinsel gelişimin henüz tamamlanmadığı bir dönem olarak kabul edilir.

6.2. Ergenlik Döneminde Bilişsel Gelişim

Ergenlik dönemi fiziksel gelişimde olduğu gibi, bilişsel gelişimde de önemli ve hızlı değişimleri barındırır. Bu dönem, ergenin yetişkin düşüncesine özgü bilişsel yetileri kazandığı yıllardır. Bu dönemde bir taraftan beyin ve sinir sisteminin biyolojik gelişimi ve olgunlaşma sürecinin hızlanması, bir taraftan da çevreyle etkileşim ve artan deneyimler sayesinde zihinsel becerilerde önemli ilerlemeler görülür. Ergenlik döneminde gelişen en önemli zihinsel becerilerin; soyut düşünme, mantıksal düşünebilme, dürtüleri erteleyebilme ya da engelleme, hipotez oluşturabilme, çözüm alternatiflerini sistematik şekilde değerlendirebilme ve problem çözümünde esnek davranabilme gibi üst düzey düşünce biçimleri olduğu kabul edilir (Lindberg, 2011). Ergen birey, bu becerileri sayesinde yetişkin hayatta yeni ürünler ve fikirler üretebilme, yeni durumlara adapte olabilme ve sorunlarla başa çıkabilme gibi yetenekler geliştirir.

Ancak bu dönemde beyin ve sinir sistemi yapıları kademeli olarak gelişim gösterdiğinden, bilişsel gelişim de bir süreç halinde ilerler. Ergenlik döneminin önemli bir bölümünde, beynin neden-sonuç ilişkisi kurmakla ilişkili mantıksal bölgeleri henüz gelişimini tamamlamamış olduğundan, ergenler mantıksal düşünceden ziyade sıklıkla duygu ve dürtüleriyle hareket edebilirler. Bu durum halk arasında “delikanlı ya da fevri” olarak nitelenen ergenlerde yenilik ve haz arayışı, duygu yoğunluğunda artış, ben-merkezci düşünce ve davranışlar gibi dürtüsel özelliklerle kendini gösterir. Bu durum ileride de tartışılacağı gibi, özellikle bilişsel gelişimin duygusal gelişimi henüz yakalayamadığı dönemin başlarında ve ortalarında döneme özgü zorluklar ve çatışmaları beraberinde getirir. Dönemin başlarında “Benim düşüncem en doğrusudur”, “İstedğim şeyi yapmalıyım” ya da “ Ben böyle istiyorsam böyle olmalıdır” düşünceleriyle hareket eden ergende, dönemin sonlarında bilişsel gelişimin de büyük ölçüde tamamlanmasıyla mantıksal gelişim hız kazanır. Böylelikle ergenlik dönemini sonlarında yetişkin hayata özgü bilişsel beceriler kazanılmış olur.

6.3. Ergenlik Döneminde Duygusal Gelişim

Ergenlik döneminde fiziksel ve bilişsel değişimle birlikte, duygularda ve duyguların dışı vurumunda da bir takım değişiklikler görülür. Biyolojik ve cinsel gelişime eşlik eden hormonal değişimler, ergenlerin duygu, davranış ve tutumlarında çocukluk döneminden farklı tepkilerin sergilenmesine neden olur. Fiziksel büyüme ve hormonal değişimlerin yanında, artan akademik sorumluluklar, gelecekle ilişkili belirsizlikler, okul değişikliklerinin getirdiği yeni arkadaş ilişkileri ve akran gruplarına dâhil olma isteği, beden algısı üzerindeki artmış farkındalık, karşı cinsle duygusal yakınlaşma, beğenilmeme ve terk edilme gibi psikososyal stresörler ergenlerin üzüntü, kaygı, öfke, utanç gibi olumsuz duygu yoğunluğunda artışla duygu durumlarında istikrarsızlık ve dalgalanmalara sebep olabilir (Kulaksızoğlu, 2004). Bilişsel gelişim ve duygusal gelişimin karşılıklı etkileşim içinde olduğundan, dönemin sonlarına doğru artan bilişsel gelişim, duyguların farkındalığını ve denetimini sağlamada önemli hale gelir. Bu sayede ergen bireyde duyguların kaynağı anlaşılmış, kendisi ile diğerlerinin duyguları arasındaki ayrımı yapılmış, kişilerarası ilişkilerde duygu paylaşımı öğrenilmiş ve olumsuz duygular farklı yönlere kanalize edilerek baş edebilme becerileri kazanılmış olur. Bu dönemin yoğun stres, psikolojik zorluklar ve travmalarla geçirildiği durumlarda ise başta duygu durum bozuklukları olmak üzere farklı psikiyatrik problemler görülebilmektedir. Bu konu ilerleyen bölümlerde tartışılacaktır.

6.4. Ergenlik Döneminde Ahlaki ve Sosyal Gelişim

Ergenlik dönemi, kişinin hayatı boyunca sahip olacağı değerler sisteminin belirlenmesinde çocukluk dönemiyle birlikte oldukça önemli bir yere sahiptir. Çocukluk döneminde daha çok ebeveynlerden görülerek uygulanan ve anne-babanın denetiminde olan ahlak ilkelerinin yerini, ergenlik döneminde kişinin kendi iradesiyle oluşturduğu çevresi -özellikle de arkadaşları ve idealize ettiği diğer yetişkinler- etkilemeye başlar. Bir diğer değişle, çocukluk döneminde anne ve babanın sevgisini kazanmak ve cezalandırmalarından kaçınmak için uyulan kurallar, aile etkisinin azalması ve çevre etkisinin güçlenmesiyle birlikte, ergenlik döneminin başlarından itibaren aile dışındaki otoriteye ve toplumsal düzene uyma yönünde değişim gösterir. Bu dönemde bilişsel gelişimin artışı ve kimlik gelişiminin şekillenmesiyle birlikte, aileden öğrenilen bilgi, beceri ve değerlerin etkisi oldukça azalır, hatta artan bağımsızlık duygusu ve ebeveynlerle sık görülen çatışmalar nedeniyle, aile değerlerinden uzaklaşmalar görülebilir. Ebeveynler bu dönemde çocuklarıyla eski yakınlığı kuramadıklarından ve çocuklarının kendilerinden uzaklaştığından şikâyet edebilirler. Ailenin azalan etkisinin yerini ise bu dönemde arkadaş çevresi doldurmaya başlar. Ergen birey, arkadaş gruplarının ve sosyal çevrenin belirlediği kural ve normlara uyum sağlamaya çalışır. Ergen için arkadaşlık, akran gruplaşması ve bulunduğu grupta kabul görmek, aileyi memnun etmekten çok daha önemli bir hale gelir. Grubun beklentileri ve kuralları doğrultusunda hareket eder, grup üyeleri tarafından sevilmemek ve reddedilmekten son derece çekinir, bütün dikkatini ve çabasını bu durumlardan kaçınacağı davranışlar sergilemeye sarfeder. Döneminin sonlarına doğru, kendi deneyimlerinden yola çıkarak hareketlerine yön veren ergen, artan bilişsel gelişimle de birlikte hak, hukuk, adalet, vicdan gibi kavramlar teorik ve pratik olarak benimsenmeye ve içselleştirilmeye başlar. Ahlak kurallarının ne amaçla ortaya çıktığı, neye hizmet ettiği ve niçin gerekli olduğunu kavrar, toplumsal yönelimlerin ve dini yükümlülüklerin anlamı ve işlevlerini sorgular. Böylelikle, çocukluk ve ergenlik dönemi başlarında dışarıdan gelen yargılamalar ve müdahalelerle belirlenen ilke ve değerler, ergenlik döneminin sonlarında kişinin içeriden gelen ve özgür iradesi doğrultusunda uyguladığı değerler ve prensipler halini alır. Zamanla kimlik gelişiminin tamamlanmasıyla birlikte kişi kendisine özgün ahlaki bir yapılanma kazanır (Clouse, 2000).

6.5. Ergenlik Döneminde Kimlik Gelişimi

Ergenler bir yandan biyolojik, bilişsel, duygusal vb. değişikliklere uyum sağlamaya çalışırken, diğer yandan önemli gelişimsel basamaklardan biri olan “kimlik gelişimlerini şekillendirmeye”diğer bir deyişle “kendini bireysel olarak tanımlamaya” çabalarlar. Kimlik gelişimi yaşam boyu sürmesine karşın, en dikkat çeken yapılanma ergenlik döneminde gerçekleşir (Archer, 1989). Kimlik, bireyin “Ben kimim?” sorusuna verdiği öznel bir cevap, içsel bir kendilik yapılanması, bireyin kendine özgü bir tarz içinde var olduğunu ve bu tarzın süreklilik gösterdiğini algılayışı olarak tarif edilir (Dereboy, 1994). Başka bir deyişle kimlik, yüzeydeki düşüncelerimiz ve davranışlarımız değişse de, bizi biz yapan ve değişmez olan özümüze uygun şekilde hareket ettiğimiz ve tutarlı olduğumuz algısı, bizi diğerlerinden farklı kılan ayırıcı özelliklerimizin bütünüdür.

Çocukluk döneminde anne-babanın ve yakın çevrenin örnek alınması ile çocuk farklı rol modellere öykünmeye ve onlarla özdeşim kurmaya başlar. Çocukluk döneminde farklı kişilerin etkisiyle kurulan farklı özdeşimler, ergenlik dönemine gelindiğinde tıpkı karışım halindeki bir hamurun yoğrulması gibi, ergenin içinde tutarlı, sürekli ve bütüncül bir yapı haline getirilir. Bu dönemin başlarında kişi “Ben kimim?”, “Hayattaki amacım nedir?”, “Nereye gidiyorum?” gibi sorulara tutarlı cevaplar aradığı, belirsizliklerle dolu bir dönem içindedir. Bu belirsizlikler ergen bireyde geleceğe dair endişe ve gerginlikleri beraberinde getirir. Kişi bu dönemin sonlarında, seçtiği ve yürüdüğü yolun özüne uygun olduğunu hissettiği ve çevresindeki değişik rol modellerle özüne uygun şekilde özdeşim yaptığı ölçüde kendisine bir hayat planı oluşturur ve böylelikle içinde bulunduğu belirsizlik döneminin getirdiği endişelerden çıkarak kimlik gelişimini sağlıklı bir biçimde tamamlar. Bu dönemin sağlıklı şekilde geçirilmesi, çocuğun erken dönemlerden itibaren ebeveynleriyle düzenli ve tutarlı ilişkiler geliştirdiği güvenli bağlanma süreci ile başlar, sonraki dönemlerde olumlu davranışların desteklendiği kişiler arası ilişkiler ve sosyal ortamlar sayesinde pekişir. Ancak bu süreçlerdeki bozulmalar ve kimlikle ilişkili tutarlılığın yitirilmesi neticesinde kimlik bunalımı olarak adlandırılan durum meydana gelir. Bunalım içerisindeki ergenlerde, önem verdiği insanların gözünde kim olduğundan ve onlar için ne anlama geldiğinden emin olamama, her birinin kendisini farklı bir insan olarak tanıdığını düşünme, kendini yeterince tanıdığından kuşku duyma gibi yakınmalar görülür. Kimlik bunalımı sıklıkla ergenlik döneminin olağan bir süreci olarak kabul edilmekle birlikte bu durumun süregelen bir hal alması kaygı bozuklukları, depresyon, kişilik bozuklukları vb. pek çok psikopatoloji ile ilişkili bulunmuştur (Demir, İ.F. Dereboy ve Ç. Dereboy; 2009).

Ergenlik dönemi, getirdiği tüm bu değişim ve gelişimlere paralel olarak ciddi bir takım psikiyatrik bozuklukların ilk olarak ortaya çıktığı dönemdir. Depresif bozukluklar, bipolar bozukluk, şizofreni, yeme bozuklukları, sigara, alkol ve madde kullanımı başta olmak üzere, yetişkin hayattaki psikiyatrik bozuklukların yarıdan fazlası 18 yaşından önce başlamaktadır (Kessler vd., 2007). Bu dönemin gelişimsel özellikleri itibarıyla psikiyatrik bozuklukların sıklıkla ilk olarak ortaya çıktığı yaşlar olduğu göz önüne alındığında, mevcut problemlerin normal (gelişimsel) olanı ile patolojik olanının ayırt edilmesi bazı durumlarda zor olabilir. Ayrıca, ergenlik dönemindeki psikolojik ve sosyal stresörler mevcut psikiyatrik bozuklukları çözülmesi daha zor hale getirebilir. Bu sebeple problemlerin oluşmasını engellemek ya da mevcut problemlerin psikiyatrik bir bozukluğa ilerlemesinin önüne geçmek için, kişi özelindeki risklerin mümkün olduğunca azaltılması ve koruyucu özelliklerin desteklenmesi ergenlik dönemindeki koruyucu ruh sağlığının amacı olmaktadır. Her dönemin bir önceki dönemdeki kazanımlar ve yetersizliklerle şekillendiği göz önüne alındığında, yetişkinlik döneminde sağlıklı bir birey, aile ve toplum yapısının inşası için ergenlik döneminin asgari sorun ve azami yeterlik ve dayanıklılıkla geçirilmesi elzemdir. Bundan sonraki bölümlerde ergenlik döneminde karşılaşılan problemler ve bunlara yönelik koruyucu, destekleyici yaklaşımlardan bahsedilecektir.

6.6. Ergenlik Döneminde Ebeveynlerle Çatışma

Ergenlik, kendine özgü özellikleri bulunan ve artan özerklik ile birlikte bilişsel, fiziksel, psikolojik ve sosyal alanlarda yaşanan değişimlerin hızlandığı bir gelişim dönemidir (Steinberg, 2007). Bu dönemde ön plana çıkan bağımsızlık ve kimlik gelişimi süreci, ergenle ebeveyn arasındaki fikir ayrılıklarının çocukluktan daha yoğun bir biçimde yaşanmasına neden olur. Ergen bireyler, kendi kararları üzerinde söz sahibi olmak ve hayatlarıyla ilişkili konularda daha fazla inisiyatif almak isterler. Artan bilişsel ve sosyal gelişimle birlikte “Benim de bir fikrim var”, “Doğru olanı ben de biliyorum” ya da “En doğrusunu ben bilirim” gibi, kendileriyle ilgili kararlara doğrudan müdahil olmak isterler ve ebeveynlerinden ayrışma süreci içine girerler. Ebeveyn açısından bakıldığında ise bu kararların bir kısmı (okul ve eğitim hayatı, mali konular, arkadaş seçimi vb.) ergenin tercihinin bırakılamayacak kadar önemli ve hayati konulardır. Çünkü ergenlik dönemi fiziksel gelişim yönüyle yetişkin bir bireyin özelliklerini barındırır da, duygusal ve bilişsel gelişimin bu kadar hızlı olmaması, hem çocuk hem de ebeveynler açısından kafa karışıklığına neden olur. Ebeveynler bir yandan çocuklarının daha fazla sorumluluk sahibi olmasını ve daha olgun hareket etmesini beklerken, bir yandan da önceden alıştıkları gibi çocuklarının sözlerinden çıkmamalarını isterler. Ergenler ise bir taraftan hayatlarıyla ilgili önemli kararları kendileri almak ve bağımsızlaşmak isterken, bir taraftan da bu kararlara ilişkin sorumluluklarından kaçınma davranışları gösterebilir. Bu durum çocukla anne-baba arasında farklı istek ve duyguların yaşandığı çatışmaları beraberinde getirir.

Çatışma aileyi ilgilendiren herhangi bir konuda fikir birliğine ulaşamama, uyumsuzluk, sık değişen öfke ve sevgi dönemleri, ergende ailenin sahip olduğu inanç ve değerlerden uzaklaşma gibi durumlarla kendini gösterir. Ergenler bağımsızlıklarıyla ilgili daha fazla talepte bulunurken, ebeveynlerle çocuk arasında bu bağımsızlığın şekli ve zamanlaması konusunda fikir ayrılıkları oluşur. Ebeveynler önceden rahatlıkla söz geçirebildikleri çocuklarının yeni tutumlarını kabullenmekte zorlanır, çocuklarının bu özerklik yolundaki çabaları onlarda otoriteyi kaybetme kaygısı olarak kendini gösterir. Ailenin azalan etkisi yanında, başta arkadaşlar olmak üzere sosyal çevrenin çocuk üzerinde etkisinin yoğun biçimde hissedildiği bu dönemde ebeveynler korku ve endişe içinde çocuklarını “kaybettiklerini” düşünmeye başlarlar. Özellikle ergenlik döneminin başları ve ortalarına rastlayan 12-15 yaş döneminde akran etkisi yoğun olarak hissedilir. Bu dönemde arkadaş ilişkileri çocukluk döneminden farklı bir hal alarak, hayatın merkezine yerleşir. Bir gruba dâhil olma, kabul görme, beğenilme ve ilgi görme ihtiyacı oldukça artar. Değerlerin ve düşüncelerin paylaşımı bu gruplar aracılığıyla olur, ortak ilgi alanları, beğeniler, benzer eğilimler, düşünme biçimleri ve inanç sistemleri gibi yetişkin hayatın inşası için gerekli olan kimlik gelişiminde arkadaş grupları rol oynar. Öyle ki, arkadaş grubunun etkisi altında, aile ikinci plana itilir, ebeveynlerden gelen tavsiye ve geri bildirimler göz ardı edilir. Akran gruplarının çocuk için risk teşkil ettiği durumlarda ise ebeveynlerin

çocuklarıyla ilişkili kaygıları daha da artar. Özellikle, sigara, alkol, madde kullanımını teşvik edecek gruplar ya da güvenilir bulunmayan ortamlar, çocukta olumsuz davranışların gelişmesine sebep olacak arkadaşlıklarda anne-babalar çocuklarına karşı engelleyici tutum ve davranışlar sergileyebilir. Bu durum çocukla ebeveyn arasındaki çatışmanın daha da artmasına ve ailelerin çocuklarıyla ilgili çaresizlik hislerine sebep olabilir. Bu durum aile sisteminin tamamını etkileyen çözülmesi zor bir süreç halini alabilir.

Bu noktada çözüm olabilecek en önemli iki etken, etkili ebeveyn tutumları geliştirme ve çocuğun sosyal çevresinin düzenlenmesi olabilir. Ebeveynin ergen üzerindeki etkisi çoğunlukla azalmış olduğundan, ergenlik dönemi önceki bölümlerde bahsedilen koruyucu becerilerin birçoğunun kazanılması için ideal bir dönem olmayabilir. Bununla birlikte özellikle aile içi ilişki ve kuralların yeniden düzenlenmesi ve çocuğa olumlu davranış ve becerilerin kazandırılacağı sağlıklı ortamların teşvik edilmesi çatışmaların çözümüne katkı sağlayabilir.

Bazı anne ve babalar bu dönemde çocuklarının aileden uzaklaşmalarını engellemek ve onları “geri kazanabilmek” için mevcut kuralları oldukça gevşetir, böylece aile içi çatışmaların azalacağını düşünürler. Ancak ailenin çocuk üzerindeki denetimi ve yol gösterici tutumu çocuğu kötü davranış ve alışkanlıklardan korumanın yanında, çocuğa belirsizlikler konusunda emniyet ve güven vererek ebeveynleri tarafından önemsendiğini hissettirir. Bu sebeple kuralların ortadan kaldırılması ya da her alanda tümüyle esnetilmesi faydalı olmanın ötesinde çocuğa zarar verir. Tersi bir durumla, ebeveynler çocukları üzerindeki kontrolü sağlayabilmek ya da çocuklarını olumsuz davranış ve alışkanlık geliştirebilecekleri ortamlardan uzaklaştırabilmek için tek taraflı kurallar belirleyip katı bir disiplin anlayışını benimseyebilirler. Bu yaklaşım çocuk üzerinde koruyucu olmanın ötesinde, mevcut riskli durumları çocuk için daha cazip hale getirebilir, çocuğu ebeveyn gözetiminde olmadığı her durumu kendi amaçları için fırsat olarak kullanma eğilimine itebilir. Burada en uygun tutum, anne-baba ve çocuk arasında erken yaşlardan itibaren güçlü bir ilişki sağlamak, çocuğu hem sorumluluklar konusunda sınırları net kurallar koyarak desteklemek, hem de kişiliğini geliştirmesi, kendini ifade etmesi ve hatalarından ders çıkarabilmesi için ona fırsatlar vermek olacaktır. Kuralların önceden net olarak belirlendiği ve anne ve baba tarafından birlikte uygulandığı, riskli durum ya da ortamlar hakkında çocuğun açık bir diyalogla önceden hazırlandığı, sevgiye dayalı, tutarlı ve istikrarlı bir disiplin anlayışı ile bu dönem daha sağlıklı geçirilecektir. Bunun yanında çocuğun sosyal çevresinin düzenlenmesi, sağlıklı yaşam alışkanlıkları, sosyal, sportif veya sanatsal ilgi alanlarının teşvik edilmesi, sağlıklı akran ortamlarının ve faaliyetlerinin oluşturulması ve teşvik edilmesi, sağlıklı eğlence anlayışının aile, toplum ve medya tarafından teşvik edilmesi, madde karşıtı bilinç ve davranışların aile, okul, toplum ve medya tarafından teşvik edilmesi, marjinal ve illegal olmayan sivil toplum kuruluşlarına katılımın teşvik edilmesi gibi koruyucu önlemler bu dönemde özellikle etkili ve önemlidir. Bu anlamda aileleri tarafından desteklenen ergenler, döneminin sonlarına doğru kimlik gelişiminin de tamamlanmasıyla ebeveynleriyleuzlaşma eğiliminde olurlar. Ebeveynlerine daha az bağımlı olmalarına rağmen onları en önemli destek kaynağı olarak görürler ve önemli kararlar alırken ebeveynlerinin görüşlerini önemserler (Laursen ve Collins, 1994).

6.7. Ergenlik Döneminde Medya ve İnternet Kullanımı

Günümüzde, internetin bireylere sağladığı olanaklar oldukça artmış ve günlük yaşamın pek çok faaliyetinin düzenlenmesinde internet aracı bir rol oynamaya başlamıştır (Ceyhan, 2011).İnternet iş, iletişim, eğlence, eğitim gibi hemen her alanda her türlü ilgi ve ihtiyaca yanıt verebilecek düzeyde ülkemizde ve dünyada giderek yaygınlaşmaktadır (Sevim, 2017).Türkiye İstatistik Kurumu’nun (TÜİK) 2019 “Hanehalkı Bilişim Teknolojileri Kullanım” araştırması verilerine göre ülkemizde 16-74 yaş arasındaki bireylerin internet kullanım oranı %75.3 olarak açıklanmıştır (TÜİK, 2019). İnternetin pek çok açıdan olumlu yönleri olmakla birlikte, hatalı kullanımı sonucundabirçok istenmeyen durumla karşı karşıya kalınabilmektedir. Özellikle hayatın erken dönemlerinden itibaren internetle iç içe olan ve önemli gelişimsel süreçlerden geçen çocuk ve ergenlerde internetle kontrollü ve sağlıklı ilişkiler kurmak bazı durumlarda zor olabilmektedir. Nitekim konuyla ilgili yapılan çalışmalar, çocuk ve ergenlerin internet ve medya araçları ile günde 4-5 saatten daha fazla zaman harcadıklarını göstermekte, aynı oran farklı çalışmalarda 8 saat olarak da bildirilmektedir (Arnas, 2005; Chisholm, 2006; Dinç, 2016). Bilgisayar ve internetle geçirilen uzun saatlerin ise çocuk ve ergenlerin bilişsel, fiziksel, psikolojik, sosyal ve ahlaki gelişimleri açısından olumsuz sonuçlarla ilişkili olduğu bilinmektedir (Koca ve Tunca, 2019).

Ergenlik döneminde kontrol mekanizmalarının yetersiz olduğu, dürtüsellik, risk alma davranışları ve yenilik arayışlarının fazlaştığı göz önüne alındığında, internet kullanımının bazı ergenler için patolojik/problemlı internet kullanımına da internet bağımlılığına dönüşmesi kaçınılmaz olacaktır (Ceyhan, 2008). Problemlı/patolojik internet kullanımı ya da internet bağımlılığı; internet kullanım miktarının normalden, alışlagelmiş olandan veya planlanandan daha fazla olarak kullanılması, kişide duygusal, davranışsal ya da bilişsel rahatsızlıklar oluşturmışeklinde tanımlanmaktadır (Caplan, 2003). Ergenlik yılları birçok farklı problemi içinde barındıran “dalgalı bir dönem” olduğundan, internet kullanımı ergenler için sorunlarla yüzleşmekten kaçış, sorumlulukları erteleme, kendilerini istedikleri gibi tanıtabilme, sınırı olmayan bir serbestlik, eğlence ve oyuna kolayca erişim, günlük stresten uzaklaşma, aile içindeki çatışmalardan kaçış, sanal ilişkiler ve onaylar vb. sebeplerle cazip hale gelmekte, ergenler de internet bağımlılığı geliştirmeye yatkın riskli bir kitle olarak karşımıza çıkmaktadır. İnternet bağımlılığı ile ilgili yapılan çalışmalar da özellikle 12-18 yaş grubunun ciddi derecede risk altında olduğunu ortaya koymaktadır (Öztürk vd., 2007). Dünya genelinde yapılan birçok araştırma internet bağımlılığının toplumdaki yaygınlığının %6-14 arasında olduğunu, ergenlerde ise daha yüksek oranların saptandığını bildirmiştir (Arisoy, 2009; Kelleci, 2008).

Fizyolojik, psikolojik, sosyal, entelektüel gelişimleri anlamında hayatlarının önemli dönüm noktalarından birinde olan ergenlerin internet ve teknoloji bağımlılığına yakalanmaları, onların söz konusu gelişimlerini sağlıklı bir biçimde tamamlamalarına yönelik önemli bir tehlikedir. Patolojik internet kullanımı ya da internet bağımlılığı –ismi ne olursa olsun- gençlerin yetişkinlik yolundaki en değerli vakitlerini onlardan alarak, bireyleri sağlıksız yaşamaya sevk etme, madde kullanımında artma, cinsel istismar ihtimalini kolaylaştırma, dolandırıcılık, kötü niyetli insanlarla kolay iletişime geçme, terör olaylarına ve provokatif etkinliklere kolaylıkla dâhil olabilme ve siber zorbalık gibi olumsuz yaşam olaylarına yönlendirmeye sebep olabilmektedir (Çelen, Çelik ve Seferoğlu, 2011). Bu riskli durumlarla ilişkili olarak, konuyla ilgili araştırmalar, internet bağımlılığı geliştiren kişilerin yarısının başka bir psikiyatrik bozukluğa sahip olduğunu göstermektedir (Floros vd., 2014; Park vd., 2017). Özellikle ergen ve genç yaş grubunda dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, depresyon, kaygı bozuklukları, alkol-madde kullanımı gibi bozukluklar internet bağımlılığının gelişmesinde bir risk faktörü olabileceği gibi, aynı zamanda internet bağımlılığının birer sonucu olarak da ortaya çıkabilmektedir. Ergenlik döneminin getirdiği zorlukların yanında bu kişilerde sosyal ilişkilerin azalması, duygusal gelişimlerin örselenmesi, ruh sağlıklarının olumsuz etkilenmesi ve kimlik gelişim süreçlerinde zorluklar yaşanması kaçınılmaz olmaktadır. Bu sebeplerle erken dönemlerden başlayarak, çocuk ve ergenlerde internet ve medya araçlarının sağlıklı ve kontrollü kullanımında özellikle anne ve babalara büyük görevler düşmektedir.

Çocukluk ve ergenlik döneminde kazanılan pek çok tutum ve alışkanlık gibi, medya ve internet kullanım alışkanlığı da ailede kazanılmaya başlar. Ebeveynlerin teknolojik imkân ve araçları ne şekilde, hangi amaçla, sürede ve ortamda kullandığı, erken çocukluk döneminden itibaren çocuğun zihninde yer edinir; çocuk da internetle olan ilişkisini anne ve babasından gördüğü model üzerinden şekillendirir. İnternet ve bilgisayar başında normalin dışında uzun vakitler geçiren ya da interneti amaca yönelik bir faaliyetten ziyade salt eğlence ve zaman geçirme aracı olarak kullanan ebeveyn çocuklarının da interneti benzer şekilde kullanmaları tahmin edilebilir bir durumdur. İnterneti faydalı bir amaç uğruna sınırlı bir sürede kullanan ailelerde ise, çocuklar internetle daha sağlıklı ilişkiler kurmayı öğrenebilir. Aileler açısından dikkat edilmesi gereken bir diğer önemli husus internetin ve teknolojinin dilini öğrenebilmektir. Günümüzde internet ve teknoloji içine doğan çocukların aksine ebeveynler, internet kullanımı konusunda çocuklarının gerisinde bir görünüm içindedir. Oysa internetin ne şekilde kullanıldığını, zararlarını, kör noktalarını ve açmazlarını önce ailenin bilmesi, bunlara yönelik gerekli önlemlerin alınması ve koruyucu programlar vb. müdahalelerde bulunulmasını kolaylaştıracaktır. Aksi takdirde çocukları takip edebilmek, çocuklara güvenli internet adreslerini öğretebilmek ve zararlı olanları anlatabilmek zorlaşacaktır. İnternet ve medya kullanımının evde herkesçe ortak olarak kullanılan mekânlarda, ebeveynlerin gözetiminde olması da oldukça önemlidir. Bu sayede çocuk için zararlı olabilecek içeriklere erişimi engellenmiş olmanın yanında, ebeveynlerin internette çocukla birlikte vakit geçirmesi ve aile bağlarının güçlenmesi de mümkün olacaktır. İnternet kullanımının, en başında belirli kurallara bağlanması da bağımlılığın önlenmesinde önemli ve etkilidir. Özellikle okul öncesi dönemden başlanarak, ergenlik dönemi de dâhil olmak üzere çocukların internet kullanımı belirli saatlerle sınırlandırılmalıdır. Çocukların ödev hazırlama vb. artan ihtiyaçları da göz önünde bulundurulduğunda, ergenlik dönemi için günlük 3-4 saatlik sınırı aşmamak yerinde bir uygulama olacaktır. Çocukların internette uzun süre vakit geçirmesini önlemede zaman sınırı kadar, çocuğu alternatif faaliyetlere yönlendirmek de etkili olmaktadır. Özellikle çocuğun zevk alacağı spor, sanat, hobi vb. aktiviteler doğal olarak çocuğun internette uzun vakitler harcamasının önüne geçecek, çocukların eğlenme, dinlenme ve sosyalleşme ihtiyaçları daha sağlıklı yollarla giderilebilecektir. Ergenlik döneminde akran etkisi yoğun olarak hissedildiğinden, çocuğun arkadaş ve sosyal çevresini göz önünde bulundurmak, gerekirse çocuğun olumsuz alışkanlıklar edinmesini engellemek ve olumlu davranışları destekleyecek örnekleri çoğaltmak da etkili olabilir. Özetle, bu adımlardan her birinde ebeveynlerin yapması gereken, çocuklarıyla ilişkili her durumda bilinçli ve uyanık olmak ve etkili çözümleri istikrarlı şekilde uygulamaktır (Dinç, 2016).

Tablo 1. İnternet ve medyanın güvenli kullanımı için ebeveynlere yönelik tavsiyeler

İki yaşından önce çocuğunuzu internet, bilgisayar, TV vb. ile tanıştırmayın, bu mümkün değilse süreyi 15 dk. ile sınırlandırın.
Okul öncesi dönemde internet kullanımını ebeveyn kontrolünde 30 dk ile sınırlandırın.
Okul döneminde internet kullanımını ebeveyn kontrolünde 45-60 dk le sınırlandırın.
Bu sınırlandırmalardaki amacınızın ne olduğunu çocuğunuza uygun bir dille anlatın.
Ebeveynler olarak vaktinizi medya araçları yerine çocuklarınızla geçirmeye özen gösterin.
Çocukluk ve ergenlik dönemi dahil olmak üzere, çocuğunuzun odasında televizyon bulundurmayın.
Çocuğunuzun, interneti evde ortak kullanılan mekanlarda sizin gözetiminizde kullanmasını sağlayın.
Çocuğunuzun sık kullandığı internet siteleriyle ilgili bilgi sahibi olun.

İnternetle ilgili gerekli koruyucu programları edinin.
İnternet kullanımının risk oluşturabilecek etkilerini ve sizin konuyla ilgili düşünce ve endişelerinizi çocuğunuzla paylaşın.
Çocuğunuzun zevk aldığı alternatif aktiviteler düzenleyin ya da bunlar için imkan sağlayın.
Çocuğunuzun internetle ilişkili sizinle iletişim ve paylaşım halinde olmasını sağlayın.
Çocuğunuzun arkadaş çevresi hakkında bilgi sahibi olun, olumlu ilişkileri destekleyin.
Çocuğunuzun internet kullandığı kafe vb. mekânlar hakkında bilgi sahibi olun.
“İnternet zararlıdır, televizyon iyidir.” anlayışıyla televizyonu alternatif hale getirmeyin.
Hangi yaşta olursa olsun medya araçlarını çocuğu oyalamak ve zaman geçirmesini sağlamak amacıyla kullanmayın.

6.8. Ergenlik Döneminde Sigara-Alkol-Madde Bağımlılığı

Ergenlerde bağımlılık yapıcı maddelerin kullanımı tüm dünyayı etkileyen en önemli bireysel ve toplumsal sağlık sorunlarından biri haline gelmiştir (Subramaniam ve Volkow, 2014; Gallimberti vd., 2015). Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından psikiyatrik bir bozukluk olarak kabul edilen *bağımlılık*, kısa veya uzun vadedeki olumsuz ve zararlı etkileri ve sonuçları biliniyor olmasına rağmen bir maddeyi kullanmaya veya bir davranışı/alışkanlığı yapmaya devam etmek olarak tanımlanabilir (APA, 2013; Güleç, Köşger ve Eşsizoglu, 2015). Bağımlılıkta, bir madde ya da davranışı kullanmayı/yapmayı bırakamama veya kullanım şekli ve miktarını kontrol edememe söz konusudur. Bağımlılık bireyin ruh ve beden sağlığı ve gelişimi ile akademik, sosyal ve mesleki işlevselliğini ciddi olarak etkileyen önemli bir sorundur (Ögel, 2001).

Madde ve davranış bağımlılıkları, günümüzde özellikle gelişmiş ülkelerde çocukluk çağındaki en önemli sağlık sorunlarının biri olarak kabul edilmektedir. Amerika Birleşik Devletleri’nde (A.B.D) 2013 ve 2016 yıllarında ebeveynlere yöneltilen ve çocuklardaki en önemli 10 sağlık sorununu araştıran bir çalışmada, ebeveynlerin başta sigara-alkol-madde kullanımı ve internet güvenliği (bağımlılığı) olmak üzere psikiyatrik bozuklukları ciddi birer sorun olarak gördüğü bildirilmiştir (Bakınız 1.bölüm Tablo-1). Yine A.B.D’de ortaöğretim ve üniversite öğrencileri arasında madde kullanımının yaygınlığı araştırıldığı Geleceği İzleme çalışmasının 2017 yılındaki verilere göre sigara kullanımı 8. sınıflar arasında %9, 10. Sınıflar arasında %16 ve 12. sınıf düzeyinde %27 olarak belirlenmiş, aynı çalışmada her 10 öğrenciden 6’sının alkol tükettiği (%62) ve bunların %23’ünün ilk tüketimini 8. sınıftan önce gerçekleştirdiği, tüm öğrencilerin %23.9’unun son bir yıl içinde esrar kullandığı saptanmıştır (Johnston vd., 2019). Ülkemizde ergenlerde madde kullanımına yönelik az sayıda çalışmadan elde edilen veriler, alkol ve madde kullanım oranının batı ülkelerine kıyasla daha düşük olduğunu, ancak sigara kullanım oranlarının benzerlik gösterdiğini bildirilmektedir (Ögel, 2005). Ancak ülkemiz açısından da özellikle bağımlılık yapıcı maddelere başlama yaşının düşmesi ve madde kullanımına giderek daha erken yaşlarda başlanması endişe vericidir. Çocukluk ve ergenlik dönemi gibi biyolojik, psikolojik ve sosyal gelişimin hızla devam ettiği kritik bir dönemde bu maddelerin kullanılması hem çocuk hem de aile ve toplum açısından pek çok olumsuz sonuçla ilişkili olmaktadır. Sigara-alkol-maddeyi ilk defa kullanan ergenlerin önemli bir kısmı bağımlılığa ilerlemiyor olmakla birlikte; ilk kullanımdaki yaşın küçük olması, kullanım sıklığı, riskli aile ve sosyal çevre, müdahalenin gecikmesi veya olmaması gibi durumlar bağımlılığın gelişmesi için çok önemli risk faktörleridir.

Bağımlılık bir kez geliştiğinde tedavisi oldukça zor olan kronik bir sorundur. Madde bağımlılıkları, tedavideki başarı oranlarının en düşük, hastalığın tekrarlama oranının en yüksek olduğu psikiyatrik durumlardan biri olarak görülmektedir (Yüncü, 2019). Bu sebeple, bağımlılıkla mücadele konusundaki en akılcı ve etkili yaklaşım tedaviye değil, bağımlılığın gelişmesini önleme üzerine odaklanmak olmalıdır. Diğer psikiyatrik bozukluklarda olduğu gibi bağımlılığın da genetik/çevresel risk faktörleri ile koruyucu faktörlerin birey üzerindeki karşılıklı etkisi ile oluşması söz konusudur. Bu faktörler arasındaki dinamik etkileşimin risk faktörleri lehine bozulması ve risk faktörlerinin uzunca bir süre devam etmesisonucu bağımlılığın gelişmesi beklenir. Bu bağlamda, bağımlılık konusunda koruyucu ruh sağlığı çalışmaları tedaviye değil, bağımlılığın gelişmesini önlemek amacıyla risk faktörlerini azaltmayı ve koruyucu etkileri arttırmayı önelemektedir. Çocuk özelindeki bu risk faktörlerinin azaltılması ve koruyucu becerilerin kazandırılmasında ise aile en temelde yer almaktadır. Önceki bölümlerde anlatıldığı gibi, doğum öncesi dönemden başlayarak, bebeklik ve çocukluk yıllarından itibaren bağımlılığı önleyici koruyucu faktörlerin desteklenmesinde ailenin etkisi büyüktür. Ergenlerde madde kullanımına zemin hazırlayan bireye, aileye, akrana, okula, yaşanan semte vb. birçok farklı alana ait risk faktörü ve koruyucu faktör tanımlanmıştır. Bu risk faktörlerinden hangisinin, hangi çocukta, ne şekilde etki edeceğini ön görmek güçtür. Bir birey çeşitli becerilerle ilişkili zorluklar yaşıyor ve bir takım risk faktörlerini barındırıyor olsa bile, sahip olduğu diğer beceriler bu eksikliği telafi edebilir ve son tahlilde koruyucu etki gerçekleşmiş olur. Yani, bağımlılığa ilerleme sürecinde bir bireyi son noktada koruyan faktör ya da beceriler kişiden kişiye ve durumdan duruma farklılık gösterebilir. Bu riskli ya da koruyucu faktörün hangi bireyde daha etkili olacağı bilinemediğinden, koruyucu faktörleri

olabildiğince arttırmaya çalışmak, riskli durumlardan ise mümkün olduğunca kaçınmak akıllıca olacaktır. Birinci bölümde Tablo-2’de özetlenen ve önceki bölümlerde bahsedilen ruh sağlığı ve dayanıklılık açısından risk ve koruyucu faktörlerin tamamı doğrudan veya dolaylı olarak madde kullanımı ve bağımlılık için de geçerlidir. Bu faktörlerden bir kısmının madde kullanımı ve bağımlılık açısından önemi ve etkisinden aşağıda kısaca bahsedilecektir.

Ergenlerde madde bağımlılığı gelişmesindepek çok bireysel, ailesel ve çevresel risk faktörü tanımlanmış olmakla birlikte, koruyucu ruh sağlığı açısından özellikle değiştirilebilir risk faktörleri çok önemlidir. Bu sebeple erken dönemlerden itibaren değiştirilebilir bir takım risk faktörleri (örneğin duygusal/davranışsal sorunlar, dürtüsellik, aşırı çekingenlik, psikiyatrik bozukluklar, iletişim ve sosyal beceri eksikliği, olumsuz akran çevresi ve etkileri, düşük akademik başarı, ebeveyn tutumları ve aile işlevselliğiyle ilgili sorunların) mümkün olduğunca erken zamanda fark edilmeli ve üzerinde önemle durulmalıdır.

Ergenlik dönemi, akran grubunun öneminin arttığı ve kabul görme ihtiyacının akran gruplarında karşılandığı gelişimsel bir süreçtir (Yüncü, 2019). Bu dönemde davranışlar ve alışkanlıklar, ailenin etkisinden çok arkadaşların etkisiyle şekillenir, öyle ki ailenin verdiği tavsiyeler doğru oldukları bilirse dahi göz ardı edilebilir. Pek çok alışkanlık ya da davranış gibi, madde kullanımı ya da bağımlılığı da ergenlik döneminde, hayatın başka hiçbir döneminde olmayacak kadar akran gruplarından etkilenir. Bu dönemde madde kullanımı için tipik başlangıç şekillerinden birisinin, arkadaş çevresinin doğrudan veya dolaylı olarak teklif, ısrar, özentisi veya baskı şeklindeki etkileri olduğu bilinmektedir. Önceki bölümlerde bahsedilen koruyucu beceriler bu noktada devreye girerek ergeni koruyabilir. Bir ergenin madde kullanımına yönelik bu tür teklif, ısrar, özentisi veya baskılara karşı koyabilmesi için *madde karşıtı bilinç ve davranışlara (sigara-alkol-madde zararlıdır!)*, *öz-denetim (zevk erteleme)*, *iletişim ve kendini ifade etme (‘hayır’ deme) becerilerine ve özgüvenine*; devamında ‘Hayır’ demenin getireceği akran ve çevre baskısıyla sağlıklı bir şekilde baş edebilecek *stresle başa çıkma ve sorun çözme becerilerine* sahip olması çok önemlidir. Benzer şekilde, bir ergenin endişe, üzüntü, öfke, hayal kırıklığı gibi negatif duygu durumları ile sigara-alkol-madde kullanarak baş etmek gibi bir yanı sıra düşmemesi için *madde karşıtı bilinç ve davranışlara (sigara-alkol-madde zararlıdır!)*, *öz-denetim (öfke ve dürtü kontrolü, duygu durum düzenleme)*, *incinme toleransı, stresle baş etme ve sorun çözme becerilerine* sahip olması gerekir. Bir başka örnekte, ergenin tatillerde veya boş zamanlarında ne yapacağını düşünüp sıkılırken, kendini rahatlatmak bir heyecan veya aksiyon ararken veya arkadaşlarıyla ortak bir faaliyet planlarken madde kullanmak veya denemek gibi bir yanı sıra düşmemesi/yöneltmemesi için *madde karşıtı bilinç ve davranışlara (sigara-alkol-madde zararlıdır!)*, *sağlıklı eğlence anlayışına, sosyal-fiziksel anlamda kendisini rahatlatmak spor ya da sanat gibi ilgi alanlarına, güvenli ve ilgili bir sosyal çevreye* sahip olması oldukça önemlidir. Görüldüğü gibi gençlerin madde kullanımı ve bağımlılıktan uzak durması veya tutulması için sadece ‘sigara-alkol-maddenin’ zararlı olduklarını bilmeleri yetmeyecektir. Küçük yaştan itibaren bir çocuğun ergenliğe kadar ki süreçte bu becerileri olabildiğince kazanmış olması ergenliğin madde kullanımı ve bağımlılık açısından da daha güvenli ve sağlıklı geçmesini sağlayacaktır.

Çocuk ve ergenlik dönemindeki psikiyatrik bozukluklar da sigara-alkol-madde kullanımıyla oldukça yakından ilişkilidir. Hangisinin ilk önce başladığını tanımlamak bazı durumlarda güç olsa da, sıklıkla çocukluk çağında tedavi edilmeyen ya da eksik tedavi edilen psikiyatrik bozuklukların ilerleyen dönemlerde sigara-alkol-madde bağımlılığı riskini artırdığı bilinmektedir. Özellikle dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, karşı olma karşı gelme bozukluğu ve davranım bozukluğu gibi erken yaşlardan itibaren çevresi tarafından “yaramaz, tembel, problemlili” olarak etiketlenen, arkadaş ve sosyal çevresi tarafından dışlanan ve ders başarısı akranlarına göre düşük olan çocuklar, tedavisiz kalmaya devam ettikçe ilerleyen dönemlerde davranış sorunları, aile, okul ve arkadaş uyumuyla ilgili ciddi zorluklarla karşılaşabilmektedir. Bu durumun lise ve üniversite yıllarında da devam etmesi ve gerekli müdahalelerin yapılmaması halinde çocuğun madde kullanımı açısından riskli ortam ve gruplara dâhil olma ihtimali çok yüksektir. Bu durumdaki bir ergenin ailenin ilgisiz, sosyal çevrenin de güvensiz olduğu bir durumda madde kullanması ya da bağımlı olması yüksek bir olasılıktır. Bu çocuklar okul ortamında ve okul dışında kendileri gibi riskli ve sorunlu çocuklarla kolaylıkla arkadaş olmakta, çete kurmak, etraflarına yönelik tehdit ve zorbalıkta bulunmak, okuldan kaçmak ve ilerleyen zamanlarda birlikte madde kullanmak gibi durumlara katılabilmektedir. Bu tür psikiyatrik bozuklukların yanında özellikle çekingenlik ve sosyal ilişki kurmaktaki güçlüklerle seyreden kaygı bozuklukları, depresyon, bipolar bozukluk, şizofreni, yeme bozuklukları gibi farklı psikiyatrik bozukluklarda da sigara-alkol-madde kullanımı bozuklukları sağlıklı ergenlere göre daha yaygın görülmektedir (Bukstein, Brent ve Kammerer., 1989). Bu tür psikiyatrik bozukluklara bir de madde kullanımı ya da bağımlılıkların eklenmesi mevcut tedavi olanaklarını zora sokmakta ve bireyin hayatında olumsuz etkilerin kalıcı hale gelmesine sebep olabilmektedir. Bu sebeplerle, çocukluk ve ergenlik döneminde duygusal/davranışsal problemler olabildiğince erken zamanda tespit edilerek gerekli tedaviler ve müdahaleler uygulanmalıdır.

Ergenlik döneminin kendisi, ebeveyn etkisinin azaldığı bir dönem olmakla birlikte, ailenin gebelikten başlayarak ergenliğe kadar çocuğa yönelik ilgi ve tutumları madde kullanımı veya bağımlılık açısından çok önemlidir. Ailenin bağımlılığa karşı koruyucu etkisinin 3 temel boyutu olduğunu söyleyebiliriz. Birincisi; gebelikten başlayarak çocuğu bağımlılıkla ilişkili riskli durum veya ortamlardan uzak tutmak (örneğin gebelikte sigara-alkol-madde kullanmamak, erken yaşlardan itibaren medya-internet kullanımı konusunda dikkat etmek, çocuğun yanında sigara-alkol-madde kullanmamak ve çocuğu bu tür ortamlardan uzak tutmak vs.). İkincisi; bağımlılığa karşı koruyucu olduğu bilinen ve önceki bölümlerde ve yukarıda

detaylı bahsedilen bir takım alışkanlıkları veya becerileri kazanması için çocuğuyla güzelce ilgilenmek, teşvik etmek ve destek olmak. Üçüncüsü ise çocuklarında sigara-alkol-madde kullanımı ve internet-oyun bağımlılığıyla ilgili bir durum tespit etmeleri veya şüphelenmeleri halinde yardım ve destek almak.

Bağımlılığa karşı koruyucu bu becerileri kazan(a)madan ve bağımlılık için risk oluşturan bir takım bireysel ve çevresel faktörlerle ergenlik çağına gelmiş bir bireyin madde kullanması ve bağımlı olması şaşırtıcı olmayacaktır. Bu sebeple bağımlılıkla mücadele programları ailenin önemi ve etkisini doğru bir şekilde ele almalı, koruyucu öneriler ve uygulamalar gebelikten itibaren başlatılmalıdır. Bağımlılıkla mücadelenin uzun vadeli bir konu olduğu unutulmamalıdır. 20 yıl sonrasının sağlıklı gençleri şimdiki 'sağlıklı ve güvenli gebelik'çabalarıyla mümkün olabilir. Erken dönemlerden başlanarak, risk faktörlerini azaltmayı ve koruyucu becerileri arttırmayı ve bu sayede psikolojik dayanıklılığı güçlendirmeyi hedefleyen çocuk, aile ve toplum merkezli programların sayısı arttırılmalıdır. Özellikle aile bağlarını güçlendirmeyi ve olumlu akran etkisini arttırmayı amaçlayan okul programlarının, ergenlerde madde kullanımının önlenmesinde etki düzeyinin yüksek olduğu bilinmektedir (Yüncü, 2019).

6.9. Ergenlik Döneminde Cinsellik

Ergenlik döneminde yaşanan en önemli ve belirgin gelişme ve değişimlerden birisi cinsel gelişimdir. Bu gelişim ve değişim süreci temelde bireyi erişkin yaşama hazırlama işlevi görmekle birlikte bazı durumlarda doğrudan ya da dolaylı olarak ergen için risk veya sorun kaynağı olabilir. Ergenlik dönemi cinsel ilgi ve dürtülerinin ortaya çıktığı ve üreme yeteneğinin kazanıldığı, ancak hem cinsel hem de psiko-sosyal gelişimin henüz tamamlanmadığı bir dönemdir. Günümüz dünyasında hemen bütün toplumları etkisi altına alan her türlü zevki özgürce ve sınırsızca yaşamaya çalışma alışkanlığı, yaşanan geçici zevklerin ötesinde birey ve toplum sağlığı açısından kısa ve uzun vadede çok yönlü tehlikeleri de beraberinde getirmektedir. Cinselliği insan hayatının mahrem ve özel bir yönü olarak gören ve belirli bir takım sosyal/ahlaki kurallara bağlayan geleneksel anlayışa karşın, günümüz modern yaşam tarzı cinselliği açıkça ve sınırsızca yaşanan bir zevk haline dönüştürmüştür. Bu durum birey ve toplum sağlığı ve güvenliği açısından önemli bir takım risk ve problemleri de birlikte getirmektedir. Beden ve ruh sağlığıyla ilişkili bu risk ve problemlerin en belirgin olarak çocuk ve ergenleri etkilediğini söylemek mümkündür.

Günümüzde, özellikle gelişmiş batı toplumlarında, ergenlik döneminde cinsellik ve ilişkili olduğu sorunlar bu yaş grubundaki en önemli bedensel, psikolojik ve sosyal sağlık problemlerinden birisi olarak kabul edilmektedir (McCauley vd., 2015). Ergen gebelikleri ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar ergen cinselliğinin en önemli tıbbi/bedensel sağlık sorunlarının başında gelmektedir (Tablo-2). Ergen gebelikleri hem bebek hem anne açısından ciddi bir çok olumsuz sonuçlarla ilişkilidir. A.B.D'de her yıl 600-800 bin arası ergen (15-19 yaş) gebe kalmaktadır. Bunların %80'den fazlası plansız ve istenmeyen gebeliktir. Yine her yıl yaklaşık 8-10 milyon ergen cinsel yolla bulaşan hastalıklara yakalanmaktadır. Cinsel yolla bulaşan hastalık vakalarının (örneğin HIV) yarısı ergenlerdir. Ergen cinselliğiyle ilişkili daha yaygın ve belki de daha ciddi ve kalıcı riskler psikososyal sağlıkla ilgili olanlardır. Ergen cinselliğiyle ilişkili şiddeti ifade etmek için kullanılan ergen flört şiddeti (teen dating violence) ergenler arasındaki önemli psikolojik ve sosyal sorunlardan birisidir. Bu tür şiddet, ilişkideki taraflardan birinin diğerine doğrudan yüz yüze etkileşimle ya da medya ve internet yoluyla fiziksel, cinsel, psikolojik ve duygusal olarak zarar vermesini ifade eder. Bu tür bir şiddete maruz kalmak özellikle kız ergenler arasında belirgin olarak daha fazladır ve Tablo-2'de bahsedilen psikiyatrik ve sosyal sorunların ortaya çıkmasında önemli bir etkidir. Söz konusu şiddet türüne göre sıklıkla ilgili rakamlar yıllar içinde bazı farklılıklar göstermekle birlikte A.B.D.'deki ergenlerin %33'ü son bir yıl içinde flört ettiği kişi tarafından fiziksel, cinsel, sözel veya duygusal şiddete maruz kaldığını ifade etmiştir. Ergen flört şiddeti doğrudan ergen cinselliğiyle ilişkili olan, etki ve sonuçları yaşam boyu devam edebilen önemli bir ruh sağlığı sorunudur.

Tablo 2. Ergen Cinselliğiyle İlişkili Bedensel ve Psikososyal Riskler ve Sorunlar

☐ ☐ Ergen gebelikleri ve ilişkili riskler o Küretaj ve ilişkili riskler o Düşükler veya düşük tehditleri o Gebelikle ilişkili hastalıklar o Zor doğum ve doğum içi komplikasyonlar o Erken doğum o Düşük doğum ağırlıklı bebekler ☐ ☐ Cinsel yolla bulaşan hastalıklar (örneğin HIV, Hepatit B, Herpes, Sifiliz, Gonore, HPV, EBV ve mantar enfeksiyonları)	☐ ☐ Depresyon ☐ ☐ İntihar girişimleri ☐ ☐ Kendine zarar verici davranışlar ☐ ☐ Alkol-madde kullanımı ☐ ☐ Yeme bozuklukları ☐ ☐ Travma ilişkili bozukluklar ☐ ☐ Okul devamsızlığı ☐ ☐ Okul başarısızlığı ☐ ☐ Fiziksel, psikolojik, cinsel ve duygusal şiddete maruz kalma ☐ ☐ Siber zorbalık, tehdit, şantaj gibi durumlara maruz kalma ☐ ☐ Aile içi sorunlar ☐ ☐ Akran ilişkilerinde sorunlar ☐ ☐ Kendine ve karşı cinse güvensizlik ☐ ☐ Sağlıklı ve mutlu uzun süreli duygusal ilişkiler kuramama
--	---

Peki, ergenlik döneminde cinselliği tıbbi ve psikososyal açıdan bu şekilde riskli kılan sebepler nelerdir? Cinsellik günümüzde özellikle batı toplumlarında ve batının kültürel değerlerinin etkilediği topluluklarda neredeyse bütünüyle haz ve özgürlük bağlamında ele alınmaktadır. Oysa ergen cinselliğinin hazcı, özgürlükçü, ya da ahlaki boyutlarından daha önemli ve öncelikli olarak bedensel ve psikososyal açıdan ilişkili olduğu olumsuz sonuçları da aynı batı kültürü fazlasıyla yaşamakta; bu risk ve sakıncalar bu konudaki bilimsel çalışmalar tarafından objektif olarak ortaya konulmaktadır. Yukarda bahsettiğimiz bedensel ve psikososyal sorunların nasıl ortaya çıktığına cinsellik ve ergenliği göz önüne alarak daha yakından bakmaya çalışalım.

☐ ☐ Cinsellik yalnızca biyolojik ve fizyolojik bir olay değildir. Cinselliğin ruhsal, sosyal, bilişsel ve duygusal boyutları zamanla ve olgunlaşmayla kazanılmaktadır. Ergenler biyolojik/fizyolojik olarak cinselliğe hazır olabilseler de, bilişsel, duygusal ve sosyal boyutlara henüz sahip ol(a)madıkları için ergenlik döneminde cinsellik riskli bir eylem haline dönüşebilir.

☐ ☐ Ergen gebeliklerinin çok daha fazla oranda tıbbi-psikolojik-sosyal sorunlarla ilişkili olduğu bilinen bir durumdur. Ergen gebelikleri ergen cinselliğinin en ciddi sonuçlarından birisidir. Ergen gebelikleri hem anne hem de bebek sağlığı açısından riskli durumlardır.

☐ ☐ Ergenlerin cinsel davranışlarla ilişkili riskler konusunda erişkinlerden daha az bilgi ve beceriye sahip oldukları, riskler konusunda daha duyarsız ya da cesur davranabildikleri ve koruyucu önlemleri daha az kullandıkları bilinmektedir. Cinsel olarak aktif ergenlerin, özellikle kızların, cinsel yolla bulaşan hastalıkları kapma olasılıkları erişkinlere göre daha fazladır.

☐ ☐ Cinsel dürtüler kontrol edilmesi zor dürtülerdir. Ergenlik döneminde cinsel arzu ve isteklerin yoğunluğuna karşın, bu dürtüleri kontrol becerisi sıklıkla yeterince gelişmemiştir. Bu durum ergenleri cinsellikle ilişkili risklere karşı daha açık ve savunmasız kılmaktadır.

☐ ☐ Ergenlik dönemi sosyal, akademik, ahlaki ve mesleki gelişim ve kazanım açısından kritik bir dönemdir. Ergenlikte cinselliğe aşırı ilgi ergenin diğer işlevsellik ve yaşam alanlarını ciddi olarak etkileyebilmektedir. Karşı cinse yaşanan duygusal ve fiziksel travmaların, ergen flört şiddetinin etkisi sıklıkla cinselliğin doğrudan etkisinden daha ciddi olmaktadır. Bu durumda bir ergenin enerjisini, zamanını ve dikkatini kendi sorumluluk alanlarına yönlendirmesi güç olabilmekte ve ergen için geri dönüşü mümkün olmayan kayıplara yol açabilmektedir.

☐ ☐ Ergenlik dönemindeki duygusal ilişkilerin çoğusu kısa süreli ve geçicidir. Bununla birlikte ergenler duygusal ilişkilerine aşırı önem verirler ve genellikle yaşamlarının ilk ve son aşkı-ilişkisi gibi görürler. Bir ergenin bu derece önemseydiği ve duygusal yatırımda bulunduğu ilişkinin bir şekilde sonlanması büyük bir duygusal travma yaşatabilmektedir. Bu duygusal travma sıklıkla kızlarda daha belirgin olmaktadır. Erken yaşlarda flörte başlayan bir ergen kız için bu ilişki sonlanmaları o kadar sık ve travmatik olabilir ki, 20 yaşına geldiğinde adeta defalarca evlenip boşanmış bir kişi gibi ruhsal çöküntü, çatışma ve karşı cinse yönelik güvensizlik yaşayabilir.

□□Ergenler yakın insani ilişkilerdeki zorluklarla baş etmek için yeterli tecrübeye sahip değildirler. Karşı cinsle mutlu, sağlıklı ve sürekli bir ilişki bir takım sorumluluklar ve beceriler gerektirir. Ergenler cinsel-duygusal ilişkilerdeki sorunlarla, ergen flört şiddetiyle etkili bir şekilde baş etmekte zorlanırlar.

□□Sağlıklı ve mutlu bir duygusal-cinsel ilişkide taraflar yalnızca kendi ihtiyaç ve dürtülerini değil, karşı tarafı da düşünmeleri gerekir. Ergenler bulundukları dönem itibariyle, sağlıklı ve mutlu bir ilişki için gerekli empati becerilerine yeterince sahip olamayabilirler. Yalnızca kendi dürtü ve ihtiyaçlarına odaklanıp karşı tarafı ihmal edebilirler. Özellikle kızlarda ‘kendisinin kullanıldığı’ düşüncesi sıklıkla oluşabilmektedir.

□□Ergenlik dönemi akran ilişkilerinin ve taleplerinin çok önemsendiği bir dönemdir. Cinsel olarak aktif ergenlerin önemli bir kısmı, özellikle de kızlar, karşı taraftan gelen cinsellik talebine istemediği halde ‘evet’ demek zorunda kalabilirler. Ergenlik döneminde özellikle akran çevresinin baskısı, cinsellikle ilgili özentisi, ilgi, merak ya da bilgisizliğin öne çıktığı görülmektedir.

□□Günümüzde cinsellik veya cinsellikle ilişkili uyarılar medya ve internette hatta günlük hayat içinde aşırı derecede öne çık(arıl)maktadır. Bu durum zamanlarının çoğunu bu tür ortamlarda geçiren ergenlerin yoğun bir şekilde cinsel uyarı altında kalmalarına ve cinsellikle ilişkili risklere daha açık hale gelmelerine yol açmaktadır.

□□Ergenlik bir takım psikiyatrik sorunların ortaya çıkması ve aile-ergen çatışması açısından riskli bir dönemdir. Ergenin kendi iç dünyasında veya aileyle yaşadığı bu türden sorunlar riskli ilişkileri (örneğin internetten tanıştığı birisinin evine gitmek) veya cinsel davranışları kolaylaştırabilir.

□□Sağlıklı ve mutlu bir yaşam içinde yaşadığımız toplumun sosyal ve ahlaki kurallarıyla barışık ve uyumlu olmayı gerektirir. Ergenlik döneminde cinsellik bizim toplumumuzun sosyal, kültürel ve inanç değerleri açısından hoş karşılanmayan bir durumdur.

Ergen yaşta cinsellik, ilişkili olduğu tıbbi ve ruhsal olumsuz sonuçlar nedeniyle hem ailelerin, hem eğitimcilerin hem de idarecilerin üzerinde hassasiyetle durmaları gereken önemli bir meseledir. Konuyla ilgili birey, aile ve toplumu merkeze alan önleme ve müdahale programları ile çocuklar ve gençlerin farkındalığını arttırma, var olan risk faktörlerini azaltma ve koruyucu tedbirleri arttırma üzerinde durulmalıdır. Günümüzde gelişmiş batılı ülkelerde ergen cinselliği konusunda iki ana eğitimsel yaklaşım söz konusudur. Bunlar *kapsamlı cinsel eğitim* (comprehensive sexual education) ve *cinselliği erteleme* (abstinence-only) yaklaşımlarıdır. Kapsamlı cinsel eğitim ‘cinsellikle ve korunmayla ilgili temel bilgilerin verilip, nasıl davranılacağı konusunu ergenlerin kendisine bırakmayı’ savunurken, cinselliği erteleme yaklaşımı ‘ergenlik döneminde cinselliği ertelemeyi’ tavsiye eder ve savunur. A.B.D’de ergen gebeliklerini azaltmaya yönelik uygulamalar belirli ölçüde başarılı sonuçlar vermiş; ergen gebeliklerinde 2007-2015 yılları arasında %46 oranında bir azalma kaydedilmiştir. Bu azalmada ergenlerin cinsellikten uzak durmaları ve etkili kontraseptif kullanımının önemli olduğu düşünülmektedir (Santelli vd., 2007). Bu verilerle uyumlu olacak şekilde, A.B.D’de lisede okuyan öğrenciler arasında cinsel ilişki yaşadığını ifade etme sıklığı 1991 yılında %54’ten, 2017 yılında %39’ kadar düşmüştür. Sonuç olarak, sağlıklı ve güvenli bir ergenlik için, toplumsal ve kültürel yapımız da göz önünde bulundurulduğunda, ergen bireylere ‘cinselliği erteleme’ tavsiye ve mesajını vermektibizim toplumumuzda oldukça uygundur. ‘Kapsamlı cinsel eğitim’ yaklaşımı etkili kontrasepsiyon yöntemleriyle ergen gebelikleri veya cinsel yolla bulaşan hastalıklarda azalma sağlayabilse de, ergen cinselliğiyle ilişkili psikososyal risk ve sorunlardan uzak durmak ancak ‘cinselliği erteleme’ yaklaşımı ile mümkün olabilecektir.

Tablo 3. Ergen cinselliği ve ilişkili risklere yönelik ebeveynler için öneriler

Çocuğunuzla her dönemde olduğu kadar ergenlik döneminde de sıcaklık, yakınlık ve güvene dayalı güçlü bir ilişki kurmaya özen gösterin.

Çocuğunuzun arkadaş çevresi hakkında fikir sahibi olun, olumlu akran desteği ve sosyal çevre oluşturmasını teşvik edin.

Çocuğunuzun akademik başarısını desteklemeye gayret edin.

İnternet ve medya kullanımı konusunda bilgili olun, çocuğunuzun internet yoluyla karşılaşabileceği riskli cinsel durumlar hakkında uyarın.

Çocuğunuzun sigara-alkol-madde karşıtı bilincin gelişmesi konusunda destekleyin.

Çocuğunuzun spor, sanat ve hobi gibi faaliyetlere yönlendirmeye gayret edin.

Toplumsal ve kültürel değerlerin yaşatılması ve desteklenmesini küçük yaşlarından itibaren çocuğunuza uygulayarak gösterin.

Mevcut psikiyatrik problemler açısından gerekli uzmanlara başvurarak destek alın.

Ergenlik döneminde alkol ve madde karşıtı politikalarının geliştirilmesi için gerekirse diğer veliler, okul yönetimi ve sivil toplum kuruluşlarıyla irtibat halinde olun.

Ergenlik döneminde cinselliği ertelemeye yönelik uygulamaların geliştirilmesi için diğer veliler, okul yönetimi ve sivil toplum kuruluşlarıyla irtibat halinde olun.

Gerektiğinde, arkadaşlarından gelen cinsellikle ilgili bir talep veya baskı durumunda nasıl davranacağını çocuğunuzla konuşun.

6.10. Ergenlik Döneminde Psikiyatrik Bozukluklar ve İntihar Davranışları

Fizyolojik ve psiko-sosyal gelişmelerin bir arada gerçekleştiği, çocukluktan yetişkinliğe bir geçiş dönemi olan ergenlikte, farklı alanlardaki hızlı değişimler ve bunlara uyum sağlama davranışları, ergeni farklı problem alanları ile karşı karşıya getirmektedir (Kim, 2003). Ergen bireyler, biyolojik gelişimin sonucu olarak bedensel değişimlere uyum sağlamaya çalışırken, biyolojik gelişimle doğrudan ya da dolaylı biçimde ortaya çıkan duygusal ve davranışsal değişimlerle de baş etmek durumundadır. Bu dönemde ergenin, zayıf ya da şişman olmak, daha güzel veya yakışıklı olmak gibi fiziki görünümü ile ilgili kaygıları; özgüven eksikliği, kendini eksik ve yetersiz görme gibi kişiliği ile ilgili kaygıları; evdeki çatışma ortamı sebebiyle aileyle ilişkili zorlukları; arkadaşları tarafından kabul görmek, yanlış anlaşılma, kendini toplum içinde ifade etmek gibi sosyal kaygıları; ders başarısı, akademik yeterlilik ve mesleki geleceği ile ilişkili kaygıları, ölüm korkusu, doğru ve yanlış olanın niteliğine ilişkin din ve ahlak konularındaki kaygıları ortaya çıkabilir (Yörükoğlu, 2004). Bu farklılıklara alışma ile yeni durumlara uygun davranışlar ve tutumlar geliştirme sırasında ortaya çıkan gerginlikler, ergenlik dönemindeki bazı bireyleri ruhsal bakımdan hassas hale getirebilir (Kulaksızoğlu, 2004). Özellikle genetik yatkınlığa sahip kişilerde bu çevresel gerginlik ve stresörlerin de etkisiyle ergenlik döneminin normal sayılabilecek gelişimsel zorluklarının ötesinde bir takım psikiyatrik bozukluklar ortaya çıkabilir. Bu anlamıyla ergenlik döneminin psikiyatrik bozukluklar açısından kırılgan bir dönem olduğu pek çok araştırmada gösterilmiştir. Dünyada ve ülkemizde yapılan çalışmalarda çocuk ve ergen yaş grubunun %9 ila %21 gibi önemli bir oranında psikiyatrik bir bozukluk görüldüğü bildirilmiştir. (Ercan vd., 2016; Demirgören ve Aras, 2018). Başta depresyon, bipolar bozukluk, şizofreni, kaygı bozuklukları, yeme bozuklukları, alkol-madde bağımlılığı olmak üzere, farklı duygusal ve davranışsal bozuklukların sıklıkla ilk olarak ergenlik döneminde ortaya çıktığı bilinmektedir. Çocukluk ve özellikle ergenlik döneminde ortaya çıkan bu ruhsal bozuklukların yeterli biçimde tedavi edilmediği durumlarda ise yetişkin dönemi de etkileyen ağır bireysel ve toplumsal sonuçları olabilmektedir. Bu anlamda yapılan pek çok araştırma yetişkinlik dönemindeki psikiyatrik bozuklukların yarısından fazlasının ilk olarak ergenlik döneminde tanı aldığını ortaya koymaktadır (Kim-Cohen vd., 2003). Psikiyatrik bozukluklar bireysel ve toplumsal kayıpları göz önünde bulundurulduğunda hem ülkemizde hem de dünyada yeti yitiminin en önemli sebebi olarak görülmektedir (Murray ve Lopez, 2002).

Ergenlik dönemindeki psikiyatrik bozukluklar akademik, sosyal ve mesleki olumsuz sonuçlarının yanında intihar davranışı gibi çok daha ciddi bir diğer durumla da ilişkilidir. Kişinin kendi hayatına son vermek niyetiyle düşündüğü ya da yaptığı, ölüm ya da yaralanmayla sonuçlanabilecek düşünce ya da eylemler olarak tanımlanan intihar davranışları özellikle ergenlik ve genç yetişkinlik dönemi için önemli bir halk sağlığı sorunu olarak görülmektedir (Bilgiç, 2016). İntihar, dünya genelindeki 15-19 yaş grubunda 3. en sık ölüm nedeni olarak bildirilmiştir (WHO, 2020). Ülkemizde, intihar sonucu ölüm oranları batı ülkeleriyle kıyaslandığında daha düşük olmakla birlikte, intihar sonucu ölümler, motorlu taşıt kazalarının ardından 2. en sık ölüm nedeni olarak yer almakta, bu durum ciddi bireysel ve toplumsal sonuçlarla ilişkili olmaktadır (TÜİK, 2011). 1992-2004 yılları arasında Türkiye ve Amerika'daki tamamlanmış intiharlarla ilgili bir karşılaştırma çalışmasında, genel popülasyonda ve erkekler arasında intihar oranları Amerika'da belirgin olarak daha yüksek iken, Türkiye'de genç kadınlar arasında (24 yaş altı) intihar oranlarının Amerika'dan yüksek olduğu görülmüştür (Coskun, Zoroglu, & Ghaziuddin, 2012). Bu çalışmada tüm kadın intiharlarında 24 yaş altında olanların oranı Amerika için %11, Türkiye için %50 olarak bildirilmiştir. Çalışmalar, intihar davranışlarında genetik yatkınlık, erken gelişimsel dönemlerde olumsuz sosyal çevrede büyüme ve stresli yaşam olaylarına maruziyet gibi birçok faktörün, sıklıkla psikiyatrik bir bozukluk gelişmesine aracılık ederek rol oynadığını göstermektedir. İntihar davranışında bulunan ergenlerin psikiyatrik bir bozukluğa sahip olma oranının yaklaşık % 90 olduğu, bu ilişkinin özellikle depresyon, bipolar bozukluk ve madde kullanım bozukluklarında daha belirgin olduğu bilinmektedir (Coskun, Zoroglu, & Ghaziuddin, 2012; Fleischmann vd., 2005; Esposito ve Clum, 2002). Bunlar dışında, bireyin psikolojik dayanıklılığını ve baş etme becerilerini olumsuz etkileyen bireysel, ailesel ve çevresel pek çok durum ergenlerdeki intihar davranışlarıyla doğrudan ya da dolaylı olarak ilişkili olmaktadır.

Tablo 4. Ergenlerde intihar davranışıyla ilişkili risk faktörleri

Bireysel	Ailesel	Çevresel
----------	---------	----------

Geçmişteki intihar girişimi	Ailede intihar öyküsü	Düşük sosyoekonomik düzey
Genetik faktörler	Ebeveyn psikopatolojisi	Olumsuz yaşam olayları
Psikiyatrik bozukluklar	Alkol-madde kullanımı	Düşük sosyal destek
Alkol-madde kullanımı	Aile içi çatışmalar	Akran ilişkilerinin kötü olması
Akademik sorunlar	Ebeveynlerle güvensiz bağlanma	Akran zorbalığı
Stresle baş etmede yetersizlik	Ölüm ya da boşanma nedeniyle ebeveyn kaybı	Sosyal izolasyon
Sorun çözme becerisinde yetersizlik	Katı disiplin anlayışı	Medyada intihar haberlerine maruz kalmak
Dürtüsellik	Yetersiz aile desteği	
Düşük benlik saygısı	İstenmeyen gebelik sonucu dünyaya gelmek	
Öfke ve düşmanlık		
Geleceğe dair umutsuzluk		
Ruhsal travma		
Erken yaşta başlayan cinsellik		
Ergen flört şiddeti		

İntihar davranışları yineleyici bir doğaya sahiptir ve takip eden bir yıl içerisinde olguların %15 ila %30'unda yeniden kendine kasıtlı olarak zarar verme eylemleri görülebilmektedir (Brent vd., 2013). Bu nedenle koruyucu ruh sağlığının birinci hedefi, risk altındaki çocuk ve ergenlerde intihar davranışının ortaya çıkmasına sebep olacak durumların ortadan kaldırılması; ikinci hedef de intihar davranışlarının tekrarlamasının engellenmesine yönelik tedavi ve girişimler olmalıdır. Bununla birlikte, risk faktörleri olsun ya da olmasın hangi ergenin intihar girişiminde bulunacağını kesin bir şekilde ön görebilmek mümkün değildir. İntihar davranışı ergenlerde dürtüsel bir şekilde ani olarak ortaya çıkacağı gibi, sıklıkla öncesinde planlı intihar düşüncelerinin olduğu bir süreç sonucunda da ortaya çıkabilmektedir (Bilgiç, 2016). Bu sebeple mevcut psikiyatrik hastalık, ebeveyn psikopatolojisi, alkol-madde kullanımı, aile içi çatışma vb. risk faktörlerinin fark edilmesi, intihar eğilimi olan ergenlerle onlarla bağlantıda olan ebeveyn, öğretmen ve arkadaşların riskli durumlar hakkında bilgilendirilmesi ve eğitilmesi, okullarda iletişim kurma, sorun çözme ve baş etme becerilerinin geliştirilmesine yönelik çalışmaların yapılması, bu kişilerin ruhsal yardım ve destek alabilecekleri kurumlara kolay erişimlerinin sağlanması, bunlarla birlikte koruyucu faktörlerin ve olumlu yönlerin desteklenerek dayanıklı bireylerin gelişiminin sağlanması intihar davranışlarını önlemede etkili olabilir. Bunun yanında çocuk ve ergenlerde psikiyatrik bozukluk ve intihar davranışlarının yaygınlığının, nedenlerinin ve risk faktörlerinin araştırılması, eğitimciler ve sağlık çalışanlarının konuyla ilgili bilgi ve farkındalığının artması ve etkili bireysel ve toplumsal önlemlerin alınması gereklidir.

Bölüm Özeti

Çocukluktan ergenliğe geçiş yılları olarak ergenlik, bedensel, psikolojik ve sosyal açıdan hızlı değişimlerin yaşandığı, kimlik gelişimi ve inşasının gerçekleştirildiği bir dönemdir. Bu dönemdeki değişimlere uyum sağlama davranışları sebebiyle ergen kişi, hayatın birçok alanıyla ilgili zorluklarla baş etmek durumundadır. Bu yıllar aynı zamanda çocukluk döneminden farklı olarak, ailenin çocuk üzerindeki etkisinin azaldığı, aileden boşalan yeri arkadaş gruplarının ve sosyal çevrenin doldurmaya başladığı bir dönemdir. Çevre etkisinin artmış olması ve ebeveynlerle yaşanan çatışmaların yanında bu dönemde internet ve medyanın zararlı etkileri, bağımlılık yapıcı maddelerin kullanımına olan artmış yatkınlık ve riskli cinsel davranışlar gibi sık görülebilen diğer olumsuz durumlar ergenlerin psikososyal açıdan risk altında olmasına sebep olmaktadır. Yetişkin dönemde görülen psikiyatrik bozuklukların önemli bir kısmının ilk olarak ergenlik döneminde başladığı göz önüne alındığında, bu yılların önemi daha iyi anlaşılmış olur. Koruyucu ruh sağlığı da böylesine kritik bir dönemin en sağlıklı bir biçimde geçirilmesi ve bireysel ve toplumsal açıdan dayanıklı bireylerin yetiştirilmesini amaçlar. Bu anlamda mevcut risk faktörlerin azaltılması ve olumlu yönlerin desteklenmesi başta aile, okul, ruh sağlığı çalışanları, sosyal çevre olmak üzere toplumun genelini kapsayan önlemler, çalışmalar ve politikalarla gerçekleştirilebilir. Sağlıklı gelecek nesiller için gerek alanlar içi gerekse alanlar arasında uygulanacak somut önlemler ve çalışmalara ihtiyaç vardır.

Kaynakça

Archer, S.L. (1989). The status of identity: Reflections on the need for intervention. *Journal of Adolescence*, 12, 345-359.

Bilgiç, A. (2016). İntihar ve Kasıtlı Olarak Kendine Zarar Verme. *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları içinde*. (Editörler) Pekcanlar Akay, A., ve Ercan, E.S. Ankara. Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği Yayınları, Ankara. s580-593.

- Brent, D.A., Bridge, J., Johnson, B.A., Connolly, J. (1996). Suicidal behavior runs in families: a controlled family study of adolescent suicide victims. *Archives of general psychiatry*, 53, 1145-1152.
- Bukstein, O.G., Brent, D.A., ve Kaminer, Y. (1989). Comorbidity of substance abuse and other psychiatric disorders in adolescents. *The American journal of psychiatry*. 146, 1131-1141.
- Carolyn, D.B., Elaine, B.F., ve Johanna, D. (2019). *Handbook of nutrition and food*. CRC Press.
- Ceyhan, A.A. (2011). Ergenlerin problemli internet kullanım düzeylerinin yordayıcıları. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 18.
- Chisholm, J.F. Cyberspace violence against girls and adolescent females. (2006). *Annals New York Academy of Sciences*, 1087, 74-89.
- Clouse, B. (2000). Ergenlerde ahlâk gelişimi ve cinsellik. *Uludağ Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 9, 715-753.
- Coskun, M., Zoroglu, S., & Ghaziuddin, N. (2012). Suicide rates among Turkish and American youth: a cross-cultural comparison. *Archives of Suicide Research*, 16(1), 59-72.
- Demir, H., Dereboy, İ.F., Dereboy, Ç. (2009). Gençlerde Kimlik Bocalaması ve Psikopatoloji. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 20, 227-235.
- Demirgören, B.S., ve Aras, Ş. (2018). Ergenlerde Ruhsal Bozuklukların Yaygınlığı ve Psikiyatrik Destek Alma. *Türkiye Klinikleri Çocuk Psikiyatrisi-Özel Konular*, 4, 140-144.
- Dereboy, İ.F., Dereboy, Ç., Coşkun, A., Coşkun, B. (1994). Özdeğer duygusu, öz imgesi ve kimlik duygusu-II: Bir kimlik duygusu değerlendirme aracına doğru-ön çalışma. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 1, 61-69.
- Ercan, E.S., Bilaç, Ö., Özasan, T.U., Ardic, U. A. (2016). Prevalence of psychiatric disorders among Turkish children: the effects of impairment and sociodemographic correlates. *Child Psychiatry & Human Development*, 47, 35-42.
- Esposito, C.L., ve Clum, G. A. (2002). Psychiatric symptoms and their relationship to suicidal ideation in a high-risk adolescent community sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41, 44-51.
- Fleischmann, A., Bertolote, J.M., Belfer, M., Beautrais, A. (2005). Completed suicide and psychiatric diagnoses in young people: a critical examination of the evidence. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75, 676-683.
- Floros, G., Siomos, K., Stogiannidou, A., Giouzevas, I., Garyfallos, G. (2014). Comorbidity of psychiatric disorders with Internet addiction in a clinical sample: the effect of personality, defense style and psychopathology. *Addictive behaviors*, 39, 1839-1845.
- Gallimberti, L., Buja, A., Chindamo, S., Lion, C., Terraneo, A., Marini, E., ... ve Baldo, V. (2015). Prevalence of substance use and abuse in late childhood and early adolescence: What are the implications?. *Preventive medicine reports*, 2, 862-867.
- Güleç, G., Köşger, F., ve Eşsizoglu, A. (2015). DSM-5'te alkol ve madde kullanım bozuklukları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 7, 448-460.
- Johnston, L.D., Miech, R.A., O'Malley, P.M., Bachman, J.G., Schulenberg, J.E., ve Patrick, M.E. (2019). Monitoring the Future National Survey Results on Drug Use, 1975-2018: Overview, Key Findings on Adolescent Drug Use. Institute for Social Research
- Kessler, R.C., Amminger, G.P., ve Aguilar-Gaxiola, S. (2007). Age of onset of mental disorders: A review of recent literature. *Current Opinion in Psychiatry*, 20, 359.
- Koca, E.B., ve Tunca, M.Z. (2019). İnternet ve Sosyal Medya Bağımlılığının Öğrenciler Üzerindeki Etkilerine Dair Bir Araştırma. *Alanya Akademik Bakış*, 4, 77-103.
- Lindberg, E. N. A. (2011). Piaget ve ergenlikte bilişsel gelişim. *Kastamonu Eğitim Dergisi*, 19, 1-10.
- McCauley, H.L., Breslau, J.A., Saito, N., Miller, E. (2015). Psychiatric disorders prior to dating initiation and physical dating violence before age 21: findings from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 50, 1357-1365.
- Murray C ve Lopez A. World Health Report (2002): Reducing Risks, Promoting Healthy Life. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 186.
- Ögel, K. (2001). İnsan, yaşam ve bağımlılık tartışmalar ve gerekçeler. İstanbul: IQ Kültür Sanat Yayıncılık, 1-20.
- Ögel, K. (2005). Madde kullanım bozuklukları epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences*, 1, 61-64.
- Park, S., Jeon, H.J., Bae, J.N., Seong, S.J., Hong, J. P. (2017). Prevalence and psychiatric comorbidities of Internet addiction in a nationwide sample of Korean adults. *Psychiatry investigation*, 14, 879.
- Santelli J, Lindberg L, Finer L, Singh S. Explaining recent declines in adolescent pregnancy in the United States: the contribution of abstinence and improved contraceptive use. *Am J Public Health*. 2007;97(1):150-6.
- Sevim, C. (2017). Üniversite öğrencilerinin problemli internet kullanımı ile üstbilişler arasındaki ilişkide düşünce kontrol stratejilerinin aracı rolünün incelenmesi (Master's thesis, Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü).
- Subramaniam, G.A., ve Volkow, N.D. (2014). Substance misuse among adolescents: to screen or not to screen?. *JAMA pediatrics*, 168, 798-799.
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2011). İntihar İstatistikleri. Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası, Ankara.
- World Health Organization. (2020). Adolescent health in the South-East Asia Region. Erişim Adresi: <https://www.who.int/southeastasia/health-topics/adolescent-health>
- World Health Organization. (2020). Suicide. Erişim Adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Yüncü, Z. (2019). Ergen Madde Bağımlılığı Neden Önemlidir?. *Türkiye Klinikleri Çocuk Psikiyatrisi-Özel Konular*, 5, 1-10.

Ünite Soruları

1. Ergenlik dönemi gelişimsel özellikleri hakkında hangisi doğrudur?

- A) Bir geçiş dönemidir
- B) Dönemin sonunda beyin ve kişilik gelişimi büyük ölçüde tamamlanmış olur
- C) Bireyin akran etkisine çok açık olduğu bir dönemdir
- D) Sosyal ve akademik açıdan beklenti ve sorumlulukların arttığı bir dönemdir
- E) Hepsi

2. Aşağıdakilerden hangisi ergenlik dönemindeki fiziksel-cinsel gelişim hakkında söylenemez?

- A) Boy uzunluğu ve vücut ağırlığı artar
- B) Cinsel açıdan üreme yeteneği kazanılır
- C) Cinsel dürtüleri kontrol etmekte zorlanabilir
- D) Sosyal ve duygusal olarak cinsel olgunluğa ulaşır
- E) Fiziksel özellikleri ve görünümüyle ilgili endişe yaşayabilir

3. Ergenlik döneminde cinsel gelişim ve davranışlar hakkında hangisi doğrudur?

- A) Riskli cinsel davranışlar sergileyebilirler
- B) Çoğunlukla cinsellik hakkında yeterli ve doğru bilgiye sahip değildirler
- C) Cinsel dürtü ve davranışlar başta medya ve internet olmak üzere çevreden etkilenir
- D) Cinsellikle ilişkili riskleri yeterince bilmez veya önemsemezler
- E) Hepsi

4. Ergen flört şiddeti hakkında hangisi söylenemez?

- A) Ergen cinselliğinin önemli olumsuz sonuçlarından birisidir

- B) Erkekler de kızlar kadar etkilenir
- C) Etkileri yaşam boyu sürebilir
- D) Önlenebilir bir durumdur
- E) Gelişmiş ülkelerde ergenler arasında çok önemli bir ruh sağlığı sorunudur

5. Aşağıdakilerden hangisi ergen cinselliğiyle ilişkili sorunlardan birisi değildir?

- A) Ergen flört şiddeti
- B) Şizofreni
- C) Major depresyon
- D) Travma sonrası stres bozukluğu
- E) Alkol-madde bağımlılığı

6. Ergenlik döneminde psiko-sosyal sorunlar ve koruyucu ruh sağlığı açısından hangisi doğru değildir?

- A) Ergenlik dönemi bir takım psikiyatrik bozuklukların ortaya çıkışı için riskli bir dönemdir
- B) Ergenlik dönemindeki bir takım gelişimsel özellikler ergeni ruhsal veya sosyal olarak zorlayabilir
- C) Ergenlik dönemi ruh sağlığı ve dayanıklılık açısından koruyucu beceri ve özelliklerin kazanılması için en uygun dönemdir
- D) Ailesel ve çevresel risk faktörleri genetik yatkınlığı olan bireylerde psikiyatrik sorunların ortaya çıkışını kolaylaştırabilir
- E) Güvenli bir sosyal çevre ruh sağlığı açısından koruyucudur

7. Aşağıdakilerden hangisi ergenlik döneminde önemli bir koruyucu ruh sağlığı uygulaması olabilir?

- A) Ergenlere yönelik spor alanları ve programları oluşturmak
- B) Ergenlerin sivil toplum faaliyetlerine katılmalarını sağlamak
- C) Güvenli ve ilgili bir sosyal çevre oluşturmak
- D) Ergenleri sanatsal faaliyetlere yönlendirmek
- E) Hepsi

8. Aşağıdakilerden hangisi ergenlik döneminde intihar girişimleri için bir risk faktörü değildir?

- A) Çocukluk çağı travmaları
- B) Erken yaşta başlayan cinsellik
- C) Medyada intihar haberlerine maruz kalmak
- D) Yakın arkadaşının intihar sonucu ölmesi
- E) Psikiyatrik muayene esnasında intihar düşüncesi olup olmadığı hakkında soru sormak

9. Ergenlik döneminde alkol-madde kullanımı /bağımlılığı açısından hangisi doğru değildir?

- A) Sigara-alkol-maddeyi ilk defa kullanan ergenlerin önemli bir kısmı bağımlı olur
- B) Sigara-alkol-madde kullanımı erken dönemde fark edilip, doğru müdahale edilirse bağımlılığa gitmesi engellenebilir
- C) Sigara-alkol-maddeyi ilk deneme yaşı ne kadar küçükse bağımlılık riski o kadar yüksektir
- D) Sigara-alkol-maddeyi kullanma sıklığı ne kadar fazlaysa bağımlılık riski o kadar yüksektir
- E) Çocukluk çağındaki Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ergenlik döneminde sigara-alkol-madde kullanma riskini artırır

10. Düşük-orta gelirli ailelerin bulunduğu bir bölgedeki devlet lisesinde ergenlere yönelik cinsellik ve koruyucu ruh sağlığı hakkında çalışmak istiyorsunuz. Aşağıdakilerden hangisini yapmanız beklenmez?

- A) Ergenlere cinsel gelişim hakkında bilgi vermek
- B) Uygunsuz talep veya baskılara ‘Hayır’ demeyi öğretmek
- C) Güvenli cinsel ilişki için gençlere kondom dağıtmak
- D) Ergen cinselliğiyle ilişkili riskleri paylaşmak
- E) Cinselliği erteleme üzerine tavsiyelerde bulunmak

CEVAP ANAHTARI

1. e 2. d 3. e 4. b 5. b 6. c 7. e 8. e 9. a 10. c

7. KORUYUCU RUH SAĞLIĞI AÇISINDAN GÜNÜMÜZ YAŞAM TARZI

Giriş

Bundan önceki bölümlerde, çocuk ve ergenlere yönelik koruyucu ruh sağlığı uygulamaları, risk faktörleri ve koruyucu faktörler eşliğinde, birbirini izleyen gelişimsel dönemler halinde tanıtılmıştı. Bu bölümde ise modern yaşam tarzının çocuk ve ergenler üzerindeki etkileri ana başlıklar halinde tanıtılacak, değişen toplumsal koşulların bebek, çocuk ve ergenler üzerindeki olumsuz etkileri ve bunlara yönelik koruyucu önlemlerle müdahaleler tartışılacaktır.

“Gelişmiş dünya ülkeleri, özellikle de Amerika, Japonya, Almanya ve Birleşik Krallık gibi ekonomik açıdan güçlü ülkeler genç nesilleri arasında salgın haline gelen bir sıkıntıyla uğraşıyor. 2004 yılında bir İngiliz araştırma kurumu, geçen otuz yıl içinde gençlerdeki davranış sorunlarında iki kat ve duygusal sorunlarında %70 artış olduğunu kaydetti. Amerikan Psikoloji Birliği, günümüzde her beş çocuk ve gençten birinin ruh sağlığı sorunları yaşadığı tahmininde bulunuyor. Dünya Sağlık Örgütü, 2020 itibarıyla çocuklardaki nöropsikiyatrik bozuklukların diğer sağlık sorunlarına oranla %50 artacağını ve bunların sakatlık ve ölüm sebepleri arasında ilk beşin içinde yer alacağına inanıyor.”

Zehirlenen Çocukluk –Sue Palmer

Son birkaç yüzyıl içerisindeki olağandışı hızlı gerçekleşen teknolojik, toplumsal ve kültürel değişimlerle birlikte, insanlar önceden beri alışageldikleri geleneksel yaşam tarzından uzaklaşarak “modern” olarak tabir edilen yeni bir yaşam tarzını benimsemeye başladı. Modern yaşam tarzı sunduğu pek çok yenilik ve imkân sayesinde hayatlarımızı daha önce hiç olmadığı kadar hızlı ve kolay hale getirdi, günümüz insanının sahip olduğu fırsat ve kolaylıklar hiç şüphesiz bizden önceki nesillerin tahayyüllerinin çok daha ötesinde yer alıyor. Ancak modern yaşam şekli, getirdiği tüm bu yeniliklerin ve olanakların yanında, günümüz insanını önemli bir takım riskli durumlar ve zorluklarla da karşı karşıya bırakıyor. Değişen maddi imkânlar ve yaşam şekli, beslenme düzeni ve alışkanlıkları, teknolojik imkânların sunduğu yenilikler, çalışan ebeveynler ve değişen ebeveyn tutumları, geniş aileden çekirdek aile düzenine geçiş, farklılaşan eğitim sistemi ve akademik sorumluluklar gibi hayatın her alanına yayılmış ve iç içe geçmiş faktörler bir yandan yeni fırsat ve kolaylıklar anlamına gelirken bir yandan da insanları öteden beri alışık olmadıkları pek çok sorunla karşı karşıya getiriyor. Bu değişimler, her yaştan ve nesilden insanı bir şekilde etkisi altına almış olsa da, hiç kuşkusuz gözlerini doğdukları andan itibaren modern yaşam tarzı içine açan günümüz çocukları ve gençlerinde etki çok daha fark edilir bir durumda. Özellikle ekonomik açıdan gelişmiş batı ülkeleriyle gelişmekte olan ülkelerde, eski nesillere kıyasla geniş maddi imkânlar içinde rahat bir hayat sürmesine rağmen genç nesil kendisini eskisinden daha mutsuz, gelecek adına kaygılı ve “boşluk içinde” hissediyor.

Yukarıda da bahsedildiği gibi, son yıllarda çocuk ve ergen yaş grubunda psikiyatrik hastalıkların görülme sıklığındaki artış, bu durumun gerçekliğini ortaya koyuyor. Sonuç olarak, çağdaş kültürde hepsi birbirleriyle ilişkili olan birçok değişim, bazı açılardan faydalı olmakla birlikte, çocuklarda olumsuz duygusal ve davranışsal değişiklikleri de beraberinde getiriyor, bu durum gelecek nesiller açısından kaygı verici olmaya devam ediyor. Eğer başta ebeveynler olmak üzere, çocuklarla temas halindeki kişi ve kurumlar gerekli tedbirleri almazsa 21. yüzyılın çocuklarını oldukça zor zamanların beklediği söylenebilir. Hayatı kolaylaştıran birçok teknolojik ve ekonomik imkân ve gelişmelere rağmen günümüz insanının özellikle de gençliğin geçmişe göre daha mutlu ve sağlıklı olduğunu söylemek mümkün müdür? Bu soruya ‘evet’ demek maalesef pek mümkün görünmüyor. Modern tıbbi imkânlar birçok hastalığın tedavisinde önemli katkı ve ilerlemeler sağlamış olsalar da, benzer bir durumu psiko-sosyal sağlık alanında söylemek maalesef mümkün değildir. Günümüz yaşam tarzının beden ve ruh sağlığı açısından doğrudan veya dolaylı olarak yol açtığı sorun veya zorlukların iki temel mekanizmayla gerçekleştiğini söylemek mümkündür;

- *Günümüz yaşam tarzı beden ve/ya ruh sağlığı açısından doğrudan veya dolaylı olarak riskli birçok durum barındırmaktadır.* Bu riskli durumlar bazen görünürde sadece bedensel veya ruhsal sorunlarla ilişkili olsa da, çoğun zaman her iki boyutla da ilişkilidirler. Örneğin beslenme içeriği ve şeklindeki değişiklikler, alkol-madde kullanımı, fiziksel hareketsizlik, uyku düzensizliği, aşırı internet/medya kullanımı gibi faktörler beden ve ruh sağlığı açısından değişen şekillerde sorun oluştururlar. Yine günümüz yaşam tarzıyla ilişkili yoğun çalışma temposu, eğitim ve iş alanındaki yüksek performans beklentileri, rekabet ve yarışmacılık gibi durumlar küçük yaşlardan başlayarak hemen herkes için önemli birer stres kaynağıdır.

- *Beden ve ruh sağlığı açısından koruyucu olan bir takım faktörler günümüzde azalmış veya kaybolmuş olabilir.* Aile hayatından başlayarak insan ilişkilerindeki niteliksel ve niceliksel azalma, sosyal destek sistemlerinin zayıflaması, bireyselleşme, yalnızlaşma, tabiattan kopuk şehir hayatı ve inanç düzeyindeki azalma gibi birçok durumun özellikle ruhsal sorunlar açısından günümüz insanının dayanıklılığının azalmasında önemli sebepler arasında olduğu söylenebilir.

Bu sebeple kitabımızın bu bölümünü günümüzdeki hızlı değişim ve yeni koşullar içerisinde “dayanıklı kalmaya çalışan çocuk ve ergenlerin” sorunlarına ayırmayı uygun buluyoruz. Modern yaşam tarzının çocuklar üzerindeki olumsuz etkileri çok yönlü ve kapsamlı olmakla birlikte, bu bölümde, geçmiş bölümlerde de değinmeye çalıştığımız çeşitli risk faktörleri, günümüz yaşam koşulları göz önüne alınarak koruyucu ruh sağlığı açısından ele alınacaktır. Bu risk faktörlerinin tamamı sağlıklı gelişimi engelleyen durumlar olmaları sebebiyle, bir çocuk gelişimi uzmanının çocuk, genç ve ailelerin karşı karşıya olduğu bu risklerin neler olduğu ve bu risklere karşı neler yapılabileceği konusunda bilgi ve donanım sahibi olması önemlidir.

7.1. Değişen Ebeveyn Tutumları

Modern zamanlar, sosyal, toplumsal ve kültürel dönüşümlerle birlikte ebeveyn-çocuk ilişkisinde de büyük değişimlere sebep oldu. Bundan birkaç nesil öncesine kadar geçerli olan çocuk yetiştirme konusundaki sınırları net ve belirli kurallar, artık eski anlam ve değerini taşımıyor. Günümüzde birçok ebeveyn çocuklarının hayatındaki otorite figürü olmayı tercih etmiyor veya bundan hoşlanmıyor. Çocuklarının kendilerine saygı duymalarındansa kendilerini sevmesini, sert anne-baba olmaktansa çocuğun “yakın arkadaşı” olmayı tercih ediyor. Pek çok anne-baba için çocuğuna sınırlar koymak ve “hayır” diyebilmek, duygusal açıdan yıpratıcı olmaya ve/veya kötü ebeveynlik anlamına gelmeye başladı. Bunun yanında, geniş aile, kültür, gelenek ve dinden köken alan bilgiler referans noktası olmaktan uzaklaştı, eski tartışmasız gerçekler, yerini “ahlaki görecelilik” esasına bıraktı. Önceki nesillerde uygulanan sert ve katı disiplin anlayışı, fazla esnetilmiş ve sınırları belirsizleşmiş, tutarsız uygulamalara dönüştü. Bu durum ebeveyn ve çocuk arasında rol değişimlerini de beraberinde getirdi. Geçmişte, anne-babasının onayını almak için çabalayan çocukların aksine, artık anne-babalar çocuklarının onayını almak için çabalyorlar. Günümüzde anne-babalar kendilerini çocuklarının karşısında yetersiz ve zayıf hissettiklerini itiraf ediyor, birçok ebeveynin ifade ettiği gibi “çocuklarının sevgisi kaybetmek, onlar için en korkutucu durumlardan biri” durumunda. Eskiye göre daha fazla sayıda ebeveyn çocuklarının isteklerini merkeze alarak yaşamlarını düzenliyor ve daha fazla sayıda çocuk, aileyle ilişkili kararlarda yaşının ve becerilerinin ötesinde söz sahibi bir konumda bulunuyor. Anne-babalar, çok küçük yaşlardaki çocuklarına (henüz konuşamayacak kadar küçük çocuklara dahi), alışlagelmiş bir şekilde ne yapmak, ne yemek, nereye gitmek, neyi satın almak istediklerini soruyor. Birçok ebeveyn, bu sayede özgüvenleri yüksek çocuklar yetiştireceklerini, çocukları merkeze almanın çağın bir gerekliliği olduğunu düşünüyor. Elbette aile içindeki kararlarda ebeveynlerin çocuklarına söz hakkı vermeleri, çocukların ruhsal gelişimi ve öz-yeterliliği konusunda oldukça kıymetli, ancak burada bahsedilen durum gerekli dengenin kaçırıldığı ve çocuğun gerekli sınır ve ahlaki eğitimi alamamasıyla sonuçlanan yetersiz ebeveynlik uygulamaları anlamına geliyor. Günümüzde pek çok anne-baba küçük yaşlardan itibaren yeterli sınırın olmadığı durumların ilerleyen yaşlarda daha büyük sorunlar ve çatışmalar anlamına geldiğini kabul ediyor.

Bu durumun bir diğer uzantısı olarak, birçok ebeveyn çocuklarının olumlu davranışlarına karşı aşırı bir övgü gösterirken, olumsuz hareket ve davranışlarına karşı da gereğinden fazla ve abartılı bir hoşgörü tutumu gösteriyor. Öyle ki ebeveynler, çocukları herhangi bir çaba ortaya koymadan dahi, her fırsatta çocuklarını öven ve gerekli durumlarda çocuklarını eleştirmeyen tutumlar sergilemeye başladı. Ancak ne yazık ki, iyimser amaçlarla ortaya çıkan çocuk merkezli ebeveynlik, özgüven ve öz-değer duygusunun da ötesinde, benmerkezci ve kendine hayran bir nesil oluşmasına neden olmuş gibi görünüyor. Sonraki bölümde anlatılacağı gibi, medyanın da teşvikiyle, herhangi bir emek ve çaba koymamış pek çok çocuk ve genç sadece “kendileri” olduğu için önemli ve yüceltilmeyi hak eden kişiler olduğuna inanmış-inandırılmış durumda. Bu durum çocukların kendilerini daha yeterli ve mutlu hissedecekleri ve özgüvenleri yüksek bireyler olarak yetiştirilecekleri düşüncesini ilk etapta akla getirirse de belli bir karşılığı ve amacı olmayan övgüler, çocuklarda sağlıksız ve içi doldurulmamış bir özgüven duygusuna sebep oluyor, bu durum ise ileride daha fazla mutsuzluk, başarısızlık, hayata dair hayal kırıklıkları ve gelecek endişesi anlamına geliyor.

Tüm bunlara birlikte, günümüzde ebeveynler eskiye kıyasla çocuklarından daha az görev ve sorumluluk beklemeye başladı, öyle ki ders çalışma ve akademik başarının anne-babaların neredeyse tek beklentisi haline geldiği söylenebilir. Anne-babalar, gitgide daha rekabetçi bir hale gelen dünyada çocuklarının ders başarısından ciddi derecede endişe duymaya ve çocuklarını daha iyi okullarda okutabilmenin yollarını aramaya başladı. Ahlaki gelişim ve yeterlilik, sosyal ilişkiler, özdenetim gibi sınavla ölçülemeyecek nitelikler, pek çok anne-baba için akademik başarının gerilerine düşmüş durumda. Çocuklarının okul başarısını diğer sorumlulukların üzerinde tutan ebeveynler çocuklarının her türlü görev ya da sorununu anında halleden koruyucu ebeveynler halini almasına sebep oldu, bu durum pek çok ebeveynin çocuklarının kendi hatalarından ders çıkarmasını ve problemlerini halletmelerini ketler hale gelmesiyle sonuçlandı. Güvenli alanları içinde, koza zihniyetiyle yetişen çocuklarda “annem-babam her şeyi hallediyor, bana sadece eğlenmek kalıyor.” anlayışı oluşmaya başladı. Ancak bu durum, ebeveynlerin çocuklarının yaşından beklenen görev ve sorumlulukları yerine getirmedeğinden, hatta basit günlük işlerini dahi nasıl yapacaklarını bilmediklerinden şikâyet etmesiyle sonuçlandı. Ebeveynler, lise ve üniversite yıllarında dahi, çocuklarına ders çalışmalarını ya da okulla ilişkili sorumluluklarını hatırlatır hale geldi. Bu durum çocukluk dönemiyle sınırlı olmayıp, yetişkinlik döneminde de daha geç olgunlaşan ve ebeveynlerine bağımlı bir şekilde hayat süren “dayanaksız” bireylerin oluşmasıyla neticelendi. Muhakeme, karar verme, inisiyatif alma, mücadele etme, azim ve kararlılık gösterme gibi özellikler daha ileri yaşlara ertelenmeye başladı.

Günümüz insanı uzun yıllardır, bunlar ve bunlar gibi iç içe geçmiş birçok farklı problemle uğraşmak durumunda kalıyor. Elbette yukarıda sayılan sorunlar sadece ebeveyn hataları ya da teknolojik gelişmeler gibi tek bir sebebe bağlanabilecek kadar basit değil, bu değişimin altında hepsi birbiriyle ilişkili olan karmaşık süreçler ve değişimler yatıyor. Ancak bilinen bir gerçek var ki, bu değişimler özellikle gelişmiş ya da gelişmekte olan ülkelerdeki hemen her çocuğu etkise altına almış durumda. Günümüzde, ebeveyn ve çocuk arasındaki rol değişimlerinin ve sınırların belirsizleşerek kaybolmasının getirdiği kafa karışıklığı içinde çocuklar kendilerini daha güvensiz ve beklenenin aksine daha mutsuz hissediyor. Çocuk merkezli ebeveynlik, küçük yaşlardan itibaren çocuğun “tutturarak” istediklerini yaptırmayı ile gitgide artan tatminsizlik ve boşluk hissine yol açıyor. Uzun çalışma saatleri sebebiyle ebeveynlerinden yeterli sıcaklık ve ilgiyi göremeyen çocuklarda, sık verilen maddi ödüller ve aşırı hoşgörölü tutum ve övgüler, çocuğun duygusal gelişimini olumsuz etkiliyor, benmerkezci ve kendini önceleyen bireyler yetişmesine sebep oluyor. Ebeveynleri tarafından biricik ve özel olmanın da ötesinde “prens ve prenses” olduklarına inandırılan çocuklar gerçek hayatta evdeki karşılığı göremediklerinde hayal kırıklığına uğruyor ve değersizlik hissine kapılıyor. Buna eğitim sisteminin getirdiği rekabet artışı ve medyanın benmerkezciliği teşvik eden sloganları eklendiğinde, çocuklarda istediğini elde edebilmek için her yolun mübah olduğu anlayışı gelişiyor. Bu durum okullarda ve sosyal hayatta empati eksikliği, bozulmuş sosyal ilişkiler, akran zorbalığı, kuralların ihlali ve saldırgan davranışlar gibi istenmeyen durumlara sebep oluyor. Çocuk ve ergenlerdeki davranışsal sorunlar ve psikiyatrik bozuklukların her geçen on yıl, eskiye göre artan sıklıklarda görülmesi durumun ciddiyetini ortaya koyuyor. Yine de tüm bu sorunların yanında ümitvar olmak için geç değil. Akıntıya kapılmamak için çabalayan pek çok ebeveyn bu zamanda erdemli ve sağlıklı çocuklar yetiştirmenin eskiye göre zor olduğunu kabul etse de, bebeklikten itibaren atılacak doğru adımlarla bunun başarılabilirliğini düşünüyor. Modern yaşam tarzının getirdiği bir takım olumsuz sonuçları bütünüyle ortadan kaldırmak mümkün olmasa da, bu sonuçların çocuklar üzerindeki zararlı etkileri, alınacak bazı koruyucu önlemlerle engellenebilir. Günümüz anne ve babalarına yönelik bu önemleler ve uygulamalar şu şekilde özetlenebilir:

- Ebeveynler olarak, çocuğunuzun arkadaşı değil, anne ve babası olduğunuzu unutmayın. Çocuklarınız, hayatları boyunca birçok arkadaş edinebilir, ancak onlara doğru ve güzel olanı öğretebilecek tek bir anneleri ve babaları olacaktır. “Hayır” demek, net kurallar uygulamak, hatalı davranış sergiledikleri zaman bunu uygun şekilde eleştirmek ve olumluyu teşvik etmekten kaçınmayın. Bunlar çocuğunuzun sevgisini kaybetmek ya da ona kötülük etmek anlamına gelmez, aksine tutarlı hareket etmek hem onu önemseydiğiniz anlamına gelir hem de çocuğun net sınırlar içinde kendini güvende hissetmesini sağlar.

- Çocuğunuz sizi rahatsız edecek şekilde bir kuralı ihlal ettiğinde ya da yanlış bir hareket sergilediğinde, öğretmen, akraba ve komşu gibi diğer yetişkinler tarafından uyarılmalarına ve makul derecede eleştirilmelerine açık olun. Bunu bir gurur meselesi haline getirmekten ve çocuğunuz belirgin biçimde hatıyken dahi, hiç hatası yokmuş gibi davranmaktan kaçının. Kurallar konusunda üstü kapalı kurulmuş bir yetişkin ittifakı, çocuğunuzun hatasından ders çıkarması ve onu düzeltmesi için iyi bir fırsat olabilir.

- Küçük çocuklarınıza çok fazla seçenek sunmak yerine, sınırlı sayıda seçim yapabilme hakkı verin. Fazla sayıda seçenek çocuk için fazla bir sorumluluk ve kafa karışıklığına neden olur. Özellikle ailenin genelini ilgilendiren ciddi konularla ilgili kararlarda ebeveynler olarak inisiyatif sizde olsun. Daha büyük yaştaki çocukların ve ergenlerin daha fazla söz sahibi olmasına ve karar almasına izin verin, ancak son söz hakkının sizde olduğu mesajını verdiğinizden emin olun.

- Çocuğunuza sevgi ve övgüde bulunmak, onunla olan bağlanmanızı güçlendirecek ve çocuğunuzun duygusal ve sosyal gelişimine katkıda bulunacaktır, ama bunu yaparken aşırıya kaçmayın. Çocuğunuza gerçek dünyada hayal kırıklığına uğrayabilecek “prens, prenses, dünyanın en güzeli/yakışıklısı, en muhteşem varlığı” gibi abartılı iltifat ve övgüler sıralamaktan kaçının. Bu mesajlar iyi niyetli gibi görünse de çocuğunuzun gerçek hayatta incinebilirliğini artırabilir.

- Çocuğunuza sınav notları, dersler ve okuldaki rekabetle ilgili nasıl tepkiler verdiğinizi gözden geçirin. Sahip olduğu ahlaki değerleri bir kenara itmesine sebep olacak ve ne olursa olsun kazanmasını teşvik edici sözlerden kaçının. Okul başarısının önemli olduğunu, ama hayatın sadece bir bölümünü kapladığını, ders ve sınav başarısı kadar sosyal ilişkilerle ahlaki tutum ve becerilerin de önemli –hatta daha önemli- olduğunu onlara aşılayın. Rekabet odaklı bir ebeveynlik uzun vadede iyi sonuçlar getirmeyecektir.

- Çocuklarınızın yaşlı ve büyüklere hürmet göstermesini önemseyin, bu tür davranışları küçük yaştan itibaren öğrenmesini sağlayın, gerekli durumları ve fırsatları değerlendirmek konusunda istekli olun.

- Çocuğunuza kendinizi “yetersiz birer ebeveyn” hissettiğiniz için sık sık maddi değeri yüksek hediyeler almaktan kaçının. Pahalı hediyeler almaya alışan bir çocuk, bir süre sonra bunlardan keyif almayacak ve aileden yeni taleplerde bulunmaya başlayacaktır. Çocuğunuzun her şeyden çok, onu karşılıksız seven anne ve babasının ilgisine ve zamanına ihtiyacı olduğunu unutmayın.

- Çocuğunuz için koyduğunuz kuralları kendinizin de uyguladığından emin olun.

7.2. İnternet ve Medyanın İçine Doğmak

Teknolojik imkânların son elli yıldır hızla gelişmesi, hayatlarımızın daha önce hiç olmadığı kadar “elektronik” bir hale gelmesine sebep oldu. Hızlı ulaşım araçları, kredi kartları, televizyon, internet, cep telefonları, kişisel bilgisayarlar... Teknoloji, artık hayatımızın hemen her alanında bizimle birlikte, hatta bizden biri gibi. Artık, ebeveynlerimizin ve daha önceki büyüklerimizin yaşadığı dünyadan çok daha farklı bir dünyada, daha rahat ve konforlu bir hayat sürüyoruz. Eski insanların daha fazla güç, emek ve zaman harcayarak yaptıkları işler, teknolojinin sunduğu imkânlar sayesinde çok daha hızlı, pratik ve kolay. Ancak tüm bu gelişme ve değişimlerin, insan yaşamının biyolojik hızından çok daha hızlı bir şekilde, “elektrik hızı” ile meydana gelmesiyle, günümüz insanı kendini adeta teknolojiyle kuşanmış bir dünyada, teknolojinin bir adım gerisinde bulmaya başladı. Bu durum kendini kontrol edebilen ve teknolojik imkânları belirli bir takım amaçlar için kullanan yetişkinler için kaygı verici olmasa da, özellikle teknolojinin içine doğan ve henüz bu bilinçte olmak için çok küçük yaşta olan çocuklar için ciddi olumsuz sonuçlarla ilişkili olmaya başladı. Günümüzde anne ve babalar, gözlerini teknolojiyle açan çocuklarının gerisinde kalmaya, çocuklarsa ebeveynlerine teknoloji konusunda akıl veren uzmanlar konumunda olmaya başladı. Ancak teknolojiyle iç içe büyüyen çocuk ve ergenler için, medya araçları ve internetin yanlış kullanımı pek çok olumsuz sonucu da beraberinde getirdi.

Problemin kaynağını oluşturan medya/internet ile aşırı maruziyet, hayatın çok erken dönemlerinden itibaren çocukların dünyasında yer etmeye başlamış durumda. Bu durum hiç şüphesiz ebeveynlerin hatalı tutum ya da eksik davranışlarının bir sonucu olarak ortaya çıkıyor gibi görünüyor. Özellikle annelerin medya ile aşırı maruziyeti, hayatın erken dönemlerinde anne ve bebek arasındaki en güçlü duygusal bağlanma aracı olan emzirmeyi olumsuz etkiliyor. Günümüzde birçok anne, emzirme sırasında bebekleriyle ilişki kurmak, göz teması kurup onların çıkardığı seslere yanıt vermek ya da bebekleriyle duygu içerikli sıcak bir fiziksel temas kurmak yerine bir taraftan televizyon ya da telefonda vakit geçirmeyi tercih ediyor. Emzirmeyi bebekleriyle kuracakları sıcak bir ilişkinin en önemli aracı olarak görmek yerine bir vakit kaybı ya da halledilmesi gereken bir görev veya sorumluluk olarak algılayabiliyor. Bu durum anneyle bebek arasındaki ilgiye dayalı, sıcak ve güçlü bir ilişkinin kurulmasını ve güvenli bir bağlanmanın oluşmasını engellemenin yanında, bebeğin sessiz ve huzurlu bir ortam yerine medya araçlarının gürültü ve karmaşasına erken yaşlardan itibaren maruz kalması anlamına da geliyor. Bu durumun daha ileri bir şekli olarak, bebeklerin medya ile erken dönemde tanışmaması konusunda gerekli hassasiyeti göster(e)meyen ebeveynler, henüz birkaç aylık bebeklerinin, günde birkaç saatini televizyon karşısında geçirmelerine yol açabiliyor. Özellikle gelişmiş ülkelerde televizyon, ebeveynler başka bir yerde başka bir işle uğraşırken, çocukların tek başlarına izledikleri “elektronik bir bebek bakıcısı” olarak kullanılıyor (Palmer, 2017; 137). Erken yaşlarda başlayan medya maruziyeti, ilerleyen yaşlarda ebeveynlerin çocuklarını televizyon ve diğer medya araçlarının gözetimine emanet ettikleri zamanlarda artış şeklinde devam edebiliyor. Bebek, çocuk ve ergenlerin medya araçlarıyla aşırı ve kontrolsüz ilişkisi ise bedensel ve ruhsal sağlıkları üzerinde olumsuz etkilerle kendini gösteriyor.

Daha önceki bölümlerde anne ve bebek arasındaki güvenli bağlanmanın üzerinde ayrıntılı olarak durulmuştu, ancak burada da bağlanmanın öneminden kısaca bahsetmek yerinde olacaktır. Anneyle bebek arasındaki bakım, ilgi, sıcaklık ve güvene dayalı ilişki olarak tanımlanabilen güvenli bağlanma, bir insanın bebekliğinden yetişkinliğine kadar, bedensel, psikolojik ve sosyal gelişiminin sağlıklı olabilmesi açısından koruyucu işlev görür. Ancak, özellikle bağlanmanın gerçekleştiği hayatın ilk birkaç yılında, çocukların sağlıklı gelişim için insan sıcaklığına -esasinda anneye- ihtiyacının olduğu vakitlerin başta televizyon olmak üzere cep telefonu, bilgisayar vb. medya araçları karşısında geçirilmesi, çocuğun öğrenme ve bağlanma süreçlerini sekteye uğratar. Bu durumun üzücü bir sonucu olarak, ebeveynin çocuğu ciddi derecede ihmal ettiği durumlarda, psikiyatride “tepkisel bağlanma bozukluğu” adı verilen, çocuğun genel olarak anneye ve diğer insanlara ilgi duymadığı, insanlardan ziyade nesnelerle ya da yalnız başına kalarak vakit geçirmekten hoşlandığı, mutlu ya da sevinçli anlarını paylaşmak konusunda isteksiz olduğu bir bozukluk meydana gelebilmektedir. Buna ilave olarak, konuşma ve dil becerilerinin geliştiği hayatın ilk yıllarında, televizyon karşısında geçirilen uzun vakitler, çocuklarda bu alanlarla ilişkili becerileri de ciddi şekilde olumsuz etkiler. Bilindiği gibi, küçük çocuklar için konuşma ve dil, ancak gerçek bir deneyimin parçasıysa anlamlıdır (Palmer 2017; 137). Konuşmanın öğrenilmesi sırasında çocuk aktif bir biçimde rol alır; görerek, duyarak, dokunarak, düşünerek ve düşündüklerini kelimelerle kodlayarak; bedensel ve zihinsel birçok süreci etkin biçimde harekete geçirir. Ancak televizyon ve benzeri medya araçları karşısındaki çocuk, hızla akıp giden sesler ve görüntüler karşısında pasif bir biçimde olan biteni takip etmeye çalışır ve konuşma becerilerini geliştirecek fırsatlardan mahrum kalır. Birçok araştırma, televizyon karşısında geçirilen uzun vakitlerle, konuşma ve dil becerileri arasındaki olumsuz ilişkiyi ortaya koymuştur (Byeon ve Hong, 2015). Konuşma ve dil becerileri düşünme, üretme, okuma ve yazma becerileriyle de yakın ilişki içinde olduğundan, uzun süreli medya maruziyetinin akademik ve sosyal beceriler gibi diğer önemli becerilerin kazanımını da olumsuz etkileyeceği bilinmektedir.

Medya araçlarının olumsuz etkisi elbette bunlarla sınırlı değil. Televizyon ve benzerleri ile kontrolsüz bir biçimde vakit geçiren ya da ailenin kontrol etme çabalarını kendi ısrarlarıyla aşmayı başaran çocuklar, televizyon programları ve reklamlardaki yabancı insanların etkisinde büyümeye bırakılmış oluyor. Popüler kültürün sürekli biçimde aşıladığı “sürekli eğlenmeliyim ve eğlendirilmeliyim”, “sahip olduklarımı övünerek diğer insanlara göstermeliyim”, “mutluluk daha çok tüketmekten geçer” gibi ölçsüz tüketim ve kendini beğenmişlik sloganları, bu söylemelerin anlamını henüz kavrayamayacak kadar küçük olan çocuk ve ergenlerin zihin dünyalarında yer etmeye başlıyor. Ünlülerin “ışıltili ve cazibeli” hayatları duygusal yönden zayıf olan çocukların giderek artan şekilde onların yaşamına öykünmesine yol açıyor. Küçük yaşlarda anne-baba, diğer aile üyeleri ya da öğretmenler örnek alınırken, ilerleyen yaşlarda televizyon ve diğer medya araçlarının etkisiyle hayranlık duyulan kişiler, gerçek hayatta hiç tanımadığımız ve hatta ebeveynler tarafından düşünce ve davranış olarak tasvip edilmeyen insanlar olabiliyor. Günümüzde

hayatlarıyla göz önünde olan bir takım ünlülerin kalitesiz bir yaşam tarzı ve olumsuz alışkanlıklara sahip olduğu, bunların da ötesinde, maddi ve görünür olan özellikleriyle ön planda oldukları bir gerçektir. Ancak popüler kültürün olumsuz örneğine karşı durmayı henüz bilmeyen çocuklar, akıntının etkisine kolaylıkla kapılabilir, pek çok çocuğun düşünce ve davranışları ailenin hedeflediği değerlerden uzak yönde şekilleniyor. Günümüzde ebeveyn ve öğretmenler çocukların okulda öğrendikleri değerler ve kurallarla medyadan görüp öğrendikleri arasında çelişkili denebilecek kadar büyük farklılıklar olduğunu düşünüyor. Evde ve okullarda öğretilen yardımlaşma, doğru sözlü olma, fedakârlık, paylaşma, bir başkasının isteklerini öncelikle ahlaki değerler medyada kendini beğenme ve kendini öncelikle, başarmak için yalan söyleme, bencil olma gibi davranışlarla karşılık buluyor. Akıntıya kapılmamak adına çabalayan aileler dahi, medyanın etkisi karşısında kendilerini çaresiz hissedebiliyor.

Çocukların televizyonla henüz küçük yaşlarda başlayan tanışıklığı, ilerleyen yaşlarda yerini bilgisayar ve internette oynanan oyunlara bırakıyor. Özellikle dışarda oyun oynamanın aileler tarafından tehlikelerle dolu olduğu düşüncesiyle, günümüz çocukları vakitlerinin büyük bir bölümünü odalarında bilgisayar ve oyun konsolları başında geçiriyor. Oysa çocuklarını evlerinin dışındaki yabancılardan ve tehlikelerden korumak için her şeyi göze alan birçok ebeveyn, internet gibi evlerimizin içine kadar rahatlıkla giren bir dünya ile çocuklarını baş başa bırakmak konusunda aynı hassasiyeti göster(e)miyor. Çocuklar ve özellikle ergenler, ebeveynlerin gözetimi dışında, dünyanın bir ucundaki yabancılar tarafından kolaylıkla yönlendirilebiliyor. Birçok yetişkin bu yönlendirmenin farkına varıp, gerçek olanla sanal olanın ayırımını yapabilecek olsa da aynı şeyi çocuklar için söyleyemeyiz. Bu durum ne yazık ki, çocukların bedensel ve ruhsal sağlıkları açısından birçok tehlikeli durumu içinde barındırıyor. Bağımlılık yapıcı maddelerin kullanımının özendirilmesi, yasadışı grup ve örgüt faaliyetlerine katılma, cinsel istismar ve tacize maruz kalma ve benzeri durumlar, aileleri tarafından sokağın tehlikelerinden korunan çocukların başka tehlikelerle karşı karşıya kaldığını gösteriyor.

Teknoloji devriminin birçok çocuk açısından bir diğer olumsuz sonucunun, oyun alışkanlığındaki değişim olduğu söylenebilir. Koşmak, tırmanmak, top oynamak, ip atlamak gibi eski sokak oyunlarının yerini; yalnız, hareketsiz, ekran odaklı bir hayat tarzı ve oyun alışkanlığı almış durumda. Çocukların sokaklarda özgürce koştuğu günlerle, hayal güçleriyle süsleyerek oynadıkları oyunlar birçok çocuk için artık gerilerde kaldı. Gerçek hayat deneyimleriyle şekillenen oyunlar, yerini hayatın gerçekliğiyle uyumlayan sanal oyunlara ve arkadaşlıklara bıraktı. Çocuklar artık dünyayı yaşayarak tecrübe ettikleri, mahalle kültürünü öğrendikleri ve bedensel koordinasyonlarını geliştirdikleri sokak maceralarından uzak, bilgisayar oyunları ile dolu bir dünyada yapay maceralara sahipler. Ancak ne yazık ki bu maceralar gerçek değil, çocuklar gerçekten hareket etmiyor, gerçek insanlarla iletişim kurmuyor veya gerçek riskler ve problemlerle yüzleşmiyor. Şimdilerde, oyun arkadaşlarının çoğunu ekrandaki sanal arkadaşlarının oluşturduğu çocuklar için, biriyle nasıl arkadaşlık kurulacağı, sosyal bir grubun parçası olarak nasıl oynanacağı, küçük çatışmaların nasıl çözüleceği gibi gerçek konular zor ve karmaşık olabiliyor. Birçok çocuk için artık sosyal paylaşım sitelerinde kaç kişiyi tanıdıkları, ya da kaç tane arkadaşları olduğu, derin ve duygusal açıdan yakın arkadaşlara sahip olmaktan çok daha önemli. Yakın arkadaşlıkların yerini yüzeysel ilişkilerin aldığı bu durumun bir uzantısı olarak, çocuklar artık gerçekte nasıl göründüklerini ve neye sahip olduklarını değil, sosyal medyadaki “profillerinin” nasıl göründüğünü önemsiyor. Sosyal medyanın oluşturduğu sanal kimlikler sayesinde, çocuklar kendilerini olduklarından daha iyi, daha büyük, daha havalı, daha güzel/yakışıklı gösterme telaşı ve rekabeti içinde buluyor. Kısacası sosyal paylaşım siteleri hayal dünyası ile gerçeklik arasındaki mesafenin açılmasına sebep oluyor. Bu durum kimlik gelişimini henüz tamamlayamamış çocuk ve ergenlerde daha fazla hayal kırıklığı, mutsuzluk, kaygı, akran zorbalığı, madde ve davranış bağımlılığı ile sosyal izolasyon anlamlarına geliyor. Çocuk psikiyatrisi kliniklerine başvuran çocuk ve ergenlerde şikâyet veya sorunların önemli bir kısmının doğrudan veya dolaylı olarak televizyon, internet oyunları ve sosyal medya ile ilişkili olduğu biliniyor. Kuşkusuz televizyon, internet, cep telefonları ve benzerleri mutlak anlamda zararlı etki ve sonuçlarla ilişkili değil. Doğru ve güvenli bir şekilde kullanıldığında bu araçların her biri insan hayatını kolaylaştırmasının yanında bilgiye erişim, düşünme, öğrenme, fikir üretme gibi bilişsel, sosyal ve akademik gelişimi destekler. Ancak özellikle çocuklar ve ergenler için teknolojinin ve ilişkili popüler kültürün yol açtığı olumsuzlukları da fark etmek önemlidir. Çocukların davranış ve alışkanlıkları gözlem yoluyla öğrendikleri bir dünyada, bu zararlı etkileri fark etmek ve önlemek de elbette başta ailelere düşüyor. Bu anlamda, çocuk ve ergenlerde internet ve medya araçlarının olumsuz etkilerini önlemek için ailelere yönelik koruyucu önlemler şu şekilde sıralanabilir:

- Emzirmenin anne ile bebek arasındaki duygusal bağlanmanın en güzel ve temel aracı olduğunu aklınızda bulundurun, bu vakitleri mümkün olduğunca rahat ve sakin bir ortamda bebeğinizle geçireceğiniz sıcak bir birliktelik olarak tasarlayın. Bu esnada dikkatinizi bebeğinizden ayırmaya sebep olacak her türlü dış uyardan (tv, telefon vb.) mümkün olduğunca kaçın. Emzirme sırasında bebeğinizi okşamaya, onunla göz teması kurmaya, bebeğinizin gülümsemelerine cevap vermeye, çıkardığı sesleri taklit etmeye, kendi varlığını ona hissettirmenin yollarını aramaya gayret gösterin.

- İlk iki yaş boyunca televizyon, tablet, bilgisayar vb. elektronik aletleri olabildiğince sınırlayın, mümkünse hiç kullanırmayın. Bu dönemde, çocuğunuzun ekranda akıp giden görüntülerden çok, gerçek insan yüzüne, sesine, sıcaklık ve temasına ihtiyacı olduğunu hatırlınızda tutun.

- Çocuğunuz televizyon, bilgisayar vb. araçlarda vakit geçirmek istediğinde, bunu mümkün olduğunca birlikte yapın. Birlikte izlediğiniz televizyon programları hakkında konuşun, yorumlarda ve paylaşımlarda bulunun. Elektronik aletleri, birer çocuk bakıcısı olarak kullanmayın.

- Çocuğunuzun her şeyden çok, sizin ilgi ve zamanınıza ihtiyacı olduğunu unutmayın. Özellikle ilk iki yaşta ve sonrasında çocuğunuzla birlikte geçireceğiniz vakitleri eğlence ve öğrenme için bir fırsat olarak değerlendirmeye çalışın.

- Çocuğunuza ekran karşısında yemek yedirmekten kaçının. Bu durum çocuğun acıkma, doyma, neyi ne kadar yediği gibi farkındalıkları algılamasını zorlaştırarak ileride televizyon karşısında kontrolsüz miktarda yemek yiyen obez birer yetişkin olmasına sebep olabilir.
- Yemeklerinizi televizyonun bulunmadığı bir ortamda yiyin. Yemek saatlerini gün içinde yaşadıklarınızı paylaşacağınız, ailenizle birlikte keyifli sohbetler yapacağınız anlar olarak tasarlayın.
- Çocuklarınızın yatak odalarında televizyon, bilgisayar vb. elektronik aletlerin olmasına izin vermeyin. Bunlar hem çocuğunuzun uykuya geçişini zorlaştıracak, hem de yukarıda bahsedilen tehlikelere (kontrolsüz ekran maruziyeti) çocuğunuzu daha açık hale getirecektir. Bunu bir aile kuralı haline getirerek kendiniz de uygulamaya gayret edin.
- Çocuğunuzun edinmesini istediğiniz davranışları önce siz uygulayın. Çevrenizdeki insanları da bu şekilde düzenlemeye gayret edin. Çocuklar aileniz dışındaki insanları rol model edindiklerinde, bu insanların iyi özellikleri hakkında onlarla konuşun.
- Çocuklarınız ekrandaki ünlü kişileri rol model olarak aldıklarında, onların fikirlerini dinleyin, hangi yönden hayranlık duyduklarını anlamaya çalışın. Sizin için uygun olmayan durumlarda tavrınızı açık biçimde ortaya koyun, bunları gerekçeleriyle açıklayın.
- Elektronik aletlerin kullanımı konusunda ailecek net kurallar belirleyin. Bu kurallara uymanın gerekçelerini çocuklarınıza anlatın. Asıl endişenizin çocuklarınızın bedensel ve ruhsal sağlığını korumak olduğunu onlarla paylaşın. Bu kurallara başta siz uymaya gayret edin.
- İnternet ve televizyonu hangi şekillerde faydalı halde kullanabileceğinizin yollarını arayın. Çocuğunuzun biyolojik, sosyal, duygusal, bilişsel, ahlaki ve akademik gelişimine katkısı olabilecek kanallar bulmaya çalışın.
- Çocuğunuzun internet ortamında şüpheli olarak gördüğü şeyler hakkında sizinle konuşmasına fırsat verin. Hangi durumların şüpheli ve tehlikeli olabileceğini ona öğretin.
- Ailecek izlenebilecek uygunluktaki dizi, film ve videoları evin ortak kullanım alanlarında birlikte izleyin. Bu sayede ne izlediklerini kontrol etmenin yanında, birlikte geçirilen keyifli vakitleri de arttırmış olursunuz.
- Birlikte televizyon izlerken, reklamlara da dikkat etmeyi unutmayın. Özellikle çocuğunuzu hedef alan tüketim sloganları ve pazarlama stratejilerine karşı uyanık olun. Gerekli gördüğünüz yerde araya girerek, çocuğunuza o ürünlerin niçin uygun olmadığını anlatın.
- Oyuncak alma konusunda imkânlarınız ölçüsünde cömert davranın, fakat çocuğunuzu oyuncak reklamlarından uzak tutun.
- Birlikte televizyon izlerken hoşunuza gitmeyen ya da tasvip etmediğiniz durumlar ve davranışlar hakkında konuşun. Bu davranışların sizin değerlerinizle ne şekilde çeliştiğini çocuğunuza yaşına uygun olarak anlatın, gerekirse o davranışı hafife alarak ne kadar basit göründüğünü göstermeye çalışın.
- Ailecek birlikte geçireceğiniz vakitleri arttırmaya çalışın. Kahvaltılar, akşam yemekleri, akraba ziyaretleri, alışveriş, yürüyüş, ortak bir hobi ya da ev işi gibi, internet ve televizyonda harcanan zamanı azaltmak için alternatifler üretin.
- Sokakların büyük tehlikelerle dolu olduğu vb. abartılı korkulara direnç gösterin ve açık havada oynamanın önemini akılda tutarak, çocuğunuzun dışarıda oynamasına izin verme konusundaki korkularınızı dengeleyin.
- Çocuğunuzun ve arkadaşlarının dışarıda oynayabileceği güvenli alanlar bulmaya çalışın. Bu konuda gerekirse komşularınızla işbirliği içinde olun.
- Birlikte dışarı çıkarak çocuğunuzun çevreyi tanımasına yardımcı olun, potansiyel tehlikelere dikkat çekin ve güvenli güzergâhları seçmeleri için yol gösterin.
- Muhitinizdeki diğer ailelerle iletişim halinde olarak, çevrenizdeki tüm çocukların güvenliği konusunda anlaşıp. Mümkünse mahalle halkını çocuklarınıza göz kulak olmaya davet edin. Oyun, sokağa çıkma saati, oyun alanları hakkında temel kurallarınızı belirleyin.
- Şayet yoksa mahallenizde çocuk oyun alanı, parkı gibi imkânların sağlanması için yerel yöneticilerle görüşün.

7.3. Değişen Beslenme Alışkanlıkları

Olanca hızıyla akıp giden dünyamızda, beslenme alışkanlıklarımız ve yeme kültürümüzde de geçmişe kıyasla belirgin değişimler görülmeye başlandı. Okula ya da işe yetişme telaşı, uzun çalışma ya da okul saatleri, sürekli hareket halinde olmanın getirdiği hızlı yaşama gerekliliği, ailecek yenilen yemeklerin aksamasına ya da ortadan kalkmasına sebep oldu. İnsanlık tarihi boyunca ailecek yemek yemek gibi önemli sayılan toplumsal ve geleneksel bir ritüel, ne yazık ki şimdilerde kahvaltı öğünlerinin atlandığı ya da atıştırılmalıklarla geçiştirildiği, akşam yemeklerininse düzensiz saatlerde tek başına yendiği bir hale dönüştü. 2005 yılında Birleşik Krallık'ta 2000 ailenin katıldığı bir araştırmada, ailelerin %20'sinin birlikte hiç sofraya oturmamış olduğu, geri kalanlarının dörtte üçününse yemeklerini televizyon ekranı karşısında yediği belirlendi (Palmer 2017; 42). Bütün

aile üyelerinin bir arada yemek yediği kalabalık sofraların, ebeveynlerle çocukların sohbet ettiği, gün içinde yaşadıklarını birbirleriyle paylaştığı ve gelecek hakkında planlar yaptıkları bir ortam olduğu düşünüldüğünde, aile bağlarını güçlendiren önemli bir fırsatın da ortadan kalkmaya yüz tuttuğu söylenebilir.

Birlikte yenen yemekler aile bağlarını güçlendirmenin yanında ebeveynlerin çocuklara sofrada adabı, paylaşım ve yardımlaşma gibi örnek davranışları kazandırabilmeleri için de önemli işlevler görürler. Çocuklar için ebeveyn ve diğer kardeşlerin bir arada bulunduğu aile yemekleri, diğerlerini gözlemlemek ve doğru alışkanlıklar edinmek için bulunmaz bir fırsattır. Beraberce yenilen yemeklerin sıradan bir görev ya da ritüel yerine, çocuklara sağlıklı rol- model sunduğu bilincinde olan ailelerde yemek vakitleri çocuklara sağlıklı sosyal beceriler ve ahlaki gelişim kazandırmada oldukça önemli bir işleve sahiptir. Ancak görünen o ki şimdilerde çocuklar bu tür davranışları ve tutumları ebeveynlerinden görerek doğal yolla öğrenmek yerine, kitaplardan, okullardaki sofrada adabı derslerinden ya da televizyon dizilerinden öğrenmek durumunda kalabilmektedir.

Ailecek yenilen yemekler çocukların sağlıkları açısından da son derece koruyucu etkiler barındırır. Sofra başında beraberce yenen geleneksel yemekler, sağlıksız atıştırma yemekleri bağımlılık derecesinde alışkanlık haline getirmiş toplumlarda, çocukları bu tehlikeden uzak tutmada oldukça başarılıdır. Birlikte yenen yemekler sayesinde ebeveynler, çocuklarının neyi ne kadar yediğini daha iyi denetleyebilir, çocuklarını şeker ve tuzun zararlı etkilerinden koruyabilir. Ancak şimdilerde, ailecek yenilen yemeklerin yerini televizyon karşısında tek başına yenen abur-cubur tarzındaki yiyeceklerin almasıyla, önceleri bir erişkin hastalığı olarak kabul edilen obezite, küçük çocuklar arasında da artan sıklıklarda görülmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde 2015 yılında, ebeveynlere çocuklarının sağlığıyla ilişkili en büyük 10 problemin sorulduğu bir ankette, obezite % 60'lık oranla başı çekerek en önemli problem olarak cevaplanmıştır (Mott, 2015). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2016 yılı itibarı ile dünyada 5 yaşın altında 41 milyondan fazla kilolu veya obez çocuk bulunduğunu bildirmiştir (WHO, 2016). Türkiye'de de Okul Çağı Çocuklarında Büyümenin İzlenmesi (TOÇBİ) çalışması sonuçlarına göre, ülke genelinde 6-10 yaş arası çocukların % 6.5'inin obez, % 14.3'ünün fazla kilolu olduğu belirlenmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011).

Obezite, çocuk ve ergenlerde hem fizyolojik hem de psikososyal pek çok olumsuz sonuçla ilişkilidir. Obeziteye bağlı olarak kalp hastalıkları başta olmak üzere, hormonal, sinirsel, kas-iskelet sistemi ve sindirim sistemi vb. pek çok organ ve sistemi ilgilendiren rahatsızlıklar görülebilmektedir. Fiziksel belirtilere ek olarak, obezite hem çocuklar hem de aileleri için sosyal ve duygusal yönden büyük zorluklar barındırmaktadır. Çocukluk çağı obezitesi, çocuğun fiziksel görünümünü etkilemekte, çocukların akranları tarafından tembel, yavaş, uyumsuz olarak etiketlenmesine, yaşlıları tarafından daha az tercih edilir oyun arkadaşı olmasına ve dışlanmasına, bunlarla ilişkili olarak benlik saygısından azalma, değersizlik ve beğenilmeme duygularının ortaya çıkmasına sebep olmaktadır. Buna günümüz medyasının fiziksel görünüm üzerindeki aşırı vurgusu da eklendiğinde, obezitenin özellikle kız çocukları üzerindeki ruhsal etkisi daha belirgin şekilde hissedilmektedir. Artık okul öncesi kız çocukları dahi, fazla kiloları yüzünden arkadaşları tarafından beğenilmeyeceği yönünde endişelere sahip olabilmektedir. Düşük özgüven ve sosyal ilişkilerde bozulma, özellikle ergenlik döneminde beden memnuniyetsizliği, düşük akademik başarı, depresyon, yeme bozuklukları ve sigara-alkol-madde bağımlılığı gibi ciddi psikolojik sonuçlarla ilişkili olmaktadır (Bagchi, 2010; Schwartz vd., 2010). Bu anlamda obezitenin ruhsal sonuçları en az fiziksel sonuçları kadar ciddi problemlere neden olabilmektedir.

Obezitenin ortaya çıkışında genetik faktörler de etkili olmakla birlikte, çevresel faktörlerin riskli genleri aktiveleştirerek hastalığa yol açtığı bilinmektedir. Obeziteye bağlı gelişen tüm bu fiziksel ve ruhsal sonuçların önlenmesi, çevresel risk faktörlerinin kontrol altında tutulması ile mümkün hale gelebilir. Obezite bir kez geliştikten sonra tedavisi oldukça zahmetli olduğundan, obezite oluşmadan önce, özellikle hayatın erken dönemlerinde alınan önlemlerinin daha önemli ve etkili olduğu görülmektedir.

Obezitenin önlenmesi bebeklik ve erken çocukluk dönemlerinden itibaren bir dizi koruyucu faktörün devreye sokulmasıyla mümkün olabilmektedir. Bebeklik döneminde anne sütüyle beslenmenin ileriki dönemlerde obeziteye karşı koruyucu olduğu, bu dönemde verilen formül mamaların ise çocukluk çağına fazla kilo ve obeziteyle ilişkili olduğu gösterilmiştir (Mannan, 2018). Erken çocukluk dönemindeki beslenme alışkanlıkları da çocukluk çağı obezitesiyle ilişkilidir. Bu dönemden başlayarak okul çağına da devam eden yüksek kalorili yağ ve şeker içeriğinden zengin yiyeceklerle beslenmenin obeziteye sebep olabileceği uzun yıllardır bilinmektedir. Düzensiz beslenme de obeziteye yol açan diğer sebeplerden biri olarak üzerinde durulmayı hak etmektedir. Çalışmalarda öğün atlanmasının, özellikle de düzenli kahvaltı alışkanlığının ortadan kalkmasının, obeziteyle doğrudan ilişkili olduğu gösterilmiştir (Smetanina vd., 2015). Televizyon, bilgisayar, tablet gibi ekran karşısında geçirilen sürenin de obezite ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Ekran karşısında geçirilen sürenin fiziksel aktiviteyi azaltarak ve sağlıksız atıştırma tüketimini artırarak obezite için yatkınlaştırıcı olduğu, özellikle çocuğun odasında televizyon bulunmasının fiziksel aktivite düzeyinden bağımsız olarak obezite için bir risk faktörü olduğu gösterilmiştir (Barr-Anderson vd, 2008). Çocuğun beslenme düzeni, fiziksel hareketliliği ve beslenme alışkanlıklarının oluşumunda aileler merkezi bir rol oynadığından, koruyucu önlemlerin ailenin alışkanlıkları ve koşulları göz önünde bulundurularak düzenlenmesi gerekmektedir. Ailedeki tüm bireylerin sağlıklı beslenme hakkındaki farkındalıklarının artırılması, beslenme düzeninin sağlanması ve yeterli fiziksel aktivite açısından teşvik edilmeleri çocukluk çağı obezitesinden korunmada oldukça önemlidir (Gariþağaoğlu vd., 2009).

Obezitenin önlenmesinde, okulla ilişkili önlemler de etkilidir. Eğitim süresince vakitlerinin önemli bir bölümünü okulda geçiren çocukların sağlıklı besinlere ulaşabilmeleri, okulda sunulan yiyeceklerin denetlenmesi, sağlıklı beslenmenin eğitim programlarında yer alması, eğitimcilerin örnek tutum ve davranış içinde olması, çocukların yaşına uygun fiziksel aktivitede bulunabilmeleri obeziteden korunmada okul tabanlı koruyucu ruh sağlığı alanında etkili olan uygulamalardır.

Özetle ailecek yemek yemek, gerek bedensel ve psikolojik sağlık açısından, gerekse sosyal beceri ve ahlaki tutumun erken yaşta kazandırılabilmesi açısından önemli bir fırsat niteliğindedir. Çocuklukta edinilen alışkanlıkların yetişkinlik döneminde de devam ettiği bilindiğinden, yemek yemeye ilişkin problemlerin önüne geçebilmek için küçük yaştan itibaren çocuklara ailece sağlıklı yemek yeme kültürü ve alışkanlığı kazandırılmalı, bu durum basit bir mesele olarak algılanmamalıdır. Özellikle bizim toplumumuz ve kültürümüzde ailecek bir arada olunan kalabalık yemek sofraları, çocuk yetiştirmek için adeta bir mektep konumundadır.

Aşağıda, çocuk ve ergenlerde sağlıklı beslenme alışkanlıkları ilgili ailelere yönelik koruyucu öneriler sıralanmıştır:

- Kahvaltıları ve akşam yemeklerini, en azından günde bir öğünü ailecek birlikte yiyin. Sofraya hep birlikte oturulacağı kuralını küçük yaşlardan itibaren çocuğunuza uygulayarak öğretin.
- Çocuğunuzu kahvaltı yapmadan okula göndermemeye gayret edin, evde kahvaltı yapamayacağı durumlarda yanına sağlıklı atıştırmalıklar koymaya çalışın, çocuğunuzun okuldaki zararlı yiyeceklerden uzak durmasını sağlayın.
- Çocuğunuzun neyi, nerede ve ne zaman yiyeceğine siz karar verin, ne kadar yiyeceğinin tercihini çocuğunuza bırakın.
- Her çocuğunuza ya da aile bireyine özel ayrı yemekler pişirmeyin. Herkesin aynı yemeyi yemesi gerektiğini önce siz uygulayarak çocuklarınıza gösterin.
- Yemek yerken televizyonu mümkün olduğunca kapalı tutun, yemek saatlerinin ailecek bir arada geçirilen eğitici ve eğlenceli vakitler olmasını sağlayın. Bu vakitlerin çocuğunuza sofranın düzeni ve adabını öğretebileceğiniz, iyi davranışlar için çocuğunuza örnek olabileceğiniz, aile meselelerini çocuğunuzla paylaşabileceğiniz ortamlar olmasını sağlayın.
- Yemek aralarında sağlıksız atıştırmalık ya da abur-cubur yenilmesini sınırlandırın. Bunları tamamen yasaklamak, abur-cubur yemeyi daha cazip hale getirebileceği için çocuğunuzun günlük yiyebileceği “zararlı yiyecekler kotası” olduğunu en başından ona hatırlatın.
- Evde sağlıklı atıştırmalıklar bulundurun, çocuğunuzun sağlıksız olana erişimini kısıtlayın.
- Sokakta veya reklamlarda gördüğünüz zararlı yiyecekler hakkında onlarla konuşun. Bu yiyecekleri tüketmenin çocuğunuzun sağlığını nasıl etkileyeceğini, anlayacağı şekilde ona anlatın.
- Çocuğunuzun okulda yediği yiyeceklerin sağlıklı olup olmadığını araştırın. Gerekirse diğer velilerle ve okul yönetimiyle iletişim halinde olun.
- Çocuklarınızın fazla kiloları sebebiyle yaşadığı sorunları sizinle paylaşmasını sağlayın, hissettiği olumsuz duygular hakkında konuşun ve neler yapabileceğinizi birlikte planlayın.
- Çocuğunuza ekranlarda sunulan “zayıf, fit ve güzel görünümlü olma” ile ilişkili mesajlardan olabildiğince uzak tutun, nasıl etkilendiği konusunda hassas ve dikkatli olun, gerekirse bu tür mesajlar hakkında onunla konuşun.

7.4. Değişen Aile Yapısı ve Yalnızlaşma

Günümüzde, toplumsal değişmeye paralel olarak hızlı bir değişime uğrayan kurumlardan biri de aile olmaktadır. Özellikle sanayileşme sonucu insanların kırsal yaşamdan büyük şehirlere göç etmesiyle birlikte, yüzyıllardır alışlagelen geniş ailelerin yerini çekirdek aileler almaya başladı, bu durum aile içindeki yapı ve işleyişte büyük ölçekli değişimleri beraberinde getirdi. Geniş aileler ve kalabalık bir mahalle kültüründe bir arada yaşamaya alışan insanların yerini, hızla kalabalıklaşan büyük şehirlerde zorlu yaşam koşulları ve ağır çalışma şartları ile mücadele etmek zorunda olan insanlar almaya başladı. Akrabalık ve komşuluk ilişkileri gibi sosyal destek sistemleri daha az çalışır hale geldi. Hayatın hızla akıp giden temposu içinde geçici ve anlık yüzeysel ilişkiler sonucunda günümüzde insanlar, en büyük problemlerinden birini kalabalıklar içinde yalnız hissetmek olarak tarif etmeye başladı. Özellikle batı ülkelerinde büyük şehirlerde yaşayan insanların önemli bir kısmının yalnız bireyler olarak yaşadığı veya kendini yalnız hissettiği, yalnızlığın bu yüzyıldaki en önemli sağlık ve sosyal sorunlardan birisi olduğu/olacağı ifade edilmektedir. Ruhsal ve sosyal açıdan bakıldığında yalnızlığın insan türünün baş etmesi en zor durumlardan birisidir. Diğer taraftan kadınların (yani annelerin) iş yaşamına giderek daha fazla katılması ve çocuklarını bir bakıcıya emanet etmesi veya evde yalnız bırakması dikkate alındığında yalnızlığın çocuklar için de önemli bir sorun olduğunu söylemek mümkündür. Aile ve sosyal hayattaki bu değişimler aile içindeki tüm bireyleri bir şekilde etkilemiş olsa da, çocuk ve ergenler için bu etkinin daha belirgin olduğu söylenebilir. Modern yaşam tarzının getirdiği birçok değişimin, doğum öncesi dönemden başlayarak, bebek, çocuk ve ergenlerin bedensel ve ruhsal sağlıkları üzerinde oluşturabileceği riskli durumlar ve bunlara yönelik koruyucu faktörler şu şekilde sıralanabilir:

- Gebelik dönemi gibi kadınlar açısından birçok bedensel ve ruhsal değişimin olduğu dönemde eş desteği ve sosyal desteğin eksikliği, hem gebelik hem de doğum sonrası dönemde depresyon başta olmak üzere diğer psikiyatrik bozuklukların artan sıklığıyla ilişkili olmakta, bu durum anne-bebek arasındaki bağlanmayı olumsuz etkilemektedir. Günümüzde değişen aile yapısı ve sosyal ilişkiler göz önünde alındığında, yeterli sosyal destek açısından riskli olan gebelerin erken zamanda tespiti, bu gebelere yönelik psikososyal desteğin artırılması, eş, akraba, komşu ve arkadaş desteğinin sağlanmasına yönelik girişimler hem anne hem de bebeğin ruhsal sağlığı üzerinde koruyucu olacaktır (Bu konu 2. bölümde daha ayrıntılı olarak ele alınmıştır).

- Kadınların iş hayatının önemli bir parçası olduğu günümüzde çalışan kadınların gebelik ve erken çocukluk dönemlerinin mümkün olduğunca sağlıklı ve stresten uzak geçirmeleri önemlidir. Çalışan kadınların çalışma saatleri ve izin hakları gibi yasal hakların farkında olmaları, bu hakların kullanımının teşvik edilmesi, bu hakların daha da geliştirilmesi anne ve çocuğun beden ve ruh sağlığı açısından koruyucu olacaktır.

- Bebekler herhangi bir kişiye değil, ancak anne ve babalarına bağlanma ihtiyacı ve fıtratı içinde dünyaya gelirler. Bu sebeple güvenli bağlanmanın oluşacağı 0-2 yaş döneminde bebeğe annenin tam günlük bakım sağlaması son derece önemlidir. Annenin çalışması gereken durumlarda ise süt izni ya da yarım gün çalışma gibi yasal haklarını kullanarak bebeğiyle mümkün olan en fazla sürede vakit geçirmesi, annenin çalıştığı saatlerde bebeğe bakım konusunda güvenilir ve tecrübeli bir aile büyüğünün yardımcı olması, seçici bağlanma açısından tek bir bakıcının olması ve sık bakıcı değişiminden kaçınılması, çocuk bakımı için uygun bir aile büyüğünün bulunmadığı durumlarda, çocuğun bakım konusunda ilgili ve bilgili bir bakıcıya emanet edilmesi, bakıcı seçiminde ailenin kendi sosyal, kültürel ve ahlaki değerleri doğrultusunda uygun bir seçim yapması ve işten kalan zamanlarda ebeveynlerin bebekleriyle mümkün olduğunca kaliteli vakit geçirmesi bebeğin ruhsal gelişimi açısından oldukça önemlidir.

- Doğum sonrası ilk zamanların hem bebek hem de anne için sağlıklı bir şekilde geçirilebilmesi amacıyla anneye yönelik sosyal destek de oldukça önemlidir. Bu dönemin sağlıklı bir şekilde geçirilmesi özellikle eş ve yakın aile desteğinin sağlandığı durumlarda mümkün olabilmektedir. Bu sebeple anneyle bebeğin birbirlerine kolaylıkla alışabilmesi, bebeğe yönelik bakımın uygun şekilde sağlanabilmesi, annenin bedensel ve ruhsal iyilik halini koruyabilmesi amacıyla tercihen aile büyüklerinin ya da diğer geniş aile üyelerinden bebek bakımı konusunda tecrübeli kimselerin bu süreçte anne ve babaya yeterli desteği sağlaması oldukça önemlidir. Annenin herhangi bir aile desteği alamadığı durumlarda ruhsal bir bozukluk gelişimine daha yatkın olduğu bilinmektedir.

- Aile yapısının değişmesiyle birlikte küçülen ailelerde, çocukların akraba ve komşu desteğini yeterince edinemedikleri, bunun da konuşma ve sosyal becerilerde yeterli gelişim gösterememeyle ilişkili olduğu gözlemlenmektedir. İletişimin ve sosyal gelişimin temeli insan ilişkilerine dayandığından, 0-6 yaş dil becerilerinin gelişmesi açısından önemli olduğundan, bu dönemde çocukların gerçek insan deneyimleri yoluyla öğrenmesi, kendi akranı olan çocuklarla iletişim halinde olması dil becerilerinin kazanılmasında çok önemlidir. Özellikle konuşma gecikmesi ya da telaffuz bozukluğu gibi konuşma problemleri olan çocukların akranlarıyla uygun şekilde desteklenmesi, çocukların dil ve sosyal becerilerini arttırmada elzemdir.

- Çocuklar nasihatlerden ziyade büyüklerini izleyerek öğrenirler. Bu sebeple erken yaşlardan itibaren, çocukların kendi ebeveynlerinden görerek öğrenecekleri beceri ve davranışların yanında teyze, amca, dayı gibi yakın aile üyeleri ile arkadaş ve komşu çevresinden büyüklerden öğrenecekleri birçok beceri ve tutum bulunmaktadır. Aile çevresindeki diğer yetişkinlerin çocuğun bilgi ve beceri düzeyinin gelişmesinde uygun rol-modeller olarak yer alması, ebeveynlerin yeterli olamadığı bazı durumlarda doğal birer tampon vazifesi görebilmektedir. Bu sebeple akraba, komşu ve arkadaş ziyaretleri mümkün olduğunca arttırılmalıdır.

- Çocukluk yıllarında ebeveynler dışındaki diğer büyüklerle kurulacak yakın ilişkiler ergenlik dönemi gibi kimlik gelişiminin hız kazandığı kritik bir dönemde daha da önemli hale gelmektedir. Günümüz gençlerinin kurdukları yüzeysel ilişkilerle kendilerini amaçsızlık ve yalnızlık içinde hissetmelerinin sık dile gelen problemlerden biri olduğu düşünüldüğünde, ergenlerin sosyal, ahlaki ve mesleki açıdan yakın çevre ile desteklenmesinin ne denli önemli olduğu anlaşılabilmektedir. Bu anlamda yetersiz rol-model ve örneklige sahip ergenlerin düşük akademik başarı ve düşük sosyal beceriye sahip olduğu, bu bireylerin madde ve davranışsal bağımlılıklar geliştirme açısından daha riskli bir durumda olduğu bilinmektedir.

Sonuç olarak, değişen şartlar ve modern yaşam tarzının yol açtığı yeniliklerle birlikte günümüzdeki birçok anne-baba için çocuk yetiştirmek bundan yirmi-otuz yıl öncesine kadar “çok daha zorlu bir iş” halini almış olsa da, zoru başarmak halen mümkün. Ebeveynler, eğitimciler veya sağlık çalışanları olarak birçok olumsuzlukları değiştirebilir veya bunların etkilerden çocuklarımızı koruyabiliriz. Hayatın hızla akıp giden koşuşturmacası içinde çocuklarımıza zaman ayırarak başlayabiliriz. Ebeveynliğin yalnızca çocukların maddesel veya bedensel ihtiyaçları gidermekten ibaret olmadığını, ruhsal, duygusal, sosyal ve ahlaki gelişimlerinin de ebeveyn sorumluluğun önemli bir boyutu olduğunu unutmamalıyız. Çocuklarımızı fiziksel ve bedensel tehlikelerden koruduğumuz gibi ruhsal, sosyal ve ahlaki tehlikelerden korumaya çalışmalıyız. Tüm bunları yaparken bildiklerimizi ve söylediklerimizi önce kendimizden ve yakın çevremizden başlayarak uygulamamız gerektiğini hatırlamamızda tutmalıyız. Unutmayalım, çocuklar sözlerimizden çok adımlarımızı takip ederek büyürler.

Bölüm Özeti

Modern yaşam tarzı sosyal, kültürel ve toplumsal değişimle birlikte günlük hayatımızda da birçok değişime sebep oldu. Değişim ve yeniliklerin önemli bir kısmı hayatlarımızın önceki nesillerle kıyaslanmayacak kadar kolay ve konforlu bir hale dönüşmesine sebep olsa da, bu hızlı dönüşüm bir dizi olumsuzluğu da beraberinde getirdi. Değişen aile yapısı ve sosyal çevre, önceki nesillere göre farklılaşan ebeveyn tutumları, akademik başarı ve beklentiler, gelişen teknolojik imkân ve yenilikler, değişen beslenme düzeni ve alışkanlıkları özellikle çocuk ve genç nesil üzerinde çeşitli riskli durumlara sebep oldu. Bu riskli durumlar bazen bir risk faktörünün eklenmesi, bazen bir koruyucu faktörün eksilmesi bazen de her ikisinin ortak etkisiyle ortaya çıkmakta, çocuk ve gençlerin beden ve ruh sağlıkları üzerinde ciddi derecede olumsuz etki ve sonuçlara yol açmaktadır. Öyle ki günümüz gençleri kendilerini eski nesillere kıyasla daha yalnız, mutsuz ve amaçsız olarak tanımlamaya başladı. Günümüz yaşam tarzının beden ve ruh sağlığı açısından doğrudan veya dolaylı olarak ilişkili olduğu riskli durumları ve bunların nasıl azaltılabileceğini bilmek çocuklarla çalışan her uzmanlık alanının önceliklerindendir.

Kaynakça

- Bakanlığı, T.S., ve Genel, T.S.H. (2011). Türkiye’de Okul Çağı Çocuklarında (6-10 Yaş Grubu) Büyümenin İzlenmesi (TOÇBİ) Projesi Araştırma Raporu.
- Bagchi, D. (Ed.). (2010). Global perspectives on childhood obesity: current status, consequences and prevention. Academic Press.
- Barr-Anderson, D.J., Van Der Berg, P., Neumark-Sztainer, D., Story, M. (2008). Characteristics associated with older adolescents who have a television in their bedrooms. *Pediatrics*, 121, 718-24.
- Byeon, H., & Hong, S. (2015). Relationship between television viewing and language delay in toddlers: evidence from a Korea national cross-sectional survey. *PLoS one*, 10, e0120663.
- Garipağaoğlu, M., Budak, N., Süt, N., Akdikmen, O., Oner, N., Bundak, R. (2009). Obesity risk factors in Turkish children. *Journal of Pediatric Nursing*, 24, 332-337.
- Mott, C.S. (2015). Children’s Hospital, and National Poll on children’s health. Parents on Social Media: Likes and Dislikes of Sharenting| National Poll on Children’s Health. Erişim adresi: <https://mottpoll.org/reports-surveys/top-10-child-health-problems-more-concern-sexting-internet-safety>
- Palmer, S. Zehirlenen çocukluk: Modern Dünyanın Çocuklar Üzerindeki Zararlı Etkileri. İletişim Yayınları, 6. Baskı, s42, 137, İstanbul 2017.
- Schwartz, C., Waddell, C., Barican, J., Garland, O., Nightingale, L., Gray-Grant, D. (2010). The mental health implications of childhood obesity. *Children’s Mental Health Research Quarterly*, 4, 1–20.
- Smetanina, N., Albaviciute, E., Babinska, V., Karinauskiene, L., Albertsson-Wikland, K., Petrauskiene, A., & Verkauskiene, R. (2015). Prevalence of overweight/obesity in relation to dietary habits and lifestyle among 7–17 years old children and adolescents in Lithuania. *BMC public health*, 15, 1-9.
- World Health Organization (2016). World Health Organization obesity and overweight fact sheet. Erişim adresi: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/en/>

Ünite Soruları

1. Modern yaşam tarzının insan sağlığı üzerine etkileri hakkında hangisi doğrudur?

- A) Teknolojik imkânlar birçok alanda kolaylık sağlamaktadır
- B) Bazı imkân ve gelişmeler doğrudan ve/ya dolaylı olarak beden ve/ya ruh sağlığı açısından riskler taşımaktadır
- C) Çocuklar teknolojiyle ilişkili risklere en açık yaş grubudur
- D) Modern yaşam tarzında insan sağlığı açısından koruyucu bazı faktörler azalmış veya zayıflamış olabilir
- E) Hepsi

2. Günümüz bireyleri hakkında hangisi söylenemez?

- A) Günümüz bireyleri daha bireysel ve rekabetçi bir dünyada yaşamaktadır
- B) Günümüz bireyleri birçok alanda geçmişe göre daha fazla stresle yüzleşmektedir
- C) Günümüz bireyleri geçmişegöre psikolojik açıdan daha mutlu ve sağlıklıdırlar
- D) Gelişmiş toplumlarda yalnızlık önemli bir sorundur
- E) Ekonomik imkânları geçmişe göre daha iyi durumdadır

3. Günümüz yaşam tarzı ve ruh sağlığı konusunda hangisi doğrudur?

- A) Günümüz yaşam tarzı ruh sağlığı açısından önemli bir takım risk faktörleriyle ilişkilidir
- B) Günümüzde psikiyatrik sorunlar önemli bir sağlık sorunudur
- C) Ruh sağlığı açısından koruyucu bir takım faktörler günümüzde azalmış veya kaybolmuş durumdadır
- D) Tıbbi, teknolojik ve ekonomik imkânlardaki artış ruh sağlığına yansımamış olabilir
- E) Hepsi

4. Aşağıdakilerden hangisi geçmişe kıyasla günümüzde daha belirgin olan beden ve psikososyal sağlık açısından önemli durumlardan birisi değildir?

- A) Yalnızlaşma
- B) Daha hareketsiz bir yaşam tarzı
- C) Artmış alkol-madde kullanımı
- D) Daha iyi sosyal destek sistemleri
- E) Artmış tıbbi tedavi imkânları

5. Çocuklarda ruh sağlığı ve dayanıklılığın gelişmesinde ve çocuk yetiştirmede ebeveyn tutumları hakkında hangisi doğrudur?

- A) Ebeveynler çocuklarıyla arkadaş gibi olmaları gerekir
- B) Ebeveynler çocuklarını hiçbir zorluk veya yokluk yaşatmadan veya hissettirmeden yetiştirmelidir
- C) Ebeveynler çocuklarının sevgisini kaybetmemek için onların isteklerini olabildiğince yerine getirmelidir
- D) Aile içindeki hemen her konuda çocukların fikri ve tercihi dikkate alınmalıdır
- E) Hiçbiri

6. Aşağıdakilerden hangisi özgüvenli çocuklar yetiştirmekte doğru bir uygulama değildir?

- A) Çocuklarına her şeyden ve herkesten önemli olduğunu söylemek
- B) Ne olursa olsun çocuklarına ‘kendisine güvenmesi gerektiğini’ söylemek
- C) Bebeklikten başlayarak çocuklara ‘prens’ , ‘prenses’ diye hitap etmek
- D) Arkadaşlarıyla yaşadığı tartışmalarda her zaman çocuğunun yanında yer almak
- E) Hepsi

7. Çocuklarda sağlıklı, güvenli medya/internet kullanımı konusunda hangisi doğru değildir?

- A) Yatak odasında ekran bulundurmamak
- B) İştahsız çocuklarda ekranı yemek yedirmek için kullanmak
- C) Çocukla birlikte TV veya internette zaman geçirmek
- D) Çocuğun internette ne yaptığını takip etmek

E) Çocukla TV ve/ya internetin riskleri konusunda konuşmak

8. Çocuklarda obezitenin sebep ve sonuçları hakkında hangisi doğrudur?

A) Ekran karşısında yemek obezite için önemli bir risk faktörüdür

B) Obezite bedensel olduğu kadar psiko-sosyal sorunlara da yol açar

C) Beslenmenin yanı sıra fiziksel aktivite azlığı da obezitenin gelişmesinde önemlidir

D) Günümüzdeki özellikle genç kızlar arasındaki yaygın beden algısı, bu bireyleri obezitenin psiko-sosyal etkilerine daha açık hale getirmektedir

E) Hepsi

9. Aşağıdakilerden hangisi çocuklarda obezite gelişmesini engelleyecek önlemlerden birisi olması beklenmez?

A) Çocukları haftalık veya aylık düzenli olarak tartmak

B) Ekran karşısında yemeyi kısıtlamak

C) Ailecek yeme alışkanlığını kazandırmak

D) Düzenli fiziksel aktivite yapmasını sağlamak

E) Fastfood kültüründen uzan tutmak

10. Genç bir anne 3 yaşındaki çocuğunu henüz konuşmadığı şikâyetiyle size getiriyor. Eşinin tayini sebebiyle 4 yıl önce İstanbul'a taşındıklarını, burada akraba veya sosyal çevrelerinin pek olmadığını, eşinin işi sebebiyle evde çok az bulunabildiğini, çocuğun zamanının çoğunu ekran karşısında geçirdiğini paylaşıyor. Detaylı sorulduğunda çocuğunu ancak 2 ay emzirdiği, 4 aylıkken çalışmaya başladığını, şimdiye kadar 4 bakıcı değiştirdiklerini ifade ediyor. Görüşme esnasında çocuğun çevreyle pek iletişim kurmadığını, ismine tepkisinin kısıtlı olduğunu fark ediyorsunuz. Bu çocuktaki en muhtemel tanı hangisidir?

A) Tepkisel bağlanma bozukluğu

B) Otizm spektrum bozukluğu

C) Ekspresif dil bozukluğu

D) Sınırsız toplumsal katılım bozukluğu

E) Zihinsel yetersizlik

1. e 2. c 3. e 4. d 5. e 6. e 7. b 8. e 9. a 10. a

8. KORUYUCU RUH SAĞLIĞI AÇISINDAN AKRAN ZORBALIĞI

Giriş

Önceki bölümlerde ruh sağlığı ve dayanıklılık açısından gelişimsel dönemlerle ve günümüz yaşam tarzıyla ilişkili risk faktörlerinden ve koruyucu ruh sağlığı uygulamalarından bahsedilmiştir. Bu bölümde özellikle okul çağıyla birlikte başlayan, önemli etki ve sonuçları olan, önlenebilir bir sorun olarak akran zorbalığından bahsedilecektir.

Sosyal etkileşim doğum öncesi dönemden başlayarak bireyin sağlıklı gelişimi için temel faktörlerinden biridir. İlk olarak bakımveren ile kurulan bu iletişim ilerleyen yıllarda ailenin geri kalan bireyleriyle genişletilir. Oyun döneminin ve daha sonrası okul çağının başlamasıyla birlikte akran etkileşimi başlamış olur.

Sağlıklı akran ilişkilerinin bireyin sosyal ve duygusal gelişimde önemli katkıları olurken akran ilişkilerinde yaşanan zorlukların gelişimsel süreçleri olumsuz etkileyebildiği bilinmektedir. Akran zorbalığı özellikle okul çağında görülmeye başlanan ve negatif etkileri son derece yüksek olan bir sosyal problemdir.

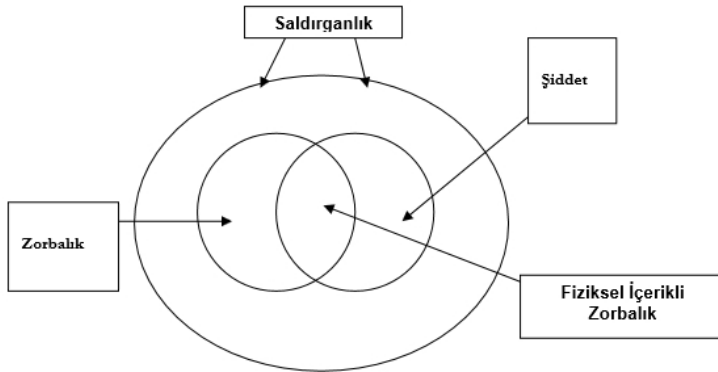
Son yıllarda akran zorbalığının yüz milyonlarca çocuğu ve ergeni etkilediği ve olumsuz psikiyatrik sonuçlarının erişkinliğe dek sürebildiği gösterilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü akran zorbalığını dünya çapındaki yaygınlığı ve uzun dönem sonuçları nedeniyle küresel bir sağlık sorunu olarak kabul etmektedir. Bu bölümde akran zorbalığı kavramı tanıtılacak ve koruyucu ruh sağlığı açısından önemi tartışılacaktır.

8.1. Akran Zorbalığının Tanımı

Akran zorbalığı kavramı 1970'li yıllarda Olweus tarafından araştırılmaya başlanmıştır. Olweus zorbalığı tanımlamak için ilk olarak birden fazla kişi tarafından yapıldığı anlamı taşıyan “mobbing” kavramını kullanmış ancak daha sonra çocuğun tek kişi tarafından da bu olumsuz duruma maruz kalabildiğini belirtmek amacıyla “bullying” sözcüğünü kullanmaya başlamıştır (Olweus, 2013). Türkçe’ye akran zorbalığı olarak çevrilmiştir.

Akran Türk Dil Kurumu tarafından ‘yaş, meslek, toplumsal durum bakımından birbirine eşit olanların her biri’ olarak tanımlanmıştır. Daniel Olweus zorbalığı kendini korumakta güçlük yaşayan birine karşı bir veya daha fazla kişi tarafından yapılan kasıtlı, tekrarlayıcı, rahatsız edici, zarar verici olumsuz davranışlar olarak tanımlamıştır (Olweus, 1993). Zorbanın amacı kurbanda korku veya endişe yaratmak, kurbanı kontrol altına almak ve/veya kurbanı zarar vermektir. Aralarında cinsiyet, boy, kilo farkı gibi fiziksel olarak ya da sosyal statü, popülerlik gibi psikolojik olarak güç eşitsizliği olan bireylerden güçlü olanın güçsüz olana uyguladığı saldırgan eylemlerdir (Lamb, Pepler ve Craig, 2009).

Saldırganlık zarar verme amacı taşıyan herhangi bir davranış şeklidir. Şiddet ve zorbalığı içine alan şemsiye bir kavram olarak ifade edilir. Saldırganlığın bir türü olan şiddet temel olarak fiziksel güç kullanımına dayalıdır. Zorbalık ise güç dengesizliği bulunan bireyler arasında oluşan saldırgan davranışlardır. Sadece fiziksel olarak ortaya çıkmaz ve bu yönüyle de şiddetten farklılaşır. Güç dengesizliği bulunan kişiler arasında ortaya çıkan kavgalar şiddet ve zorbalığın kesiştiği durumlardır. Bununla birlikte, güçleri birbirine denk kişiler arasında ortaya çıkan kavgalar da şiddet eylemi olarak değerlendirilmekle birlikte zorbalık olarak nitelendirilemez (Smith ve ark., 1999).



Şekil 1. Saldırganlık, Şiddet ve Zorbalık Arasındaki İlişki (Olweus, 1999)

Özetle; herhangi bir davranışın zorbalık olarak nitelendirilebilmesi için “**güç dengesizliği bulunan kişiler arasında olması**”, “**zamansal süreklilik özelliği taşıması**” ve “**kasıtlı olarak karşı tarafa zarar vermek amacıyla yapılması**” gibi bir takım özellikleri de barındırması gerekmektedir.

8.2. Katılımcı Roller ve İlişkili Özellikler

Akran zorbalığı; zorbalığa uğrayanlar (kurban), zorbalık yapan kişiler (zorba) ve tanık olanlar olmak üzere üç gruba ayrılmıştır.

Zorba: Kendisinden fiziksel ya da psikolojik olarak güçsüz kişi ya da kişilere tekrarlı olarak zarar verme niyetiyle saldırıda bulunan kişilerdir.

Zorba çocukların diğer insanlar üzerinde hâkimiyet kurmaya yönelik güçlü ihtiyaçları vardır. Genellikle akran gruplarında popülerdirler ve liderlik özellikleri gösterirler. Zorba davranışları uygulayan çocuklar, genellikle fiziksel olarak daha güçlüdürler. Zorbaların sorun çözme becerileri kısıtlıdır ve engellenmeye karşı toleransları düşüktür. Otokontrolleri zayıftır, genellikle yıkıcı, öfkeli ve tepkisel davranışları sergilerler. Kurbanlarla empati kurma yetileri yok denilecek kadar düşük düzeydedir ve çoğunlukla kurbanın cezayı hak ettiğine inanırlar. Düşünülenlerin aksine, ortalama düzeyde kaygı yaşarlar ve özsaygıları ya ortalama ya da ortalamadan yüksektir (Dake, Price ve Telljohann, 2003; Olweus 1993)

Kurban: Kendisinden fiziksel ya da psikolojik olarak daha güçlü olanların zorba söz ve eylemlerine uğrayan kişidir. Mağdur çocukların en temel özelliklerinden biri diğer öğrencilerden daha kaygılı ve güvensiz olmalarıdır. Sosyal ortamlarda zayıf uyum becerileri gösterirler; utangaç, güvensiz, çekingen ve kaygılı davranışlar sergilerler. Özsaygıları genellikle düşüktür; kendilerini ve kendi içinde bulundukları durumu olumsuz algılama eğilimindedirler (Dake, Price ve Telljohann, 2003; Olweus 1993).

□□**Zorba-Kurban:** Hem zorba söz ve eylemlerde bulunan, hem de zorbalık rolüne maruz kalan kişilerdir. Bu çocukların çoğu özellikleri zorbaların sosyal davranış kalıplarıyla benzerlik göstermektedir. Zorba-kurbanların genellikle sosyal ilişki kurma becerileri zayıftır ve kendilerini zorbalık yaparak etkin kılmaya çalışırlar. Sıklıkla akranlarını kızdırmaya neden olan reaktif saldırganlık davranışları gösterirler (Smokowski ve Kopasz, 2005).

Seyirci: Seyirciler de genel olarak zorbayı destekleyen izleyiciler, zorbanın yaptıklarını onaylamayan izleyiciler ve zorbalığa müdahale etmeyen nötr izleyiciler olmak üzere üç gruba ayrılır. Genellikle kurban ile benzer özelliklerinden dolayı bir sonraki kurban olmaktan korkarak müdahale etmemektedirler (Salmivalli ve ark., 1996).

8.3. Zorbalığın Türleri

Akran zorbalığı saldırının gerçekleştirilme şekline göre direkt ve dolaylı olmak üzere ikiye ayrılır. Direkt zorbalık kişiye karşı saldırganlığın açıktan gerçekleştiği fiziksel ve sözel saldırganlık şeklinde olurken; dolaylı zorbalık kurbanın zorbanın kimliğinden habersiz olabildiği ilişkisel ya da sosyal saldırı şeklindedir (Spivak ve Prothrow-Stith, 2001).

Fiziksel zorbalık kişinin canının yanmasına neden olan, vurma, itme, tekme atma, tükürme, güç kullanarak kurbandan bir şeyler alma, kesici aletlerle saldırma veya korkutma gibi fiziksel saldırıları kapsar. Zorbalığın okullarda en sık görülen ve en kolay ayırt edilen türüdür. Sözel zorbalık kişinin psikolojik ve sosyal gelişimini etkileyen; lakap takma, alay etme, hakaret etme, aşağılama, tehdit etme, küfürlü konuşma gibi sözel saldırganlıkları kapsar. Sözel zorbalık, en yaygın görülen zorbalık biçimi olmakla birlikte; en çok gözden kaçan zorbalık türüdür (Smith, 2014; Smokowski ve Kopasz 2005).

Dolaylı zorbalık sosyal/ilişkisel saldırganlığı ifade eder. Kurbanın sosyal konumuna, ilişkilerine ve ait olma duygusuna zarar verme amacıyla gerçekleştirilen hakkında söylentiler yayılması, dedikodu yapılması, iftira atılması, karalanması gibi davranışları içermektedir. Bu tür sıklıkla kızlar arasında olur ve sosyal ilişkilerde reddedilmeye yol açar (Smith, 2014; Smokowski ve Kopasz, 2005).

Günümüz modern toplumlarında görülen bir diğer akran zorbalığı tipi siber zorbalıktır. Siber zorbalık, e-posta, sohbet odaları, web siteleri, çevrimiçi oyunlar, sosyal paylaşım siteleri gibi bilgi ve iletişim teknolojileri kullanımı aracılığıyla gerçekleştirilen saldırgan davranışlardır (Kiriakidis ve Kavoura, 2010). Ayrıca cinsel içerikli davranışları (etek kaldırma, eteğin altından fotoğraf çekme, pantolon indirme gibi) kapsayan cinsel zorbalık türü de bazı kaynaklarca ayrı bir kategori olarak tanımlanmaktadır.

8.4. Akran Zorbalığının Epidemiyolojisi

Akran zorbalığının dünya çapındaki yaygınlığı ile ilgili veriler konunun önemini açıkça ortaya koymaktadır. Zorbalığa herhangi bir şekilde dahil olma oranı değerlendirilen ülke, yaş aralığı ve alt türe göre farklılıklar göstermekle birlikte okullarda yaşanan zorba davranışlardan öğrencilerin yaklaşık %15-20'sinin etkilendiği bilinmektedir (Batsche ve Knoff, 1994).

Akran zorbalığının ülkeler arasındaki yaygınlık oranları değişmektedir. Avrupa ülkelerinde çocukların yaklaşık %10'u, okul dönemi boyunca en az bir ya da iki kez zorbalığa maruz kaldıklarını belirtmişlerdir (Molcho ve ark., 2009). Zorbalık mağduru olma oranları Kanada'da diğer ülkelerden daha yüksek bulunmuş ve öğrencilerin yaklaşık %20'si kurban olduklarını belirtmişlerdir (Charach ve Pepler, 1995). ABD'de yaklaşık her üç çocuktan birinin akran zorbalığı içerisinde zorba, kurban ya da zorba-kurban rollerinde bulunduğu gösterilmiştir (Gladden ve ark., 2014). Ülkemizde ilköğretim öğrencileri arasında da her üç öğrenciden birinin düzenli olarak zorbalığa uğradığını ve ya zorbalık yaptığını gösteren araştırmalar bulunmaktadır (Pişkin, 2010). Zorbalığın yaygınlığı konusunda farklı sonuçlar olsa da hemen hemen her ülkede ciddi oranlarda yüksek olduğu görülmektedir.

Akran zorbalığının görülme sıklığı gelişimsel dönemlere göre değişkenlik göstermektedir. Akran zorbalığına maruz kalma oranlarının orta çocukluk döneminde en yüksek seviyeye ulaştığı ve ergenlikle birlikte düşüş gösterdiği belirtilmiştir (Lam, 2015). Bununla birlikte zorbalık yapma oranlarının ise erken ergenlik döneminde artarak pik yaptığı bilinmektedir (Olweus, 2003). Zorbalığa maruz kalma açısından en riskli olanlar okulun yaşça en küçüğü olan ortaokul ve lisenin ilk yıllarındaki öğrencilerdir.

Maruz kalınan ve uygulanan akran zorbalığı davranışları açısından bir takım cinsiyet farklılıkları gözlenmektedir. Zorbalık kurbanı olma sıklığında cinsiyet farkı çok belirgin olmamakla birlikte erkeklerin kızlara göre daha fazla zorbalık uyguladığı bilinmektedir (Cook ve ark., 2010). Kızların ve erkeklerin maruz kaldıkları zorbalık türleri arasında da farklılıklar vardır. Erkek çocuklarının fiziksel ve sözel zorbalık davranışlarını, kız çocuklarının ise ilişkisel zorbalığı daha çok uygulama ve kurbanı olma eğilimi gösterdiği ortaya konmuştur (Besag, 2006).

8.5. Akran Zorbalığının Belirtileri

Öğrencilerin birbirlerine karşı olan tutum ve davranışları bu durumun en önemli belirtileridir. Ancak zorbalık genellikle otorite figürlerinin bulunmadığı yerlerde gerçekleştiğinden direk gözlem yoluyla anlaşılması güçtür. Zorbalığa maruz kalan çocuklar da genellikle yaşadıklarını diğerleriyle paylaşmazlar. Bu durumun altında anlattıklarına inanılmayacağından çekinme, durum anlaşılırsa zorbaların uyguladıkları baskıyı arttıracığından korkma ve öğrenen kişiler tarafından alay edileceği endişesi bulunur. Bu sebeplerden dolayı zorbalığa maruz kalan çocuklar çoğu zaman anlaşılmaz.

Bu konuyla profesyonel olarak ilgilenen uzmanların, öğretmenlerin ve ailelerin zorbalığın çocuk üzerinde bırakabileceği etkileri dikkatle gözlemlemesi gerekmektedir. Özellikle belirtilerin aniden başlaması ya da çocuğun yeni bir okula ya da sınıfa başlamasıyla ortaya çıkması alarm vericidir.

Tablo 1. Akran zorbalığının muhtemel belirtileri
1. Okula gitmek istememe, okula gidiş saatlerin karın ağrısı-baş ağrısı gibi somatik şikâyetler yaşama, sık devamsızlık problemleri olması
2. Okula giderken korku hissi, okul servisini kullanmak istememe, okul değiştirme isteği
3. Ders aralarında bahçeye ya da koridorlara çıkmama, akranlarıyla kısıtlı iletişim kurma
4. Ders sırasında söz almaktan çekinme, sık sık etrafı gözetleyerek olası tehditlerden kaçınmaya çalışma
5. Okul başarısında ani düşme
6. Evde arkadaşlarından ve okuldan hiç bahsetmeme, okuldan sonra ya da haftasonları akran etkileşiminden kaçınma
7. Okuldan eve zarar görmüş kıyafetler ve kitaplar ile dönme, vücudunda açıklanamayan morluklar ya da fiziksel yaralar olması
8. Harçlığını sürekli kaybetme, okuldan eve aç olarak dönme
9. Uykuya dalma ya da sürdürme sorunları yaşama, kâbuslar görme, gece alt ıslatmaları olması
10. Değersizlik düşünceleri, içe kapanma, sürekli uyumak isteme, intihar girişiminde bulunma.

Zorbalığın mağdur üzerindeki etkileri uygulanan şiddete, maruz kalınan süreye ve bireyin dayanıklılık gücüne göre değişkenlik gösterir. Tek başına bir belirtinin gözlenmesi çocuğun zorbalığa maruz kaldığını kesin olarak göstermez. Şüpheye düştüğünde çocuğun incelemeye alınıp, öğretmen ile işbirliği kurularak tespitin yapılması gerekir.

8.6. Akran Zorbalığında Risk Faktörleri ve Koruyucu Faktörler

Birçok bireysel, ailesel ve sosyokültürel etmen, çocuk ve ergenlerin akran ilişkilerindeki rol ve tutumlarını etkilemektedir. Bu etmenler hem kendi içlerinde hem de diğer etmenlerle birlikte etkileşim göstererek, bireylerin akran zorbalığına dahil olma riskini, zorbalık eylemi içerisindeki rollerini, zorbalığın ortaya çıktığı türü de şekillendirebilir.

Bireysel Faktörler

Zorbalık gösterme veya zorbalığa maruz kalma konularında yapılan çalışmaların sonuçları arasında bazı tutarsızlıklar mevcut olsa da genellikle erkeklerin zorbalık olayında kızlardan daha etkin yer aldığı görülmektedir. Zorbalığa maruz kalma yaygınlığı bakımından kızlar ve erkekler arasında benzer sonuçlar bulunmuştur. Ancak erkeklerin sadece erkekler tarafından kızların ise hem erkekler hem de kızlar tarafından zorbalığa maruz kaldığı belirlendiğinden erkeklerin kızlara göre zorba olmalarının daha muhtemel olduğu sonucu ortaya çıkmıştır (Cook ve ark., 2010).

Zorbalık türleriyle ilgili olarak ise erkek çocuklarının fiziksel zorbalığı, kız çocuklarının ise ilişkisel zorbalığı daha çok uygulama ve kurban olma eğilimi gösterdiği ortaya konmuştur (Besag, 2006). Siber zorbalığa bakıldığında genellikle cinsiyet farklılığının göze çarpmadığı belirlenmiştir (Tokunaga, 2010).

Akran zorbalığı ile gelişimsel dönemler arasındaki ilişkiye bakıldığında zorbalık yapmanın erken ergenlik döneminde artarak pik yaptığı, kurban olma sıklığının ise orta çocukluktan itibaren azalmaya başladığı görülmektedir (Solberg, 2003). Genel olarak zorbalık davranışının ortaokul yıllarında en yüksek seviyeye ulaştığı ve lise dönemlerinde düşüşe geçtiği düşünülmektedir. Akran zorbalığının ortaya çıkma biçimi ile yaş arasındaki ilişki incelendiğinde fiziksel zorbalık gibi direk agresyon biçimlerinin daha erken yaşlarda görüldüğü bununla birlikte bilişsel ve sosyal becerilerin gelişmesi ile ergenlikte ilişkisel zorbalığın daha ön plana çıktığı bilinmektedir (William, 2007).

Kurban olma rolünü önemli ölçüde öngören faktörler olarak içe yönelim sorunları, davranış bozuklukları, sosyal problemler, geçmişte zorbalığa uğramış olma bulunmuştur. Zorbaların da benzer şekilde davranış bozuklukları olan, sosyal sorunlar ve okulla ilgili problemler yaşayan kişiler olduğu belirlenmiştir (Kljakovic ve Hunt, 2016).

Psikososyal güçlülere ek olarak, farklı görünüme sebep olabilen bazı fiziksel özellikler de akran zorbalığına daha fazla maruz kalma ile ilişkili olabilir. Fiziksel görünüşün zorbalığa maruz kalma ile ilişkisi değerlendirildiğinde, kilolu ve obez çocuklar arasında normal kilolu yaşlıtlarına göre akran zorbalığının daha yaygın görüldüğü saptanmıştır (Geel ve ark., 2014). Bilişsel gelişimde gerilik, otizm, öğrenme bozukluğu, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu gibi psikopatolojiler zorbalığa uğramayı arttırmaktadır (Undheim ve Sand, 2010). Cinsel kimlik karmaşası yaşayan gençler de akran zorbalığı açısından artmış risk altındadırlar.

Ek olarak akademik başarı ve empati gibi sosyal beceriler zorba olmaya karşı; ösuygı gibi bireysel yetkinlikler mağdur olmaya karşı; olumlu akran ilişkileri ise zorba-kurban rolüne karşı koruyucu bulunmuştur.

Ailesel Faktörler

Çocukların toplum içerisinde sağlıklı bir birey olarak yer edinmeleri tutarlı bir aile yapısı içinde gelişen sağlıklı iletişim sürecine bağlıdır. Bu nedenle zorbalık davranışının gelişiminde en önemli faktörlerden biri olarak ebeveyn ve aile özellikleri üzerinde durulmaktadır. Ailenin çocukların gelişimsel süreçleriyle ilgili olarak tutumları, negatif aile ortamı, ebeveynde ruh sağlığı problemleri olması ve istismar/ihmal gibi birçok faktör akran zorbalığının başlaması, devam etmesi veya sonlanmasında oldukça etkilidir (Pontzer, 2010).

Akran zorbalığına maruz kalan çocukların anne-baba tutumlarına bakıldığında çocuğun sosyal yetenekler geliştirmesine ve sağlıklı başa çıkma yöntemleri edinmesine engel olacak aşırı koruma-kollama yönünde ebeveynlik stilleri göze çarpmıştır. Bununla birlikte katı disiplin uygulamaları ve otoriter aile tutumlarının ise çocukların zorbalık eğilimlerini arttırdığı görülmüştür (Boel-Studt ve Renner, 2013).

Negatif aile ortamının çocuklar üzerinde olumsuz etkilere yol açarak saldırgan davranışlarda bulunmaları üzerinde etkili olduğu bilinmektedir. Aile üyeleri arasındaki bağların zayıf olması, aile içinde duygusal yakınlık olmaması, aile içi yoğun çatışmalar yaşanması ile zorbalık davranışı uygulama ve maruz kalma arasında ilişki olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir. Özellikle ailede yaşanan şiddet model alma yoluyla çocuktaki zorbalık davranışının şekillenmesine neden olabilen çok güçlü bir risk faktörüdür (Cluver, Bowes ve Gardner, 2010).

Bununla birlikte iki ebeveynin bir arada olması, sıcak ve yakın aile bağları geliştirilmesi, destekleyici ebeveyn tutumları, aile içi iletişim ve desteğin güçlü olması akran zorbalığı mağduriyetine karşı çocuk ve ergenlerin duygusal ve davranışsal dayanıklılığını artırır (Nocentini ve ark., 2018).

Sosyal Faktörler

Akran zorbalığı görülme sıklığı okulun yer aldığı bölgenin özellikleri, okul içerisindeki öğretmen ve akran ilişkileri, okulun genel yapısı ve okul yönetiminin politikaları ile geniş değişkenlik göstermektedir.

Okul ortamları kültürel şartlar, sosyoekonomik düzey gibi pek çok farklı arka plandan gelen çocuklardan oluşmaktadır. Genel olarak akran zorbalığının kültürel farklılıklardan çok etkilenmediği ancak göçmen çocukların diğerlerine kıyasla zorbalığa maruz kalma riskinin daha yüksek olduğu ifade edilmiştir. Sosyoekonomik eşitsizliğin olduğu sosyal çevrelerde büyüyen çocuklar zorbalık açısından daha yüksek risk altındadırlar (Due ve ark., 2009).

Okulda kendini güvende hissedememe ve okul ile bağın zayıf olması akran zorbalığı için yordayıcı bir faktördür (Harel-Fisch ve ark., 2011). Okul yönetiminin zorbalığa karşı toleranslı tutumları zorbalık davranışını daha da arttırmaktadır. Benzer şekilde yönetimin çocukların etkileşimde bulunduğu alanlarda denetim yönünden eksik kalması da zorbalık uygulama durumunu olumsuz etkilemektedir.

Akran ilişkilerinde arkadaşlığa kabul ya da reddedilme ile akran zorbalığının karşılıklı bir dinamiği olduğu varsayılır. Arkadaşları tarafından desteklenen çocuk ve ergenlerde zorbalığa maruz kalma daha az iken; sosyal olarak izole ve arkadaş desteğinden yoksun olanların zorbaların hedefi haline gelme olasılığı yüksektir. Akran grupları bazen ergenlerde istenmeyen davranış örüntüleri oluşturmakta, riskli davranışların açığa

çıkmasına sebep olmaktadır (Rothson ve ark., 2011). Saldırgan özellikleri olan arkadaş çevresinin varlığı, zorbalık davranışı için yordayıcı bir faktördür.

Öğretmenler aile ve akranlardan sonra öğrencilerin en çok etkileşimde bulunduğu kişiler olduğundan öğretmenlerin zorbalığa karşı tutumları, zorbalık döngüsündeki öğrencilere karşı müdahale stratejileri, sosyal destek mekanizmasındaki rolleri önem teşkil etmektedir. Akran zorbalığında zorbalığın rapor edilmesi en önemli aşamalardan biridir. Okul ortamlarında öğretmenlerle ilişkilerin niteliği akran zorbalığına maruz kalan veya şahit olan öğrencilerin yaşanan olumsuz durumu rapor etmesi veya bu durumla başa çıkması açısından önemlidir

Koruyucu faktör olarak değerlendirildiğinde destekleyici bir sosyal çevrenin varlığı akran zorbalığına karşı koruyucudur. Okul ve sınıf içerisinde sağlıklı bağları olan, birbirlerini seven sınıf arkadaşlarının varlığı akran grupları arasında zorbalığa hedef olmanın önüne geçme ve olumlu sosyal destek mekanizması oluşturmada önemli yere sahiptir (Espelage ve Swearer, 2003). Öğretmen ve öğrenci arasında güçlü ilişkiler kurmanın zorbaca davranışlar sergilenmesini azalttığı, öğrencilerin okul başarısı ve sosyal uyumunda artma gösterdiği belirtilmektedir.

8.7. Akran Zorbalığının Sonuçları

Beynimizde etrafımızdakilerin sadece hareketlerini değil niyetlerini, hislerini, duygularını da yansıtan ‘ayna nöronlar’ vardır. Bu nedenle akran zorbalığı sadece zorba ve kurban üzerinde değil, aynı zamanda zorbalığa yardım eden, tanık olan ya da medya aracılığıyla öğrenenler üzerinde de kalıcı olabilecek ciddi olumsuz etkiler bırakır (Wolke ve Lareya, 2015).

Zorbalığa maruz kalmak bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan sağlığında bozulmalara neden olur. Zorbalık davranışının sıklığı, birden fazla zorba tarafından uygulanıyor olması ve maruz kalınan zorbalık çeşidinin fazlalığı sonuçların ağırlaşmasına neden olur. Zorba-kurban ilişkileri çoğu çocukluk saldırısının, intiharın ve cinayetin altında yatmaktadır.

Mağdur üzerindeki etkileri:

Zorbalığa en sık okulda maruz kalındığından sonuçlar da en belirgin olarak akademik yaşam üzerinde görülmektedir. Özellikle okula gidiş saatlerinde başlayan karın ağrısı, baş ağrısı gibi somatik şikâyetler, devamsızlık sorunları, derslerde başarısızlık en sık rastlanan bulgulardandır. Zorbalığa uğrayanların okulda yalnızlık ve güvensizlik hissetmeleri okul fobisine neden olabilir. Kurbanlar kendini güvende hissetme, kendini savunma ya da intikam alma gibi nedenlerle okula daha sık silah getirirler (Salmon ve West, 2000).

Zorbalığın ruh sağlığını etkilediği, anksiyete ve depresyon gibi içe yönelim sorunlarıyla güçlü bağlantısı olduğu bilinmektedir. Zorbalığa maruz kalan çocuklar kendilerini sık sık üzgün, endişeli ve yalnız hissederler. Mağdurlarda psikososyal uyum problemleri, psikosomatik sorunlar (baş ağrısı, karın ağrısı, baş dönmesi, yatak ıslatma, uyku sorunları) ve kendine zarar verme davranışı daha sık görülür (Juvonen ve Garaham, 2014). Akran mağduriyeti ile düşük benlik saygısı arasındaki çift yönlü bir ilişki vardır. Düşük benlik saygısı olan kişiler zorbaların daha sık hedefi olurlar bununla birlikte zorbalığa maruz kalmak da sıklıkla düşük benlik saygısına yol açar (Geel ve ark., 2018).

Zorbalığa maruz kalan çocuklarda içe yönelim sorunlarının yanı sıra dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu gibi dışı vurum sorunlarının sıklığında da artış görüldüğü bilinmektedir. Bu artış çocuğun zarar görmemek için çevreyi dikkatle izlemesine ve zorbalığın tekrarlamaıyla ilgili hissettiği yoğun kaygıyla ilişkilendirilebilir (Schwartz ve ark., 1998).

Zorbalığın birey üzerindeki etkileri sadece zorbalığa uğranılan dönem ile sınırlı kalmayıp daha sonraki yıllarda da etkisini gösterir. Zorbalık mağdurlarının erişkin yaşamlarında anksiyete ve depresyon geliştirme ihtimali, mağdur olmayanlara kıyasla daha yüksektir. Erişkin yaşamda alkol ve madde bağımlılığı da çocukken zorbalığa maruz kalma ile ilişkilendirilmiştir (Stapinski ve ark., 2014). Zorbalığa maruz kalanlar, karşı cinsle sağlıklı ilişki kurmakta ve sürdürmekte zorluk yaşarlar. Zorbalık mağdurlarının erişkin yaşamda çocuklarına aşırı müdahale etmeleri, çocuklarında sorun çözme becerilerinin gelişimine engel olur ve bu da çocukların gelecekte kurban olma olasılıklarının arttırarak zorbalığın kuşaklararası aktarımına sebep olur.

Zorba üzerindeki etkileri:

Kısa vadede zorbalık, çocukların güç kullanma yoluyla isteklerine hızlıca ulaşmalarına neden olur. İlkokul ve ortaokulda yaptıklarından genellikle zarar görmezler hatta zorbalık popülerliklerini arttırarak benlik saygılarında yalancı bir iyileşmeye neden olabilir. Böylece çocuklar başkalarıyla anlaşmanın sosyal olarak uygun yollarını öğrenemezler. Bu nedenle davranışlarının sonucu olan etkiler genellikle uzun vadede ortaya çıkar. Yapılan araştırmalara göre çocuk zorbalı zor bir ergenlik ve erişkinlik beklemektedir.

Zorba çocuk ve ergenler zorba olmayanlara göre depresyon ve kendine zarar verme davranışı açısından daha yüksek risk altındadırlar (Kim ve Leventhal, 2008). Zorbalarda alkol ve madde kullanımı sıklığında ve silah taşımada da artış görülebilir. Aynı zamanda zorbaların ortalama ergenlere oranla kavgaya bulaşma yaralanma ve adli ceza alma olasılıkları daha yüksektir (Tofi ve ark., 2011).

Zorba çocuklar erişkin yaşamlarında partner istismarı ve antisosyal kişilik gelişimi açısından daha yüksek risk altındadırlar (Pepler ve ark., 2008). Çocukluklarında akranlarına karşı saldırganlık sergileyenlerin erişkin dönemde kendi çocuklarına karşı ağır fiziksel cezalar kullanma ve zorba çocuklara sahip olma olasılıkları da daha fazladır (Smakowski ve Kopasz, 2005).

8.8. Koruyucu Ruh Sağlığı Açısından Akran Zorbalığı

Akran zorbalığı ağır sonuçları olan yaygın bir problem olduğundan tüm dünyada önlemeye yönelik birçok farklı program geliştirilmiştir. Okullarda akran zorbalığına başarılı bir şekilde müdahale edilebilmesi öğretmenlerin, öğrencilerin, okul idarecilerinin, ebeveynlerin, rehberlik servislerinin işbirliği ile mümkün olmaktadır (Smith ve ark., 2004). Özellikle zorba ve kurban olma riski taşıyan çocukların davranışlarının izlenmesi, erken müdahale stratejileri geliştirilmesi, zorbalığa müdahil olanların rapor edilmesi, okula uygun önleme programlarının tasarlanması için koordineli bir ekip çalışması gerekmektedir.

Okullarda zorbalık ile ilgili çalışmalar; okulda meydana gelen zorbaca davranışları önleme, mevcut zorbaca davranışları durdurma ve hem zorbaca davranışlara uğrayan hem de zorbalık yapan çocuklara karşı iyileştirmeyi kapsamalıdır. Bu konuyla ilgilenen uzmanlar müdahale aşamasına geçmeden önce zorbalığın dinamiklerini, zorbalığa etki eden faktörlerin neler olduğunu okul, aile ve sosyal çevre bağlamında araştırmalıdır. Zorbalığa neden olan arka plan hakkında bilgi sahibi olduktan sonra soruna yönelik müdahale planı (bireysel, grup veya aile odağında) ortaya konulmalıdır.

Okullarda akran zorbalığını azaltmaya yönelik uygulanan en eski yöntem zorbalık uygulayan öğrenciyi okuldan uzaklaştırarak okulda yaşanan zorbalık girişimlerini azaltmaya yönelik çalışmalardır. Ancak öğrencileri bu şekilde okuldan uzaklaştırma, onların eğitimden kopmasına neden olmanın yanında başka suç olaylarına karışmalarını kolaylaştırmaktadır (Perry ve Morris, 2014). Okullarda zorbalık karşıtı müdahalelerin temel amacı; zorbalık uygulayan öğrencilerin davranışını değiştirmek ve zorbalığa uğrayan öğrencileri zorbalıkla baş etme konusunda güçlendirmektir.

Akran zorbalığının önlenmesi için öğretmenlerin ve okul çalışanlarının zorbalığa dair farkındalıklarının yüksek olması gerekmektedir. Bununla birlikte yapılan çalışmalara göre öğretmenlerin neredeyse yarısı (% 53,6) öğrenciler arasında yaşanan zorbalık davranışları ile ilgili yeterli bilgiye sahip değildir (Shamsi, Andrades ve Ashraf, 2019). Zorbalıkla ilgili her aşamada, -önleme, baş etme ve azaltılma- öğretmenlerin etkin bir rolü vardır.

Akran zorbalığının önlenme çalışmalarının en önemli bölümü şüphesiz öğrencilere yöneliktir. Öğrencilerin iletişim becerilerini geliştirmeye, kendilerini ve hissettikleri duyguları sözlü olarak ifade edebilmelerine yönelik çalışmalar yapılmalıdır. Akran desteği alan öğrencilerin akran desteği almayan öğrencilere göre daha az zorbalık yapma eğiliminde olduğu bilinmektedir. Ayrıca bireysel olarak kendilerini göstermelerini sağlayacak veya grup içinde ön plana çıkmalarına olanak tanıyacak sanatsal, sportif veya kültürel faaliyetler düzenlenmelidir. Böylece dikkat çekmek ve toplumda yer bulabilmek için zorbaca davranışlar yapmak dışında alternatif yolların varlığı öğretilmelidir.

Ayrıca riskli grup olarak ifade edilebilen çocuklar belirlenerek zorbalığı önlemeye dair çalışma grupları oluşturulmalıdır. Mağdur olma riski yüksek olan öğrencilere kendini ifade etme becerileri edindirmeye, benlik saygısını ve kendilik değerini artırmaya ve çatışma çözmeye yönelik eğitimler verilmelidir. Zorbalık uygulamaya meyilli öğrencilere ise öfke kontrolü becerileri, problemleri şiddet kullanmadan çözmeye yaklaşımları ve olumlu iletişim becerileri geliştirme çalışmaları yapılmalıdır (Olweus, 1994).

Bununla birlikte akran zorbalığının önlenmesine dair yapılan müdahalelerin etkili olabilmesi için girişimlerin sadece zorba ve kurban değil aynı zamanda zorbalığa tanık olan öğrencilere yönelik de olması uygulamanın etkinliğini artırmak açısından önemlidir. Zorbalığa seyirci olmanın, zorbalık yapmaktan veya zorbalık kurbanı olmaktan daha yaygın olduğu tespit edilmiştir (Callaghan, Kelly ve Molho, 2019). Bu öğrencilere akran zorbalığına müdahale etmeyi olumlu etkileyebilecek bilgiler verilmesi zorbalığın önlenmesinde etkilidir.

Tablo 2. Akran zorbalığını önlemeye yönelik öneriler

Okullarda yaşanan akran zorbalığı davranışlarının önlenmesi için okuldaki tüm personel (yöneticiler, öğretmenler, psikolojik danışmanlar ve hizmetliler), aileler ve öğrencilerin de içinde bulunduğu bir ekip çalışması gereklidir.

Öncelikle zorbalık kavramının var olduğu okul yönetimi ve toplum tarafından kabul edilmeli ve zorbalığa dair farkındalık oluşturulmalıdır. Bu amaçla seminerler, eğitim programları, ders içi rehberlik etkinlikleri gibi faaliyetler yapılmalıdır.

Zorbalığa uğrayan çocuklar genellikle bu durumu diğerleriyle paylaşmaktan çekinirler. Özellikle anonim öz bildirim anketleriyle okullardaki zorbalık düzeyinin değerlendirilmesi alınacak önlemlerin çerçevesini belirlemek açısından önemlidir.

Öğretmenlerin öğrenciler ile etkili iletişim kurma becerilerine sahip olması risk altındaki grupları tanıması ve anlaması açısından önemlidir.

Zorbalar genellikle öğretmen ve yönetim tarafından fark edilmeyecek alanlarda saldırgan davranışlarını sergilerler. Bu nedenle okul çevresinin, teneffüslerde sınıfların, koridorların ve okul bahçelerinin denetiminin güçlendirilmesi zorbalığın uygulanmasını zorlaştıracaktır.
Okullarda çocukların erken dönemlerde sosyal grup aktivitelerinde bir araya getirilmesi sağlıklı sosyal ağ oluşumunu desteklemektedir. Bu tarz aktivitelerde öğrencilerin bedensel özellikleri ve sosyal yeteneklerinin farkında olarak aktif katılımlarının sağlanması önemlidir.
Zorbaca davranışlara yönelik açık, anlaşılır kurallar belirlemek sınıf içerisinde zorbalıkla mücadele etmenin etkili yollarından biridir. Sınıfının tamamının katılımıyla belirlenen kurallar herkesçe görülen bir yere asılır.
Sınıf içerisinde yüksek sesle zorbalık içerikli kitap okumak, konuyla ilgili rolplaying yapmak öğrenciye zorbalığı tanıtır ve kurban ile empati yapmasına olanak sağlar.
Zorbalığa müdahil olan öğrencilerle ve aileleriyle konuşmak, saldırganlıktan vazgeçemedikleri takdirde çok katı olmayan disiplin cezaları uygulamak zorbalık önlenemediği takdirde durdurmaya yönelik yapılması gerekenlerdendir.
Tüm bunlara rağmen düzelme sağlanamadığında sınıf ya da okul değiştirme seçeneği son çare olarak göz önünde bulundurulmalıdır.

Okullarda yaşanan akran zorbalığını önlemeye yönelik müdahale ve önleme programlarının etkililiği ile ilgili araştırmalar % 0 ile % 23 arasında değişen sonuçlar bildirilmektedir (Bradshaw, 2015). Zorbalığa dair planlanan müdahalelerin bu oranları artırabilmesi ve kanıt temelli olabilmesi için daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır. Bununla birlikte standardize bir ölçme aracı kullanarak ortak bir dilin geliştirilmesi gerekmektedir. .

Akran zorbalığına yönelik farkındalığın artmasıyla birlikte önlemeye yönelik çok sayıda müdahale stratejisi geliştirilmiş ve birçok ülkede uygulanmıştır. Zorbalığı önlemeye yönelik programlar oluşturulurken; her okulun kendine özgü problemlerinin olduğu ve kendine özgü yaklaşımlar gerektiği unutulmamalıdır. Tek bir program seçerek ülke çapında uygulamaktan kaçınılmalıdır. Dünya çapında özellikle yaygın kullanılan ve olumlu sonuçlar gösteren uygulamalar aşağıda özetlenmiştir (Smith ve ark., 2003):

- 1- Bütüncül-Okul Politikası: Okulda meydana gelen zorbalığa karşı alınacak önlemler ve uygulanacak stratejiler bütün okul üyelerinin katılımıyla yapılmalıdır.
- 2- Sınıf Ortamı Düzenleme: Okul ortamında var olan zorbalığa karşı önlemler öğrenci-öğretmen ve öğrenci-öğrenci arasındaki ilişkilerin iyileştirilmesi ve geliştirilmesine yönelik olarak yapılmalıdır.
- 3- Akran Desteği Sistemi: Zorbalıkla başa çıkmada, öğrencilerin kendilerinin çaba göstermesini sağlamayı ifade etmektedir. Bu yaklaşım sınıf içi grup çalışmaları yapmayı, mağdur olma potansiyeli daha yüksek çocuklarla destek arkadaş grubu oluşturmayı, sınıf içi ilişkileri konuşmak için zaman ayırmayı, yardımlaşma grupları oluşturmayı, zorbalık karşıtı duran öğrencilerden bir komisyon oluşturmayı kapsamaktadır.
- 4- Akran Aracılığıyla Disiplin Yöntemi: Bu yaklaşımda, zorbalığa karşı farkındalığı arttırmak amacıyla, zorbalığa karışan öğrenciler için yaptırımların ne olacağı konularına karar vermek için öğrenciler seçilir.
- 5- Okul Bahçesi Düzenlemeleri: Zorbalık davranışların çoğu yetişkinlerin göremeyeceği okul bahçesinde ya da koridorlar da gerçekleştiğinden bu alanlarda denetimin, artırılmasını önemlidir.
- 6- Eğitim Çalışmaları: Bu yaklaşım özel olarak hazırlanmış çeşitli videolardan, filmlerden, edebi eserlerden ve canlandırma tekniklerinden yararlanarak zorbalığa dair farkındalığı arttıracak ve zorbalıkla başa çıkmak için kuralların geliştirilmesine yardımcı olacak sınıf düzeyinde yapılabilecek uygulamaları içermektedir.
- 7- Zorba/Kurban ile Çalışma: Bu yaklaşım zorbalığa uğrayan öğrencilere kendine güvenmelerini öğretirken zorbalara da davranışlarının kurbanda nasıl etkiler bıraktığını görebilme becerisi kazandırmayı amaçlayan danışmanlığa dayalı bir yaklaşımdır.
- 8- Zorba-Kurban Yüzleştirme: Bu aşamada kurban ve zorba bir araya getirilerek zorbanın kurbandan özür dilemesiyle sorunun çözülmesi sağlanır.

Ülkemizde tüm okullarda uygulanan kapsayıcı bilimsel temelli zorbalık önleme programı yoktur. Milli Eğitim Bakanlığı tarafından akran zorbalığına yönelik doğrudan ya da dolaylı olarak etkisi olan program ve projeler yürütülmektedir. 2015 yılında Avrupa Birliği projesi olarak okullarda şiddetin azaltılmasına yönelik ‘Çocuğa Yönelik Şiddetin Önlenmesi Teknik Destek Projesi Model Okul Uygulaması’ geliştirilmiştir. Proje kapsamında uygulanmak üzere çeşitli stratejiler belirlenmiştir (Milli Eğitim Bakanlığı, Şiddetin Önlenmesi Projesi). Bakanlık tarafından yapılan bir diğer çalışma olan “E-Rehberlik” projesi de okullarda kapsamlı rehberlik uygulamalarına dayanmaktadır (E-Rehberlik Uygulaması, Milli Eğitim Bakanlığı). Yapılan araştırmalar zorbalığı önleme konusunda programlar geliştirilmesi gerektiğine dikkat çekmektedir.

Bölüm Özeti

Akran zorbalığı özellikle okul çağında görülmeye başlanan ve negatif etkileri son derece yüksek olan bir sosyal problemdir. Zorbalığa herhangi bir şekilde dahil olma oranı farklılıklar göstermekle birlikte öğrencilerin yaklaşık %15-20'sinin zorba davranışlardan etkilendiği belirtilmektedir. Zorbalık kendini korumakta güçlük yaşayan birine karşı bir veya daha fazla kişi tarafından yapılan kasıtlı, tekrarlayıcı, rahatsız edici, zarar verici olumsuz davranışlar olarak tanımlanmıştır. Akran zorbalığı saldırganlığın açıktan gerçekleştiği fiziksel ve sözel saldırganlık şeklinde ya da zorbalık kurbanın zorbanın kimliğinden habersiz olabildiği ilişkisel ya da sosyal saldırı şeklinde olabilir. Modern toplumlarında görülen bir diğer akran zorbalığı tipi sosyal paylaşım siteleri gibi bilgi ve iletişim teknolojileri kullanımı aracılığıyla gerçekleştirilen siber zorbalıktır. Birçok bireysel, ailesel ve sosyokültürel etmen, çocuk ve ergenlerin akran zorbalığında zorba ya da kurban rolünü almasına etki edebilir. Zorbalık genellikle popüler olma, kendini kabul ettirme gibi motivasyonlarla, sorun çözme ve empati kurma gibi becerilerden yoksun olan çocuklar tarafından uygulanır. Zorbalığa maruz kalmak bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan sağlığında bozulmalara neden olur. Zorba olmak ya da zorbalığa maruz kalmak bir yana, sadece bu olaylara tanık olmak bile uzun süreli olumsuz etkilere neden olabilir. Bu nedenle de zorbalık erken fark edilmesi gereken, koruyucu stratejiler ile önlem alınması gereken önemli bir toplumsal sorundur.

Kaynakça

- Batsche, G. M., & Knoff, H. M. (1994). Bullies and their victims: Understanding a pervasive problem in the schools. *School psychology review*, 23(2), 165-174.
- Besag, V. E. (2006). Bullying among girls: friends or foes?. *School psychology international*, 27(5), 535-551.
- Boel-Studt, S., & Renner, L. M. (2013). Individual and familial risk and protective correlates of physical and psychological peer victimization. *Child abuse & neglect*, 37(12), 1163-1174.
- Bradshaw, C. P. (2015). Translating research to practice in bullying prevention. *American Psychologist*, 70(4), 322.
- Callaghan, M., Kelly, C., & Molcho, M. (2019). Bullying and bystander behaviour and health outcomes among adolescents in Ireland. *J Epidemiol Community Health*, 73(5), 416-421.
- Charach, A. (1995). Bullying at school: A Canadian perspective. *Education Canada*, 35(1), 12-18.
- Cluver, L., Bowes, L., & Gardner, F. (2010). Risk and protective factors for bullying victimization among AIDS-affected and vulnerable children in South Africa. *Child abuse & neglect*, 34(10), 793-803.
- Cook, C. R., Williams, K. R., Guerra, N. G., Kim, T. E., & Sadek, S. (2010). Predictors of bullying and victimization in childhood and adolescence: A meta-analytic investigation. *School psychology quarterly*, 25(2), 65.
- Dake, J. A., Price, J. H., & Telljohann, S. K. (2003). The nature and extent of bullying at school. *Journal of school health*, 73(5), 173-180.
- Due, P., Merlo, J., Harel-Fisch, Y., Damsgaard, M. T., soc, M. S., Holstein, B. E., ... & de Matos, M. G. (2009). Socioeconomic inequality in exposure to bullying during adolescence: a comparative, cross-sectional, multilevel study in 35 countries. *American journal of public health*, 99(5), 907-914.
- E-Rehberlik Uygulaması, Milli Eğitim Bakanlığı. http://orgm.meb.gov.tr/meb_iys_dosyalar/2019_06/13151604_EREBERLYK_KILAVUZ_11.06.2019.pdf. 12 Mayıs 2019.
- Espelage, D. L., & Swearer, S. M. (2003). Research on school bullying and victimization: What have we learned and where do we go from here?. *School psychology review*, 32(3), 365-383.
- Gladden, R. M. (2014). Bullying Surveillance among Youths: Uniform Definitions for Public Health and Recommended Data Elements. Version 1.0. Centers for Disease Control and Prevention.
- Harel-Fisch, Y., Walsh, S. D., Fogel-Grinvald, H., Amitai, G., Pickett, W., Molcho, M., ... & Craig, W. (2011). Negative school perceptions and involvement in school bullying: A universal relationship across 40 countries. *Journal of adolescence*, 34(4), 639-652.
- Hunt, C., & Kljakovic, M. (2016). A meta-analysis of predictors of bullying and victimisation in adolescence.
- Juvonen, J., & Graham, S. (2014). Bullying in schools: The power of bullies and the plight of victims. *Annual review of psychology*, 65, 159-185.
- Kim, Y. S., & Leventhal, B. (2008). Bullying and suicide. A review. *International journal of adolescent medicine and health*, 20(2), 133.
- Kiriakidis, S. P., & Kavoura, A. (2010). Cyberbullying: A review of the literature on harassment through the internet and other electronic means. *Family & community health*, 33(2), 82-93.
- Lam, S. F., Law, W., Chan, C. K., Wong, B. P., & Zhang, X. (2015). A latent class growth analysis of school bullying and its social context: The self-determination theory perspective. *School psychology quarterly*, 30(1), 75.
- Lamb, J., Pepler, D. J., & Craig, W. (2009). Approach to bullying and victimization. *Canadian Family Physician*, 55(4), 356-360.
- Milli Eğitim Bakanlığı, Şiddetin Önlenmesi Projesi. http://siddetinonlenmesi.meb.gov.tr/meb_iys_dosyalar/2015_09/17122424_2.1.5.7_model_okul_uygulamasi_etki_analizi_ve_degerlendirme_raporu.pdf. 10 Mayıs 2019.
- Molcho, M., Craig, W., Due, P., Pickett, W., Harel-Fisch, Y., & Overpeck, M. (2009). Cross-national time trends in bullying behaviour 1994-2006: findings from Europe and North America. *International journal of public health*, 54(2), 225-234.

- Nocentini, A., Fiorentini, G., Di Paola, L., & Menesini, E. (2019). Parents, family characteristics and bullying behavior: A systematic review. *Aggression and violent behavior*, 45, 41-50.
- Olweus, D. (1993). Victimization by peers: Antecedents and long-term outcomes. Teoksessa Rubin, K. & Asendorpf, J.(toim.) *Social withdrawal, inhibition and shyness in childhood*.
- Olweus, D. (2003). A profile of bullying at school. *Educational leadership*, 60(6), 12-17.
- Olweus, D. (2013). School bullying: Development and some important challenges. *Annual review of clinical psychology*, 9, 751-780.
- Pepler, D., Jiang, D., Craig, W., & Connolly, J. (2008). Developmental trajectories of bullying and associated factors. *Child development*, 79(2), 325-338.
- Perry, B. L., & Morris, E. W. (2014). Suspending progress: Collateral consequences of exclusionary punishment in public schools. *American Sociological Review*, 79(6), 1067-1087.
- Piskin, M. (2010). Examination of peer bullying among primary and middle school children in Ankara, Turkey. *Egitim ve Bilim*, 35(156), 175.
- Pontzer, D. (2010). A theoretical test of bullying behavior: Parenting, personality, and the bully/victim relationship. *Journal of Family Violence*, 25(3), 259-273.
- Rothson, C., Head, J., Klineberg, E., & Stansfeld, S. (2011). Can social support protect bullied adolescents from adverse outcomes? A prospective study on the effects of bullying on the educational achievement and mental health of adolescents at secondary schools in East London. *Journal of adolescence*, 34(3), 579-588.
- Salmivalli, C., Lagerspetz, K., Björkqvist, K., Österman, K., & Kaukiainen, A. (1996). Bullying as a group process: Participant roles and their relations to social status within the group. *Aggressive Behavior: Official Journal of the International Society for Research on Aggression*, 22(1), 1-15.
- Salmon, G., & West, A. (2000). Physical and mental health issues related to bullying in schools. *Current Opinion in Psychiatry*, 13(4), 375-380.
- Schwartz, D., Dodge, K. A., Coie, J. D., Hubbard, J. A., Cillessen, A. H., Lemerise, E. A., & Bateman, H. (1998). Social-cognitive and behavioral correlates of aggression and victimization in boys' play groups. *Journal of abnormal child psychology*, 26(6), 431-440.
- Shamsi, N. I., Andrades, M., & Ashraf, H. (2019). Bullying in school children: How much do teachers know?. *Journal of family medicine and primary care*, 8(7), 2395.
- Smith, P. K. (2014). *Understanding school bullying: Its nature and prevention strategies*. Sage.
- Smith, P. K., Catalano, R., JUNGES-TAS, J. J., SLEE, P. P., MORITA, Y., & OLWEUS, D. (Eds.). (1999). *The nature of school bullying: A cross-national perspective*. Psychology Press.
- Smith, P. K., Ananiadou, K., & Cowie, H. (2003). Interventions to reduce school bullying. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 48(9), 591-599.
- Smokowski, P. R., & Kopasz, K. H. (2005). Bullying in school: An overview of types, effects, family characteristics, and intervention strategies. *Children & Schools*, 27(2), 101-110.
- Spivak, H., & Prothrow-Stith, D. (2001). The need to address bullying—an important component of violence prevention. *JAMA*, 285(16), 2131-2132.
- Stapinski, L. A., Bowes, L., Wolke, D., Pearson, R. M., Mahedy, L., Button, K. S., ... & Araya, R. (2014). Peer victimization during adolescence and risk for anxiety disorders in adulthood: a prospective cohort study. *Depression and anxiety*, 31(7), 574-582.
- Tokunaga, R. S. (2010). Following you home from school: A critical review and synthesis of research on cyberbullying victimization. *Computers in human behavior*, 26(3), 277-287.
- Ttofi, M. M., Farrington, D. P., Lösel, F., & Loeber, R. (2011). The predictive efficiency of school bullying versus later offending: A systematic/meta-analytic review of longitudinal studies. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 21(2), 80-89.
- Undheim, A. M., & Sund, A. M. (2010). Prevalence of bullying and aggressive behavior and their relationship to mental health problems among 12-to 15-year-old Norwegian adolescents. *European child & adolescent psychiatry*, 19(11), 803-811.
- Van Geel, M., Vedder, P., & Taniol, J. (2014). Are overweight and obese youths more often bullied by their peers? A meta-analysis on the relation between weight status and bullying. *International Journal of Obesity*, 38(10), 1263-1267.
- Williams, K. R., & Guerra, N. G. (2007). Prevalence and predictors of internet bullying. *Journal of adolescent health*, 41(6), S14-S21.
- Wolke, D., & Lereya, S. T. (2015). Long-term effects of bullying. *Archives of disease in childhood*, 100(9), 879-885.

Ünite Soruları

1. Aşağıdaki saldırgan davranışlardan hangisi zorbalık olarak tanımlanabilir?

- A) Bir öğrencinin, bilişsel zorluğu olan başka bir öğrenciye kasıtlı olmadan zarar vermesi
- B) Bir öğrencinin, aralarında güç dengesizliği olmayan başka bir öğrenciye tekme atması
- C) Bir öğrencinin, kendisinden fiziksel olarak daha güçsüz bir öğrenciye lakap takması
- D) Bir öğrencinin, kendisinden yaşça küçük başka bir öğrenci ile bir kereye mahsus dalga geçmesi
- E) Bir öğrencinin, aralarında güç dengesizliği bulunmayan bir öğrenciyi tehdit etmesi

2. Akran zorbalığı ile ilgili aşağıdaki bilgilerden hangisi doğru değildir?

- A) Aralarında fiziksel olarak ya da psikolojik olarak güç eşitsizliği olan bireylerden güçlü olanın güçsüz olana uyguladığı saldırgan eylemlerdir.
- B) Zorbanın amacı kurbanda korku veya endişe yaratmak ve/veya kurbanı kontrol altına almaktır.
- C) Akran zorbalığının görülme sıklığı gelişimsel dönemlere göre değişkenlik gösterir.
- D) Akran zorbalığının olumsuz etkileri sadece zorba ve kurban üzerinde görülür.
- E) Zorbalık genellikle otorite figürlerinin bulunmadığı okul bahçelerinde, koridorlarda ya da okul çevresinde gerçekleşir.

3. Zorbalarla ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- A) Genellikle akran gruplarında popülerdirler ve liderlik özellikleri gösterirler.
- B) Zorbalık yapan özellikle erkek çocuksa genellikle fiziksel olarak daha güçlüdür.
- C) Zorbaların sorun çözme becerileri kısıtlıdır ve engellenmeye karşı toleransları düşüktür.
- D) Otokontrolleri zayıftır, genellikle yıkıcı, öfkeli ve tepkisel davranışları sergilerler.
- E) Zorba olmayanlara göre daha yoğun kaygı yaşarlar ve özsaygıları düşüktür.

4. Akran zorbalığının sonuçları ile ilgili olarak hangisi söylenemez?

A) Akran zorbalığı sadece zorba ve kurban üzerinde değil, zorbalığa yardım eden, tanık olan ya da medya aracılığıyla öğrenenler üzerinde de ciddi olumsuz etkiler bırakır.

B) Zorbalık davranışının sıklığı, birden fazla zorba tarafından uygulanıyor olması ve maruz kalınan zorbalık çeşidinin fazlalığı sonuçların ağırlaşmasına neden olur.

C) Zorbalığa maruz kalan çocuklarda içe yönelim sorunlarının yanı sıra dışa vurum sorunlarının sıklığında da artış görülür.

D) Zorbalığın birey üzerindeki etkileri sadece zorbalığa uğranılan dönem ile sınırlı kalır.

E) Zorbaların ortalama ergenlere oranla kavgaya bulaşma yaralanma ve adli ceza alma olasılıkları daha yüksektir.

5. Akran zorbalığı ile ilgili aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

A) Zorbalığa maruz kalma yaygınlığı bakımından kızlar ve erkekler arasında çok belirgin istatistiksel farklılıklar vardır.

B) Akran zorbalığına maruz kalma sıklığı orta çocukluktan itibaren azalmaya başlarken, zorbalık uygulama sıklığı ergenliğin ilk dönemlerinde pik yapar.

C) Siber zorbalığa maruz kalma ve uygulama bakımında cinsiyet farklılığı belirgin değildir.

D) Erkek çocuklar daha çok fiziksel zorbalığın, kızlar ise ilişkisel zorbalığın daha çok uygulayıcısı ve kurbanı olma eğilimindedir.

E) Ortaokul yıllarında fiziksel zorbalık, lise döneminde ise ilişkisel zorbalığa daha sık rastlanır.

6. Bir okulda koruyucu ruh sağlığı kapsamında akran zorbalığı mağduru olma riski olan öğrenciler belirlenecek ve onlarla çalışmalar yapılacaktır. Aşağıdakilerden seçeneklerden hangisi diğerlerine göre zorbalığa uğramak bakımından daha düşük risk altındadır?

A) 8 yaşında obez erkek öğrenci

B) 9 yaşında bilişsel gelişiminde gerilik olan kız öğrenci

C) 10 yaşında özsaygısı yüksek kız öğrenci

D) 10 yaşında cinsel kimlik karmaşası yaşayan kız öğrenci

E) 9 yaşında geçmişte zorbalığa uğramış erkek öğrenci

7. Akran zorbalığının mağdur üzerinde meydana gelen etkileri ile ilgili aşağıdakilerden hangisi doğru değildir?

A) Akran mağduriyeti ile düşük benlik saygısı arasındaki çift yönlü bir ilişki vardır.

B) Zorbalığa maruz kalan çocuklarda içe yönelim sorunlarının dışa vurum sorunlarının sıklığında da artış görülür.

- C) Erişkin yaşamda alkol ve madde bağımlılığı çocukken zorbalığa maruz kalma ile ilişkilendirilmiştir.
- D) Zorbalık mağdurlarının erişkin yaşamda çocuklarına aşırı müdahale etmeleri, çocuklarının zorbalığı maruz kalmasını engeller.
- E) Zorbalık mağdurlarında erişkin yaşamlarında anksiyete ve depresyon ortaya çıkma ihtimali artmıştır.

8. Akran zorbalığının zorba üzerindeki etkileri ile ilgili aşağıdakilerden hangisi doğru değildir?

- A) Zorbalar ilköğretim ve ortaokul yıllarında yaptıklarının sonuçlarından genellikle etkilenmezler.
- B) Zorba çocuk ve ergenler kendine zarar verme davranışı açısından yüksek risk altındadırlar
- C) Zorbalarda alkol ve madde kullanımı sıklığında ve silah taşımada da artış görülebilir.
- D) Zorbaların erişkin yaşamlarında antisosyal kişilik gelişimi açısından yüksek risk altındadırlar.
- E) Zorbalara karşı uygulanacak katı disiplin uygulamaları ve otoriter aile tutumları çocukların zorbalık eğilimlerini azaltır.

9. I.Saldırganlık zarar verme amacı taşıyan herhangi bir davranış şeklidir.

II.Zorbalık güç dengesizliği bulunan bireyler arasında oluşan saldırgan davranışlardır.

III.Güçleri birbirine denk kişiler arasında ortaya çıkan kavgalar da şiddet eylemi olarak nitelendirilir.

9)Akran zorbalığı ile ilgili yukarıdakilerden hangileri doğrudur?

- A) Yalnız II
- B) Yalnız III
- C) I ve II
- D) II ve III
- E) I, II, III

10. I.Çoğu özellikleri kurbanların sosyal davranış kalıplarıyla benzerlik gösterir.

II.Genellikle sosyal ilişki kurma becerileri zayıftır.

III.Kendilerini zorbalık yaparak etkin kılmaya çalışırlar.

IV.Sıklıkla reaktif saldırganlık davranışları gösterirler.

10)Hem zorba söz ve eylemlerde bulunan, hem de zorbalık rolüne maruz kalan kişilere zorba kurban denir. Zorba kurbanlarla ilgili yukarıdakilerden hangileri doğrudur?

- A) I ve II
- B) I ve III

C) I, II ve III

D) II ,III ve IV

E) I, II, III, IV

CEVAP ANAHTARI

1. c 2. d 3. e 4. d 5. a 6. c 7. d 8. e 9. e 10. d

9. OKUL KORUYUCU RUH SAĞLIĞI

Giriş

Önceki bölümlerde koruyucu ruh sağlığı ve dayanıklılığın tanımı, önemi ve farklı gelişimsel dönemlerdeki risk faktörlerinden ve koruyucu önlemlerden, son olarak da koruyucu ruh sağlığı açısından akran zorbalığından bahsedilmiştir. Bu bölümdeyse çocukların hayatında çok önemli bir yeri olan okuldan ve okul ruh sağlığından bahsedilecektir.

Okul, kelime anlamı olarak eğitim ve öğretimin birlikte yapıldığı yer anlamında kullanılmaktadır (TDK, 2020). Okullar, çocuk ve ergenler için bilişsel ve bedensel yeteneklerinin gelişimine katkı sağlayan aynı zamanda toplumsal normlara uygun davranışlar geliştirmelerine yardımcı olan ortamlardır. Okul, çocuk ve ergenlerin duygusal ve davranışsal zorluklarla baş edebilmesi ve bunun için uygun beceriler geliştirmesi açısından en uygun ortamlardan birisidir (Esin ve Dursun, 2014).

Çocuk ve ergenlerde, gün geçtikçe artan psikososyal sorunlar önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. Dünya genelinde okul çağındaki çocuk ve ergenlerde zorbalık, yüksek riskli davranışlar (madde kullanımı, silah taşıma, erken cinsellik), intihar gibi olumsuz davranışların sıklığı giderek artmaktadır. Birinci basamak sağlık merkezlerinde psikososyal sorunlar yaşayan pediatrik hasta oranı son 20 yıl içerisinde Amerika'da %7'den %19'a yükselmiştir (US Public Health Service, 2000). Ülkemizde yapılmış bir epidemiyoloji çalışmasında (2019) çocukların %17'sinin müdahale ihtiyacı olan ve işlevselliğini bozan bir psikiyatrik bozukluğa sahip oldukları saptanmıştır (Ercan ve ark., 2019). Tedavi edilmemiş psikiyatrik bozukluklar yüksek oranda okul bırakma, suç işleme, işsizlik, madde kullanımı ve aile işlevlerinde bozulma gibi önemli psikososyal problemlere yol açmaktadır.

9.1. Okul Ruh Sağlığı

Okul ruh sağlığı kavramı, ruh sağlığının geliştirilmesi, korunması ve ruh sağlığında bozulmalar olduğu takdirde müdahalede bulunulması ile ilgili okul hizmetlerinin tamamını kapsamaktadır (Franklin ve ark., 2012). Okul ruh sağlığı hizmetlerini iki ayaklı bir kavram olarak da düşünebiliriz. Bu hizmetin ilk ayağı öğrencilerin mevcut ruh sağlığı ihtiyaçlarının karşılanması ile ilgili hizmetlerdir (Örneğin: otizm veya dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı olan bir çocuğa yönelik okul danışmanlığı ve müdahalesi). İkinci ayağı ise ruhsal iyilik hallerinin korunması ile ilgili hizmetlerdir. Okul ruh sağlığı hizmetleri içerisinde koruyucu ruh sağlığı müdahaleleri büyük bir öneme sahiptir ve koruyucu hizmetler okul ruh sağlığının her iki ayağı için de çok önemlidir (Kora ve Yazgan, 2007). Çocukluk çağı psikiyatrik bozukluklarının sık görülmesi, neredeyse her beş çocuktan birini etkilemesi nedeniyle okul koruyucu ruh sağlığı müdahaleleri büyük bir öneme sahiptir (Dursun ve ark., 2019). Koruyucu okul ruh sağlığı müdahaleleri, psikiyatrik bozuklukların önlenmesi konusunda üç farklı boyutta katkı sağlamaktadır:

1. Koruyucu ruh sağlığı müdahaleleri ile psikiyatrik bozuklukların görülme sıklığı azalmaktadır (Cuijpers ve ark., 2008)
2. Bu müdahaleler, psikiyatrik bozuklukların görülme yaşının gecikmesine büyük katkı sağlamaktadır (Bienvenu ve Ginsburg, 2007).
3. Psikiyatrik bozukluk ortaya çıktığında, koruyucu okul ruh sağlığı müdahalesinde bulunulmuş çocuk ve ergenlerde herhangi bir müdahalede bulunulmamış çocuk ve ergenlere göre ruhsal sorunlar daha hafif seyretmektedir (Donovan ve Spence, 2000).

Koruyucu ruh sağlığı açısından okul ortamının kullanılması bazı önemli kolaylıklar sağlar. Bunlardan birincisi, okulun çocuk, ergen ve ailelere daha kolay ulaşılabilir bir ortam sağlamasıdır. İkinci olarak, bir ruh sağlığı merkezinin açılması yerine okul sistemi içinde bir koruyucu ruh sağlığı programı uygulaması ile sağlıkla ilgili maliyetler çok ciddi anlamda düşürülebilir. Üçüncüsü, tedavi ve rehabilitasyon yerine daha doğal bir ortamda gelişmiş önleyici hizmetler sunması okul koruyucu ruh sağlığı uygulamalarının avantajlarından. Son olarak okul ortamı psikiyatrik bozuklukla ilgili belirtilerin daha uzun süre izlenmesi ve daha doğru bir şekilde bilgi kaynağına ulaşılmasını sağlar (Nabors ve Reynolds, 2000; Weist ve ark., 1999).

Koruyucu ruh sağlığı programları evrensel ve hedef grup olmak üzere iki başlık altında incelenir. Evrensel koruyucu programlarda herhangi bir seçim yapmaksızın belirli bir bölgedeki tüm çocuk veya ergenler programa dâhil edilir. Hedef grup için koruyucu programlarda ise belirlenmiş bir toplulukta riskli grup belirlenerek bu grup için koruyucu programlar uygulanır. Grup belirlenirken risk faktörleri ele alınır (Kora ve Yazgan, 2007). Örnek verecek olursak içe atım bozuklukları (depresyon ve anksiyete bozuklukları) için en önemli risk faktörü ebeveynlerden birinde depresyon veya anksiyete bozukluğu tanısının olmasıdır. Ebeveynlerinden birinde depresyon veya anksiyete bozukluğu olan bir öğrenci grubu seçilerek bu gruba depresyon veya anksiyete bozukluklarına yönelik bir koruyucu ruh sağlığı programı (örn: FRIENDS programı) uygulanabilir. Sigara kullanımı için en önemli risk faktörlerinden biri depresif duygudurumu olan ergenlerdir. Depresif belirtileri olan ergenler belirlenip bunlara yönelik bir koruyucu ruh sağlığı programı hazırlanabilir. Evrensel koruyucu programların etkinliği birçok çalışmada hafif ve orta olarak değerlendirilirken

hedef grup için koruyucu programlar birçok çalışmada daha etkili bulunmuştur. Ancak burada unutulmaması gereken önemli bir nokta evrensel koruyucu programlar küçük bir etkinliğe sahip olsa dahi çocuk ve ergenlerde büyük bir fayda sağlamaktadır (Werner-Seidler ve ark., 2017). Koruyucu ruh sağlığı programları içerisinde özellikle evrensel programların mı yoksa seçilmiş gruplarla yapılan programların mı avantajlı olduğu konusu halen tartışılmaktadır. Ancak bu programların her birinin farklı özel durumlarda kendilerine göre avantajları ve dezavantajları olabilir. Genel olarak karşılaştığımızda:

- Evrensel programlarda seçilmiş bir grup olmadığı için tarama ihtiyacı ortadan kalkmış olmaktadır.
- Evrensel programlarda örneklem seçimi olmadığı için damgalama en aza indirgenmiş olmaktadır.
- Evrensel programlar henüz risk altında olmayan ancak gelecekte belirti geliştirebilecek gençlere müdahale imkânı sağlayabilir.
- Hedef grup için koruyucu programlar evrensel programlara göre daha küçük gruplarda uygulanmaktadır. Bu durum programın maliyetini çoğu zaman düşürebilmektedir (Horowitz ve ark., 2007).

Yukarıdaki maddeler göz önünde bulundurulduğunda evrensel programların hedef grup için olan programlara göre koruyucu ruh sağlığı açısından daha avantajlı olduğu düşünülebilir. İyi bir koruyucu ruh sağlığı programı içerisinde birçok farklı özelliği barındırmalıdır (Macklem, 2014). Bu özellikler:

1. Bütüncül olmalı; okul, aile, sokak gibi birçok ortamı içermelidir.
2. Pratik uygulamalar ve karşılıklı etkileşimler içermeli (grup tartışması, rol oynama gibi); sadece bilgi sunmamalı.
3. Bir farklılık oluşturabilmesi için yeterli doz ve süreye sahip olmalı.
4. Sorunların tekrar ortaya çıkma ihtimaline karşı destek seansları içermeli.
5. Risk ve koruyucu faktörler göz önünde bulundurularak hazırlanmış olmalı.
6. Risk faktörlerini değiştirmek için stratejiler sunmalı.
7. Kritik gelişim dönemlerine, özellikle okul geçişlerine göre hazırlanmış olmalı.
8. Coğrafi bölgenin kültür ve yaşam tarzına uygun olmalı.
9. Etkili programlar değerlendirilebilir ve geliştirilebilir olmalı.
10. Davranış kalıpları oluşmadan erken yaşta uygulanabilir olmalı.

Bir koruyucu ruh sağlığı programı ne kadar çok çalışmayla etkin olduğu gösterilse de birçok farklı değişkene bağlı olarak uygulandığı için herhangi bir grupta etkili olmayabilir. Etkili bir koruyucu ruh sağlığı programı bile aşağıdaki sebeplere bağlı olarak etkili olmayabilir:

1. Uygulayıcıların programa sadık bir şekilde yönergeleri uygulamaması
2. Okul ortamı ile ilgili farklılıklar
3. Öğrencilerin yaşadığı toplumun kültürel özellikleri (Flay, 2007).

9.2. Türkiye’de Okul Koruyucu Ruh Sağlığıyla İlgili Mevcut Durum, İhtiyaçlar ve Sorunlar

Gelişmiş birçok ülke okul koruyucu ruh sağlığı programları oluşturmakta ve uygulamaktadır. Okul koruyucu ruh sağlığı ile ilgili uygulamalar bilimsel yazında da çok erken başlamış olmasına rağmen ülkemizde bu konuyla ilgili henüz yeterli adımlar atılamamıştır. Okul koruyucu ruh sağlığı hizmetleri ile ilgili eksikliklerin ortaya çıkmasında etkili olan faktörler şunlardır:

1. Kanıta dayalı evrensel koruyucu ruh sağlığı programlarının sosyokültürel yapımıza uygun bir şekilde uyarlanması veya sosyokültürel yapımıza uygun koruyucu ruh sağlığı programların geliştirilmesi ile ilgili çalışmaların yeterli sayıda olmaması.
2. Bu programları uygulayacak yetkinliğe sahip uzmanların bulunmaması ve bunların eğitim sistemiyle bütünleşik (entegre) hale gelmesiyle ilgili bürokratik süreçler ve engellerin olması. Yetkin sağlık profesyonelleri ile ilgili kısıtlılık dünyadaki hemen tüm ülkelerde yaşanmaktadır.
3. Ülkemizde özellikle kalabalık sınıflar ve/ya yoğun müfredat nedeniyle öğretmenler çocukların ruh sağlığı ile ilgili ihtiyaçlarını ne yazık ki tam olarak fark edememektedirler. Fark etseler dahi çocuğun ruhsal ihtiyaçları ile ilgili sorumluluğun daha çok ailede olduğunu, kendilerinin öncelikli görevlerinin eğitim-öğretim olduğunu düşünmektedirler. Öğretmenlerin lisans eğitimleri sırasında çocukların ruh sağlığı sorunları ile ilgili yeterli eğitim al(a)mıyor olmaları ve disiplinler arası yaklaşımdaki zorluklar bu durumun önemli sebepleri olarak söylenebilir.
4. Okul koruyucu ruh sağlığı uygulamalarını uygulayacak olan sağlık ekibinin görevlerinin tam olarak bilinmemesi ve bu konu ile ilgili okullardaki uygulamalarda belirgin farklılıklar göstermesi de standart bir programın uygulanmasını zorlaştırmaktadır.

5. Son olarak her ne kadar son yıllarda çocuk ruh sağlığı ile ilgili bazı önemli ulusal epidemiyoloji çalışmaları yayınlanmış olsa da, ruh sağlığı sorunları ile ilgili koruyucu faktörler ve risk faktörlerini belirlemeye yönelik henüz yeterli sayıda çalışma ülkemiz için bulunmamaktadır (Kuğu, 2011; Çokamay ve ark., 2017).

Milli Eğitim Bakanlığı ortaöğretim ödül ve disiplin mevzuatına göre sorunlu davranışları olan çocuk ve ergenlerin bir ruh sağlığı merkezine yönlendirilmesi gerekmektedir. Ancak pratikte bunun uygulanmasında sıkıntılar yaşanmaktadır. Esin ve arkadaşlarının yaptıkları kesitsel bir çalışmada disiplin cezası alan çocuk ve ergenlerin %80'inde bu davranışla ilişkili olabilecek bir ruhsal bozukluk bulunduğu saptanmıştır. Ancak bu olguların neredeyse tamamı tedavi için sağlık kuruluşlarına yönlendirilmemiştir. Ruh sağlığı sorunları yaşayan çocuk ve ergenlerin %60-75'nin tedavi görmediği veya bir ruh sağlığı merkezine yönlendirilmediği tahmin edilmektedir. Yönlendirmede ortaya çıkan bu sorun yaşanan ruhsal sorunun türü ile de ilişkilidir. Çevreye zarar verme riski yüksek olan dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, karşı olma karşı gelme bozukluğu ve davranım bozukluğu gibi dışa-vurum bozuklukları nispeten daha sık çocuk ruh sağlığı merkezlerine yönlendirilirken depresif bozukluk, sosyal anksiyete bozukluğu gibi içe atım bozuklukları daha az ruh sağlığı uzmanlarına yönlendirilmektedir (Esin ve Dursun, 2014).

Ülkemizde ruh sağlığı açısından koruyucu, geliştirici ve iyileştirici hizmetler verilmesi için okullarda 'Okul Rehberlik Hizmetleri Komisyonu, Psikososyal Koruma-Önleme ve Krize Müdahale Ekibi' uygulaması söz konusudur. Bu kurul, rehberlik hizmetlerinin yürütülmesi sırasında hizmetlere ilişkin çalışmaları ve ortaya çıkan sorunları inceler, değerlendirir ve bunların çözümüne yönelik önlemleri belirler (T.C. Resmi Gazete, 2017). Sene başında, yıl içinde uygulanmak/çalışılmak üzere çoğunlukla koruyucu olan 'genel-yerel-özel hedefler' belirlenir. Genel hedefler, MEB tarafından, her eğitim-öğretim yılı için rehberlik hizmetlerine ilişkin öncelikli ihtiyaçlar doğrultusunda belirlenen ve eğitim kurumlarının rehberlik programında yer vermekle yükümlü olduğu çalışmalardır. Her eğitim öğretim yılı için iki genel hedef belirlenir (örneğin: bağımlılıkla mücadele, ihmal-istismar, olumlu davranış geliştirme vb.). Rehberlik hizmetleri il danışma komisyonları da her eğitim öğretim yılı için Bakanlığın belirlediği hedeflerden farklı iki yerel hedef belirler. Yerel hedefler rehberlik ihtiyaç analizlerine göre belirlenen ve eğitim kurumlarının rehberlik programında yer vermekle yükümlü olduğu çalışmalardır (örneğin şiddet önleme, zorbalık vb.). Eğitim kurumları, her eğitim öğretim yılı için Bakanlığın belirlediği genel ve il danışma komisyonlarının belirlediği yerel hedeflerden farklı iki özel hedef belirler. Özel hedefler, rehberlik ihtiyaç analizi doğrultusunda öğrencilerin öncelikli rehberlik ihtiyacı olarak belirlenen ve eğitim kurumlarının rehberlik programında yer vermekle yükümlü olduğu çalışmalardır (Toroman, 2018). Böylelikle sene boyunca birçok konu ile öğrenciler, öğretmenler ve aileler ile çalışılmış olunur. Rehber öğretmeni olmayan okullarda bu çalışmalara Rehberlik ve Araştırma Merkezi'nde bulunan rehber öğretmenler destek olur.

Öğrenciyi tanıyabilmek için sene başında ve/veya içinde bazı formlar kullanılır (örneğin, yaşam penceresi, bana kendini anlat, öğrenci bilgi formu, kime göre ben neyim, kimdir bu, devamsızlık nedenleri anketi vb.). Bu formlar incelenir ve birey-sınıf-okul risk haritası oluşturulur. Bu haritaya göre birey-sınıf-okul bazında çalışmalar yürütülür. (örneğin, Yaşam Penceresi isimli formda 'hoşlanmadığım davranışlara zorlanıyorum' maddesini işaretleyen öğrenciyi yakından tanımak zaruri haller taşıyabilir. Bu formlar öğrenci hakkında birçok bilgiye ulaşılmasını ve problemlere müdahale edilmesini kolaylaştırır.

Verilen eğitimler genellikle sunum, seminer usulüyle sınıf gözlenecek, öğrencilerin konu ile ilgili soruları cevaplandırılacak şekilde organize edilir. Genellikle bu eğitimlerle sınıf dinamiğine hâkim olan rehber öğretmen, bireysel görüşmelere devam etmek üzere öğrencileri bireysel ya da grup olarak rehberlik servisine davet eder ya da öğrenciler kendi talepleri ile rehberlik servisine başvurur. Bu öğrencilerle bireysel ve/veya grupla psikolojik danışma süreci yürütülür. Aynı şekilde gerekli görüldüğünde ya da talep olduğunda aile ile de psikolojik danışma süreci yürütülür.

Bu çalışmalar yürütülürken gerekli durumlarda Rehberlik ve Araştırma Merkezi'ne (örneğin öğrencinin bilişsel/egitsel incelenmesi, psikolojik danışma vb. amacıyla), çocuk ve ergen ruh sağlığı uzmanına/sağlık kuruluşuna yönlendirme formu ile (örneğin DEHB, ÖÖB vb.) yönlendirme yapılır. İhmal-istismarın şüphesi yahut varlığı durumunda ise kolluk kuvvetlerine, ALO 183'e bildirim yapılır.

9.3. Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları İçin Koruyucu Ruh Sağlığı Uygulamaları

Dünya Sağlık Örgütü, depresyon ve anksiyete bozukluklarının en yaygın görülen psikiyatrik bozukluklar olduğuna dikkat çekmiştir. 18 yaşına kadar gençlerin % 20'si en az bir kez depresif bozukluk veya anksiyete bozukluğu tanısını alabilir (Merry ve ark., 2012). Çocuklardaki psikiyatrik bozukluklar içe atım veya dışa-vurum bozuklukları olarak iki şekilde sınıflandırılabilir. Depresif ve anksiyete bozuklukları içe atım bozuklukları kategorisindedir. Koruyucu müdahaleler yapılmadığı veya tedavi edilmediği takdirde depresif ve/ya anksiyete bozuklukları çocuk ve ergenlerin yaşam kalitesini, akran, okul ve aile işlevselliğini belirgin olarak bozabilir. İçe atım bozuklukları dikkat, konsantrasyon, hafıza ve öğrenme becerilerini olumsuz etkileyerek akademik başarıyı etkiler. Diğer taraftan çocuk ve ergenin akranları ile olan sosyal etkileşimini bozabilir (Merry ve ark., 2012).

Anksiyete bozuklukları kategorisi altında ayrılık kaygısı bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu, selektif mutizm, yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluğu ve özgül fobi yer almaktadır. Anksiyete bozuklukları erken çocukluktan itibaren farklı gelişimsel dönemlerde farklı şekillerde ortaya çıkabilir. Örneğin; 6 yaşında bir çocukta özgül fobi ve ayrılık kaygısı olarak ortaya çıkan kaygı bozukluğu 13 yaşında yaygın anksiyete bozukluğu, 18 yaşında panik bozukluğu ile birlikte yaygın anksiyete bozukluğu şeklinde devam edebilir. Bu durum anksiyete bozukluklarının

homotipik tanı sürekliliği olmasa da heterotipik tanı sürekliliğinin olduğunu göstermektedir (Beesdo ve ark., 2009). Özgül fobi, ayrılık kaygısı bozukluğu ve selektif mutizm daha erken yaşlarda görülürken yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluk ve depresif bozukluk nispeten daha ileri yaşlarda görülebilir (Hale ve ark., 2008). Kaygı bozukluklarını ortaya çıkmasında farklı bir takım bilişsel çarpıtmalar rol oynamaktadır. Yaygın anksiyete bozukluğunda belirsizliğe tahammülsüzlük, ayrılık kaygısı bozukluğunda aşırı kontrolcülük, panik bozuklukta kaygıya aşırı duyarlılık ön plana çıkan problemlerdir (Starcevic ve Berle, 2006). Anksiyete bozukluğu tanısı olan çocuk ve ergenlerin ebeveyn tutumları diğer ebeveynlerden farklıdır. Bu ebeveynler daha kontrol edici, daha fazla koruyucu ve çocuklarının günlük yaşam aktivitelerine daha fazla müdahale edici tutumlar sergilerler (Ollendick ve ark., 2008). Anksiyete bozuklukları için risk faktörleri arasında davranışsal inhibisyon, stresli yaşam olayları, olumsuz ebeveyn tutumları ve kötü akran ilişkileri, ebeveynde depresyon tanısı olması sayılabilir.

Depresyon ise sebeplerinin daha karışık olduğu bir bozukluktur. Depresyonun ortaya çıkmasında birçok risk faktörü rol oynamaktadır. Mazza ve arkadaşlarının (2009) 1239 ergende depresif bozukluklarda risk faktörlerini belirlemek için yaptıkları bir çalışma bize önemli bilgiler sunmaktadır. Bu çalışmada depresif bozukluklar için en önemli yordayıcı faktör çocuk ve ergende anksiyete bozukluğu tanısının bulunması idi. Bu çalışmada depresyon için belirlenen diğer risk faktörleri şunlardır:

- ☐ ☐ Anksiyete bozuklukları
- ☐ ☐ Aile içi çatışmalar
- ☐ ☐ Erkekler için antisosyal davranış
- ☐ ☐ Hem erkekler hem de kızlar için düşük okul başarısı
- ☐ ☐ Kızlar için ergenlik döneminde stres
- ☐ ☐ Ebeveynler arasındaki çatışmalar
- ☐ ☐ Kızlar için anne depresyonu (Mazza ve ark., 2009).

Depresif ve anksiyete bozuklukları için uygulanan koruyucu ruh sağlığı programları genel olarak bilişsel davranışçı terapi odaklıdır. Uygulanan programlar ise daha çok hedef gruplar üzerinde yapılmış koruyucu ruh sağlığı müdahaleleridir. Anksiyete bozuklukları için en iyi bilinen program Coping Cat Program'ıdır. Coping Cat programı etkinliği birçok çalışmayla gösterilmiş bir programdır ve 6-17 arasında uygulanabilmektedir. Coping Cat Programı, öğrencinin kaygı belirtilerini kontrol etmeyi öğrenmesine yardımcı olmak için gevşeme, bilişsel yeniden yapılandırma, problem çözme ve kademeli maruziyet tekniklerini kullanır (Kendall, 1994).

İçer atım bozuklukları için kullanılan bir diğer etkili koruyucu ruh sağlığı programı The Penn Resiliency programıdır. Bu program hem evrensel hem de seçilmiş gruplarda uygulanabilmektedir. Program iki bileşenden oluşmaktadır: 1. Bilişsel Davranışçı Terapi, 2. Sosyal problem çözme becerilerinin gelişimi. The Penn Resiliency programı hem anksiyete hem de depresyon belirtilerinin azaltılmasında etkili olup programın etkinliğinin uzunlamasına iki sene kadar devam ettiği ile ilgili bilimsel yazılar bulunmaktadır (Brunwasser ve ark., 2009).

Bu iki programın yanı sıra okul temelli koruyucu ruh sağlığı ve dayanıklılık programları içerisinde daha evrensel, köklü ve başarılı bir program ise FRIENDS'dir. FRIENDS programının açılımı aşağıdaki şekildedir:

- F = feelings = duygular
- R = relax and feel good = rahatla ve kendini iyi hisset
- I = inner helpful thoughts = faydalı düşünceleri içselleştir
- E = explore and plan = keşfet ve planla
- N = nice work, reward yourself = iyi iş çıkardın, kendini ödüllendir
- D = don't forget to practice = pratik yapmayı unutma
- S = smile, stay calm = gülümse, sakin kal

FRIENDS programı, Dünya Sağlık Örgütü'nün kanıta dayalı koruyucu ruh sağlığı ve dayanıklılık programı olarak kabul ettiği neredeyse tek programdır. Etkinliği birçok çalışmayla gösterilmiştir. Birçok koruyucu ruh sağlığı programının aksine etkinliği yaş, cinsiyet, programın uygulama süresi gibi farklı değişkenlere göre değişmemektedir (Shortt, 2001).

Anksiyete ve depresyon için uygulanan koruyucu ruh sağlığı müdahaleleri evrensel ve birincil korumadan ziyade seçilmiş gruplarda ikincil ve üçüncül koruyucu ruh sağlığı müdahaleleridir. Yani daha çok anksiyete bozukluğu ve/veya depresif bozukluk tanısını olan veya tanı almasa da belirtilerin sayısı ve şiddetinin tanıya yakın olduğu seçilmiş riskli gruplara yönelik koruyucu ruh sağlığı programları uygulanmaktadır. Klinik olarak tanısal düzeyde belirtileri olan çocuk ve ergenlere erken müdahale programlarının uygulanması çok büyük öneme sahiptir. Belirtilerin eşik altı

düzeyde olduğu tanı düzeyinde olmadığı çocuk ve ergenler için ise koruyucu ruh sağlığı müdahalelerinin uygulanması da çok önemlidir. Bu bozuklukların özellikle içe atım bozuklukları olması ve çevreyi rahatsız etmemesi nedeniyle riskli grup (tanı alan veya tanı almaya çok yakın düzeyde belirtileri olan) çoğu zaman fark edilememektedir. Bu durum ise bozukluğun süregelenleşmesine ve farklı bozuklukların da hastalık sürecine katılmasına neden olabilmektedir. Okul koruyucu ruh sağlığı profesyonelleri olarak en azından çocuk ve ergenlerin rutin olarak taranması erken müdahale ve koruyucu ruh sağlığı açısından çok büyük katkı sağlayacaktır (Esin ve ark., 2020).

9.4. Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu

Alkol ve madde kullanım bozuklukları, dünyada ve ülkemizde giderek artan önemli bir halk sağlığı sorunudur. Bu bozuklukların bağımlılık geliştikten sonra tedavisi daha zordur. Özellikle tedavi sürecinde hastaların alkol veya maddeden uzun süre temiz kalamamaları ve sık nüksler (yeniden başlamalar) bu bozuklukların süregelenleşmesine neden olmaktadır. Alkol ve madde kullanım bozukluğu sosyal ve ekonomik sorunları da beraberinde getirmektedir. Çocuk ve ergenin; aile, okul ve akranları ile ilgili işlevselliğini belirgin olarak bozmaktadır. Alkol veya madde kullanan öğrencilerde okula devamsızlık, okuldan kaçma, akademik başarı da düşme gibi okul problemleri ile karşılaşmaktadır. Okulun yanı sıra bu çocuklar ne yazık ki maddeyi elde etmek için hırsızlık, fuhuş gibi hukuki olmayan eylemlere de karışmaktadır. Alkol veya madde kullanım bozukluğu için bir risk faktörü olan davranım bozukluğu, bağımlılık geliştikten sonra daha da şiddetlenmektedir. Bu çocuklar okulda daha sık disiplin cezası almakta ve suça sürüklenmesi daha kolay hale gelmektedir. Madde kullanımı ile ilişkili olarak enfeksiyon (HIV, HBV, HCV), karaciğer yetmezliği (siroz) gibi birçok fiziksel hastalık riski çok ciddi anlamda artmaktadır. Bu fiziksel hastalıkların yanı sıra madde kullanım bozukluğu şizofreni, depresyon gibi birçok ruhsal hastalığın sıklığını ve/ya şiddetini artırmaktadır. Yine madde kullanım bozukluğu tanısı olan hastalarda tamamlanmış intihar girişimleri daha sık görülmektedir. Burada unutulmaması gereken bir nokta da alkol veya madde kullanım bozukluğu ile ilgili saydığımız bu riskler sadece bağımlılık düzeyinde kullanımla değil madde veya alkolün denemesiyle de görülebilmektedir. Örnek verecek olursak esrarın ergenlik döneminde bir kez denemesi bile normal nüfusa göre şizofreni riskini 2-3 kat artırmaktadır. Tedavinin çok zor olduğu, bozuklukla ilişkili sosyal ve ekonomik kayıpların bu kadar büyük olduğu bir halk sağlığı sorunu için elbette koruyucu ruh sağlığı uygulamaları çok önemli hatta olmazsa olmaz bir ihtiyaç haline gelmektedir. Alkol veya madde kullanım bozukluklarını önleme programlarının maliyeti, tedavisinden çok daha düşük olması da konunun önemini göstermektedir. Hem etkin hem de maliyet açısından uygun olan koruyucu ruh sağlığı politikaları madde bağımlılığı için çok önemlidir. Koruyucu ruh sağlığı programlarına madde veya alkolle karşılaşmadan veya denemenmeden önce başlanması hayati bir öneme sahiptir. Bir madde ne kadar erken yaşta denenirse bağımlılık geliştirme riski de o kadar artmaktadır. Koruyucu ruh sağlığı programları çocuk ve ergenlerin madde veya alkolü denememesi veya daha geç karşılaşmasına neden olarak bağımlılık riskini azaltmaktadır (Ögel, 2011).

Alkol ve madde kullanımı 13 ile 18 yaş arasında belirgin olarak artmaktadır. Bu programlara 13 yaşından önce başlanması müdahalenin etkinliğini artıracaktır. İlkokul çağındaki çocuklarda koruyucu ruh sağlığı müdahalelerinde daha çok akademik, sosyal ve duygusal becerilerin geliştirilmesi üzerinde durulurken, ortaokul ve lise döneminde sıklıkla madde kullanımı ile ilişkili risk faktörleri ele alınır. Erken yaştaki programlar, daha evrensel ve birincil koruyucu müdahaleleri içerirken ilerleyen yaşlardaki müdahaleler, seçilmiş riskli gruplarda ikincil koruyucu ruh sağlığı müdahalelerini içerir (Schinke ve ark., 2003).

Koruyucu ruh sağlığı müdahaleleri açısından risk faktörlerinin bilinmesi ve ikincil koruyucu müdahalelerde bunların ele alınması çok önemlidir. Madde kullanım bozuklukları ile ilişkili risk faktörlerini iki kategoride ele alabiliriz:

1. Bireysel risk faktörleri

2. Çevresel risk faktörleri

Bireysel risk faktörleri olarak erkek cinsiyet, genetik yatkınlık, çocukta ruhsal bir bozukluk bulunması (dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, davranım bozukluğu, depresif bozukluk), ihmal veya istismara uğramak, düşük akademik başarı, düşük benlik saygısı, duygudurum düzenleme ve özenetim becerilerinin kötü olması, sosyal becerilerinin kötü olması sayılabilir. Çevresel risk faktörü olarak düşük sosyoekonomik düzey, kötü akran etkisi, ebeveynlerde ruhsal hastalık ve madde kullanım öyküsünün bulunması, madde kullanımı için riskli çevre, katı-tutarsız ebeveyn tutumları sayılabilir.

Alkol-madde kullanım bozuklukları ile ilgili koruyucu ruh sağlığı programları hazırlanırken küçük yaşlardan müdahaleye başlanılmalıdır. Madde kullanımı için henüz daha az riskli olan bu dönemde müdahaleye başlarken daha evrensel ve çocuğun dayanıklılığını artırıcı bir program seçilmelidir. Bu programın içeriğinde duygudurum düzenleme becerilerini, sosyal becerilerini ve stres karşısında baş etme becerilerini geliştirici seanslar olmalıdır. Madde kullanımı için daha riskli olan ortaokul ve lise döneminde hem evrensel hem de seçilmiş gruplara yönelik koruyucu ruh sağlığı programları olmalıdır. Bu programlarda bireysel ve çevresel risk faktörleri belirlenerek ona uygun bir program hazırlanmalıdır. Madde kullanım bozuklukları için ideal bir koruyucu ruh sağlığı programı şu özelliklere sahip olmalıdır:

□ □ Sosyal norm ve kültürel değerlere uygun olmalı. Mülteci yaşayan bir çocukla ev sahibi olarak yaşayan bir çocuğun madde kullanımı ve psikopatoloji gelişimi açısından riskleri çok farklı olabilir (Karayağmurlu ve Kaya, 2020).

- ☐Yeterli sayıda okul personeli ile uygulanmalı ve personele uygun eğitimler verildikten sonra başlanılmalıdır.
- ☐Ebeveynler, akran liderleri ve toplumla bağlantılı olmalıdır.
- ☐Sosyal ve duygudurum düzenleme becerilerini artırarak dayanıklılığı güçlendirmelidir.
- ☐Sadece bilgi verici olmamalı rol oynama, küçük grup aktiviteleri ve tartışma gibi yollarla interaktif katılım sağlanmalıdır
- ☐Programın süresi yeterli dozda olmalıdır
- ☐Programın bitiminden sonra da takip ve destek seansları olmalıdır
- ☐Hem evrensel hem de seçilmiş gruplarda uygulanabilmelidir (US Department of Health and Human Services, 2003).

Koruyucu ruh sağlığı müdahaleleri için en kritik aşamalardan birisi çocuğu ve ailenin maddeyle karşılaşabileceği ortamlara karşı hazır olmasının sağlanmasıdır. Ebeveynler erken yaşta madde kullanımının olumsuz sonuçları hakkında bilgilendirilmeli, çocuğun madde kullanma riski olan durumlara karşı etkili kurallar ve kısıtlayıcı tutumlar sergilemesi konusunda desteklenmelidir. Örneğin; bir çocuk, kesin olarak alkollü olduğu/olacağı bilinen bir doğum günü kutlamasına gitmek için izin istediği bir durumda açık ve kesin bir şekilde izin verilmemelidir. Madde veya alkolle karşılaşmadan önce çocuk ve ergenlere madde/alkole karşı kendilerini nasıl koruyacakları ve reddetme becerilerinin gelişimine yönelik çalışılmalıdır. Aşağıdaki tabloda alkol-madde kullanımı/bağımlılığı konusunda yanlış inanışlar ve doğru bilgiler verilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2008).

Tablo 1. Alkol-madde kullanımı konusunda yanlış inanışlar ve doğru bilgiler	
Yanlış İnanışlar	Doğru Bilgiler
1. Ben bağımlı olmam.	1. Herkes bağımlı olabilir. Bağımlılık tam olarak irade ile kontrol edilebilir bir durum değildir.
2. Bir kere kullanmaktan bir şey olmaz.	2. Bir kez ya da ara sıra madde kullanmak bağımlılığa yol açabilir. Bağımlılık için en önemli risk faktörü maddenin erken dönemde denenmesidir.
3. Ara sıra kullanmakla bir şey olmaz.	3. Bir kez ya da ara sıra madde kullanmak her ikisi de bağımlılık için önemli bir risktir.
4. Ben kontrol edebilirim.	4. Bağımlılığa yatkınlık genlerle geçen biyolojik bir özelliktir ve bu yatkınlığın kimde olduğu bilinmemektedir.
5. Benim iradem güçlüdür. Sadece zayıf bireyler bağımlı olur.	5. Bağımlılığın irade güçlüğü ya da zayıflığı ile mutlak bir ilişkisi yoktur.
6. Herkes kullanıyor, bir şey olmuyor.	6. Kullanımın bugün zararlı olmaması yarın da olmayacağı anlamına gelmez.
7. Alkol ve diğer maddeler sadece kullanana zarar verir.	7. Alkol ve diğer maddeler hem aileye hem topluma zarar verir.
8. Alkolün azı yararlıdır.	8. Alkolün azı yararlı değildir. Alınan alkol miktarı ile hastalık görülme riski doğru orantılı olarak artmaktadır.

9.5. Riskli Davranışlar

Ergenlik dönemi riskli davranışların daha sık görüldüğü bir dönemdir. Bu dönemde tecrübe edilen riskli davranışlar yetişkinlik döneminde fiziksel ve ruhsal olumsuz sonuçlara neden olabilmektedir. Ergenlik döneminde beynin ödül sistemi ile ilgili değişikliklerin olması, haz arama ve risk alma davranışlarının ergenlerde daha fazla görülmesine neden olmaktadır. Bu dönemde görülen riskli davranışlara akran etkisinin katkısı da unutulmamalıdır. Ergenlik döneminde arkadaş ilişkileri aile ilişkilerinden daha fazla ön plana çıkabilmektedir. Bu dönemde ergenler yaşlılarıyla daha fazla vakit geçirebilirler (Steinberg, 2008). Burada üzerinde durulması gereken bir nokta da sıcak biliş ve soğuk biliştir. Soğuk biliş, ergenin daha çok duyguları ile değil de mantığı ile olayları değerlendirdiği bilişsel süreçtir. Sıcak biliş ise ergenin mantıksal ve eleştirel düşüncelerden ziyade duygusal süreçlerle olayları değerlendirdiği bilişsel süreçlerdir. Ergenler akranları ile birlikteyken karar verme süreçlerinde sıcak biliş etkiliyken tek başına karar verirken çoğunlukla soğuk biliş etkilidir (Steinberg, 2008). Örneğin; bir ergen tek başınayken sigara içmenin zararlı olduğunu bilir ve kabul eder. Fakat akranları ile birlikteyken bir arkadaşı kendisine sigara uzattığında, bunun zararlı olduğunu bildiği halde,

arkadaşını kırmaması gerektiğini düşünüp bu sıcak biliş süreçleri ile kendisine uzatılan sigarayı kabul edebilir. Ergenlik döneminin ve yaşanan bilişsel süreçlerin etkisiyle ergenler riskli davranışlar için akran etkisine çok açıktır. Ergenlik döneminde görülen riskli davranışlar arasında sigara kullanımı, alkol veya madde kullanımı, yeme davranışları, riskli cinsel aktivite ve şiddet davranışları ön plana çıkmaktadır (Steinberg, 2008).

Ergenlik döneminde riskli cinsel aktivite için risk faktörleri arasında kaotik aile ortamı, şiddete maruz kalma, kötü ebeveyn denetimi, düşük akademik başarı ve baba yokluğu sayılabilir. Bu risk faktörleri arasında en önemlisi baba yokluğudur. Erken baba kayıplarında ergen gebelikleri 7-8 kat daha sık görülmektedir. Bu konuda koruyucu ruh sağlığı müdahalesi geliştirirken bu risk faktörünün göz önünde bulundurulması önemlidir (Ellis ve ark., 2003). Riskli cinsel davranışlar için etkili bir koruyucu ruh sağlığı programının içeriğinde, öğrencilere istenmeyen cinsel eylemlerden kendilerini nasıl koruyacakları, gelişimsel olarak cinsel ilişkiye hazır olmadıkları bu dönemde teklifleri nasıl reddedecekleri, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar ve korunma yöntemleri dâhil edilmelidir (Kirby, 1997).

Tütün kullanımı dünyada önlenebilir ölüm nedenlerinin başında gelmektedir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda ortaöğretim veya liseye giden her iki öğrenciden biri en az bir kez sigarayı denediği bildirilmiştir. Dolayısıyla tütün kullanımı konusunda yapılan koruyucu ruh sağlığı uygulamaları büyük öneme sahiptir (Ögel ve ark., 2004). Sigara kullanımı için risk faktörleri arasında depresyon ve akran etkisi ön plana çıkmaktadır. Olumsuz duygulara karşı uygun baş etme stratejisi geliştiremeyen çocuklarda alkol, madde ve tütün kullanımıyla sıklıkla karşılaşmaktadır. Özellikle erken yaşta sigara kullanımı ile depresyon arasında önemli bir ilişki bulunmuştur. Düzenli sigara kullanımı davranım bozukluğuyla da ilişkili bulunmuştur. Özellikle ailede depresyon öyküsü varsa sigara kullanma riski daha da artmaktadır. Sigara kullanımı açısından koruyucu ruh sağlığı müdahalelerinde çocuk ve ergenlerde sinirlilik ve üzüntü gibi olumsuz duygularla baş etme becerilerinin geliştirilmesi hedeflenmektedir. Tütün kullanımıyla ilgili yapılan yasal düzenlemeler özellikle kızlarda erkeklere göre tütün kullanımının azaltılmasında daha etkili bulunmuştur. Tütün kullanımı ile ilgili koruyucu ruh sağlığı müdahalelerinde risk faktörlerinin ele alınması erkeklerde kızlardan daha etkili bulunmuştur. Sigara kullanımı ile ilgili hazırlanacak bir koruyucu ruh sağlığı müdahale programının evrensel olması ve ev, okul, çevre, toplum gibi tüm yaşam alanlarını içermesi müdahalenin etkinliğini belirgin olarak arttırmaktadır. Özellikle otoriter, kuralların tutarlı ve sıkı bir şekilde uygulandığı okullarda tütün kullanım sıklığının azaldığı belirtilmiştir. Tütün kullanım sıklığının azaltılmasında spor aktivitelerinin de etkili olduğu bildirilmiştir. Yukarıda da belirtildiği gibi tütün kullanımında akran etkisi önemli bir faktördür. Bu yüzden koruyucu ruh sağlığı müdahalelerinde çalışması gereken bir diğer nokta da uygun olmayan durumlarda reddetme, iletişim kurma ve karar verme becerileri çalışmasıdır (Galambos ve ark., 2004).

9.6. Koruyucu Ruh Sağlığı Açısından Kronik Hastalıklar

Çocuk ve ergenlerin düzenli olarak okula gitmesini ve aktivite yapmasını engelleyen, bir sağlık profesyoneli tarafından takip ve tedavi gerektiren herhangi bir fiziksel veya zihinsel hastalık durumu kronik hastalık olarak tanımlanmaktadır (Van Cleave ve ark., 2010). Çocuk ve ergenlerin %25'i bir kronik hastalığa sahip olmakta ve yine %10'unda bu hastalıklar günlük yaşam becerilerini şiddetli bir şekilde etkilemektedir. Kronik hastalık sürecinde çocuk ve ergenler, duygusal, davranışsal ve eğitimsel problemler sıklıkla yaşamaktadır. Hastalıkla ilgili sık hastane ziyaretleri, beklenmedik hastane yatışları özellikle çocuk veya ergenin günlük yaşam rutinlerine devam edememesine aynı zamanda okul devamsızlıklarına yol açmaktadır. Hastalığı nedeniyle kullandığı ilaçlar ve yapılan girişimler de çocuk ve ergenler için önemli bir stres kaynağı olabilir. Yine hastalık nedeniyle akranlarının yapabildikleri bir takım aktiviteleri yapamamaları da onlar için olumsuz bir yaşam deneyimi haline gelmektedir. Bütün bu durumlar bu çocukları ruh sağlığı problemleri açısından kronik hastalığı olmayan çocuklardan daha riskli hale getirmektedir (Karayağmurlu ve Aytaç., 2020). Çocuk ve ergenlerde sık görülen kronik hastalıklar arasında diyabet, astım, epilepsi sayılabilir. Konunun daha iyi anlaşılması için örnek verecek olursak diyabet tanısı alan bir çocuk acıkmasa dahi düzenli olarak beslenmesi, günde en az iki kez insülin enjeksiyon ihtiyacının olması, kan şekeri ölçümünün günlük olarak düzenli yapılması, özellikle hipogliseminin uykuda saptandığı çocuklar için gece kan şekeri ölçümleri yapılması (özellikle 5 yaş öncesi beyin gelişiminin hızlı olduğu dönemde hipoglisemi riski çok önemlidir) gerekebilmektedir. Geçilmiş hipoglisemi atakları beyni olumsuz etkileyebilmekte ve dikkat süresinin daha kısa olmasına ve akademik başarıda düşmeye neden olabilmektedir. Diyabet tanısı alan her on çocuktan üç veya dördünde psikolojik problemler görülebilmektedir. Ruh sağlığı açısından riskli olan bu tür gruplarda koruyucu ruh sağlığı programları oluşturmak çok büyük bir öneme sahiptir. Bu çocukların devamsızlık ve akademik zorlukları için ek derslerle desteklenmesi, hastalığı ile ilgili yaşayabileceği zorluklarla ilgili iyi bir psiko-eğitim verilmesi, yaşadıkları zorluklarla ilgili okul içinde veya hastane ortamında fiziksel ve ruhsal destek almaları ve baş etme becerilerinin geliştirilmesine yönelik yapılacak koruyucu ruh sağlığı programları bu çocukların mevcut ruhsal sorunlarının azaltılması açısından faydalı olacaktır (Compas ve ark., 2012).

9.7. Koruyucu Ruh Sağlığı Açısından Gelişimsel Bozukluklar

Çocukluk çağında sık görülen birtakım gelişimsel bozukluklar farklı alanlarda birçok zorluğa yol açmalarının yanı sıra çocuk ve ergenlerin okul hayatında akademik ve sosyal problemler yaşamasına da neden olur. Gelişimsel bozukluklar açısından koruyucu ruh sağlığı programlarını iki kategoride ele alabiliriz. Birinci kategoride henüz gelişimsel bozukluk ortaya çıkmadan uygulanan koruyucu ruh sağlığı programlarıdır. İkinci kategoride ise gelişimsel bozukluk tanısı olan çocuklarda işlevselliğindeki bozulmanın azaltılması ve ilerleyen dönemlerde depresyon ve kaygı bozuklukları gibi ruhsal sorunların ortaya çıkmaması için uygulanan koruyucu ruh sağlığı uygulamalarıdır. Birinci kategorideki koruyucu ruh sağlığı programları, evrensel ve seçilmiş gruplar üzerinde uygulanmaktadır. Bilimsel yazında riskli grupların belirlenerek müdahalede bulunan

alışmalar daha fazla sayıdadır. Riskli ailelerin bulunması ve bu ailelere yönelik koruyucu ruh sağlığı programlarının uygulanması gelişimsel bozuklukların sıklığı ve şiddetinin azaltılmasına katkıda bulunmaktadır. Erken müdahale ile gelişimsel bozukluklara müdahale edilmediği takdirde özel eğitime olan ihtiyaç daha da artmaktadır. Bu durum ise önemli bir ekonomik maliyet getirmektedir (Heckman ve ark., 2010). Erken müdahalenin bir diğer avantajı ise etkinliği bilimsel çalışmalarla ispatlanmış programlar uygulandığında müdahalenin olumlu etkileri yetişkin döneme kadar sürebilmektedir. Erken müdahale uygulamalarının ocuk ve ergenlerde sosyal becerileri geliştirdiği, çocuğun akademik başarısı üzerinde olumlu katkıda bulunduğu, okulu bırakmayı ve sınıf tekrarlarını azalttığı bulunmuştur. Bunların ise erişkin dönemde işsizlik, suça sürüklenme gibi olumsuz sonuçların azalmasına katkı sağladığı erken müdahale ile ilgili uzunlamasına çalışmalarda gösterilmiştir (Heckman ve ark., 2010). Erken müdahaleyi bir nevi ilk domino taşının devrilmesini önlemek gibi düşünebiliriz. Okul ncesi (erken) müdahale programları okul, aile ve çevrenin de dâhil edildiği bütüncül ruh sağlığı programlarıdır. Bu programların uygulanması sırasında bu ortamlar içinde müdahalenin en önemli ayağı aile ortamıdır. Aile merkezli programlarda anne ve ocuk gelişimi hedeflenir. Bunun için özellikle ev ziyaretleri müdahalede büyük bir öneme sahiptir. Erken müdahale programları ile ocuk ve ebeveyn arasındaki etkileşimi artırmak, ocuk için uyaran açısından zengin bir ortam hazırlamak, bakım verenler için ebeveynlik becerilerinin geliştirilmesi hedeflenir (Kardeş ve Akman, 2020). Perry Anaokulu Projesi erken müdahale programlarına güzel bir örnektir. Bu projede haftalık ev ziyaretleri ve yarım günlük okul öncesi müdahaleler uygulanmıştır. Bu programda müdahale edilen çocuklar 40 yaşına kadar izlenmiştir. Bu ocukların akademik başarısı ve okula devam etme oranları artmış, davranış sorunları ve suça sürüklenme oranları ise azalmıştır. Müdahale edilen grubun 19 ve 27 yaşındaki değerlendirilmesinde yaşam boyu tutuklanma oranlarında %40 azalma olduğu, kontrol grubuna göre bu çocukların yetişkinlikteki sosyoekonomik düzeylerinin daha iyi olduğu saptanmıştır (Schweinhart ve Weikart, 1997). Sosyoekonomik düzeyin düşük olduğu azınlık ailelerin çocuklarında dil gelişim alanında sorunlar daha fazla görülmekte ve okula başladıklarında okumayla ilgili daha fazla sorun yaşamaktadırlar. Bir başka erken müdahale programında bu çocuklara iki yaşından itibaren dil gelişimini ve okuma becerilerini desteklemek amacıyla resimli kitap etkinlikleri gibi aktivitelerin okuma becerilerini geliştirdiğine ve okula geçiş sürecinin kolaylaştırdığına dair güçlü kanıtlar bulunmuştur (Valdez-Menchaca ve Whitehurst, 1992).

İkinci kategoride gelişimsel bozukluk tanısı olan çocuklarda koruyucu ruh sağlığı açısından okulda alınması gereken önlemler gelmektedir. Gelişimsel bozukluklar eğer uygun ortam sağlanmazsa hem bu bozuklukların şiddetlenmesine hem de ek farklı ruhsal sorunların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Çocuğun vaktinin önemli bir kısmını geçirdiği okul bu konuda kritik bir öneme sahiptir. Her gelişimsel bozukluğun belirtileri veya ilişkili zorluklar farklı olduğundan koruyucu ruh sağlığı açısından okulda dikkat edilmesi gereken noktalar da farklıdır. Çocukluk ağında sık görülen gelişimsel bozukluklardan birisi Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğudur (DEHB). DEHB tanılı bir çocuğun okul ortamında yaşayacağı en önemli zorluklardan biri okuldaki görevleridir. Bu ocuklarda okulda DEHB ilişkili akademik zorlukları azaltmak, uyum ve başarısını artırmak için aşağıdaki öneriler dikkate alınabilir: mümkün olduğu kadar az ve öz dev vermek, ödevleri parçalara bölerek bitirmek, dev veya görevlerini tamamlama süresini uzatmak, dev veya görevler için not tutma ve basit planlar yapma alışkanlığını kazandırmak, çocuğun dikkat ve odaklanma becerilerine uygun hedefler belirlemek, ders/dev esnasında dikkat dağıtıcı uyaranları azaltmak, alış-oyna-alış gibi basit rutinler oluşturmak, basit ve tekrarlayan talimatlar vermek, ders/dev esnasında masasının fazla kalabalık olmaması sağlamak, sınıf içinde olabildiğinde ön sıralarda ve öğretmene yakın noktalarda oturtmak, ders süresince olabildiğince fazla göz teması veya uygun sözlü uyaran ile çocuğun dikkatinin derste olmasını sağlamak, konuları ana fikirleriyle, basit ve somut örneklerle ve görsel materyaller eşliğinde anlatmak, çocuğun olumlu davranışlarını ve tamamladığı görevlerini uygun şekilde takdir edip pekiştirmek (Walter ve Berkovitz, 2005). Özgül ğrenme Bozukluğu (B) tanısı olan çocuklar için öğrenme güçlüğü yaşadığı alanla (okuma, yazma, matematik) ilgili akranlarına göre daha kolay görevler verilmeli, dev/görevlerini tamamlarken ek süre tanınmalı, gerekliyse ve imkân varsa yazılı veya ödevleri konusunda yardımcı personel desteği sağlanmalı, çocuğun güçlü yanları ön plana çıkartılmalı ve bire bir özel eğitim almalıdır. Diğer taraftan Otizm spektrum bozukluğu (OSB) tanısı olan çocukların sosyal ilişki ve etkileşim başta olmak üzere, okul ortamında önemli bir takım zorluklar yaşayabileceği akılda tutulmalıdır. Bu ocukların okuldaki sosyal uyum ve becerilerinin geliştirilmesi açısından yönetici ve eğitimcilerin proaktif davranması, aile, özel eğitim uzmanı ve hekimlerle iş birliği içinde olması uygun olacaktır. OSB olan çocuklar kendilerini ifade etme konusunda diğer akranlarından farklı olduklarından, okulda karşılaştıkları sorunları (rneğin akran zorbalığı, aşırı duyusal hassasiyetlere bağlı zorluklar vs) ifade etmekte genellikle zorluk yaşarlar. Bu ocukların yaşadıkları veya karıştıkları sorunlarda n yargılı olmadan sorunun veya durumun ne olduğunu anlamaya çalışmak önemlidir. OSB olan çocukların okul sistemi içinde nasıl yer alacağı (rneğin kaynaştırma ğrencisi veya özel eğitim sınıfı) aile, okul ve ocuk psikiyatrisi tarafından çocuğun düzeyine ve ihtiyaçlarına göre karar verilmelidir. Bu ocukların okuldaki aktivitelere mümkün olduğunca katılmasını teşvik etmek ve sağlamak önemlidir. OSB olan çocuklar kuralları anladıklarında daha kolay uyum sağlarlar. Bu ocuklar için basit ve net rutinler oluşturmak önemlidir. Diğer ğrenciler ve aileleri OSB olan çocuklara karşı şefkatli ve destekleyici davranmaları konusunda teşvik edilmelidir. Olumsuz davranışlara karşı gerekli önlem ve uyarılar uygulanmalıdır. OSB olan çocuklarda bir takım duygusal ve davranışsal sorunların sık görülebileceği unutulmalıdır. Bu tür durumlarda tanı ve tedavi için çocukla ilgili gerekli yönlendirmeler yapılmalıdır. Zihinsel yetersizliği olan çocuklarda çocuğun zekâ yaşının takvim yaşından farklı (geri) olduğu unutulmamalıdır. Bu ocuklarda okul içindeki dev veya yönergeler kısa, basit ve anlaşılır olmalıdır. Aktivitelere ocuğun gelişimsel seviyesine uygun yönergeler verilmeli, yönergeler mümkün olduğu kadar görsel içerikle somutlaştırılmalıdır. Bu ocuklar başarılı oldukları zaman ödüllendirilmeli, derse katılımı için teşvik edici tutumlar sergilenmelidir. Bu ocuklar zor öğrenip kolay unuttukları için öğrencinin yeni kazanımları tekrarlarla desteklenmelidir (Ege, 2005). Zihinsel yetersizliği olan çocuklar sıklıkla akran ilişkilerinde zorluk yaşarlar. Akran

zorbalığına maruz kalma, aldatılma, kötüye kullanılma veya her türlü istismara maruz kalma riskleri vardır. Bu çocuklarda özellikle sosyal ve akademik alanda yaşadıkları zorlukların da etkisiyle zaman içinde farklı bir takım duygusal ve davranışsal sorunlar gelişebilmektedir. Bu tür durumlarda aile ve eğitimcilerin çocuktaki sorunları veya olumsuz değişiklikleri erkenden fark etmeleri etkili bir yönlendirme ve tedavi için önemlidir.

Bölüm Özeti

Koruyucu ruh sağlığı açısından okul çok önemlidir. Geniş kitlelere ulaşması, önemli derecede etkinliği, yer, zaman ve maliyet olarak sağladığı avantajlar okul ruh sağlığı programlarını cazip hale getirmektedir. Bu programlar iyi bir şekilde uygulandığında gerek evrensel gerek hedef kitle üzerinde önemli yararlar sağlamaktadır. Bu programlar özellikle sık görülen (anksiyete ve depresyon) veya belirtiler ortaya çıktıktan sonra tedavisi çok zor olan bozukluklar (örneğin alkol-madde kullanım bozukluğu) açısından hayati öneme sahiptir.

Kaynakça

- Beesdo, K., Knappe, S. ve Pine, D. S. (2009). Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: developmental issues and implications for DSM-V. *The Psychiatric clinics of North America*, 32(3), 483–524. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2009.06.002>
- Bienvenu, O. J. ve Ginsburg, G. S. (2007). Prevention of anxiety disorders. *International Review of Psychiatry*, 19(6), 647-654.
- Brunwasser, S. M., Gillham, J. E. ve Kim, E. S. (2009). A meta-analytic review of the Penn Resiliency Program's effect on depressive symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77 (6), 1042–1054.
- Compas, B. E., Jaser, S. S., Dunn, M. J. ve Rodriguez, E. M. (2012). Coping with chronic illness in childhood and adolescence. *Annual review of clinical psychology*, 8, 455-480.
- Cuijpers, P., van Straten, A., Smit, F., Mihalopoulos, C. ve Beekman, A. (2008). Preventing the onset of depressive disorders: a meta-analytic review of psychological interventions. *American Journal of Psychiatry*, 165(10), 1272-1280.
- Çokamay, G., Kapçı, E. G. ve Sever, M. (2017). Okul ruh sağlığı hizmetlerinde yaşanan sorunlar: Psikolojik danışmanların görüşleri. *Elementary Education Online*, 16(4).
- Donovan, C. L. ve Spence, S. H. (2000). Prevention of childhood anxiety disorders. *Clinical psychology review*, 20(4), 509-531.
- Dursun, O. B., Esin, I. S., Akıncı, M. A., Karayağmurlu, A., Turan, B. ve Özhan Aşıkhasanoğlu, E. (2020). The prevalence of childhood mental disorders in different habitations: are we underestimating their prevalence in rural areas?. *Nordic journal of psychiatry*, 74(3), 201-207.
- Ege, P. (2006). Farklı engel gruplarının iletişim özellikleri ve öğretmenlere öneriler. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi*, 7 (2), 1-23.
- Ellis, B. J., Bates, J. E., Dodge, K. A., Fergusson, D. M., John Horwood, L., Pettit, G. S. ve Woodward, L. (2003). Does father absence place daughters at special risk for early sexual activity and teenage pregnancy?. *Child development*, 74(3), 801-821.
- Erben, S. (2005). Montessori Materyallerinin Zihin Engelli ve İşitme Engelli Çocukların Alıcı Dil Gelişiminden Görsel Algı Düzeyine Etkisinin İncelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.
- Ercan, E. S., Polanczyk, G., Akyol Ardic, U., Yuce, D., Karacetin, G., Tufan, A. E., ... ve Başgöl, S. (2019). The prevalence of childhood psychopathology in Turkey: a cross-sectional multicenter nationwide study (EPICPAT-T). *Nordic journal of psychiatry*, 73(2), 132-140.
- Esin, I. S., Turan, B., Akıncı, M. A., Karabak, M., ve Dursun, O. B. (2020). Do we need to re-think on subthreshold childhood psychiatric cases? A follow-up study. *Medical hypotheses*, 139, 109697.
- Esin, İ. S., ve Dursun, O. B. (2014). Okullarda görülen sorun davranışlar ve okul ruh sağlığı uygulamaları: bir gözden geçirme. *Sakarya Tıp Dergisi*, 4(1), 1-9.
- Flay, B. R. (2007). Levels of evidence in prevention research. Prepared for IOM/NRC Committee on Prevention of Mental Disorders, Washington, DC. Erişim adresi: <https://www7.nationalacademies.org>
- Franklin, C. G., Kim, J. S., Ryan, T. N., Kelly, M. S. ve Montgomery, K. L. (2012). Teacher involvement in school mental health interventions: A systematic review. *Children and Youth Services Review*, 34(5), 973-982.
- Galambos, N. L., Leadbeater, B. J., ve Barker, E. T. (2004). Gender differences in and risk factors for depression in adolescence: A 4-year longitudinal study. *International Journal of Behavioral Development*, 28 (1), 16–25.
- Hale III, W. W., Raaijmakers, Q. A., Muris, P., Van Hoof, A. ve Meeus, W. H. (2009). One factor or two parallel processes? Comorbidity and development of adolescent anxiety and depressive disorder symptoms. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(10), 1218-1226.
- Heckman, J. J., Moon, S. H., Pinto, R., Savelyev, P. A. ve Yavitz, A. (2010). The Rate of Return to the HighScope Perry Preschool Program. *Journal of Public Economics*, 94, 114-128.
- Horowitz, J. L., Garber, J., Ciesla, J. A., Young, J. F. ve Mufson, L. (2007). Prevention of depressive symptoms in adolescents: a randomized trial of cognitive-behavioral and interpersonal prevention programs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(5), 693.

Karayagmurlu, A. ve Kaya, İ. (2020). High Rates of Internalizing and Externalizing Problems among Syrian Refugees Compared to Turkish Children. *Psychiatry and Behavioral Sciences*, 10(2), 37-44.

Karayağmurlu, A. ve Aytaç, İ. (2020). Pre-and postoperative quality of life and emotional/behavioural problems in children with PFAPA. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 110239.

Kardeş, S. ve Akman, B. (2020). Okul Öncesi Eğitim Öğretmenlerinin ve Kurum Yöneticilerinin Erken Müdahale Programlarına İlişkin Algılarının İncelenmesi. *Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 17(1), 295-317.

Kendall, P. C. (1994). Treating anxiety disorders in children: Results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62 (1), 100–110.

Kirby, D. (1997). *No Easy Answers: Research Findings on Programs to Reduce Teen Pregnancy*. Washington, DC: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy.

Kora, M. ve Yazgan, M. Y. (2007). Okullarda Ruh Sağlığı Çalışmaları. *Türkiye Klinikleri Pediatrik Bilimler-Özel Konular*, 3(3), 82-88.

Kuğu, N. (2011). Koruyucu Psikiyatri Açısından Toplu Yaşanan Yerler (Okul, İşyeri, Huzurevi, Cezaevi). *Türkiye Klinikleri Psikiyatri-Özel Konular*, 4(4), 36-43.

Macklem, G. L. (2014). *Preventive mental health at school: evidence-based services for students*. New York: Springer.

Mazza, J. J., Abbott, R. D., Fleming, C. B., Harachi, T. W., Cortes, R. C., Park, J., ... ve Catalano, R. F. (2009). Early predictors of adolescent depression: A 7-year longitudinal study. *The Journal of Early Adolescence*, 29(5), 664-692.

Merry, S. N., Hetrick, S. E., Cox, G. R., Brudevold-Iversen, T., Bir, J. J. ve McDowell, H. (2012). Cochrane Review: Psychological and educational interventions for preventing depression in children and adolescents. *Evidence-Based Child Health: A Cochrane Review Journal*, 7(5), 1409-1685.

Nabors, L. A. ve Reynolds, M. W. (2000). Program evaluation activities: Outcomes related to treatment for adolescents receiving school-based mental health services. *Children's Services: Social Policy, Research, and Practice*, 3(3), 175-189.

Ollendick, T. H., Shortt, A. L., ve Sander, J. B. (2008). Internalizing disorders in children and adolescents. J. E. Maddux ve B. A. Winstead (Ed.), *Psychopathology: Foundations for a contemporary understanding içinde* (375–399. ss.). New York: Routledge.

Ögel, K. (2011). Koruyucu Psikiyatri Açısından Madde Bağımlılığı/Kötüye Kullanımı. *Türkiye Klinikleri Psychiatry-Special Topics*, 4(4), 76-81.

Ögel, K., Çorapçıoğlu, A., Sır, A., Tamar, M., Tot, Ş., Doğan, O., ... ve Liman, O. (2004). Dokuz ilde ilk ve ortaöğretim öğrencilerinde tütün, alkol ve madde kullanım yaygınlığı. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 15(2), 112-118.

Özcebe, H., Ulukol, B. (2008). *Sağlık hizmetlerinde okul sağlığı kitabı*. Ankara: Sağlık Bakanlığı.

Schinke, S., Brounstein, P. ve Gardner, S. (2003). *Science-based prevention programs and principles*, 2002. Center for Substance Abuse Prevention, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Schweinhart, L. J. ve Weikart, D. P. (1997). The High/Scope preschool curriculum comparison study through age 23. *Early childhood research quarterly*, 12(2), 117-144.

Shortt, A. L., Barrett, P. M. ve Fox, T. L. (2001). Evaluating the FRIENDS program: A cognitive behavioral group treatment for anxious children and their parents. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30 (4), 525–535.

Starcevic, V. ve Berle, D. (2006). Cognitive specificity of anxiety disorders: A review of selected key constructs. *Depression and Anxiety*, 23 (2), 51–61.

Steinberg, L. (2008). A social neuroscience perspective on adolescent risk-taking. *Developmental Review*, 28, 78–106.

T.C Sağlık Bakanlığı. (2008). *Sağlık hizmetlerinde okul sağlığı kitabı*. Ankara: Sağlık Bakanlığı.

Toroman, S. (2018). *MEB Özel Eğitim ve Rehberlik Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Rehberlik Hizmetleri Program Hazırlama Kitapçığı*. Ankara.

Türk Dil Kurumu (TDK), (2020). Erişim adresi: <https://sozluk.gov.tr/>

US Department of Health and Human Services. (2003). *Preventing drug use among children and adolescents: A research-based guide for parents, educators, and community leaders*. Bethesda, MD: US Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Institute on Drug Abuse.

US Department of Health and Human Services. (2000). *US public health service report of the surgeon general's conference on children's mental health: A national action agenda*. Washington, DC: Department of Health and Human Services.

Valdez-Menchaca, M. C. ve Whitehurst, G. J. (1992). Accelerating language development through picture book reading: a systematic extension to Mexican day care. *Developmental psychology*, 28(6), 1106.

Van Cleave, J., Gortmaker, S. L. ve Perrin, J. M. (2010). Dynamics of obesity and chronic health conditions among children and youth. *Jama*, 303(7), 623-630.

Walter, H. J. ve Berkovitz, I. H. (2005). Practice parameter for psychiatric consultation to schools. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(10), 1068-1083.

Weist, M. D., Myers, C. P., Hastings, E., Ghuman, H. ve Han, Y. L. (1999). Psychosocial functioning of youth receiving mental health services in the schools versus community mental health centers. *Community mental health journal*, 35(1), 69-81.

Werner-Seidler, A., Perry, Y., Caele, A. L., Newby, J. M. ve Christensen, H. (2017). School-based depression and anxiety prevention programs for young people: A systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review*, 51, 30-47.

Ünite Soruları

1. I. Çocuk ve ergenlerde görülen psikososyal problemler çok sık görülmesi nedeniyle tüm dünyada büyük bir önem kazanmıştır.
- II. Tedavi edilmemiş ruhsal bozukluklar yüksek oranda okul bırakma, suç işleme, işsizlik, madde kullanımı ve aile işlevlerinde bozulma gibi önemli psikososyal problemlere yol açmaktadır.
- III. Okul ruh sağlığı hizmetleri; ruh sağlığının geliştirilmesi, korunması ve ruh sağlığında bozulmalar olduğu takdirde müdahalede bulunulması ile ilgili okul hizmetlerin tamamını kapsamaktadır.
- IV. Çocukluk çağı ruh sağlığı bozuklukları sık görülmesi nedeniyle okul koruyucu ruh sağlığı müdahaleleri büyük bir öneme sahiptir.

Yukarıdaki ifadelerden hangileri doğrudur?

- A) I, II
- B) I, II, III
- C) I, II, III, IV
- D) II, III, IV
- E) I, III, IV

2. Evrensel koruyucu ruh sağlığı programları için aşağıdakilerden hangisi söylenemez?

- A) Evrensel program seçilmiş bir gruba uygulanmadığı için müdahale öncesi taramaya ihtiyaç duyulmaz.
- B) Evrensel programlarda seçilmiş bir örneklem olmadığı için damgalama en aza indirgenmiş olur.
- C) Evrensel programlar henüz risk altında olmayan ancak gelecekte ruhsal sorunlar gösterebilecek gençlere müdahale imkânı sağlar.
- D) Hedef grup için koruyucu programlar evrensel programlara göre daha büyük gruplarda uygulanmaktadır.
- E) Evrensel programların uygulama maliyetleri hedef grup için koruyucu programlardan daha yüksek olabilir.

3. İyi bir koruyucu ruh sağlığı programı için aşağıdakilerden hangisi söylenemez?

- A) Bütüncül olmalıdır. Okul, aile, sokak gibi birçok ortam için müdahaleler içermelidir.
- B) Tam bir etki oluşturabilmesi için program yeterli doz ve süreye sahip olmalıdır.
- C) Risk ve koruyucu faktörler göz önünde bulundurularak hazırlanmış olmalıdır.
- D) Uygulanacağı coğrafi bölgenin kültür ve yaşam tarzına uygun olmalıdır.

E) Ruh sağlığı sorunları ortaya çıktıktan sonra uygulanmalıdır.

4. Aşağıdakilerden hangisi çocuk ve ergenlerde içe atım bozuklukları olan anksiyete ve depresif bozuklukların ortaya çıkması için bir risk faktörü değildir?

A) Ebeveynlerden birinde anksiyete bozukluğu veya depresif bozukluk tanısının olması

B) Ebeveynler arasında belirgin çatışmaların olması

C) Olumsuz ebeveyn tutumları ve kötü akran ilişkileri

D) Stresli yaşam olayları

E) Okul başarısının yüksek olması

5. Alkol ve madde kullanım bozuklukları ile ilgili aşağıdaki ifadelerden hangisi söylenemez?

A) Alkol ve madde kullanım bozukluklarında bağımlılık geliştikten sonra tedavi ile iyileşme oranlarının çok düşük olması nedeniyle koruyucu ruh sağlığı müdahaleleri büyük bir öneme sahiptir.

B) Alkol ve madde kullanım bozuklukları çocuk ve ergenlerin aile, okul ve akran ortamlarında işlevselliklerini belirgin olarak bozmaktadır.

C) Madde veya alkolün sadece bağımlılık düzeyinde kullanılması değil erken yaşta bir kez denenmesi bile ruh sağlığı açısından çok risklidir.

D) Alkol ve madde kullanım bozuklukları ülke ekonomisinde çok büyük kayıplara neden olmaktadır.

E) Alkol ve madde kullanım bozuklukları sıklıkla 15 yaşından sonra görülmektedir.

6. Alkol ve madde kullanım bozuklukları için okul koruyucu ruh sağlığı müdahaleleri ile ilgili hangisi doğrudur?

A) Bu müdahaleler, çocuğun madde ile karşılaşabileceği kritik dönemlerden önce uygulanmalı. Çocuk ve ergeni maddeyle karşılaşabileceği ortamlara karşı hazır olmasını ve uygun baş etme becerilerinin gelişimine olanak sağlamalıdır.

B) Çok az sayıda okul personeli ile uygulanmalı ve personele çok az bir eğitim verildikten sonra hemen başlanılmalıdır.

C) Sadece bilgi verici bir program olmalı.

D) Programın bitiminden sonra takip ve destek seansları gibi ek seanslar olmamalı.

E) Sosyal becerileri ve duygudurum düzenleme becerilerini artırmak bu programlar için önemli değildir.

7. Aşağıdakilerden hangisi ergenlik döneminde görülen riskli bir davranış değildir?

- A) Madde veya alkol denemek
- B) Riskli cinsel aktivite
- C) Sigara kullanmak
- D) Derslerine düzenli çalışmamak
- E) Şiddet içeren davranışlarda bulunmak

8. I. Çocuk ve ergenlerin %25'i bir kronik hastalığa sahip olmakta ve yine %10'unda bu hastalıklar günlük yaşam becerilerini şiddetli bir şekilde etkilemektedir.

II. Kronik hastalık sürecinde çocuk ve ergenler, duygusal, davranışsal ve eğitimsel problemler sıklıkla yaşamaktadır.

III. Hastalıkla ilgili sık hastane ziyaretleri, beklenmedik hastane yatışları özellikle çocuk veya ergenin günlük yaşam rutinlerine devam edememesine aynı zamanda okul devamsızlıklarına yol açmaktadır.

8)Kronik hastalıklarla ilgili yukarıdaki ifadelerden hangisi doğrudur?

- A) I, II
- B) I, II, III
- C) II, III
- D) Yalnız I
- E) I, III

9. Koruyucu ruh sağlığı açısından erken müdahale programları ile ilgili aşağıdaki ifadelerden hangisi doğrudur?

- A) Riskli ailelerin bulunması ve bu ailelere yönelik koruyucu ruh sağlığı programlarının uygulanması gelişimsel bozuklukların sıklığı ve şiddetinin azaltmamaktadır.
- B) Erken müdahale programları ile gelişimsel bozukluklara müdahale edildiği takdirde özel eğitime olan ihtiyaç azalmaktadır.
- C) Erken müdahale programları ülke ekonomisine önemli maliyetler getirmektedir.
- D) Erken müdahale programlarının etkileri yetişkin döneme kadar devam etmemektedir.
- E) Erken müdahale uygulanan çocuk ve ergenlerde sosyal becerileri arttırdığı, çocuğun akademik başarısı üzerinde olumlu katkıda bulunduğu, okulu bırakma, sınıf tekrarlarını azaldığına dair henüz yeterli kanıtlar bulunmamaktadır.

10. Aşağıdaki hangisi bir gelişimsel bozukluk değildir?

- A) Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

B) Özgöl Öğrenme Güçlüğü

C) Tik Bozukluğu

D) Otizm Spektrum Bozukluğu

E) Şizofreni

CEVAP ANAHTARI

1. c 2. d 3. e 4. e 5. e 6. a 7. d 8. b 9. b 10. e

10. RUHSAL TRAVMALAR ve KORUYUCU RUH SAĞLIĞI

Giriş

Kitabın ilk bölümünden itibaren hemen her bölümde ‘ruhsal travma’, ‘olumsuz yaşam olayları’, ‘travmatik olay’, ‘istismar’ ve ‘ihmal’ gibi kavramlar farklı şekillerde kullanılmıştır. Bu bölümde ruhsal travmaların neler olduğu, kısa ve uzun vadedeki etki ve sonuçları ve bunlara karşı alınabilecek koruyucu ruh sağlığı önlemleri üzerinde durulacaktır.

Latin kökenli bir kelime olan travma “yara” anlamına gelmektedir. Travma terimi hem fiziksel yaralanmalar hem de ruhsal olarak örseliyici olaylar için kullanılmaktadır. ‘Ruhsal travma’ kişinin yaşamsal bütünlüğünü tehdit eden veya bozan bir olay karşısında korku, dehşet, çaresizlik hissetmesi, kişinin kendi baş etme mekanizmaları ile başa çıkamayacak hale gelmesi olarak tanımlanır. Travma için bilimsel yazında pek çok farklı tanımlamalar bulunmaktadır. Bu tanımlamalarda özellikle travmanın ani başlangıçlı olması, yaşamı tehdit etmesi, olağandışı bir duruma bağlı gelişmesi ve kayıp içermesi üzerinde durulmuştur (Aker ve Önder, 2003).

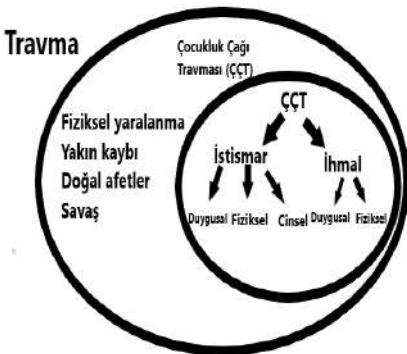
Günlük hayatta olumsuz yaşam olayları için sıklıkla travma kelimesi kullanılmaktadır; ancak her olumsuz yaşam olayı bir travma değildir. Olumsuz bir yaşam olayının travmatik hale gelmesi için üç özelliğe sahip olması gerekmektedir:

1. Yaşanılan olumsuz olayın bir süreye yayılarak değil de kısa bir zaman içerisinde meydana gelmesi (anilik)
2. Mevcut olumsuz yaşam olayı ile kişinin baş edemeyeceği ve kontrolü kaybedeceğine dair öznel algısı (kontrol edilebilirlik)
3. Olayın kişiye fiziksel/duygusal olarak acı vermesi ya da ileride acı verme ihtimali olması (olumsuzluk) (Carlson ve Dalenberg, 2000).

Olumsuz bir yaşam olayını travma olarak değerlendirmek için bu üç özelliğe dikkat edilmesi gerekmektedir. Bu üç özellik olumsuz yaşam olayı ile travma arasındaki köprü görevi görmektedir. Olumsuz yaşam olayı ile travma arasındaki ilişkinin öznel kriterlere dayanıyor olması halen önemli bir tartışma konusudur. DSM-5 travmanın tanımını daha objektif kriterlere dayandırabilmek için bir travmatik olay listesi oluşturmuştur. Bu durum travmanın daha standart bir şekilde değerlendirilmesini sağlarken vaka bazlı değerlendirmelerde bazı zorlukları beraberinde getirmektedir (APA, 2013).

10.1. Çocukluk Çağı Travmaları

Çocukluk çağı travmaları anne karnından başlayarak ergenliğin sonuna kadar çocuk ve ergenlerin maruz kaldığı zarar verici olaylardır. Bir erişkin tarafından çocuğun fiziksel, ruhsal, cinsel ya da sosyal açıdan zarar görmesine, sağlık ve güvenliğinin tehlikeye girmesine yol açan eylem veya eylemsizliklerin tümü çocukluk çağı travması olarak değerlendirilir (Taner ve Gökler, 2004). Çocukluk çağı travmaları; istismar ve ihmal olmak üzere iki kategoride ele alınır. İstismar; çocuğa fiziksel, cinsel, ruhsal veya sosyal açıdan zarar veren kasıtlı eylemlerdir. İhmal ise çocuğun bakımından sorumlu kişiler tarafından çocuğun ihtiyaçlarının yeterince sağlanamaması sonucu fiziksel ve ruhsal sağlık bakımından zarara uğradığı pasif bir eylemsizlik durumudur (Öztürk ve Uluşahin, 2014).



“Çocukluk çağı travmaları” kavramı ihmal ve istismar için kullanılıyor olsa da fiziksel yaralanmalar, doğal afetler, yakın kaybı, savaş gibi birçok olayın da çocuklar için birer travma olduğu unutulmamalıdır. İhmal ve istismar hem dünya genelinde hem de ülkemizde en sık görülen çocukluk çağı travması sebebi olması nedeniyle büyük öneme sahiptir. Amerika Birleşik Devletler’inde yılda 650 binden fazla çocuk, ihmal ve istismar nedeniyle bakıma alınmaktadır. En sık görülen çocukluk çağı travması ihmaldir (%78,5). Fiziksel istismar %17,6, cinsel istismar %9,1 sıklığında bildirilmiştir. Kızların %15-30’u, erkeklerin %5-15’i cinsel istismar mağduru (Gilbert ve ark., 2009). Ülkemizde lise öğrencilerinde yapılan bir çalışmada da en sık bildirilen ruhsal travma ihmal (%16,5) olarak saptanmıştır. Bunu sıklık açısından duygusal (%15,9), fiziksel (%13,5) ve cinsel istismar (%10,7) takip etmektedir (Zoroğlu ve ark., 2001).

10.1.1. İstismar

İstismar; çocuğun fiziksel, cinsel, ruhsal veya sosyal açıdan zarar gördüğü kasıtlı eylemlerdir. İstismar; fiziksel, cinsel ve duygusal istismar olmak üzere üç kategoride değerlendirilir.

Fiziksel istismar

Dünya Sağlık Örgütü; çocuğun fiziksel ve ruhsal gelişimi üzerinde olumsuz etkileri bulunan, onur kırıcı, kasıtlı eylemleri fiziksel istismar olarak tanımlamaktadır (WHO, 1999). Brown ve Anderson (1991) ise fiziksel istismarı; bir çocuğun, kendisinden en az 5 yaş büyük bir kişi ya da kendisinden 2 yaş büyük bir aile bireyi tarafından saldırıya maruz kalması olarak tanımlar. Çocuğun bu durumu kardeş rekabeti olarak algılamaması gerekmektedir (Brown ve Anderson, 1991). Fiziksel istismar sık rastlanan ve tespit edilmesi kolay olan bir istismar türüdür. Kırık, kafa travması, yanık, iç organlara ait yaralanmalar, aşırı şekilde bedene yönelik cezalandırmalar, ipe bağlama, kapalı bir yere kilitleme gibi eylemler fiziksel istismar olarak kabul edilir. En az 48 saat etkileri süren ve fiziksel hasara yol açan her türlü yaralanmalar bir fiziksel istismar olarak değerlendirilir (Lewis, 2002). Fiziksel istismara maruz kalan bireylerde yaşamın ilerleyen dönemlerinde intihar düşünceleri, madde kullanım bozukluğu, antisosyal davranışlar ve depresyon gibi psikiyatrik sorunlarla sıklıkla karşılaşmaktadır (Silverman, 1996).

Cinsel istismar

Çocuk cinsel istismarı kavramı, “henüz cinsel gelişimini tamamlamamış çocuk veya ergenin, bir erişkin tarafından cinsel arzu ve gereksinimlerini karşılamak amacıyla güç kullanma, kandırma ya da tehdit yolu ile kullanılması” olarak tanımlanmaktadır. İstismarı gerçekleştiren kişi çocuk/ergen ile kan bağı bulunan ya da çocuk/ergene bakmakla yükümlü biri ise bu durum ensest olarak tanımlanır. Çocuk/ergenin cinsel aktivitede bulunduğu diğer kişi yetişkin değilse, iki çocuk arasındaki yaş farkı dörtten fazlaysa ve küçük çocuk büyük olan tarafından ikna veya zorlama ile haz amaçlı cinsel aktiviteye maruz bırakılmışsa yine cinsel istismar olarak değerlendirilir (Taner ve Gökler, 2004). Cinsel istismar, cinsel ilişkiye teşebbüs, genital ya da anüs bölgesi ile doğrudan temas, kıyafetler üstünden temas, teşhircilik, çocukları yetişkinlerin cinsel aktivitelerine maruz bırakma veya porno izletmek gibi pek çok şekilde olabilmektedir (Putnam, 2003).

Cinsel istismarlar çoğu zaman gizli bir şekilde gerçekleşmekte ve duygusal olarak çok yoğun yıkıma neden olmaktadır. Çocukluk çağı cinsel istismar olgularının ne yazık ki %15'i bildirilmektedir (Özdemir, 2010). Cinsel saldırının sevgi olarak algılanması, istismarcının tehditleri, istismarcıyı koruma isteği, olayı anlattığında kimsenin inanmayacağı düşüncesi, istismar nedeniyle yaşanan utanç ve suçluluk duyguları bildirimin az olmasına neden olan faktörlerdir (Özdemir, 2010). Çocukluk çağı cinsel istismarına kızlar erkeklere göre 1,5-3 kat daha sık maruz kalmaktadır. Bu sıklık ergenlik döneminde belirgin olarak artmaktadır (Perda ve ark., 2009).

Cinsel istismara uğrayan çocuklarda; anksiyete bozuklukları, depresif bozukluklar, disosiyatif bozukluklar, posttravmatik stres bozukluğu, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, yeme bozuklukları, somatizasyon, kendine zarar verici davranışlar, intihar girişimi sık görülmektedir (Örsel ve ark., 2011).

Duygusal istismar

Duygusal istismarın tanımı üzerinde henüz ortak fikir birliğine varılmamıştır. UNICEF duygusal istismarı çocuğun beceri ve arzularının sürekli olarak aşağılanması, sosyal ilişki ile ilgili kaynaklardan sürekli mahrum bırakılması, sosyal açıdan terk edilme ile tehdit edilmesi, çocuktan gelişim düzeyine uygun olmayan isteklerde bulunulması ve çocuğun toplumsal normlara uygun düşmeyen bakım yöntemleri ile yetiştirilmesi olarak tanımlamıştır (Çelik ve Hocaoglu, 2018). Duygusal istismar, diğer istismar türlerine sıklıkla eşlik etmektedir. Fiziksel istismar kadar sık bildirimde bulunulmasa da çocukluk çağı istismarları içerisinde en sık görülen istismar olduğuna dair bilimsel yazında giderek artan kanıtlar bulunmaktadır (Özdemir, 2010). Çocuğa bağırılması, çocuğun aşağılanması, çocuğa hakarete bulunulması, kişiliğiyle ilgili ağır tenkitlerde bulunulması, korkutulması, tehdit edilmesi, ağır cezalar verilmesi, yaş ve gelişiminin üzerinde sorumluluklar verilmesi, suçlanması, yok sayılması, becerilerinin yetersiz görülmesi duygusal istismara örnek gösterilebilir (Taner ve Gökler, 2004). Duygusal istismara uğrayan çocuklarda bağlanma sorunları, kişilik bozuklukları, anksiyete, depresyon, dissosiyatif bozukluk sıklıkla görülebilir (Zoroğlu ve ark., 2001).

10.1.2. İhmal

İhmal, çocukluk çağı travmaları ile ilgili bilimsel yazında giderek önem kazanan bir diğer travma türüdür. İhmal, çocuğun bakımvereni tarafından fiziksel ve duygusal ihtiyaçlarının karşılanmaması sonucu fiziksel ve ruhsal açıdan sağlığının zarara uğradığı pasif eylemsizlik durumudur. İhmal çocukluk çağı travmaları içerisinde birçok çalışmada en sık bildirilen travmadır. Bununla birlikte bebeklik ve erken çocukluk dönemindeki sıklığını tespit etmek oldukça güçtür. Erken çocukluk ve bebeklik döneminde ihmale maruz kalıp tespit edilemeyen birçok vaka olduğu düşünülmektedir. Erken çocukluk dönemi ve bebeklik gelişimsel açıdan en kritik dönemler olduğu göz önünde bulundurulduğunda ne yazık ki bilinenenden daha fazla olumsuz sonuçlara neden olduğu düşünülmektedir (Scannapieco ve ark., 2004). Çocukluk çağına ihmale maruz kalan çocuklarda bilişsel gelişim

geriliği, tepkisel bağlanma bozukluğu, dissosiyatif bozukluk, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, duygu düzenlemede sorunları, engellenme eşiğinin düşük olması, agresif davranışlar, içine kapanıklık gibi birçok sorunla karşılaşmaktadır (Taner ve Gökler, 2004). *Çocuğun ihmali*; fiziksel ve duygusal ihmal olarak ikiye ayrılır.

Fiziksel ihmal, genel olarak çocuğun fiziksel bakımı ile ilgili gereksinimlerinin karşılanmaması veya gerçekleştirilmemesi olarak tanımlanır. Çocuğun evde uzun süre tek bırakılması veya uzun süre birincil bakımvereni olmayan birinin yanında kalması, evde veya dışarda çocuğun tehlikelere karşı korunmaması ve güvenliğine dikkat edilmemesi, temizlik, beslenme ve giyim gibi genel bakım ihtiyaçlarının karşılanmaması veya eksik karşılanması fiziksel ihmale verilebilecek örnekler arasındadır.

Duygusal ihmal, çocuğun birincil bakımvereni tarafından bağlanma ve sevgi gibi duygusal gereksinimlerinin karşılanmaması olarak tanımlanır. Çocuğun yok sayılması, çocuğun iletişim çabalarına karşılık verilmemesi, çocuğun duygusal gelişimi için gerekli olan sevgi, şefkat ve ilginin gösterilmemesi, kişilik yapısının gelişimi için önemli olan değerli ve özel olduğuna dair tutum ve davranışlarda bulunulmaması duygusal ihmale örnek gösterilebilir. Duygusal ihmale maruz kalmış çocuklarda yaşa göre değişmekle birlikte güvensiz bağlanma, engellenme eşiğinin düşük olması, benlik saygısının düşük olması, empati eksikliği, sosyal izolasyon, dikkat problemleri ve agresif davranışlar gözlenmiştir (Taner ve Gökler, 2004; Hussey ve ark. 2006).

10.2. Gelişim Dönemlerine Göre Travma

Çocukluk çağı travmaları gelişim dönemlerine göre farklı etkiler oluşturmaktadır. Pek çok yazar 0-6 yaş dönemindeki travmaları erken çocukluk çağı travmaları olarak tanımlamaktadır. Nitekim DSM-5'de erken çocukluk dönemi için Travma Sonrası Stres Bozukluğu tanı kriterlerini tekrar düzenlemiştir. 0-6 yaş çocuğun mental ve motor gelişiminin tam olarak tamamlanmadığı bir dönemdir. Bu nedenle bu dönem içerisinde yaşanan travmaların çocuklar üzerinde etkileri de farklıdır (Kara ve ark., 2004). Konunun daha iyi anlaşılması için travmada anahtar rol oynayan bellek gelişiminin anlaşılması büyük bir öneme sahiptir. Bellek, davranışsal bellek (ifade edilmeyen) ve otobiyografik bellek (ifade edilebilen) olmak üzere iki kategoride değerlendirilir. Davranışsal bellek ilk 6 ay içerisinde gelişim gösteren, sözel olarak hatırlanamayan, bilinçdışı bellektir. Otobiyografik bellek ise kişinin yaşam olayların hatırlayıp sözel olarak ifade ettiği bellektir. Otobiyografik belleğin gelişimi için öncelikle ifade edici dil gelişiminin başlaması gerekmektedir. Bu nedenle otobiyografik bellek 18 aylıktan gelişmeye başlar. 18 ile 36 ay arasında da hızlı bir şekilde gelişim gösterir. Her ne kadar literatürde bu konu ile ilgili yeterli veri olmasa da bir çocuğun 18 aydan önce yaşadığı bir travma ile ilgili otobiyografik bellekte bir anıyı hatırlaması ve sözel olarak ifade etmesi pek beklenilmez (Cohen ve Scheringa, 2009). Örneğin; altı aylıktan trafik kazası geçirmiş bir çocuğun beş yaşındayken bu olayı detaylı bir şekilde sözel olarak ifade ediyorsa bu durum çocuğun olayı hatırlamasından ziyade çocuğun ailenin olayla ilgili konuşmalarına şahit olması ile ilişkili olabilir. 3 yaşından önceki travmatik anılarla ilgili çocuğun olayı hatırladığını ifade etmesi ve olayla ilgili verdiği detaylar tutarlı olmayabilir. 3 yaşından sonra ise olayın detayları ile ilgili verdiği bilgiler yaşla birlikte tutarlılık kazanmaktadır. Kanser tedavisi gören travmatize edici tıbbi işlemlere maruz kalan çocuklarda yapılmış bir çalışmada; 3-4 yaş aralığındaki çocukların %42'si, 5-7 yaş aralığındaki çocukların % 69'u, 8-10 yaş aralığındaki çocukları %78'i, 11-18 yaş aralığındaki çocukların %87'si maruz kaldığı işlemi doğru şekilde hatırladığı saptanmıştır. 3-4 yaş aralığında çocukların diğer yaş gruplarına göre yönlendirici yanlış soruları daha fazla onayladıkları görülmüştür (Chen ve ark., 2000). Bu bilgiler neticesinde 3 yaş öncesinde travmatize edici olaylarla ilgili çocuk olaydan bahsetmiyorsa ebeveynlerin olayla ilgili konuşmamaları önerilebilir. Ancak çocuğun kendisi travmatize edici olaydan bahsediyorsa durum değişir. Çocuğun kendisini ifade etmesine izin verilmelidir. Çocuğun duygu ve düşüncelerini ifade edene kadar sabırla dinlenilmeli ve sonrasında duygu ve düşüncelerini paylaştığı için çocuğa olumlu geri bildirimde bulunulmalıdır. 0-3 yaş döneminde travmaya maruz kalan çocuklarda uyku problemleri, kazanılmış becerilerde kayıp, gece korkuları, oyunlarında travmatik temalar görülebilir (Fidan ve Özçivit, 2012).

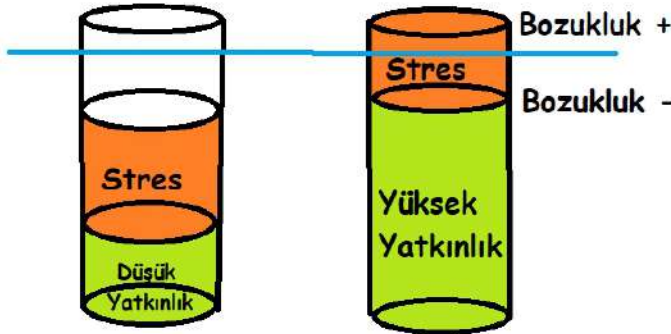
Çocuklar, üç yaşından sonra yaşadıkları travmatik olayı daha iyi hatırlıyor olsalar bile dil gelişimlerini tam olarak tamamlamadıkları için kendilerini tam olarak ifade edemeyebilirler. Bu nedenle de okul öncesi dönemde travmanın davranışsal belirtileri daha ön plana çıkmaktadır. Yaşadıkları travmatize edici olaydan dolayı sinirli olabilirler ve saldırgan davranışlar gösterebilirler. Ayrıca yine oyun dönemi olarak da adlandırılan 3-6 yaş arası dönemde egosentrik (benmerkezcil) düşünce hakim olduğundan çocuklar yaşadıkları travmatize edici olayların kendisi yüzünden gerçekleştiğini düşünebilirler ve suçluluk duyabilirler. 3-6 yaş arasında da 0-3 yaşa benzer şekilde uyku sorunları, irkilme, bakım verenden ayrıldığında aşırı tepki verme, korkular, oyunlarında travmatik temalar görülebilir (Zara, 2011).

6-12 yaş çocukların travmaya bağlı duygu ve düşüncelerini daha iyi ifade edebildikleri ve okula gittikleri dönemdir. Bu dönemin en önemli özelliklerinden biri travmanın psikolojik etkilerinin gözlemlenebildiği bir diğer ortam olan okulun devreye girmesidir. Travmaya maruz kalan çocuklarda okul başarısında düşme ve devamsızlık sık karşılaşılabilen durumlardır. Duygu ve düşüncelerini daha iyi ifade edebildikleri bu dönemde çocuklarda depresyon ve anksiyete belirtileri de sıklıkla görülebilmektedir. Ayrıca, uyku iştah problemleri, bedensel belirtiler (karın ağrısı, baş ağrısı), içe kapanma, suçluluk düşünceleri gibi belirtiler de görülebilir (Zara, 2011).

12 -18 yaş aralığındaki dönemde de benzer şekilde travma sonrasında akademik başarıda düşme görülebilir. Bu dönemde okulu bırakma, kurallara uymama, saldırgan davranışlar sergileme, suça yönelme, alkol ve madde kullanma gibi davranış sorunları ortaya çıkabilir. Ayrıca uyku ve yeme sorunları, içe kapanma, depresyon ve kaygı belirtileri, bedensel şikâyetler, intihar girişimi ve kendine zarar verici davranışlar bu dönemde diğer gelişim dönemlerine göre daha sık görülebilir (Zara, 2011).

10.3. Travmanın Etkileri

Ruhsal travmalar, yaşamın ilerleyen dönemlerinde ruhsal bozukluğun ortaya çıkması ve şiddetlenmesinde rol oynamaktadır. Travmanın yaşamın ilerleyen dönemlerindeki etkilerini anlamak için öncelikle stress-diyatez (yatkinlık) modelinin anlaşılması büyük bir öneme sahiptir. Stres psikolojide sıkıntı ve zorluk anlamında kullanılmaktadır. Diyatez ise yatkinlık anlamına gelmektedir. Fiziksel bir hastalık veya ruhsal bir bozukluğun ortaya çıkmasında stres ve yatkinlık önemli faktörlerdir. Bu yatkinlık ile stres faktörlerinin etkileşimi sonucunda kişide hastalık veya bozukluk ortaya çıkmaktadır (Lazarus, 1993). Örnek verecek olursak benzer genetik yatkinlığa sahip iki bireyden birinde Major Depresif Bozukluk gelişirken diğerinde gelişmeyebilir. Tek yumurta ikiz çalışmaları stress diyatez modelinin hastalık gelişimi ile ilgili öne sürdüğü teoriyi desteklemektedir. Aynı yatkinlığa sahip farklı ortamlarda büyütülen ikizlerden bir kısmı depresyon geliştirirken bir kısmında depresyon görülmemiştir. Burada unutulmaması gereken önemli bir nokta ise, her hastalığın ortaya çıkmasında stres ve yatkinlık arasındaki etkileşimin farklı olduğudur. Bazı hastalıkların ortaya çıkmasında stres daha ön plana çıkarken bazılarında ise yatkinlık ön plana çıkmaktadır. Örnek verecek olursak Travma Sonrası Stres Bozukluğu gelişiminde stress önemli iken Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun ortaya çıkmasında diyatez (yatkinlık) daha ön plana çıkmaktadır. Ayrıca, gelişim dönemlerine göre de hastalığın ortaya çıkmasında stres veya diyatez daha ön plana çıkabilir. Yetişkin dönemde depresyonun ortaya çıkmasında yatkinlık ön plana çıkarken çocukluk çağında depresyonun ortaya çıkmasında stres ön plana çıkabilmektedir (Martin ve ark., 2007). Stres-diyatez modelini aşağıdaki örnekteki gibi farklı miktarlarda dolu bardaklara benzetebiliriz. İlk bardak daha düşük yatkinlığa sahip ve stresle karşılaşınca bozukluk geliştirmezken ikinci bardak yüksek yatkinlığa sahip ve stresle karşılaşınca bozukluk geliştirmiştir.



Travmanın uzunlamasına birçok olumsuz sonucu olduğundan yukarıda da bahsedildi. Bu etkiler beyin gelişimin kritik dönemlerinde olduğunda ne yazık ki daha fazla olumsuz neticeleri beraberinde getirmektedir. Bireyler yaşamın birçok safhasında olumsuz yaşam olayları ve stres faktörleri ile karşılaşmaktadır. Kişinin stres veren olaylar karşısında psikiyatrik bir bozukluk geliştirmesinde beynin yapısal olarak sağlam olup olmaması çok büyük bir öneme sahiptir (Zoroğlu ve ark., 2001). Özellikle beyin gelişimin hızlı olduğu dönem olan gebelikten altı yaşına kadar ki dönem bu açıdan çok büyük öneme sahiptir. Bu dönem beynin çevresel etkilere çok daha açık olduğu bir dönemdir. Bu dönem içerisinde çocukla yapılan her aktivite beyin gelişimini desteklemektedir (Gatto ve Broadie, 2010). Tam tersi olarak çocuğun ihmali (uyaran almaması) ya da istismarı (olumsuz uyaran alması) ise beyin gelişimini olumsuz yönde etkilemektedir. Konunun daha iyi anlaşılması için beyni bir binaya benzetebiliriz. Her bir olumlu uyaran binaya bir tuğla koymak gibi binayı sağlamlaştırırken tam tersi uyarsızlık ya da her bir olumsuz uyaran ise binadan bir tuğla almak anlamına gelir. Tuğlalarla sağlamlaştırılmış bir bina büyük bir depremde bile yıkılmazken içi zayıf bir bina ise küçük bir depremde yıkılabilir. Çocukluk çağı travması olan bireylerde yaşamın ilerleyen dönemlerinde olumsuz bir yaşam olayı veya strese sebep olan faktörler ile karşılaştıklarında psikiyatrik bozukluk geliştirme ihtimalleri daha fazladır.

Çocukluk çağı travmaları içerisinde istismar olumsuz bir eylem sonrasında gelişen bir durumken ihmal ise eylemsizlik sonucu ortaya çıkan bir durumdur. İstismarın sıklığı daha çok ergenlik döneminde artarken ihmalin sıklığı erken çocukluk ve bebeklik döneminde daha fazladır. Bebeklik ve erken çocukluk dönemi beyin gelişiminin daha hızlı kritik bir dönemdir. Bu dönem içerisinde sinaps (sinir hücreleri arasındaki bağlantılar) ve miyelin (sinir hücresinin aksonun kılıfı) oluşumu ve beyin bölgeleri arasındaki yolların gelişimi çok daha hızlıdır. Bu dönem içerisinde kullanılmayan ve zayıf sinapslar sinapslar budanırken aynı zamanda yeni sinaps bağlantıları oluşur (Jiang ve ark., 2016). Bu dönem beynin çevresel etkilere çok açık olduğu bir dönemdir (Karayağmurlu ve ark., 2019). Çevresel faktörler içerisinde sosyal uyaranlar ve bununla ilişkili öğrenim ve

kazanımlar çok büyük bir öneme sahiptir. Beynin aldığı her bir uyaran yeni sinaps bağlantılarının oluşumuna neden olurken uyaransızlık ise yeni bağlantılar kurulamamasına beyin yapısının ve yollarının gelişmemesine neden olur. Gelişimin kritik olduğu bu dönemde öğrenme sinaps oluşumu ve sinaps budaması yoluyla oluşur (Gatto ve Broadie, 2010; Jiang ve ark., 2016). Bu konuda alanda yapılan en önemli çalışmalardan biri de Romanyalı yetim çocuklar üzerinde yapılan çalışmadır. İhmale uğramış roman yetimlerinde normal bireylere göre beyin gelişiminin anlamlı dercede olumsuz etkilendiği bulunmuştur (Chugani ve ark., 2001). Her ne kadar tanımı itibarıyla olumsuz bir eylem (istismar) bir eylemsizliğe (ihmal) göre daha büyük bir travma olarak algılsa da burada ihmali yalnızca bir eylemsizlik olarak görmemeliyiz. İhmal gelişimin kritik dönemlerinde önemli neticeleri olması nedeniyle istismar gibi çok önemli bir travmadır. Bilimsel yazın da bu eylemsizliğin (ihmalin) çok büyük ve olumsuz bir eylem olduğu görüşünü desteklemektedir. Günlük hayattaki basit bir eylemsizlik bile çok önemli sonuçlara neden olurken gelişimin kritik olduğu dönemdeki uzun süreli bir eylemsizlik çok büyük sorunlara neden olabilir. Örnek verecek olursak bir uçağın bir yere ulaşması için birçok şartın bir arada olması gerekirken uçağın hedefe ulaşmaması için yalnız bir şartın yerine getirilmemesi yeterli bir sebeptir (yakıt takviyesinin yapılmaması gibi). İhmal de bir eylemsizlik durumu olmasıyla birlikte çok önemli sonuçlara neden olmaktadır. Bu yüzden çok önemli bir travmadır.

Çocukluk çağı travmaları beyinde birçok değişikliğe neden olur. Beynin korku ile ilgili bölgesi olan amigdalada aktivite artışına neden olur. Beynin duygudurum düzenleme ile ilgili bölgesi olan medial prefrontal korteks ile ilgili yolların gelişimini olumsuz yönde etkiler ve çocukluk çağı travmalarına maruz kalan kişilerde duygudurum düzenlemesi daha zayıf olur. Beynin en esnek bölümlerinden biri olan hipokampus de travmadan etkilenmektedir. Travma sonrasında psikiyatrik bozukluk gelişme bile hipokampal bölgede küçülme olduğu gösterilmiştir. Bu bölgedeki küçülme 3-6 ve 9-11 yaş arasındaki dönemlerde daha belirgindir. Hipokampal bölgenin özellikle bu dönemlerde küçülmesi bu dönemlerin gelişimsel travma açısından kritik dönemler olduğunu göstermektedir. Travmaya maruz kalan bireylerde bir takım hormonal değişiklikler de meydana gelmektedir. Bunlardan en belirgin olanı kortizol sistemi üzerindeki değişikliklerdir. Travmanın akut döneminde kortizol yanıtı yüksekken travmanın etkilerinin devam ettiği kronik dönemde kortizol yanıtı düşer. Özellikle travmanın akut döneminde travmaya verilen kortizol yanıtı (hiperkortizolemi) psikiyatrik bozukluk ortaya çıkması açısından koruyucudur. Anne bakımının kaliteli ve yüksek olması da kortizol yanıtın artmasına yardımcı olmaktadır (Fırat ve Bora, 2012).

Vaka Örnekleri

Bu bölümde Prof. Dr. Medaim Yanık'ın "Çocuk Yetiştirirken Travmatik Yanlışlar" isimli eserinin "Çocuğu İhtiyaçları Açısından İhmal Etmek" bölümünden birkaç vaka örneği sunulacaktır.

Tanım

Çocuk olmak bakılmayı, ihtiyaçlarının anne-babası tarafından giderilmesini gerektirir. İhtiyaçları giderilmeyen bir çocuk bu durumu sevilmemek ve önemsenmemek olarak algılar.

Vaka 1

"Çocukken annem bana karşı ilgisizdi. İlkokulda bile beni okula hazırlamazdı. Okula kendi başıma hazırlanıp gitmem gerekir gibi davranırdı. Bir gün ilkokula giderken iç çamaşırı giymeyi unuttuğum. Sınıfta benimle dalga geçtiler. İçime kapanık bir çocuk oldum. Okul boyunca neredeyse kimse ile oynamadım. Aşırı hayal kurmaya başladım. Hayalimde kraliçe oluyordum."

Vaka 2

"Ben çocukken bizim ev acayıptı. Evde kaos vardı. Annem sürekli arkadaşlarıyla kâğıt oynamaya giderdi. Abim beni döverdi. Annem bir şey yokmuş gibi davranırdı. Babam askerdi. İlgisiz bir adamdı. Evde kendi başımaydım. Her işimi kendim görmeye çalışırdım."

Vaka 3

"Annem çok depresif biriydi. Babamla anlaşamazdı. Üzgün olduğunda da kendini odasına kapatırdı. Ben ve iki küçük kardeşim âdeta kendi başımıza büyüdük. Hatta ben onlara annelik yapmaya başladım. Çocukken anne yerine geçmek hiç hoş bir şey değil. Annem hâlen aynı durumda. Bıktım bu hâlden."

Öneri

Çocuklarınızın ihtiyaçlarının farkında olun ve bu ihtiyaçları giderin. Evdeki büyük çocuğun sizin yerinize annelik yapıp kendi çocukluğunu unutmamasına izin vermeyin. Anne annedir, çocuk çocuktur (Yanık, 2019).

10.4. Travmaya Karşı Koruyucu Ruh Sağlığı Müdahaleleri

Kitabımızın birçok yerinde de belirtildiği gibi koruyucu yaklaşımlar birincil, ikincil ve üçüncül koruma olmak üzere üç başlıkta ele alınır. Birincil koruma, travma yaşanmadan önce alınan önlemleri kapsar. Kanuni düzenlemeler, örgütlenmeler, travmayı önlemeye yönelik psikoeğitim programları gibi faaliyetler birincil koruyucu yaklaşımlardır. Travmayla karşılaştıktan sonra kronikleşmesini önlemek için yapılan müdahaleler ise ikincil koruyucu yaklaşımlardır. İkincil koruyucu müdahalelerde kritik nokta riskli grubun erken tanınması ve müdahale edilmesidir. Üçüncül koruma ise travma sonrası ruh sağlığı sorunları kronikleşen hastaların rehabilitasyon hizmetlerini içermektedir. Bu bölümde daha çok birincil koruyucu yaklaşımlar ele alınacaktır (Aker ve ark., 2011).

Pek çok çalışmada cinsel istismarın önlenmesinde en etkili yöntemin cinsel istismarı önlemeye yönelik psikoeğitim programları olduğunu belirtilmiştir. Bu koruyucu programlar için dikkat edilmesi gereken en önemli nokta programın içeriğinin tek boyutlu bir yaklaşımdan ziyade çocuk, ebeveyn, öğretmen, potansiyel istismarcı gibi bütün boyutlarıyla ele alınması ve bütüncül bir yaklaşım içerisinde programın uygulanmasıdır (Daro ve Salmon, 1994).

Psikoeğitimin çocuklara yönelik ayağında dikkat edilmesi gereken bazı önemli noktalar bulunmaktadır. İlk olarak çocuklara vücudun kısımları ve özel bölgelerden bahsedilmelidir. Sonrasında bu özel bölgelerin bazı özel durumlar dışında (hastayken doktor, banyo yaparken ebeveyn) kimsenin göremeyeceği konusunda bilgilendirilmelidir. İyi dokunuş ve kötü dokunuşun ne olduğunu anlatılmalıdır. İyi bir dokunuшта neler hissedileceği, kötü bir dokunuшта neler hissedileceği konusunda çocuk bilgilendirilmelidir. Bedeni ile ilgili sır tutmaması gerektiği ve bunu güvende hissettiği bir yetişkine anlatması gerektiği ifade edilmelidir. Bedeni ile ilgili yaşadığı olumsuz bir olayı söylemesinin asla başını derde sokmayacağı anlatılmalıdır. Kendisini kötü hissettiren şeylere dur demesinin önemi, istismar durumunda oradan kaçmanın gerekirse kendini nasıl savunacağı anlatılmalıdır. İyi biri olduğuna inandığı bir kişinin de kendisine zarar verme ihtimali olduğu aktarılmalıdır. Güvendiği bir yetişkin olmadan güvenli olup olmadığını bilmediği yerlere (başkasının arabasına binme, evine gitme) gitmemesi gerektiği çocuğa ifade edilmelidir (Finkelhor, 1986).

Psikoeğitimin aileye yönelik ayağında aileye sadece cinsel istismar hakkında bilgilendirmek yeterli olmayacaktır. Aynı zamanda ailenin çocukla ilgili sorumlulukları, aile içi etkileşim, iletişim becerileri gibi konular da ele alınmalıdır. Ayrıca çocuğun cinsel istismara maruz kalması durumunda ailenin nasıl bir yaklaşım sergileyeceği ile ilgili de ailelerin bilgilendirilmesi psikoeğitimin bir parçası olmalıdır (Daro, 1994; Finkelhor, 2009). Öğretmenlerin de önleme programlarının içerisinde olması birincil önlemenin etki boyutunun artırılması konusunda önemli miktarda katkı sağlamaktadır. Bu eğitim programları sayesinde öğretmenlerin çocukların korunması konusunda bilgi ve beceri düzeylerinin belirgin olarak arttığı bulunmuştur (Kleemeier ve ark., 1988).

Çocuk ihmalini önlemeye yönelik programlarda ebeveynlerin iletişim becerilerinin geliştirilmesi, ebeveynlere uygun ve tutarlı disiplin yaklaşımları ve pozitif ebeveynlik becerilerinin kazandırılması, çocuğun fiziksel ve duygusal ihtiyaçlarını nasıl karşılayacaklarının öğretilmesi gibi ebeveynlik becerilerini güçlendirici yaklaşımlar uygulanmaktadır (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2014). Ayrıca çocuk ihmalini önleme programlarının içeriğinde ihmalinin kısa ve uzun vadede sonuçları ile ilgili okul, çocuk ve ebeveynlere yönelik psikoeğitim seansları bulunmalıdır.

Çocuklar için hem fiziksel hem de psikojik açıdan travma olan bir diğer durum ise istenmeyen yaralanmalar ve doğal afetlerdir. İstenmeyen yaralanmalar özellikle okul öncesi dönemde çocuk ölümlerinin en önemli nedenlerinden biridir. Bu yaralanmaların önlenmesinde risk faktörleri ve buna yönelik önlemlerin alınması büyük öneme sahiptir. Ayrıca sık görülen istenmeyen yaralanmalar ile ilgili bütüncül bir psikoeğitim verilmesi de önemli bir gerekliliktir. Çocukla ilgili risk faktörlerini değerlendirdiğimizde erkek çocuk olması, yaş aralığının 1-4 olması, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) tanısının bulunması, çocuğun mizaç özellikleri, dürtüsel bir karaktere sahip olması ön plana çıkan risk faktörleridir. Özellikle çocukla ilgili risk faktörleri içerisinde DEHB çocukluk çağında en sık görülen ruh sağlığı sorunu olması nedeniyle ön plana çıkmaktadır (Dursun ve ark., 2019). DEHB istenmeyen yaralanmaların daha şiddetli olmasına ve daha fazla sayıda tekrarlayan yaralanmalara neden olması nedeniyle önemli bir konudur (Karayağmurlu ve ark., 2018; Karayağmurlu ve ark., 2019; Karayağmurlu ve ark., 2019). Ebeveynle ilişkili risk faktörlerine bakıldığında, ebeveynin çocuk üzerinde yeterli denetim ve gözetimde bulunmaması, düşük sosyoekonomik seviye, ailenin işlevselliğini bozan stres faktörleri ön plana çıkmaktadır. Çevre ile ilgili olarak bakıldığında ise, çocuğun oyun oynadığı ortamlarda sıklıkla daha fazla kaza riski bulunduğu tespit edilmiştir. İstenmeyen yaralanmalar en fazla ev ve okul alanlarında gerçekleşmektedir. İstenmeyen yaralanmalar içerisinde en sık görülen kaza türü birçok çalışmada düşme olarak tespit edilmiştir. Düşme ilk olarak emeklemeyle birlikte yatakta başlar. Yataklara koruyucu konulması ve yine pencerelere ve balkon kapılarına emniyet kilidi konulması gerekebilir. Bulunduğunuz evdeki pencere kilidi ve balkon korkuluğunun seviyesinin standartlara uygun olup olmadığı kontrol edilmelidir. Çocuğun düşme ihtimali olan yerlerde keskin eşya bırakılmamalıdır. Düşme ihtimali olan gardrop, resim gibi eşyaların sabitlenmesine dikkat edilmelidir. Yürüteç kullanımı yürümenin hızlanması için bir katkı sağlamadığı gibi düşme riskini de artırmaktadır. Kullanılması tavsiye edilmemektedir. Bir diğer önemli istenmeyen yaralanma yanıktır. Çocuklar okul öncesi dönemde bilişsel olarak tam olarak nelerin tehlikeli davranışlar olabileceğini bilemeyebilirler. Aniden çektiği bir eşyanın sıcak olabileceğini ve onu yakabileceğini düşünemeyebilir. Sıcak eşyaların çocukların uzanamayacağı yerlere konulması, tezgahta çocukların uzanamayacağı ocakların kullanılması, su ısıtıcılarında sıcak su bırakılmaması, sıcak ev aletlerinin (ekmek kızartma makinesi, ütü, tost makinesi) yakınlarında çocukların bulundurulmaması çok önemlidir. Emeklemeyle birlikte çocuklar için ortaya çıkan bir diğer risk ise boğulmadır. Özellikle tuvalet ve banyoların kapılarının kapalı olması, ev içerisinde su dolu derin kovaların bulundurulmaması çok önemlidir. Boğulma çocuğun

suyun tehlikesini sıcak kadar bilememesi ve yardım isteyememesi nedeniyle ölümcül sonuçlara da neden olabilir. Bir diğer önemli istenmeyen kaza ise yabancı cisim yutulmasıdır. Özellikle çocuğun yutabileceği küçüklükte lego, para, küpe, vida, fındık, fıstık gibi nesnelerin yerde bırakılmaması çok önemlidir (Yıldırım ve Kublay, 2016; Chordas, 2005; Morrongiello ve ark., 2004).

İstenmeyen yaralanmalar dışında çocuklar için travma oluşturabilecek bir diğer durum ise pandemi, sel, deprem gibi doğal afetlerdir. Bu tür doğal afetlerde genel olarak afetin türüne göre çocuğun yaşına uygun bir şekilde çocuğun bilgilendirilmesi, çocuğun özbakımının sağlanması ve günlük rutinlerine devam etmesi konularında çocuk ve aileye psikoeğitim verilmelidir. Ayrıca yaşadığı afetle ilgili duygu ve düşüncelerini ifade edebilmesi için çocuğa yardımcı olunmalıdır.

Travma yaşayan kişiler olay sonrasında yaşadıkları sıkıntıyı azaltmak için farklı baş etme stratejilerini kullanabilirler. Burada travmada kullanılan baş etme stratejileri (ayrı bir başlıkta değerlendirilmesi gereken farklı ve uzun bir konu olması nedeniyle) kısaca ele alınmıştır. Travma karşısında uygulanan baş etme stratejilerinin uygunluğu dikkat edilmesi gereken önemli bir noktadır. Travma karşısında uygun baş etme stratejileri geliştiren bireylerde ruh sağlığı sorunları gelişme ihtimali, uygun baş etme stratejileri geliştiremeyen bireylere göre çok daha düşüktür. Travmatik olaylardan sonra okula devam etmek, sevdiği bir şarkıyı mırıldanmak, dua etmek, bir takım işlerle uğraşmak, başkalarına yardımcı olmak, sorunları üzerine düşünüp bunları paylaşmak uygun baş etme stratejileri iken evden çıkmamak, okula gitmemek ve madde kullanımı uygun olmayan baş etme stratejileridir (Lazarus ve Folkman, 1984).

Travma sonrasında duygusal ve davranışsal problemler yaşayan çocuk ve ergenlere travmayla ilgili psikoeğitim vermek de riskli grupta koruyucu ruh sağlığı müdahalelerinin önemli bir parçasıdır. İnsanın bildiği bir şehirden çıkması bilmediği bir şehirden çıkmasından çok daha kolay olduğu gibi ruhsal bir sorunun tam olarak anlaşılması da bozukluğun üstesinden gelmek adına çok önemlidir. İnsanlar yaşadığı ruhsal sorunların nedenini bilmek isterler. Bu nedenle de ruhsal bozuklukların psikoeğitimi çok önemlidir. Muhtemel nedenleri uzman bir kişiden öğrenmek bile çoğu zaman koruyucu ya da tedavi edici olabilir.

Gün içerisinde travmaya bağlı sıkıntıları azaltmak için uygulanabilecek diğer teknikler ise nefes ve gevşeme egzersizleridir. Gevşeme egzersizlerinde kişiye büyük kas gruplarını sistemli ve sıralı bir şekilde kısa süre kasıp yavaş yavaş gevşetmesi önerilir. Burada en önemli kas grubu yüz kaslarıdır. Yüz kaslarının kasıp gevşetilmesi çok önemlidir. Gevşeme egzersizlerinde ise kişiye nefesini yavaşça içine alıp (3 sn kadar), içinde tutması ve yine yavaşça nefesini dışarı vermesidir. Günde 3 defa yapılması önerilir.

Uygulamalar

Bu bölümde tahta blokları ile yapılmış bir jenga kulesi oluşturmanızı istiyoruz. Jenga oyununda normalde tahta blokları üçer üçer birbirine dikey şekilde paralel uzanarak dizilir. Ancak bizim oyunumuzda jenga kulesini bir sıra üç tahta blok bir sıra da iki tahta blok şeklinde dizmenizi istiyoruz. Oyuna Giriş bölümde öğrendiğiniz bilgiler ışığında aşağıda belirtilen listeye göre risk faktörlerini, koruyucu faktörleri farklı kağıtlara yazıp görülmeyecek şekilde katlamazın istiyoruz. Oyun iki farklı tahta blokla iki yarışmacı tarafından oynanır. Oyuncular sıra ile yazılı kağıtlardan bir tanesi çeker. Eğer okuduğu kağıt koruyucu bir faktör ise kendi jenga kulesine bir tahta blok daha ilave ederek kulesini güçlendirir; eğer çektiği kağıt bir risk faktörü ise kendi kulesinden bir tahta blok çıkartır. Yarışma bir oyuncunun kulesi yıkılana kadar devam eder.

Risk Faktörleri	Koruyucu faktörler
Gebelikte sigara kullanımı	Gelişimsel görevleri başarma
Ergen gebeliği	Anne baba birlikteliği
Erken doğum	Anne babının fiziksel ruhsal açıdan sağlıklı olması
Doğumda uzun süre kuvezde bakım öyküsü	Okula devam etme
Cinsel istismar	Akademik başarı
Fiziksel istismar	Spor yapma
Duygusal istismar	İyi ebeveynlik becerileri
Fiziksel ihmal	
Duygusal ihmal	
Travmatik kaza	

Anne kaybı	
Aile içi çatışma	
Düşük sosyoekonomik düzey	
Annede depresyon	
Babada madde bağımlılığı	
Zorbalığa maruz kalma	

Bölüm Özeti

Çocukluk çağı travmaları ruh sağlığı açısından çok önemli bir konudur. Toplum içerisinde sık görülür. Yaşamın ilerleyen dönemlerinde diğer ruhsal bozuklukların ortaya çıkmasında önemli bir rolü vardır. Çocukluk çağı travmalarının gelişim dönemlerine göre farklı etkileri bulunmaktadır. Çocukluk çağı travmaları olarak değerlendirdiğimiz ihmal ve istismar dışında doğal felaketler, kazalarda çocuklar için önemli travmalardır. Çocukluk çağı travmalarının olumsuz etkilerinden çocuklarımızı korumak için koruyucu ruh sağlığı müdahaleleri önemli bir yere sahiptir. Travma gerçekleşmeden travmanın önlenmesi hem yaşamın ilerleyen dönemlerinde ruh sağlığı sorunu gelişim riskini azaltır hem de tedavi maliyetini azaltır. Travma geliştikten sonraki travmaya bağlı ruh sağlığı sorununun tedavi maliyeti koruyucu müdahalelerin tedavi maliyetine göre çok daha yüksek ve etkinliği çok daha düşüktür.

Kaynakça

- Aker, A. T., Üzer, P. N. ve Şentürk, P. G. (2011). Koruyucu psikiyatri açısından ruhsal travma. Türkiye Klinikleri Psikiyatri-Özel Konular, 4(4), 32-35.
- Aker, T. ve Önder, M. (2003). Psikolojik Travma ve Sonuçlar. Ankara: 5us Yayınları
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Beşinci Baskı). Washington: American Psychiatric Association.
- Brown, G. R. ve Anderson, B. (1991). Psychiatric morbidity in adult inpatients with childhood histories of sexual and physical abuse. American journal of Psychiatry, 148(1), 55-61.
- Carlson, E. B. ve Dalenber, C. J. (2000). A conceptual framework for the impact of traumatic experiences. Trauma, violence, & abuse, 1(1), 4-28.
- Çelik, F. G. H. ve Hocaoglu, Ç. (2018). Çocukluk Çağı Travmaları: Bir Gözden Geçirme. Sakarya Tıp Dergisi, 8(4), 695-711.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2014). Understanding child maltreatment. Erişim adresi: <http://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/cm-factsheet-a.pdf>
- Chen, E., Zeltzer, L. K., Craske, M. G. ve Katz, E. R. (2000). Children's memories for painful cancer treatment procedures: Implications for distress. Child development, 71(4), 933-947.
- Chordas C. (2005). Health promotion of the toddler and family. St Louis: Wong's essentials of pediatric nursing.
- Chugani, H. T., Behen, M. E., Muzik, O., Juhász, C., Nagy, F. ve Chugani, D. C. (2001). Local brain functional activity following early deprivation: a study of postinstitutionalized Romanian orphans. Neuroimage, 14(6), 1290-1301.
- Cohen, J. A. ve Scheeringa, M. S. (2009). Post-traumatic stress disorder diagnosis in children: challenges and promises. Dialogues in clinical neuroscience, 11(1), 91.
- Daro, D. A. (1994). Prevention of child sexual abuse. The Future of Children, 198-223.
- Daro, D. ve Salmon-Cox, S. (1994). Child Sexual Abuse Prevention Programs-Do They Work?. National Resource Center on Child Abuse and Neglect.
- Dursun, O. B., Esin, İ. S., Akıncı, M. A., Karayağmurlu, A., Turan, B. ve Özhan Aşıkhasanoğlu, E. (2020). The prevalence of childhood mental disorders in different habitations: are we underestimating their prevalence in rural areas?. Nordic journal of psychiatry, 74(3), 201-207.
- Fidan, T. ve Özcivit B. (2000). Koray Karabekiroğlu (Ed). Travma Sonrası Stres Bozukluğu. Bebek Ruh Sağlığı 0-4 Yaş Temel Kitabı. Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği Yayınları, Ankara.
- Finkelhor, D. (1986). Prevention: A review of programs and research. A sourcebook on child sexual abuse, 224-254.
- Finkelhor, D. (2009). The prevention of childhood sexual abuse. The future of children, 169-194.
- Firat, S. ve Baskak, B. (2012). Gelişimsel travmanın uzun dönem etkileri ve bunlara aracılık eden nörobiyolojik mekanizmalar. Kriz Dergisi, 20(1-3), 25-41.
- Gatto, C. L. ve Broadie, K. (2010). Genetic controls balancing excitatory and inhibitory synaptogenesis in neurodevelopmental disorder models. Frontiers in synaptic neuroscience, 2, 4.

- Gilbert, R., Widom, C. S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E. ve Janson, S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The lancet*, 373(9657), 68-81.
- Hussey, J. M., Chang, J. J. ve Kotch, J. B. (2006). Child maltreatment in the United States: Prevalence, risk factors, and adolescent health consequences. *Pediatrics*, 118(3), 933-942.
- Jiang, X. ve Nardelli, J. (2016). Cellular and molecular introduction to brain development. *Neurobiology of disease*, 92, 3-17.
- Kara, B., Biçer, Ü. ve Gökalp, A. S. (2004). Çocuk istismarı. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 47(2), 140-51.
- Karayağmurlu, A., Aytaç, İ. ve Gülşen, S. (2019). Relationship between otorhinologic trauma and Attention Deficit Hyperactivity Disorder symptoms in children. *International journal of pediatric otorhinolaryngology*, 120, 89-92.
- Karayağmurlu, A., Dursun, O. B., Esin, İ. S. ve Coşkun, M. (2019). Serum NGF levels may be associated with intrauterine antiepileptic exposure-related developmental problems. *Epilepsy & behavior : E&B*, 97, 60-66.
- Karayagmurlu, A., Gokcen, C., Isik, M., Pamukcu, U. ve Dursun, O. B. (2019). Relationship between traumatic orthopedic injuries and attention deficit hyperactivity disorder symptoms in children. *Medicine*, 8 (3), 545-8
- Karayagmurlu, A., Karayagmurlu, E. ve Gokcen, C. (2018). Osteogenesis imperfecta and attention deficit hyperactivity disorder: A rare combination. *Medicine*, 7(1), 232-4.
- Kleemeier, C., Webb, C., Hazzard, A. ve Pohl, J. (1988). Child sexual abuse prevention: evaluation of a teacher training model. *Child Abuse & Neglect*, 12(4), 555-561.
- Lazarus, R. S. (1993). From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Annual review of psychology*, 44(1), 1-22.
- Lazarus, R. S. ve Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer publishing company.
- Lewis, M. E. (2002). *Child and adolescent psychiatry: A comprehensive textbook*. Lippincott Williams & Wilkins Publishers.
- Martin, A., Volkmar, F. R., ve Lewis, M. (Ed). (2007). *Lewis's child and adolescent psychiatry: a comprehensive textbook*. Lippincott Williams & Wilkins Publishers.
- Morrongiello, B. A., Ondejko, L. ve Littlejohn, A. (2004). Understanding toddlers' in-home injuries: I. Context, correlates, and determinants. *Journal of pediatric psychology*, 29(6), 415-431.
- Örsel, S., Karadağ, H., Kahiloğulları, A. K. ve Aktaş, E. A. (2011). Psikiyatri hastalarında çocukluk çağı travmalarının sıklığı ve psikopatoloji ile ilişkisi. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 12(2).
- Özdemir, D. F. (2010). Cinsel istismar ve çocuk ruh sağlığı. *Katkı Pediatri Dergisi*, 32(5), 569-582.
- Öztürk, M. O. ve Uluşahin, A. (2014). Ruh sağlığı ve bozuklukları. *Nobel Tıp Kitabevleri*.
- Pereda, N., Guilera, G., Forns, M. ve Gómez-Benito, J. (2009). The international epidemiology of child sexual abuse: A continuation of Finkelhor (1994). *Child abuse & neglect*, 33(6), 331-342.
- Putnam, F. W. (2003). Ten-year research update review: Child sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(3), 269-278.
- Scannapieco, M. ve Carrick, K. C. (2004). Families in poverty: Those who maltreat their infants and toddlers and those who do not. *Journal of Family Social Work*, 7(3), 49-70.
- Silverman, A. B., Reinherz, H. Z. ve Giaconia, R. M. (1996). The long-term sequelae of child and adolescent abuse: A longitudinal community study. *Child abuse & neglect*, 20(8), 709-723.
- Taner, Y. ve Gökler, B. (2004). Çocuk istismarı ve ihmali: Psikiyatrik yönleri. *Acta Medica*, 35(2), 82-86.
- World Health Organization. (1999). Report of the consultation on child abuse prevention, 29-31 March 1999, WHO, Geneva (No. WHO/HSC/PVI/99.1). World Health Organization.
- Yanık, M. (2019). *Çocuk Yetiştirirken Travmatik Yanlışlar*. İstanbul: Erdem Yayınları
- Yıldırım, N. ve Kublay, G. (2016). 1-4 yaş çocuklarına yönelik ev kazalarını önleme programının etkinliği. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 3(2), 1-13.
- Zara, A. (2011). *Krizler ve travmalar. Yaşadıkça psikolojik sorunlar ve başa çıkma yolları içinde*, (91-119. ss.). İstanbul: İmge Yayınları
- Zoroglu, S. S., Tüzün, Ü., Sar, V., Öztürk, M., Kora, M. E. ve Alyanak, B. (2001). Çocukluk dönemi istismar ve ihmalinin olası sonuçları/Probable results of childhood abuse and neglect. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2(2), 69.

Ünite Soruları

1. I. Yaşanılan olumsuz olayın bir süreye yayılarak değil de kısa bir zaman içerisinde meydana gelmesi (anilik)
- II. Mevcut olumsuz yaşam olayı ile kişinin baş edemeyeceği ve kontrolü kaybedeceğine dair öznellik algısı (kontrol edilebilirlik)
- III. Olayın kişiye fiziksel/duygusal olarak acı vermesi ya da ileride acı verme ihtimali olduğu algısı (olumsuzluk)

Olumsuz bir yaşam olayının travmatik hale gelmesi için yukarıdaki özelliklerden hangilerine sahip olması gerekir?

- A) I, II
- B) I, II, III
- C) Yalnız II
- D) II, III
- E) I, III

2. Aşağıdakilerden hangisi çocukluk çağı travmaları kategorisinde yer almaz?

- A) Cinsel istismar
- B) b) Fiziksel İstismar
- C) c)Duygusal İstismar
- D) Fiziksel İhmal
- E) e) Fiziksel yaralanmalar

3. Aşağıdakilerden hangisi fiziksel istismarın özelliklerinden değildir?

- A) Kendisinden en az 5 yaş büyük bir kişi ya da kendisinden 2 yaş büyük bir aile bireyi tarafından saldırıya maruz kalınmış olması.
- B) Olayın etkilerinin en az 48 saat sürmesi ve fiziksel hasara yol açması
- C) Olayın çocuk tarafında kardeş kıskançlığı gibi bir aile içi çatışma olarak algılanmaması
- D) Onur kırıcı, kasdi bir eylem olması
- E) Çocuğun yaşadığı olaydan sık sık bahsetmesi

4. Cinsel istismar ile ilgili aşağıdaki ifadelerden hangisi doğrudur?

- A) Cinsel istismar, “henüz cinsel gelişimini tamamlamamış bir çocuk veya ergenin, bir yetişkin tarafından cinsel arzu ve gereksinimlerini karşılamak amacıyla güç kullanılarak veya kandırma ya da tehdit yolu ile kullanılması” olarak tanımlanır.
- B) İstismarı gerçekleştiren kişi çocuk / ergen ile kan bağı bulunan ya da çocuk / ergene bakmakla yükümlü birisi ise bu durum ensest olarak tanımlanır.
- C) Çocuk / ergenin cinsel aktivitede bulunan kişi yetişkin değilse eğer iki çocuk arasındaki yaş farkı 4 ve üstündeyse ve küçük çocuk büyük olan tarafından ikna veya zorlama ile haz amacı ile cinsel aktiviteye maruz bırakılmışsa cinsel istismar olarak değerlendirilir.
- D) Cinsel istismar, cinsel ilişkiye teşebbüs, genital ya da anüs bölgesi ile doğrudan temas, kıyafetler üstünden temas, teşhircilik, çocukları yetişkinlerin cinsel aktivitelerine maruz bırakma, porno izletmek gibi pek çok şekilde olabilmektedir.
- E) Hepsi

5. Çocukluk çağı travmalarının gelişim dönemlerine göre etkileri ile ilgili aşağıdaki ifadelerden hangisi söylenemez?

- A) Çocukluk çağı travmalarının etkileri gelişim dönemlerine göre farklılık göstermektedir.
- B) Bir çocuğun 18 ay öncesi yaşadığı bir travma ile ilgili otobiyografik bellekte bir anıyı hatırlaması ve sözel olarak ifade etmesi nadir bir durumdur.
- C) 0-3 yaş döneminde travmaya maruz kalan çocuklarda uyku problemleri, gece korkuları, oyunlarında travmatik temalar görülebilir.
- D) Kazanılmış becerilerde kayıp erken çocukluk çağı (0-6 yaş) travmalarından ziyade 6-18 yaş arası yaşanan travmalarda görülür.
- E) Çocuklar, üç yaşından sonra yaşadıkları travmatik olayı daha iyi hatırlıyor olsalar bile dil gelişimlerini tam olarak tamamlamadıkları için yaşadıkları olayları tam olarak ifade edemeyebilirler

6. Aşağıdaki ifadelerden hangisi doğru değildir?

- A) Çocukluk çağı travmaları yaşamın ilerleyen dönemlerinde pek çok ruhsal bozukluğun ortaya çıkması ile ilişkili bulunmuştur.
- B) Beyin gelişimin hızlı olduğu dönem olan gebelikten altı yaşına kadar olan dönem travmanın uzunlamasına etkileri için büyük öneme sahiptir.
- C) İhmal bir eylemsizlik olarak görülse de sonuçları çok büyük bir eylemdir.
- D) İhmal bir travma değildir.
- E) Çocukluk çağı travmaları beyinde önemli kalıcı yapısal değişikliklere neden olur.

7. I. Travma için birincil koruma programlar, travma yaşanmadan önce yapılan koruyucu müdahale programlarını kapsamaktadır.

II. Travmayla karşılaştıktan sonra kronikleşmesini önlemek için yapılan müdahaleler ise ikincil koruyucu yaklaşımlardır.

III. Üçüncül korumaya travma sonrası ruh sağlığı sorunları kronikleşen hastaların rehabilitasyon hizmetlerini içermektedir.

Yukarıdaki ifadelerden hangileri doğrudur?

A) I, II, III

B) I, II

C) Yalnız II

D) II, III

E) I, III

8. Aşağıdaki ifadelerden hangisi doğrudur?

A) Çocukluk çağı travmalarını en etkili ve en az maliyetli yöntem travmaya karşı birincil koruyucu müdahale yaklaşımlarıdır.

B) Birincil koruyucu müdahale programlarında tek boyutlu sadece çocuğu içeren programlar daha etkilidir.

C) Çocuklara cinsel istismar ile ilgili bilgi verirken özel bölge, iyi dokunuş ve kötü dokunuş gibi kavramların üstü kapalı bir şekilde ifade edilmeli.

D) Birincil koruyucu müdahale programlara genellikle ergenlik döneminde başlanılmalı.

E) Aileye yönelik psikoeğitim programlarında yalnızca çocukluk çağı travmaları ile ilgili kavramlar anlatılmalı.

9. Çocukluk çağı travmaları ile ilgili çok boyutlu birincil koruyucu program hazırlarken programa hangisinin dahil edilmesi gereklidir?

A) Çocuk veya ergen

B) Öğretmen ve okul personeli

C) Ebeveyn

D) Potansiyel istismarcı

E) Hepsi

10. Aşağıdakilerden hangisi çocukluk çağı yaralanmaları için dikkat edilmesi gereken bir önlem değildir?

A) Yataklara koruyucu konulması ve yine pencerelere ve balkon kapılarına emniyet kilidi konulması

B) Çocuğun düşme ihtimali olan yerlerde keskin eşya bırakılmaması

C) Yürümeden önce yürüteç kullanılması

D) Sıcak eşyaları çocukların uzanamayacağı yerlere konulması, ocaklarda çocukların uzanamayacağı bölmelerin kullanılması, çok yüksek sıcaklıkta su ısıtıcılarında su bırakılmaması, sıcak ev aletlerinin (ekmek kızartma makinesi, ütü, tost makinesi) yakınlarında çocukların bulundurulmaması

E) Tuvalet ve banyoların kapılarının kapalı olması, ev içerisinde su dolu derin kovaların bulundurulmaması

CEVAP ANAHTARI

1. b 2. e 3. e 4. e 5. d 6. d 7. a 8. a 9. e 10. c