

ÇOCUK GELİŞİMİNE ÇOK BOYUTLU BAKIŞ

Editörler

Dr. Öğr. Üyesi Nurten ELKİN, Dr. Öğr. Üyesi Talat SARIKAVAK



ISTANBUL
GELİŞİM
ÜNİVERSİTESİ

Çocuk Gelişimine Çok Boyutlu Bakış

Editörler

Dr.Öğr. Üyesi Nurten ELKİN, Dr. Öğr. Üyesi Talat SARIKAVAK



İstanbul Gelişim Üniversitesi (İGÜ) Sağlık Bilimleri Fakültesi (SBF) Yayın Kurulu'nun incelemesi ve SBF Dekanlığı'nın 08.08.2023 tarih ve E-27933507-824.01.02-97642 sayılı yazısı, İGÜ Yayın Kurulu'nun incelemesi ve Yayın Kurulu Başkanlığı'nın 22.09.2023 tarih ve E-65460130-824.01.02-102511 sayılı yazısı ve nihai aşama olan İGÜ Yönetim Kurulu'nun 27.09.2023 tarihinde gerçekleştirilen 2023/17 sayılı toplantısında alınan 12 nolu karar uyarınca Üniversitemiz Yayınevi tarafından yayımlanmasına karar verilmiştir.

© İstanbul Gelişim Üniversitesi Yayınları / © Istanbul Gelisim University Press

Şubat 2025

Her hakkı saklıdır. All rights reserved.

Sertifika No: 47416

ISBN: 978-625-8202-25-0

e-ISBN: 978-625-8202-34-2

İGÜ Yayınları: 134

Kapak Tasarımı: Burak SEVER

Tasarım ve Yayına Hazırlayan:

Burak SEVER,

Basım Tarihi: Şubat 2025

Adres: Rektörlük Binası-Cihangir Mah. Şehit
Jandarma Komando Er Hakan Öner Sok. No: 1
34310 Avcılar / İstanbul / TÜRKİYE

Telefon: +90 212 422 70 00 / 350

Belgeç: +90 212 422 74 01

E-posta: iguyayinlari@gelisim.edu.tr

Ağ sayfası: www.iguyayinlari.gelisim.edu.tr

Facebook: iguyayinlari

Twitter: IGUYayinlari

Instagram: iguyayinlari

LinkedIn: İstanbul Gelişim Üniversitesi Yayınları

BÖLÜMLER VE YAZARLARI

1. BÖLÜM: ÇOCUK VE ETİK

Dr. Öğr. Üyesi A. YÜKSEL BARUT

2. BÖLÜM: SOSYAL GELİŞİM

Öğr. Gör. BUSE KERİGAN

3. BÖLÜM: BİLİŞSEL GELİŞİM

Arş. Gör. KEVSER TUĞBA ÇINAR KARASU

4. BÖLÜM: DİL GELİŞİMİ

Arş. Gör. HATİCE ZELAL BİNGÖL

5. BÖLÜM: ÇOCUKLARDA BÜYÜME VE GELİŞME

Prof. Dr. EBRU KOLSAL

6. BÖLÜM: AHLAK GELİŞİM

Dr. Öğr. ÜYESİ TALAT SARIKAVAK

7. BÖLÜM: ÖZEL GEREKSİNİMLİ ÇOCUKLAR

Doç. Dr. ŞENAY KILINÇEL

8. BÖLÜM: ANNE ve ÇOCUK SAĞLIĞI

Dr. Öğr. Üyesi NURTEN ELKİN

9. BÖLÜM: ÇOCUK ERGEN RUH SAĞLIĞI

Dr. Öğr. Üyesi DENİZ YILDIZ

10. BÖLÜM: ANNE BABA RUH SAĞLIĞI

Dr. Öğr. Üyesi M. OĞUZHAN KILINÇEL

11. BÖLÜM: EBEVEYN DANIŞMANLIĞI

Öğr. Gör. SELİN KALABAŞ

12. BÖLÜM: TOPLUM VE ÇOCUK

Öğr. Gör. BERK EFE ALTINAL

1. BÖLÜM: ÇOCUK VE ETİK

1

Dr. Öğr. Üyesi A. Yüksel BARUT..... 1

Kaynaklar..... 8

2. BÖLÜM: SOSYAL GELİŞİM

9

Öğr. Gör. Buse KERİGAN 9

Sosyal Gelişim İle İlgili Temel Kavramlar..... 9

Sosyal Gelişim..... 9

Sosyal Beceri10

Benlik11

Sosyal Olgunluk.....11

Sosyal Yeterlilik.....12

Sosyalleşme12

Kişilik12

Sosyal Gelişim İle İlgili Kuramlar..... 15

Psikoanalitik Kuram15

Psikososyal Gelişim Kuramı16

Ekolojik Kuram18

Etholojik Kuram.....19

Sosyal Gelişimi Etkileyen Etmenler..... 21

Aile.....21

Okul.....22

Kitle İletişim Araçları23

Oyun.....24

Sosyal Gelişim Dönemleri..... 25

Bebeklik Dönemi25

İlk Çocukluk Dönemi26

Orta Çocukluk Dönemi.....26

Ergenlik (Son Çocukluk) Dönemi.....27

Sosyal Gelişimin Desteklenmesi.....	29
Örnek Etkileşimli Kitap Okuma Programı	30
Kaynaklar	33
 3. BÖLÜM: BİLİŞSEL GELİŞİM	37
Arş. Gör. Kevser Tuğba ÇINAR KARASU.....	37
 Bilişsel Gelişim ile İlgili Kavramlar	37
Dikkat	37
Bellek.....	38
Düşünme	38
Problem Çözme	38
Zekâ	38
Yaratıcılık.....	38
Algı.....	38
 Piaget'in Bilişsel Gelişim Kuramı.....	39
Duyu-Motor Aşaması (0-2 yaş)	42
İşlem Öncesi Aşaması (2-7 Yaş)	43
Somut İşlemler Aşaması (7-11 Yaş)	45
Soyut İşlemler Aşaması (11 yaş ve sonrası)	45
 Vygotsky'nin Bilişsel Gelişim Kuramı.....	46
 Bruner'in Bilişsel Gelişim Kuramı	49
Eylemsel Aşama (0-3 yaş)	49
İngesel Aşama (4-6 yaş).....	49
Sembolik Aşama (7 yaş ve sonrası).....	49
 Kaynaklar	50
 4. BÖLÜM: DİL GELİŞİMİ	52
Arş. Gör. Hatice ZELAL BİNGÖL	52
 Dilin Doğuşu.....	52
 Beyindeki Dil	53
 Dilin Bileşenleri	55
Ses Bilimi (Fonoloji).....	55
Biçimsel (Morfoloji)	56

Söz Dizimi (Sentaks).....	56
Anlam Bilimi (Semantik).....	56
Kullanım Bilimi (Pragmatik).....	57
Dilin Gelişim Dönemleri	57
Ağlama Evresi (0-2 ay).....	58
Babıldama Evresi (3-5 ay).....	58
Çağıldama- Heceleme Evresi (6-12 ay).....	58
Ses Sözcük Dönemi (11-13 ay).....	58
Tek Sözcük Dönemi (14-18 ay)	58
İki Sözcüklü İfadeler Dönemi (18-24 ay)	58
İlk Gramer Süreci (3-6 yaş).....	59
Dil Edinimi	59
Alıcı Dil.....	60
İfade Edici Dil.....	61
Dil Gelişim Kuramları	61
Davranışçı Kuram.....	61
Psikolinguistik Kuram.....	62
Etkileşimci Kuram.....	62
Afazi (Söz Yitimi)	62
Kaynaklar.....	65
5. BÖLÜM: ÇOCUKLARDA BÜYÜME VE GELİŞME	66
Prof. Dr. Ebru KOLSAL.....	66
Büyüme ve Gelişmeyi Etkileyen Faktörler	66
Çocuklarda Fiziksel Büyüme	68
Büyüme Takibi ve Değerlendirilmesi	68
Vücut Ağırlığı Ölçümü ve Takibi.....	69
Boy Ölçümü ve Takibi.....	69
Baş Çevresi Ölçümü ve Takibi	69
Nöromotor Gelişim	74
Kaynaklar.....	76

6. Bölüm: Ahlak Gelişimi	77
Dr. Öğr. Üyesi Talat SARIKAVAK	77
Ahlak Kavramı ve Gelişimi	77
Ahlaki İnceleyen Bilim Dalları	77
Ahlak Gelişim Teorileri	78
1. Lawrence Kohlberg.....	78
2. Jean Piaget.....	79
3. Elliott Turiel.....	79
4. Carol Gilligan	80
Ahlaki Gelişimi Etkileyen Faktörler	81
Biyolojik Faktörler	81
Çevresel Faktörler.....	81
Kültürel Faktörler	83
Çocukların Ahlaki Gelişimi İçin Destekleyici Öneriler	84
Model Olma.....	84
Kaynaklar	84
7. BÖLÜM: ÖZEL GEREKSİNİMLİ ÇOCUKLAR	86
Doç. Dr. Şenay KILINÇEL	86
Zihinsel Yetersizliği Olan Çocuklar	87
Epidemiyoloji.....	88
Etiyoloji.....	88
Sınıflandırma ve Tanı Kriterleri	89
Klinik Değerlendirme	91
Ayırıcı Tanı	92
Eşlik Eden Psikiyatrik Sorunlar	93
Tedavi.....	94
Önleyici Yaklaşımlar	95
Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB)	96
Epidemiyoloji.....	96
Etiyoloji	97
Tanı Kriterleri ve Sınıflandırma	98
Klinik Özellikler ve Değerlendirme	100
Ayırıcı Tanı	101
Eşlik Eden Psikiyatrik Sorunlar	102

Tedavi	103
Kaynaklar	104
8. BÖLÜM: ANNE ve ÇOCUK SAĞLIĞI	107
Dr. Öğr. Üyesi Nurten ELKİN	107
Anne ve Çocuk Sağlığı Kavramları, Dünyada ve Ülkemizde Anne Çocuk Sağlığı Durumu	107
Fetal Sağlığın Değerlendirilmesi.....	109
Noninvaziv Prenatal Tanı Yöntemleri.....	109
İnvaziv Yöntemler	111
Doğum Öncesi Dönemde Anne Sağlığı	112
Doğum Eylemi	112
Doğum Sonrası Dönemde Anne Sağlığı	113
Laktasyon ve emzirme	113
Yenidoğan Dönemi.....	115
Çocuk Sağlığı ve Çocukluk Çağı Bulaşıcı Hastalıkları	119
Çocukluk Çağı Aşı ile Önlenebilir Bulaşıcı Hastalıklar	120
Aşılar (Bağışıklama)	124
Kaynaklar	126
9. BÖLÜM: ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI ve HASTALIKLARI	128
Dr. Öğr. Üyesi Deniz YILDIZ.....	128
Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu	129
Klinik Görünüm.....	129
Epidemiyoloji.....	130
Etiyoloji.....	130
Tedavi.....	131
OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞU	131
Klinik Görünüm.....	131
Epidemiyoloji.....	133
Etiyoloji.....	133
Tedavi	134

Özgül Öğrenme Güçlüğü	135
Klinik Görünüm.....	135
Epidemiyoloji.....	135
Etiyoloji.....	136
Tedavi.....	136
Depresyon	137
Epidemiyoloji.....	137
Etiyoloji.....	137
Tedavi.....	138
Obsesif Kompulsif Bozukluk (Takıntı Zorlantı Bozukluğu)	138
Epidemiyoloji.....	139
Etiyoloji.....	139
Tedavi.....	140
Çocukluk Çağı Kaygı Bozuklukları	140
Epidemiyoloji	141
Etiyoloji.....	141
Tedavi.....	141
Entelektüel Gelişim Bozukluğu (Entelektüel Yetiyitimi)	141
Epidemiyoloji.....	142
Etiyoloji.....	142
Tedavi.....	143
İletişim Bozuklukları	143
Etiyoloji	143
Tedavi.....	144
Dışa Atım Bozuklukları	144
Epidemiyoloji.....	144
Etiyoloji.....	144
Tedavi.....	145
Kaynaklar	145
10. BÖLÜM: ANNE BABA RUH SAĞLIĞI	153
Doç. Dr. Mehmet Oğuzhan KILINÇEL.....	153
Aile Kavramı ve Ruh Sağlığı	153
Ebeveynlik ve Bebeğin Ruh Sağlığında Annenin Rolü	154

	Bebek Ruh Sağlığında Babanın Rolü.....	155
	Ebeveynin Ruhsal Hastalığı ve Bebek Ruh Sağlığı.....	156
	Geniş Aile Ortamı ve Çocuk Ruh Sağlığı.....	159
	Ergenlik ve Aile.....	160
	Ergenlikte Ailenin Önemi.....	160
	Aile İçi Özerklik Çatışmaları.....	160
	Ailenin Gelişim Dönemleri Ergen Gelişimi.....	160
	Ebeveynlik Tarzları ve Etkileri.....	161
	Kaynaklar.....	162
	11.BÖLÜM: EBEVEYN DANIŞMANLIĞI	164
	Öğr. Gör. Selin KALABAŞ.....	164
	Bebeklik Dönemi (0-2 Yaş).....	164
	Çocuklarda Duygu Düzenleme (Regülasyon) Becerileri.....	164
	Bebek- Ebeveyn Bağlanma Oyunları.....	165
	İlk Çocukluk (Oyun) Dönemi (3-6 Yaş).....	165
	Bilinçli Farkında Ebeveynliğin Önemi.....	165
	Ekran Kullanımı.....	166
	Fiziksel Aktivitenin Önemi.....	167
	İkinci Çocukluk (İlkokul) Dönemi (7-11 Yaş).....	167
	Ödevler.....	167
	Akran Zorbalığı.....	169
	Ergenlik Dönemi (12-18 Yaş).....	170
	Çocuk ve Ebeveyn İlişkileri.....	170
	İnternet Kullanımı.....	172
	Ebeveynlere Öneriler.....	173
	Vaka Örneği.....	174
	Tedavi.....	175
	Çocuk merkezli oyun terapisi (CCPT).....	175
	Ebeveyn danışmanlığı.....	175
	Türkiye’de Yapılan Çalışmalar.....	175
	Kaynaklar.....	176

12. BÖLÜM: ÇOCUK ve TOPLUM	179
Öğr. Gör. Berk Efe ALTINAL	179
Çocukluğun Kısa Bir Tarihi	180
Normal Çocuğun ve Ergenliğin Keşfi.....	183
Çocukluk Metaforları ve Ahlaki Panikler	186
Alternatif Sesler ve Eleştirilere Eleştiriler	189
Kaynaklar.....	192

ÖN SÖZ

Sağlıklı bir toplumun oluşmasında bireylerin fizyolojik, psikolojik ve sosyal yönden sağlıklı bir gelişim göstermesi büyük önem taşımaktadır. Toplumun sağlıklı bireylerden oluşması da sağlıklı bir neslin devamını sağlayacaktır. Bu nedenle de bebeklikten hatta anne karnından itibaren geçirilen tüm gelişim dönemleri özellikleri ve bu dönemlerde rastlanılan olumsuzluklara doğru zamanda doğru müdahalelerin yapılması çok değerlidir.

Kitap çalışmamızda çocuk sağlığının korunup geliştirilmesi temel hedef olup; bu kapsamda Çocuk ve Etik, Sosyal Gelişim, Bilişsel Gelişim, Dil Gelişimi, Fiziksel Gelişim ve Motor Gelişim, Ahlak Gelişim, Özel Gereksinimli Çocuklar, Anne ve Çocuk Sağlığı, Çocuk Ergen Ruh Sağlığı, Anne Baba Ruh Sağlığı, Ebeveyn Danışmanlığı ile Toplum ve Çocuk konularına vurgu yapılmıştır.

Kitabımızın öğrencilere, sağlık ve eğitim profesyonellerine yararlı olacağı kanaatindeyiz.

Çalışmamıza başlamamız ve devamında temel motivasyonumuz olan alanın değerli Akademisyenleri Prof. Dr. M.Meziyet ARI ve Prof. Dr. N.Semra ERKAN hocalarımıza teşekkür ederiz.

Ayrıca kitabımızın oluşmasında desteklerini esirgemeyen tüm yazarlarımıza teşekkürlerimizi sunarız.

Saygılarımızla,

Editörler

Dr. Öğr. Üyesi Nurten ELKİN,

Dr. Öğr. Üyesi Talat SARIKAVAK

2023, İSTANBUL



1. BÖLÜM: ÇOCUK VE ETİK

Dr. Öğr. Üyesi A. Yüksel BARUT¹

Etik, felsefenin ahlaki değerle ilgili olan alt dalına karşılık gelir. Birçok bireye göre en temel yönü, değerle doğrudan ilişkili olması, değer yaratması, değer taşıyıcısı olması nedeni ile etik temel ve önemli bir disiplindir. Etik, iyi ve kötü, doğru ve yanlış, erdem ve ahlaksızlık, adalet ve ceza gibi kavramları açıklayarak insan ahlakının sorularına çözümler arar. Antik Yunanca'daki "ethikos" kelimesinden gelir. Ethikos kelimesinin kökeni ise "alışkanlık, örf, adet" anlamına gelen "ethos" kelimesidir. Her ne kadar gerek ahlak ve gerekse etik aynı kökten, yani töre, gelenek, görenek, alışkanlık, karakter, huy, kişilik anlamına gelen bir kökten türemiş olsa bile, etik "felsefe açısından ahlak" tır, bu yaklaşım ile "ahlaklılığın felsefesi" olarak bilinir.

Ahlak ve etik birbirinden farklıdır, biri birey için verilen, diğeri oluşturulan olan iki ayrı duruş ya da alanı tanımlar. Birey, herhangi bir toplumda çıplak olarak doğar, doğduğu toplumda kendisine bir kimlik verilir ve bu kimlik içerisinde toplumun değer yargıları içerisinde şekillenir, o toplumun ahlak değerlerini benimser. Çocuğa toplumun değer yargıları, ahlak kuralları, yakın çevresi tarafından kazandırılır. Birey ahlakı, süt içer gibi annesinden, su içer gibi babasından, nefes alır gibi çevresinden öğrenir. Doğru, çalışkan, büyüklerine saygılı, çevresine yardımcı olması gerektiği, etnik kimliği üzerinden aşılır. Çocukluk ve gençlik dönemi geride kaldığında, birey toplum içerisinde yer almaya başladığında kendisinin ve çevresinin davranışlarını irdeler. İçinde bulunduğu çevrenin değerlerini irdeler, kültürel yapısına göre iyi bir birey olmanın değerlerini edinmeye yönelir, etik ilkelerini oluşturmaya başlar.

Ahlakın geçmişi oldukça eskilere gider, bir toplumun oluştuğu her yerde, bu toplumdaki insanların davranışlarını ve birbirleriyle olan ilişkilerini düzenleyen ilkeler ve kurallar olmuştur. İşte bu ilkeler ve kurallar, belli bir ahlak sistemi oluşturur. Ahlaki kurallar ve ilkelerden yoksun olan, ahlak sistemi bulunmayan bir toplumdan söz etme olanağı yoktur. Çünkü ahlak, ilgili toplumdaki insanların eylemlerini belirleyen, tarihsel süreç içinde bir kuşaktan diğerine aktarılan, aktarılırken belli bir dönüşüme uğrayan kurallar sistemidir. Bireylerin, çevresinde bulunanlar veya devletle olan ilişkilerinde kendisinden istenileni yapması, diğer bir yaklaşım ile toplumsal bir olgudur. Hukuk, ahlakla benzerlik gösterir, hukuk yazılı olan kurallardır, ahlak ise toplum tarafından benimsenmiş kurallardır. Horace *"İyi insanlar erdemi sevdikleri için kötü şeyler yapmaktan nefret ederler. Kötü insanlar cezalandırılmaktan korktukları için kötü şeyler yapmaktan nefret ederler"* söylemi ile hukukta tanımlanan yaptırımları öne çıkarmıştır. Toplumun

¹Dr. Öğr. Üyesi, İstanbul Gelişim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul, Türkiye.

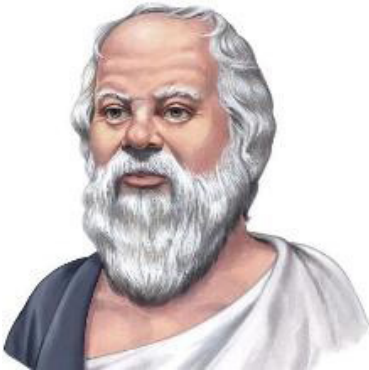
E-posta: aybarut@gelisim.edu.tr ORCID: 0000-0002-7861-0736

ahlaki değerlerinden yoksun bir hukuk olamaz, ahlaki değerler ile çatışan bir hukuk ise uygulamada sorunlara neden olur. Ahlak, bir insan topluluğunun en dūřuk dūzeydeki ortak paydasını oluşturur. Her zaman ortaklaşa sahiplenilmesi gerekir. Ahlak, herkesin onayını almış, uzlaşılmış bir çerçevedir. Kimse kendini bu çerçevenin dışında tanımlamaya kalkamaz.

Tanrı, canlıların benliğine utanma duygusunu ve sevgiyi koymuştur. İlk toplumlardan başlayarak utanma duygusu yasalardan daha önce gōrūlmüřtür. Her bireyin arkasında onu izleyen bir başka birey yoktur ama benliğinde utanma duygusu, sevgi, vicdanında yaptığını sorgulama duygusu her zaman birey ile birlikte. Kanıtı, şahidi olmayan ve hiç kimsenin gōrmedięi alanda ortaya konan suçlarda kanun bir iře yaramaz. Ancak bireyde utanma duygusu ve vicdan varsa yargılama orada olacaktır. Utanma duygusu olmayan ve kendisini vicdanında yargılamayan birey ne kadar eğitimli olursa olsun toplum için bir canavar olmaya başlar.

Ahlak ve hukuk kuralları arasında fark bulunmaktadır. Ahlak kuralları dağınık, örgütlenmemiş nitelik içerir, hukuk kuralları ise yasama kurallarına uygun oluşur, sistemli yapıya uygundur. Ahlak ve hukuk kuralları arasında yaptırım farklıdır. Ahlakın asıl yaptırımı vicdan ile sorgulanmasıdır, hukuk ise uyulmadığında yazılı yaptırımlardan oluşmaktadır. Vicdan sorgulamasına vurgu yapan Ernest Hemingway *“Ahlak konusunda inandığım ilke şudur; bir řeyi yaptıktan sonra kendini iyi hissediyorsan o ahlakidir; eęer kendini kōtū hissediyorsan o gayri ahlakidir”* sōylemi ile değerlendirmeyi bireye bırakmıştır.

Hukuk kurallarının belirleyici özellikleri bulunmaktadır, bunlar: yazılı ve devlet eliyle uygulanırlar, her hukuk kuralı bir değer yargısına dayanır, toplumdaki olumlu ve olumsuz olgular, hukuk tarafından irdelenir ve daha sonra yazılı kural haline getirilerek insan davranışlarının dūzenlenmesi sağlanır. Tanımlanan kurallar olumlu ya da olumsuz yaptırımlar şeklinde ve bu kurallar tek bir olaya değil, aynı niteliği taşıyan bütūn olaylara uygulanır. Yasama organı tarafından belirlenen hukuk kuralları devlet tarafından korunur.



Sokrates



Sokrates “İnsanın temel amacı erdeme ulaşmak olmalıdır. Erdem ancak bilgelikle mümkündür” demektedir. Aristo ise “Toplumda yönetenler ile yönetilenler arasında bir ayırım yapılması ahlakidir” vurgulaması yaptığında toplumda her zaman üsttekiler ve güçlüler yönetir, alttakiler ve güçsüzler ise yönetilir tezini ortaya atmıştır. Protagoras “Her şeyin ölçüsü insandır. Genel geçerliliğe sahip doğrular yoktur, doğrular ve yanlışlar insandan insana değişir” demiştir.

İnsan için üç temel fazilet sıralayacak olursak bunlar; iyi kötü ayırımını yapmasına yarayan akıl, çevresindeki insanlara bağlayan sevgi, iyi olanı gerçekleştirmek ve kötü olandan kaçınmak için cesaret. Akıl, bireyin çevresinde olan olayları anlamasını, kendisini geliştirmesini sağlar. Birey akılı ile iyi-kötü, doğru-yanlış, olumlu-olumsuz ayırmalarını yaparak toplumda ahlak değerlerinin bir ögesi olur. Ahlaklı birey, iyi, doğru, olumlu olan davranışları meleke olarak kazanmış olandır, içgüdülerini kontrol etmiştir, topluma yararlı olmayı ilke edinmiştir. İnsanlarda vicdani ahlakın varlığını görürüz, vicdan ruhun kuvveti olarak bireyde ahlakın gelişmesini sağlar. Vicdan her bireyde vardır, ancak her birey yaşadığı olayları vicdanında aynı ölçüde değerlendirmez, kendisini yargılamaktan kaçır. Olayları vicdanında yargılayan birey irfan meşalesi olur, topluma örnek olur. Ahlakın kaynağı olarak din ve toplum sözleşmesi olmak üzere iki olgu ortaya çıkmaktadır. Her dinde ahlak anlayışı vardır, dinin özelliklerine göre davranış kalıpları oluşmuştur, ruhun ahlaki faziletlere erişmesi amaçtır. Örneğin Hz. Musa'nın 10 Emri'nde bunu görürüz, İncil'de, Kur'an'da ahlaklı olmak öne çıkmaktadır. Hz. Muhammed “İnsanın dini, aklıdır; akli olmayanın dini de yoktur” “Amellerin en iyisi ahlaktır” “Güler yüzlülük ile ahlak ile yetişiniz” söylemlerinde olduğu gibi birçok kez ahlakın önemini vurgulamıştır. Kaynak olarak din alındığında, Tanrı'nın yardımıyla toplumu iyiye, doğruya yönlendirme görülür. Tanrı, harama el uzattığı için cennetinden kovmuş olduğu, dolayısıyla yol göstericiliğe gereksinimi olan insana, iyi bir birey olması için yükümlü olduğu kural ve ödevleri bildirmiştir. Toplum sözleşmesi kaynak olduğunda, bir topluluğu oluşturan bireylerin, birlikte barış içinde yaşamalarına olanak sağlayan ilkeler, kurallar sistemi gerekir. Bu sözleşmede amaç, toplumun barış içerisinde yaşamaları için gerekli ilkeler, yasalar ve kuralların oluşturulmasıdır.

Ahlak felsefesini, antik çağda ilke kez Yunan aydınlanma döneminde Sokrates'te belirgin olarak görüyoruz. Ondan önce Herakleitos, Demokritos, Homeros ve Hesiodos'da ahlak üzerine düşünceler görme olanağı vardır. Aslında ahlaki filozoflar bulmuş değildir, onlar toplumun değer yargılarını irdelemiş ve insanlık için olması, yapılması gerekenleri, toplumun ahlak ile doğrular içeren yaşama amaçlarını söylemiş, yazmışlardır. Sokrates, insanı değerlendirirken düşüncesine göre mi, eyleminin sonucuna göre mi karar vermenin doğru olacağını sorgulamıştır. Ahlak ilkeleri, değerleri, toplumun yapısı ve çağlara göre değişkenlik göstermiştir. Hangi dönemde olursa olsun, ahlak sen, ben bağlantısında ortaya çıkmaktadır.

Kendimizi karşımızda olan bireyin yerine koyarak, önce kendimize sonra diğer bireylere saygı göstermek gerekliliği ahlakta öne çıkmaktadır.

Etik, ahlaki yaşamı irdeleyen, tartışan, değerler, ülküler, ilkelerden oluşan ve ahlak dediğimiz olguya yönelen felsefe disiplini. Ahlak bir eylemin uygulaması, etik ise ortaya çıkan eylemin teorisi olmak durumundadır. Ahlakın yerel olduğu yerde, etik evrenseldir. Platon'a göre ahlak içeren değerleri bulunmayan bilginin hiçbir önemi yoktur. Etik değerler, hazır olan değer ve kuralların uygulanması değildir. Değerler, kurallar, ahlak uygulamalarının tartışılarak, sorgulanarak, toplumun ruhundan beslenerek, evrensel olabilirliliği irdelenerek oluşturulur. Etik, bir bireyin davranışı ve duruşu, tek başına ahlaki değil, aynı zamanda ilkeli ve kurallara uygun bir duruştur. Etik birey, tek bir eyleminin değil, bir bütün olarak hayatının hesabını verebilir.

Birey ahlaki yaşadığı toplumdan alır, içselleştirir, etik değerlerde ise etkin olandır. Etik olanı seçmesi, davranışlarını belirlemesi, çevresinde bulunan her bir canlıya nasıl davranması gerektiğini belirlemesi, ahlaki olguları irdelemesi kendi değer yargılarının birikimi ile gerçekleşir. Bu süreçte, değerler yeniden tanımlanabilir, ilkelerin genel ve tutarlı olması, kurumsal ve sistemsel içeriklerinin bulunması, kanıtlayacak kaynaklarının olmasına özen gösterilir. Etik değerler, bireylerin bulunduğu her ortamda özen gösterilmesi gereken bir davranış olarak öne çıkmaktadır. Toplumda bulunan bireyler aynı etik değerlere sahip ve bunlara uymaya özen gösteriyorsa orada mutluluğun bireylerin yaşamına yansıtacağı gerçektir. Örneğin, toplu taşıt araçlarına binerken ve inerken sergilenen davranış, trafikte araç kullanırken kurallara uymada ve önceliği olana yol vermede gösterilen davranışlar. Etik davranışlardan uzaklaşıldığında, birey önce ben dediğinde farklı ve karmaşa içeren bir toplum yapısı ortaya çıkar. Etik davranışlardan uzaklaşıldığında kendine gören kural oluşturan bireyler toplumda belirmeye başlar ve oluşan mutsuzluk süreç içerisinde tüm topluma yayılır.

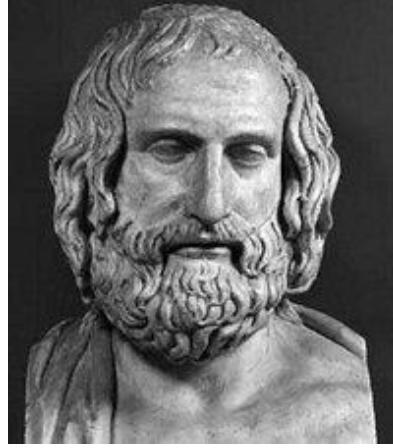
Birey öncelikle kendisi ile etik ilişki içerisinde olmalı, önce kendi davranışını, kendisini yargılamalıdır. Diğer bir söylem ile aynaya bakmalı ve burada karşılaştığı kendi yüzü ile davranışını yargılamalı, kendisini tanımalı ve bilmelidir, burada soruyu yapan ve yanıtı veren aynı kişidir, ayna karşısında kendisine yalan söylememelidir. Önce kendisini sorgulamalı, daha sonra diğer bireyleri yargılamalıdır. Bireyin kendisini tanımada almış olduğu temel eğitim birebir etkidir. Temel eğitim öncelikle aile içerisinde başlamakta, aile içerisinde bulunanların birbirleri ile olan ve çevrelerinde bulunan insanlar ile olan ilişkilerindeki etik değerler, süreç içerisinde bireyin kendi etik değerlerinin oluşmasında etken rol oynamaktadır. Okul dönemi başladığında bu etkileşim daha artmakta ve değer yargıları, etik ilkeleri oluşmaya başlamaktadır. Oluşan bu etik birikimleri ile kendinin değerlendirmesini yaptıktan sonra karşısında bulunan kişi ve içerisinde yaşadığı toplumun davranışını

sorgulamalıdır. Burada yapılması gereken öncelikle davranışların anlaşılmasına çalışmaktır. Davranışın nedeni belirlendikten sonra bu davranışın hangi koşulda sergilendiğini irdelemektir. Bunların yanıtı davranışın etik değerini ortaya çıkarır ve birey için ne anlam içerdiğini gösterir, iyi ve kötü kavramı ortaya çıkar.

Birey kendi davranışlarını sorgulama sürecinde, kendisi ile barışık olmalı, kendisine el uzatmalıdır. Kendisine el uzatmayan birey, mutsuzluk, doyumsuzluk içerisinde kıvrır, kendisi ile savaşıyor yaşarken büyük yorgunluk içerisinde olur, kendisine yalan söylemeye başlar. Kendisi ile barışık olanlar, kendisine yalan söylemeyenler, kişiler arası ilişkilerde başarılı olurlar, güven duyulan sevilen, sayılan, örnek alınan bireyler olurlar.



Immanuel Kant



Protagoras

Kant, insanın biri duygusal, diğeri akılla anlaşılabilir olan iki farklı boyutu olduğunu vurgular. İnsan duygusal yönüyle incelendiğinde, doğada bulunan canlıların bir parçasıdır. Diğer yönden insan kendisini hayvandan ayıran akılla, canlılar arasında farklılık içerir. Canlılar arasında olan insan, insan olduğu için ahlak yasasına uymalı, iyi iradeyi tanımalı, insanın yüceliğini ortaya koymalıdır.

Kant'a göre, evrende değer üreten, özgürlüğünü iyi iradeyle yaşayabilen, bir amaç ortaya koyabilen biricik canlı, insandır. Bu nedenle ahlakta, hukukta ortaya amaç koyabilen insanın ürünleridir. İnsan akli iradeyi yönlendirir; davranışlar arasında seçim yapar. İyilik davranışlarımıza değil, niyetimize bağlıdır, ahlak akıl ve iyi niyetten oluşur. İyi niyetli olunmasına ve aklın istemesine karşın yapmak istediğiniz gerçekleşmeyebilir, burada Kant sonuçlara göre değil, nedenlerden dolayı yargılama yapılması gerekliliğini vurgular. Birey yaşamında öyle davranmalı ki bu davranış başka birey için evrensel yasa olmalı. İnsan, diğer canlılardan farklı olarak akli ile iradeyi yönlendirir, davranışlar arasında iyi-kötü, doğru-yanlış seçimini yapar. İrade, aklın dışında olduğu zaman insan seçim yapma gücünü yitirir. Özetle seçim, aklın ürünü olduğu sürece insan iradesi özgürdür,

böylelikle Kant, ahlak bilimini felsefenin bir parçası yapar ve evrensel boyutta iyi niyet yörüngesine oturtur. Aklın işlevi, bir araç olarak değil, bir amaç olarak iyi olana kendiliğinden koşmaktır, ulaşmaktır. Kant, düşünceyi algıya yeğler, duyguyu görev bilinci düzeyine yükseltir. Çünkü, görev bilinci, davranışa ahlaksal değer katan kaynaktır. Davranıştaki bu ahlaksal değer ölçütü, bencilliği, makyavelizmi, hazcılığı, yararcılığı, çıkarıcılığı ve akli bunlara ulaşmak için bir araç olarak kullanan çocukça ve bencilce kurnazlığı mahkûm ve reddeder. Kant'a göre, belli bir sonuca ya da amaca yahut da başarıya ulaşmak için belli davranışları benimsemek yetmez. Önemli olan, davranışın, aklın evrensel yasasına uymasıdır. Bu yasa, kökenini insanın içinde/vicdanında bulan kutsal bir sestir. Kant'a göre, bu yüzden akıl, eğer mutluluk, haz ve yarar/çıkar gibi değişkenlerle iradeyi yönlendirir ve davranışı belirlerse, ahlaksal değerini yitirmiş, ahlakın dışına taşmış olur. Ahlakın dışında kalan gerçekler, görecelidir, değişkendir. Birey davranışınızda, kendisinde ve başkalarında olan insanlığı amaç edinmeli, onu asla araç olarak kullanmamalıdır. Buradan yola çıkan Kant, ahlakın, hukukun yasalarını, ilkelerini kurar. Hiçbir düşünür, ahlaka, hukuka Kant gibi yaklaşmamıştır. O, ahlaksal akıl ve zorunluluk ile kesin/koşulsuz buyruk kavramlarından yola çıkar, üç değişmez ödeve değinir: Onurlu yaşa, yani ilişkilerde kendini araç kılma, amaç ol, değerini koru. Kimseye zarar verme. Herkese hakkını ver. Pratik Usun Eleştirisinde, şöyle demiştir *"İnsan ruhunu sürekli olarak hayranlık ve saygıyla dolduran iki şey vardır: üzerimdeki yıldızlı gökyüzü, içimdeki/vicdanımdaki ahlak yasası"*. Kant'ın yaşamını ve felsefesini özetleyen bu son cümle, mezar taşına yazılmıştır, herkes bir kez daha okusun ve sonsuza dek düşünsün diye.

Bireylerin davranışları içerisinde bulunan etik değerleri sosyal davranışlarına yansır. Antropolojide, ekonomide, siyasette, sosyolojide, hukukta etik ilkelerin kanunlarda yer alması sonucu ve psikolojide de etik olmayan davranışın tanımlanarak tedavinin yönlendirilmesinde önemlidir. Hans Morgenthau, bir makalesinde para için hile yapmanın yanlış olduğunu, entelektüel konularda hile yapmanın iki kat yanlış olduğunu, bir öğretmenin hileye başvurmasının üç kat yanlış olduğunu vurgulamıştır. Ahlaki bilginin kaynağı, din veya insan akli olabilir, ancak düşünen ve sorgulayan her bireyin içerisinde doğru ile yanlış, bulunduğu ülkenin yasalarına, çevresini oluşturan diğer bireylerin etkilerine bağlı olmaksızın söyleyebilen bir sesin olduğu düşünülür. Kant *"başka bir bireyi tanımadan tüm yaşamını hırsızlar ile geçiren bireyin erdem kavramı yoktur"* derken, insan aklına yol gösterenin bireyin çevresinde bulunan örnekler olduğunu vurgulamıştır. Yanlış davranışlarda bulunan birey, sorgulama yetisine sahip ise diğer bir söylem ile vicdana sahip ise kendi akli ile çelişki içerisine düşecektir, kendisine yalan söylemeyen birey ahlak sahibi olan bireydir. İnsan için en yararlı yaşamın ne olduğunu sorgulaması gereken yine insanın kendisidir, diğer bir söylem ile yaşamda doğruyu bulmakta, yargılamakta insana kalmıştır. Tanrı, erdemi erdem olduğu için

mi sever, yoksa erdem tanrının hoşuna gittiği için mi insan erdemlidir? Sokrat bu soruyu tüm insanlara sorar ve savunmasında: *“Atinalılar, oğullarım büyüdüğünde, zenginliğin ya da erdemden önce başka şeylerin ardına düşerlerse, ben sizler ile nasıl uğraşmışsam, sizler de onlarla öyle uğraşınız, cezalandırınız onları. Hiçbir şey değilken, kendilerini bir şey sanırlarsa, ödevlerine boş verip, değerleri yokken kendilerinin bir şey olduklarını sanırlarsa, ben sizleri nasıl azarlayıp, utandırmışsam, sizlerde onları azarlayıp, utandırınız. Bunu yaparsanız, bana ve oğullarıma karşı doğru davranmış olursunuz”* söyleminde bulunmuştur.

Akıl, bir araç olarak değil bir amaç olarak kullanılmalıdır ve iyi olan olguları ortaya koymalıdır. Görev sorumluluğu, kişinin davranışlarına etik değerler katar. Etik değerler, bencilliği, hazcılığı, yararcılığı, çıkarıcılığı reddeder. Etik kurallar dışında kalan gerçekler, görecelidir, değişkenlik içerir. Doğru ile yanlış arasında kesin bir ayırım bulunur, bu ayırım büyük ve küçük, ağır ve hafif tanımında olduğu gibi göreceli değildir. Akılı başında olan her birey kesin olan bu ayırımı yapmaya yetkindir. Sağlıkta, “hastanın yerine kendinizi koyunuz” söylemi etik bir ölçüttür ve bireyin kendisi ile olan ilişkisini tanımlar. Sokrat ise “haksızlığa uğramak, haksızlık yapmaktan daha iyidir”, “cezasız kalmaktansa, suç işleyen kişinin ceza alması daha iyidir” diyerek bireylere iyi olmayı önermiştir. Etik değerleri olan bireyler, “haksız olanı yapamam”, “haksız olanı yapmaktansa acı çekmek iyidir” diyenler, diyebilenlerdir.

Kişinin sosyal yaşam içerisinde kurduğu ilişkilerde uyması gereken etik kurallar vardır. Doğada bulunan her canlının yaşamak için diğer canlılara gereksinimi bulunmaktadır. Gerek insanların kendi aralarındaki ilişkilerde gerekse insanın doğadaki diğer canlılarla kurduğu ilişkilerde uyması gereken kurallar, bireyin toplumda yerini belirler. İnsanlar birbirleri ile olan ilişkilerini karşılıklı saygı ve nezaket kuralları çerçevesinde yürütürler. Taraflar görevlerinin gerektirdiği hak ve sorumlulukların bilinci içerisinde olmak zorundadır. Meslektaşlar, öğrenciler ve çalışanlar hiçbir çıkar doğrultusunda kullanılmazlar. Etik davranışlar ve ahlak önce aileden öğrenilir, aile içerisinde davranış biçimleri ile teorik ahlak öğretisinin uyumlu olması gerekmektedir. Bireylerin ahlaki değerlerinin bileşkesi toplumun ahlakını oluşturur. Toplumun içerisinde yaşamını sürdüren bireyler, olumlu ve dengeli ilişkiler kurabilmek için bulunduğu çevrenin kültürel değerleri bilmek ve yaşamlarına bu değerleri katmakla yükümlüdür. Süreç içerisinde değişen koşullar, bir takım değer yargılarının yeniden oluşmasına neden olur. Bu nedenle birey, yaşadığı çağa uyabilmek için geçerliliği kalmamış olan değer yargılarını unutmak durumunda kalabilir. Toplumda yaygın olan ve çoğunluğun büyük bir bölümü tarafından uzun süredir yinelenen ve açıklanabilir nitelikleri içeren olgulara “adet” denilmektedir. Bu niteliği taşımakla birlikte, yüksek derecede değer taşıyan sosyal olgular “örf” olarak tanımlanmaktadır. Gelenek ise, bir toplumda, eskiden kalmış olmaları nedeniyle saygın tutulup, yeni nesillere iletilen kültürel kalıntılar,

alışkanlıklar, töre ve davranışlar olarak tanımlanmaktadır. Görenek; herhangi bir davranışı ya da hareketi eskiden beri gördüğü gibi yapma alışkanlığıdır. Görgü kuralları; uyulması gereken ayrıntılı biçimler, formalitelere. Bu kuralları bireyler toplum içerisinde sosyalleşerek öğrenirler. Thales “Siz büyüklerinize nasıl davranırsanız, ileride çocuklarınız da size öyle davranacaktır” derken bu yapılanmayı öne çıkarmaktadır. Tüm yazılanları irdelediğimizde, bir çocuk ahlakı “süt içer gibi annesinden”, “su içer gibi babasından”, “nefes aldığı havayı solur gibi çevresinden” öğrenir.

Kaynaklar

Adlı, G., & Barut, A. Y. (2019). *Sağlıkta etik*. IGUSAGOK 2019: I. Ulusal Sağlık Bilimleri Öğrenci Kongresi (18-19 Nisan 2019): Bildiri Özetleri Kitabı.

Arda, B., Kahya, E., & Gül Başağaç, T. (2004). *Bilim etiği ve bilim tarihi*. Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi.

Arendt, H. (2018). *Sorumluluk ve yargı* (1. basım). İstanbul: Sel Yayıncılık.

Cevizci, A. (2013). *Uygulamalı etik* (1. basım). İstanbul: Say Yayınları.

Civaner, M. M. (2018). Meslek örgütlerinin deontolojik görevleri, TTB ve tabip odalarının tıbbi etik ve deontolojiyi koruma sorumluluğu. N. Bulut (Ed.), *Türk Tabipleri Birliği Yayınları* (ss. 9-19). Ankara: Türk Tabipleri Birliği.

Türk Dil Kurumu. (2019). *Türkçe Sözlük*. <http://www.tdk.gov.tr> (Erişim tarihi: 23 Şubat 2019).

Kant, I. (2016). *Pratik usun eleştirisi* (9. basım). İstanbul: Say Yayınları.

Kuçuradi, İ. (2015). *Etik* (6. basım). Ankara: Türkiye Felsefe Kurumu.

Nietzsche, F. (2018). *İyinin ve kötünün ötesinde* (4. basım). İstanbul: Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları.

Osmay, N. (2003). *İnsan mühendisliği* (3. basım). İstanbul: Alfa Yayınları.

Platon. (2018). *Sokrates'in savunması* (24. basım). İstanbul: Remzi Kitabevi.

2. BÖLÜM: SOSYAL GELİŞİM

Öğr. Gör. Buse KERİGAN²

Gelişim bir bütün olarak kabul edilmekte olup içerisinde farklı basamaklar yer almaktadır. Bu basamaklarında kendi içerisinde farklı sorumlulukları ve gelişim alanları bulunmaktadır. İnsanlar doğdukları andan itibaren sosyal bir yaşam sürecinin içerisine dahil olurlar. Bu sebeple insanlar için sosyal bir varlıktır şeklinde tanımlamalarda bulunmaktadır. Doğum anından itibaren bireylerin hem fizyolojik hem de psikolojik ihtiyaçlarının karşılanmasından ebeveynleri sorumludur. Çocuk ebeveynleri aracılığıyla ilk sosyal ilişkilerini ve çevre ile olan bağlarının temellerini atar. Birey ve toplum arasında kurulacak olan iletişim köprüsünün temelleri aile aracılığıyla sağlandığı için aile temel toplumsal kurum niteliğinde kabul edilmektedir.

Bu bölüm içerisinde; sosyal gelişim ile ilgili temel kavramlar, tanımlar, kuramlar, sosyal gelişim dönemleri ve Türkiye’de yapılan çalışmalardan bahsedilerek sosyal gelişim özellikleri ele alınacaktır. Sosyal gelişimin desteklenmesi için ebeveynler, eğitimciler ve toplumun yapabilecekleri hakkında öneriler geliştirilecektir.

Sosyal Gelişim İle İlgili Temel Kavramlar

Sosyal Gelişim

Sosyal gelişim, bireylerin yaşam boyu, kendilerini tanıyarak duygularını tanımlamaları, kendilerine güven, bağımsızlık, girişimcilik ve başarı duygularını kazanarak sağlıklı bir kimlik kazanımını elde etme ve toplumla uyum içinde yaşama süreci olarak tanımlanabilir. Sosyal gelişim üzerinde etkili olan pek çok faktör bulunmaktadır. Bu faktörler arasında; çocuğun bedensel ve ruhsal yapı özellikleri, içerisinde pek çok öğeyi barındıran çevresel faktörler (aile, arkadaş, kitle iletişim araçları vb.) bulunmaktadır.

Sosyal gelişim; bireyin yaşam süreci boyunca göstermiş olduğu davranış, duygular, tutumlar, değerler vb. bakımından sürekliliği devam eden olumlu değişmelerin tümüdür. İnsanın içerisinde doğup büyüdüğü toplumun kendisinden beklediği tutum ve davranışları yapacak biçimde yetişmesi sosyal gelişimi oluşturmaktadır. Sosyal gelişim, çocuğun toplum içerisindeki bireylerle iletişimini sürdürbilmesi için var olan karşılıklı uyumdur.

“Yavuzer’e göre (1994) sosyal gelişim; kişinin sosyal uyarıcıya, özellikle grup yaşamının baskı ve zorluklarına karşı duyarlılık geliştirmesi, grubunda ya da kültüründe başkalarıyla geçinebilmesi, onlar gibi davranabilmesidir.”

²Öğr. Gör., İstanbul Gelişim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul, Türkiye.

E-posta: bkerigan@gelisim.edu.tr ORCID: 0000-0002-1228-0906

Sosyal gelişim çocuğun, doğduğu andan itibaren aile ortamıyla tanışmasıyla başlayan devamında iletişimde ve etkileşimde bulunduğu çevreden aldığı destek sonucunda toplumsal bir birey olması olarak ifade edilir. Bebeklik süreciyle başlayan sosyal gelişim, yaşamın ilerleyen dönemlerinde çevresinde yer alan akranlarının etkileşim ve katılımlarının artmasıyla önemini arttırmaktadır.

Bu tanımlar doğrultusunda sosyal gelişim için bireyin doğum sürecinden itibaren başlayan, yaşam boyu süren ve kişinin içinde yaşadığı topluma uyumunu kolaylaştıran bir süreç olduğu söylenebilmektedir.

Sosyal Beceri

Her bireyin çevre ile etkileşim kurarak giderdiği duygusal, sosyal ve fizyolojik gereksinimleri bulunmaktadır. Kişilerarasında kurulan bu etkileşim serüvenini olumlu yönde artıran değişkenlerden en önemlisi sosyal beceriler oluşturmaktadır. Sosyal beceriler, toplum içerisinde kurulan ilişkilerde bireyin kendisinin ve toplumda yer alan diğer bireylerin duygularını, düşüncelerini ve davranışlarını anlayabilmesi ve bu anlayış doğrultusunda davranış sergileyebilmesidir. Sosyal beceriler çocukların buldukları sosyal ortam içerisinde kabul görmelerini ve sosyal ilişkilerinin olumlu yönde ilerlemesini sağlayan, duygu, düşünce, tutum ve davranışlardır. Çocuklar bu becerilere sahip oldukları düzeyde daha sağlıklı ilişkiler kurabilmektedirler.

Sosyal beceriler, kişinin sosyal çevresinde kişilerarası iletişim kurmasını sağlayan, kurduğu iletişim ile olumlu geri bildirimler almasını mümkün kılan, sosyal açıdan kabul edilmiş, öğrenilmiş davranışları kapsamaktadır. Sosyal becerilerin bireylerin diğer insanlarla iletişim kurmasını kolaylaştıran beceriler olduğu için önemli bir role sahip olduğu vurgulanmaktadır. Sosyal becerilerin herhangi bir kısmında yaşanacak bir gecikme ya da duraklama bireyin çocukluğundan başlayıp ileriki yaşamında kişilerarası ilişkilerde, akademik başarılarında, sosyal-duygusal alanda çeşitli problemlerle karşılaşma riskini arttırabilmektedir. Çocukların içerisinde yaşadıkları topluma uyum sağlayarak toplumla bütünleşmeleri, toplum genelinde kabul görmüş davranışları benimsemeleriyle mümkündür. Çocuklar sosyal hayatın getirdiği davranışları kazanarak çevreleriyle bütünleşirler ve sosyalleşmiş olurlar. Çocukların yaşamları boyunca sağlıklı ilişkiler kurmalarında yeterli sosyal beceriye sahip olmalarının etkisi büyüktür. Bu becerilerin çocukluk döneminde kazanılması ise yaşamın ilerleyen yıllarında çevreyle olumlu iletişim kurmalarına sebep olur. Sosyal gelişimini tamamlayarak çevresindeki diğer insanlarla sağlıklı sosyal ilişkiler kurabilen çocuklar hem kendileriyle hem de diğer insanlarla barış içerisinde yaşayabilirler. Toplum içerisinde yaşayan çocukların bu becerilere sahip olmaları sağlıklı bir toplumsal gelişim açısından da önemlidir. Yaşamın ilk yıllarında sosyal becerilerin desteklenmesinin yetişkinlikte olumlu işlevsellik sergilemeye ve suç işlemeyi önlemede olumlu sonuçlara yol açtığı belirlenmiştir.

Erken çocukluk dönemi bireyin sosyal becerilerinin temellerinin atıldığı basamağı oluşturmaktadır.

Benlik

Sosyal gelişim ile ilgili kavramların temelini benlik oluşturmaktadır. Bireyin sosyal bir varlık olarak toplumsal yaşam içerisinde var olabilmesi için sosyal beceriler önemli bir paydada yer almaktadır. Benlik, birçok zihinsel becerinin kapsamını içermektedir. Benliğin gelişimi bireyin kendisi ile çevresindeki insanların arasında var olan farkı anladığı zaman başlamaktadır. Doğum süreci ile başlayan bir döngü çocuğun çocuğun çevresindeki insanları tanımaya ve onların farklılıklarını ayırt etmeye başlamasıyla etkileşimini sürdürür. Bu etkileşim aracılığıyla da kendisine ilişkin algılar oluşturur. Benlik kavramı kişinin yetkinlik ve özelliklerine ilişkin kendi algılarını kapsamakta olup kişi büyüdükçe tekrar tanımlanmakta ve netleşmektedir. Sosyal çevre bu temel becerinin gelişmesinde önemli bir etkiye sahiptir.

Bireyin kişilik kazanımı ve sosyalleşmesinin temelleri ise okul öncesi dönemde atılmaktadır. Bu dönemde tüm gelişim alanlarının yanı sıra sosyal-duygusal gelişim açısından yapılacak faaliyetler önem arz etmektedir. Çocuk kültürel mirası taşıyan, daha bilgili ve yetenekli akran ve yetişkinleri içeren toplum içinde öğrenir ve gelişir. Buradan hareketle, eğitimin önemli çevre faktörlerinden olduğu ileri sürülebilir. Bireyin içinde bulunduğu topluma uyum sağlayarak etkin bir şekilde katılımını kolaylaştırma kişinin benlik saygısının yüksek olmasına da bağlıdır. Olumlu benlik algısına sahip kişi kendini daha mutlu ve iyi hissetmektedir. Örneğin; bir çocuk kendinden emin bir şekilde “okuldaki arkadaşlarım ile bir sürü oyun oynuyoruz” ya da “ bak ne kadar hızlı koşabiliyorum” dediğinde kendisi ile ilgili sağlıklı görüşlerini ortaya koymaktadır. Çocuğun bu yönde sağlıklı görüş ve düşünceleri yaşam boyu mutluluk ve tatmin için önem teşkil etmektedir. Erikson’a göre kişinin olumlu benlik kavramı okul öncesi dönem içerisindeki girişimcilik duygusu ile paydaştır. Okul öncesi dönem içerisinde yaratıcı çabaları sayesinde sosyal çevresi ile ilişki içerisinde olan çocuk kendisini başarılı hissedecek ve girişimcilik ruhunun temellerini atmış olacaktır.

Sosyal Olgunluk

Kişinin bireylerle yaş ve gelişim seviyesine uygun olarak iyi ilişkiler kurma ve uygun davranışlar gösterebilme yeteneği olarak tanımlanmaktadır. Bireyin içerisinde yaşadığı toplumsal yapının kurallarına uyum sağlamada yaş ve gelişimsel seviyesine bağlı olarak göstermiş olduğu olgunluk, anlayış, duygu ve beceri gibi özellikler açısından yetişkin düzeyine gelmesi “sosyal olgunluk” olarak tanımlanmaktadır. Sosyal olgunluk bireyin gelişim alanları ve yakın çevresindeki kişiler ile olan ilişkisi ile yakından ilişkilidir. Sağlıklı sosyalleşme süreci çocuğun sosyal yönden olgunlaşmasına katkı sağlar.

Sosyal Yeterlilik

Sosyal yeterlilik kavramı iki açıdan iç içe olan insan gelişimini ifade etmektedir. Bu iki açı; bireyler tarafından sevilme ve sosyal ortamı içerisinde etkin bir şekilde iletişim kurmak olarak tanımlanmaktadır. Sosyal yeterlilik; bireyin içerisinde bulunduğu durumlara göre tepki vermesini, akran gruplarının kurallarına uygun olarak davranmasını ve sağlıklı iletişim davranışlarını içermektedir.

Çocuklarda sosyal yeterlilik gelişimi yaş seviyesine göre farklılıklar göstermektedir. Üç aylık bir bebeğin gelişimsel olarak çevresinde duyduğu herhangi bir sese yönelmesi beklenmektedir. Yaşını doldurmamış bebeğin bilinçli bir şekilde gülümsemesi ilk sosyalleşme belirtilerinden kabul edilmektedir. Çocukların erken yaşlardan itibaren sosyal yeterliliklerinin sosyal uyum düzeylerinin gelişmesi beklenmektedir. Sosyal açıdan yeterli olan bir çocuktan sosyal ilişkilerinde, kendisine güvenen, ailesi ile sağlam duygusal bağ kurabilen, akran gurubu ile oyunlara dahil olabilen, akranları ve yetişkinler ile olumlu ilişki kurabilen, birlikte işbirliği yapabileceği, etkinliklerde bulunabileceği arkadaşlara sahip olan bir çocuk olması beklenmektedir.

Sosyalleşme

Sosyal bir birey olan insan; içerisinde bulunduğu çevresi ile sosyal ilişkiler oluşturma ve bu sosyal ilişkilerini yaşamının her aşamasına dahil etme eğilimi taşımaktadır. Doğum sürecinden itibaren sosyalleşme içerisinde olan birey, sosyal becerileri ile hayatını yapılandırmaya devam ederken bu sosyalleşmenin doğumdan öncesinde anne karnından başladığı kabul edilmektedir.

Sosyalleşme bireyin içerisinde yaşadığı toplumun yaşam biçimini ve toplum içerisindeki rolünü öğrenip benimseyerek toplumla bütünleşmesi olarak ifade edilmektedir. Sosyalleşme öğrenme yoluyla gerçekleşen bir eylemdir. Bu nedenle çocuklar sosyalleşme sürecini yaşam içerisinde gözlemleyerek ya da model alarak gerçekleştirmektedirler. Sosyalleşme birey var olduğu sürece yaşam boyu devam eden bir akıştır. Sosyalleşme sürecinde rol-model olmanın yanı sıra çocuğun güdülenmesinin sağlanması da oldukça önemlidir. Çünkü; çocuğun güdülenmesi sağlandıkça diğer bireyler ile etkileşim halinde olmak isteyecek ve bu da sosyalleşmesi yönünde olumlu katkılar sağlayacaktır.

Kişilik

Kişilik, bireyi başka bireylerden ayıran doğuştan sahip olduğu ve sonradan kazanılan, tutarlı olarak sergilenen özellikler olarak tanımlanmaktadır. Kişilik, bireyin tüm gelişim özelliklerinin sürekliliğini gösteren yönlerini içermektedir.

Bu anlamda kişilik, bireyin davranış ve çevresindeki kişilerle kurmuş olduğu ilişki kalıpları ile tepkilerini belirleyen en temel unsur olarak ifade edilmektedir. Kişilik adına pek çok tanımlama yapılırken bireyin en önemli yanları arasında; bireyin sahip olduğu ilgi ve yetenekler, algılar, duygu ve düşünceler, benlik algısı, mizaç ve karakter gibi özellikler yer almaktadır. Kişilik devamlı gelişme süreci içerisinde. Hem yapısal hem de çevresel faktörlerin etkileşimi sonucunda kişilik gelişiminde değişiklikler meydana gelmektedir.

Okul öncesi dönem, çocukların sonraki öğrenmelerine temel oluşturan becerilerin kazanıldığı ve gelişimin çok hızlı olduğu kritik bir dönemdir. Bu dönemde çocukların gelişimi, fiziksel, bilişsel, dil ve konuşma ile sosyal duygusal gelişim olmak üzere dört temel alanda ele alınmaktadır. Çocukların diğer alanlardaki gelişimlerini önemli düzeyde etkileyen ve destekleyen sosyal-duygusal gelişim, bireyin toplumsal uyumunu arttıracak sosyal becerileri, kendini yönetme ve problem çözme becerilerini, başkalarının duygularını anlama ve onlara uygun tepkide bulunma gibi becerileri kapsamaktadır. Eğer çocuklar doğumlarından itibaren 12 yaşlarına kadar sosyal gelişimlerini geliştirecek deneyimlerden yoksun kalırlarsa, onlar için problem çözme, baş etme gibi sosyal becerileri kazanmaları, özgüven ve öz disiplin geliştirmeleri daha zorlaşmaktadır. Çocuğun içinde yaşadığı topluma uyum sağlayabilmesi ve sosyalleşebilmesi için, başkalarıyla sağlıklı etkileşimler sergileme, çeşitli duyguları ifade etme, sosyal-duygusal tepkilerini düzenleme, empati gösterme, başkalarıyla yakın ilişkiler kurma, bağımsızlık gösterme, olumlu benlik algısı sergileme, paylaşma ve işbirliği yapma gibi sosyal-duygusal becerilere sahip olmaları gerekmektedir.

Sosyal-duygusal gelişimle ilgili literatür; gelişim, olgunlaşma ve öğrenim süreçlerinde kazanılmış sosyalduygusal yeterliğin birçok düşünce, model ve içeriğini tanımlayan yapı ve tanımlamalardan oluşmaktadır. Genel olarak sosyal-duygusal gelişim, duygularını tanıma ve yönetme, sağlıklı ilişkiler kurma, pozitif hedefler belirleme, etik olarak ve sorumlu bir biçimde hareket etme ve olumsuz davranışlarda bulunmaktan kaçınma yoluyla gerçekleşen bir süreçtir. Bazı araştırmacılar tanımlamalarında ağırlıklı olarak gelişimin sosyal yönlerine odaklanırken, bazıları gelişimin duygusal yönlerine ağırlık vermiştir. Tarihsel olarak bu konudaki literatür, gelişimin sosyal yönlerini kişilerarası süreçler, duygusal yönlerini ise içe dönük süreçler olarak kavramsallaştırmıştır. Fakat pek çok araştırmacı sosyal gelişim ile duygusal gelişimin ile iç içe olduğu ve bu yüzden ayrılmalarının zor olduğu konusunda hemfikirdirler. Çünkü duygusal gelişim, sosyal gelişimin temelini oluşturmaktadır. Duygusal gelişim biyolojik temelli olmakla birlikte, olgunlaşma ve öğrenme sonucu oluşmaktadır. Öğrenme için ise sosyal etkileşim şarttır. Bu bağlamda duygusal ve sosyal gelişim birbiriyle etkileşim içinde olan iki gelişim alanıdır. Rodker (2013)'e göre araştırmacılar keskin bir ayırım yapmamakta ve birbiriyle bağlantılı olan bu süreçleri sosyal-

duygusal gelişim başlığı altında incelemektedirler. Literatürde yer alan tanımların ortak noktası ise sağlıklı sosyal-duygusal gelişimi pozitif davranışların sıklıkla, negatif davranışların ise görece daha az sıklıkla meydana gelmesi olarak ortaya koymalarıdır.

Erken çocukluk programlarının asıl amacı, çocukların yaşlarına uygun sosyal-duygusal becerileri destekleyerek çocukların duygusal iyi oluşunu ve davranışsal işleyişini geliştirmektir. Çocukların sosyal-duygusal becerilerinde ilkokula başlamadan önce önemli bir gelişme meydana gelmektedir.

Sosyal duygusal gelişim, çocuğun kendini ifade edebilmesi, duygularını kontrol edebilmesi, kendisiyle ve çevresiyle barışık ve uyum içinde olabilmesidir. Çocukların duygusal özellikleri konusunda yapılan çalışmalar, duygusal gelişimin hem olgunlaşma hem de öğrenme sonucu oluştuğunu, hiçbirinin tek başına etkili olmadığını göstermiştir.

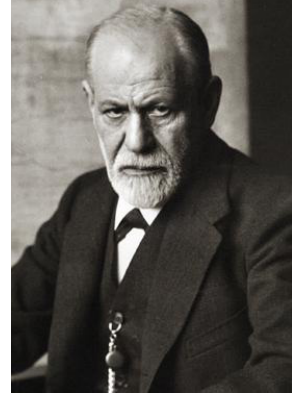
Sosyal ve duygusal gelişimde anne babalar, çocuğun duygusal ifadelerini ve sosyal becerilerini güçlü biçimde etkileyen en önemli modelleri oluştururlar. Sosyal etkileşim kuramları içinde yer alan sosyal öğrenme teorisine göre; insan davranışları sadece pekiştirme yoluyla değil, davranışsal ve çevresel faktörlerin karşılıklı etkileşimi ile açıklanabilir. Buna göre Bandura, gözlem yoluyla öğrenme üzerinde durmuş ve gözlem yoluyla öğrenmeyi; dikkat etme, bellekte saklama, davranışı meydana getirme, güdülenme süreçlerini kapsama şeklinde açıklamıştır. Başkalarını gözlemleyerek model alma, çocuklar için özellikle anne baba tutumları açısından geçerli bir yaklaşım biçimi olarak değerlendirilmiştir.

Sosyal-duygusal gelişim en başta evde ve daha sonra çevrede, okulda ve sınıfta devam edebilen bir süreçtir. Sosyal-duygusal ve ahlaki gelişimine yönelik geliştirilen önleyici ve geliştirici programlardan alınan sonuçlara göre öğrencilerin olumlu sosyal davranışlarının ve sosyal duygusal yeterliklerinin arttığı, şiddet eğiliminden uzaklaşarak başkalarını düşünme ve başkalarına saygı duyma gibi karakter gelişimlerinde olumlu izlenimler alındığı görülmüştür. Gelişim alanları ile ilgili ortaya konulan bu sonuçlardan hareketle, ilköğretim öğrencilerinin sosyal-duygusal e ahlaki gelişimlerini izlemenin ve değerlendirmenin önemli olduğu anlaşılmaktadır.

Sosyal Gelişim İle İlgili Kuramlar

Psikoanalitik Kuram

Psikoanalitik gelişim kuramını geliştiren Sigmund Freud, çocuğun doğum sürecinden itibaren yaşamış olduğu süreçlerin onun sosyalleşmesinde önemli derecede etkileri olduğunu belirtmiştir. Freud, sosyal yeterlilikte başarılı yönde bütünleşmeye dikkat çekmiştir. Sosyal yetersizliklerin temelinde çocuğun gelişim dönemleri içerisinde geçirmiş olduğu travmaların etkisi vurgulanmaktadır. Freud, psikoanalitik gelişimi beş dönem içerisinde ele alarak açıklamıştır.



Sigmund Freud, 1856-1939

Oral Dönem (0-1,5 yaş): Doğum sürecinden yaklaşık 1,5 yaşına kadar olan süreç olarak ifade edilen bu dönem ağız ve emme işlevinin önemli bir konumda olduğu dönemdir. Bu dönem içerisinde bebeğin ihtiyaçları ağırlıklı olarak fizyolojik kökenli olduğu için çocuğun ihtiyaçları karşılanırken düzenli ve sevgi dolu olunması onun yaşamının ileriki dönemlerinde kuracağı sosyal ilişkilerde önem teşkil etmektedir. Bu dönemde çocukta oluşan güven duygusu çocuk açısından oldukça önemlidir. Bu dönem içerisinde çocuğun ihtiyaçlarının karşılanmaması sonucunda bireylerde pasif ya da bağımlı kişilik yapısı, saldırganlık ya da aşırı iyimserlik-kötümserlik gibi davranışlar görülebilmektedir.

Anal Dönem (1,5 yaş-3 yaş): Bu dönem içerisinde dışkılama ve anüs çocuğun hayatında önemli bir yer tutmaktadır. Tuvalet eğitiminin verilmeye başlandığı dönem olduğu için ebeveyn-çocuk arasında çatışmaların yaşandığı inatçılık dönemi olarak da ifade edilmektedir. Ebeveyn-çocuk arasında yaşanan çatışmaların çözümlenmemesi durumunda bireyde inatçılık, cimrilik, dürtüsellik, aşırı titizlik, aşırı düzenlilik gibi davranışlar görülebilmektedir. Freud'a göre bu dönem içerisinde çocuğa kazandırılan tuvalet eğitimi çocuğun kişilik ve sosyal gelişimi için önem teşkil etmektedir.

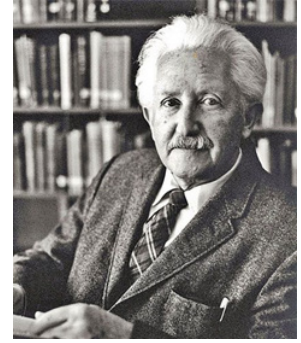
Fallik Dönem (3-6 yaş): Bu dönem içerisinde çocuk kendi cinsel kimliğini keşfetmeye başlamaktadır. Cinsel kimliğin kazanılmaya başlandığı bu dönemde, çocuk cinsiyet farklılıklarını fark etmeye başlamakta sorular sormaktadır. Merakı nedeniyle azarlanan çocuk, yetişkinlikte cinsel kimliği benimsemede sorunlar yaşamaktadır. Bu dönem içerisinde Oedipus ve Elektra kompleksleri görülmektedir. Bu kompleksler içerisinde yer alan çatışma süreçlerinden geçen çocuk kendi cinsel kimliğini oluşturmaktadır. Gelişim dönemleri içerisinde önemli bir yer tutan fallik dönem ilerleyen yaşamda karşı cins veya otoriteye karşı tutumun şekillenmesinde önemli rol oynar.

Latent (Gizil) Dönem (6-12 yaş): Çocuk bu dönem içerisinde eğitim-öğretim yaşantısına başlayarak ilgi ve merak odakları bastırılmaktadır. Bu dönem içerisinde okul ortamı içerisinde verilen eğitim ile akademik kaygı ön plana geçerek çocuğun sosyalleşmesi okul ortamı içerisinde olmaktadır. Bu dönem içerisinde akran grupları ile birlikte oyunlar oynama, gruplaşma eylemleri görülmektedir.

Genital Dönem (12-18 yaş): Ergenlik dönemini de kapsayan bu dönemde ergen, ailesi yerine akran grupları ile iletişim kurarak onların duygu ve düşünceleri önemli hale gelmiştir. İlk dört dönemi başarı ile geçiren bireyler bu dönemi de sağlıklı bir şekilde geçirirler. Bu dönemde kişilik, çocuk kişiliğinden yetişkin kişiliğe dönüşmektedir.

Psikososyal Gelişim Kuramı

Sosyal gelişimin bir bütün olarak ele alınması gerektiğini ve bu gelişim sürecinde çevrenin etkisinin önemini dile getiren Erik Erikson sosyal gelişimi en ayrıntılı inceleyen ilk bilim adamı olarak kabul edilmektedir. Erikson psikososyal gelişim kuramını doğum süreci ile başlatıp ölüm ile noktalandırarak sekiz evre içerisinde incelemiştir. Erikson bu sekiz evre içerisinde çatışma ve bunalım yaşandığını dile getirmiştir. Özellikle bebeklik döneminde verilen bakımın sosyo-duygusal açıdan önemine vurgu yapmıştır.



Erik Erikson, 1902-1994

Erikson kuramını oluştururken Freud'un psikanalitik kuramından etkilenmiş ancak bireyin gelişim sürecinde aileden dışarı çıkarak çevresi üzerinde ele almıştır. Oluşturmuş olduğu bu kuramda her evre kendisinden sonra gelen evre için basamak oluşturmakta ve bir dönem önceki evrelerin etkisi ile şekillenmektedir.

Temel Güvene Karşı Güvensizlik (0-1,5 Yaş): Bu dönemin en önemli noktası bebeğin fizyolojik ihtiyaçlarının zamanında ve düzenli bir şekilde karşılanması sonucunda bebek üzerinde oluşacak güven duygusudur. Özellikle anne-bebek arasındaki bu ilişkinin içerisinde yer alan süreklilik ve tutarlılık çocukta temel güven duygusunun zeminini oluşturmaktadır. Bu dönem içerisinde bebeğe sağlanamayan güven duygusu onun yaşamında ilerleyen yıllarda uyumsuz davranışlar ve kişilik bozuklukları ortaya çıkarabilmektedir.

Özerkliğe Karşı Utanma ve Kuşku Evresi (1,5-3 Yaş): Bu dönem çocuğun bağımsızlık olarak hareket etmeye başladığı dönem olarak ifade edilmektedir. Çocuklar bu dönem içerisinde annesinden bağımsız olarak kendi istediklerine karar verebilmektedir. İnatlaşma dönemi olarak kabul edilen bu dönemde çocuk kendi istekleri ile ebeveynlerinin istekleri arasında inatlaşmaktadır. Çocuklar kendi

kararlarını kendileri vermek istemektedirler. Bu inatlaşma aşamasında ebeveynler çocuklarına kendi yetenekleri çerçevesinde kendi davranışlarını yönetme olanağı verir ve rehberlik yaparsa çocuklar sağlıklı bir özerklik duygusu geliştirmektedirler. Ancak ebeveynler tarafından sürekli onları utandırarak itaate zorlarsa çocuklar kendilerini sürekli engelleyerek utanç duygusu geliştirmektedirler.

Girişkenliğe Karşı Suçluluk Duygusu Evresi (3-6 Yaş): Bu dönem çocuğun meraklı, enerjik ve hareketli olduğu bir dönemdir. İlk çocukluk dönemine denk gelen bu dönemde çocuk akranları ile birlikte olarak oyun oynamakta, sosyalleşmektedir. Her şeyi merak ederek sorgulamakta ve sorular sormaktadır. Merak duygusunun etkisi ile birlikte sürekli sorular sorduğu için ebeveynleri tarafından azarlanılan ya da suçlanılan çocuklarda soru sormanın yanlış olduğu düşüncesi gelişmektedir. Ebeveynleri tarafından sorgulamaları için deneme-yanılma yapmalarına izin verilirse girişkenlik duyguları gelişmektedir. Ancak tam tersi durumda kısıtlayıcı veya denetleyici olurlarsa suçluluk duyguları gelişmektedir. Suçluluk duygusu da çocukların olumsuz benlik algısı geliştirmesine neden olmaktadır.

Başarıya Karşı Aşağılık Duygusu (6-12 Yaş): Çocuğun bu dönem içerisinde okula başlaması ile birlikte akran grupları ve öğretmenleri hayatında önemli bir konumda yer almaktadır. Çocuğun bu dönem içerisinde edinmiş olduğu akademik bilgi ve beceriler onun akademik benlik algısının gelişmesine olumlu yönde katkı sağlamaktadır. Okul yaşantısı ile girilen yeni çevre; keşfetme, uzmanlaşma ve sonuçta başarıma güdülerini destekler. Akran grupları ile kıyaslama/kıyaslanma durumları sonrasında yaşanan başarısızlıklar ise aşağılık ve yetersizlik duygularına neden olmaktadır. Yaşamış olduğu aşağılık duygusu ise ilerleyen yaşam süresince ikili ilişkiler kurmada çekinme ya da saldırganca davranışlarda bulunmasına neden olabilmektedir.

Kimlik Karmaşasına Karşı Rol Karmaşası Evresi (12-18 Yaş): Ergenlik dönemi içerisinde olan bu evre Erikson'un insan yaşamının en önemli dönemi olarak ifade ettiği bireyselleşmenin çözümlendiği aşamadır. Bireyselleşmenin çözümlenmesi ergenlik dönemindeki bireyin kimliğini kazandığı süreci içermektedir. Akran çevresi ve bu çevre ile bağlantılı diğer kurumlar, kimlik kazanımında aracı konumda yer almaktadır. Bu dönemi başarı ile geçiren birey kim olduğunu ve ne yapmak istediğini belirleyerek başarılı bir kimlik kazanımı edinmiştir.

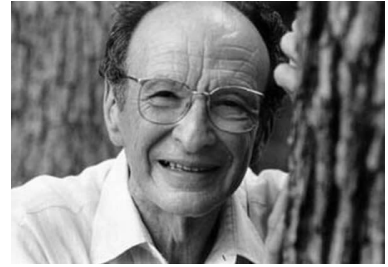
Dostluk Kazanmaya Karşı Yalnız Kalma Evresi (19-26 Yaş): Bu dönem genç yetişkinlik olarak ifade edilmektedir. Bir önceki dönemden başarılı bir şekilde kimlik kazanımı sağlamış birey çevresinde kurmuş olduğu ikili ilişkilerinde sevgi ve saygı temelli ilerlemektedir. Bu evrenin en önemli özelliği toplumla ve çevresindeki bireylerle bütünleşme ve kabul görmedir. Bir önceki evrede sağlıklı bir kimlik yapısı kazanamayan birey bu evre içerisinde içine kapanma ve yalnızlaşma davranışları gösterebilmektedir.

Üretmeye Karşı Duraklama Evresi (26-40 Yaş): Orta yetişkinlik olarak ifade edilen bu dönem içerisinde kişi önceki evreleri başarılı bir şekilde çözümlemiş ise üretken bir kişilik yapısı geliştirmektedir. Orta yaşları kapsayan bu dönemde hem bilgi hem deneyim açısından üst seviyelere ulaşmış bir kişiden, yeni kuşakları geliştirilmesi yanında kendinden sonraki kuşaklara bilim, sanat, fikir, teknoloji alanlarında da üretimler yaparak bırakması beklenmektedir. Birey eğer kişi bir şey öğretmez, yeni kuşaklara rehberlik edemezse bir durağanlık içerisinde kendisini bularak kendisine ihtiyaç duyulmadığına inanmakta, verimsiz olduğu duygusuna kapılmaktadır.

Benlik Bütünlüğüne Karşı Umutsuzluk Evresi (41 Yaş +): Yaşlılık dönemini kapsayan evredir. Kişi bu evrede yaşamının muhasebesini yapmaktadır. Eğer keşkelerle, pişmanlıklar dolu bir tablo varsa ve artık bunları değiştirebilecek zamanının kalmadığını düşünüyorsa umutsuzluğa kapılarak, yaşamdan kaygı duymakta ve ölüm korkusu yaşamaktadır.

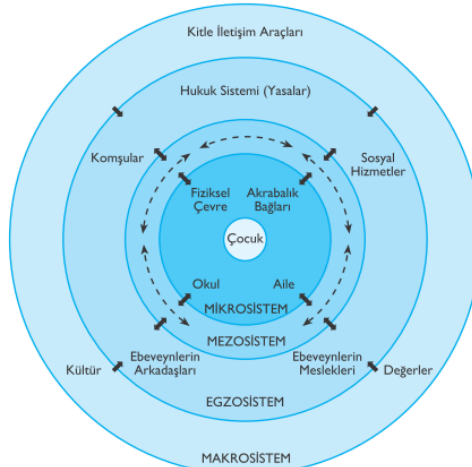
Ekolojik Kuram

Bronfenbrenner tarafından geliştirilen ekolojik sistemler kuramı, okul ev ilişkilerinin önemine vurgu yapan en temel yaklaşımdır. Bu yaklaşımın kalbinde çocuk bulunmaktadır. Bu kuram içerisinde çocuğun gelişim sürecinde çevrenin öneminden bahsedilmektedir. Çocuğun içerisinde yer aldığı çevresel katmanların zaman içerisinde çeşitlenip değişebileceği ve bu değişimden de çocuğun etkilendiği belirtilmektedir.



Urie Bronfenbrenner 1917-2005

Bronfenbrenner bu çevresel katmanları; mikrosistem, mezosistem, ekzosistem, makrosistem ve kronosistem olarak adlandırmıştır.



Mikrosistem: En küçük olan ve çocuğun en yakın ilişki içinde olduğu çevresini oluşturan sistemdir. Bu evrede çocuğun ebeveynleri, kardeşleri, akranları, akrabaları, okulu ilke kurmuş olduğu iletişim ön planda yer almaktadır. Tüm bu yakın ilişkilerin onların gelişimleri üzerinde belirgin, önemli etkileri bulunmaktadır.

Mezosistem: Mezosistem içerisinde yer alan mikrosistemler arasında bağlantı bulunmaktadır. Çocuğun ilişki içinde bulunduğu farklı ortamlar arasındaki (mikrosistemler arasındaki) bağlantı ve koordinasyon derecesi önemlidir. Örneğin okul ve aile yakın işbirliğinde olduğunda, çocuğu gelişimi bundan olumlu etkilenmektedir.

Ekzosistem: Çocuğun gelişimi üstünde etkisi olan, ancak çocuğun içinde önemli rol oynamadığı bir sistemdir. Ekzosistemin aileleri etkileme biçimine göre çocukların gelişimleri üstünde olumlu/ olumsuz etkileri bulunmaktadır. Örneğin; işsizlik, düşük ücret, uzun ve esnek olmayan çalışma saatleri, anlayışlı iş veren, çocuk bakımını karşılayan bir iş yeri vb. örnekler yer almaktadır.

Makrosistem: Bireyin içerisinde bulunduğu kültür, değer, gelenek-görenek ideolojik çevreler bu sistemi oluşturmaktadır.

Kronosistem: Tüm sistemleri içerisinde barındıran ve onları etkileyen sistemdir. Sistem içerisinde meydana gelen değişiklikler öncelikli olarak çocuğu sonrasında aileyi ve toplumu etkilemektedir.

Etholojik Kuram

Bu kuram bağıllık ve bağlanmanın önemini vurgulamıştır. Bu kuramın gelişmesinde John Bowlby ve Mary Ainsworth'un görüşleri etkili olmuştur. Bu kuramın temelinde Lorenz tarafından yapılan kaz deneyi yer almaktadır. Zoolog olan Lorenz doğanın düzenini belirtmek kapsamında yapmış olduğu deneyde kaz yavrularını iki gruba ayırarak bir grubun yumurtadan çıkar çıkmaz annelerini görerek onu takip ettiğini, diğer grupta yer alan kaz yavrularının ise yumurtadan çıktığında ilk kendisini gördüğü için kendisini takip ederek bağıllık hissettiğini bulmuştur. Lorenz'in bu deneyini insanlar üzerinde uygulayan Bowlby ise insanın ilk yıllarında kazanacağı bu bağlanmanın hayati bir öneme sahip olduğunu belirtmiştir.



Lorenz 1903-1989

Bowlby, bebeklerin kendilerini ilgilendiren ve kendisine karşı ilgilenen insanlarla ilişki kurma yatkınlığı ile doğduğuna inanmaktadır. Ona göre bağlanma; bebek

ile ona bakım veren ebeveyn arasında olan etkileşimler sonucunda ortaya çıkan, duygusal anlamda ilgi, gülümseme, göz kontağı gibi davranışlar ile şekillenen ve insanın yaşamı boyunca kurmuş olduğu ilişkilerin yapı taşı oluşturulan bir süreç olarak tanımlanmıştır.

Mary Ainsworth ve arkadaşları ise “Yabancı Durum” ya da “Yabancı Ortam” olarak adlandırdıkları deneysel bir yöntem ile bağlanma tiplerini belirlemişlerdir. Bu yöntem içerisinde bebek annesiyle rahat bir laboratuvar odasına alınmış, ardından ise kısa aralıklarla annesinden ayrı bırakılmış sonrasında yabancıyla yalnız bırakılarak sonra tekrar annesiyle bir araya getirilmiştir. Deneysel sırasında, bebeklerin gösterdikleri bağlanma davranışları dört farklı bağlanma örüntüsü içerisinde sınıflandırılmıştır.



Mary Ainsworth, 1913-1999

Güvenli Bağlanma: Güvenli bağlanan bebekler anneleri ile birlikte sıcak ilişkiler kurmuşlar, çevreyi keşfetmekte hevesli davranmışlar, odaya bir yabancı girdiğinde hafif ama kalıcı olmayan bir endişe yaşamışlar, anne odadan ayrıldığında görülebilir şekilde üzülmüş, anne geri döndüğünde ise onu sıcak bir şekilde karşılamış, rahatlamış ve anneye yakın olmak istemişlerdir.

Güvensiz/Kaçınan Bağlanma: Bu şekilde bağlanan bebekler ebeveynlerine karşı tepkisiz görünmektedirler. Annelerine ve onların nerede olduklarına ilgi göstermemişler, anneleri odadan ayrıldığında veya odaya geri döndüğünde çok az tepki göstermiş ya da hiç tepki göstermemişlerdir.

Güvensiz/Kararsız Bağlanma: Bu örüntüde bebek anne odadan ayrıldığında yoğun endişe yaşamış ve geri döndüğünde sakınlaşmakta zorlanmış, annelerine hem yakın olmak istemiş hem de yoğun öfke ve direnç göstermişler.

Dağınık Bağlanma: Bu örüntüye sahip olan bireylerin davranışlarında kararsızlık oldukça fazladır. Anneleri odaya geldiğinde ona sarılırken bir anda itilebilir ve saldırgan davranışlar gösterebilmektedir.

Sosyal Gelişimi Etkileyen Etmenler

Sosyal gelişim sürecinde etkili olan pek çok faktör bulunmaktadır.

Aile

Sosyal gelişim çocuğun, dünyaya geldiği ilk andan itibaren aile ortamıyla tanışmasıyla başlayan yaşamı boyunca iletişimde ve etkileşimde bulunduğu çevreden aldığı destek sonucunda toplumsal bir birey olması olarak ifade edilmektedir. Aile çocuğun ilk sosyal çevresidir. Çocuk ilk sosyal davranışları, aile bireyleri ile olan etkileşimi sonucunda kazanır. Çocuğu sosyal bir varlık olarak tanımlayan Bronfenbrenner de (1979), çocukların farklı şekillerde yetiştirildiklerini ve sosyal gelişimlerinin yetiştirildikleri ortamdan ve çevreden etkilendiğini belirtmektedir. Çocuğun sosyal uyumunu etkileyen pek çok faktör içinde en sık vurgulanan, çocuğun yetiştirildiği ortamda birebir etkileşim halinde olduğu ebeveynlerin çocuk yetiştirme tutumlarıdır. Ebeveynlerin çocuklarına yaklaşım şekli çocukların ruhsal durumlarını etkileyerek kişilik yapılarında kalıcı izler bırakmaktadır. Ailede anne babanın ve diğer bireylerin çocukla olan etkileşimi, çocuğun aile içindeki yerini belirler. Aile çocuğa güven duygusu aşılır, çocuğun sosyal kabul görebilmesi için gerekli ortamı hazırlar. Aile çocuğa sosyal açıdan kabul edilen davranış biçimlerinin gelişimi için rehberlik ederek model olur.

Çocukların sosyal gelişimini etkileyen değişkenler incelendiğinde aile içi ve aile dışı faktörler önemli konumda yer almaktadır. Anne-babanın birbirleriyle olan ilişkisi, ebeveynlerin sosyal becerileri, anne-çocuk bağlılığı, çocuğun mizacı, kardeşlerin etkisi, çocuk yetiştirme tutumları gibi değişkenler aile içi faktörleri oluştururken, ailenin sosyoekonomik düzeyi, kültürel norm ve değerler, ebeveynlerin almış oldukları sosyal destekler ise aile dışı faktörler olarak görülmektedir. Buna bağlı olarak, aile içi faktörler göz önüne alındığında; anne ve babaların sahip olduğu özelliklerin, çocuklarla kurdukları ilişkilerin, sergiledikleri tutumların, çocukların sosyal duygusal uyumları üzerinde etkili olduğu düşünüldüğünde, anne babaların benlik saygısı düzeylerinin aile içi faktörleri, dolayısıyla da çocukların sosyal duygusal uyumlarını etkileyebileceği düşünülmektedir. Aile içerisindeki ilişkiler çocukların sosyal duygusal davranışlarını ve anlayışlarını şekillendirmektedir. Ebeveynler sıcak, hassas ve çocuk özerkliği ile denge kontrolü olduğunda, çocuklar başkalarına güvenmeyi ve olumsuz duygularını düzenlemeyi öğrenir. Hem uyumsuz hem de destekleyici aile etkileşimleri sosyal becerilerin ve sosyal bilişin gelişimine katkıda bulunur. Aile içerisindeki ilişkilerin ve sorunların erken çocukluk döneminde çocukların sosyal gelişimi üzerinde etkili olduğu ifade edilmektedir.

Özellikle çocuğun iyilik halinin ve sosyal duygusal uyumunun gelişmesinde, ailelerin çocuk yetiştirme tutumları, etkili ebeveynliğin temel aracı olarak görülmektedir. Sosyal gelişimde anne babalar, çocuğun sosyal becerilerini güçlü biçimde etkileyen en önemli modelleri oluştururlar. Sosyal etkileşim kuramları içinde yer alan sosyal öğrenme teorisine göre; insan davranışları sadece pekiştirme yoluyla değil, davranışsal ve çevresel faktörlerin karşılıklı etkileşimi ile açıklanabilir. Buna göre Bandura, gözlem yoluyla öğrenme üzerinde durmuş ve gözlem yoluyla öğrenmeyi; dikkat etme, bellekte saklama, davranışı meydana getirme, güdülenme süreçlerini kapsama şeklinde açıklamıştır. Başkalarını gözlemleyerek model alma, çocuklar için özellikle anne baba tutumları açısından geçerli bir yaklaşım biçimi olarak değerlendirilmiştir.

Erken yaşlarda çocuklar ebeveynlerinin tutumlarından, değerlerinden, alışkanlıklarından etkilenerek kendi kültürlerine ve sosyal yapıya adapte olmaya, sosyalleşmeye başlarlar. Demokratik (authoritative) ebeveynler çocuğunu kabullenir, çocuğunun hayatına dahil olur ve çocuğuyla duygusal bağ kurabilirler. Bu sıcak, ilgili ve cevaplayıcı ebeveyn tutumuyla yetişen çocuğun kendini kontrol edebilme becerisine sahip, işbirliğine yatkın ve sosyal yeterlik sergilediği belirtilmektedir. Tam tersine, otoriter (authoritarian) ebeveynler çocukları için kurallar koyarlar ve sorgusuzca çocuklarının bu kurallara itaat etmesini beklerler. Kurallara uyulmadığı takdirde zorlayıcı yaptırımlar ve ceza uygulanır. Çocukların kendilerini ifade etmeleri ve bağımsızca hareket etmeleri bastırılır. Araştırmalar otoriter tutumla yetişen çocukların saldırgan davranışlar gösterdiği yönündedir. Serbest ve izin verici (permissive) ebeveynlerin ise çocuklarının davranışları üzerindeki kontrolleri çok azdır, çocuklarına sınır koymaktan kaçınırlar. Aşırı hoşgörü de, çocuğun bencil olmasına ve sosyal çevresine uyumunun zayıflamasına neden olmaktadır.

Okul

Okul ortamı çocuğun sosyal kuralları deneyimlediği ortam olması sebebi ile önemli bir konumda yer almaktadır. Çocuklar okul ortamı içerisinde akranlarıyla ilişki içinde bulunma, grup oyunları oynama, işbirliği içinde çalışma imkanı bulurlar. Akranları ile girmiş oldukları etkileşim sonucuyla paylaşmayı, başkalarının haklarına saygı duymayı ve kendi haklarını korumayı, sıra beklemeyi, kurallara uymayı, işbirliğini ve birlikte yaşamayı öğrenir. Bu sosyal beceriler sosyal gelişim sürecinin önemli basamakları olarak kabul edilmektedir. Çocuk okul ortamı içerisinde sadece akran grupları ile değil yetişkinlikler ile de bir arada bulunarak onlarla sağlıklı ve sağlam bir iletişim sürecinin temelini deneyimlerler. Okul, çocukların daha girişken ve özgüvenli olmalarını aynı zamanda sosyalleşmelerini sağlama açısından büyük öncem taşımaktadır.

Okul ortamı çocukların okul öncesi eğitim ile tanıştıkları bir süreçtir. Bu süreç içerisinde geçen zamanlar kişilik özelliklerinin şekillenmeye devam ettiği süreci içermektedir. Bu sürecin sonucunda olumlu yönde çıktılar elde edilebilmesi için okul önemli konumda yer almaktadır. Bu süreç içerisinde öğretmenler ve okul yönetimi ortak paydada roller alarak çocukların yaşam çıktıklarına destek olması gerekmektedir. Okul ortamı içerisinde çocukların kendi ilgi ve yeteneklerini akranları ile kıyaslayarak olumsuz duygu ve düşünceler içerisine girebilmektedir. Kendisini yetersiz hissetme, kıskanma ve saldırganlık davranışlarını göstererek asosyal tutum sergilemeye başlamaktadır. Bu yöndeki olumsuz durumların önüne geçilmesinde öğretmenlerin ve yetişkinlerin dikkatli olarak kıyaslama içeren tutum ve davranışlarda bulunmamaları gerekmektedir. Olumlu rol model olarak çocuklarla sağlıklı iletişim kurulması konusunda sorumluluklar üstlenmelidir.

Kitle İletişim Araçları

Çocukların kitle iletişim araçları kullanımında kullanım durumuna göre olumlu etkileri olabileceği gibi olumsuz etkileri de bulunmaktadır. Kitle iletişim araçları içerisinde en fazla kullanılan bilgisayar ve televizyonun sosyal gelişim üzerinde önemli etkileri yer almaktadır. Kitle iletişim araçlarının ebeveynler tarafından kullanımı ve ebeveynlerin kitle iletişim araçlarına karşı tutumu çocukların etkilenme derecesini belirlemektedir. Kitle iletişim araçlarının bilinçsiz bir şekilde kullanımı ya da uzun süre yaşadıkları ekran maruziyeti çocuğun tek yönlü bilgi edinmesine neden olabilmektedir. Yaş ve gelişim seviyesine uygun olmayan bilgi ve içeriklerine maruz kalan çocuklarda saldırganlık, iletişim kurmada güçlük, şiddet eğilimine karşı duyarsızlaşma, akran gruplarının içerisine girmede ve uyum sağlamada zorluk ve bunun neticesinde de yalnızlaşma gibi olumsuz durumlar görülmektedir. En yaygın ve etkin toplumsallaştırma araçlarından olan televizyonun yanlış kullanımında aile içi ve aile dışı toplumsal ilişkileri en alt düzeye indirmesi bakımından çocuğun toplumsallaşmasına olumsuz yönde katkı sağlayabilmektedir. Teknolojideki hızlı ilerleme ile birlikte çocukların hayatıyla birebir bağlantılı olan bilgisayar da çocukların günlük yaşam becerileri üzerinde etkili olmaktadır. Bilgisayarın da olumsuz kullanıldığı takdirde çocukların gelişimi üzerinde olumsuz etkileri bulunmaktadır. Bilgisayarda oynanan oyunların, karşılaştıkları şiddet içerikli öğelerin sosyal gelişime önemli yönde zararları bulunmaktadır. Bu şiddet içerikli öğelere uzun süre maruz kalınması çocukların saldırganlık davranışlarında artma ve sıradanlaşma görülebilmektedir.

Ancak olumsuz durumun yanı sıra olumlu ve bilinçli yönde kullanıldığında çocuğun toplumsal değerleri kazanması açısından olumlu katkılar sağlamaktadır. Toplumsal değerlerin farkına varan çocukta ise, empati, saygı, sevgi, arkadaşlık, işbirliği gibi prososyal davranışlar görülerek sosyal gelişiminde ilerlemeler meydana gelmektedir. Çocuğun dış dünyayı tanınması ve anlamlandırmasında

olumlu yönde katkıları bulunmaktadır. Bilgisayar oyunlarının olumlu yönde kullanımı ile birlikte çocukları potansiyel yaratıcılığa teşvik eder, eğlence ve eğlencenin sosyal alanını sağlar, çocukların teknolojiye rahatça yaklaşmalarını sağlar, oyunlara hâkimiyetleriyle çocukların kendilerine güvenleri artar, problemler çözme becerilerini geliştirir, yardımlaşma ve paylaşma gibi destekçi-sosyal davranışları ilerletir, çekingen çocuklar için oyun terapisi sağlar.

Oyun

Toplumsal yaşamın sürekliliğini ve düzenini sağlayan kuralların var olması insanın yaşamındaki davranış alışkanlıklarını kazanmasını sağlar. Çocukta yaşadığı sosyal çevre içerisinde yer alan görev ve sorumluluklarını oyun içerisinde yaparak yaşayarak öğrenmektedir. Aile içerisindeki rolünü, anne-baba ve kardeşler arasındaki iletişimi, çevresindeki arkadaşlarına yönelik davranışları oyun içerisinde belirginleşmektedir. Oyun, çocuğun büyüme ve gelişmesinin önemli bir parçasıdır. Oyun ile çocuk, yaşam süreci boyunca karşılaşacağı durumları keşfetmeyi, tanımlamayı ve bu durumlar karşısında strateji geliştirmeyi deneyimlemesini sağlar. Oyun süreci bir grup çalışması olduğundan çocuklar sıra bekleme, kurallara uyma, paylaşma, işbirliği yapma, başkalarının haklarına saygı gösterme gibi sosyal becerileri kazanırlar. Oyun çocuk için öğrenme ortamıdır ve çocuk oynadıkça duyuları artar, yetenek ve becerileri gelişir. Çünkü oyun çocuğun duyduklarını, gördüklerini uyguladığı, öğrendiklerini geliştirdiği bir ortamdır. Birbirini tanımayan çocuklar oyun ortamında bir araya gelip kaynaşırlar. Çünkü oyun onların en doğal anlaşma ortamıdır, ortak dilidir. Oyun, çocukları iş birliğine sevk eder, onlara paylaşımcılığı öğretir. Oyun, çocuğun toplumsal bir varlık olarak gelişmesinde en doğal ortam olur. Oyun çocuğun benlik gelişiminde ve sosyalleşmesinde etkili bir gelişimsel süreçtir.

Oyunun sosyal gelişim ile olan ilişkisi, Mildred Parten'in çalışması içerisinde sistematik olarak yer almaktadır. Bu çalışma içerisinde Parten, çocukların 2-5 yaş arasında sosyal becerilerin gelişmesinin oynama biçimlerine yansıdığını ifade etmektedir. Bu çalışmada çocukların oyun oynarken, başka çocuklar ile iletişim içerisine geçerek işbirliği, paylaşma ve arkadaşlık ilişkisi kurmayı öğrendiklerini belirtmektedir. Parten'in oyun sınıflandırmasında oyunun ilkel sosyal davranışlardan iş birliğine dayalı sosyal davranışlara doğru bir gelişim gösterdiği belirtilmektedir.

Sosyal Gelişim Dönemleri

Bebeklik Dönemi

Yaşamın ilk yılları çocuğun sosyal gelişim süreci içerisinde kritik bir öneme sahiptir. Bebeğin yaşamını sürdürebilmek amacıyla anneye duyduğu gereksinim onun ilk sosyal ilişkisini oluşturmaktadır. Bebeğin doğumundan itibaren annesine olan bağımlılığı sosyal ilişkilerin başlangıcı olup, sosyal gelişimin bebekliğin ilk günlerinden itibaren başladığını göstermektedir. Bu süreç içerisinde anne bebek ile etkileşim kurarak olumlu bir sosyal gelişim sürecini başlatmaktadır. Bebeğin anneye olan bu bağımlılığı, ihtiyaçları karşılandığında bağımlılığa dönüşmektedir. Bebeğin anne ile kurmuş olduğu bu iletişim, ömür boyu ihtiyacı olacak sosyal etkileşimin temelini oluşturmaktadır. Duygusal bakımdan sağlıklı bebekler anneye bağlanarak güven duygusunun temelini oluştururlar. Temelini attıkları güven duygusu sonraki yıllar içerisinde olumlu sosyal gelişimi oluştururlar. Bebek ilk yılında sınırlı da olsa sosyal davranışlar göstermektedir. Bu dönem içerisinde sosyal gülümseme, diğer insanlara sesli ve davranışsal tepkiler vererek etkileşimi başlatma becerileri gelişmeye başlamaktadır. Bebeğin refleks gülümseme dışında tepki olarak gülümsemesi sosyal gülümsemeyi oluşturmaktadır. Bu gülümseme, sosyal gelişimin başlangıcı olarak kabul edilmektedir. Bir yaş civarına geldiğinde çocuğun ilk bağımsızlık deneyimleri başlayarak benmerkezci yapısı baskın konuma gelmekte, 24. aya doğru ise paylaşmanın arttığı görülmektedir. Adamson ve Frick (2003)'e göre bu dönem içerisinde bebekler vermiş oldukları tepkilere annelerinin kayıtsız kaldığını gördüğünde daha fazla geri çekilme, olumsuz duygular ve kendi yönelimli davranışlar göstermektedirler. Bu sebeple 0-1 yaş döneminde çocuğun annesiyle çocukla sağlıklı bir ilişki kurmasından önemli derecede etkilenmektedir.

2 yaşında çocuğun benmerkezci yapısının yanı sıra taklitçi bir yapı da geliştirebilmektedir. Üç yaşında ise çocuk artık aile dışındaki bireylerle etkileşim kurmaya başlar. Akranlarla kurulan bu etkileşimler kısa süreli olmakla birlikte 2 yaşın benmerkezçiliğinden uzaktır, empati kurmayı ve kurallara uymayı öğrenmeye başlar. Ailenin bu dönemde doğru rol model olması sosyal beceri gelişimi açısından olumlu etki sağlamaktadır. Üç yaş döneminde çocuk aile içerisindeki kurallara ve davranışlara uymaya başlayarak sabırlı olma, sıra bekleme, paylaşma gibi davranışlar göstermektedir. Üç yaşında benmerkezci yapıdan daha ılımlı bir yapıya bürünen çocuk artık karmaşık olmayan becerileri yetişkin desteği ile gerçekleştirebilir. Walden (1991)'in yaptığı bir araştırmaya göre 14-22 aylık bebekler 6-9 aylık bebeklere göre belirli durumlarda nasıl davranacağını annenin yüzüne bakarak öğrenmeye daha fazla eğilim göstermişlerdir. Aile dışındaki bireylerle ilk etkileşimlerin gerçekleştiği dönem olan 0-2 yaş döneminde ailenin çocuğa doğru rol model olması oldukça önemlidir.

İlk Çocukluk Dönemi

Çevresiyle iletişim kurmaya başlayan çocuk için sosyal becerilerin önemi bu dönemde artmaktadır. Çocukların arkadaşlıklarının sayısı ve niteliğinde artışlar görülmektedir. İlk çocukluk döneminde arkadaşları ile daha uzun süreli oyunlar kurabilen çocuk onlardan etkilenmekte ve bu dönemde nezaket sözcükleri kullanabilmektedir. Bu yaş, çocukların akranlarını değerlendirebildikleri, sosyal becerilerin ilişkileri şekillendirme anlamında ön plana çıkmaya başladığı bir dönemdir. Bu dönem içerisinde çocuklar kurmuş oldukları arkadaşlık ilişkilerinde sosyal girişimcilik özellikleri gösterirler. Arkadaşlık ilişkilerinde gelişimin yaşandığı bu dönem içerisinde zaman zaman arkadaş ilişkilerinde saldırgan olduğu, sosyalleşme konusunda problemlerin yaşanabildiği görülmektedir.

Çocuk 5 yaş döneminde artık grup oyunlarını tercih etmekte ve hayvanlara, kendinden küçük çocuklara karşı koruyucu bir tavır takınmaktadır. Beş yaşında artık çevresinin genişlemesi ile birlikte işbirliği, paylaşma, kurallara uyma davranışları ve sosyal olgunluk gösterebilmektedir. Altı yaşında arkadaşların ve öğretmenin önemi artarken çocuk artık iletişim ve etkileşimin bir ihtiyaç olduğunu hissetmektedir. Bu dönemde işbirliği empati, kurallara uyma gibi beceriler gelişmiştir. Bu dönem kritik bir dönemdir ve bu dönemde çocuğun oyun grupları genişler. Bununla birlikte sosyallik davranışlarında gelişim gösteren çocuğun işbirliği, kurallara uyma, dostluk kurma gibi davranışlar sergilediği görülebilir. Bu dönemden sonra çocuk artık iletişim kurmak istemekte, zenginleşen çevre ile sosyal becerileri kazanmaya ve kazanılan sosyal beceriler ile ilişkiler kurmaya başlamaktadır.

Büyüdükçe sosyal çevresi genişleyen çocuk özellikle oyun yolu ile yakın çevresindeki yetişkin ve çocuklar ile yoğun etkileşime girmektedir. Bu etkileşimler sırasında çocuk olumlu-olumsuz birçok davranış örnekleriyle karşılaşmaktadır. Bunlardan hangisini benimseyeceği büyük ölçüde içinde yaşadığı çevrede karşılaştığı modellere bağlıdır. Erikson'a göre bu dönemde sağlanan uygun koşullar çocukların girişimcilik, bağımsızlık gibi özelliklerini olumlu yönde etkilemektedir. Çocuğun bireysellikten sosyalliğe geçiş sürecinde yeni davranış ve beceriler kazanması beklenmektedir. Sosyal beceriler de başarılı bir sosyal gelişim için gerekli becerilerdir. Sosyal becerilerle çocuk hem başarılı ilişkiler kuracak hem de sosyal yönden sağlanan tatmin ile duygusal gelişiminde de önemli ilerlemeler kaydedebilecektir.

Orta Çocukluk Dönemi

Tüm gelişim alanlarında olduğu gibi çocuğun sosyal gelişimi de ebeveynler, akran, okul ve içinde bulunulan toplumsal kültürden etkilenmektedir. Özellikle okul öncesi çağında yer alan çocuğun sosyal yönde gelişimi üzerinde okul ve akranlar daha etkili olabilmektedir.

Bu dönem içerisinde çocuk eğitim-öğretim hayatına başlamaktadır. Çocuğun okula başlaması ile birlikte sosyalleşme sürecinde ve sosyal çevresinde değişiklikler meydana gelmektedir. Sosyal becerilerin kazanıldığı bu yıllarda çocuğun akran ilişkilerine ve işbirlikçi oyuna yönelik artan ilgisi, onları diğer çocuklarla tanışmaya dolayısıyla sosyal etkileşim kurmaya motive etmektedir. Okul ortamında aileden farklı olarak profesyonel sosyal davranış kurallarıyla karşılaşan çocuk, ilk kez ebeveynlerinin koruması ve yönlendirmesi olmadan akranlarıyla nasıl iletişime geçeceğini ve iletişimi nasıl sürdüreceğini öğrenmeye başlamaktadır. Bu sosyalleşme süreci içerisinde arkadaşlık ilişkileri önem kazanmaktadır. Bu dönem içerisinde kurulan arkadaşlık ilişkileri daha uzun süreli ve destekleyici yönde kurulmaktadır. Kız-erkek cinsiyet ayrışması yoğun olarak görülmekte ve bu yoğunlaşma doğrultusunda da gruplaşmalar meydana gelmektedir. Bu dönem içerisindeki gruplaşma hareketleri sıklıkla değişim göstermektedir. Bu dönem içerisinde çocuklar, gruplara katılmaya istekli olup işbirlikçi bir yaklaşım göstermektedirler. Çocukların göstermiş oldukları bu işbirlikçi yaklaşım onların hem oyun gelişiminde hem de akran gruplarında farklı ilişkiler denemelerine yardımcı olmaktadır. Kurallı oyun evresinde olan çocuk kuralların ne olduğunun farkına vararak sosyal gelişimine katkı sağlamaktadır. Çocuğa okul ortamı içerisinde sunulan interaktif katılımlı eğitim ortamı ya da çevresel olanaklar aracılığıyla akranlarıyla sağlıklı iletişime geçebilme, kendini tanıyabilme, sosyal çevreye uyum sağlayabilme gibi pek çok sosyal becerilerin kazanmasına imkan sağlamaktadır.

Bu dönem içerisinde eğitim-öğretim sürecine başlayan çocuk akademik becerilerindeki yeterlilik ve yetersizlik durumuna göre sosyal gelişim üzerinde etkiye sahiptir. Akademik anlamda yeterli ya da yetersiz olması çocuğun benlik saygısı üzerinde ve psikolojik sağlığını dengede tutmada önemli etkiye sahiptir. Çocuğun okul ortamı içerisinde kendisini yetersiz hissetmesi durumunda benliği olumsuz yönde etkilenerek kendisine olan özsaygısında azalma meydana gelecektir. Benzer şekilde etkiye maruz kalan çocuk tepkilerini iki farklı yolla ortaya koyacaktır. Bunlar; ya çevresine karşı saldırganlaşacak ya da içine kapanarak kendisini başarısızlığa inandıracaktır. Bu durumun tam tersi olarak yeterli olduğu durumlar çevresi tarafından aşırı derecede abartılırsa çocuk kendisini çevresinden üstün görerek farklı duygu durumları yaşayabilecektir. Son yıllarda yapılan araştırmalarda, sosyal becerilerde yetersizlik yaşayan çocukların, çevrelerine uyumda sorun yaşadıkları, akranları tarafından reddedilme durumuyla karşı karşıya kaldıkları, okuldaki öğrenmelerinin ve yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiği, ayrıca anne-baba çocuk ilişkilerinin, akran ilişkilerinin olumsuz yönde etkilendiği vurgulanmaktadır.

Ergenlik (Son Çocukluk) Dönemi

Ergenlik; fiziksel büyüme, cinsel gelişme ve psikososyal olgunlaşmanın gerçekleştiği, çocukluktan erişkin hayata geçiş dönemidir. Bu dönem çocuğun

kimliğini belirlemeye çalıştığı, bu süreç içerisinde ise çevresinde bulunan kişilerden oldukça etkilendiği bir dönemdir. Ergenlik dönemindeki bireylerin sosyal gelişimini etkileyen etmenlerden en belirleyicisi ergen benmerkezciliği olarak ifade edilmektedir. Ergenin bu dönemde arkadaşlarıyla etkinliklere katılma eğilimi ağır bastığı için artık ebeveynlerinin fikirlerini ve güvenirliliklerini sorgular, onların otoritesine başkaldırır, itaat ve bağımsızlık arasında karmaşık duygular yaşar.

Ergenlik dönemindeki bireyin sosyal gelişim süreci henüz tamamlanmamıştır. Ergen, çocuk değildir ama henüz olgun ya da yetişkin bir birey de değildir. Bu bakımdan ergen çocukluk ve olgunluk arasındaki geçiş sürecini yaşayan birey olarak kabul edilmektedir. Ergenlik dönemindeki bireyler bir yandan kendilerini yetişkin sayarak tutum ve davranışlarını çevrelerindeki büyüklere göre ayarlarken diğer yandan çocukluklarına devam ederler. Ergen, bu dönemde hızlı bir sosyalleşme süreci içerisine girmektedir. Sosyalleşme yaşam boyu devam eden bir süreç olarak kabul edilmekte ve bireyin çocukluktan gençliğe geçiş sürecinde süreklilik göstererek bedensel ve bilişsel olarak duygu, düşünce, tutum ve davranışlarında değişiklik göstermesi olarak kabul edilmektedir. Ergenlik döneminde yer alan bireyin sosyalleşme süreci onun duygu, düşünce, tutum, davranış, eylem, temel kişilik yapısına, ergenlik dönemine özgü psiko-sosyal özelliklerine, ergenin yaşadığı çevrenin sosyal, kültürel, ekonomik özelliklerine bağlıdır. Aile, okul, toplumsal gruplar ve kitle iletişim araçları bu kavramı etkileyen önemli etmenlerdendir.

Ergenlikteki psikososyal gelişim, ergenin gerçekçi ve olumlu öz görünüm ve kimlik geliştirmesini zorunlu kılar. Kimliğin kazanılması, ergenlik döneminin en önemli psikososyal yönüdür. Bu bağlamda ergenin sosyalleşme süreci aslında çocukluk döneminde başlamış ve ergenlik döneminde ise bu süreç ailesinin dışına taşarak okul çevresi ve dolayısıyla arkadaş grupları ekseninde hızla devam etmektedir. Bu sosyalleşme sürecinde ergen için önemli gördüğü konularda ailesi, hâlâ bir başvuru kaynağı olmaya devam etmektedir. Ergenlik döneminde olan bireyin içinde yaşadığı toplum tarafından kabul edilebilir biçimde davranmayı öğrenmesi sosyal gelişim süreci içerisinde olmaktadır. Ergenin toplum içerisindeki insanlarla olan sosyal ilişkilerinin nasıl ve ne yönde olacağı hayatının ilk yıllarındaki öğrenim kazanımlarına bağlıdır. Toplum içerisindeki diğer insanlarla olumlu yönde ilişkiler kuran ergenler bu davranışı çocukluktaki öğrenim kazanımı sayesinde sağlamış olurlar. Ergenlik dönemindeki bireyin sosyal gelişiminin olumlu yönde ilerleme kazanmasında aile ilişkileri, okulu, arkadaş ilişkileri ve kitle iletişim araçları gibi etmenlerin önemli etkisi bulunmaktadır. Ergenin davranışlarına rehberlik edecek değerleri kazanması, toplumsal yönden sorumluluklarını öğrenmesi konusunda ergenin yaşamında etkili olan ilk temel kurum ailedir. Bu süreç içerisinde çocukların sosyal gelişimlerine aileden sonra etkide bulunan en önemli faktörlerden birisini de arkadaş çevresi oluşturmaktadır. Arkadaş çevresi içerisinde ise sosyal gelişimi

en fazla etkileyen grupların başında ise komşu ve akraba çocukları gelmektedir. gelecek dönemlerde çocukların eğitim yaşamlarına girmeleriyle beraber okul arkadaşlıkları ve mevcut arkadaşların toplumsal özellikleri çocuğun toplumsal beceri gelişimini olumlu ya da olumsuz yönde etkilemektedir.

Sosyal Gelişimin Desteklenmesi

- Çocuk dünyaya geldiği andan itibaren olumlu yönde rol model olunması gerekmektedir.
- Bebeğin bakımında anne ve baba ortak paydada rol alıp bebek ile etkileşim içerisine girmesi gerekmektedir.
- Bebeğin iletişim çabalarına karşılık verilmelidir.
- Demokratik bir anne-baba tutumu sergileyerek aile içerisindeki tüm bireylerinde bu tutum içerisinde olmasına dikkat edilmelidir.
- Çocuğun bağımsızlık yönünde yapmış olduğu atılımlar desteklenmelidir.
- Çocuğun sormuş olduğu sorular yaş ve gelişim seviyesine uygun olarak yanıtlanmalıdır. Yaratıcılıklarını geliştirmek için farklı soruların yöneltilmesi gerekmektedir.
- Çocuğun duygu ve düşüncelerine saygı duyularak dinlenilmesi gerekmektedir.
- Çocuğun farklı sosyal çevre içerisine girmesi için fırsatlar yaratılmalıdır.
- Akran grupları ile kıyaslama yapmaktan kaçınılmalıdır.
- Kitle iletişim araçlarının kullanımı konusunda ailenin olumlu yönde rol model olması gerekmektedir.
- Yaş ve gelişim seviyesine uygun olarak farklı sorumluluklar verilmelidir.
- Herhangi bir problem durumu ile karşılaştığında çözmesi için destek olunması gereklidir. Seçim yapma şansı tanınarak yaptığı seçime saygı duyulması gerekmektedir.
- Öğretmen ve ebeveynler istedik yönde model olarak çeşitli ödül ve pekiştirmeçlerden yararlanmalıdır.
- Çocuk ile oyunlar oynanmalı, sosyal becerilerin kazanımı konusunda kitaplardan yararlanılmalıdır. Kitap okumadan önce kitabın kapağı gösterilerek içeriği hakkında çocuğun yorum yapmasına fırsat verilmelidir. Kitap okuma sırasında hikaye yarıda bırakılıp hikaye içerisindeki karakter olsaydı ne yapacağıyla ilgili sorular sorulmalıdır. Kitap okuma sonrasında kitap içerisinde yer alan karakterlerden, neler yaşadıklarından söz edilmelidir. Kitap hakkında sorular sorulmalı, çocukların önerileri dinlenmelidir. Bu şekilde etkileşimli kitap okuma yönteminin kullanılması çocukların hem hikaye içerisine interaktif katılmasını sağlar hem de sosyal becerilerin kazanılmasını kolaylaştıracaktır.

Örnek Etkileşimli Kitap Okuma Programı

Kitabın Adı: KIRMIZI ELMA

Yazar ve Resimleyen: Feridun ORAL

Yayınevi: YKY Yayınları

Yaş Grubu: 48-60 Ay

Okumaya Başlamadan Önce; Kitap okunacak ortamın çocukların dikkatini dağıtmayacak biçimde düzenlenmiş, gereksiz materyallerden arındırılmış olması gerekmektedir. Kitap okunmaya başlamadan önce çocukların temel fizyolojik ve psikolojik ihtiyaçların doyurulmasına özen gösterilmelidir. Okunan kitabın çocuklar tarafından rahatça görünebilmesi için yarım ay biçiminde oturmaları tercih edilmelidir. Okuma süreci boyunca kitabın ön yüzü çocuklara dönük bir biçimde tutulmalı, okuma sürecini uygulayıcı yan taraftaki yazılardan takip etmelidir. Çocuklara kitap gösterilerek ilk olarak kitabın kapağına bakılmaları istenir ve kapakta ne gördükleri hakkında sorular sorulur. Örneğin; bu resimde neler görüyorsunuz? Sizce kitabın kapağındaki hayvan hangi hayvan? Sizce kitabın kapağında hangi mevsim belirtileri görünmektedir? Ağacın dalında duran ne? Ağacın dalındaki elma ne renk? Çocuklar tarafından verilen cevaplardan sonra kitap, yazar, yayınevi, resimleyen isimleri çocuklara gösterilerek okunur. Aynı yazar ve yayınevine ait daha önceden okunmuş kitaplar var ise o kitap hakkında hatırlatıcı konuşma gerçekleştirebilir. Kitabın adına, ön kapağına ve arka kapağına dikkat çekilerek burada yer alan resimlere odaklanmalı kitabın konusunun ne olabileceği, hikayede ne anlatılmak istendiği hakkında açık uçlu sorular sorulmalıdır. Çocuklara konuşma fırsatı tanınmalı, düşüncelerini ifade etmeleri için cesaretlendirilmelidir. Örneğin: elma neden kırmızı? Başka renkli elmalar olabilir mi? Ağaçta neden bir tane elma var? Ormandaki diğer hayvanlar nerede olabilir? Buradaki hayvan kim? Sizce tavşan ormanda tek başına ne yapıyor? Kitabın ismi söylenir “Kırmızı Elma” çocuklardan kırmızı yerine başka renkler getirmesini ya da elma yerine istedikleri bir nesneyi getirmeleri istenir. Elma yerine getirdikleri nesnelerin asıl renkleri ve biçimleri hakkında sohbet edilir. Okuma öncesinde yer alan hazırlık aşamaları bittikten sonra çocuklara hikayeyi dinlemelerini ve her çocuğun duyabileceği onları rahatsız etmeyecek bir ses tonu ile hikaye okunmaya başlanmalıdır.

Okuma Sırasında;

1-2. sayfa Bu sayfa içerisinde yer alan aşağıda yazılmış olan metin çocuklara okunur. “Soğuk bir kış günü karnı acıkan tavşan yiyecek bir şeyler bulmak için yuvasından çıktı” Ardından çocuklardan, ormandaki tavşanı göstermeleri istenir. Tavşandan başka hayvanın olmadığına dikkat çekerek tavşan sözcüğünün anlamını açıklar. Tavşan sözcüğünün anlamını açıkladıktan sonra tavşanın neden ormanda

tek başına olduğu sorulur. Çocuklarla tavşanın ormana neler yapabilecekleri ve neden ormanda tek başına olduğu hakkında konuşulur. Ardından resim ile ilgili sorular sorulur. Çocuklardan sorulan sorulara cevap vermeleri istenir. Resimde neler var?, Bu resim hangi mevsime ait olabilir?, Tavşanın yüzüne bakın, ne hissediyor olabilir?, Tavşan neden ormanda? Çocuklara tavşanın acıktığı için ormanda yiyecek aramaya çıktığı söylenerek acıkmak sözcüğünün anlamı açıklanır. Çocuklara ne zaman acıktığımız, acıktığımızda neler yaptığımız ile ilgili sorular sorar. Öğretmen bunun için öncelikle kendisinden örnekler vererek konuşmaya başlatır. Daha sonra çocukların bilgileri ve deneyimleri dinlenir. 3-4. sayfa 4. sayfada tavşan ormanın derinliklerinde bir ağacın dalında kırmızı bir elma görür. Metni okumaya başlamadan önce ağaçta duran elmanın hangi renk olduğu sorulur. Elmanın renginin kırmızı olduğu açıklanır. Çocuklara; “Elmalar başka hangi renk olabilirler?, Elmanın tadı nasıl?, Kırmızı nasıl bir renk?, Sizce hangi renklerin karışımından elde edilmiş olabilir?, Çevremizde kırmızı renginde neler var?” soruları sorulur. 5-6. sayfa Tavşanın ağacın altına geldiğinde elmaya uzanamadığı gösterilir. Çocuklara “siz tavşanın yerine olsaydınız elmayı nasıl alırdınız?” sorusu yöneltilir. Çocukların verdikleri cevaplar dinlenir ve elmayı almak için bir çözüm yolu üretilmeye çalışılır. Sonrasında hikaye okunmaya devam edilir. Hikaye içerisinde geçen kır faresinin anlamı açıklanır. Çocuklara daha önce kır faresi görüp görmedikleri sorularak, diğer farelerden farklı olan özelliği hakkında konuşulur. 7-8. sayfa 8. sayfada hikayenin kahramanı olan tavşan kır faresinin yuvasına gidip ondan yardım istiyor. Metin çocuklara okunmadan önce 7-8. Sayfayla ilgili sorular sorulur; “Tavşan nerede? Ne yapıyor?, Tavşan neden kır faresine gitmiş olabilir?” gibi sorular sorar. 9-10. sayfa 9. sayfada kır faresi tavşanın başının üzerine çıkmış elmayı almaya çalışıyor. Metin çocuklara okunmadan önce 9-10. Sayfayla ilgili sorular sorulur; “Kır faresi neden tavşanın başının üzerine çıkmış?, Sizce ne yapmaya çalışıyorlar? Elmayı alabildiler mi?” gibi sorular sorar. 11-12. sayfa 12. sayfada tavşan ile kır faresi elmayı almaya çalışırken onları tilki görür. Metin çocuklara okunmadan önce sorular sorulur; “Tavşan ile kır faresini kim gördü?” sorusu yöneltilir. Çocuklardan gelen cevaplardan sonra tilki sözcüğünün anlamı açıklanır. Tilkiyi nasıl duyduklarını sorar ve aksırıp tıksırmak sözcüğünün de anlamı açıklanır. Çocuklara daha önce tilki görüp görmedikleri sorulur. Tilkiilerin nerede yaşadıkları, neyle beslendikleri, özellikleri hakkında konuşulur. 13-14. sayfa Resimde tilki kuyruğunu sallayarak elmayı almaya çalışıyor. Metin çocuklara okunmadan önce çocuklara sorular sorulur; “Tilki ne yapıyor? Neden kuyruğunu sallıyor olabilir?, Sizce neden ağaca çıkmıyor?” soruları sorulur. Daha sonrasında metin okunur. Ağaca çıkmama sebebinin üşütmüş olduğu okununca üşütmek sözcüğünün anlamı açıklanır. Tilkinin nasıl üşütüp hasta olduğu hakkında fikir yürütülür, hasta olmamak için neler yapılması gerektiği hakkında konuşulur. 15-16. sayfa Resimde tilkinin omzuna tavşan tavşanın omzuna da kır

faresi çıkmış bir biçimde elmayı koparmaya çalışıyorlar. Metin çocuklara okunmadan önce resimlerle ilgili sorular sorulur; “Sizce burada ne yapıyorlar?, Neden birbirlerinin omzuna çıkmışlar?, Elmaya ulaşabilirler mi?, Elmaya ulaşmak için başka ne yapabilirler?” soruları yöneltilir. 17-18. sayfa Resimde tilki, tavşan ve farenin elmanın altında oturuyorlar. Metin çocuklara okunmadan önce; “Sizce burada ne yapıyorlar?, Ağacın altında oturmuş neyi bekliyorlar?” soruları sorulur. 19-20. sayfa Metin içerisinde tilki, tavşan ve kır faresinin gürültüsüne uyanan koca ayı görülmektedir. Metin çocuklara okunmadan önce; “Sizce buradaki kim?, Kendisini nasıl hissediyor olabilir?, Tavşan, tilki ve kır faresi ne yapıyor?” soruları yöneltilerek ayının anlamı açıklanır. Ayıların nasıl hayvanlar olduğu, daha önce ayı görüp görmedikleri, ayıların fiziksel özellikleri hakkında konuşulur. 21-22. sayfa Resimde ayı, tilki, tavşan ve kır faresi birbirlerinin omuzları çıkmış elmayı almaya çalışıyorlar. Metin çocuklara okunmadan önce gösterilerek resim hakkında yorum yapmaları istenir. “Neden birbirlerinin omzuna çıkmış olabilirler?, Elmayı alabildiler mi?” soruları sorulur. Bu sorularla iş birliği ve yardımlaşma becerisine dikkat çekilir. 23-24. sayfa Resimler çocuklara gösterilerek neler olduğu sorulur. 25-26. sayfa Resimde ayı, tilki, tavşan ve kır faresi yere düşmüş ortalarında da kırmızı elma var. Metin çocuklara okunmadan önce resim gösterilerek; “Sizce neden herkes yerde?, Herkesin yüzünde nasıl bir ifade var?, Neden herkes şaşırmış?” soruları sorularak şaşırmış kelimesinin anlamı açıklanır. “1 tane elma var ama 4 kişiler, sizce elmayı nasıl yemeliler?” diye sorularak paylaşma becerisine dikkat çekilir. 27-28. sayfa Resimde tüm hayvanların nerede olduğu sorulur ve in sözcüğünün anlamı açıklanır.

Okuma Sonrasında;

Okunan hikayenin çocuklar tarafından özetlenmesi istenir. Çocuğa özetleme esnasında yardımcı olmak için sorulardan yararlanılabilir. Örneğin; okuduğumuz kitabın adı neydi? Hikayemiz içinde geçen olaylarda hangi kahramanlar vardı? Hikayemiz hangi mevsimde geçmekteydi? Tavşan neden yuvasından çıkmıştı? Tavşan neden ormanda tek başınaydı? Kırmızı elmayı alabilmek için kimlerden yardım istedi? Farenin bulduğu çözüm önerisi işe yaradı mı? Tilki nasıl bir çözüm önerisi bulmuştu? Koca ayı mağarasından çıkar çıkmaz ne yapmıştı? Kırmızı elmayı alabildiler mi? Kırmızı elmayı aldıktan sonra ne yaptılar? Çocuklar okunan hikayeyi sorulan sorular yardımıyla özetledikten sonra “Siz tavşan olsaydınız kırmızı elmayı nasıl almaya çalışırdınız?” şeklinde bir soru yöneltilir. Çocukların verdiği yanıtlar genişletilerek dinlenir. Çocuklara bu hikayenin yazarının kendileri olduğunu hayal etmeleri istenerek, hikayenin sonunu kendilerinin tasarlamaları gerektiği söylenir. Her çocuğun tasarladığı hikâyeye sonları dinlenir.

Kaynaklar

Öztürk, A. (2011). *Okul öncesi dönemde sosyal yeterlik ve ebeveyn-çocuk sistemi* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Aral, N., & Kadan, G. (2019). Sosyal gelişim. In N. Aral & Z. F. Temel (Eds.), *Çocuk gelişimi* (ss. 236-262). Ankara: Hedef CS Basın Yayın.

Aral, N., Kandır, A., & Yaşar, M. C. (2000). *Okulöncesi eğitimi* (1. basım). İstanbul: YA-PA Yayınları.

Arslan Çiftçi, H., & Uyanık Balat, G. (2018). Sosyal-duygusal gelişim değerlendirme ölçeği: 48-66 aylık çocuklar için uyarılama çalışması. *İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 19(3), 74-87.

Aslan, E. (2008). Drama temelli sosyal beceri eğitiminin 6 yaş çocuklarının sosyal ilişkiler ve işbirliği davranışlarına etkisi (Yüksek lisans tezi). Adnan Menderes Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Aydın.

Avcioğlu, H. (2009). *Etkinliklerle sosyal beceri öğretimi* (3. basım). Ankara: Kök Yayıncılık.

Aydın, A. (2000). *Gelişim ve öğrenme psikolojisi* (ss. 1-101). Bursa: Alfa Basım.

Aydın, B. (2005). *Çocuk ve ergen psikolojisi*. Ankara: Atlas Yayın Dağıtım.

Behrman, R. E., Kliegman, R. M., & Jenson, H. B. (2000). Growth and development. In *Nelson's Textbook of Pediatrics: Part II* (16th ed., pp. 52-57). Philadelphia: WB Saunders.

Belfield, C., Bowden, A. B., Klapp, A., Levin, H., Shand, R., & Zander, S. (2015). The economic value of social and emotional learning. *Journal of Benefit-Cost Analysis*, 6(3), 508-544.

Bierman, K. L., Coie, J. D., Dodge, K. A., Greenberg, M. T., Lochman, J. E., McMahon, R. J., & Pinderhughes, E. (2010). The effects of a multiyear universal social-emotional learning program: The role of student and school characteristics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(2), 156-168.

Bozgün, K., & Baytemir, K. (2019). Sosyal-duygusal ve ahlaki gelişim ölçeğinin (Sdago) Türkçeye uyarlanması: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Turkish Studies*, 14(1).

Ceylan, Ş. (2009). Vineland sosyal-duygusal erken çocukluk ölçeğinin geçerlik-güvenirlik çalışması ve okul öncesi eğitim kurumuna devam eden beş yaş çocuklarının sosyal-duygusal davranışlarına yaratıcı drama eğitiminin etkisinin incelenmesi (Yüksek lisans tezi). Gazi Üniversitesi, Ankara.

Çubukçu, Z., & Gültekin, M. (2006). İlköğretimde öğrencilere kazandırılması gereken sosyal beceriler. *Bahar Dergisi*, 37, 155-174.

Denham, S., Blair, K., DeMulder, E., Levitas, J., Sawyer, K., Auerbach-Major, S., & Queenan, P. (2003). Preschool emotional competence: Pathway to social competence. *Child Development, 74*, 238-256.

Dinç, B. (2002). Okulöncesi eğitimin 4-5 yaş çocuğunun sosyal gelişimine etkileri konusunda öğretmen görüşleri (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Anadolu Üniversitesi, Eskişehir.

Elias, M. J., & Haynes, N. M. (2008). Social competence, social support, and academic achievement in minority, low-income, urban elementary school children. *School Psychology Quarterly, 23*(4), 474-495.

Epstein, M. H., & Synhorst, L. (2008). Preschool behavioral and emotional rating scale (PreBERS): Test-retest reliability and inter-rater reliability. *Journal of Child and Family Studies, 17*(6), 853-862.

Fox, L., Hemmeter, M. L., Snyder, P., Binder, D. P., & Clarke, S. (2011). Coaching early childhood special educators to implement a comprehensive model for promoting young children's social competence. *Topics in Early Childhood Special Education, 31*(3), 178-192. <https://doi.org/10.1177/0271121411404440>

Göka, E., & Türkçapar, M. H. (2011). Gençlik ve şiddet. Erişim adresi: http://saglik.tr.net/ruh_sagligi_genclik_siddet_2.shtml (Erişim tarihi: 15 Aralık 2011).

Göktaş, İ. (2015). Aile katılımı ve sosyal beceri eğitimi programlarının tek başına ve birlikte 4-5 yaş çocuklarının sosyal becerileri ve anne-çocuk ilişkileri üzerindeki etkisinin incelenmesi (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Pamukkale Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Denizli.

Gül, E. D. (2012). Ailelerin çocuk bahçelerine ve çocuk bahçelerindeki materyallere bakış açılarını incelemesi. *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 21*(3), 261-273. <https://dergipark.org.tr/en/pub/cusosbil/issue/4391/60390>

Haluk, Y. (2002). *Çocuk psikolojisi*. İstanbul: Remzi Kitapevi.

Jennings, J. L., & DiPrete, T. A. (2010). Teachers effects on social and behavioral skills in early elementary school. *Sociology of Education, 82*, 135-159.

Kabasakal, Z., & Çelik, N. (2010). Sosyal beceri eğitiminin ilköğretim öğrencilerinin sosyal uyum düzeylerine etkisi. *İlköğretim Online Dergisi, 9*(1), 203-212.

Kandır, A., & Alpan, Y. (2008). Okul öncesi dönemde sosyal-duygusal gelişime anne-baba davranışlarının etkisi. *Aile ve Toplum, 10*(4).

Kandır, A., & Alpan, Y. (2008). Sosyal duygusal değerlendirme aracının (ITSEA) farklı ekonomik düzeylerde uygulanması. *Türk Eğitim Bilimleri Dergisi, 6*(1), 41-61.

Koç, M. (2004). Gelişim psikolojisi açısından ergenlik dönemi ve genel özellikleri.

Meadan, H., & Jegatheesan, B. (2010). Classroom pets and young children. *Young Children, 65*(3), 70-77.

Miller, T. W., Kraus, R. F., & Veltkamp, L. J. (2008). Character education as a prevention strategy for school-related violence. In *School violence and primary prevention* (pp. 377-390). Springer, New York, NY.

Ocak, Ş., & Arda, T. B. (2014). Okul öncesi dönemde önleyici müdahale edici programların karşılaştırılması. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 29(4), 171-188.

Ostrosky, M. M., & Meadan, H. (2010). Helping children play and learn together. *Young Children*, 65(1), 104-110.

Özbek, A. (2003). Okul öncesi eğitim kurumlarına devam eden ve etmeyen çocukların ilköğretim birinci sınıfta sosyal gelişim açısından öğretmen görüşüne dayalı olarak karşılaştırılması. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Anadolu Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü.

Özbey, S. (2010). Okul öncesi çocuklarda uyum ve davranış problemleriyle başa çıkmada ailenin rolü. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 21(21), 9-18.

Öztürk, D. (2007). Bilgisayar oyunlarının çocukların bilişsel ve duyuşsal gelişimleri üzerindeki etkisinin incelenmesi (Yüksek lisans tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Özyürek, A. (2015). Okul öncesi çocukların sosyal beceri düzeyleri ile anne tutumları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Milli Eğitim Dergisi*, 206.

Patton, D. D., & Harris, J. R. (2007). Ergenlik gelişimi ve tarama. In A. Kut, İ. Tokalak, & M. G. Eminsoy (Eds.), *Current aile hekimliği tanı ve tedavi* (pp. 129-138). Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri.

Payton, J. W., Wardlaw, D. M., Graczyk, P. A., Bloodworth, M. R., Tompsett, C. J., & Weissberg, R. P. (2000). Social and emotional learning: A framework for promoting mental health and reducing risk behavior in children and youth. *Journal of School Health*, 70, 179-185.

Pilavcı, G. (2014). "Oyun" kavramı ve mimari tasarıma kattığı farklı boyutlar: Oyun alanları ve oyun mekânları üzerine bir inceleme (Yüksek lisans tezi). Mimar Sinan Güzel Sanatlar Fakültesi, İstanbul.

Güney, R. (2005). Kronik hastalıklı kardeşe sahip çocukların sosyal yeterlilikleri ve problem davranışları. *Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Marmara Üniversitesi*, İstanbul.

Repetti, R. L., Sears, M. S., & Bai, S. (2015). Social and emotional development in the context of the family. In *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences: Second Edition* (pp. 156-161). Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/B978-0-08-097086-8.23046-8>

Rich, H. L., & Bush, A. J. (1978). The effect of congruent teacher-student characteristics on instructional outcomes. *American Educational Research Journal*, 15, 451-457.

Rodker, J. D. (2013). Promoting social-emotional development of children during kindergarten: A Zippy's Friends program evaluation (Yayımlanmamış doktora tezi). Pace University, New York, ABD.

Saarnı, C. (2001). Cognition, context, and goals: Significant components in social-emotional effectiveness. *Social Development*, 10(1), 125-127.

Sabuncuoğlu, Z., & Tüz, M. (1998). *Örgütsel psikoloji* (3. basım). Bursa: Al-fa.

Senemoğlu, N. (2018). *Gelişim öğrenme ve öğretim: Kuramdan uygulamaya* (26. basım). Ankara: Anı Yayıncılık.

Steinberg, L. (2013). *Ergenlik* (F. Çok, Çev.). Ankara: İmge Kitabevi.

Şahin, Ş., & Özçelik, Ç. Ç. (2016). Ergenlik dönemi ve sosyalleşme. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 5(1), 42-49.

Taymur, İ., & Türkçapar, M. H. (2012). Kişilik: Tanımı, sınıflaması ve değerlendirmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 4, 154-177.

Tuncor, F. (2000). *Eğitici çocuk oyunları*. İstanbul: Esin Yayınları.

Yavuzer, H. (2013). *Ergenlik dönemi: Çocuk psikolojisi* (36. basım). İstanbul: Remzi Kitabevi.

Yüksel, G. (1999). Sosyal beceri eğitiminin üniversite öğrencilerinin sosyal beceri düzeylerine etkisi. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 2(11), 37-47.

3. BÖLÜM: BİLİŞSEL GELİŞİM

Arş. Gör. Kevser Tuğba ÇINAR KARASU³

Biliş, içsel zihinsel süreci yani algılama, hatırlama, öğrenme, geri çağırma, problem çözme, düşünme gibi zihinsel etkinlikleri ve yaşadığımız dünyayı anlamaya ve anlamlandırmaya destek sağlayan zihinsel aktiviteleri tanımlar.

Yaşam boyunca dikkat, bellek, problem çözme, akıl yürütme, karar verme, kavram öğrenme gibi zihinsel süreçlerin aktif olmasıyla bilişsel gelişim gösterilebilmektedir. Bilişsel gelişim, zihinsel işlevleri kapsamaktadır.

Zihinsel Gelişim olarak bazı kaynaklarda geçen bilişsel gelişim doğumdan başlayarak çocuğun içinde yaşadığı çevre ile etkileşimini sağlayan; içine doğduğu dünyayı tanıyıp anlamasını kolaylaştıran, bilgiyi edinip kullanmasına, onu saklanmasına, düzenlenmesine ve analiz etmesine destek olan; algılama, hatırlama, akıl yürütme, karar verme, problem çözme gibi zihinsel aktivitelerdeki gelişimi ifade eder.

Piaget, Vygotsky ve Bruner bilişsel gelişimi açıklamaya yönelik farklı kuramları ifade etmişlerdir. Piaget, dönemlere ayırarak incelediği bilişsel gelişimi bireyin tek başına yapılandıracağını belirtmiştir. Birey bilgiyi kazanmada aktif bir role sahiptir ve öğrenme eylemini kendisi gerçekleştirir. Vygotsky, yaşa bağlı süreçlerle bilişsel gelişimi açıklamıştır. Bilişsel gelişimde hem kalıtımın hem de çevresel faktörlerin etkili olduğunu kültürün yönlendiriciliğini belirtmiştir. Vygotsky aynı zamanda dilin biliş üzerindeki önemli etkilerinden bahseder; dil düşünmeyi sağladığı için bilişsel gelişim desteklenir. Bruner de bilişsel gelişimi dönemlere ayırarak incelemiştir. Bilgi işleme, depolama süreci ve depolama sisteminin gelişimine bağlıdır. Bilişsel gelişimde daha çok psikolojik dinamiklere önem vermiştir. Öğrenmede motivasyon, güdülenmenin önemli olduğunu belirtmiştir.

Bilişsel Gelişim ile İlgili Kavramlar

Dikkat

Dışardan gelen uyarıcılara karşı verdiğimiz bilinçli odaklanma olduğu ifade edilmektedir. Dikkatin süresi ve seçici olması öğrenmeyi etkilemektedir. Dikkat genel olarak bakıldığında zihinsel faaliyetin bir noktaya odaklanması, yoğunlaşması olarak ifade edilir. Bilgi ile ilgisi olan uyarılara dikkat yöneltmek ve ilgisi olmayanları görmezden gelmeyi öğrenmek gerektiği ifade edilmiştir.

³ Arş. Gör., İstanbul Gelişim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul, Türkiye.

E-posta: ktcinar@gelisim.edu.tr ORCID: 0000-0003-4726-2705

Bellek

Türk Dil Kurumuna göre, 'Yaşananları, öğrenilen konuları, bunların geçmişle ilişkisini bilinçli olarak zihinde saklama gücü, dağarcık, akıl, hafıza, zihin' olarak tanımlanmaktadır.

Düşünme

Temelde bakıldığında bağlantı kurma süreci olduğu ifade edilmektedir. İç ve dış uyaranlardan etkilenecek zihnin harekete geçmesi olarak belirtilmiştir.

Problem Çözme

Günlük yaşamda karşılaşılan pek çok şey problem olarak algılanırsa bunların üstesinden gelmek de problem çözme olarak ifade edilmektedir.

Zekâ

Ülgen (1994) zekayı, bireyler arasındaki farkı belirleyen zihinsel gelişimle ilgili bir özellik olarak tanımlamaktadır. Zekâ soyut bir kavramdır, yaşamın her aşamasında bireyin davranış ve becerilerini etkilemektedir.

Yaratıcılık

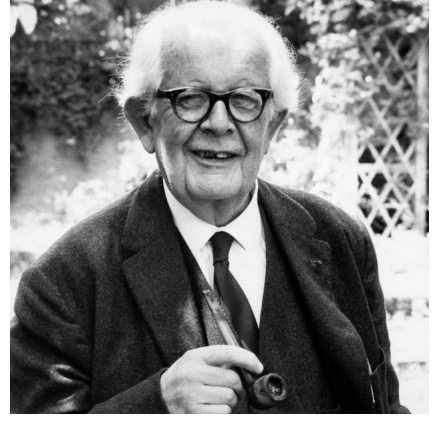
Yenilikçi ve özgün fikirlerle kişinin kendini ifade etmesi, zekâsı ve hayal gücü yaratıcılıkla doğrudan ilgilidir. Yeni bir düşünce, sorunlar karşısında oluşturulan pratik çözümler, hayal gücünün yaşamın çeşitli alanlarında kullanımı ve farklılıkları ortaya koyma yaratıcılığın özelliklerindedir.

Algı

İç ve dış dünyadan alınan bilgilerin yorumlanıp organize edilip yeniden bulunması, uyaran farkındalığı olarak ifade edilmektedir.

Piaget'in Bilişsel Gelişim Kuramı

Gelişim psikolojisinin en önemli figürlerinden biri olan Piaget'in etkisi sadece psikoloji alanında değil aynı zamanda eğitim ve felsefe gibi alanlarda da etkisini göstermiştir. Öyle ki Time dergisi, Piaget'i 20. yüzyılın en büyük beyinlerinden biri olarak göstermiştir. Yumuşakçalara ve kuşlara olan ilgisi küçük yaştan itibaren başlayan Piaget'in düşünceleri, biyolojiye sıkı sıkıya bağlıdır. Nasıl ki insan dışındaki organizmalar fiziksel olarak çevreye uyum sağlıyorsa, insan düşüncesinin de çevreye psikolojik düzeyde uyum sağladığını belirtmiştir. Piaget insan düşüncelerini incelerken hem kendi hem de çevresindeki çocukları gözlemlemiştir. Bu gözlemlerden hareketle çocukların ve yetişkinlerin bilişsel süreçlerinin aynı olmadığını bununla birlikte bilişsel süreçlerin belirli aşamalardan geçtiğini ortaya koymuştur. Bilişsel gelişim sürecindeki bu aşamaları açıklarken bazı temel kavramları da literatüre kazandırmıştır. Bu kavramlar; şema, örgütleme, uyum sağlama, özümleme (asimilasyon), düzenleme (akomodasyon) ve dengelemedir.



Şema: Piaget'in kuramındaki en temel kavramlardan biri olan şema çocuğun çevresinde bulunan nesne ve kişilerle olan etkileşim sürecine bağlı olarak ortaya çıkan ve gelişen davranışlar ve düşüncelerdir. Piaget, vücutta yer alan organlar bedenini yaşamını sürdürebilmesi için nasıl ki bir görev üstleniyorlarsa aynı şekilde şemaların da görevinin zihin için aynı görevi üstlendiğini düşünmüştür. Fakat şemaların organlara benzer bir şekilde somut bir karşılığı yoktur ve görülemezler. Bu yüzden şemaların varlığı ortaya çıkan davranışlarla ifade edilebilir.

Piaget, çocukların dünyayı anlamlandırabilmesi ancak uzay ve zamandaki nesnelere fark ederek ve bunlarla etkileşime girerek gerçekleşebileceğini çünkü eylem ve düşüncenin aynı işleve sahip olduğunu vurgulamaktadır. Düşünceler içselleştirilmiş eylemlerdir ve eylem bilgisi tüm düşünmenin temelini sağlar. Eylem şemaları, eylem stratejileriyle karşılaştırılabilir. Çocuklar herhangi bir hedefe ulaşmada engellerle karşılaştıklarında, daha önceden şemalara dahil edilmiş olan geçmiş eylemleri, bu engelleri nasıl aşmaya çalıştıklarını belirleyecektir. Örneğin; bir çocuğun erişilemeyen bir nesneyi tutmak için bir çubuk kullanması.

Sembolik şemalar; kendilerinden başka bir şeyi temsil eder. Sözcükler sembolik şemalara örnek gösterilebilir. Çocuklar tahta bir bloğu oyuncak bir ev zannettikleri zaman, blok "ev" için dilsel olmayan bir sembol haline gelir. Sembolik şemaların

gelişimi, çocukların problem çözmelerini geliştirilmekle birlikte nesnelere ve olaylar hakkında onları doğrudan eylemlere bağlamadan düşünmelerini sağlar.

İşlemsel şemalar, deneyimler somut deneyimlerden zihinsel kategorilere dönüştürüldüğünde meydana gelen değişiklikleri takip eder. Çocukların olaylar arasındaki bağlantıyı anlamaları aynı için işlem şemaları gereklidir. Çocukların edindiği bilgi, doğuştan gelen bir zihinsel yapı veya oluşan dünyanın bir kopyası tarafından belirlenmez. Piaget 'ye göre soyutlamayı mümkün kılan insanın biyolojik donanımıdır, ancak soyutlamanın ve yapı oluşumunun gerçekleşmesi için çocukların deneyime sahip olması gerekir. Piaget insanın bakma, dokunma, işitme gibi temel duyuşsal ve motor şemalarla dünyaya geldiğini ve süreç içerisindeki deneyimleri sayesinde bu temel şemaların gelişim gösterdiğini belirtmiştir.

Örgütlenme: Piaget'in kuramındaki diğer kavramlardan biri olan örgütlenme insanın doğuştan gelen özellikleri sayesinde çevresiyle etkileşime girdiği ve bu etkileşim sürecindeki deneyimler sayesinde daha karmaşık ve eşgüdümlü şemalar ortaya çıkarır. Örneğin bir bebeğin bir nesneye önce bakması ve sonra ona uzanması. Böylece bakma ve uzanma şemalar birbirini bağlamış olur.

Uyum sağlama: Piaget'in kuramındaki bir diğer önemli kavram uyum sağlamadır. Piaget göre bilişsel gelişim kişileri, nesnelere, olayları öğrenirken denge kurma ve dengesizlik durumlarından hareketle yeni bir denge ortaya koyma sürecidir. Bu uyum sağlama üç temel alt süreci içermektedir. Bunlar özümleme (asimilasyon), düzenleme (akomodasyon), dengelemedir.

Özümleme (Asimilasyon): Çocuklar olayları, nesnelere ve insanları algıladıklarında bu algıladıklarını edindikleri mevcut olan şemalardan hareketle yorumlamaktadır. Piaget bu süreci özümleme olarak adlandırmaktadır. Örneğin; köpeğin ne olduğunu bilen ama kurdu ilk kez gören bir çocuğun, dört ayaklı, kuyruğu olan, vb. gibi bilgilerinin bulunduğu var olan köpek şemasına bakarak kurda köpek demesi çocuğun yeni bir uyarıyı, var olan şemasındaki bilgilerden yola çıkarak anlamlandırması özümleme yapmış olduğunu göstermektedir.

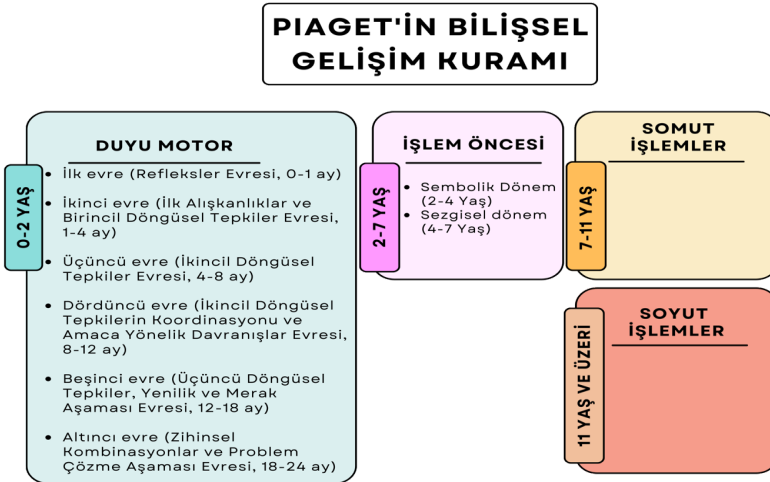


Uydurma-Düzenleme (Akomodasyon): Çocukların yeni bilgiler edinmesi ve yeni eylemler geliştirmesi için şemalarının yeni insanlarla, nesnelere ve olaylarla ilgili deneyimlere uyarlanması gerekir. Yeni bir uyarıya karşılaşılan çocuk, mevcut şemalarda bu uyarıyı kapsayacak bilgileri elde edemediği zaman yeni uyarıyı kapsayacak yeni bir şema geliştirme sürecine girer. Piaget bu süreci akomodasyon

olarak ifade etmektedir. Örneğin, kurdu köpek şemasına göre değerlendiren çocuğun köpek şeması kurdu tam olarak kapsamayınca hayvanları tanımlamak için yeni bir şema olan kurt şeması geliştirdiğinde düzenleme yapmış olur.

Dengeleme: Bilişsel gelişim için şart olan özümleme ve düzenleme süreci birlikte çalışır. Bilişsel gelişim sürecinde özümleme ve düzenlemenin rolü eşit derecede önemlidir. Bu iki süreç arasındaki denge önemli olmakla birlikte Piaget bu dengeyi dengeleme olarak adlandırmıştır. Piaget'e göre dengesizlik motivasyonun oluşumunda en önemli faktördür. Şöyle ki özümleme ve düzenleme sürecinde bir farklılık olduğunda kişide bir dengesizlik ortaya çıkar. Bu durum kişide arama motivasyonu sağlar. Kişi bu dengesizlik durumundan çıkmak için yeniden özümleme ve düzenleme sürecine girecek ve böylece yeniden dengeleme sürecine girecektir. Dolayısıyla bu süreç bilişsel gelişimi destekleyici niteliktedir. Özümleme ve düzenlemenin rolü bilişsel gelişim sürecinde birbirine eşittir. Sadece özümleme yapan bir çocuk düzenleme gerçekleşmezse gördüğü kurlara köpek demeye devam edecektir. Böylece uyarıcılar arasındaki farkı göremeyecektir. Benzer şekilde sadece düzenleme yapan bir çocuk varsaydığımızda özümleme gerçekleşmezse uyarıcılar birbirlerinden farklı kategorize edilip benzer özellikler fark edilmeyecektir. Dolayısıyla da dengelemenin sağlanamamasına ve bilişsel gelişimin ilerlememesine neden olacaktır.

Piaget, bilişsel gelişimi süreci dört genel aşamayı içermektedir. Bunlar sırasıyla 0-2 yaş aralığını temsil eden duyu-motor dönem, 2-7 yaş aralığını temsil eden işlem öncesi dönem, 7-11 yaş aralığını temsil eden somut işlemler dönemi ve son olarak 11 yaş ve sonrası temsil eden soyut işlemler dönemidir.



Her aşama, kapsamlı bir yeniden düzenlemeyi ve çocukların yeni görevleri anlamalarını içermektedir. Ayrıca problem çözmelerini sağlayan niteliksel olarak yeni bir düşünme ve akıl yürütme biçimini kapsamaktadır. Her aşamanın tamamlanması yeni bilişsel çatışmaları tanıma becerisini sağladığından bir aşama her zaman bir sonraki aşamaya hazırlık işlevi görmektedir. Piaget'nin bilişsel gelişimdeki her aşama bir önceki aşama üzerinden inşa edilir. Öyle ki akıl yürütme becerileri kendinden hemen önceki aşamanın akıl yürütme becerisinden daha çok gelişim göstermiştir. Bu gelişim zekâ gelişimi olarak adlandırılabilir. Gelişen akıl yürütme becerileri sadece bir olay ve durumla sınırlı kalmayıp genele yayılmış bir halde kullanılır. Yeni yaşantılar ve bilgilerle oluşan dengesizlikte özümleme ve düzenleme ile yeniden denge sağlama çabasıyla uyum sağlamaya çalışılır. Bu uyum sağlama duyusal-motor hareketlerle başlayıp süreç içerisinde soyut işler aşamasına kadar gelişerek devam eder.

Duyu-Motor Aşaması (0-2 yaş)

Bilişsel gelişimi sürecinin ilk aşaması olan duyu motor aşaması Piagete'e göre gelişimin sonraki süreçleri için en önemli aşamadır. Çünkü bu aşamada bebek çevreyi algılamaya ve tanımaya başlamıştır. Bu aşamada çocuklar, algı ve dışsal eylemlere dayalı duyusal-motor şemalar geliştirirler. Yaklaşık olarak yaşamın ilk 2 yılını içerir ve altı evreye ayrılır.

İlk evre (Refleksler Evresi, 0-1 ay), çocuğun birincil ihtiyaçları tarafından ortaya çıkarılan küçük bir refleksif eylemler repertuarına sahiptir. Çevreye uyum, yaşamın ilk birkaç günü kadar erken başlar. Yeni doğanlar, annelerinin meme ucunu bulma ve emmeye başlama konusunda hızla gelişirler.

İkinci evre (İlk Alışkanlıklar ve Birincil Döngüsel Tepkiler Evresi, 1-4 ay), çocuklar kendiliğinden bir amaca ulaşmak için algılayabilecekleri eylemler sergiler. Örneğin bebek tesadüfen parmağını ağzına götürmüştür. Bu tesadüfen olan hareket hoşlarına gittiğinden bu davranışı tekrarlar. Çünkü belirli bir hareket dizisi bu hoşuna giden duruma yol açmıştır.

Üçüncü evrede (İkincil Döngüsel Tepkiler Evresi, 4-8 ay), çocuklar aynı eylemi başka hedeflere ulaşmak için kullanabilirler. Emme gibi temel şemalardan farklı şemalar olan kavrama ve sallama gibi şemaları geçildiği görülebilir. Örneğin bebek çingırağı salladığında çıkan ses keşfedecek ve sallama davranışı tekrar edecektir.

Dördüncü evre (İkincil Döngüsel Tepkilerin Koordinasyonu ve Amaca Yönelik Davranışlar Evresi, 8-12 ay), araçlar ve amaçlar arasında ayırım yapabilmenin ve bir hedefe ulaşmak için çeşitli eylemler arasından seçim yapabilmenin temelini oluşturmaktadır. Örneğin sevdiği bir oyuncuğu engelleyen bir nesneyi itmek için vurma, kavrama şemalarını birleştirebilir.

Beşinci evre (Üçüncü Döngüsel Tepkiler, Yenilik ve Merak Aşaması Evresi, 12-18 ay), bebekler artık nesnelere farklı şekillerle etkileşim kurmaya başlarlar. Örneğin bu evredeki çocuklar düşen nesnelere ilgi duyar. Dolayısıyla eşyalarını yere atmaya çalışır. Böylece yerle temas eden nesnenin süreç içerisindeki durumunu fark eder. Yani eylem ve sonuç arasında ilişkiyi fark eder. Örneğin pinpon topunu zıpladığını, cam şişenin kırıldığını ve yemeğinin etrafa nasıl saçıldığını öğrenir.

Altıncı evre (Zihinsel Kombinasyonlar ve Problem Çözme Aşaması Evresi, 18-24 ay), duyu motor aşamasının son evresini temsil eder. Bebek nesnelere veya olayları zihinsel olarak semboller aracılığıyla öğrenir. Bebeğin bu evrede beşinci evrede tam olarak gelişmeyen, yer değiştirme ve nesne kalıcılığı kavramı gelişmiştir. Şöyle ki bebek görmediği nesnenin yok olmadığını yerini bulma çalışmalarını sürdürdüğü yani nesnenin görünmese dahi mevcut varlığını bilmektedir. Öte taraftan temsili düşüncenin olgunlaşmasıyla birlikte neden sonuç ilişkisini bu evrede daha gerçekçi kurabilmektedir.

İşlem Öncesi Aşaması (2-7 Yaş)

Bilişsel gelişimi sürecinin ikinci aşaması olan işlem öncesi aşama 2 ile 7 yaşlar arasında kapsamaktadır. Zihinsel bir işlem olan mantık yürütmenin henüz tam olarak gelişmemesinden hareketle bu aşama işlem öncesi olarak adlandırılmıştır. Bu aşamanın en önemli özelliği kişinin nesne ve olayları temsil etmesi için gerekli olan dil kullanım becerisinin başlamasıdır. Aynı zamanda nesne ortada yokken o nesneyi sembolleştirme becerisini kavrayabilmesidir. Bu beceriler bu aşamada iki evre boyunca gelişimini sürdürür. Bunlar sembolik (2-4 yaş) ve sezgisel (4-7 yaş) evreleridir. Sembolik işlevin gelişimi bu aşamanın kilit unsurlarından biridir. Çocuklar algı ve eyleme dayalı bilginin eşgüdümü kendi düşünce süreçleriyle etkiler. Böylece duyu-motor bilginin sınırlarını aşır ve düşüncesini eylemlerinden özgürleştirebilir. Dolayısıyla bu durumlar çocukların ertelenmiş taklitlerine, sözcükleri kullanmalarına ve sembolik oyunlara yansır. Bir parça kil, oyun sırasında annesi veya bebeği temsil ettiği gibi bir çocuk bir ipi yılan, bir legoyu uçak gibi kullanıp “-miş gibi oyunlar” oynayabilir. Öte taraftan Piaget’e göre dil düşünmeyi yapılandırmaz; çocuğun karmaşık dilsel içeriği anlamasının temelini oluşturan bilişsel gelişimdir. Bununla birlikte Piaget, çocukların bilgi edinmeleri için dilin önemli olduğunu düşünmektedir.

Semboller ve işaretler aracılığıyla düşünmek, duyu-motor düşünceye ileri bir aşama olsa da bu tür düşünme birçok yönden sınırlıdır. İşlem öncesi teriminden de anlaşılacağı üzere, bu aşamadaki çocuklar, somut işlemler adı verilen bir sonraki aşamanın düşüncesini karakterize eden toplama ve çıkarma gibi tersine çevrilebilir zihinsel işlemleri henüz edinmemişlerdir. Öyle ki, birçok açıdan bu aşama kendi başına bir aşamadan ziyade bir sonraki aşama için bir hazırlık aşamasıdır.

Piaget'in kendisi tipik olarak işlem öncesi çocukları yapabileceklerinden ziyade yapamayacakları şeyler açısından tanımlamıştır.

İşlem öncesi düşüncenin temel özellikleri benmerkezcilik, düşüncenin katılığı, animizm ve sınırlı sosyal biliştir.

Benmerkezcilik; bencilik, kendini üstün görme veya kibir anlamına gelmemektedir. Dünyayı ve insanları benlik açısından algılama, anlama ve yorumlama eğilimini ifade eder. Bunun bir anlamı, çocukların başka bir kişinin algısal veya kavramsal bakış açısını almakta zorlandıkları ve aslında bir "bakış açısı" duygusuna henüz sahip olmadıklarıdır. Örneğin, işlem öncesi çocuklar, bir ekrana kendisinininkinden farklı bir konumdan bakan bir kişinin ekranı farklı gördüğünü fark etmezler.

Düşüncenin katılığı; Piaget işlem öncesi düşünceyi donmuş olarak ifade etmiştir. Bir nesnenin veya olayın göze çarpan bir özelliğine dikkat etme veya düşünme ve diğer özellikleri görmezden gelme eğilimidir. İki özdeş kaptan eşit miktarda su varsa ve bir kabın içindekiler daha uzun, daha ince bir kaba dökülürse, çocuklar sıvıların genişliklerini göz ardı ederek yüksekliklerine odaklanırlar. Artık daha fazla sıvı olduğu belirtilerinden hatalı sonuca varırlar.

Benmerkezcilik ve düşünce katılığı benzerdir, çünkü her ikisi de bir durumun çeşitli yönleriyle aynı anda baş edememeyi yansıtır. Dolayısıyla her ikisi de dünyaya karşı önyargılı bir görüşe sebep olmaktadır.

Animizm; Cansız nesnelere canlı özellikler barındırdığına inanmaktır. Çocuklar sevdikleri oyuncaklar yere düştüğünde ağlayabilirler. Çünkü bu oyuncaklar yere düştüğü için canları acımış olabilir.

Sınırlı sosyal biliş; Piaget, teorisinin fiziksel nesnelere olduğu kadar sosyal nesnelere ve olaylara da uygulandığına inanıyordu. Piaget, ahlaki yargılar üzerine çalışmasında özellikle sosyal düşünceyi incelemiştir. İşlem öncesi çocuklar, bir eylemin yanlışlığını, ne kadar zarar verildiği ve eylemin cezalandırılıp cezalandırılmadığı gibi dış sonuçlara göre yargırlar. Kişinin niyetleri gibi içsel değişkenleri görmezden gelirler. Örneğin, annesine sofrayı kurmaya çalışırken altı tabak kıran bir çocuk, dolaptan kurabiye çalmaya çalışırken sadece bir tabak kıran çocuktan daha yaramaz olduğuna inanılır. Piaget çocukların sosyal anlayışı üzerine yaptığı bir çalışmada 200 çocuğa ulusal kimlik ve yabancılaşma kavramlarını sormuştur. Beş yaşındaki İsviçreli Evelyne, "İtalya'yı seviyorum. İsviçre'den daha güzel... Bu sefer bayramda oradaydım. Çok güzel pastaları var, içinde ağlatan şeylerin olduğu İsviçre'deki gibi değil". 7 yaşındaki Herbert, insanların bir ülkeden diğerine farklılık gösterip göstermediği sorulduğunda, "Evet, şey, Amerikalılar aptal. Onlara Rue Du Mont-Blanc'ın nerede olduğunu sorsam, bana söyleyemezler". Bu aşamadaki çocuklar sosyal kavramları sınırlıdır, çünkü genellikle bir veya iki somut kişisel deneyimden yola çıkılarak cevap vermektedirler.

Somut İşlemler Aşaması (7-11 Yaş)

Somut işlemler aşamasında çocuğun düşüncesi daha önceki aşamalara göre daha esnek ve mantıklı işlemleri daha iyi kavramaktadır. Dolayısıyla olayların ve nesnelere zihinsel manipülasyonu ile tersine çevirebilme ve dönüşümsel akıl yürütme bu aşamada gerçekleştirilebilmektedir. Nihayetinde çocuk tersine çevirebilme ve korunum ilkelerini kazanır. Bir önceki aşamada "altının yarısı üçtür, çünkü öyledir" açıklamasını yapan çocuk bu aşamada artık mantıksal düşünme becerisinin gelişmesinden altının yarısı üçtür çünkü üç üç daha altı eder' şeklinde açıklama yapabilir. Piaget (1970) işlemlerin dört temel özelliği olduğunu belirtmiştir. İlk olarak; işlemler hem somut olarak hem de düşünceyle gerçekleştirilebilen içselleştirilmiş eylemlerdir. İkinci olarak işlemler bir yönde veya tersi yönünde gerçekleştirilebilen bir eylemdir. Üçüncüsü; işlemlerin genellikle korunum ve değişmezlik içermesidir. Örneğin $7+1$, $5+3$ ve $6+2$ 'nin sonucunun değişmezliği gibi. Dördüncüsü ise hiçbir zaman tek başına var olmaması ancak bir işlem sistemiyle ilgili olmasıdır. Piaget (1973), tersine çevrilebilirliği mantıksal düşünmenin gelişimi ve somut işlemler aşamasında sonrası için temel bir mekanizma olarak görmüştür. Öte taraftan bu aşamada benmerkezciliği azalır ve empati becerisi gelişir.

Piaget'in korunum kavramı ile ilgili örneğinde henüz korunum ilkesini kazanmamış çocuk oyun hamurundan yapılmış aynı boydaki iki top gösterildiğinde ve miktarlarının eşit olup olmadığı sorulduğunda vereceği cevap eşit olduğu yönündedir. Gözlerinin önünde toplardan herhangi birinin şekli değiştirilip sosis şeklinde dönüştürüldüğünde, çocuk bu sefer sosis şeklinde hamurun daha çok olduğunu ifade eder. Çocuğun korunum kavramını kazanmaya başladığı somut işlemler aşamasında artık maddenin başta ve sonda değişmediğini anlamaktadır.

Soyut İşlemler Aşaması (11 yaş ve sonrası)

Somut işlem aşamasında çocuklar nesnelere ve olaylara zihinsel işlemler uygular. Çocuklar onları sınıflandırır, sıralar ve tersine çevirir. Soyut işlemler sırasındakiler somut işlemleri bir adım öteye taşırlar. Bu dönemdekilerin düşünmesinde meydana gelen değişimler hem nicel hem de niteldir. Somut işlemler aşamasında çocuğun sadece şimdi veya geçmişteki somut problemler üzerinde yürüttüğü mantıksal akıl yürütme soyut işlemler aşamasında bunlara ek olarak gelecek ile ilgili olası önermeler de eklenir. Bir bilim insanı gibi sistematik, hipotezler oluşturabilmektedir. Hatta bunu test ederek, sonuçlar çıkarılabilir ve teoriler oluşturarak akıl yürütmesini gerçekleştirebilmektedir. Örneğin, birçok değişkeni olan somut bir problem ile karşılaşıldığında somut işlemler aşamasındaki çocuk iki değişken arasındaki ilişkiyi açıklayabilmektedir. Fakat üç ve daha fazla değişken arasındaki ilişkiyi açıklamakta zorlanabilirler. Soyut işlemler aşamasındaki çocuk

ise bu tür problemlerde tümevarımsal ve birleştirici akıl yürütme ile değişkenlerin bütün kombinasyonları arasındaki ilişkileri oluşturabilir. Öyle ki bazı değişkenleri sabit tutup diğerlerini dışarda tutarak bu değişkenlerin ilişkilerini test edip sonuçlarını görebilir. Piaget tipik olarak fizik veya kimyadan bir problem bu dönemdekilere sunup bunu nasıl çözdüğünü gözlemledi. Sonuç olarak doğru cevaptan ziyade problem çözme süreci ilgilerini çektiğini fark etmiştir. Düşünce mantıklı, soyut ve esnek. Biçimsel işlemler giderek daha fazla içerik alanına ve duruma uygulandıkça, düşünme yetişkinlik boyunca da gelişmeye devam eder. İnsanların iş ve sosyal ilişkiler dünyasındaki deneyimlerini genişledikçe benmerkezcilik azalmaya devam eder. Fakat Piaget, 15 yaşından sonra bu değişikliklerin düşünce yapısında değil, sadece içeriğinde ve kararlılığında bir değişiklik olduğunu ifade etmiştir. Genel olarak, bu aşamada gelişen ve Piaget'in bilişsel gelişimdeki en gelişmiş ve son dönemini oluşturan soyut işlemler, çoğu yetişkinin düşünce süreçlerinin karakteristik özelliği olduğu varsayılmıştır.

Vygotsky'nin Bilişsel Gelişim Kuramı

Eğitim hayatına tıp fakültesi ile başlayan Lev Vygotsky, tıp eğitimini yarım bırakıp hukuk, psikoloji ve edebiyat üzerine eğitim almış kendini bu alanlarda geliştirmiştir. Vygotsky'nin bilişsel gelişim kuramı, sosyal bilişsel kuram ya da sosyo-kültürel model olarak da bilinmektedir. Sosyal bilişsel kuram ya da sosyo-kültürel model olarak bilinen bu kuram, çocukların içinde buldukları sosyal ve kültürel yapının bilişsel gelişim süreçleri üzerinde etkili olduğunu belirtmektedir. Bu kurama göre çocuklar, anlama, düşünme ve akıl yürütmeyi çevrelerindeki yetişkinlerle ya da akranlarıyla girdikleri *sosyal etkileşimler* yoluyla öğrenmektedirler. Çocuklar, çevrelerinden sağladıkları bu etkileşimler sonucunda zihinsel olarak yavaş yavaş büyümekte ve bireysel olarak kendilerini geliştirmektedir. Fakat buradan Vygotsky'nin gelişim tanımından, insanın yaşamı kadar kısa süreli bir dönemi içerdiğini anlamak eksik olacaktır. Vygotsky'e göre gelişim, geçmiş kuşakları da içine alan kültürel öğrenmelerin aktarımı ile geniş bir yelpazede ele alınmalıdır. Bu sebeple Vygotsky'nin kuramı, 'Sosyo-tarihsel' ya da 'Sosyo-Kültürel' kuram olarak da bilinmektedir.

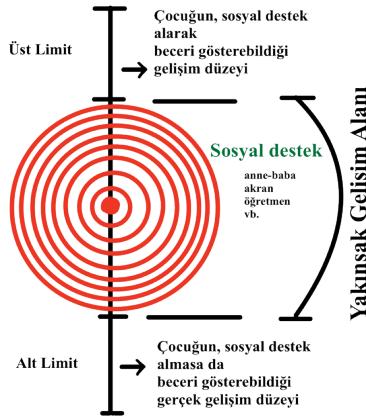


Vygotsky gelişimi incelerken çocukların çevresiyle etkileşiminde dört düzeyden bahsetmiştir. Bunlar; Ontogenetik, Mikrogenetik, Filogenetik ve sosyotarihsel gelişimdir. Ontogenetik gelişim, bireyin tüm yaşamı süresince içinde bulunduğu gelişimsel süreçleri ifade etmektedir. Mikrogenetik gelişim, çocuğun kısa

sürekli bir planda edindiği bilişsel gelişimi ifade etmektedir. Filogenetik gelişim, evrimsel süreçteki değişimin çocuğun gelişimi üzerindeki etkisini belirtmektedir. Sosyotarihsel gelişim ise, içinde yaşanılan kültür, ekonomik, sosyal ve teknolojik gelişmelerin oluşturduğu değişiklikleri ifade etmektedir. Buradan yola çıkarak Vygotsky, hem değişim içindeki çevreye hem de değişen organizmalara odaklanmak gerektiğini vurguladığı söylenebilmektedir.

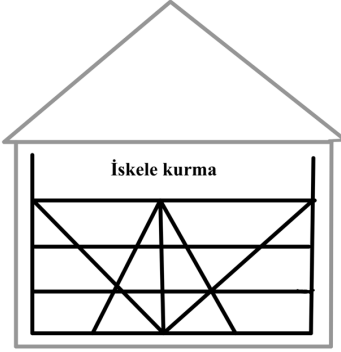
Yakınsak Gelişim Alanı (Yakınsal gelişim alanı (YGA), potansiyel gelişim alanı (PGA), muhtemel gelişim alan genişliği, the zone of proximal development), çocuğun kendi başına öğrendiği ile bir yetişkin, akranı ya da öğretmeni tarafından sosyal destek alarak öğrenip beceri ortaya koyabildiği alandır. Yakınsak gelişim alanı alt ve üst limitlere sahiptir. Çocuğun bireysel olarak yapabildikleri en alt aşamayı ya da alt limiti ifade ederken; sosyal destek yardımı ile akranlarından ya da ebeveynlerinden alacağı destek gerektiren durumlar üst limiti ifade etmektedir. Yakınsak gelişim alanı ise bir çocuğun varolan bir problemi destek almadan kendi başına çözümleyebildiği mevcut gelişim düzeyi ile çevresindeki yetişkinlerden ya da akranlarından sosyal destek alarak ulaştığı (gizil) gelişim düzeyi arasındaki fark olarak ifade edilmektedir.

Vygotsky, bir problem durumunda aynı biyolojik yaştaki çocuklara, aynı kişi tarafından, aynı şekilde sosyal destek verilmesine rağmen farklı zihinsel gelişim düzeyi ile problemi çözümleyebileceklerini belirtmiştir. Bu durumun nedeni, çocukların bireysel farklılıklarıdır. Yani, yakınsak gelişim alanında üst limitleri birbirinden farklılık göstermektedir.



İskele Kurma, oluşturma (Yönlendirici destek, Scaffolding); yakınsak gelişim alanındaki yardım ve desteğin düzeyinin ve miktarının belirlenmesidir. İskele kavramı, bina yapımına yardımcı olan geçici iskelelerin kurulması mantığıyla isimlendirilmiştir. Durumlar karşısında çocuklara öğrenme ve problem çözme

aşamasında yetişkin ya da akranları tarafından destek verilir. Böylece var olan problemi çocukların daha kolay çözümlenmesi beklenir. Zamanla çocuk bu konudaki problem çözme becerisini geliştirdiğinde yetişkin ya da akran sağladığı desteği azaltır ve daha sonra da o konuda destek vermez.



Bazı çocuklar belirli bir problem durum/görev/ olay için daha fazla desteğe ihtiyaç duyarken bazıları aynı durum/görev/olay için daha az desteğe ihtiyaç duyabilir. Ayrıca Vygotsky'e göre iskele, sadece çocukların sorun çözmesine yardımcı olmaz, aynı zamanda genel bilişsel becerilerinin de geliştirilmesine yardımcı bir kavramdır.

Çocuklara sunulacak destek türlerine; dili kullanma, model olma, görsel ve gerçek nesnelere kullanma, yüksek sesle okuma, şekil ve grafik düzenleme, geçmişteki bilgilerle bağlantı kurma vb. örnek verilebilir.

Çocuğun gelişiminde dilin önemli bir katkısı vardır. Dil, iskele kurmanın bir aracıdır. Vygotsky dili, tüm üst düzey bilişsel süreçler için önemli bir kaynak olarak görmektedir. Bir kültür içinde kullanılan dil, alfabe, numaralandırma ve sistemler çocukların karşılaştıkları sorunları tanımlamada ve çözmeye yardımcı olmaktadır. Çocuklar sorunları çözerken ya da bir işi yaparken kullanacakları bu yardımcı araçlar, içinde yaşadıkları kültür ile şekillenmektedir.

PIAGET - BRUNER

PIAGET	BRUNER
Duyu Motor Aşaması (0-2 yaş)	Eylemsel Aşama (0-3 yaş)
İşlem Öncesi Aşaması (2-7 yaş)	İmgesel Aşama (4-6 yaş)
Somut İşlemler Aşaması (7-11 yaş)	Sembolik Aşama (7 Yaş ve Sonrası)
Soyut İşlemler Aşaması (11 yaş ve sonrası)	

Bruner'in Bilişsel Gelişim Kuramı

Piaget gibi bilişsel gelişimi aşamalar şeklinde ele alan aynı zamanda bu aşamaların evrensel olduğunu belirten Jerome Seymour Bruner, çocukların öğrenme biçimlerini incelemiştir. Çocukların öğrenme biçimlerini incelerken çocukların materyallerle ve problem durumlarla nasıl baş ettiklerinden hareketle modelini oluşturmuştur. Bu modelde bilişsel gelişimi sırasıyla üç aşamada ele almıştır. Bunlar sırasıyla; eylemsel, imgesel ve sembolik aşamalardır.



Eylemsel Aşama (0-3 yaş)

Çocuklar bu aşamada nesnelere direkt etkileşime girer. Başka bir deyişle yaparak ve yaşayarak öğrenir. Şöyle ki çocuklar nesnelere ağızlarına götürür, ısırır, kavrar, ısırır ve yere atabilir. Bu şekilde nesnelere tanımaya çalışır. Piaget'in Duyu Motor aşamasına denk gelir.

İmgesel Aşama (4-6 yaş)

Çocuklar sözcükler ve kavramlar sayesinde edindiği bilgileri algılar yoluyla imgeler halinde formüle eder ve zihnine aktarır. Bu aşamadaki çocuklar algılarını etkisi altındadır. Öyle ki çocuklar herhangi bir nesne ve olayı görmeden de resmedebilirler. Bruner özellikle bu aşamada tüm çocukların öğrenmek için motivasyonlarının yeterli düzeyde olduğu fakat bu motivasyonun ortaya çıkması için eğitim ve öğretim ortamında çocuğun merakını uyandıran etkinlik daha çok yer verilmesi gerektiğini belirtir. Bu aşama Piaget'in İşlem öncesi aşamasına karşılık gelir.

Sembolik Aşama (7 yaş ve sonrası)

Çocuklar davranışlar ve semboller yoluyla bilgi edinir. Ayrıca eylemlerle ve imgelerle açıklanamayan olay ve nesnelere anlayabilir ve yorumlayabilir. Sembolik aşama düzeyine gelen birey önceki aşamalara göre daha yüksek zihinsel işlemler yapar. Bu aşamada soyut düşünceler hakim olur. Örneğin çocuğa "sakla samanı gelir zamanı dendiğinde" çocuk bu atasözüyle ne anlatılmak istediğini anlar. Ayrıca çocuk kitapta yazılan yazıları okumakta ve anlatabilmektedir. Bu aşama, Piaget'in somut ve soyut işlemler dönemine denk gelmektedir.

Kaynaklar

Aral, N., & Doğan Keskin, A. (2011). Bilişsel gelişim. In N. Aral & G. Baran (Eds.), *Çocuk Gelişimi* (pp. 99-162). İstanbul: Ya-Pa Yayınları.

Bjorklund, D. F. (2021). *Çocuklar nasıl düşünür? Bilişsel gelişim ve bireysel farklılıklar* (M. Sayıl, Trans. Ed.). Ankara: Nobel.

Ergin, T. (2014). Bilişsel gelişim. In H. Ergin & A. Yıldız (Eds.), *Gelişim Psikolojisi* (pp. 103-142). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.

Feldman, R. S. (2021). *Yaşam boyu gelişimin keşfi* (C. Şahin, Trans. Ed.). Ankara: Nobel.

Gander, M. J., Gardiner, H. W., Onur, B., & Dönmez, A. (2010). *Çocuk ve ergen gelişimi*. Ankara: İmge Kitabevi.

Işık, Ş. (2017). *Eğitim psikolojisi*. Ankara: Pegem.

Köksal Akyol, A. (2018). *Erken çocukluk döneminde gelişim I-II*. Ankara: Anı Yayıncılık.

Kürkçüoğlu, B. Ü. (2010). 0-6 yaş arası çocukların temel gelişimsel özellikleri: Bilişsel gelişim ve dil gelişimi. In İ. H. Diken (Ed.), *Erken Çocukluk Eğitimi* (pp. 001-367). Ankara: Pegem Akademi.

Metin Baysal, N. (2016). *Doğum öncesinden ergenliğe çocuk gelişimi* (2nd ed.). Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık.

Miller, P. H. (2016). *Theories of developmental psychology* (6th ed.). New York, NY: Macmillan.

Papert, S. (1999). The century's greatest minds: Jean Piaget. *TIME*, 13, 74-75 & 78.

Piaget, J. (1950). *The psychology of the child*. London: Routledge and Kegan Paul.

Piaget, J. (1951). *Play, dreams and imitation in childhood*. London: Heinemann.

Piaget, J. (1952). *The origin of intelligence in the child*. London: Routledge and Kegan Paul.

Piaget, J. (1954). *The construction of reality in the child*. New York, NY: Routledge.

Piaget, J. (1959). *The language and thought of the child* (3rd ed.). London: Routledge.

Piaget, J. (1968). *Six psychological studies*. London: University of London Press.

Piaget, J. (1969a). *The child's conception of time*. London: Routledge and Kegan Paul.

Piaget, J. (1969b). *Psychology and pedagogy*. Paris: Denoel.

Piaget, J. (1970). *The child's conception of movement and speed*. London: Routledge and Kegan Paul.

Piaget, J. (1972). Intellectual evolution from adolescence to adulthood. *Human Development*, 15, 1–12.

Piaget, J. (1983). Piaget's theory. In P. Mussen (Ed.), *Handbook of child psychology* (4th ed., pp. 103–128). New York, NY: Wiley.

Sağlam, M. (2018). Bilişsel gelişim. In N. Aral & F. Temel (Eds.), *Çocuk Gelişimi* (pp. 001-367). Ankara: Hedef Yayıncılık.

Santrock, J. W. (2021). Çocuk gelişimi (A. Güre, Trans. Ed.). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.

Senemoğlu, N. (2005). Gelişim ve öğrenme (4th ed.). Ankara: Gazi Kitabevi.

Ülgen, G. (1994). Eğitim psikolojisi: Kavramlar, ilkeler, yöntemler, kuramlar ve uygulamalar. Ankara: Lazer Ofset Matbaa.

Von Tetzchner, S. (2018). *Child and adolescent psychology: Typical and atypical development*. London: Routledge.

Von Tetzchner, S. (2022). *Typical and atypical child and adolescent development: Cognition, intelligence and learning*. London: Routledge.

Yazgan İnanç, B., Bilgin, M., & Kılıç Atıcı, M. (2013). Gelişim psikolojisi (9th ed.). Ankara: Pegem Akademi.

Yeşilyaprak, B. (2002). Eğitimde rehberlik hizmeti (4th ed.). Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.

Yıldırım, İ., Demirtaş, H., Gürbüzürk, O., Akdağ, M., Köksalan, B., & Ölçme, E. (2008). Eğitim psikolojisi (5th ed.). Ankara: Anı Yayıncılık.

Wadsworth, B. J. (2015). Piaget'nin duyuşsal ve bilişsel gelişim kuramı (Z. Selçuk, Trans.). Ankara: Pegem Akademi.

Woolfolk, A., & Perry, N. E. (2012). *Child and adolescent development*. Upper Saddle River, NJ: Pearson.

Woolfolk, A. (2016). *Educational psychology* (13th ed.). London: Pearson Education Limited.

4. BÖLÜM: DİL GELİŞİMİ

Arş. Gör. Hatice Zelal BİNGÖL⁴

Dil, insanların birbirlerine duygu, düşünce, bilgi aktarımında kullanılan, içinde bulunduğu toplumun, kültürün özelliklerine göre farklılık gösteren bir araçtır. Dil, insanın varoluşundan beri merak edilen, üzerinde sayısız araştırma yapılan konulardan biridir.

Konfüçyüs'e, "Bir ülkeyi yönetmeye çağrılıydınız yapacağınız ilk iş ne olurdu?" sorusu yöneltilmiş ve filozofun cevabı, "Hiç kuşkusuz, dili gözden geçirmekle işe başladım. Şöyle ki: Dil kusurlu olursa, sözcükler düşünceyi iyi anlatamaz. Düşünce iyi anlatılmazsa, yapılması gereken şeyler doğru yapılamaz. Ödevler gereği gibi yapılmazsa, töre ve kültür bozulur. Töre ve kültür bozulursa, adalet yanlış yola sapar. Adalet yoldan çıkarsa, şaşkınlık içine düşen halk, ne yapacağını, işin nereye varacağını bilmez. İşte bunun içindir ki dil, çok önemlidir" olmuştur. Konfüçyüs'ün cevabı dilin, bir kültüre ilişkin değerleri, bilgileri kuşaktan kuşağa sözlü ve yazılı yollarla aktarımında ki önemini vurgulayarak, dilde ki hataların diğer hataları doğurduğunu söylemiştir.

Dilin Doğuşu

Mısır hükümdarı Psammetikos bir kişinin doğumdan sonra hiçbir uyarın almadan, hiçbir şey duymadan konuşup, konuşamayacağını, konuşursa da hangi dilde konuşacağını merak etmiş ve bir deney yapmış. Rastgele seçilen iki yeni doğanı çobana vererek ayrı odalarda olacak şekilde ağıla koymasını istemiş. Çocukların yanına çobandan başka kimse girmemiş, çobanda belirli saatlerde keçilerle birlikte ağıla girip çocuklara süt içirip hiç konuşmadan çıkıyormuş. Yani çocuklar birbirlerinden ve dışarıdan herhangi bir uyarın almadan sadece fizyolojik ihtiyaçları karşılanmaktaymış. Çoban, yine bir gün çocukların karınlarını doyurmak için ağıla girdiğinde çocukları önünde diz üstü çökmüş, ona doğru ellerini uzatarak "Bekos!" diye bağırdıklarına şahit olmuş. Bu durum birkaç gün daha böyle devam edince çoban çocukları hükümdarın huzuruna çıkarmış. Psammetikos da çocukların "Bekos" dediğini duymuş. "Bekos" Phrygia (Frigya) dilinde "ekmek" demektir. O zaman Psammetikos konuşmanın gereksinimden doğduğu ve konuşulan ilk dilin Frigya dili olduğu kanısına varmış. Konuşulan ilk dilin Sümerce, Almanca, Fransızca, Türkçe v.b. olduğunu kabul eden görüşler de vardır. Bunun gibi denemeler daha sonraki yıllarda da yapılmıştır. O dönemdeki ilkel denemelerin sonuçlarının doğru olmadığını belirten günümüz bilimsel araştırmalarında ise hiçbir söz duymadan büyüyen bir çocuğun konuşamayacağı yönünde veriler elde edilmiştir.

⁴Arş. Gör., İstanbul Gelişim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul, Türkiye.

E-posta: hzbingol@gelisim.edu.tr ORCID: 0000-0001-8733-7834

Beyindeki Dil

Dil üzerinde her ne kadar önceki çağlarda çalışmalar yapılmış olsa da 19. ve 20. yüzyıla kadar tam anlamıyla sorgulanmamış, sistemli hale gelememiştir. Beyindeki dil ile ilgili ilk görüşler 19. yy başlarında Viyanalı doktor Franz Joseph Gall tarafından ortaya atılmış olup beynin ön bölümlerinin dil ile ilgili olabileceğini savunmuştur.

19. yüzyılın ortalarında Fransız cerrahi P. Broca ve Alman psikiyatristi K. Wernicke tarafından yapılan keşifler sonucu ortaya atılan keşiflerden sonra beyin dil ilişkileri hızla araştırılmaya başlanmıştır.

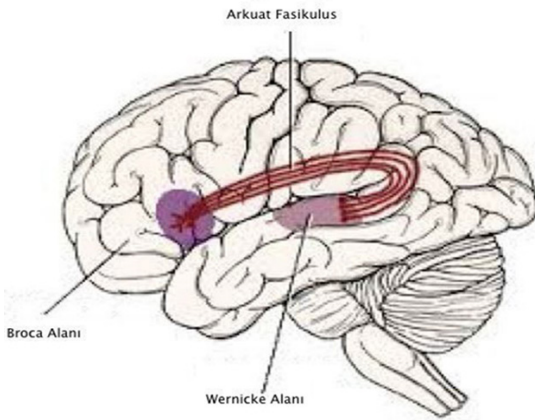
20. yüzyıl başlarında ise F. de Saussure, dili, toplumsal dil ve kişisel söz olmak üzere ikiye ayırarak açıklamıştır. Ona göre önemli olan dışa vurulan söz değil, beynin içerisinde bulunan dil düzeneği diğer bir ifadeyle baskı makinesi. Saussure, bir kişinin ömrü boyunca dile getirdiği tüm cümleleri ezberlemesinin mümkün olmadığını ve bu görevi beyinde yer alan bir tür baskı makinesinin yaptığını, insan beyninin içerisinde gizlenmiş kod yardımıyla farklı bildirimlerin düzenlendiğini, alıcı konumundaki kişide de, aynı tür makinenin olduğundan yollanan bu kodların orada çözümlenebildiğini savunmaktadır. Bu düşünceye göre, iletişimin bir tür kodlama ve kod çözme olduğunu söyleyebiliriz.

20. yüzyılın ikinci yarısından sonra dil-beyin ilişkisini sorgulamada linguistik bir yaklaşımla birlikte yeni terimler ve yeni yaklaşımlar ortaya çıkmıştır. Noam Chomsky ile ortaya çıkan üretimsel dil biliminde, Saussure tarafından öne sürülen toplumsal dil yerine dil örgüsü, kişisel söz yerine de söz dökümü terimleri kullanılmaya başlandı. Buna göre insan beynindeki dil örgüsü aracılığıyla oluşturulan cümleler, daha sonra ağızdan sözlü bir şekilde çıkarılarak dışa vurulmaktadır. Fakat bu durumda yüzyıllardır çözümlenemeyen bir problem ortaya çıkmaktadır. Beyin, dışarıya kapalı bir kutu olduğu için duyulan bir sözün algılanma sürecine kadar geçen zamanda hangi yolları ve hangi işlemleri izlediği ya da konuşma sırasında komutların konuşma organlarına nasıl ulaştığı soruları tümüyle yanıtlanamamaktadır.

“Üretimselcilik dil anlayışı ise, dil örgüsünü aydınlatmaktan yanaydı. Her ne kadar insan beyni bir kara kutu olduğundan incelenemiyorsa da dolaylı olarak beyindeki dil ile ilgili işlemlerin bir modeli oluşturuldu. Nitekim beynin hasara uğrayan bölümleri saptanmakta ve sonrasında meydana gelen davranış bozuklukları görülebilmektedir. Bugün PET (Pozitron Emisyon Tomografisi) yoluyla yapılan araştırmalarla önemli adımlar atılmaktadır. Bu çalışmaların sonucunda elde edilen bilgilere göre dilin beynin farklı bölgelerine yayılan bir aktivite göstermesine karşın, bir kişide var olan bölge koordinatları bir başkasınıninkiyle tutmayabilir. İnsan beyninde her iki alanın da dil işlevleriyle yakından ve doğrudan ilgili olduğu, bunların dil ediniminde de başrol oynadığı klinik bulgularla belirlenmiş durumdadır.

Fransız cerrahi P. Broca, 1861 yılında, iki hastasını incelediğinde; onlarda dudak, dil, gırtlak hareketlerinin hiç bozulmadığı halde konuşamadıklarını gözlemlemiştir. Otopsi yaptığı hastalarından birisi, küçük yaşlardan beri epilepsi hastası olan Leborgne isimli bir erkekti. Leborgne, 30 yaşlarındayken açıklığa kavuşturulamayan bir nedenle konuşma yeteneğini kaybetmişti. Kendisine söylenenleri anlayabiliyor, ancak bir şeyler söylemesi gerektiğinde ağzından sadece 'tan' sözcüğü çıkıyordu. Bu sebeple 'Mösyö Tan' adı verilmiş. Victor Leborgne öldüğünde otopsisini Broca yapmış ve Leborgne'nin frontal lobunda bir anomali olduğunu keşfetmiş. Bu bulgusu nörobilimi sonsuza dek değiştiren hipotezini test etmesine olanak sağladı. Broca bu araştırmasıyla serebral lokalizasyon kavramının önde gelen önemli savunucularından olmuştur.

Alman psikiyatrisi Carl Wernicke'nin, "Wernicke Merkezi" olarak adlandırılan alanın dil ile ilişkisini keşfetmesinde 1874 yılında işitmesinde bir problemi olmadığı halde konuşulanları anlayamayan hastasının önemi büyüktür. Wernicke hastasının ölümünden sonra yaptığı inceleme sonucunda hastanın beyninin sol hemisferinin temporal lobunda hasar olduğu ortaya çıkmıştır. Bununla da Wernicke, beyin bu alanının konuşmayı anlama merkezi olduğunu ispatlamış ve bu merkez "Wernicke Merkezi" olarak adlandırılmaktadır.



Nörolojik bakış açısıyla yapılan araştırmaların sonucunda, beyinde yer alan üç alanın dil ile ilgili olduğu ortaya konmuştur. Bu alanlar;

- Broca Alanı
- Wernicke Alanı
- Angüler Girüs

Broca alanı, komşu alanlar tarafından üretilmiş olan seslerin, konuşulan dil biçimine dönüştürülmesinde görevli olup, beyinde, Frontal lobda, primer motor korteksin seslerin oluşması ve ortaya konmasıyla ilgili (dudak, dil, velum, farenks ve larenksle) alanların hemen önünde yer almaktadır.

Wernicke alanı, duyulan seslerinin tanınması ve ayırt edilmesinde görevli olup, beyinde Superior temporal girüsün arka yarısında ve üst yüzeyinde yer almaktadır.

Angüler girüs ise, kişinin duyduklarını, dokunduğu, gördüğü cisimlerin isminin yazabilmesi ve okuma işlevlerini yapabilmesinde görevli olup, beyinde parietal lobda yer almaktadır. Kişinin duyduğunu doğru tekrarlaması bu alanla ilgilidir.

Bu üç kortikal alanın birbirleriyle bağlantısı dilin gerçekleşmesinde son derece önemlidir.

- Broca ve Wernicke alanları arasındaki bağlantı sayesinde insanlar, karşılıklı duyma ve konuşma şeklinde kesintisiz bir şekilde iletişim sağlarlar.
- Wernicke alanıyla angüler girüs arasındaki bağlantı, anlamın gerçekleşmesini sağlar. Doğuştan var olan bu bağlantı, eğitim sonucu okuma-yazmanın öğrenilmesiyle işlevlik kazanır.
- Angüler girüs ile Broca alanı arasındaki bağlantı sayesinde, sesli okuma gerçekleşmesidir.

Özetle, başkalarının konuşmalarını önce kulağımızla duyar sonra işitme sinirimiz yoluyla sol temporal lobumuz içinde bulunan işitme merkezlerimizde konuşmanın sesini algılar ve daha sonra Wernicke alanı yoluyla algıladığımız sesin içindeki anlamı çözeriz. Ardından, Wernicke ve Broca alanları arasındaki bağlantı olan arkuat fasikül yoluyla cevabımızı iletiriz.

Dilin Bileşenleri

Dil, insanların duygu, düşünce ve isteklerini anlatabilmek için kullandıkları ses veya işaretler sistemidir. Nöropsikolojik açıdan dil tanımına bakacak olursak, uzun bir sosyal gelişme sürecinde yaratılan kodlar sistemi şeklinde tanımlanmaktadır. Bu sistem ses bilimi (fonoloji), biçimsel (morfoloji), söz dizimi (sentaks), anlam bilimi (semantik), kullanım bilimi (pragmatik) düzlemlerinden oluşmaktadır. Dil, bütün bu sistemlerin aktif kullanımı ve beynin tümünün katılımıyla ortaya konur.

Dilin bileşenleri

Ses Sistemi	Söz Sistemi	Anlam Sistemi
Ses Bilimi (Fonoloji)	Söz Dizimi (Sentaks)	Kullanım Bilimi (Pragmatik)
Biçimsel (Morfoloji)		Anlambilim (Semantik)

Ses Bilimi (Fonoloji)

Dilin temel taşı sestir. Seslerin özelliklerine, kullanımlarına, dizilimlerine yönelik kuralları içeren sisteme fonoloji denir. Ses birimi kendi başına bir anlam ifade etmemesine karşın anlam değiştirme ve aktarma görevini yapan en küçük birimdir. Kısacası telaffuzu, akıcılık, tonlama ve konuşma seslerini içeren dil bölümüdür. Çocuk doğduğundan itibaren ses çıkarabilen bir varlıktır. Bebeğin yaptığı ses taklitleri zaman içinde gelişerek dilin kazanılmasına yardımcı olur. Bu açıdan bakıldığında ses dilin ilk elementidir.

Okul öncesi dönemdeki çocukların dil gelişimini sesbilim (fonoloji) bağlamında değerlendirecek olursak, bu dönemde çocuk artık konuşma için gerekli olan

tüm sesleri öğrenmiştir. Kelime telaffuzları, konuşmalarındaki akıcılık ve tonlamalarında olumlu gelişmeler görülmekle birlikte dilleri daha temiz hale gelmiş olur.

İkinci dil ediniminde fonolojiye baktığımız zaman, öğrenilen her dil için farklı ses sistemi kazanımı gerekmektedir. Çocuklar ikinci bir dil öğrenirken, ilk öğrendikleri, evde konuşulan dilin seslerini kullanırlar. Örneğin Türkçe de “a” şeklinde telaffuz edilen ses İngilizcede “ey” şeklinde telaffuz edilmektedir. Türkçe bilen bir çocuğun İngilizce öğrenirken yaptığı fonolojik hatalar normaldir ve anlayışla karşılanmalıdır.

Biçimsel (Morfoloji)

Morfem, dildeki anlam taşıyan en küçük birimdir. Biçimbirim, bağımlı biçimbirim ve bağımsız biçimbirim olmak üzere ikiye ayrılır. Bağımsız biçimbirimler tek başlarına kullanılırken, bağımlı biçimbirimler bağımsız biçim birimlerle birlikte kullanılırlar. Örneğin, masa bağımsız biçim birimdir tek başına kullanılır fakat tek başına kullanılmayan, çoğulluk anlamı katmak amacıyla kullanılan “-lar” eki bağımlı biçim birimdir.

Söz Dizimi (Sentaks)

Kelimelerin diziliş sırasındır. Konuşurken kullanılan kelimelerin belli bir sıra ile söylenmesi gereklidir.

Okul öncesi dönemdeki çocukların dil gelişimini söz dizimi (sentaks) bağlamında değerlendirecek olursak, çocuklar bu dönemde konuşurken düşüncelerini aktarmada daha detaylı, karmaşık cümleler kurarak anlattıkları gözlemlenir.

İkinci dil ediniminde sentaks bağlamında bakıldığında, her dil farklı yapılarla sahiptir bu nedenle ikinci bir dili öğrenirken en zorlanılan iki dil arasındaki söz dizimsel farklılıkları anlayabilmektir.

Anlam Bilimi (Semantik)

Kelimelerin anlamlarını bilmek ve bunlara uygun cümleler kurarak kullanmayı ilgilendiren kuralları içerir.

Okul öncesi dönemdeki çocukların dil gelişimini anlam bilimi (semantik) bağlamında değerlendirecek olursak, çocuklar bu dönemde konuşurken kullandıkları kelimelerin anlamlarını bilerek uygun cümleler kurmaya başlarlar ama bu dönemde aşırı genelleme hataları da görülebilir. Dil kazanımında çocuklar öğrendikleri kelimeleri anlamını bilmediği diğer kelimelerle genellebilir. Örneğin, çocuk köpek kelimesini öğrenmiş ve köpekle eşleştirmiştir sonrasında çocuk dört ayaklı gördüğü diğer hayvanlara da köpek diyebilir farklı bir örnekle,

baba kelimesini öğrenen çocuk, çevresinde gördüğü diğer erkeklere de; doktor, postacı v.b. baba diyebilir. Çocuklar zamanla kelimeleri değişik kavramlar içinde duydukça, doğru anlamı yapılandırır ve genellemeden uzaklaşmaya başlar. Bu tür hata çocukların nesnelere arası benzerliğe odaklandığını, nesnelere arasında benzer olmayan durumları ise görmezden geldiklerini gösterir.

İkinci dil ediniminde semantik bağlamında, ikinci bir dili öğrenen çocuklar bir kelimedenden daha fazla öğrenmek zorundadırlar ve okul öncesi dönemde çocuklar iki dilin arasında kolayca ayırım yapamayabilirler. Örneğin, anadili Türkçe olup İngilizce öğrenen çocuklar konuşurken “Apple yemek istiyorum” diyebilir. Bu örnek çocuğun hangi kelimenin hangi dile ait olduğunu tam olarak anlayamadığı göstermektedir.

Kullanım Bilimi (Pragmatik)

Kullanım bilimi, dilin çeşitli sosyal çevrelerde iletişim kurmak için kullanımının nasıl olduğu ile ilgilidir.

Okul öncesi dönemdeki çocukların dil gelişimini kullanım bilimi (pragmatik) bağlamında değerlendirecek olursak, çocuklar bu dönemde konuşmayı artık sosyalleşme ve karşısındaki kişiyi etkilemek amacıyla dili bir araç olarak kullanırlar. Aile üyeleriyle konuşurken kullandığı dil ile tanımadığı kişilerle iletişimde kullandığı dilin farklılığını anlamaya başlar. Tanımadığı kişilerle konuşurken kullandığı sözcükler ve ses tonunu farklılık göstermektedir.

Dilin Gelişim Dönemleri

Bebekler doğdukları andan itibaren konuşmak, iletişim kurabilmek için bir çaba gösterirler. Gözlelediğimiz ilk çabası ağlamaktır. Çocuklar için konuşmak karmaşık bir süreçtir ve konuşmayı duyarak, taklit ederek öğrenirler. Bu nedenle çocuğa bakım verenlerin doğumdan itibaren çocukla kurdukları sıcak, samimi, zengin iletişim çocuğun dil kazanım süreci için çok önemlidir.

Dil Gelişim Dönemleri

Konuşma Öncesi Dönem

- Ağlama Evresi (0-2 ay)
- Babıldama Evresi (3-5 ay)
- Çağıldama- Heceleme Evresi (6-12 ay)

Konuşma Dönemi

- Ses Sözcük Dönemi (11-13 ay)
- Tek Sözcük Dönemi (14-18 ay)
- İki Sözcüklü İfadeler Dönemi (18-24 ay)
- Üç ve Daha Fazla Sözcüklü İfadeler Dönemi (2-3 yaş)
- İlk Gramer Süreci (3-6 yaş)

Ağlama Evresi (0-2 ay)

Ağlama evresi diğer bir ifadeyle seslenme (fonasyon) evresi olarak bilinmektedir. Yenidoğanın çıkardığı ilk sesler ihtiyaçlarının karşılanmasına yöneliktir. Çocukları bu dönemde çıkardığı sesler bilinçsiz olup iletişim aracı ağlamadır, çocuklar dünya ile ilk iletişimlerini bu araçla sağlarlar. Ağlamanın, ocuğun dili kullanabilmesi için gerekli motor becerilerini geliştirici bir etkisi vardır. Bu dönemde görülen farklılaşmamış ağlama sayesinde çocuğa bakım veren kişiler zamanla çocuğun ağlama sebeplerinin öfkeden mi, ağrıdan mı, açlıktan mı olduğunu anlayabilirler.

Babıldama Evresi (3-5 ay)

Bu evrede ocuknl ve nsz harfleri birleştirerek ağlamaya başlarlar. Çıkarılan sesler anlamlı olmayıp, her çıkardığı ses de çocuğun çevresinde konuşulan dile ait olmayabilir.

ağıldama- Heceleme Evresi (6-12 ay)

Cıvıldama evresinin başlarında bebekler, çevrelerinde duyduğu, az duyduğu ya da duymadığı herhangi bir sesi çıkardıkları gözlemlenebilir. Sonrasında çevresinde duyduğuna benzemeyen sesleri çıkarmayı sonlandırır ve sık duyduğu sesleri üretilir.

Ses Sözcük Dönemi (11-13 ay)

Bu dönemde çıkarılan sesler, çocuğun çevresinde konuşulan anadiline ait seslerdir. ocuk için kelime yerine geçen, cümle veya soruya benzeyen fakat bir anlam ifade etmeyen sesler "jargon" olarak adlandırılmaktadır. ocuk bu dönemde sık sık mırıldanır ve yetişkinlerinin konuşmasına benzer sesler çıkarır.

Dilbilimciler için bu dönem yani çocuğun ilk kelimelerini söylediği yaklaşık bir yaşına denk gelen zamanı dilin başlama noktası kabul ederler.

Tek Sözcük Dönemi (14-18 ay)

Bebeklerin önce alıcı dili geliştiğinden dolayı çocuklar konuşmaya başlamadan önce kelimeleri anlamaya başlaralar. Örneğin, beş aylık konuşmaya daha başlamamış bir çocuğa ismiyle seslendiğinizde dönüp size bakması gibi.

İki Sözcüklü İfadeler Dönemi (18-24 ay)

Bu dönemde gözlemlenen çocukların dilbilgisi kurallarına uymadan, herhangi bir bağlaç ve söylenecek kelimeleri birbirine bağlayan kelime eklerini kullanmadan, iki kelimeyle kurdukları cümlelerle konuşmalarına telgraf konuşma denmektedir.

Üç ve Daha Fazla Sözcüklü İfadeler Dönemi (2-3 yaş)

Bu dönemde çocuk, üç-dört kelimeyi bir araya getirerek mantıklı, anlamlı cümleler kurar. Kurduğu cümlelerde, neden-sonuç, mekan, zaman bildiren kelimelere yer vermeye başlar fakat gramer yönünden eksikleri olabilir.

İlk Gramer Süreci (3-6 yaş)

Bu dönemde gramer yapısı hızlı bir gelişme gösterir, çocuklar yeni kelimeler öğrenmeye devam ederler. Konuşma çok akıcı olmasa da üç-dört ve daha fazla kelimelerle kurduğu cümlelerde özne, fiil, sıfatı doğru sıralar.

Yeni doğan	Ağlama en büyük iletişim aracıdır.
2-4 aylık	Çağıldama başlar. Anadilinde olan ve olmayan sesleri çıkarır. Bu sesler anlamsız ve bilinçsizdir.
5 aylık	İlk kelimeleri anlar
6 aylık	Agulama başlar.
7-11 aylık	Evrensel dinleyiciden dile özgü dinleyiciye dönüşür. İsmi artık öğrenmiştir ve yanıt verir.
8-12 aylık	Gösterme, işaret etme gibi mimik ve jestleri kullanır. Örneğin, evet demek yerine kafasını sallaması, istemediği şeylerde yüzünü buruşturması v.b. Bu dönemde isteklerini işaret ederek anlatan çocuk konuşmaya teşvik edilerek desteklenebilir. Kelimeleri anladığı belli olmaya başlar.
13 aylık	İlk kelimelerini söyler.
18 aylık	Kelime öğrenmede sıçrama başlar.
18-24 aylık	İki kelimelik söz öbekleri kullanır. Kelimeleri anlamasında hızlı bir genişleme olur.

Tablo 1. Çocuğun Doğumdan Başlayarak 24 Aylık Olana Kadar Geçirdiği Süreçte Dil Gelişimindeki Dönüm Noktaları

Dil Edinimi

1799 yılında Fransa’da bir ormanda 11 yaşlarında bir oğlan çocuğu bulunmuş, altı yıl boyunca ormanda tek başına yaşadığı kanısına varılmış. Literatürde “Aveyron’un Vahşi Çocuğu” olarak tanınan çocuğun bulunduğu iletişim kurmak için hiçbir çaba göstermediği görülmüş. Ne yazık ki hiçbir zaman da etkin bir biçimde iletişim kuramamış. 1970 yılında da Los Angeles’ta Genie vakası gündeme gelmiştir. Genie Wiley, 20 aylıkken babası tarafından karanlık bir odaya dış dünyadan tamamen izole edilerek hapsedilmiş. 13 yıllık süre içinde annesi ve babası küçük kızla hiçbir

şekilde iletişimde bulunmadığından Genie, hiç kimseyle iletişim kuramamış, dolayısıyla hiçbir dili de öğrenememiştir. Bu iki vakada da dil edinimi için kritik dönemlerin olduğunu ve bu dönemin sağlıklı geçmemesi sonucunda etkin bir dil ediniminin olamayacağı çıkarımı yapılabilmektedir.

Dil ediniminin, daha anne karnında başlayan ve yaşam boyunca devam eden bir süreç olarak tanımlamak doğru olacaktır. Helsinki Üniversitesinde, dil gelişiminin doğumdan önce anne karnında başladığına yönelik yapılan bir çalışmada anne karnındaki bebeğe bir yalancı kelime dinletilmiştir. Doğum sonrasında bir elektroensefalografi cihazı kullanılarak, bu kelimeyi dinlemiş ve dinlememiş bebeklerin kelimelere karşı beyin dalgalarının hareketleri ölçülmüş. Çalışmanın sonucunda, yalancı kelimenin dinletildiği bebeklerin, diğer bebeklere kıyasla, kelimeye daha büyük tepki gösterdikleri görülmüştür. Bu çalışma bebeklerin fetal aşamadayken dilin küçük yapıtaşlarını öğrenebildiklerini göstermiştir; bebekler düşünüldüğünden daha da spesifik bir biçimde sözlü anlatımdaki küçük değişikliklere yanıt vermişlerdir. Ayrıca, bu çalışmanın ışığında disleksi gibi problemlere daha erken aşamada yaklaşım sağlanabileceği belirtilmiştir.

Erken çocukluk döneminde dil gelişimine yönelik yapılmış bir çalışma da Kansas Üniversitesinde gerçekleştirilmiştir. Çalışma kapsamında 35.5 haftalık bebeklere sırasıyla İngilizce ve Japonca iki dakikalık metinler okunmuştur. Çalışmada bebeklerin kullanılan dile karşı tepkilerini incelemek amacıyla kalp ritimleri incelenmiştir. Bebekler, İngilizce metin karşısında normal kalp ritmine sahipken, Japonca metin okunduğunda kalp ritimlerinin hızlandığı görülmüştür. Araştırmanın sonucunda, bebeklerin İngilizce metne verdikleri tepki ile Japonca metine verdikleri tepki arasında fark olduğu ortaya çıkmıştır. Bu çalışma ile dil gelişiminin anne karnında geliştiği, anne karnındaki fetüsün doğmadan önce dile açık olduğunu işaret etmektedir.

Çocuğun konuşmaya başlaması için öncelikle duyması gerekir. Sonrasında dinleme ve karşılık verme becerisine sahip olmalıdır. Çocuklar öncelikle çevresinde konuşulan dili duyar, çevresindekileri göz kontağı kurarak dinler, tepki vermeye başlar.

Alıcı Dil

İşitsel algısal süreçler sonucunda sözel uyarıların duyulması, çözümlenmesi ve somut-soyut sözcüklerin anlamlandırılmasıdır. Alıcı dil ifade edici dilden önce gelişmektedir. Konuşmaya başlamadan önce ilk olarak çevremizde konuşulanları duyarız, anlamaya başlarız. Dil gelişimi ile ilgili yapılan araştırmalar çocuk gelişiminin ilk aşamalarında alıcı dil seviyesinin ifade edici dil seviyesinden neredeyse iki kat daha fazla olduğunu tespit etmişlerdir. Dolayısıyla çocuğun kendini yeterli ve uygun bir şekilde anlatabilmesini sağlayan ifade edici dil gelişimi için alıcı dil gelişimi olması ön koşuldur.

İfade Edici Dil

Bireyin çevresiyle iletişim kurarken kullandığı dildir. Duyu-sinir motor-sinir işlevler (nefes alma, ses çıkarma, rezonans, eklemlenme mekanizmaları gibi) ile zihinsel kavramın bir ses imajı vasıtasıyla ifadesidir. İfade edici dil kişinin günlük hayatta diğer kişilerle iletişim kurarken kullandığı dildir. İfade edici dil oluşumu için birtakım seslerin oluşturulması, kelime ve cümlelerin oluşturulması, dilbilgisi kalıplarının doğru kullanılması ile yeterli dil kavramlarının üretilmesi gerekmektedir.

Dil Gelişim Kuramları

Çocukların dil kazanımı hakkında farklı alanlara sahip araştırmacılar tarafından çeşitli boyutlarla ele alınmış ve her bir disiplin kendi bakış açısıyla dilin kazanımını açıklamaya çalışmıştır.

Davranışçı Kuram

Davranışçı kuramının görüşüne göre, çocuğun dili kazanmasında taklit ve tekrarların önemli büyüktür. Çocukların çevrelerinden duydukları sesleri taklit ederek dili kullanmaya başladıklarını vurgulamaktadır. Çocukların taklit süreçlerinde başarıları çevreleri tarafından takdir edildiklerinde ürettikleri dil çıktısını tekrar ettiklerini ve sonucunda dili kullanabilir duruma geldiklerini belirtmektedir. Bu kurama göre dil kazanımı, tamamen çevresel faktörlere bağlıdır. Kısaca, dil kazanımında çocuğun konuşanları taklit etmesi ve yetişkinlerin olumlu dönütleriyle çıkarılan sesleri desteklemeleri üzerinde durmaktadır.

Davranışçı kuramının savunucularından, Watson ve Skinner, dil edinimi sürecini çocukların tesadüfen çıkardığı seslerin yetişkinler tarafından anadillerindeki seslere benzetilerek tekrarlanması sonucunda olumlu dönüt alan çocukların, bu tekrarlamaları zamanla alışkanlık haline getirerek öğrendiklerini savunmaktadır.

Davranışçı yaklaşımda dili öğrenmede çevrenin etkisi üzerinde durulmaktadır. Skinner (1957), dilin pekiştirici aracılığıyla, tıpkı diğer davranışlarda olduğu gibi koşullanma yoluyla öğrenildiğini savunmaktadır. Bu yaklaşım dil edinimde, biyolojik yapının etkisini yok sayarak sadece çevreden gelen pekiştiriciler sayesinde gerçekleştiğini öne sürmektedir. Davranışçı kuram savunucularına göre bebekler bilinçsiz bir şekilde sesleri tekrar ederken içinde bulunduğu toplumun kullandığı dile benzer sesler çıkardıklarında, çevreden gelen gülümseme, sarılma, alkış gibi olumlu tepkiler ile davranış pekiştirilir. Bunun sonucunda bebekler pekiştireci almak için davranışı tekrarlamaya başlar tekrarlar sonucunda konuşulan dili öğrenirler. Çocuk "dil tankı" boş olarak dünyaya gelirler sonrasında çevreden tarafından sağlanan ortam sayesinde bu tank doldurulmaktadır.

Psikolinguistik Kuram

Psikolinguistik kuram, çocukların dünyaya dili kullanma ile ilgili hazır olarak geldiğini vurgulamaktadır. Bu görüşün önemli savunucularından Naom Chomsky'ye göre, çocuğun doğuştan getirdiği dil yetisi, çevresiyle etkileşimi sonucunda kendiliğinden gelişmektedir. Bu süreçte çocuk, etkileşim içinde olduğu dilin özelliklerini zihnindeki dilbilgisi kuralları ile bütünleştirerek anadilinin yapısını öğrenir. Başka bir ifadeyle, çocukların zihninde olan dil yapısı, çevreden gelen uyarılarla etkileşim sonucu harekete geçer ve çocuk dört yaş civarında dili öğrenir. Doğustancı kuramı savunan Chomsky, dil ediniminin çocuğun zekâsı ile ilgili olmadığını, kendine özgü bağımsız olduğunu vurgulamaktadır. Bu kurama göre; dil zekâ ve diğer bilişsel süreçlerden ayrı olarak gelişmektedir.

Biyolojik yapının etkisini göz ardı eden davranışçı yaklaşımın aksine, dilin biyolojik olarak doğuştan sahip olunduğunu, çevrenin bunun sadece tetikleme rol oynadığını savunmaktadır. Bu görüşün en büyük savunucusu olan Noam Chomsky, dilin kazanımında herhangi bir çabaya, öğretmeye gerek olmadığını, çocuk tarafından edinildiğini savunmaktadır.

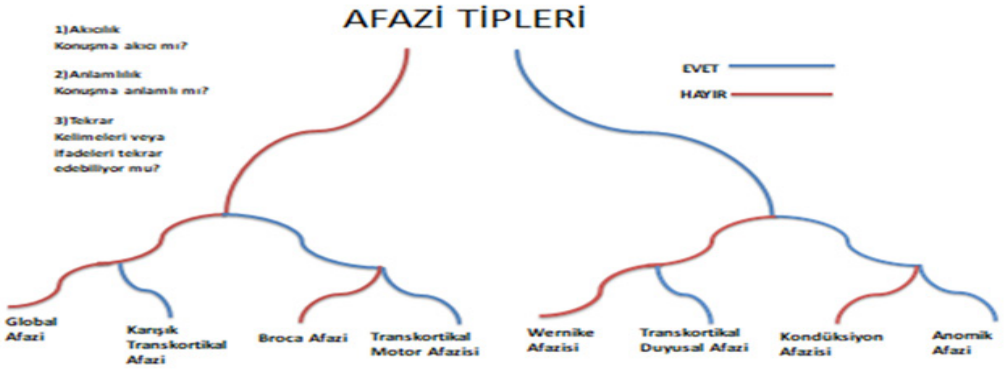
Etkileşimci Kuram

Dil edinimini daha çok işlevsel bir bakış açısı ile açıklayarak insanların konuşmayı öğrenmeye genetik olarak hazır olduğunu savunur. Başta Piaget olmak üzere etkileşimci kuramcılar, dil ediniminde, doğanın ve yetişmenin katkısı olduğunu vurgulamaktadır. Dil gelişiminde hem çevrenin hem kalıtım faktörlerinin önemli olduğunu belirterek bunların çocuğun dil gelişiminde aktif rol oynadığını ileri sürmektedir. Piaget çocukların kendileri için konuştuklarını savunur, bu durumu da "benmerkezci konuşma" olarak adlandırmıştır. Çocuklar ilk başta kendilerine yönelik konuşurlar zamanla diğer insanlarla konuştukça herkesin farklı bakış açılarına sahip olduğunu anlamaya başlar ve benmerkezci konuşmalarda azalma görülür.

Piaget'in benmerkezci konuşma görüşüne karşı çıkan Vygotsky, çocukların kendilerine rehberlik etmek ve kendilerini yönlendirmek için konuştuklarını ve bu durumun çocuk yaş aldıkça azalıp içselleştirdiğini savunur. Vygotsky, ifade edici dilin iletişimde önemine dikkat çekmektedir. Ona göre çocuk dili kendini geliştirerek, düşünce ve hareket özgürlüğünü kazanabilmek için kullanır.

Afazi (Söz Yitimi)

Afazi, beynin belli bölgelerinin vasküler, travmatik ya da tümöral zedelenmesi sonucunda meydana gelen dil fonksiyonunun bozulmasıdır.



Tablo 2. Afazi Tipleri

Yukarıdaki tabloda Afazi Tipleri belirli özelliklerine göre ayrılmıştır. İlk olarak “Konuşma akıcı mı?” sorusunu soruyoruz, cevabı hayır olan birinci kısımda görüldüğü gibi, Global Afazi, Karışık Transkortikal Afazi, Broca Afazi, Transkortikal Motor Afazi tiplerinde konuşma akıcılığı zayıftır. Cevabı evet olan ikinci kısımda ise görüldüğü üzere, Wernicke Afazi, Transkortikal Duyusal Afazi, Kondüksiyon Afazisi (İletim Afazisi) ve Anomik Afazi tiplerinde konuşma akıcıdır.

Akıcılığın zayıf olduğu birinci kısma, “Konuşma anlamlı mı?” sorusunu sorduğumuzda, Global Afazi, Karışık Transkortikal Afazi tiplerinde anlamın zayıf olduğunu, Broca Afazi, Transkortikal Motor Afazi tiplerinde ise anlamın iyi olduğunu görüyoruz. Akıcılığın iyi olduğu ikinci kısma, “Konuşma anlamlı mı?” sorusunu sorduğumuzda ise, Wernicke Afazi, Transkortikal Duyusal Afazi tiplerinde anlamın zayıf olduğunu, Kondüksiyon Afazisi (İletim Afazisi) ve Anomik Afazi tiplerinde ise anlamın iyi olduğunu görüyoruz.

“Kelimeleri veya ifadeleri tekrar edebiliyor mu?” sorusunu sorduğumuzda ise üçüncü ve son işaretlerin renklerine göre cevabı incelediğimizde, Global Afazi, Broca Afazi, Wernicke Afazi, Kondüksiyon Afazisi (İletim Afazisi) tiplerinde tekrar edebilme becerisinin olmadığını, Karışık Transkortikal Afazi, Transkortikal Motor Afazi, Transkortikal Duyusal Afazi, Anomik Afazi tiplerinde ise tekrar edebilme becerisinin olduğunu görüyoruz.

Testin Adı	Hangi Dil Becerilerini Ölçmeye Yönelik?
Denver II	Anlambilimsel, Sözdizimsel, biçimbirimsel
Okuryazarlık Öncesi Taraması	Ses Bilgisel, Anlambilimsel, Sözdizimsel
Fluharty Okul Öncesi Konuşma ve Dil Tarama Testi	Ses Bilgisel, Anlambilimsel, Sözdizimsel
Sesbirim Farkındalığı Becerileri Taraması	Ses Bilgisel
Öğrenmenin Değerlendirilmesi için Gelişimsel Göstergeler-4	Ses Bilgisel; Artikülasyon ve Sesbirim Farkındalığı, Sözel Adlandırma, Alıcı Nesne ve Eylem Adlandırma
Anaokulu Dil Tarama Testi	Ses Bilgisel, Anlambilimsel, Sözdizimsel
Peabody Resim Sözcük Testi	Alıcı Dil
Erken Dil Gelişimi Testi	Sözel Dil Gelişimi
Temel Dil Becerilerinin Klinik Değerlendirilmesi- Okul Öncesi	İfade Edici Sözcük Bilgisi ve Sözcük Alma
Goldman- Fristoe Artikülasyon Testi-2	İfade Edici ve Alıcı Dil
Temel Dil Becerilerinin Klinik Değerlendirilmesi-5	Ünsüz Seslerin Artikülasyonu
Okul Öncesi Dil Ölçeği-5	İfade Edici ve Alıcı Dil
Kapsamlı Ses Bilgisel İşleme Testi-2	Sözlü Dil- Alıcı ve İfade Edici Dil
Psikodilbilimsel Beceriler Illinois Testi	Ses Bilgisel Yetenekler ve İşleme
Okul Çağı Dil Gelişimi Testi-4	Konuşma ve Yazı Dili

Tablo 3. Çocuğun Dil Gelişim Sürecini Değerlendirmede Kullanılabilecek Değerlendirme Testleri ve Değerlendirilen Dil Alanları

Kaynaklar

- Akman, B. (2018). *Erken çocukluk döneminde gelişim*. Nobel Yayınları, Ankara.
- Akyol Köksal, A. (2018). *Erken çocukluk döneminde gelişim II*. Anı Yayıncılık, Ankara.
- Aral, N., & Baran, G. (2011). *Çocuk gelişimi*. Ya-Pa Yayınları, İstanbul.
- Baysal, E. N., & Metin, E. (2019). *Doğum öncesinden ergenliğe çocuk gelişimi*. Pegem Akademi, Ankara.
- Çiyiltepe, M. (2005). Dil ve konuşma gelişiminde sorunlara yol açan nedenler. In S. S. Topbaş (Ed.), *Dil ve kavram gelişimi* (ss. 1-30). Kök Yayıncılık, Ankara.
- Deniz, M. E. (2010). *Erken çocukluk döneminde gelişim*. Maya Akademi, Ankara.
- Erdoğan, I., & Işıkoğlu, N. (2015). *Bebekler ve çocuklar: Doğum öncesinden orta çocukluğa*. Nobel Yayınları, Ankara.
- Ergenç, İ. (2008). Dilin beyindeki gerçekleşimi ve konuşma eylemi. In *Kognitif nörobilimler* (ss. 169-185). Nobel Yayınları, Ankara.
- Fazıloğlu, Y. (2011). *Erken çocukluk gelişimi ve eğitimi*. Kriter Yayınları, İstanbul.
- Girgin, İ. (2020). Erken çocuklukta dil gelişimi ile ilgili yazılmış makalelerin incelenmesi. *Journal of Individual Differences in Education*, 2(1), 52-63.
- Güre, A. (2021). *Çocuk gelişimi*. Nobel Yayınları, Ankara.
- Sadiyeva, G. (2002). Beyin ve dil ilişkisi. *Türk Dili Araştırmaları Yıllığı-Belleten*, 50(2), 127-146.
- Şahin, A. (2015). *Konuşma eğitimi: Yöntemler ve etkinlikler*. Pegem Akademi, Ankara.
- Turan, F., & Akoğlu, G. (2021). *Erken çocukluk eğitiminde dil gelişimi*. Nobel Yayınları, Ankara.
- Yüksel, G. (2016). *Yaşam boyu gelişim*. Nobel Yayınları, Ankara.

5. BÖLÜM: ÇOCUKLARDA BÜYÜME VE GELİŞME

Prof. Dr. Ebru KOLSAL⁵

Çocukluk çağı döllenme ile başlayıp 18 yaşına kadar devam eder. Sağlıklı büyüme ve gelişmenin olması için sağlıklı bir vücut ve nörolojik sisteminin olması lazım. Büyüme vücut kütlelerinin artması gelişme biyolojik işlevlerin kazanılmasını ifade eden bir terimdir. Büyümenin en hızlı olduğu dönem anne karnında geçirilen dönem olup sonrasında hayatın ilk 6 ayı en hızlı 2. dönemdir. Çocukları aslında erişkinlerden ayıran en önemli özellik büyüme ve gelişme sürecinde olmaları ve buna bağlı olarak psikolojik, nörolojik ve de fiziksel yönden yaşlara göre farklılıklarının olması yanı sıra erişkinlerden tamamen farklı özelliklerinin olmasıdır. Bu nedenle vücudun fiziksel özellikleri değerlendirirken yaşa göre farklılıklar göz önünde bulundurulmalı, psikolojik, nörolojik ve fiziksel gelişim açısından da her yaşın normal özellikleri bilinmelidir.

Sağlıklı çocuk hastalık belirtileri göstermeyen yaşına uygun fiziksel, zihinsel ve ruhsal gelişim ve büyüme gösteren çocuktur. Aslında normal gelişmenin ve büyümenin görülebilmesi için çocuğun her yönden tam bir sağlamlık durumunda olması gerekir. Yaşa göre büyüme ve gelişmenin değerlendirilmesi çocukların takibindeki en önemli unsurlardan biridir. Birçok hastalığın belirtileri daha tam ortaya çıkmadan önce büyüme ve gelişmenin duraklaması ya da fonksiyon kayıplarının ortaya çıkması hastalıklar konusunda uyarıcı olabilir. Mesela kilo alımı duraklayan ya da yaşına uygun kilo alamayan bir çocukta tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonları bu durumdan sorumlu olabilir ve ileride ortaya çıkabilecek böbrek yetmezliği tablosu bu tanının konması ile engellenebilir. Benzer şekilde konuşmada gerilemesi olan bir çocuk Landau Kleffner sendromu gibi bir epilepsi hastası olabilir. Bu nedenle çocukların takibinde hem fiziksel büyüme değerlendirilirken bir yandan da nörolojik gelişim ve ruhsal gelişim basamakları ayrıntılı olarak değerlendirilmelidir.

Büyüme ve Gelişmeyi Etkileyen Faktörler

Döllenme anından sonra hücrelerin hızla çoğaldığı dönem “hiperplazi” dönemidir. Daha sonra hücre boyutunun arttığı ikinci dönem hipertrofi dönemi bu sürece eklenir. Genetik faktörler, hormonlar, büyüme gelişme üzerine etkisi olan dokulara özel büyüme faktörleri, beslenme ve ortama ait faktörler bu süreci etkiler. Hiperplazi döneminde olan etkilenmeleri kalıcı izler bırakır. Doğum öncesi genetik faktörler, hormonlar, uterus (rahim) içi ortama ait faktörler büyümeyi etkileyebilir. Çocuğun döllenme anında edindiği genetik yapı büyüme ve gelişmeyi etkiler. Bugün biliyoruz

⁵Prof. Dr., İstanbul Gelişim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul, Türkiye.

E-posta: ekolsal@gelisim.edu.tr ORCID: 0000-0002-9546-8719

ki hem X hem de Y kromozomu üzerinde büyümeyi etkileyen genler vardır. Uzun boylu ailelerin uzun boylu çocukları kısa boylu ailelerin kısa boylu çocukları olur. Gene kromozom anomalileri ile çocuğun büyüme gelişmesi bozulabilir. Bunlardan en iyi bilineni Down sendromu ve Turner sendromudur. Bu gibi hastalıklarda boy büyümesinin etkilendiği ve beklenen boyun aile ortalamasına göre kısa olduğu bilinmektedir. Embriyo döneminde büyüme genetik özelliklerle olurken fetus döneminde büyüme annenin beslenme durumu, plasentanın kanlanması ile daha çok ilişkilidir. Bugün birçok çalışma da düşük doğum ağırlığıyla doğan bebeklerin ilerleyen dönemlerde hipertansiyon, tip 2 diabetes mellitus, kardiyovasküler hastalıklara yakalanma ihtimali daha yüksektir.

Fetüsün büyümesi üzerine insülin benzeri büyüme faktörleri (IGF) en önemli etkiyi gösterir. Özellikle IGF-2 fetal büyüme üzerine daha etkili olup fetusta IGF-2 düzeyi IGF-1'e göre daha yüksek bulunmuştur. Prenatal dönemde büyüme hormonunun belirgin bir etkisi yoktur. IGF-2 Plasental laktojenlerin uyarısı ile salgınır. Doğumdan sonra büyüme hormonu ve beslenme sonucunda IGF-1 salgısında artış olur ve doğumdan sonraki dönemde IGF-1 daha etkin hale gelir. IGF'lerin dışında epidermal büyüme faktörü, fibroblast büyüme faktörü, sinir büyüme faktörü gibi birçok büyüme faktörü fetusun büyümesi üzerine etkili olur. İnsülin etkisi ile anne karnında ki bebekte büyüme faktörleri salgınır. Bu nedenle bebeklerde anne karnındaki son 3 ay da yağ dokusu oluşur ve karaciğerde glikojen depolanması meydana gelir. Erken doğan bebeklerde bu dönem tam geçirilmediği için hem cilt altı yağ dokusu belirgin olarak az olur hem de hipoglisemiye eğilim fazladır. Ayrıca yağ dokusundan salgılanan leptin ve sex steroidlerinin de (östrojen, androjen) fetal büyüme üzerine etkisi olduğu bilinmektedir. Doğum ağırlığı düşük olan bebeklerde leptin düzeyi de düşüken androjenlerin anabolik etkisi sayesinde erkek çocukları kız çocuklarına göre daha büyük doğarlar.

Gebelik sürecince annenin tam bir sağlıklılık durumunda olması gerekir. eğin anne rahminde yerleşim şekli, rahimin yeterli olgunlukta olması, anatomik olarak bozukluğunun olmaması çok önemlidir. O yüzden çocuk yaşta gebelikler sonucunda bebekler düşük doğum ağırlıklı olarak doğarlar. Gebelikte uygunsuz ilaç kullanımı, radyasyona maruz kalma, enfeksiyon hastalıkları geçirme gibi durumlar bebekte kalıcı zeka geriliği, ekstremiteler (el-ayak) anomalileri, sağırılık ve körlüğe neden olabilir. Doğum sonrası dönemde beslenme, genetik ve metabolik faktörler, hormonal faktörler ve kronik hastalıklar çocuğun büyümesini etkileyebilir. İlk 2 yaş döneminde genetik potansiyelden çok beslenme büyüme de daha önemli bir yer tutar. Büyümenin hızlı olduğu dönemde besinlerde alınan enerjinin %10'undan fazlası büyümeye harcanır. Normal hücre gelişimi için protein içeriği zengin vitamin ve mineraller bakımından yeterli şekilde beslenmenin olması gerekmektedir. Özellikle kemik gelişiminin hızlı olduğu bu dönemde yeterli Kalsiyum, magnezyum ve fosfor alımının yanı sıra A ve D vitaminleri de büyümenin devamlılığı için

çok önemlidir. D vitamini özellikle kemik yapımında yer alan bir vitamin olup kemik gelişiminin hızlı olduğu bu dönemde yeterli olması kemiklerde kalıcı olarak ortaya çıkabilecek hasarları engelleyecektir. A vitamini ise özellikle hücre yenilenmesinde önemli bir vitamin olduğundan eksikliğinde viral enfeksiyonlar çok şiddetli geçirilebilir. Büyüme hormonları, sex steroidleri, tiroid hormonları, glukokortikoidler büyüme de etkili olan hormonlardır. Büyüme hormonu özellikle IGF-1 'i salgılayarak büyümeyi sağlar. Beslenme bozukluklarında IGF-1 düzeyi düşer. Tiroid hormonları normal büyümenin sürmesi için gereklidir. Benzer şekilde IGF üzerinden etkili olur. Özellikle ergenlik döneminde sex steroidlerinin artışı ile büyüme de hızlanma ortaya çıkar.

Vücudun enerji ihtiyacında artışa yol açan kronik hastalıklar büyüme ve gelişmeyi bozar. Tüberküloz gibi kronik enfeksiyon hastalıkları, kronik böbrek ve kalp hastalıkları büyüme ve gelişmeyi etkileyerek büyüme ve gelişme geriliklerine sebep olur.

Çocuklarda Fiziksel Büyüme

Çocuklarda büyümenin en hızlı olduğu dönem anne karnındaki dönemdir. Zamanında doğan bir yenidoğan ortalama 50 cm boy ve 3300 gr ağırlıkla doğar. Bu dönemden sonra büyümenin en hızlı olduğu 2. dönem hayatın ilk 6 ayıdır. İlk 2 yaşta büyüme hormonu etkisi olmadan beslenmenin etkisi ile büyüme olur. 2 yaştan sonra büyüme hormonu etkili olmaya başlar. İlk bir yılda çocuk ortalama 24-25 cm uzarken, 1-2 yaş arasında 10-12 cm kadar uzar. 2 yaşından sonra büyüme hormonu ve genetik potansiyelinin etkisi ile ergenliğe kadar çocuk yılda 5-7 cm uzar. Kilo alımı ise ilk bir yılda doğum kilosunun yaklaşık 3 katına ulaşır.

Büyüme Takibi ve Değerlendirilmesi

Çocukların sağlıklı olduğunun en iyi göstergesi yaşına uygun fiziksel büyümeyi göstermesidir. Yenidoğan bir bebek dış dünyaya alışmakta zorlanacağı için kilo alımının yakın takibi çok önemlidir. Doğru şekilde beslenmenin yapıp yapılmadığı ya da bebekte başka bir sorun olup olmadığının anlaşılması için en az haftalık kilo takibi yapılması gerekir. Bebekler doğduktan sonra ilk 10 gün içinde doğum ağırlıklarının maksimum %10'nunu kaybedip geri kazanırlar. Yani bir bebek 10 günlük olduğunda en az doğum kilosunda olmalıdır. Bu süreçte kaybettiği kilo doğum ağırlığının %10'nunu geçmemelidir. Bundan sonraki 6 aylık süreçte bebeklerin ayda bir, sonrasında 1 yaşa kara 2 ayda bir ve 1-2 yaş arasında 3 ayda bir olmak üzere büyüme takibinin yapılması önerilir. 2-6 yaş arası 6 ay aralıklarla, 6 yaşından erişkin döneme gelene kadar yılda bir takibinin yapılması önerilir. Büyüme takibi yapılırken vücut ağırlığının yanı sıra boy uzunluğu ve baş çevresi takibi de yapılmalıdır.

Vücut Ağırlığı Ölçümü ve Takibi

Bebeklik döneminde vücut ağırlığı ölçümü hassas bebek tartıları ile yapılmalı ve bebek çıplak olmalıdır. Daha büyük çocuklarda erişkinler için kullanılan hassas teraziler kullanılabilir. Büyük çocukların ölçümü sırasında da en azından çocuk iç çamaşırları ile tartılmalıdır. İlk 6 ayda sağlıklı bir çocuk günde ortalama 20-30 gr almalıdır. İkinci 6 ayda bu artış 15-20 gr/gün'e düşer. 1-2 yaş arasında ağırlık artışı 50gr/hafta'dır. 2 yaşından ergenliğe kadar ki sürede yılda 2-2,5 kg alır. (Neyzi ve Ertuğrul, 2002,s 86)

Boy Ölçümü ve Takibi

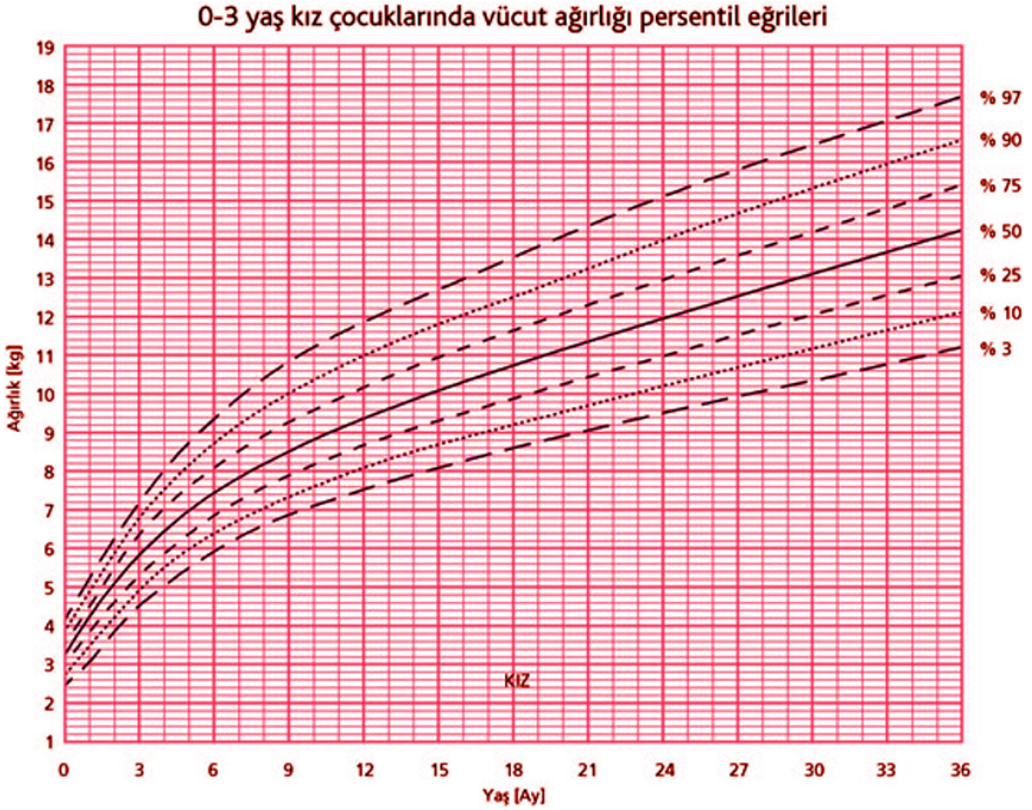
Boy ölçümü bebeklik çağında yatarak daha büyük çocuklarda ayakta yapılmalıdır. Ayakta ölçüm için en iyi boy ölçer duvara sabitlenmiş boy ölçerlerdir. Yatar durumda boy ölçümü yapılırken çocuğun başı ve ayakları sabit hale gelecek şekilde ölçüm yapılmalıdır. Zamanında doğan bir yenidoğan ortalama 50 cm uzunluğunda doğar. Doğumdan sonraki ilk 2 üçer aylık dönemde her 3 ayda yaklaşık 8'er santim sonraki 2 üçer aylık dönemde her 3 ay yaklaşık 4'er santim uzar.1-2 yaş arası boy uzaması yaklaşık 10-12 cm olurken 2 yaştan ergenliğe kadar olan süreçte yılda 5-7 cm uzar. Kız çocukların ergenliğe erken girmesinden dolayı 11 yaşlarında kızlar genellikle erkeklerden daha uzun olurlar.

Baş Çevresi Ölçümü ve Takibi

İlk 3 yaşta baş çevresi takibi beynin gelişimini gösterdiği için çok önemlidir. Baş çevresi esnek olmayan mümkünse kağıt bir mezura ile yapılmalıdır. Ölçüm başın arkasında en çıkıntılı nokta olan "Protuberancia oksipitalis" ve önde "Glabella"dan geçecek şekilde yapılmalıdır. Zamanında doğmuş bir çocukta baş çevresi yaklaşık 35 cm kadardır. Ortalama olarak bebek 3 aylık olduğunda 40,5 cm, 6. ayda 43 cm 12. ayda 46 cm olur. Sonraki dönemlerde baş büyümesi yavaşlar. Baş büyüklüğü ailevi özellikleri yansıtmakla beraber baş büyümesinin beklenenden küçük gitmesi durumunda mikrosefali, büyük gitmesi durumuna makrosefali denir. Mikrosefali durumlarında özellikle kraniosinotroz gibi acil durumların atlanmaması gerekirken, baş büyümesinin hızlı gittiği durumlarda hidrosefali her zaman akılda tutulmalıdır.

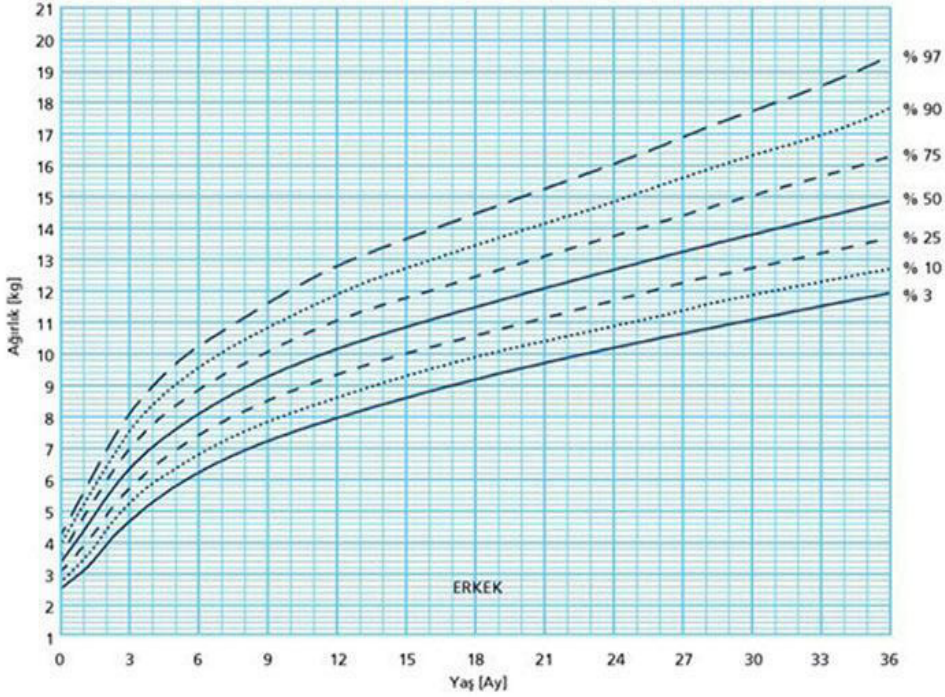
Çocuk sağlığı izleminde büyüme takibi yapılırken persantil eğrilerinin kullanılması çok önemlidir. Persantil eğrileri aynı yaş ve cinsiyet grubundaki çocukların vücut ölçülerinin hangi yüzdilik dilimde olduğunu gösterir. Çocuğun büyüme çizelgesinde %3ile %97 lik dilim arasında olması normal persantil aralığında olduğunu gösterir. Ancak çocuk büyüme sürecindeyken bu aralıklardan sapmalar olması ve ait olduğu persantil eğrisinden kaymalar olması durumunda

uyanık olunmalıdır. Örneğin 6 aylıkken baş çevresi persantili 50 olan bir çocuğun 9. ayda baş çevresi persantilinin 90 çıkması baş büyümesinin hızlandığının ve hidrosefalinin bir belirtisi olabileceğini gösterebilir. Ya da vücut ağırlığı 90 persantilde giden bir çocuğun takiplerinde 75 persantile düşmesi kronik bir hastalığı ya da gelişen bir beslenme bozukluğunun habercisi olabilir. Bu nedenle çocukların büyüme izlemlerinde mutlaka persantil eğrileri kullanılmalıdır. Çocuğun vücut ölçülerinin o anda bulunduğu persantil değeri önemli olmakla beraber bulunduğu persantil çizgisine paralel bir seyir göstermelidir.



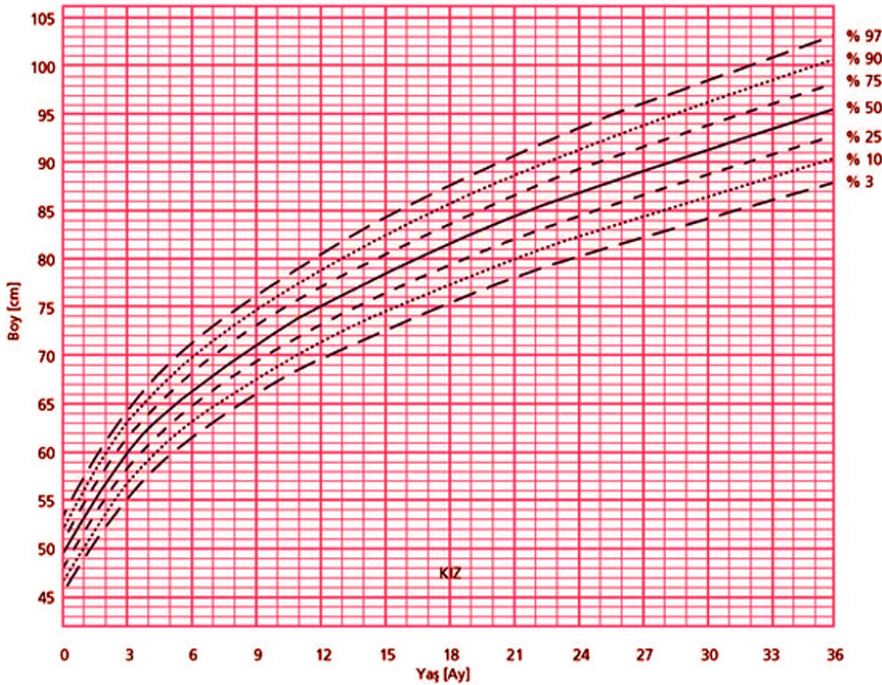
Tablo 1. 0-3 yaş kız çocukları vücut ağırlığı persantil eğrileri

0-3 yaş erkek çocuklarında vücut ağırlığı persentil eğrileri



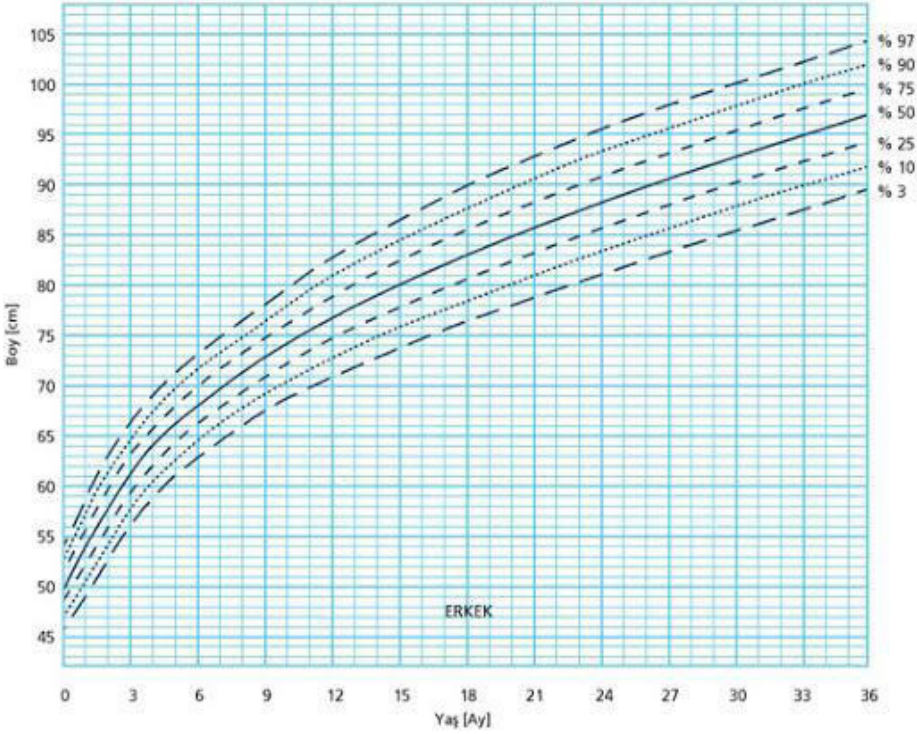
Tablo 2. 0-3 yaş erkek çocuğu vücut ağırlığı persentil eğrileri.

0-3 yaş kız çocuklarında boy uzunluğu persentil eğrileri



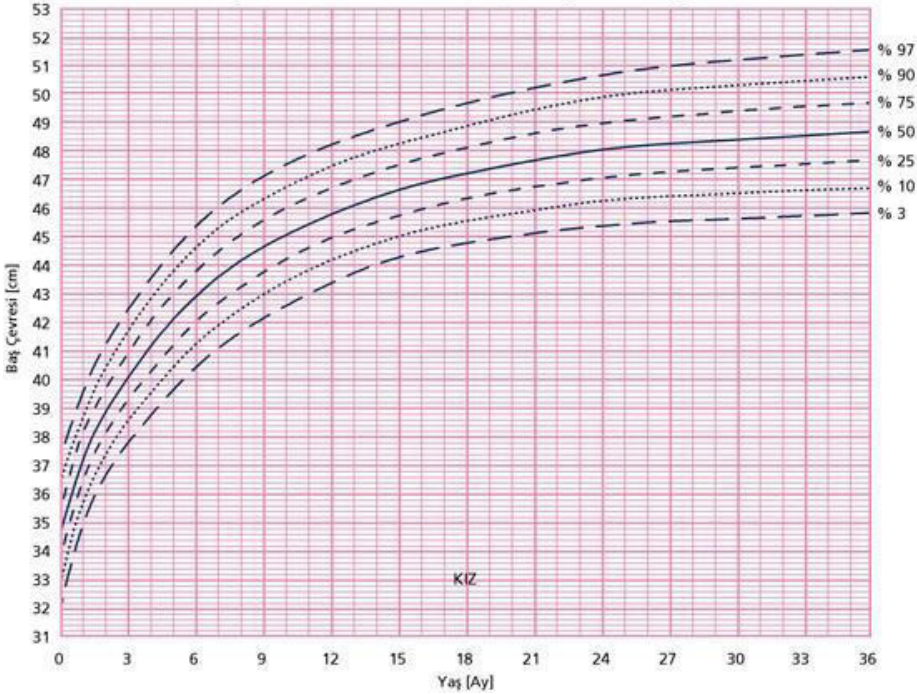
Tablo 3. 0-3 yaş Kız çocukları boy uzunluğu persentil eğrileri.

0-3 yaş erkek çocuklarında boy uzunluğu persentil eğrileri



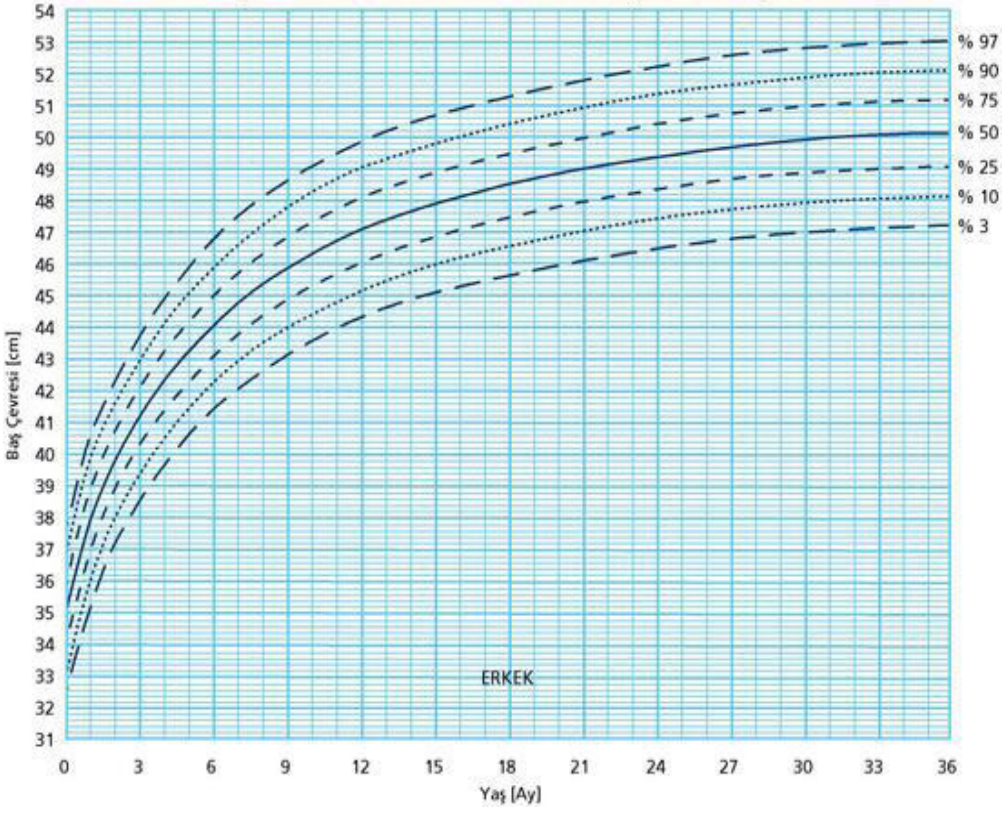
Tablo 4. 0-3 yaş erkek çocukları boy uzunluğu persentil eğrileri.

0-3 yaş kız çocuklarında baş çevresi persentil eğrileri



Tablo 5. 0-3 yaş kız çocuklarında baş çevresi persentil eğirileri.

0-3 yaş erkek çocuklarında baş çevresi persentil eğrileri



Tablo 6. 0-3 yaş erkek çocuklarında baş persentil eğrileri.

		P10	P25	P50	P75	P90
Doğum	Ağırlık	2.8	3.1	3.4	3.7	3.9
	Boy/cm	47.8	49.0	50.2	51.0	51.9
	Baş çevresi/cm	33.4	33.9	34.7	35.4	36.0
3 ay	Ağırlık	4.4	4.8	5.4	6.0	6.4
	Boy/cm	55.5	57.5	58.5	60.0	62.5
	Baş çevresi/cm	38.5	39.2	40.0	40.8	41.7
6 ay	Ağırlık	6.1	6.8	7.4	8.0	8.6
	Boy/cm	60.0	62.0	64.5	66.5	68.5
	Baş çevresi/cm	41.4	42.0	42.8	43.6	44.5
9 ay	Ağırlık	7.3	8.0	8.6	9.5	10.0
	Boy/cm	64.5	66.5	69.5	71.0	73.0
	Baş çevresi/cm	43.2	43.8	44.6	45.4	46.3
12 ay	Ağırlık	8.1	8.9	9.6	10.6	11.0
	Boy/cm	68.0	70.0	73.0	75.0	77.0
	Baş çevresi/cm	44.3	45.0	45.8	46.7	47.7
15 ay	Ağırlık	8.7	9.6	10.4	11.4	11.9
	Boy/cm	71.5	73.5	76.5	78.5	81.0
	Baş çevresi/cm	44.9	45.6	46.5	47.4	48.4
18 ay	Ağırlık	9.3	10.2	11.0	12.0	12.6
	Boy/cm	75.0	76.5	79.5	82.0	84.5
	Baş çevresi/cm	45.5	46.2	47.1	48.0	49.0
2 yaş	Ağırlık	10.4	11.3	12.2	13.1	13.8
	Boy/cm	80.0	83.5	85.5	88.5	91.0
	Baş çevresi/cm	46.4	47.2	48.1	49.1	50.1
2.5 yaş	Ağırlık	11.3	12.2	13.1	14.1	15.0
	Boy/cm	85.0	88.0	90.5	94.0	96.5
	Baş çevresi/cm	47.0	47.8	48.0	49.8	50.8
3 yaş	Ağırlık	12.0	13.0	14.0	15.0	16.1
	Boy/cm	88.5	92.0	95.0	98.5	101.0
	Baş çevresi/cm	47.5	48.4	49.3	50.3	51.1

Nöromotor Gelişim

Nöromotor gelişimin tam olması için sinir sistemi ve kas sisteminin sağlıklı olması gerekir. Motor gelişim baştan aşağı doğru olmaktadır. Zamanında doğmuş bir yenidoğanın kolları ve bacakları hafif bir fleksiyon postüründe bacaklar kalçadan addüksiyon postüründe yatar. Kolları bacakları birbiriyle simetrik bir şekilde hareket eder. İşitme erişkin bir bireyin işitmesi ile eşit olup görme anne kucağında annenin yüzünü görebileceği mesafededir. Kollarından tutulup kaldırıldığında 3-5 sn kadar başını gövde ile aynı düzleme getirmeye çalışır. Yaklaşık 6 haftalık bebek yüzüstü yatırıldığında hafifçe çenesini kaldırabilir. 3 aylık olduğunda yüzüstü pozisyonda el ve kollarından destek alarak omuzlarını kaldırabilir. Bir bebek maksimum 2 aylık olduğunda başını artık desteksiz olarak

tutabilmelidir. En fazla 6 aylık olduğunda destekli oturmalı ve 9 aylık olduğunda da desteksiz olarak oturabilmelidir. Ayrıca 6 aylık olduğunda yüzüstünden sırtüstü pozisyona dönebilmelidir. Bu dönemde aynı zamanda birçok bebek emeklemeye başlasa da emekleme halen bir gelişim basamağı sayılmamaktadır. Emeklemeyen bebeklerin ilerleyen dönemlerde koordinasyon bozukluğu açısından riskli olacağı düşünülmektedir. Bebeklerin gelişim aşamalarında bireysel farklılıklar olmakla birlikte bu maksimum süreçleri geçirmeden becerileri elde etmelidir. Ayaklarının üzerine maksimum 10 aylıkken basmaya başlayan bebek en geç 16 aylık olduğunda yardımsız olarak yürüyebilmelidir. 18 aylıkken koşmaya başlayan çocuk aynı zamanda bir elinden tutunca merdiven çıkabilir. 2 yaşından merdivenleri tutarak inip çıkmaya başlar. 2,5-3 yaş civarında zıplamaya başlayan çocuk 4 yaşında tek ayak üzerinde zıplamaya başlar. Tabi ki motor gelişim sadece bunlardan ibaret değildir. Yukarıda sıraladığımız motor gelişim sadece kaba motor gelişimdir. Bununla beraber ince motor gelişimin de eş zamanlı olarak devam etmesi gerekmektedir.

Yenidoğan döneminde bebekler genellikle elleri kapalı durumda dururlar. 3 aylık olduğunda bebeklerin elleri açık bir şekilde durmalıdır. Eline verilen bir oyuncak tutmaya çalışır. 6 aylık olduğunda oyuncakla uzanır, bir elinden öbür eline geçirir ve eller orta hatta birleşir. 9 aylık olduğunda başparmak ve işaret parmağı ile küçük cisimleri tutabilir. Bu nedenle bu dönemde aspirasyon riskine karşı uyanık olması aileye anlatılmalıdır. Bir yaşında cisimleri artık komutla elinden atabilir, işaret parmağı ile isteklerini gösterir. 18 aylık düğmeyi şişeden çıkarabilir. Kendi yemeğini yiyebilir. 2 yaşında kalem ile daire çizebilir, enine çizgiler çizer, 3 yaşında kalemi daha kontrollü tutar üçgen çizebilir.

Dil ve sosyal gelişim basamaklarına bakılırsa bir bebek en geç 6 haftalık olduğunda annesi ile göz teması kurabilmeli ve 2 aylık olduğunda annesini tanımaya başlayarak gülümsemeye başlar. 3 aylık olduğunda kendi kendine sesler çıkarır. 6 aylık olduğunda yüksek sesle güler. Annesini görünce güler. Yabancılaşma başlar. 10 aylık olduğunda adına bakmaya başlayabilir bunun için en az 1 yaş olduğunda mutlaka adıyla çağrılınca bakıyor olması gerekir. Gene bu dönemde hece tekrarları başlar. 12 aylık olduğunda 2-4 kelime, 15 aylık olduğunda 4-6 kelime 18 aylık olduğunda 10 kelimeyi anlayarak söyleyebilmelidir. 2 yaşa geldiğinde en az 2 kelimeli cümle kurarken 3 yaşında 3 kelimeli cümleler kurabilmelidir. 12 aydan sonra isteklerini işaret ederek belirtmeli, 18 aylık resimleri tanımalı ve anlamalı, yüzünün bölümlerini gösterebilmelidir. 2 yaşında ben sen gibi zamirleri bilmelidir. Burada bahsettiğimiz gelişim basamakları belirli aylarda en az yapması gereken aşamalardır. Bunlarda ki aksamaların yakalanması çok hızlı tanı konarak erken müdahale programlarının uygulanmasına olanak sağlar. Sağlam çocuk takibinde bu tarz aksamaların yakalanması için düzenli olarak gelişim testlerinin yapılması önerilir. Özellikle ülkemizde en yaygın olarak 6 ay-6 yaş arası çocuklara Denver gelişimsel tarama testi kullanılır. Bunun yanı sıra Bayley gelişimsel tarama ölçeği

1-42 ay arası çocuklara uygulanmaktadır. Benzer şekilde Ankara gelişim tarama envanteri de güvenilir bir şekilde uygulanabilir.

Sonuç olarak sağlıklı bir çocuk tam bir bütünlük için de fiziksel ve nöromotor gelişimini sürdürebilen bir çocuktur. Bunun içinde hem fiziksel anlamda yeterli ve kaliteli besinlere ulaşabilmesi, nöromotor gelişim için ise yeterli uyaranları alması ve fiziksel ortamının olması gerekir.

Kaynaklar

Kliegman, R. M., & Stanton, B. F. (Eds.). (2011). *Nelson textbook of pediatrics* (19th ed.). Elsevier.

Neyzi, O., & Ertuğrul, T. (Eds.). (2002). *Pediatri* (3. baskı). Nobel Yayın Dağıtım.

6. Bölüm: Ahlak Gelişimi

Dr. Öğr. Üyesi Talat SARIKAVAK⁶

Ahlak Kavramı ve Gelişimi

Ahlak kavramı, gerek bilimsel gerek toplumsal olarak sık sık tartışılan bir kavramdır. Kelimenin kökeni Arapça gelmekte olup “Yaradılış, huy, karakter” anlamındadır.

Felsefi ve toplumsal anlamda ise neyin doğru neyin yanlış olduğunu içeren bir dizi kurallar bütünüdür. Toplumların ve uygarlığın gelişimine paralel olarak bu kurallar değiştiği için zamanla değişebilir, fakat kendi içinde tutarlılığı değişmez. Her ne kadar somut bir yaptırım gücü olmasa da, toplum bu kurallara uygun davranmayan bireyleri dışlayarak uygulanmasını zorunlu tutar. Ruh sağlığı alanındaki tanımı ise neyin doğru neyin yanlış olduğunu içeren zihinsel bir temsilidir. Davranışlarımıza rehberlik eden bir dizi inanç ve değerdir.

Ahlaki gelişim, ahlaki kavramları edinme ve bunları hayatımıza nasıl uygulayacağımızı öğrenme sürecidir. Deneyimlerimizden, ilişkilerimizden ve kültürümüzden etkilenen, yaşam boyu devam eden bir süreçtir. Aslında toplumsal bir canlı olmamızın bir sonucu olup, birlikte yaşamak, toplumun diğer üyelerine saygı duyma ve onlardan saygı görme, toplumun bir parçası olabilmek için gerekli kurallar sistematığıdır. Dolayısıyla sosyal-duygusal gelişim ile yakından ilişkilidir. Kuramcılar da sosyal duygusal gelişim ile ilgili de tezler ortaya atmışlardır.

Ahlaki İnceleyen Bilim Dalları

Ahlak birçok farklı yönüyle farklı disiplinlerin çalışma konusu olmuştur. Örneğin **ahlak felsefesi**, ahlaki oluşturan kurallar bütününe kendisini inceler, irdeler ve gerekçelendirir. **Ahlak sosyolojisi**, bu kuralların toplumun bütünü içinde nasıl oluşup geliştiğini yayıldığını inceler. **Ahlak psikolojisi** de, kurallar bütününe insanın ruhsal yapısına nasıl uyum sağladığını, insanın bunları içselleştirip uygulamaya koyarken hangi değişkenlerin önemli olduğunu inceler. **Ahlak gelişim** de, çocuğun gelişim çizgisi içinde ahlaki kuralları hangi sırayla, hangi evrelerde ve nasıl içselleştirdiğini ve uyum sağladığını inceler.

⁶Dr. Öğr. Üyesi, İstanbul Gelişim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul, Türkiye.

E-posta: talat.sarikavak@atlas.edu.tr ORCID: 0000-0001-8948-7182

1. Lawrence Kohlberg

Lawrence Kohlberg'in ahlaki gelişim teorisi, insanların ahlaki muhakemelerinin zaman içinde nasıl değiştiğini açıklayan bir aşama teorisidir. En temelden en karmaşığa doğru bir hiyerarşide düzenlenmiş altı ahlaki gelişim aşaması olduğunu öne sürmüştür.

Kohlberg'in teorisinin ilk üç aşaması gelenek öncesidir, yani dışsal ödüllere ve cezalara dayanırlar.

1. Aşama: İtaat ve Ceza Yönelimi; Bu aşamada çocuklar cezadan kaçınmak için kurallara uyarlar. Henüz doğru ve yanlış kavramını anlamazlar ve eylemlerinin sonuçlarını yalnızca kendileri için düşünürler. Temel eylem stratejisi cezadan kaçınmadır. Çocuk bu aşamada "Nasıl ceza almaktan kurtulabilirim?" sorusu ile ilerler.

2. Aşama: Kişisel Çıkar Yönelimi; Bu aşamada çocuklar, doğru ve yanlış konusunda farklı bakış açıları olduğunu anlamaya başlarlar, ancak yine de öncelikle kendi ihtiyaç ve isteklerine odaklanırlar. İstediklerini elde etmek için anlaşmalar veya ticaretler yapabilirler ve kendilerine yararı varsa yalan söylemekte veya hile yapmakta yanlış bir şey görmeyebilirler. "Benim çıkarıma bir şey var mı?" temel sorudur.

Kohlberg'in teorisinin sonraki iki aşaması geleneksel düzeydir, yani sosyal normlara ve beklentilere dayalıdır.

3. Aşama: İyi Oğlan/İyi Kız Oryantasyonu; Bu aşamada çocuklar başkalarının kendileri hakkında ne düşündüğünü önemsemeye başlar ve iyi insanlar olarak görülmek isterler. Neden doğru ya da yanlış olduklarını anlamasalar bile sosyal normlara uyum sağlayabilirler. "Toplum/elalem ne der?" temel sorudur.

4. Aşama: Hukuk ve Düzen Yönelimi Bu aşamada çocuklar yasa ve kuralların önemini anlamaya başlarlar ve onlara uymanın önemli olduğuna inanırlar. Hâlâ cezadan kaçınmaya odaklanabilirler ama aynı zamanda bir bütün olarak toplumun ihtiyaçlarını da dikkate almaya başlarlar.

Kohlberg'in teorisinin son iki aşaması gelenek sonrası düzeydir, yani soyut adalet ve ahlak ilkelerine dayanırlar.

5. Aşama: Sosyal Sözleşme Yönelimi; Bu aşamada, insanlar kanunların ve kuralların her zaman mükemmel olmadığını anlamaya başlarlar ve adaletsiz olduklarına inanırlarsa onları sorgulayabilirler. Yasalara uymanın önemli olduğuna inanırlar, ancak gerekirse yasaların değiştirilebileceğine de inanırlar.

6. Aşama: Evrensel Etik İlkeler Yönelimi; Bu aşamada insanlar, yasalara veya sosyal normlara bakılmaksızın herkes için geçerli olan evrensel etik ilkelere inanırlar. Yasaları çiğnemek veya sosyal normlara karşı çıkmak anlamına gelse bile doğru olanı yapmanın önemli olduğuna inanırlar.

Kohlberg'in teorisi psikoloji alanında etkili olmakla birlikte eleştirilmiştir. Bazı bilim insanları, aşamaların Kohlberg'in inandığı kadar katı olmadığını ve insanların duruma göre aşamalar arasında ileri geri hareket edebileceklerini savunmuştur. Bazıları da teorinin Batı kültürlerine fazla odaklandığını ve diğer kültürlerden insanlar için geçerli olmadığını savunmuştur.

Bu eleştirilere rağmen, Kohlberg'in teorisi, ahlaki gelişim anlayışımıza önemli bir katkı olmaya devam etmektedir. İnsanların ahlaki muhakemelerinin zaman içinde nasıl değiştiğini anlamak için bir çerçeve sağlar ve çocuklarda ve yetişkinlerde ahlaki gelişimi nasıl destekleyeceğimizi anlamamıza yardımcı olabilir.

2. Jean Piaget

Kohlberg'in hocası olan Piaget aslında bilişsel gelişim evrelerini açıklamıştır. Fakat bu evrelerin sosyal duygusal gelişime etkilerini tartışırken ahlaki gelişimle ilgili de kuram ortaya koymuştur.

Jean Piaget de ahlaki gelişimin en temelden en karmaşığa doğru bir hiyerarşi içinde düzenlenmiş üç aşaması olduğunu öne sürmüştür.

İlk aşama, kuralların mutlak olduğu ve sorgulamadan uyulması gerektiği inancıyla karakterize edilen ahlak öncesi evredir. Bu aşamadaki çocuklar, yetişkinlerin her zaman haklı olduğuna inanırlar ve bireysel haklar kavramını henüz anlamazlar.

İkinci aşama dışa bağımlı ahlak(heteronom) döneminde çocuklar için kurallar değiştirilemez gerçeklerdir ve her koşulda, herkesin bu kurallara uyması gerekir. Bu evredeki çocuklar kuralları otorite konumunda yetişkinler tarafından belirlendiği için değiştirilemez olduğuna inanırlar. Bu aşamadaki çocuklar, yetişkinlerin her zaman haklı olduğuna inanırlar ve bireysel haklar kavramını henüz anlamazlar.

Üçüncü aşama ahlaki özerklik döneminde (Otonom) çocuklar artık yetişkinlerin de yanılabilirliği, kuralların yetişkinler tarafından konmuş basit kavramlar olduğunu, farklı niyet ve sonuçlar içerebileceğini anlayarak sosyal kuralların göreliliğini anlayabilir ve değiştirilebileceğini öğrenirler.

3. Elliott Turiel

Sosyal Alan Teorisi, 1970'lerde Elliot Turiel tarafından geliştirilen bir ahlaki gelişim teorisidir. Turiel Yahudidir ve 1944 yılında Rodos'tan Türk konsolos Selahattin Ülkümen tarafından ailesi ile birlikte Nazi işgalinden kurtarılmıştır.

Sosyal alan teorisi, ahlaki alan ve geleneksel alan olmak üzere iki farklı ahlaki alan olduğunu önermektedir:

Ahlaki alan adalet, adalet ve refah konularını ifade eder. Ahlaki alanda insanlar, herkes için geçerli olan evrensel ilkelere dayalı olarak bir eylemin doğru mu yoksa yanlış mı olduğu konusunda yargıda bulunurlar. Örneğin, ahlaki alandaki insanlar, koşullar ne olursa olsun çalmanın yanlış olduğu konusunda hemfikirdir.

Geleneksel alan, sosyal sözleşmeler ve normlar konularını ifade eder. Geleneksel alanda, insanlar bir eylemin doğru mu yoksa yanlış mı olduğu konusunda kendi sosyal gruplarının beklentilerine dayalı olarak yargıda bulunurlar. Örneğin, geleneksel alandaki insanlar toplum içinde geçirmenin yanlış olduğu konusunda hemfikir olabilir, ancak içeride şapka takmanın yanlış olup olmadığı konusunda aynı fikirde olmayabilirler.

Sosyal alan teorisi, çocukların ahlaki ve geleneksel alanlara ilişkin anlayışlarını bir dizi aşamada geliştirmelerini önerir. Erken aşamalarda, çocuklar iki alan arasında ayırım yapmazlar ve aynı kriterlere dayalı olarak her iki konu türü hakkında yargıda bulunurlar. Ancak çocuklar büyüdükçe iki alan arasında ayırım yapmaya ve onlar hakkında farklı şekillerde yargılarda bulunmaya başlarlar.

Sosyal alan teorisi, psikoloji alanında etkili olmuştur ve ahlaki gelişimle ilgili bazı kavramları açıklamak için kullanılmıştır. Örneğin, çocukların neden mantığını anladıkları kurallara uyma olasılıklarının daha yüksek olduğunu ve kültürel değerleriyle tutarlı ahlaki yargılarda bulunma olasılıklarının neden daha yüksek olduğunu açıklamak için kullanılmıştır.

4. Carol Gilligan

Carol Gilligan, ahlaki gelişim alanına önemli katkılarda bulunan Amerikalı bir psikologdur. Ahlaki karar vermede ilişkilerin ve ilginin önemini vurgulayan bakım etiği teorisi ile tanınır.

Gilligan'ın teorisi, Lawrence Kohlberg'in çalışmalarına dayanan o dönemdeki baskın ahlaki gelişim görüşünün aksine geliştirilmiştir. Adalet perspektifi olarak bilinen Kohlberg'in teorisi, ahlaki karar vermede soyut ilke ve kuralların önemini vurgulamaktadır. Gilligan, adalet perspektifinin erkek taraflı bir ahlak görüşü olduğunu ve kadınların ahlaki muhakemesinin genellikle özen ve sorumluluk gibi farklı ilkelere dayandığını savunmuştur.

Gilligan'ın özen ahlaki teorisi psikoloji alanında etkili olmuş ve çok çeşitli ahlaki gelişimle ilgili bazı kavramları açıklamak için kullanılmıştır. Örneğin, Gilligan'ın teorisi, kadınların ahlaki karar vermede neden başkalarının refahıyla daha fazla ilgilendiğini ve neden kadınların ilişkilere dayalı ahlaki yargılarda bulunma olasılığının daha yüksek olduğunu açıklamak için kullanılmıştır.

Gilligan'ın çalışmaları eğitim alanında da etkili olmuş ve özen ahlakına daha duyarlı müfredat ve öğretim yöntemleri geliştirmek için kullanılmıştır.

Carol Gilligan'ın özen ahlaki teorisinin temel özelliklerinden bazıları şunlardır:

- Ahlaki gelişim, bir dizi aşamadan ziyade bir büyüme ve değişim süreci olarak görülür.
- Ahlak, soyut ilke ve kurallar yerine ilişkilere ve ilgiye dayalı olarak görülür.
- Kadınların ahlaki muhakemesi genellikle bakım ve sorumluluk gibi erkeklerinkinden farklı ilkelere dayanır.

Ahlaki Gelişimi Etkileyen Faktörler

Biyolojik Faktörler

Biyolojik faktörler, ahlaki gelişimi etkileyen fiziksel ve genetik faktörlerdir. Ahlaki gelişimle ilgili olarak incelenen biyolojik faktörlerden bazıları şunlardır:

Mizaç: Bazı çocuklar doğal olarak diğerlerinden daha empatik ve şefkatlidir. Bu, doğuştan gelen kişilikleri olan mizaçlarından kaynaklanıyor olabilir.

Genetik: Bazı araştırmalar, ahlaki gelişimin genetik bir bileşeni olabileceğini düşündürmektedir. Örneğin, bir araştırma tek yumurta ikizlerinin benzer ahlaki değerlere sahip olma ihtimalinin çift yumurta ikizlerine göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Beyin gelişimi: Beyin, ahlaki gelişimde önemli bir rol oynar. Beyin olgunlaştıkça, çocuklar ahlaki konuları daha iyi anlayabilir ve akıl yürütebilir hale gelir.

Nörotransmitterler: Nörotransmitterler, beyindeki nöronlar arasında sinyalleri ileten kimyasallardır. Serotonin ve oksitosin gibi bazı nörotransmitterler ahlaki gelişimle ilişkilendirilmiştir.

Aşağıda biyolojik faktörlerle ilgili bazı örnekler verilmiştir:

Doğal olarak daha empatik ve şefkatli olan çocukların şefkat ve nezaketi vurgulayan ahlaki değerler geliştirmesi daha muhtemel olabilir.

Özgeciliğe genetik yatkınlığı olan çocukların, karşılığında hiçbir şey beklemeden başkalarına yardım etme olasılığı daha yüksek olabilir.

Ahlaki muhakemeden sorumlu alanlarda beyinleri iyi gelişmiş olan çocukların, duygudan çok ilkeye dayalı ahlaki kararlar verme olasılıkları daha yüksek olabilir.

Serotonin ve oksitosin seviyeleri yüksek olan çocukların başkaları için empati ve merhamet hissetme olasılığı daha yüksektir.

Çevresel Faktörler

Çevresel faktörler, ahlaki gelişimi etkileyen dış faktörlerdir. En önemlileri şunlardır:

Aile: Aile, çocuklar için ilk ve en önemli sosyal çevredir. Çocukların ailelerinde öğrendikleri değerler ve inançlar, onların ahlaki gelişimleri üzerinde derin bir etkiye sahiptir.

Akranlar: Akranlar da ahlaki gelişimde önemli bir rol oynar. Çocuklar akranlarından sosyal normları ve beklentileri öğrenirler ve akranlarının davranışlarından da etkilenirler.

Kültür: Kültür, neyin doğru neyin yanlış olduğunu anlamak için bir çerçeve sağlar. Bir kültürün değerleri ve inançları, o kültüre ait bireylerin ahlaki gelişimini şekillendirir.

Medya: Medya aynı zamanda ahlaki gelişimi de etkileyebilir. Çocuklar medyadan çok çeşitli mesajlara maruz kalırlar ve bu mesajlar neyin doğru neyin yanlış olduğu konusundaki görüşlerini şekillendirebilir. Bu dönemde sosyal medya, kısıtlamalar ve düzenlemelerin olmaması nedeniyle şiddet, kişilerarası sınırlar ve cinsellik gibi birçok yönden fazladan risklerin alınmasına neden olmaktadır.

Okul: Okul ortamı da ahlaki gelişimi teşvik edebilir. Okullar çocuklara ahlaki değerleri öğretebilir ve aynı zamanda çocuklara ahlaki davranışları uygulamaları için fırsatlar sağlayabilir.

- Çevresel faktörlerin ahlaki gelişimi nasıl etkileyebileceğine dair bazı özel örnekler şunlardır:
- Ahlaki değerlerin güçlü bir şekilde vurgulandığı ailelerde büyüyen çocukların kendilerinin de güçlü bir ahlaki pusula geliştirmesi daha olasıdır.
- Olumlu akran baskısına maruz kalan çocukların toplum yanlısı davranışlarda bulunma olasılığı daha yüksektir.
- Kolektivizmi (toplumculuğu) vurgulayan kültürlerde yaşayan çocukların işbirliğine ve paylaşmaya değer verme olasılığı daha yüksektir.
- Şiddeti teşvik eden medya mesajlarına maruz kalan çocukların saldırgan davranışlarda bulunma olasılığı daha yüksektir.
- Ahlaki eğitime güçlü bir şekilde odaklanan okullara giden çocukların ahlaki değerler geliştirmesi daha olasıdır.

Çevresel faktörlerin ahlaki gelişim üzerinde her zaman olumlu bir etkiye sahip olmadığına dikkat etmek önemlidir. Örneğin, şiddet veya istismarın olduğu ailelerde büyüyen çocukların antisosyal davranışlarda bulunma olasılığı daha yüksektir. Bununla birlikte, çevresel faktörlerin de ahlaki gelişim üzerinde olumlu bir etkisi olabilir. Çocuklara olumlu rol modeller, ahlaki davranış uygulama fırsatları ve güçlü bir ahlaki eğitim sağlayarak, onların güçlü bir ahlaki pusula geliştirmelerine yardımcı olabiliriz.

Kültürel Faktörler

Kültür, insanların düşünme, hissetme ve davranma biçimlerini şekillendiren karmaşık bir inançlar, değerler ve normlar sistemidir. Kültür, insanların ahlaki değerleri öğrendiği ve içselleştirdiği süreç olan ahlaki gelişimi de etkiler.

Ahlaki gelişimi etkileyebilecek birçok farklı kültürel faktör vardır. En önemli kültürel faktörlerden bazıları şunlardır:

Ahlakın tanımı: Farklı kültürlerin neyin ahlaki ve ahlaksız olduğu konusunda farklı tanımları vardır. Örneğin, bazı kültürlerde, kendi ihtiyaçlarından fedakârlık etmek anlamına gelse bile, ihtiyacı olan aile üyelerine yardım etmek ahlaki kabul edilir. Diğer kültürlerde bağımsız olmak ve kendine güvenmek daha önemli kabul edilir.

Otoritenin rolü: Bazı kültürlerde, ebeveynler ve yaşlılar gibi otorite figürlerinin büyük bir ahlaki otoriteye sahip olduğu görülür. Diğer kültürlerde, otorite figürlerinin görüşlerine katılmasalar bile insanların kendi ahlaki yargılarını verme olasılıkları daha yüksektir.

Bireysel ve toplu hedeflere vurgu: Bazı kültürler, başarı ve başarı gibi bireysel hedeflere vurgu yapar. Diğer kültürlerde vurgu, grubun refahı gibi kolektif amaçlar üzerindedir. Vurgudaki bu farklılık, farklı ahlaki önceliklere yol açabilir. Örneğin, bireysel hedefleri vurgulayan kültürlerde, insanların kişisel özgürlüğe ve özerkliğe değer verme olasılığı daha yüksek olabilir. Kolektif hedefleri vurgulayan kültürlerde, insanların işbirliğine ve sosyal uyuma değer vermesi daha muhtemel olabilir. Tam tersi, kolektif bir kültürde bireysel hedeflerin öne alınması “bencilik” ve dolayısıyla ahlaki olmayan gibi yorumlanabilir.

Dinin rolü: Din, ahlaki gelişimde önemli bir rol oynayabilir. Pek çok kültürde, dini öğretiler neyin doğru neyin yanlış olduğu konusunda rehberlik sağlar. Din ayrıca, insanların güçlü bir ahlaki pusula geliştirmesine yardımcı olabilecek bir topluluk ve destek duygusu sağlayabilir.

Kültürel faktörlerin ahlaki gelişimi nasıl etkileyebileceğine dair bazı özel örnekler:

- Kolektivizmi vurgulayan kültürlerde, insanların işbirliğine ve paylaşmaya değer verme olasılığı daha yüksektir.
- Bireysel hedefleri vurgulayan kültürlerde, insanların kişisel özgürlüğe ve özerkliğe değer verme olasılığı daha yüksektir.
- Dinin önemli olduğu kültürlerde, insanların ahlaki kararlarında dini öğretiler tarafından yönlendirilme olasılığı daha yüksektir.

Kültürel faktörlerin ahlaki gelişim üzerinde her zaman olumlu bir etkiye sahip olmadığına dikkat etmek önemlidir. Örneğin, otorite figürlerine itaati vurgulayan kültürlerin şiddete ve tacize daha fazla tolerans göstermesi muhtemeldir.

Çocukların Ahlaki Gelişimi İçin Destekleyici Öneriler

Model Olma

Ahlaki davranışı doğrudan sergilemek, ebeveynlerin ve bakıcıların çocuklarda ahlaki gelişimi desteklemek için yapabilecekleri en önemli şeylerden biridir. Çocuklar, yetişkinlerin ahlaki bir şekilde davrandığını gördüklerinde, bu davranışları öğrenmeleri ve içselleştirmeleri daha olasıdır. Bunun bazı örnekleri şu şekildedir:

Dürüst ve güvenilir olmak: Çocuklar, yetişkinleri yaşamlarında izleyerek öğrenirler, bu nedenle kendi davranışlarınızda dürüst ve güvenilir olmak önemlidir. Bu, verilen sözlerin tutulması, dürüst olunması ve hata yapıldığında kabul etmek anlamına gelir.

Nazik ve şefkatli olmak: Çocuklar, hayatlarındaki yetişkinlerin başkalarına nezaket ve şefkatle davranmasını izleyerek nazik ve şefkatli olmayı öğrenirler. Bu yüzden, ebeveynlerin kendilerinden farklı olanlara bile saygılı olmaları ve ihtiyacı olanlara yardım etmeleri anlamına gelir.

Adil olmak: Çocuklar, yetişkinlerin başkalarına adil davrandıklarını izleyerek adaleti öğrenirler. Bu yüzden ebeveynler, karar verirken tarafsız ve objektif olmalı; yaşı, cinsiyeti, ırkı veya sosyal statüsü ne olursa olsun herkese saygılı davranmalıdır.

Sorumlu ve hesap verebilir olmak: Çocuklar, yetişkinlerin kendi eylemlerinin sorumluluğunu üstlenmelerini ve seçimlerinin hesabını vermelerini izleyerek sorumluluğu öğrenirler.

Çocuklarla ahlaki davranış ve bunun neden önemli olduğu hakkında konuşmak da önemlidir. Bu, konuşmalar, hikâyeler ve rol oynama yoluyla yapılabilir. Çocuklarla ahlaki davranışlar hakkında konuşarak, zor olsa bile doğru şeyi yapmanın önemini anlamalarına yardımcı olunabilir.

Kaynaklar

Çam, Z., Çavdar, D., Seydooğulları, S., & Çok, F. (2012). Ahlak gelişimine klasik ve yeni kuramsal yaklaşımlar. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri*, 12(2), 1211-1225.

Fleming, J. S. (2006). Piaget, Kohlberg, Gilligan, and others on moral development. Retrieved July 13, 2023, from <http://swppr.com/Textbook/Ch%207%20Morality.pdf>

Gilligan, C., & Attanucci, J. (1988). Two moral orientations: Gender differences and similarities. *Merrill-Palmer Quarterly*, 34(2), 223–237. <https://www.jstor.org/stable/23086381>

Gilligan, C., & Attanucci, J. (1988). Two moral orientations: Gender differences and similarities. *Merrill-Palmer Quarterly*, 34(2), 223–237.

Gilligan, C., & Wiggins, G. (1987). The origins of morality in early childhood relationships. In J. Kagan & S. Lamb (Eds.), *The emergence of morality in young children* (pp. 277–305). University of Chicago Press.

Kohlberg, L. (1984). *The psychology of moral development: Essays on moral development*. Harper & Row.

Turiel, E. (1978). Social regulation and domains of social concepts. In W. Damon (Ed.), *New directions for child development* (pp. 45–74). Jossey-Bass.

7. BÖLÜM: ÖZEL GEREKSİNİMLİ ÇOCUKLAR

Doç. Dr. Şenay KILINÇEL⁷

Özel gereksinimli çocuklar, kronik fiziksel, gelişimsel, davranışsal veya duygusal durumları olan veya risk altında olan, akranlarından daha fazla türde veya miktarda sağlık ve ilgili hizmetlere gereksinim duyan çocuklar olarak tanımlanmaktadır. Ayrıca sağlık hizmeti dışında birçok farklı sebepten dolayı yaşitlarının aldığı eğitim hizmetinden faydalanamayan, diğer çocuklarla karşılaştırıldığında çeşitli alanlarda farklılığı olan çocukları da içermektedir.

Dünya genelinde 0-14 yaş arasında bulunan özel gereksinimli çocuk sayısının 93 milyon ile 150 milyon arasında değişmektedir. Gelişmiş ülkelerde 18 yaşın altındaki nüfusun tahmini olarak %13 ila %18'ini oluşturmaktadır. Avrupa'da son dönemde yapılan çalışmalarda, özel gereksinimli çocukların sayısının yaklaşık olarak 15 milyon civarında olduğu bildirilmiştir.

Özel gereksinimli çocukların sınıflandırılmasında öncelikli olarak yetersizlik türüne göre yapılmaktadır. Türkiye'de özel gereksinimli çocuklar için "zihinsel yetersizliği olan birey", "otizmlili birey", "dikkat eksikliği/ hiperaktivite bozukluğu olan birey", "dil ve konuşma güçlüğü olan birey", "görme yetersizliği olan birey", "işitme yetersizliği olan birey", "bedensel yetersizliği olan birey", "serebral palsili birey", "özel öğrenme güçlüğü olan birey", "gecikmiş dönüm noktası", "süreğen hastalığı olan birey" ve "üstün yetenekli birey" şeklinde sınıflandırmalar yapılmaktadır. Sınıflandırmada yapılan ikinci yöntem ise; görme, işitme gibi alanları birleştirme şeklindedir.

Özel gereksinimli çocukların, psikomotor alan, dil gelişimi ile kişisel ve sosyal beceriler gibi her yaşa özgü farklı ihtiyaçları olmaktadır. Her çocuğun kendine özgü gelişimsel sürecini baz alarak özel eğitim ve diğer ihtiyaçları planlanan desteği ayrıntılı olarak analiz etmek ve bu planlamayı ebeveynleriyle işbirliği içinde uygulamak gereklidir.

2019 yılında Türkiye'de özel gereksinimli çocuklar ile ilgili düzenlenen yeni yasa ile bu çocukların özel eğitim ve diğer ihtiyaçlarının belirlenmesi için Tablo 1'de gösterildiği şekilde çeşitli alanlara ayrılmıştır.

⁷Doç. Dr., İstanbul Gelişim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul, Türkiye.

E-posta: skilincel@gelisim.edu.tr ORCID: 0000-0001-5298-0264

1. Allerji-İmmünoloji Alanı	13. Kalıtsal-Doğmalık Hastalıklar Alanı
2. Bilişsel Gelişim Alanı	14. Kalp, Dolaşım Sistemi Alanı
3. Çocuk ve Genç Psikiyatristi Alanı	15. Metabolizma Alanı
4. Deri ve Zührevi Hastalıklar Alanı	16. Nefroloji Alanı
5. Dil-Konuşma-İletişim Gelişimi Alanı	17. Romatoloji Alanı
6. Endokrin Sistem Alanı	18. Sindirim Sistemi Alanı
7. Enfeksiyon Hastalıkları Alanı	19. Sinir Sistemi Alanı
8. Genitoüriner Sistem/Cerrahi Alanı	20. Solunum Sistemi Alanı
9. Görme İşlevi Alanı	21. Yanıklar Alanı
10. Hareket Gelişimi Alanı	22. Yenidoğan Alanı
11. Hematoloji-Onkoloji Alanı	23. Yoğun Bakım Alanı
12. İşitme İşlevi-Kulak Burun Boğaz Alanı	

Tablo 1. Özel gereksinimli çocuklar ile ilgili alanlar

Bu bölümde bilişsel gelişim ve çocuk ve genç psikiyatristi alanında çocukluk çağında sıkça görülen otizm spektrum bozukluğu ve zihinsel yetersizliği olan çocuklardan bahsedilecektir.

Zihinsel Yetersizliği Olan Çocuklar

Zihinsel yetersizlik (ZY), zihinsel işlevler, kavramsal, sosyal ve uyumsal becerilerinde anlamlı derecede sınırlılıkların olmasıdır. Kavramsal alanlar, hafıza, okuma-yazma, dil becerileri, hesap yapma, problem çözme gibi becerileri içerir. Sosyal alanda, diğer kişilerin düşünce ve duygularının farkındalığı, empati yapma, kişilerarası sosyal iletişim ve arkadaşlık becerileri ile yargılama becerilerini kapsar. Uyumsal davranışlarda ise, tuvalet, giyinme, yeme, içme gibi özbakım becerileri, günlük yaşam etkinlikleri, para yönetimi, boş zamanları değerlendirme, ev bakımı ve ulaşım gibi beceriler bulunur.

Mevcut alanlardaki sınırlılıklar, çocuğun yaşadığı kültür ve çevre mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır. Geçerli bir değerlendirmede kültürel çeşitliliğin yanı sıra yaşına göre iletişim, duyuşsal, motor ve davranışsal farklılıklarda dikkatle incelenmelidir. Bu çocuklar, yaşlıları ile benzer gelişimsel süreçlerden geçseler bile gelişimlerini daha yavaş tamamladıkları unutulmamalıdır. Yine de çoğunlukla yaşlılarıyla aynı gelişim düzeyine ulaşamamaktadırlar. Buna rağmen belirli bir süre uygulanan bireysel yardımlarla bu çocukların günlük işlevlerinde ilerleme olmaktadır.

Epidemiyoloji

Literatüre bakıldığında genel olarak ZY'nin görülme sıklığı ile ilgili verilerde farklılıklar bulunmaktadır. Global olarak ZY'nin görülme sıklığının %1-3 oranındadır). 2011 yılında 1980-2009 yılları arasında yapılmış olan 52 çalışmanın incelendiği bir meta-analizde ise zihinsel yetersizlik prevalansı 10.37/1000 olarak bulunmuştur.

İngiltere'de yapılan bir araştırmada ise, ZY'nin tahmini insidansının, 5 yaş ve altındaki çocuklar arasında %1-3, okul çağındaki çocuklarda %2.7 ve yetişkin nüfusunda %2.17 civarında olduğu bildirilmiştir.

ZY, tüm yaş gruplarında erkek çocuklarında kızlardan daha sık görülmektedir. Yetişkinlikte kadın erkek oranı 0.7:1 iken, bu durum çocuk ve ergenlerde 0.4:1 olduğu saptanmıştır. Bu oranın nedeni olarak ZY'in eşlik ettiği X'e bağlı genetik hastalıkların erkeklerde görülmesi, negatif çevre koşullarına genetik olarak kızlara göre erkeklerin daha az dayanıklı olması, erkek çocuklarında agresif ve saldırgan davranışlarının daha fazla görülmesi nedeniyle tedaviye daha fazla başvurmaları ve başvurduklarında ZY tanısı alması, erkek çocuklarının kendine bakım beklentisi ile bu alanlardaki yetersizliklerin kızlara göre daha erken fark edilmesi gibi nedenlerle açıklanmaktadır.

Türkiye Özürlüler Araştırması 2002 yılında tamamlanmış oluğ bu araştırmaya göre nüfusumuzda yaklaşık %12 oranında engelli birey bulunmaktadır. Bu oranın ise yaklaşık %48'ini ZY oluşturmaktadır. Bu oran, nüfusun %5'ine denk gelmektedir. Ek olarak bu araştırmadan nüfusun % 20.5'u hafif derece (eğitilebilir), % 26.49'u orta derece (öğretilebilir), % 18.32'si ağır, % 19.66'sı ise çok ağır derece ZY olarak tespit edilmiştir ZY'li bireylerin çoğunluğunun kırsal bölgelerde ikamet eden genç nüfus olduğu ve erkek kadın oranının ise 1.5:1 olduğu saptanmıştır.

Etiyoloji

ZY'nin nedenleri karışık bir yapıya sahiptir. Çevresel, genetik, gelişimsel, sosyokültürel kazanılmış faktörler veya bunların birbirleri ile etkileşimi şeklindedir. Bütün ZY'li bireylerde sebebi açıklamak pek mümkün değildir ve ancak %40'ında ZY'ne neden olabilecek herhangi bir sebep bulunamamaktadır. Bu grubun çoğunu hafif derecede ZY'li bireyler oluşturmaktadır.

Tüm ZY bireylerde %30-50 arasında genetik faktörlere bağlıdır. En sık görülen genetik nedenler Down sendromu (Trizomi 21) ve Frajil X sendromudur. Ağır derecede ZY'li bireylerin ise 1/3'ünde etiyoloji tespit edilebilmektedir. ZY'nin şiddeti arttıkça etiyoloji daha da belirgin hale gelir.

Kazanılmış faktörler arasında travma, enfeksiyon, kurşun gibi toksik maddeler, sosyokültürel faktörler, doğum komplikasyonları, prenatal, perinatal veya postnatal faktörler yer almaktadır.

Doğum öncesi faktörler arasında ileri anne yaşı, düşük anne eğitimi, üçten fazla doğum yapmış olma, annede alkol veya tütün kullanımı, annede diyabet, hipertansiyon, epilepsi ve astım gibi kronik hastalıkların olması ZY'nin oluşmasında rol oynamaktadır. Perinatal faktörler arasında erkek cinsiyet, erken doğum, düşük doğum kilosu, asfiksi ve ensefalopatiye neden olan enfeksiyonlar bulunmaktadır.

Ebeveynlerden birinde psikiyatrik bir hastalığın olması, kötü anne beslenmesi, aile içi çatışmalar, ciddi ve kronik uyaran eksikliği sık göç eden aile olması sosyokültürel etkenler arasındadır.

Sınıflandırma ve Tanı Kriterleri

2013 yılında Mental Hastalıkların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, DSM)-5'te ise 'entelektüel yeti-yitimleri (entelektüel gelişimsel bozukluk)' olarak adlandırılmaya başlanmıştır. Burada 'kavramsal, toplumsal ve uygulamalı alanlarda, hem entelektüel hem de uyumsal işlevlerde eksiklikleri kapsayan, gelişimsel evre sırasında başlayan bir bozukluk" şeklinde ifade edilmiştir. Bir çocuğa bu tanının konması için aşağıdaki üç ölçütün karşılanması gerekmektedir (Tablo 2):

A. Hem klinik değerlendirme, hem de bireye göre uygulanan, kabul gören bir zekâ ölçümü ile doğrulanan, akıl yürütme, sorun çözme, tasarlama, soyut düşünme, yargılama, okulda öğrenme ve deneyimlerinden öğrenme gibi entelektüel işlevlerde eksiklikler.

B. Kişisel bağımsızlık ve toplumsal sorumluluk için gelişimsel ve toplumsal-kültürel ölçüleri karşılayamama ile sonuçlanan, uyum işlevselliğinde eksiklikler. Süregiden bir dayanak sağlanmadıkça, uyumsal eksiklikler, ev, okul, iş ve toplum gibi değişik çevrelerde iletişim, toplumsal katılım ve bağımsız yaşama gibi günlük yaşamın bir ya da birden çok etkinliğinde işlevselliği kısıtlar.

C. Entelektüel ve uyumsal eksiklikler, gelişimsel evre sırasında başlar.

Tablo 2. Zihinsel yetersizlik tanı kriterleri (Edition, 2013)

Önemli bir farklılık olarak okul öncesi dönemde damgalamayı engellemek amacıyla 'genel gelişimsel gecikme' veya 'gecikmiş dönüm noktası' tanıları eklenmiştir. Bu tanıyı alan çocukların belirli bir süre geçtikten sonra yeniden bir değerlendirme yapılması gerektiği belirtilmiştir.

DSM-5 sınıflandırması, IQ puanı aralığına ve uyum becerilerindeki sınırlılıklara göz önünde bulundurarak ZY'yi hafiften çok ağıra dört dereceye ayırmıştır:

Hafif derecede ZY (IQ=50-69): Grubun en önemli kısmını, yaklaşık %85'ini oluşturmaktadır. Genellikle motor gelişimleri normal olup kavramsal alanda da aile ve çevre tarafından belirgin farklılıklar gözlenmediği için okul dönemine kadar fark edilemeyebilirler. Okul öncesi dönemde ifade edici dil becerilerinde kısmen gerilik

olmakla birlikte alıcı dil becerilerinde yaşına göre gerilik gözlenmemektedir. Okul dönemi başladığında ise akademik alandaki güçlükler nedeniyle okuma-yazmada ve aritmetik becerilerinde sorunlar yaşarlar ve bu becerileri kazanabilmeleri için desteğe gereksinim duyarlar. Toplumsal alanda en çok duygu ve davranışlarını yaşına uygun bir şekilde sözel olarak ifade etme ve kontrol etmede sorunlar yaşanmaktadır. Yargılama becerileri benzer şekilde yaşlarına göre geri kalabilir. Destek eğitimi aldıklarında ergenliklerinin ileri dönemlerinde yaklaşık altıncı sınıf düzeyinde akademik beceriler kazanabilmektedirler. Kişisel sosyal alanda ise; öz bakım becerilerinde yaşıtları gibi beceriler kazanma ihtimalleri olsa da karmaşık yaşam olayları için çoğunlukla desteğe ihtiyaç duyarlar. Erişkinlik dönemine geldiklerinde, ince beceriler gerektiren işlerde çok zaman zorlandıkları ve psikososyal destek ile kendi aile yaşamlarını kurabildikleri görülmüştür. Zeka düzeyi 50-59 arası olan bireylerin %42'si, 60-69 arasında olanların ise %71'i hayatlarını kendileri idame edebilmektedirler.

Orta derecede ZY (IQ=35-49): ZY'li bireylerin yaklaşık %10'unu oluşturmaktadır. Bu çocukların anlama ve dil becerileri, öz-bakım becerileri ve motor becerileri yaşıtlarına göre geri olduğu için okul öncesi dönemde aile ve çevre tarafından fark edilirler. Özellikle konuşma gecikmesi belirgindir. Genellikle konuşmaya 4 yaşından sonra başlarlar. Okula başladıktan sonra okuma-yazma ve aritmetikte ciddi şekilde geri kalırlar. Çok nadir okuma- yazma öğrenebilseler de okuduklarından anlam çıkaramazlar. Sosyal ilişki kurma becerilerini kısmen kazanabilirler. Muhakeme ve karar verme becerilerinin yetersiz olması nedeniyle hayatlarıyla ilgili kararlarda bakım verenleri yardımcı etmek zorunda kalırlar. Öz bakım becerilerini kazanabilmeleri için çok uzun süre ve tekrara dayalı eğitim süreci gerekmekte olup çoğunlukla yardıma ihtiyaç duyarlar. Uzun süreli özel eğitim aldıklarında ergenlik döneminin sonuna doğru altı yaş çocuklar ile benzer düzey becerilerini kazanabilmektedirler. Erişkinlik hayatlarında ise bakımverene bağlı yaşama olasılıkları yüksektir. Beceri gerektirmeyen veya kalfalık düzeyindeki işlerde görev alabilirler. Zeka düzeyi 40'ın altında olanlar hayat boyu aile desteğine ihtiyaç duyarlar. Zeka bölümü 40-49 arası olanların %20'si kendine yetebilmektedirler.

Ağır derecede ZY (IQ=20-34): ZY'li bireylerin yaklaşık %3-4'ü oluşturmaktadır. Kavramsal becerileri kazanmakta zorluk yaşarlar. Bu bireyler zaman, para gibi kavramları anlamakta güçlük çekerler. Kelime hazinesi çok az olmasına rağmen basit kelime ve kelime parçalarıyla kendilerini ifade edebilirler. Dil, daha çok sosyal iletişim için kullanılır. Tüm günlük aktivitelerde, giyinme, banyo gibi özbakım gereksinimlerinde bakım verenlerin desteğine ihtiyaç duyarlar. Herhangi bir yaşam becerisi kazanabilmeleri için oldukça yoğun ve özel planlanmış bir eğitim görmeleri gerekir. Yine de sürekli desteğe ihtiyaç duyabilirler ve yoğun eğitim sonunda yaklaşık üç yaş çocuklar ile benzer düzeyde beceriler kazanabilirler.

Çok ağır derecede ZY (IQ=0-19): ZY'li bireylerin yaklaşık % 1-2'si oluşturmaktadır. Konuşma ve jestlerde ciddi anlamda kısıtlılık bulunur. Genellikle konuşma becerisini kazanamazlar. İstek ve ihtiyaçlarını nonverbal yöntemlerle ifade ederler. Fiziksel olarak bazı nesnelere amacına yönelik kullanabilirler. Motor becerilerdeki geriliği ağır düzeyde ve bu duruma duyuşsal bozukluklarda eşlik etmektedir. Tüm günlük işlevlerde başkalarına tam olarak bağımlıdırlar ve yoğun bir desteğe ihtiyaç duyarlar. Boş zamanlarını başkasının desteğiyle müzik dinleyerek veya yürüyüş yaparak geçirirler. Birçoğunda uyum bozucu davranışlar görülür. Çoğu erken yaşta kaybedilmektedir.

Klinik Değerlendirme

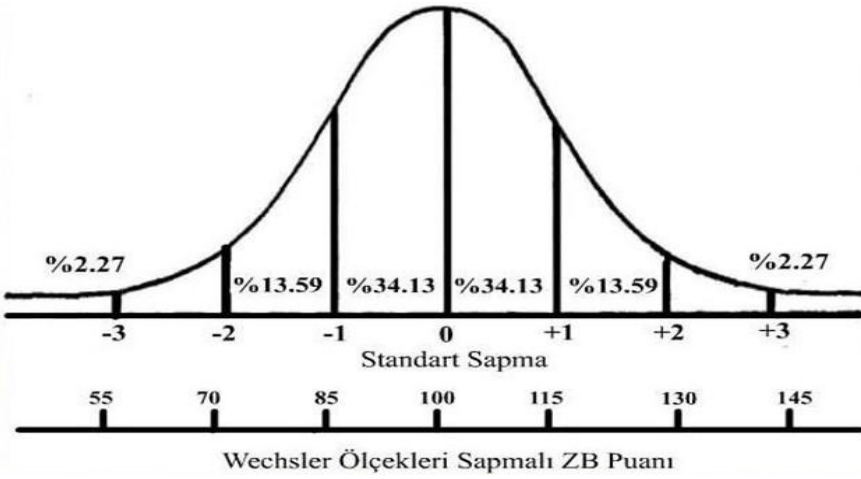
Hafif derecede ZY olan çocukların aileleri genellikle okul dönemine kadar herhangi bir doktora gitmeyebilirler. Orta ve ağır derecede ise gelişim basamaklarındaki gerilikler okul döneminden önce fark edilir. Hatta ağır düzeydeki vakalarda motor gelişimdeki gerilik çok belirgin olduğu için çok daha erken yaşta bir hekime başvururlar. Eşlik eden genetik, metabolik ya da fiziksel hastalıkları nedeniyle ilk olarak pediatriste başvururlar. Bu nedenler ZY'li bireylerin değerlendirmesinde multidisipliner bir yaklaşım gereklidir.

Psikiyatriye başvuran her hasta için öncelikle tanılama yapılmalı, olabilecek ek hastalıklar belirlenmeli, sonrasında hastaya uygun eğitim programının düzenlenmesi için gerekli değerlendirmeler yapılarak raporlanmalıdır. Muayenenin en önemli kısmını ebeveynlerden veya diğerk bakım verenlerinden alınan anamnez oluşturmaktadır. Öyküde başvuru nedeni, özgeçmişi, doğum öyküsü, annenin gebelik dönemi, çekirdek ve geniş ailede benzer başka vakaların veya genetik hastalıkların olup olmadığı, gelişim basamakları, ebeveynlerin akrabalık durumu sorgulanmalıdır. Hastanın psikiyatrik ve gelişimsel değerlendirmesi yapılırken sözel anlatım becerilerindeki kısıtlılıklara dikkat edilmeli, yaşına uygun sorular sorulmalıdır. Çocuğun uyumsuz becerilerine ek olarak eşlik eden psikiyatrik bozukluklar veya uyum bozucu davranışları da sorgulanmalıdır.

Fizik muayenede mikrosefali, hipertelorizm, sindaktili gibi birçok genetik hastalığa eşlik edebilecek fiziksel anomalilerin incelenmelidir. Anamnezinde ve/veya fizik muayene bulgularında nörolojik olarak patolojik bir bulgu, kafa travması öyküsü, epilepsi şüphesi varlığında ayıcı tanı amacıyla beyin tomografisi, beyin MRI, elektroensefalogram (EEG) istenebilmektedir.

Ülkemizde metabolik hastalıkların neden olduğu zihinsel yetersizliği engellemek için uzun zamandır yenidoğan tarama testleri (Guthrie testi) kullanılmaktadır. Bebekten alına topuk kanı ile konjenital hipotiroidi, fenilketonüri ve biyotidinaz eksikliği taranmaktadır. Ayrıca her bebeğe işitme taraması da yapılmaktadır.

Zihinsel yetersizliği tanılamada DSM-5 tanı kriterlerinde yer alan kabul gören zeka ölçümü için Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) ve Amerikan Zeka Yetersizliği Birliği çocukların IQ puanını kullanmaktadır. IQ puanını ölçmek için genellikle WISC-IV, WISC-R (Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeği), Stanford-Binet Zeka Testi, Proteus Labirent Testi ve işitme ve konuşma problemi olan çocukların Leiter Zeka Testi kullanılmaktadır. Sınıflamada kullanılan “belirgin şekilde ortalamanın altında” terimi IQ puanının yaklaşık olarak 70 veya altında olması veya uygulanan testte ortalamanın altında iki standart sapma görülmesi şeklinde tanımlanmaktadır. Tablo 3’te WISC-IV’e göre ortalama ve standart sapma değerleri kuramsal olarak gösterilmiştir. Tabloda ortalama zeka puanı 100, bir birim standart sapmanın karşılığı 15 zeka bölümü puanına denk gelmektedir. Zeka bölümü puanının iki standart sapma altında olması 70 puana denk gelmekte ve ZY tanısı almaktadır.



Tablo 3. WISC-R Zeka Testi’ne göre zeka bölümünün kuramsal dağılımı

Uyumsal beceriler ise, klinik değerlendirme ile birlikte kültürel açıdan uygun psikometrik testlerle ölçülmektedirler. Bu araçlar arasında en sık kullanılan psikometrik ölçüm aracı olarak genellikle Vineland Uyum Davranış Ölçeği kullanılmaktadır.

Gelişimsel değerlendirme için Ankara Gelişim Tarama Envanteri (AGTE) ve Denver Gelişimsel Tarama Testi kliniklerde yaygın olarak kullanılmaktadır.

Ayırıcı Tanı

Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB): ZY’nin nörogelişimsel bir bozukluk olması sebebiyle ayırıcı tanısında diğer tüm nörogelişimsel bozukluklar akla gelmelidir. İlk akla gelen tanılardan biri otizm spektrum bozukluğudur (OSB). Bu iki tanıda da erken yaşta dil becerilerinde genellikle birlikte sosyal ve uyumsal alanlarda kısıtlılıklar görülür. ZY’de otizme benzer tekrarlayıcı davranışlar görülse de sosyal iletişime geçmede isteklidirler. Sadece yaşına uygun sosyal beceriler

sergileyemezler. Daha çok bilişsel zekalarıyla uyumludur. Ayırıcı tanıda en önemli bulgu budur. Çocuğun sosyal becerileri değerlendirilirken mutlaka bu ayrıma dikkat edilmelidir (Ayık & Mukaddes, 2018). OSB'li bireylerin %75'ine yakın oranda IQ puanları 70 altında tespit edilirken, ZY'li bireylerin %20'sinde OSB bulguları görülmektedir.

Özgül Öğrenme Bozukluğu (ÖÖB): ZY'de en sık sorun yaşanan alanlardan birinin öğrenmeyle ilgili olması nedeniyle dışlanması gereken diğer tanı özgül öğrenme bozukluğudur (ÖÖB). İki bozuklukta da akademik alanda başarısızlıklar görülür ancak ZY'de toplumsal ve günlük becerilerde aksaklıklar daha ön plandadır. Ayrıca ÖÖB'de yapılan zeka testlerinde IQ puanları normaldir.

Psikososyal Yoksunluk ve Uyarın Eksiliği: Küçük yaştan itibaren mazur kalınan ağır ve kronik psikososyal yoksunluk ve uyarın eksiliği, bilişsel gelişimde gecikmeye neden olarak klinikte ZY ile karışabilecek bir tabloyla karşımıza çıkabilmektedir. Ancak bu vakalarda çocuğa gerekli psikososyal ve uyarın desteği verildiğinde hızla tablonun düzeldiği görülmektedir.

Konuşma Bozuklukları: ZY'li bireylerin okul öncesi dönemde en sık yaşadığı kısıtlılıklardan biri konuşma alanında olmaktadır. Sıklıkla kliniğe konuşma gecikmesi nedeniyle başvururlar. İzole konuşma gecikmesi olan bireylerde ifade edici dilde yetersizlik olsa da diğer uyumsal ve toplumsal becerileri normaldir. Konuşma gecikmesi olup diğer gelişimsel becerileri normal olan çocuklarda sözel olmayan beceriler ve yapılan zeka ve gelişim testlerinin performans bölümleri normal saptanır.

İşitme ile ilgili bozukluklar: Erken yaştan itibaren işitmenin olmaması veya yetersiz olması çocukta ciddi uyarın eksikliğine yol açarak sosyal-iletişimsel becerilerde de gecikmeye neden olmaktadır. Konuşma gecikmesiyle gelen her hastaya tarama testi yapılmış olsa da mutlaka işitme testi yapılmalıdır. Çocuğun işitme sorunu tedavi edildiğinde iletişim becerileri hızla atmaktadır.

Eşlik Eden Psikiyatrik Sorunlar

ZY'li bireylerin %30-50 oranında psikiyatrik bir bozukluk eşlik etmektedir. Normal zekaya sahip kişilere göre 3-4 kat daha fazla psikiyatrik hastalık olduğu düşünülse de bununla ilgili yeterli çalışma bulunmamaktadır. Yapılan bazı çalışmalarda hafif derecede ZY olanlarda %33, ciddi düzeyde ZY olanlarda %42 oranında eşlik eden psikiyatrik bir hastalığı olduğu saptanmıştır. Karşıt olma karşıt gelme, konuşma ve dil sorunları, dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu (DEHB), davranış bozuklukları, şizofreni, majör depresyon, bipolar gibi duygudurum bozuklukları, kaygı bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), OKB, yeme ve uyku bozuklukları sıklıkla eşlik eden bozukluklardır.

Tedavi

ZY olan bireylerin tedavisinde multidisipliner bir yaklaşım gereklidir. Temel tedavi yaklaşımı kısıtlı olduğu alanlarla ilgili en kısa sürede başlanacak eğitim desteğidir. Eğitim desteğinin temel amacı, sosyal, toplumsal, iletişimsel, özbakım ve bilişsel becerileri geliştirmek olmakla birlikte her eğitim bireysel olarak kişinin yetersiz olduğu ve destek ihtiyacına göre düzenlenmelidir. Bireyin bağımsızlığını sağlayacak uyumsal becerilerin desteklenmesi ve mesleki açıdan gelişim programları çok önemlidir. Alınan eğitimde mutlaka bireyin dil gelişimi ve hayat standartlarının artırılması planlamaya dahil edilmelidir.

Özel eğitimin yanında davranışsal ve aile terapisi, dil terapisi, bilişsel-davranışçı müdahaleler, uygulamalı davranış analizi, duyu bütünleme gibi ek terapi yöntemleri uygulanabilmektedir. Hafif ve orta dereceli ZY olan bireylerin davranışsal müdahalelerden fayda sağlamaktadır. Bireyin sosyal becerilerini artırma ve özel eğitime uyum sağlama gibi alanlarda katkıda bulunmaktadır. Davranışsal müdahale yöntemleri olarak pekiştirilmesi istenilen davranış için olumlu pekiştireçler, istenmeyen davranışlar için basit ve zarar vermeyen cezalar uygulanmaktadır. Bilişsel müdahaleler ise yanlış inançları, hatalı düşünceleri saptayıp, alternatif sağlıklı düşünceler ile değiştirme ve bunların yanında gevşeme egzersizlerini içermektedir. Sık kullanılan diğer bir davranış yöntemi olan uygulamalı davranış analizi, çevresel faktörlerin davranışı şekillendirildiği inancından yola çıkılarak pekiştireçler ve ceza-caydırıcı yöntemlerin kullanılmasıyla kişide davranış değişikliğinin olmasını hedeflemektedir. ZY'li bireylerin tedavisinde daha az uygulanan psikodinamik terapi ise, kişinin ve ebeveynlerin karşılanmamış beklentilerinden doğacak çatışmalardan kaynaklı öfke, kaygı ve çöküntü gibi bozuklukların en aza indirilmesi için uygulanabilmektedir.

Klinikte ilk tanılamadan itibaren bireye ve ebeveynlerine psikoeğitim verilmelidir. Aileye verilen psikoeğitimde bozukluğun nedenleri, tıbbi tedavisi ve eğitim imkanları özelinde ayrıntılı bilgi verilmelidir. Ailenin çocukla ilgili beklentilerinin uygun düzeyde tutulması önemlidir. Çoğu aile, çocuğuna bağımsız hareket etme imkanı sağlama ve koruyucu tutum arasındaki dengeyi sağlamakta zorlanmaktadır. Onların ruhsal durumlarını değerlendirmek, gelecek ile ilgili muhtemel duyabilecekleri suçluluk, çaresizlik, inkar, kızgınlık gibi duygularını dışa vurmalarına olanak sağlamak ve yaşadıkları veya yaşayabilecekleri sıkıntıları göz önünde bulundurmaları tedavi için ailenin iş birliğini artırmaktadır. Kişide yaşanan herhangi bir davranışsal değişim, kazanılan becerilerde gerileme, uyku veya iştah değişikliği, öfke, irritabilite gibi durumlarda ayrıntılı psikiyatrik değerlendirme yapılmalıdır. Yaşanan bu değişimlerin kendisi ve çevresi için risk içerip içermediği sorgulanarak ayakta veya yatarak tedavi açısından değerlendirilmelidir. Birçok olguda eşlik eden davranışsal veya psikiyatrik bozukluklar nedeniyle psikotrop

ilaç tedavileri kullanılmaktadır. ZY'li bireylerde psikotrop ilaç tedavisine karar verildiğinde bu bireyler ilaç yan etkilerine çok daha duyarlı oldukları için tedaviye çoğunlukla düşük dozda başlanıp hedef doza tedricen yavaş titre edilerek çıkılması, ilaç kesimi kararı alındığında ise yavaş bir şekilde kesilmesi gerektiği unutulmamalıdır. Bu bireylerde en sık olarak atipik antipsikotik ilaçlar kullanılmaktadır. Çoğunlukla agresyon, kendine ya da etrafa zarar verme davranışı gibi yıkıcı davranışların tedavisinde ve tekrarlayıcı stereotipik davranışların azaltılması için başlanmaktadır. Bu bireylerin zeka düzeyleri azaldıkça sorunlu davranışların arttığı ve çok zaman süreklilik kazandığı bilinmektedir. Davranışçı müdahalelerin yetersiz kaldığı zamanlarda psikotrop ilaçların başlanmasıyla bu sorunların kısmen azaldığı gözlenmiştir.

Önleyici Yaklaşımlar

ZY, yaşam boyu devam etmesi ve tamamen iyileşmesinin mümkün olmaması nedeniyle ZY'ne neden olabilecek özel durumları önleyici yaklaşımlar değerli hale gelmektedir. Önleyici yaklaşımlar, birincil, ikincil ve üçüncül olarak üç aşamada değerlendirilir;

Birincil Önleme: Bu bozukluğa neden olabilecek durumların önlenmesi veya azaltılması ile ilgili çalışmaları içerir. Bu çalışmaların kapsamında gebelik öncesi vitamin desteği, yenidoğan taramaları, üreme çağındaki kadınlarda kızamıkçık hastalığına karşı aşılama programları, genetik bozukluk öyküsü olan ailelere yönelik genetik değerlendirme, düzenli gebelik izlemleri, uyaran eksikliğini engellemek için uygun ortam sağlama, kafa travmalarına neden olabilecek kazalara karşı tedbir alma gibi yöntemler birincil önleme stratejilerdendir. Bunlara ek olarak ZY ile ilgili sosyal farkındalığı arttırmak ve toplum bilinçlendirmesi için toplantılar düzenleme, toplumun genel sağlığının artırılması ve anne ve çocuğun daha sağlıklı ortamlarda yaşayabilmesi için destekleyici yasaların çıkarılması da primer önleme kapsamındadır.

İkincil Önleme: Bozukluğun erken teşhisi ve erken tedavi müdahaleleri ve risk altında olan çocukların saptanması (ailede otizm gibi nörogelimsel bir bozukluk varlığında diğer çocukların incelenmesi gibi) ikincil önleme yöntemlerindedir. Önlenebilir ZY'nin tedavisinde ikincil önleme çok önemlidir. Örneğin ülkemizde yapılan yenidoğan taramasında çocukta fenilketonüri tespit edildiğinde erken dönemde diyet başlanması veya hipotroidi tespit edilen çocuğa hormon replasmanı uygulanması çocukta ZY gelişimini engellemektedir.

Üçüncül Önleme: ZY tespit edildikten sonra yetersizliği en aza indirmeyi hedefleyen stratejileri kapsar. Bireye özgü özel eğitim desteği ve sosyal becerileri arttıran girişimleri içermektedir.

Sonuç olarak, ZY'nde tedavi ve klinik seyir, etiyolojiye ve ZY'nin şiddetine bağlıdır. Hafif derecede ZY'nin eğitilebilir, orta derece ZY'nin öğretilir, diğer ZY derecelerinin ise öğretilemez grupta olduğu yer almaktadır. Hastalığın prognozunu etkileyen önemli faktörler arasında eşlik eden fiziksel ya da psikiyatrik komorbid bozukluklar olması, ZY'nin derecesi, eğitim desteğinin kalitesi ve süresi, sosyal destek ve bakım verenlerin tutumları yer almaktadır. ZY, yaşam boyu devam eden kronik bir bozukluk olduğu unutulmamalıdır. Bu bireylerin yaş dönemlerinden bağımsız olarak eğitsel ve sosyal desteğinin sürekli devam etmesi gerekmektedir.

Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB)

OSB, erken çocukluk döneminden itibaren başlayan, sosyal beceri ve iletişimde zorluklar, basmakalıp ve tekrarlayıcı davranışlar ile kısıtlı ilgi alanları şeklinde kendini gösteren nörogelişimsel bir bozukluktur.

Epidemiyoloji

1960 yıllarında 8-10 yaş arası çocuklarda yapılan bir çalışmada OSB'nin yaygınlığı, 4.1/10.000 olarak bildirmiştir. Uzun bir süre otizmin nadir görüldüğüne inanılmıştır. Ancak 1992-2001 yıllarında yapılan çalışmalarda inanılandan daha yüksek sayıda görüldüğü saptanmış, ortalama 12.7/10.000 olarak tespit edilmiştir.

CDC'nin verilerine yaygınlık oranları; 2000'de 6.7/1000, 2002'de 6.6/1000, 2006'da 9.0/1000, 2008'de 11.3/1000, 2010'da 14.7/1000 (51), 2012'de 14.5/1000 ve 2014 yılında ise 16.8/1000'dir. Bu oran, 2016'da 18.5/1000'e (1/54) yükselmiştir. 2021 yılında son yayınlanan verilerine göre ise yaygınlık 1/44 olarak bildirilmektedir. Türkiye'de 2006 yılında Tohum Otizm Vakfı tarafından yürütülen beş büyük ilde 45,000 çocuk, otizm açısından taranmış ve sonucunda yaygınlık oranı 1/170 olarak tespit edilmiştir.

OSB'nin 1990'lardan itibaren gözle görülür şekilde artışı tartışmalara yol açmış, artışın nedeni olarak farklı görüşler gündeme gelmektedir. Bu görüşlerden ilki, araştırmalarda kullanılan ölçüm ve değerlendirme yöntemlerindeki farklılıklara dikkat çekmektedir. İkinci görüş olarak otizmle ilgili başta aileler olmak üzere sosyal farkındalığın artmış olduğu öne çıkmaktadır. Ailelerin farkındalığı arttıkça sağlık kuruluşlarına başvurular artmış, hatta tanının daha erken yaşta konulabilmesine imkan sağlamıştır. Diğer bir görüş ise, tanı kriterlerinin genişletilmesiyle daha önce farklı tanıya sahip çocukların tanı güncellenmesiyle otizm tanısı aldığı yönündedir. Son yıllarda ZY, öğrenme güçlüğü ya da gelişimsel dil bozukluğu gibi tanılarının yaygınlığının azalması ve otizm yaygınlık oranının artması, bu görüşü destekleyen veriler arasındadır. Yaygınlık artışıyla ilgili dikkat çeken diğer bir görüşte, otizme yol açan çevresel veya diğer risk etmenlerinin giderek artmasıyla birlikte OSB'de gerçekten bir artış olduğu üzerinedir. Ancak bu görüşü destekleyen yeterli

çalışma veya aynı etkenler maruz kalan kardeşlerinde dahil edildiği çalışmalar bulunmamaktadır.

OSB yaygınlığının tespiti için ileride yapılacak toplum temelli, geniş katılımcıya sahip çalışmalarla bozukluğun gerçek sıklığı hakkında veriler elde etmek, zaman içinde hastalık şiddetindeki değişiklikleri izlemek ve etyolojiye yönelik araştırmalara katkı sağlama gibi risk gruplarının belirleme, erken tanı ve müdahale süreçlerini hızlandıracaktır.

Etiyoloji

OSB, yaygın fenotipe sahip olması ve heterojenitesi nedeniyle, karmaşık bir etiyolojiye sahiptir. Günümüzde OSB'nin etiyolojisine ilişkin yapılan teoriler genetik, çevresel ve biyolojik faktörlerin etkisini göstermektedir.

Genetik Faktörler: OSB ile ilgili yapılan çalışmalarda, yüksek monozygotik ikiz konkordans oranı, yüksek kalıtlılabirlik ve kardeşlerdeki belirgin hastalık riski dikkate alındığında etiyolojide genetik faktörlerin en fazla rol oynadığı nöropsikiyatrik bozukluklardan birisidir. OSB'nin tanımlanmış genetik sebepleri arasında; kromozomal anormallikler (%5), kopya sayısı varyantları (CNV'ler) (%10-20) ve tek gen mutasyonlarının neden olduğu genetik sendromlar (%5) yer almaktadır.

Nörofizyolojik Etkenler: OSB'de %5 ile 46 arasında değişen epilepsi sıklığı bulunmaktadır (95-99). Çocuğun yaşı, mental kapasitesi, nörolojik bulguları ve serebral palsi varlığı önemli risk etkenlerindedir. OSB'de epilepsi geçirme ihtimali, bebeklikten 5 yaşına kadar ve ergenlik dönemi olmak üzere iki farklı yaş döneminde pik yapar (100). Yapılan çalışmalarda en dikkat çekici bulgulardan biri klinik olarak nöbet görülmesi bile olguların %6-64'ünde rutin çekilen elektroensefalografi (EEG) interiktal epileptiform anomalilerin saptanmasıdır (98, 99, 101, 102). Bu bulgu, EEG anormalliklerinin sadece komorbid değil aynı zamanda etiyolojide de yer alabileceğini düşündürmektedir. Ancak bu bulguyu destekleyen yeterli düzeyde çalışma bulunmamaktadır.

Nörokimyasal Faktörler: Nörokimyasal yolak ve OSB ilişkisini açıklamaya çalışan birçok çalışmada çeşitli bulgular elde edilmiş olsa da bu karmaşık yapıların nasıl etkileşime girdiği ve OSB çekirdek semptomlarına nasıl neden olduğu hala netlik kazanmamıştır. Nörotransmitterler ve nöropeptitler, beyin gelişiminde hafıza, davranış ve motor aktivite gibi işlevlerde rol oynayan kimyasal yapılardır. Ek olarak nöronal hücre göçünü, farklılaşmayı, sinaptogenezini, apoptozu ve sinaptik budanmayı da etkilerler. Bu özellikleri, nörotransmitter sistemlerinin işlevsel bozukluğu, OSB ile ilişkili bozuklara yol açabileceği öne sürülmüştür.

GABA ve glutamat nörofizyolojisindeki eksitator ve inhibitör mekanizmalar

arasındaki dengenin bozulması, bilişsel gelişimde gecikme, şizofreni ve epilepsi gibi bozukluklara ek olarak OSB ile de ilişkilendirilmiştir. Serotonin de erken beyin gelişimi sırasında hücre çoğalması, göçü ve farklılaşması gibi gelişimsel süreçlerle ilişkilendirilir. OSB'li olgular ve otizm hayvan modellerinde serotonin taşıyıcı veya serotonin düzeylerinin yüksek olduğu tespit edilmiş, postmortem dönemde ise beyinde hem 5-HT2A hem de 5-HT1A bağlanmasında azalma olduğuna ilişkin veriler saptanmıştır. Diğer bir nörotransmitter olan dopamin nörofizyolojisinde, OSB'de görülebilen hareketliliğin ve stereotipik hareketlerin beyinde artmış dopaminerjik aktivite ile ilişkili olabileceği öne sürülmüştür.

Çevresel Faktörler: Otizmde çevresel faktörlerin etiyolojik rollerine ilişkin çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Yine de bazı araştırmacı bu faktörlerinin doğrudan bir etken olmadığını savunmaktadır. Çevresel risk faktörler olarak en çok dikkat çekenler arasında ileri anne ve baba yaşı, perinatal faktörler (seks steroidleri, annenin geçirdiği enfeksiyonlar, obezite, diyabet, hipertansiyon), ilaçlar, sigara ve alkol kullanımı, beslenme (gebeliklerin yakın olması, D vitamini, demir, çinko ve bakır eksikliği), aşılama ve toksik maddelere maruziyetler (hava kirliliği, ağır metaller, pestisitler, organik kirleticiler) yer almaktadır.

Tanı Kriterleri ve Sınıflandırma

Geçmişten günümüze otizmin sınıflandırması ve tanı kriterleri yeni bilgiler ışığında olarak güncellenmektedir. 2013 yılına kadar sınıflandırmada DSM-IV'te 'Yaygın Gelişimsel Bozukluklar' başlığı altında yer almış ve beş alt tanı grubuna ayrılmıştır (Bell, 1994):

1. Otistik Bozukluk,
2. Rett Bozukluğu
3. Çocukluk Çağının Dezentegretif Bozukluğu
4. Asperger Bozukluğu
5. Yaygın gelişimsel bozukluk-Başka Türlü Adlandırılmayan.

2013 yılında DSM'nin güncellenmesiyle OSB tanımı, daha hafif klinik formları da içerecek şekilde genişletilerek *spektrum* kavramı çerçevesinde tek bir başlık altında toplanmıştır. OSB'nin DSM-V'te yer alan kriterleri Tablo 4'te gösterilmiştir.

A. Şu anda olan ya da geçmişte görülmüş olan sosyal iletişim ve sosyal etkileşimde sürekli yetersizliğin olması

1. Sosyal-duygusal karşılık vermede yetersizlik (örneğin; anormal toplumsal yaklaşma, olağandışı toplumsal yaklaşım, karşılıklı sohbet edememe; karşılıklı ilgile, duygu veya duygulanımın paylaşılmasında yetersizlik, sosyal etkileşim başlatmada ya da cevap vermede güçlük gibi)
2. Sosyal etkileşimde kullanılan sözel ve sözel olmayan iletişimsel becerilerinde yetersizlik (örneğin; göz teması kuramama, beden dili veya jestleri anlamakta ve kullanmakta yetersizlik; yüz ifadesi ve beden dili kullanmama gibi.)
3. İlişkileri geliştirmekte, sürdürmekte ve anlamakta güçlük (örneğin; farklı sosyal ortamlarda davranışlarını uygun şekilde değiştirmede güçlükler, imgesel oyun kuramama, arkadaş edinememe ve akranlara ilgi duymama)

B. Aşağıdakilerden en az ikisi ile kendini gösteren, halen görülen veya geçmişte görülmüş olan sınırlı, tekrarlayıcı davranış örüntüleri, ilgi veya aktiviteler.

4. Stereotipik veya tekrarlayıcı motor hareketler, nesne kullanımı veya konuşma (Basit motor stereotipler, oyuncakları sıraya dizme veya nesne çevirme, ekolali, kendine özgü sözcük kullanımı gibi)
5. Aynılıkta direnme, rutinlere sıkı sıkıya bağlı olma veya törensel sözel ve sözel olmayan davranışlar, (örneğin; küçük değişikliklerde aşırı düzeyde kaygı duyma, geçişlerde zorlanma, katı düşünce tarzı, selamlaşma ritüelleri, her gün aynı yolu veya aynı yemeği tercih etme gibi)
6. Konu veya yoğunluğu olağandışı sınırlı, sabit ilgi alanları (örneğin; alışılmadık nesnelere anormal şekilde bağlanma, aşırı tekrarlayıcı, sınırlı ve saplantılı ilgi alanları)
7. Duyusal uyaranlara aşırı ya da çok sınırlı tepki veya çevresel uyaranların duyusal boyutuna aşırı düzeyde ilgi (örneğin; acıya/sıcağa aşırı tepkisizlik, belirli ses veya dokulara karşı beklenmeyen tepki, nesnelere aşırı koklama veya onlara aşırı dokunma, ışık veya hareketlerle aşırı meşgul olma.)

C. Belirtilerin gelişimin erken evresinde görülmesi gerekmektedir. (Sosyal gereklilikler sınırlı kapasitelerini aşınca kadar tam anlamıyla ortaya çıkmayabilir ya da yaşamın ilerleyen zamanlarında öğrenilen yollarla maskelenmiş olabilir.)

D. Belirtiler sosyal, mesleki ve başka önemli alanlarda işlevselliği bozarak klinik olarak anlamlı düzeyde bozukluğa yol açmalıdır.

E. Bu bozukluk, ZY veya genel gelişimsel gecikme ile daha iyi şekilde açıklanamaz. (ZY ve OSB sıklıkla bir arada görülürler, ancak OSB ve zihinsel yetersizlik olarak eş tanı koyabilmek için sosyal iletişimin genel gelişimsel düzeyine göre beklenenin altında olmalıdır.

F. Aşağıdakilerden herhangi birisi eşlik ediyorsa belirtilmelidir:

8. Zihinsel yetersizlik

9. Dil yetersizliği

10. Bilinen bir tıbbi, genetik durum veya çevresel faktör

11. Eşlik eden diğer nörogelişimsel, zihinsel veya davranışsal bozukluğu

12. Katatoni

Tablo 4. DSM-5 Otizm Spektrum Bozukluğu Tanı Ölçütleri (Edition, 2013)

Klinik Özellikler ve Değerlendirme

OSB'nin çekirdek belirtileri sosyal iletişimdeki kısıtlılık ve sınırlı/tekrarlayan davranışlar, ilgi alanı veya aktiviteleri içerir. OSB belirtilerinin 13-14 aylıktan itibaren görülmeye başlar ancak fark edilmeyebilir. Genellikle en güvenilir tanı yaşı 24 aydır. OSB belirtilerinin fark edilmesi gelişim dönemine, belirti şiddetine ve çocuğun yaşına göre değişkenlik gösterir. İlk 1 yaşta otizmden şüphelenen aile sayısı çok azdır. Kliniğe genellikle 2-3 yaş arasında en sık konuşma gecikmesi şikayetiyle başvururlar.

İletişim ve sosyal etkileşimde yetersizlikler: Erken yaşta ön planda sosyal-iletişimsel alanda sorunlarıyla belirti gösterir. 3 yaşından küçük çocuklarda en belirgin özellik, sosyal alanda yetersizlik ve konuşma/dil gelişimindeki gecikmelerdir. Bu alanda kısıtlılık yaşandığında duyguların ve deneyimlerin etkili bir şekilde aktarılması, karşılıklı diyalog başlatma veya devam ettirme ve mecazi dilin (örneğin deyimler, metaforlar) doğru yorumlanması ve kullanımı gibi sosyal iletişim becerilerinde aksaklıklar görülür. Bu bireyler; beden dili kullanımı ve anlama, imalı konuşma ve tonlama gibi sözel iletişimdeki ipuçlarını fark etmede sorun yaşarlar. Sözel olmayan iletişimdeki yetersizlikler nedeniyle göz temasının azlığı/yokluğu veya atipik göz teması, jest, yüz ifadesi, mimiklerinde anormallikler dikkat çekicidir. Erken dönemden itibaren ortak dikkat yokluğu veya kısıtlılığı, istediği bir şeyi göstermeme gibi belirtiler görülür.

İletişimde yetersizlikler çocuktan çocuğa farklılık gösterir. Konuşma becerisi yaşa ve bilişsel düzeye göre değişkenlik gösterir. Konuşma gecikmesi yaygın olsa da yaklaşık %25-35'inin minimal düzeyde sözlü becerilere sahiptir. Yüksek işleve sahip OSB'li bireylerde ifade edici dil becerilerinde kısıtlılık olmasa da ses, perde, ton ve/veya anormal konuşma ritmi ile otizme has bir özelliğe sahiptir.

Kısıtlı, tekrarlayıcı davranış ve ilgi alanları: Bu belirtiler, kişinin yaşına göre farklılık göstermekte ve kliniğe çeşitli şekillerde yansımaktadır. Bu çocuklarda

basit motor stereotipi olarak adlandırılan kanat çırpma gibi el çırpma, parmak ucunda yürüme, kendi etrafında dönme gibi davranışlar görülür. El çırpma, sallanma, tekme atma gibi tekrarlayan davranışlar, erken dönemde normal gelişen çocuklarda da görülsede bu hareketlerin 3-4 yaşında sona ermesi beklenir. Ancak OSB’de ilk beş yaşta daha fazla artış gösterir. Ayrıca işlevsel olmayan nesnelere sürekli ve tekrarlayıcı tarzda oynama (oyuncakları oyun dışında dizme, arabayı sürmek yerine tekerleği çevirme gibi) ve tekrarlayıcı konuşmalar (söyleneni tekrar etme olarak tanımlanan ekolali, aynı kelime veya cümleyi defalarca söyleme gibi) ve oyuncaklarıyla oynamak yerine inceleme, dizme gibi davranışlar görülür. Törenselleştirilmiş davranışlar sık görülür. Rutinlerine çok bağlıdır. Ebeveynin bir dakika geç kalması gibi rutinlerindeki en ufak değişiklikte ciddi kaygı yaşarlar.

Sosyal uyumlarını bozacak şekilde sabit, sınırlı ve olağandışı ilgi alanları bulunur. Başkalarıyla sohbet ederken kendi ilgi alanlarını konuşmak için çok zaman harcamakla birlikte karşısındakinin sıkıldığını anlayamayabilirler. Tat, koku, ses ve dokunsal uyaranlara kaşı aşırı hassas (hipersensitivite) ya da az duyarlıdırlar (hiposensitivite). Bu nedenle başkasının dokunmasına veya ışıklı ortamlarda aşırı tepki verirler. Tat ve dokunsal duyarlılığından dolayı katı gıdaları yemekte zorlanırlar, tek tip beslenme görülebilir.

Tanısal değerlendirme için multidisipliner bir yaklaşım gerekse de bir çocuk psikiyatristi tarafından yapılmalıdır. Taniya yardımcı birçok araç olmakla birlikte altın standart yeterli zaman ayrılarak yapılan klinik görüşmedir. Değerlendirmede başvuru sebebi, şikayetlerin süresi, gelişimsel öykü, otizmin çekirdek belirtileri, çocuğun sosyal ilişkileri, özbakım becerileri, günlük yaşantısı, ev ortamı, soygeçmiş, prenatal, perinatal, postnatal risk faktörleri sorgulanmalıdır. Gerekirse çocuğa ait oyun oynadığı, farklı yaş dönemlerine ait videolar izlenebilir, gidiyorsa kreş veya anaokulundaki öğretmenlerinden bilgi alınabilir.

Klinik değerlendirmeye yardımcı olabilecek çeşitli tarama ve tanısal araç bulunmaktadır. Tarama için Değiştirilmiş Erken Çocukluk Dönemi Otizm Tarama Ölçeği (M-CHAT) ve Üç Maddelik Direk Gözlemsel Tarama (TIDOS) mevcuttur. Gözleme dayalı tanı araçları olarak Otizm Tanısal Gözlem Çizelgesi (ADOS), ADI-R (Autism Diagnostic Interview-Revised’, “DISCD (Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders)” veya “3DI” sıklıkla kullanılmaktadır. Klinik belirtilerinin değerlendirilmesinde, “CARS (Childhood Autism Rating Scale)”, “SRS” ve “SCQ (Social Communication Questionnaire)” gibi farklı ölçeklerden faydalanılmaktadır.

Ayırıcı Tanı

Dil Bozuklukları: Erken yaş döneminde en sık kliniğe başvuru sebebinin konuşma gecikmesi olması nedeniyle bu gecikmeye yol açan OSB dışı tanılarda dikkatle incelenmelidir. OSB’den farklı olarak dil bozukluğu olan çocuklarda

iletişim ve sosyal alanlarda gelişimleri yaşıyla uyumludur. Jest ve mimikleri uygun şekilde kullanırlar. Hatta yaş ilerledikçe sözel ve sosyal becerilerde artış görülür.

Zihinsel Yetersizlik: Küçük yasta kliniğe başvuran olgularda ZY ve OSB tanıları sıklıkla karışmaktadır. Bir yaşında en önemli belirti ismine bakmamasıdır. İki üç yaşından itibaren çevreye karşı duyarsızlığı, sosyal becerilerdeki kısıtlılıkları ve sese karşı aşırı veya az duyarlılığı belirgin hale gelir.

Tepkisel Bağlanma Bozukluğu: Bu tanıyı OSB'den ayırmak sıklıkla zordur. Anamnezde çocuğun yaşadığı ortam ve aldığı bakım ayrıntılı olarak öğrenilmelidir. OSB'den ayıran en önemli özelliği ise çevre koşullarının iyileştirildiği zaman hızlı bir düzelme görülür.

Çok Erken Başlangıçlı Şizofreni: Ayırıcı tanıda ayrıntılı gelişim öyküsü ve belirtilerin başlama yaşı sorgulanmalıdır. Erken dönemde sosyal-iletişimsel becerilerde güçlük yoksa, regresyon ve psikotik belirtiler sonradan eklenmişse psikotik bozukluklar çerçevesinde değerlendirilmelidir. Eğer belirtiler erken yaşta başlamış ise öncelikli tanı OSB'dir.

Görme ve İşitme Engelliler: Görme ve işitme problemleri OSB belirtilerine yol açacak şekilde uyarın eksikliğine neden olmaktadır. Görme engellilerde OSB oranları yüksek saptanmıştır. Bu durum SSS'nin eşlik eden diğer bozuklukların varlığı (ZY, epilepsi vs.) ve görme engelinin şiddeti (total körlük gibi) ile ilişkili olduğu düşünülmüştür. İşitme engellilerde ise OSB prevalansı görme engellilere göre OSB prevalansı nispeten azdır. Eşlik eden başka SSS hastalıkları olmasa bile işitme engelli bireylerde OSB belirtiler gözlenebilmektedir.

Landau-Kleffner Sendromu: Erken çocukluk döneminde başlayan edinsel afazi, otistik davranış paterni ve epileptiform EEG anormallikleri olması ile tanımlanan bir sendromdur. OSB'den ayırmak için EEG'deki tipik değişikliklerin gösterilmesi yeterlidir.

Eşlik Eden Psikiyatrik Sorunlar

OSB'de dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu (DEHB), en sık görülen komorbiditedir. %38,5'inde DEHB birlikteliği görülür.163 Birlikte görülen diğer sorunlar arasında gelişimsel gecikme, zihinsel yetersizlik veya dil ve motor gelişiminde problemler yer almaktadır. OSB ve DEHB komorbiditesinde zeka düzeyi hastalığın seyrini etkilemektedir.

Yakın zamanda yapılan meta-analizde obsesif kompulsif bozuklukları (OKB), %19 ile %32 arasında gözlenmektedir. Sosyal anksiyete bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, ayrılık anksiyetesi, sosyal veya özgül fobi, ergenlik ve erişkinlik döneminde daha sık şekilde eşlik etmektedir. Komorbid görülen diğer tanılarda bipolar bozukluk, depresif bozukluk ve travma sonrası stres bozukluğu yer almaktadır.

Tedavi

OSB'nin temel belirtilerinin tedavisinde öncelikli olarak davranışsal ve eğitsel müdahaleler ön plana çıkmaktadır. Farmakolojik tedaviler, OSB'nin çekirdek belirtilerinin tedavisinde ziyade komorbid psikiyatrik hastalıklar ve davranışsal sorunların tedavisi için kullanılmaktadır. Bu yöntemlere ek olarak konuşma ve dil terapisi, uğraş tedavisi, müzik terapisi ve bilişsel davranış tedavileri çocuğun ihtiyacına göre uygulanmaktadır.

Eğitsel ve davranışsal tedaviler: OSB'li bireylerde sosyal ve davranışsal alanlarda farklı şiddette sorunlar yaşanmaktadır. Uygulanan eğitsel tedaviler, bu alanlara müdahale etmeyi amaçlamaktadır. Bu tedaviler arasında en iyi bilinen şekli Uygulamalı Davranış Analizidir (ABA). ABA haftada 20-40 saat, 2-5 yaş arası çocuklarla birebir seanslar şeklinde uygulanmaktadır. OSB'li bireylerde taklit becerisi, sosyal becerileri arttırma, alıcı ve ifade edici dil ve günlük hayatta işlevselliği azaltan davranışları iyileştirmeye odaklanmaktadır. Yakın dönemde yapılan bazı çalışmalarda davranışçı temelli yaklaşımlarında etkinliği değerlendirilmiştir. Küçük yaş grubunda olumlu etkileri bulunan uygulamalar arasında Temel Tepki Öğretimi (PRT), Denver Erken Başlama Modeli (ESDM), Etkileşim ile Oyuna Odaklanan Uygulama ve Yaklaşımlar (JASPER) ve Erken Sosyal Etkileşimi (ESI) içeren Doğal Gelişimsel Davranışsal Müdahaleler (NDBI) yer almaktadır. Bu uygulamalarda yiyecek ve benzeri şeylerle ödüllendirme yerine oyun, sosyal etkileşim ve çocuğun iletişim başlatabilmesi gibi doğal sonuçları olan davranışlar ön plana çıkmaktadır. Ayrıca dil, taklit gibi gelişimsel becerileri veya eşleştirme-sıralama gibi bilişsel işlevleri öğretilmektedir. 178 bu yöntemlere ek olarak etkinliği kanıtlanmamış olsa da aileler tarafından benimsenen farklı yöntemler bulunmaktadır. Gelişimsel-Bireysel, İlişki Temelli Model (DIR)'den geliştirilmiş Floortime eğitsel modeller uygulanmaktadır.

Sonuç olarak; OSB, ömür boyu devam eden nörogelişimsel bir bozukluktur. Ancak son yıllarda küçük yaşta tanı alarak uygun eğitsel müdahaleler alan birçok çocukta tanının kaybolduğu saptanmıştır. Bu oran yaklaşık %10-37 arasındadır. Bu verilere rağmen 20-30 yıl önce tanı alan bireylerden oluşan uzun süreli yapılan takip çalışmalarında %20'sinin bağımsız şekilde hayatını sürdürdüğünü, %31 yarı bağımsız bir hayat sürdüğü, %49'unun ise tam bağımlı bir hayat sürdüğü bildirmektedir. Prognozu etkileyen önemli faktörler arasında bireyin IQ düzeyi, altı yaş öncesi dil becerilerinin gelişip gelişmediği, belirtilerin şiddeti, erken tanı ve eğitim yer almaktadır.

Kaynaklar

- Aksoy, V. (2016). *Özel eğitim*. Pegem Akademi.
- Ayık, B., & Mukaddes, N. (2018). Zihinsel Yetersizlik. In N. Mukaddes & E. Ercan (Eds.), *Nörogelişimsel Bozukluklar* (pp. 1-31). Nobel Tıp Kitapevi.
- Baio, J., Wiggins, L., Christensen, D. L., Maenner, M. J., Daniels, J., Warren, Z., Dowling, N. F. (2018). Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2014. *MMWR Surveillance Summaries*, 67(6), 1-23. <https://doi.org/10.15585/mmwr.ss6706a1>
- Bakanlığı, T. S., & Vakfi, T. O. (2008). *Otizm tarama projesi sonuç raporu*. İstanbul.
- Bell, C. C. (1994). DSM-IV: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. *JAMA*, 272(10), 828-829.
- Bishop, D. V., Whitehouse, A. J., Watt, H. J., & Line, E. A. (2008). Autism and diagnostic substitution: Evidence from a study of adults with a history of developmental language disorder. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 50(5), 341-345. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.2008.02057.x>
- Blenner, S., Reddy, A., & Augustyn, M. (2011). Diagnosis and management of autism in childhood. *BMJ*, 343, d6238. <https://doi.org/10.1136/bmj.d6238>
- Bolte, S., Girdler, S., & Marschik, P. B. (2019). The contribution of environmental exposure to the etiology of autism spectrum disorder. *Cellular and Molecular Life Sciences*, 76(7), 1275-1297. <https://doi.org/10.1007/s00018-018-2988-4>
- Boucher, J. (2012). Research review: Structural language in autistic spectrum disorder—Characteristics and causes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(3), 219-233. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02508.x>
- Cavkayar, A. (2017). *Özel eğitime gereksinim duyan çocuklar ve özel eğitim*. Pegem Akademi Yayıncılık.
- Curry, C. J., Stevenson, R. E., Aughton, D., Byrne, J., Carey, J. C., Cassidy, S., ... Opitz, J. (1997). Evaluation of mental retardation: Recommendations of a consensus conference: American College of Medical Genetics. *American Journal of Medical Genetics*, 72(4), 468-477. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1096-8628\(19971112\)72:4<468::aid-ajmg18>3.0.co;2-p](https://doi.org/10.1002/(sici)1096-8628(19971112)72:4<468::aid-ajmg18>3.0.co;2-p)
- Daily, D. K., Ardinger, H. H., & Holmes, G. E. (2000). Identification and evaluation of mental retardation. *American Family Physician*, 61(4), 1059-1067, 1070. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10706158>
- Danielsson, S., Gillberg, I. C., Billstedt, E., Gillberg, C., & Olsson, I. (2005). Epilepsy in young adults with autism: A prospective population-based follow-up study of 120 individuals diagnosed in childhood. *Epilepsia*, 46(6), 918-923. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02508.x>

org/10.1111/j.1528-1167.2005.57504.x

Dursun, O., & Mukaddes, N. (2018). Otizm spektrum bozuklukları. In N. Mukaddes & E. Ercan (Eds.), *Nörogelişimsel Bozukluklar* (pp. 259-359). Nobel Tıp Kitabevi.

Edition, F. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. American Psychiatric Association, 21(21), 591-643.

Einfeld, S. L., Ellis, L. A., & Emerson, E. (2011). Comorbidity of intellectual disability and mental disorder in children and adolescents: A systematic review. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 36(2), 137-143. <https://doi.org/10.1080/13668250.2011.572548>

Elsabbagh, M. (2020). Linking risk factors and outcomes in autism spectrum disorder: Is there evidence for resilience? *BMJ*, 368, l6880. <https://doi.org/10.1136/bmj.l6880>

Enstitüsü, D. İ. (2004). *Türkiye Özürlüler Araştırması 2002*. Devlet İstatistik Enstitüsü Matbaası.

Eripek, S. (2018). Zihin yetersizliği olan bireyler ve eğitimleri. *Pegem Atf İndeksi*, 001-296.

Eripek, S., & Vuran, S. (2008). Özel eğitim. In G. Akçamete (Ed.), *Zihinsel yetersizliği olan çocukların eğitimi* (pp. 245-278). Kök Yayıncılık.

Erman, H., & Anlar, B. (2008). Zihinsel gelişim (zeka) gerilikleri. In F. Çetin, A. Coşkun, E. İşeri, N. Motavallı, B. Pehlivan Türk, T. Türkbay, R. Uslu, & F. Ünal (Eds.), *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı* (pp. 187-188). Hekim Yayın Birliği.

Ernst, M., Zametkin, A. J., Matochik, J. A., Pascualvaca, D., & Cohen, R. M. (1997). Low medial prefrontal dopaminergic activity in autistic children. *Lancet*, 350(9078), 638. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(05\)63326-0](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(05)63326-0)

Fombonne, E. (2003). Epidemiological surveys of autism and other pervasive developmental disorders: An update. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 33(4), 365-382. <https://doi.org/10.1023/a:1025054610557>

Ford, T. C., Nibbs, R., & Crewther, D. P. (2017). Increased glutamate/GABA+ ratio in a shared autistic and schizotypal trait phenotype termed Social Disorganisation. *NeuroImage: Clinical*, 16, 125-131. <https://doi.org/10.1016/j.nicl.2017.07.009>

Gazete, R. (2019). Çocuklar için özel gereksinim değerlendirmesi hakkında yönetmelik, 20.02.2019. TC Cumhurbaşkanlığı.

Geschwind, D. H. (2011). Genetics of autism spectrum disorders. *Trends in Cognitive Sciences*, 15(9), 409-416. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2011.07.003>

Gotham, K., Brunwasser, S. M., & Lord, C. (2015). Depressive and anxiety symptom trajectories from school age through young adulthood in samples with autism spectrum disorder and developmental delay. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 54(5), 369-376 e363. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2015.02.005>

Guthrie, W., Swineford, L. B., Nottke, C., & Wetherby, A. M. (2013). Early diagnosis of autism spectrum disorder: Stability and change in clinical diagnosis and symptom presentation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(5), 582-590. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12008>

Gyasi, M. N. K., Okrah, A. K., & Anku, J. S. A. (2020). Teachers' knowledge of special educational needs and disability students and their classroom management approaches. *World Journal of Education*, 10(4), 160-172.

Heiskanen, N., Alasuutari, M., & Vehkakoski, T. (2018). Positioning children with special educational needs in early childhood education and care documents. *British Journal of Sociology of Education*, 39(6), 827-843. <https://doi.org/10>

8. BÖLÜM: ANNE ve ÇOCUK SAĞLIĞI

Dr. Öğr. Üyesi Nurten ELKİN⁸

Anne ve Çocuk Sağlığı Kavramları, Dünyada ve Ülkemizde Anne Çocuk Sağlığı Durumu

Sağlık hizmetlerinin planlanmasında ve uygulanmasında toplumun bütününün sağlıklı olmasını sağlamak temel hedeftir. Toplumların sağlık düzeyini belirlemek için çok sayıda sağlık ölçütü geliştirilmiştir. Sağlık ölçütleri toplumu sağlık, hastalık, doğurganlık, ölüm ve sağlık hizmetlerinden yararlanma gibi yönleri ile tanımlarlar. Ülkelerin sağlık düzeylerini belirlemek ve değerlendirmek için standart kriterlere ihtiyaç vardır. İşte bu kriterler tüm dünyada sağlık göstergeleri olarak tanımlanmaktadır. Sağlık göstergeleri genellikle oran, orantı ve hız ile ölçülür. Örneğin; bebek ölüm hızı bu göstergelerden biri olup: bir yıl içinde ölen bebek sayısının o bölgedeki canlı doğan bebek sayısına göre durumunu gösterir. Bir ülkedeki anne ve bebek ölüm oranı, sağlık hizmetlerinin kalitesini, kadının statüsünü ve ülkenin ekonomik gelişmişlik düzeyini gösteren önemli parametrelerdir.

Anne ve çocuk sağlığı toplum sağlığının önemli bir parçasını oluşturur. Anne çocuk sağlığı; kadınların gebelik, doğum ve lohusalık dönemlerini sağlıklı geçirmelerini; bebek ve çocukların sağlıklı büyüüp gelişmeleri için gerekli süreçleri tanımlayan bir kavramdır. Anne çocuk sağlığı hizmetleri ise; 15-49 yaş arası doğurganlık çağındaki kadınlarla, 0-6 yaş arası okul öncesi çocuklara yönelik verilen hizmetleri kapsar. Anne çocuk sağlığı hizmetleri içerisinde doğum öncesi bakım, doğum hizmetleri, doğum sonu bakımı gibi anne ile ilgili hizmetler ile çocukların gelişimlerinin izlenmesi ve bağışıklama gibi çocuklarla ilgili hizmetler yer almaktadır. Bu bakım ve izleme süreci ile anne ve çocuğun sağlığında oluşabilecek tüm olumsuzlukların önüne geçilmesi ve engellenmesi hedeflenir. Anne çocuk sağlığı hizmetleri; Aile Hekimliği Birimlerinde, Aile Sağlığı Merkezlerinde, Toplum Sağlığı Merkezlerinde, hastanelerin kadın doğum ve çocuk birimlerinde verilmektedir. Sosyal ve politik durumlar, toplumsal statü, sosyoekonomik durum, çalışma durumu ve aile içi ilişkiler toplumda anne çocuk sağlığını etkilemektedir. Gelişmekte olan ülkelerde anneler en çok gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemlerdeki ve çoğunlukla da önlenemez nedenlerden kaybedilmektedir. Annenin doğum yaşının çok erken ya da geç olması, doğumlar arası sürenin iki yıldan daha kısa olması, doğum öncesi bakım alma, doğum yapılan yer ve sağlık personeli desteği, doğum sonu bakım alma, geçirilen enfeksiyonlar ve kontraseptif yöntemlerle ilgili bilgi ve uygulamaların durumu, yetersiz beslenme ve yetersiz eğitim anne ve çocuk sağlığını direk etkiler.

⁸Dr. Öğr. Üyesi, İstanbul Gelişim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul, Türkiye.

E-posta: nelkin@gelisim.edu.tr ORCID: 0000-0002-9470-2702

Ülkemizde son yıllarda kadınların çalışma yaşamında daha fazla yer almaları ve eğitim sürelerinin daha da uzaması nedeniyle gebelik yaşları daha ileriye kaymış dolayısıyla toplam doğurganlık hızında yıllara göre düşüş meydana gelmiş ve kadınların ortalama doğum yaşı artmıştır. Bu kapsamda 2019 verilerine bakıldığında; Türkiye genelinde kadın başına düşen toplam doğurganlık hızı %1,88'dir. 1990'lı yıllarda kadın başına düşen çocuk sayısı 3'e yakın iken 2001 yılında 2,38'e ve 2019 yılında ise 1,88'e düşmüştür. 2001 yılında çocuk sahibi olan bir annenin ortalama anne olma yaşı 26,7 iken 2019 yılında 28,9'a yükseldiği görülmüştür.

Anne ölüm hızı kadın sağlığının önemli göstergelerinden olup; gebeliğin başlangıcından gebelikten sonraki 42 günü kapsayacak gebelik veya gebeliğe bağlı sebeplerden meydana gelen anne ölümlerinin aynı dönemde meydana gelen canlı doğum sayısına bölerek elde edilen bir değerdir. Bu oran gelişmiş ülkelerde yüz bin canlı doğumda 10 ve daha az iken gelişmekte olan ülkelerde 50-100 civarı veya daha yüksek çıkmaktadır. 2019 yılı verileri değerlendirildiğinde; 100.000 canlı doğumda dünyada 211 olan anne ölüm hızı, Türkiye'de 13,1 'dir.

Bebek ölüm hızı; anne çocuk sağlığı ve sağlık bakım hizmetleri hakkında bilgi vermekle birlikte bu ölçütler 'bir ülkenin veya bölgenin sağlık durumunu ölçmede ve değerlendirmede, sağlık düzeyinin ulusal ve uluslararası kıyaslanmasında veya uygulanan bir sağlık programının etkisini izlenip değerlendirmesinde kullanılmaktadır. Bebek ölümlerinin nedenleri araştırılırken neonatal ve postneonatal ayırımına gidilmekte, özellikle postneonatal bebek ölümleri bağışıklama, beslenme, bebek bakımı, anne eğitimi gibi anne-çocuk sağlığı hizmetleri hizmetlerinin önemli bir parçası olarak görülmektedir. Ülkemizdeki bebek ölüm hızları incelendiğinde, 2000'lerin başında binde 30'larda olan bebek ölüm oranları, 2019 yılında ise binde 9,1'e düştüğü görülmüş, dünyada 1.000 canlı doğumda 28,2 olarak bildirilmektedir.

Toplum sağlığının korunup geliştirilmesinde çocukların sağlığının iyileştirilmesi ve korunması önemlidir. Burada bahsi geçen çocuk; Çocuk Haklarına Dair Sözleşmeye göre 18 yaş ve altı çocukluk çağına sahip olan nüfustur. Çocukluk dönemi uzun bir dönem olup kendi içerisinde değişik dönemlere sahiptir ve bu dönemlerde sürekli bir değişim yaşanmaktadır. Çocuk sağlığında sadece çocuk ve bebek için alınan önlem ve sağlık iyileştirmeleri yeterli olmamakta aile sağlığı çocuk sağlığı ile ilişkili önemli faktörlerdendir. Ülkemizde uygulanan Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Sağlık Kuruluşları Programı, Perinatal ve Neonatal Ölümlerin Önlenmesi Programı, 'Neonatal Resüsitasyon Programı (NRP), Bebeklerde D Vitamini Yetersizliğinin Önlenmesi ve Kemik Sağlığının Korunması Projesi, 0-6 Yaş Çocuğun Psikososyal Gelişimini Destekleme Programı ve Adolesan Sağlığı ve Gelişimi Projesi anne ve çocuk sağlığı hizmetleri kapsamındaki temel programlardandır.

Fetal Sağlığın Değerlendirilmesi

Gebeliğin 20. Haftasından itibaren başlayan ve doğum sonu ilk 1.haftaya kadar geçen süre perinatal dönem olarak tanımlanmaktadır. Prenatal bakımın temel hedefi, anne ve bebek sağlığını korumak, geliştirmek oluşabilecek sakatlıkların ve ölümlerin önüne geçmektir. Gebelik döneminde fetüste oluşabilecek olası genetik hastalıkların olabildiğince erken dönemde belirlenerek tanılanması ve tedavisi prenatal takip ve tedavide önemlidir. nceki bebeklerde kromozom anomalisinin bulunması, ileri anne baba yaşı ve küçük anne yaşı, ailede genetik hastalığın bulunması, aile hikayesinde nöral tüp defektinin olması, ultrasonografide fetal anomalinin saptanması, tekrarlayan gebelik kayıplarının yaşanması, l doğumların olması, sebebi açıklanamayan konjenital anomalili ocuk öyküsünün olması, diabetes mellitus gibi maternal hastalıkların olması, biyokimyasal tarama testlerinde anormalliklerin bulunması prenatal tanı endikasyonları içinde yer almaktadır.

Prenatal tanı yöntemleri invaziv(girişimsel) ve non-invaziv (girişimsel olmayan) yöntemler olarak ikiye ayrılmaktadır. İnvaziv yöntemler arasında; amniyosentez, koryonik villüs rneklemesi, kordosentez, fetskopi ve fetal doku biyopsisi sayılabilir. Non invaziv yöntemler ise; obstetrik ultrasonografi, doppler ultrasonografi, ikili, cl ve dörtlü test, maternal kanda hücre dışı serbest fetal DNA taraması, fetal ekokardiyografi, nonstres test, kontraksiyon stres test ve biyofizik profil şeklinde dir.

Noninvaziv Prenatal Tanı Yöntemleri

Ultrasonografi(Ultrason, USG)

Yüksek frekanstaki ses dalgalarının hasta üzerine uygulanan prob aracılığı ile doku ve organlara gönderilmesi ile bu dokulardan yansıyan dalgaların yine aynı prob ile alınarak bir ekran üzerine yansıtılması temel prensibine dayanmaktadır. Fetal yaşı, sağlığı, gelişimi ve anormallikleri tanılamada kullanılır.

Doppler Ultrasonografi

Plasental yerleşimin maternal yüzündeki arterlerin, fetal yüzündeki venlerin kan akışının değerlendirilmesinde ve kalp damar sistemine yönelik anomalilerin tespitinde kullanılır. Doppler USG bir tarama testi olmayıp, ultraplasental yetmezlik gelişme riski bulunan gebelerin fetslerini değerlendirmek amacıyla kullanılan bir tanısal yöntemdir.

İkili Tarama Testi

Gebeliğin 10-14. Haftalar arası kullanılan erken tarama testlerinden biridir. İkili testte Pregnancy Associated Plasma Protein-A(PAPP-A), Beta-HCG ve Nukal

Kalınlık (NK) birlikte kullanılır. NK fetüsün ense cildinin altında, içinde sıvı olan alanın kalınlığının ölçülmesidir.10-14. Haftalar arasında fetal boyunda 2,5-3 mm'den fazla ise anormal olarak değerlendirilir ve fetal anomali düşünülür.

Üçlü Tarama Testi

2. trimesterdeki (14-19.gebelik haftaları arasında) gebe kadınlara yaygın kromozomal riskleri taramak için önerilen bir testtir. Bunlar trizomi 21 ve spina bifida gibi açık nöral tüp defektleridir. MS-AFP (özellikle spina bifida ve Down sendromunda yükselir), konjuge olmamış östrojen (Down sendromunda azalır), serbest beta HCG (Down sendromunda iki katına çıkar) bakılır. AFP, b-Hcg, konjuge olmamışöstrojen değerleri ile birlikte anne yaşı da kullanılarak risk hesabı yapılır. Elde edilen risk doğrultusunda ileri yöntemlere yönlendirilir.

Dörtlü Tarama Testi

Üçlü tarama testine İnhibin-A'nın eklenmesiyle oluşturulmuş kombine bir tarama testidir. Gebeliğin ikinci trimesterinde(18-20.gebelik haftaları arasında) uygulanır. Dörtlü testin pozitif çıkması durumunda; anne yaşı ve ultrason bulgusu ne olursa olsun amniyosentez yapmak ve Down sendromu olup olmadığını kesin olarak tespit etmek gerekir.

Maternal Kanda Hücre Dışı Serbest Fetal DNA Taraması (cffDNA)

Tüm dünyada yeni bir uygulama olan Non-invaziv Prenatal Tarama(NIPT) ile ilgili komite ve uzman görüşleri ve hangi endikasyonlarda kullanılacağı bildirilmeye başlanmıştır. Bu aşamada henüz cffDNA ile NIPT rutin tarama programı yoktur. İleri tarama testi olarak kabul edilmelidir.

Fetal Ekokardiyografi

Fetal kalbin değerlendirilmesi amacıyla 18-22.gebelik haftaları arasında uygulanır.Fetal kardiyografinin amacı riskli hasta grubuna ait fetüste normal kardiyak anatomi varlığını ve ritmini dökümente etmek ve bir anomali varsa onu ve aritmiyi tanımlamaktır.

Non Stres Test

Fetüsün kalp atışlarının seyrini ve fetal hareketlerle olan ilişkisini temel alarak fetal distres taranmasında kullanılan bir testtir. NST'nin 28. Gebelik haftasından doğuma kadar olan sürede fetal durumu değerlendirmek için haftada bir kere yapılması önerilmektedir.

Kontraksiyon Stres Test (CST)

Bu test ile kendiliğinden ya da indüklenmiş uterus kasılmalarının stresine maruz kalan fetüste, uteroplasental yetmezlik teşhis edilmeye çalışılır. Plasentanın

solunum fonksiyonu değerlendirilmiş olur. CST, intrauterin büyüme geriliği, Diabetes mellitus, miad aşımı, nonreaktif NST varlığında yapılmalıdır.

Biyofizik Profil(BFP)

NST ile birlikte USG'deki bazı değişkenlerin değerlendirilmesi işlemidir.Fetüsün solunum hareketi, fetüsün vücut hareketi, fetal tons, amniyotik sıvı volümü ve fetal kalp atım reaksiyonu olarak beş kriter değerlendirilir.

İnvaziv Yöntemler

Amniyosentez

Ultrasonografi eşliğinde annenin karın cildinden bir iğne ile girilerek amniyotik sıvıdan örnek alınması işlemidir. Sıvının kaynağı fetüsün akciğerleri ve boşaltım sistemidir. Amniyosentez prenatal tanı amaçlı, fetal durum tayini amaçlı ve fetal tedavi amaçlı yapılmaktadır. Standart amniyosentez çoğunlukla transabdominal yoldan 15-17. Gebelik haftalarında yapılmakla birlikte 20.haftaya kadar uygulanabilmektedir. Ağrı, vajinal kanama, amniyon kese rüptürü, enfeksiyon, fetal yaralanma ve plesanta ve/ve ya kordon zedelenmesi amniyosentez sonrası oluşabilecek komplikasyonlardandır.

Koryonik Vills rnekleme (CVS)

Amniyotik sıvıdaki fetal hücrelerin ve ya koryonik villus dokularının incelenmesi prenatal tanıda kesin sonuç sağlayan bir yöntemdir. CVS için en uygun zaman 71-90. Günlerdir. Endikasyonları amniyosentez ile benzerdir. İlerlemiş anne yaşı en sık endikasyondur.

Kordosentez (Fetal Kan rnekleme)

Ultrason eşliğinde bir iğne ile girilerek umbilikal kordondan fetüse ait kanın alınmasıdır. Gebeliğin 21-22. Haftalarında uygulanır. El-kol anomalileri, fetal karyotip, enfeksiyon, anemik ve hemorajik sendromlar ile tedavi girişimleri önemli endikasyonlarıdır.

Fetskopi

11-36. gebelik haftalarında fetüsün direk olarak izlenerek var olan defektlerin tanılanmasını sağlayan bir işlemidir. Düşük, erken doğum tehdidi, amniyotik sıvı embolisi ve intrauterin fetal ölüm uygulama sonucunda görülebilecek istenmeyen durumlardır.

Doğum Öncesi Dönemde Anne Sağlığı

Sağlıklı bir gebelik ve doğum süreci için prekonsepsiyonel yani gebelik öncesi bakım oldukça önemlidir. Gebelik öncesi yeterli ve dengeli beslenememe, demir eksikliği anemisi vb. bir fizyolojik sorunun varlığı, düşük sosyo ekonomik düzey, hijyen konusunda bilgi ve tutum eksikliği gibi pek çok faktör hem fetal gelişimi hem de maternal sonuçları etkileyebilmektedir. Bu nedenle doğum öncesi bakımdaki temel amaç; üreme çağındaki kadınların gebelik öncesi sağlıklarını korumak ve yapılacak taramalarla da gebelik öncesi sağlıklarını korumak ve geliştirmektir.

Doğum öncesi bakım kapsamında;

- √ Bebeği ve anneyi etkileyen enfeksiyonlardan (hepatit B, rubella gibi) koruyacak aşılarda danışmanlık yapmak,
- √ Üremenin planlanması, folik asit tüketimi ve uygun beslenme gibi olumlu sağlık davranışı kazandırmak,
- √ Sigara, alkol, yetersiz beslenme, aşırı vitamin alımı ve teratojenik ilaç kullanımı gibi bazı riskleri önlemek önemlidir.

Doğum öncesi bakım(DÖB); önemli bir koruyucu sağlık hizmeti olup, annenin gebelik süresince eğitilmiş bir sağlık personeli tarafından periyodik olarak gerekli muayene ve öneriler yapılarak izlenmesidir. Dünya Sağlık Örgütü, her gebe kadın ve yenidoğanın gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde kaliteli bakım alması gerektiğine vurgu yapmaktadır.

Ülkemizde gebe izlemi kamu ve özel kurumlarda hizmet veren Kadın Doğum Uzmanları tarafından ve aile sağlığı merkezinde hizmet veren aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları tarafından yapılmaktadır. Sağlık Bakanlığının anne çocuk sağlığı hizmetleri kapsamında“ Doğum Öncesi Bakım Rehberi” hazırlanmış ve her gebenin en az 4 kez izlenmesi hedeflenmiştir.

Doğum Eylemi

Doğum, maternal ve fetal sistemler arasındaki sayısız endokrin, nöro-endokrin ve immünolojik yanıtları içeren karmaşık ve oldukça koordine edilmiş davranışlara dayanır. Doğum eyleminin her biri ilerlemenin işaretini gösteren dört evreye ayrılır. Birinci evrede dilatasyonla birlikte kontraksiyonlar başlar. Kontraksiyonların süresi uzar, şiddeti artar ve sıklaşır ve sonunda serviks tamamen inceler. Birinci evre genellikle en uzun(12-24 saat) evredir. İkinci evre serviksin incilmesi(efesman) ve dilatasyonunun tamamlanmasıyla başlar ve bebeğin doğmasıyla sonlanır. Üçüncü evre bebeğin doğumundan sonra başlar ve plasentanın doğumuyla sonlanır. Dördüncü evre ise plasentanın doğumundan sonraki ilk dört saattir. Doğum eyleminin gerçekleşmesinde; doğum kanalı, fetüs, doğum eyleminin gerçekleşmesini sağlayan güçler ve annenin psikolojik durumu etkilidir.

Gebeliğin 37 ile 42. Haftaları arasında verteks pozisyonda, kendiliğinden başlayarak sağlıklı bir fetüs ve annenin varlığı ile gerçekleşmesi normal doğum olarak tanımlanır.

Fetus, plasenta ve membranların abdominal ve uterus duvarlarındaki insizyon yolu ile doğması sezaryen doğum olarak tanımlanır. Normal doğum ile karşılaştırıldığında doğuma bağlı maternal morbidite ve mortalite oranlarının 4-7 kat daha fazla olduğu belirtilmektedir. Sezaryen ile doğumun sadece tıbbi endikasyonlarda tercih edilmesi gerekir. Fetal sıkıntı, fetal prezantasyon anomalileri(makat prezentasyon gibi), çoğul gebelikler, fetal anomaliler, geçirilmiş uterus cerrahisi, sistemik hastalıklar, baş-pelvis uyumsuzluğu, uzamış eylem, kordon sarkması, plasenta previa sezaryen endikasyonları içinde sayabileceğimiz durumlardır. Sezaryen için en önemli kontraendikasyon ise uygun bir endikasyonun olmayışıdır.

Doğum Sonrası Dönemde Anne Sağlığı

Doğum sonu dönem, anne ve bebek sağlığı açısından önemlidir. Postpartum dönem doğumdan sonraki ilk altı haftayı kapsayan süreçtir. Fizyolojik ve psikolojik bir çok değişikliğin olduğu bir dönem olup; maternal ölümlerin yaklaşık yarısı ilk bir haftada ve sıklıkla da ilk 24 saat içinde oluşmaktadır. Bu nedenle bu dönemde verilecek bakımdaki eksiklikler morbidite ve mortalite oranlarını artıracaktır. Post partum dönemde; ilk saat içinde ilk 15 dakika, ikinci saatte 30 dakikada, sonraki 24 saate kadar her dört saatte bir ve ikinci gün sekiz saatte bir takip yapılmalıdır. Bu belirtilen saatlerde vital bulgular, deri rengi, loşianın rengi ve kokusu, perine, ağrının varlığı, yeri, şiddeti, idrar çıkışı değerlendirilir. Özellikle ilk 24 saat içinde ateşin yükselmesi enfeksiyon belirtisi olup; bu duruma yönelik dikkatli olunmalıdır. Doğum sonrası ağrının kontrolü annenin konforu yanı sıra erken emzirmeye başlaması ve çocuğuyla ilgilenmesi açısından önem taşır. Bazı annelerde doğum sonu ilk altı ay içinde postpartum depresyon gelişme riski bulunmaktadır. Bu aşamada annenin mutlaka tedavi edilmesi gerekir tedavi edilmeyen kadınlarda tablo postpartum psikoza dönüşebilir. Özellikle geçmişte psikiyatrik sorunları olan kadınlarda psikoz tablosu daha sık görülen bir tablodur.

Laktasyon ve emzirme

Gebelik ve erken lohusalık döneminde meme bezlerinde anatomik ve fizyolojik değişiklikler oluşur ve bu değişiklikler sonucunda da meme bezlerinden anne sütü salgılanır. Memedeki kan akımı da gebelik öncesi döneme göre iki katına çıkmıştır. Süt yapımı ve salgısının devam etmesi için meme bezinin gerekli hormonal sinyalleri alması gerekir. Laktasyon sürecinde prolaktin ve oksitosin hormonları etkilidir. Prolaktin sütün oluşumunu sağlayan hormon olup; süt yapımı meme bezi

epitel hücrelerindeki prolaktin reseptörlerinin aktivasyonu ile olur. Süt salgısının devamlılığı için düzenli emzirme ve meme bezlerinin boşaltılması gerekir. Sık emzirme ile daha fazla süt yapılması sağlanır. Anne bebeğini emzirmese prolaktin hormonu 2-3 hafta içerisinde gebelik öncesi düzeylere düşecektir. Oksitosin hormonu ise sütün boşalmasını (inmesini) sağlayan hormondur. Oksitosin memedeki mioepitelyal hücreleri uyararak sütün alveollerden süt kanallarına ve laktiferöz sinüslere geçmesini sağlar. Oksitosin hormonunun salınmasında psikolojik uyarlarda etkili olup; kaygı, stres, yorgunluk ve ağrı durumlarında oksitosin salınımı baskılanır. Bu nedenle de emziren annenin rahat, sakin ve huzurlu olması süt salınımının devamında etkili ve önemlidir. Doğumdan sonraki 3-4. Günlerde süt salgılanması artar ve 4-6. Haftalarda 800 ml/ gün düzeyine ulaşır. Günlük salgılanan süt miktarı ortalama 750- 1000 ml. arasındadır. Anne sütü Dünya Sağlık Örgütü tarafından yenidoğan için en ideal besin olarak önerilmektedir.

Bebek sağlığı açısından anne sütünün faydalarına bakıldığında;

- *Yenidoğandaki optimum büyüme ve gelişme için gerekli olan tüm sıvı, enerji ve besin öğelerini içerir
- * En doğal ve en taze besindir
- *Sindirimi kolaydır
- *Her zaman steril ve temizdir
- *Biyoyararlılığı yüksektir
- *Bebeği allerjiye karşı korur
- *Bebeklerin kemik gelişimini destekler
- *Bebek ile anne arasında sevgi dolu bir ilişki sağlar
- *İçeriğinin %80'i su olup; ilk 6 ay boyunca bebeğe su vermeye gerek olmayacaktır.

Anne sağlığı açısından anne sütünün faydalarına bakıldığında;

- *Anne ile bebek arasındaki bağı güçlendirir.
- *Anne sütünün daha hızlı uterus involüsyonunu sağlamasıyla postpartum kanamayı azaltır.
- *Postmenopozal osteoporoz ve kalça kırığı riskini azaltır.
- * Laktasyonel amenore ile doğum aralığını artırmaya devam eder.
- *Annenin gebelik öncesi kiloya dönmesine yardımcı olur.

Dünya Sağlık Örgütü anne sütü ile beslenmenin doğum sonrası ilk bir saat içinde başlatılması ve ilk 6 ay tek başına ve daha sonra ek besinlerle birlikte 24 aya kadar devam etmesini önermektedir. Emzirmenin korunması ve desteklenmesine yönelik olarak ülkemizde 1991 yılından itibaren Sağlık Bakanlığı tarafından “ Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Hastaneler” programı yürütülmektedir. Bu

proje kapsamında gebelik döneminden itibaren sağlık personeli anne sütünün önemi ve emzirme ile ilgili bilgilendirmeler yapmakta ve bu eğitimlerin yapıldığı kurumlarda "Bebek Dostu Hastane" ünvanını almaktadır. Doğru emzirme tekniğinin sağlık personeli tarafından anneye öğretilmesi önemli olup; sonuç olarak etkili emzirmenin gerçekleşmesi önemlidir. Bir emzirmenin etkili olabilmesi için; bebeğin canlı, uyanık ve hidrate görünmesi, bebeğin deri turgorunun normal olması, bebeğin güçlü ve koordineli emmesi, bebeğin ilk 3 gününde, günde en az birer kez idrar ve defekasyon yapması, 4. gün süt geldikten sonra her 24 saat için 6-8 adet ıslak bez olabilir ve 3. Günden sonra mekonyumun renginin açılmaya başlaması, annenin meme uçlarının sağlam olması, annenin memelerinin emzirme sonrası yumuşak olması, annenin emzirme süresince kendini rahat hissetmesi, bebeğin yutkunma sesinin duyulması önemlidir. Emzirme ile ilgili bazen sorular yaşanabilir ve bunlar anneye ya da bebeğe ait olabilir. Annenin yaşı (adolesan ya da ileri yaş olması) ilk gebelik olması, eğitim durumu, sosyo-ekonomik durum, diyabet, preeklampsi gibi hastalıkların varlığı, sigara kullanımı, obezite, postpartum depresyon, erken dönemde biberon ya da mama verme, meme ucu çatlağı, doğum sonrası erken dönemde işe başlama, önceden emzirme sorunları yaşamış olmak, bebeğin anneye temasının kesilmiş olması ve doğum sonrası ilk yarım saat içinde emzirmenin başlatılmamış olması emzirmeyi etkileyen anneye ait faktörlerdir. Gestasyonel yaş ve düşük doğum ağırlığı, bebeğin hasta olması ya da konjenital bir defektin olması, bebeğin düşük Apgar skoru ile doğmuş olması, vital bulgularının normal sınırlar içinde olmaması, bebeğin bağırsak hareketlerinin yokluğu, bebeğin sürekli ağlaması ya da uykulu olması ve patolojik tartı kaybı ise bebeğe ait emzirmeyi etkileyen faktörlerdir. Anne ve bebeğe sayılan tüm bu faktörler emzirme davranışı, emzirmeye başlama zamanı, bebeğin beslenme şekli ve süresini etkileyecektir. Bebeğin aç olmaması, üşümü, hasta ya da preterm bebek, memeye yerleşmede sorunlar olması, süt fazlalığı ya da süt azlığı, burun tıkanıklığı, emzik ya da biberona alışmış olması, anneden ayrılma, annenin kokusundaki değişiklik ve annenin kronik hastalık durumu ya da mastit geçiriyor olması durumlarında bebek emmeyi reddedebilir. Yetersiz tartı alımı ve yetersiz idrar yapımı yetersiz sütü tanımlamada önemlidir. Bu durumda bebeğin ilk bir ay içinde 500 gramdan az kilo alımı, ilk iki günden sonra günde altıdan az, koyu renkli ve keskin kokulu idrar yapması söz konusudur. Yetersiz süt oluşumunda; emzirme ile ilgili, anne ile ilgili psikolojik faktörler, annenin fiziksel durumu ve bebeğin durumu ile ilgili faktörler etkili olabilecektir. Bu durumda; annenin durumunu anlamak, değerlendirmek ve empati yapmak önemli olup; öykünün alınması, muayenenin yapılması ve anneye öz güven kazandırılarak doğru bilgilerin verilmesi önemlidir.

Yenidoğan Dönemi

Doğumdan sonraki ilk dört haftalık dönem yenidoğan dönemi olarak tanımlanır.

Yenidoğanlar; gestasyonel yaşına, doğum ağırlıklarına ve intrauterin büyüme eğrilerine göre sınıflandırılır. Annenin son adet kanamasının birinci gününden doğuma kadar geçen süre gestasyon süresi olarak adlandırılır ve ortalama 38 ile 42 hafta arasında değişiklik gösterebilir. “Miadında doğan” ya da “term” yenidoğanlar bu süreyi tamamlayarak dünyaya gelen bebeklerdir. 37 haftanın altındakiler preterm, 42 haftanın üstündekiler postterm ya da postmatür olarak kabul edilmektedir. İntrauterin büyüme gelişme eğrilerine göre ise; gestasyon yaşına göre küçük bebek, gestasyon yaşına uygun bebek ya da gestasyon yaşına göre büyük bebek olarak sınıflandırılır. Doğum ağırlığına göre ise; düşük doğum ağırlıklı, çok düşük doğum ağırlıklı ve aşırı düşük doğum ağırlıklı yenidoğan olarak üç grupta sınıflandırılır. Yenidoğanın doğum sonrası ilk 24 saati yaşama uyumu için çok önemlidir. Bu dönem özellikle majör fizyolojik değişikliklerin meydana geldiği kritik bir süreçtir. Yenidoğanın bu uyumunu kolaylaştırmada solunum yolu burun ve ağızın aspire edilerek temizlenmesi önemlidir. Doğum sonrası solunumu hızlı(dakikada 80’e çıkabilir), kalp tepe atımı ise 140-180 arasındadır. Bunun dışında yenidoğanın termoregülasyonunun ve oksijen saturasyonunun değerlendirilmesi de önemlidir. Yenidoğanların ilk değerlendirmesi Apgar puanlaması ve fiziksel değerlendirme ile yapılmaktadır. Apgar puanı; yenidoğanların fizyolojik belirti ve bulgularını saptamak için 5 objektif kriteri içermekte ve gözlemlenerek hızlı bir değerlendirme ile yapılmaktadır. Bu kriterler; cilt rengi, nabız, solunum, kas tonusu ve reflekslerdir. Kriterlerin her biri için 0 ile 2 arasında puan verilir. Doğumdan hemen sonra 1. ve 5. dakikalarda değerlendirilir. Yenidoğanın apgar sonucu; 7 ile 10 arasında ise yenidoğan normal, 4 ile 6 arasında ise solunum desteği gereksinimi vardır; 0 ile 3 arasında olan yenidoğanlar ise acil müdahale gerektirir. Sağlıklı miadında doğan yenidoğanlarda; moro, yakalama, tonik-boyun, emme-yutma, arama, babinski ve adım atma refleksleri bulunmaktadır. Yenidoğan döneminde göbek bakımı önemli olup; göbek ve çevresinin temizlenerek, umbilikal kordun çabuk kurumasını ve kabuklanmasını sağlamak, göbek ve çevresinde enfeksiyon gelişmesini engellemektir. Yenidoğan bebeğin göbeğinin 5 ile 15. günler arasında kendiliğinden düşmesi beklenir. Enfeksiyöz ve nonenfeksiyöz durumlarda geç düşebilir. Dünya Sağlık Örgütü, gelişmekte olan ülkelere göbek bakımı için hiçbir maddenin kullanılmamasını, eğer gözle görünür bir kirlilik varsa göbek güdüğünün temizliği için sabun ve su kullanılmasını ve özellikle bebek bezinin göbeğin altından bağlanmasını önermektedir. Standart hijyen uygulamalarının gerçekleşmediği gelişmekte olan ülkelerde ise farklı bakım uygulamalarına ihtiyaç olduğu belirtilmektedir. Bu ülkelerde göbek bakım uygulamalarında; alkol, klorheksidin ve anne sütünün kullanılmasını önermektedir. Yenidoğanlardaki önemli konulardan biri de tarama testleridir. Yenidoğanların tedavi edilebilir, endokrinolojik, hematolojik, genetik ve metabolik hastalıklar açısından taranması önemli bir koruyucu halk sağlığı programıdır. Bir hastalığın yenidoğan tarama

programına alınabilmesi için; görülme sıklığı, hastalık tedavi edilmediğinde ortaya çıkabilecek durumların ciddiyeti, bu sorunların tedavi ile ne derece düzeleceği ve taramanın maliyeti ölçütler arasındadır. Ulusal Neonatal Tarama Programı tüm Türkiye’de 25.12.2006 tarihinde Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇSAP) Genel Müdürlüğü ve Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı Koordinasyonu ile Sağlık Bakanlığı tarafından uygulanmaya başlatılmıştır. Ülkemizde Ulusal Yenidoğan Programı kapsamında; Fenilketonüri-FKU, Konjenital Hipotiroidi-KHT, Biotidinaz Eksikliği-BE, Kistik Fibrozis-KF, İşitme Taraması ve Gelişimsel Kalça Displazisi taramaları yapılmaktadır. Doğumun 3. ya da 5. günü içinde özel filtre kağıdına topuktan alınan kan ile fenilketonüri, konjenital hipotiroidi, kistik fibrozis ve biyotidinaz eksikliği taraması yapılır.

Fenilketonüri Taraması: Fenilketonüri; vücutta protein oluşumu için gerekli aminoasit metabolizmasını sağlayan fenilalanin hidroksilaz enziminin eksikliği sonucu meydana gelen otozomal resesif geçişli bir metabolizma hastalığıdır. Ülkemizde akraba evliliklerinin sık olması hastalığın görülme sıklığını da artırmaktadır. Bebeğin beslenmeye başlamasıyla vücutta fenilalanin birikir ve bebeğin nörolojik gelişimi zamanla etkilenmeye başlar. Hasta yenidoğanlarda, hipertoni, hiperrefleksi, mikrosefali, fenilasetik atılımına bağlı olarak idrarda kötü koku vardır. Deri, saç ve gözlerde pigmentasyonda azalma dikkati çeker, sarışın, mavi gözlü ve ince saçlı olurlar. Tarama testi olarak en yaygın kullanılan Guthrie testidir. Kan örneği için yalnızca taze topuk kanı alınabilir. Fenilketonüri taraması için bebeğin en az 24 saat beslenmesi gerekir. İdeal olarak kan örneğinin doğumdan sonra özellikle 3-5.günlerde alınması, doğumdan sonra ilk 24 saat içinde hastaneden taburcu olan yenidoğanlarda taramanın ilk iki hafta içinde tekrar yapılması gerekir.

Konjenital hipotiroidi taraması: Hipotiroidi, tiroid bezinin regülasyonunda ve tiroid hormon biosentezinin bozukluğunda tiroid hormon yetersizliği ile ortaya çıkan klinik bir durumdur. Erken tanı ve tedavi çok önemli olup; tedavi edilmediği takdirde ileri derecede büyüme gelişme geriliği ve mental retardasyonla sonuçlanabilmektedir. Erken dönemde tanı konulduğunda tedavi ucuz, etkin ve kolaydır. Hipotiroidizm konjenital ya da edinsel olabilir. İyot eksikliği ve tiroid disgenезisi konjenital hipotiroidinin en sık nedenleri arasındadır. Guthrie testinde TSH (Tiroid Stimülan Hormon) 40 mU/ml üzerindeki olgular konjenital hipotiroidi yönünden değerlendirmeye alınır. Genellikle test yenidoğan hastaneden taburcu olmadan önce, 24-48 saat içinde yapılmaktadır. Bebeğin topuğundan alınan kan örneği, en iyi sonucu 2-6 gün arasında verdiğiinden test, 1-2 hafta sonra tekrar edilmelidir.

Biyotidinaz eksikliği taraması: Otozomal resesif geçişli bir kalıtsal hastalık olup, biotin metabolizması bozukluğu mevcuttur. Biyotidinaz enzimi, vücutta biyotin

döngüsü olarak adlandırılan bir reaksiyon zinciri içinde serbest biyotin oluşumu için gereklidir. Bu enzim eksikliğinde biyotin döngüsü bozularak işitme ve görme kaybı, metabolik asidoz, nörolojik bulgular ve konvülsiyon gibi klinik ve laboratuvar bulguların ortaya çıktığı bir hastalık tablosu görülür. Taniya geç kalınan durumlarda koma ve ölümle karşılaşılabilir. Biyotinidaz testi yenidoğanlarda topuktan alınan kan örneği ile yapılır.

Kistik fibroz taraması: Kistik fibrozis vücuttaki salgı bezlerinin fonksiyonunu etkileyerek başta akciğerler olmak üzere birçok organın fonksiyonunu bozan otozomal resesif geçiş gösteren bir kalıtsal metabolik hastalıktır. Kistik fibrozis hastalığında ekzokrin bezler etkilendiği için solunum, üreme ve gastrointestinal sistemde değişikliklere neden olur. Taramayla erken dönemde tanının konması ve tedaviye başlanması organ hasarlarını geciktirebilir ya da önleyebilir. Ülkemizde tarama programına 2015 yılında dahil edilmiştir. Özel filtre kağıdına doğum sonrası 3. ya da 5. günü alınan topuk kanı örneğinde tarama amaçlı immunoreaktif tripsinojen ölçümü kullanılmaktadır. İki kez bakıldığında yüksek olması halinde Ter testi yapılarak terdeki klor ölçümüne bakılır. Ölçüm sonuçlarına göre tanı konulur. Tanı alan bebeklerin ömür boyu bir ekip ile tedavi ve destek görmeleri gerekir.

Fenilketonüri Tarama Programı 1987 yılında başlamış, 1993 yılında tüm Türkiye'ye yaygınlaştırılmıştır. Ulusal Yenidoğan Tarama Programı ise Fenilketonüri taramasına Konjenital Hipotiroidi taramasının eklenmesi ile 25.12.2006 tarihinde başlatılmıştır. 2008 Ekim'de Biyotinidaz eksikliği, Ocak 2015'den itibaren ise Kistik Fibrozis taraması panele eklenmiştir.

Konjenital Adrenal Hiperplazi taraması: Pilot tarama olarak 4 ilde başlatılmış ve 2022 yılında ise 81 il'e yaygınlaştırılmıştır. Konjenital Adrenal Hiperplazi (KAH), genetik bir hastalıktır ve hastaların %90'dan fazlasında 21-Hidroksilaz enzim eksikliği nedeniyle kortizol üretim kusuru bulunmaktadır. Kortizol eksikliği yanında aldosteron eksikliği nedeniyle ağır tuz kaybı oluşan bebeklerde hiponatremi, hiperkalemi ve hipoglisemi nedeniyle ölümler görülebilmektedir. Bu bebeklerde hipoglisemik ataklar, elektrolit dengesizlikleri nedeniyle zekâ gelişimi etkilenebilmekte, boy kısalığı gelişebilmektedir. Ayrıca özellikle kız bebeklerde belirgin olmak üzere cinsiyet gelişim anomalileri çok sık olarak tabloya eklenmektedir. KAH taraması, tarama programında kullanılmakta olan numune kâğıdından yapılmakta ve topuk kanı örneklerinin uygun şekilde alınması büyük önem taşımaktadır. KAH'lı bebeklerin tanınması ve erkenden tedaviye başlanarak adrenal krizden yaşam kaybı ile aşırı androjenlere maruziyet sonucu kız bebeklerin erkek kimliğinde yetiştirilmesinin önlenmesi açısından çok önemlidir.

Tarama paneline 09.05.2022 tarihi itibarıyla Spinal Müsküler Atrofi (SMA) eklenmiştir.

Spinal musküler atrofi (SMA), kranial sinir motor çekirdekleri ve omurilikte yer alan ön boynuz motor nöron hücrelerinin geri dönüşümsüz kaybı ve bunun sonucunda ortaya çıkan kas atrofisi ve güçsüzlüğü ile karakterize olan bir grup genetik hastalıktır. En sık görülen hastalık formu otozomal resesif olarak kalıtılır. Spinal musküler atrofi (SMA) hastalığının en belirgin klinik özellikleri hipotoni, kas güçsüzlüğü ve kas atrofisidir. Klasik olarak hastalık başlama yaşı ve kazanılan maksimum motor gelişim basamağına göre sınıflandırılır. Prenatal tanı testi gebeliğin 10. haftasından itibaren koriyon villüs örnekleme (CVS), 15. haftasından itibaren de amniyosentez örneği üzerinde yapılan testlerle gerçekleştirilir.

İşitme taraması: Yenidoğan işitme taraması programı 2007 yılında başlatılmış olup; doğum eylemi yapılan tüm hastanelerde her yenidoğana taburcu olmadan işitme tarama testlerinin uygulanması esas alınmıştır. Tarama testinden geçemeyen bebekler taburcu olmadan önce ve/ve ya sonra yeniden tarama testi yapılarak takip edilmektedir. Tekrarlanan testlerde işitme kaybı tespit edilirse de hemen kaybın derecesine uygun bir işitme cihazı kullanımına başlanmaktadır.

Gelişimsel Kalça Displazisi (GKD) Taraması: Kalçayı oluşturan yapıların intrauterin oluşumları sırasında normal olmalarına karşın, çeşitli nedenlerden sonra yapısal bozulma gösterdiği ortopedik bir hastalıktır. GKD'nin tam olarak nedeni bilinmemekle birlikte genetik faktörlerin rol oynadığı düşünülmektedir. Taramada yenidoğanların kalçası ultrasonografik olarak yaşamın en geç ilk 4-6. Haftasında görüntülenmektedir. Sonuç olarak yenidoğan kalça taraması ile geç tanı nedeniyle cerrahi tedavi gerektiren ve tedavide başarı şansı düşük olan bebeklerin sayısı en aza indirgenmektedir.

Yenidoğan neonatal tarama programlarında aile sağlığı merkezlerinde görev yapan aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarının takip ve izlemi oldukça önemlidir.

Çocuk Sağlığı ve Çocukluk Çağı Bulaşıcı Hastalıkları

Çocuk yaşa göre farklı gelişimsel özellikleri olan, yaşla birlikte fiziksel, bilişsel ve anatomik olarak gelişmeye devam eden bireydir. Fiziksel ve bilişsel gelişiminin doğası gereği temel gereksinimlerini karşılamada bakım vericiye bağımlıdır. Ayrıca çocukluk döneminin ilk yıllarında bağışıklık sisteminin yeterince gelişmemiş olması çocuğu hastalıklara yatkın hale getirmektedir. Çocukların nüfus içindeki payının büyük olması, yaş grupları içinde en riskli grup olmaları, ölüm oranlarının yüksek olduğu bir grup olması, gelişimlerini tamamlamalarında desteğe ihtiyaç duyuyor olmaları nedeniyle çocuk sağlığına önem verilmesi gerekliliği duyulmaktadır. Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Bildirgesi'nde "18 yaşın altında olan herkes çocuktur" şeklinde tanımlama yapılmakta ve bu bildirmede çocuğun yaşama, korunma ve bakım vericiye gereksinimi olduğu ifade edilmekte ayrıca çocuk

sağlığının en iyi standartta olması gerektiğine vurgu yapılmaktadır. Dünya geneline bakıldığında çocuk sağlığı göstergeleri ülkelere göre farklılıklar göstermekte ve özellikle sosyoekonomik düzeyin düşük olduğu ülkelerde çocuk sağlığının risk altında olduğu görülmektedir. Bir toplumun çocuk sağlığı göstergeleri o toplumun gelişmişlik düzeyini belirlemede temel ölçüt olarak kullanılır. Bebek ve çocuk ölüm hızları gibi çocuk sağlığı ölçütleri annenin sağlığı, topluma sunulan tıbbi bakım ve kalitesi, sosyoekonomik durum ve toplumun sağlık uygulamaları ile direk ilişkilidir. Çocuk sağlığını etkileyen durumlara bakıldığında; ailenin gelir durumu, anne ve babanın eğitim durumu, güvenli ev ortamı, beslenme durumu ile sağlık hizmetlerine ulaşım ve sağlık hizmetlerini kullanma durumları önemlidir. Ülkemizde çocuğa sunulan sağlık hizmetleri; koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetleri olarak üç şekilde yürütülmektedir. Ülkemizde çocuk sağlığını korumaya ve geliştirmeye yönelik bazı programlar uygulanmaktadır. Bunlar; yenidoğan temel bakım, canlandırma ve yoğun bakım programı; yenidoğan tarama programı; yenidoğan işitme tarama testi programı; gelişimsel kalça displazisi erken tanı ve tedavisi programı; beslenme programları; anne sütünün teşviki ve bebek dostu hastaneler programı; güvenli annelik ve yenidoğan bakımı; demir yetersizliği anemisinin önlenmesi ve kontrolü programı; bebeklerde D vitamini yetersizliğinin önlenmesi ve kemik sağlığının geliştirilmesi programı; ulusal hemoglobinopati programı; iyot yetersizliğinin önlenmesi ve tuzun iyotlanması programı; ishaller hastalıkların kontrolü programı; alt solur.

Çocukluk Çağı Aşı ile Önlenilir Bulaşıcı Hastalıklar

Difteri (Kuş palazı) Hastalığı: Halk arasında kuşpalazı olarak ta bilinen hastalığın etkeni *Corynebacterium diphtheriae*'dir. Epidemiyolojisine bakıldığında sıklıkla soğuk aylarda ve aşı olmamış ya da yeterli immünitesi olmayan bireylerde görülür. Solunum yolu, nazal ya da göz salgıları, cilt lezyonları temel bulaş yollarıdır. İnkübasyon periyodu 2-7 gün olup; belirtileri halsizlik, iştahsızlık, boğaz ağrısı ve hafif ateş şeklindedir. Aşı ile önlenilir ve bildirim zorunlu bir hastalıktır. Difteri aşısı 5'li karma aşı şeklinde Ulusal Bağışıklama Programına göre yapılmaktadır.

Boğmaca Hastalığı: Etkeni *Bordetella Pertusis*'dir. Epidemiyolojisine bakıldığında; tüm dünyada görülmektedir. 6 ayın altındaki çocuklarda yaygın olmakla birlikte tüm yaş gruplarında görülmektedir. Bulaş yolu; inhalasyon veya solunum yolu damlacıkları iledir. İnkübasyon periyodu 7-10 gündür. En tipik belirtisi boğulurcasına olan aralıksız öksürük nöbetleridir. Hastalık ilk dönem belirtileri, burun akıntısı, gözde yaşarma, halsizlik, fazla yüksek olmayan ateş gibi hafif üst solunum yolu bulgularıdır. Hastalıktan korunmanın tek yolu aşılama olup; bildirim zorunlu bir hastalıktır. 1985 yılından beri, uygulanan başarılı aşılama çalışmaları sayesinde vaka sayılarında önemli azalmalar görülmesine karşın, aşı oranlarının düşük olduğu toplumlarda ve aşısız bireylerde hastalık görülmeye

devam etmekte ve ölümlere neden olmaktadır. Boğmaca aşısı 5'li karma aşı şeklinde Ulusal Bağışıklama Programına göre yapılmaktadır.

Tetanoz Hastalığı: Etkeni anaerobik bir basil olan Clostridium Tetani'dir. Mikroorganizma insanlara yabancı cisim batması, yanıklar veya derideki yaralarla bulaşır. Epidemiyolojisine bakıldığında; gelişmekte olan ülkelerde bağışıklanmamış annelerden doğan veya umbilikal kordu kontamine (kirli) araçlarla kesilen yenidoğanlarda görülebilir. İnkübasyon Periyodu ortalama 10 gün olup (3 gün ile 3 ay arasında değişebilir). İnsandan insana bulaş yoktur. Sıklıkla kişinin boyun ve çene kaslarında şiddetli kasılmalara neden olduğu ve kişi ağzını açamadığı için ' Kazıklı Humma' olarak ta adlandırılır. Tetanosdan korunmanın en etkili yolu tam aşıli olmaktadır. Tetanos aşısı beşli karma aşı şeklinde Ulusal Bağışıklama Programına göre yapılmaktadır.

Çocuk Felci (Poliomyelit) Hastalığı: Etkeni poliovirüs bir enterovirüstür. Epidemiyolojisine bakıldığında; global olarak eradikasyon çalışmaları yapılmış ve çoğu ülkede elimine edilmiştir.

Bulaş yolu; fekal-oral yol ve solunum yoludur. İnkübasyon Periyodu 7-10 gündür. Klinik olarak hafif ateş, kas ağrıları, baş ağrısı, bulantı, kusma, ense ve sırtta sertliğe neden olmaktadır. Tipik olarak felç görülür, hastalar ayağa kalkmakta ve yürümede güçlük çeker. Hastalığının neden olduğu felç vakaları kalıcıdır ve geri dönüşü olmaz. Hastalıktan korunmanın tek yolu aşılama olup; bildirim zorunlu bir hastalıktır. Çocuk felcinin iki farklı aşısı mevcuttur. Biri ağızdan iki damla şeklinde yapılan Oral Polio Aşısı, diğeri koldan kas içerisine yapılan İnaktif Polio Aşısıdır. Aşılama Ulusal Bağışıklama Programına göre yapılmaktadır.

Kızamık (Rubeola) Hastalığı: Etkeni paramiksovirüs ailesinden morbilivirüstür. Epidemiyolojisine bakıldığında; gelişmiş ülkelerde endemi yapmamakla birlikte gelişmekte olan ülkelerde salgınlar görülebilmektedir. İnkübasyon Periyodu 8-12 gündür. Çocukluk yaş grubunda daha sık olmak üzere her yaşta görülebilen bulaşıcı bir hastalıktır. Hastalık, solunum yoluyla bulaşmakta, ateş, döküntü ile seyretmektedir. Beraberinde öksürük, burun akıntısı, halsizlik ve gözde kızarıklık gibi belirtiler bulunabilir. Kızamığın kesin tanısı laboratuvar doğrulamasıyla konur. Gelişmekte olan ülkelerde her 20 kızamık vakasından biri kaybedilmektedir. Hastalıktan korunmanın tek yolu aşılama olup bildirim zorunlu bir hastalıktır. Kızamık aşısı, çocukluk dönemi aşı takviminde Ulusal Bağışıklama Programına göre yapılmaktadır.

Kızamıkçık (Rubella) Hastalığı: Etkeni Togaviridae ailesinden bir rubivirüstür. Epidemiyolojisine bakıldığında; tüm dünyada yaygındır ve en sık kış ve ilkbahar aylarında görülür. Kızamıkçık hastalığında döküntü, hafif ateş, boğaz ağrısı, lenf bezlerinde şişme ve burun akıntısı görülebilir. Kızamıkçığın kesin tanısı

laboratuvar doğrulamasıyla konur. Kızamıkçık hastalığından korunmak; gebelik döneminde geçirildiğinde konjenital kızamıkçık sendromuyla sonuçlanması nedeniyle önemlidir. Hastalıktan korunmanın tek yolu aşılama olup bildirim zorunlu bir hastalıktır. Kızamıkçık aşısı, çocukluk dönemi aşı takviminde Ulusal Bağışıklama Programına göre yapılmaktadır.

Kabakulak Hastalığı: Etkeni Paramiksovirus ailesinden Rubalovirüstür. Epidemiyolojisine bakıldığında; tüm dünyada aşılammış çocuklarda sıklıkla kış ve ilkbahar aylarında görülür. Hafif ateş, tükürük bezlerinde ve lenf bezlerinde şişme, baş ağrısı, kas ağrısı, yorgunluk ve iştahsızlık belirtileri görülür. Genellikle 1-2 hafta içerisinde iyileşebilen fakat nadiren de ciddi klinik tablolara ve komplikasyonlara neden olabilir. En yaygın görülen ciddi tablo testis iltihabıdır. Testis iltihabı olanlarda kısırlık gelişebilir. Nadir görülen diğer ciddi durumlar ise; beyin iltihabı, menenjit, pankreas iltihabı, geçici ve kalıcı işitme azlığı ve çok nadiren işitme kaybıdır. Hastalıktan korunmanın tek yolu aşılama olup bildirim zorunlu bir hastalıktır. Kabakulak aşısı, çocukluk dönemi aşı takviminde Ulusal Bağışıklama Programına göre yapılmaktadır.

Suçiçeği (Varicella) Hastalığı: Etkeni Varicella zoster'dir. Epidemiyolojisine bakıldığında; en çok sonbahar sonuna doğru, kışın ve ilbaharda görülür. İnkübasyon Periyodu 14-21 gündür. Döküntüler başlamadan 1-2 gün önce ateş, halsizlik, iştahsızlık, baş ağrısı ve bazen hafif karın ağrısı görülebilir. Bu belirtiler genellikle döküntüler ortaya çıktıktan sonraki 2-4 gün içerisinde geçer. Aynı bölgede, farklı evrelerdeki döküntülerin bir arada görülmesi, suçiçeği hastalığının tipik özelliğidir. Suçiçeği hastalığının şiddeti yaşla birlikte artar. Ev içi temaslarda bulaşıcılık oranı %80-90'dır. Suçiçeği hastalığından korunmanın en önemli yolu aşılama olup; Ulusal Bağışıklama Programına göre aşılama uygulanmaktadır.

Tüberküloz (Verem) Hastalığı: Etkeni; *Mycobacterium tuberculosis* adlı basildir. Verem mikrobu sıklıkla hava yoluyla bulaşır. Ülkemizde tedavisi, ilaçları, takibi ücretsizdir. Verem önemli bir halk sağlığı sorunudur. Her yıl dünyada 9 milyon insan verem hastalığına yakalanmaktadır. Öksürük, konuşma, şarkı söyleme gibi solunum faaliyetleri ile mikrop içeren damlacıklar havaya saçılır. Verem hastalarının erken tanısı ve etkili tedavisi önemli olup; tedavi süresi uzundur. Hastanın günde 8-10 ilaç alması gerekir. Hastanın her doz ilacını eğitim almış bir kişinin gözetiminde içmesine doğrudan gözetimli tedavi (DGT)denilir. Hastanın ilaçları içtiğini bu gözetmen izler ve kaydeder. Ülkemizde doğrudan gözetimli tedavi uygulaması yapılmaktadır. İlaç içilen yer ve gözetmen hastanın onayı ile verem savaşı dispenseri hekimi tarafından belirlenir. DGT, tüberküloz tedavisinde gerekli bir uygulamadır.

Hepatit B Hastalığı: Hepatit B virüsünün neden olduğu, bulaşıcı bir hastalıktır. Kontrol edilmemiş kan nakli ya da kan ürünlerinin kullanımı, sterilize

edilmemiş araçlarla tıbbi ya da dış müdahaleleri, anneden bebeğe doğum sırasında, kullanılmış enjektör paylaşımı, tıraş bıçağı, diş fırçası gibi eşyaların paylaşımı, sterilize edilmemiş araçlarla dövme ya da vücut takılarının uygulanması, güvenli olmayan cinsel ilişki bulaşta önemlidir. Halsizlik, yorgunluk, iştahsızlık, bulantı, kusma, karın ağrısı, ateş, baş ağrısı, kas ve eklem ağrıları, artrit, deri döküntüleri, koyu renkli idrar ve gözlerde ve ciltte sararma önemli bulgularıdır. Akut Hepatit B Virüs (HBV) enfeksiyonu geçiren yetişkinlerin büyük bir kısmı genellikle tamamen iyileşebilir ve hastalığa karşı bağışıklık oluşur, bununla birlikte akut hastalık geçiren insanların % 1-2'sinde fulminant hepatit adı verilen son derece ölümcül olan tablo gelişir. Hepatit B virüs enfeksiyonlarından korunmanın en etkin yolu aşılama olup Ulusal Bağışıklama Programına göre yapılır.

Hepatit A Hastalığı: Hepatit A virüsünün bulaşması sonucu ortaya çıkan bir karaciğer enfeksiyonudur. Hastalık çoğunlukla dışkı ile kirlenmiş, hastalık etkeni içeren su ve gıda tüketiminden kaynaklanır. Belirtiler; halsizlik, yorgunluk, iştah kaybı, bulantı-kusma, mide rahatsızlığı, ishal, karın ağrısı, kilo kaybı, ateş, gözlerde ve ciltte sararma, koyu renkli (çay rengi) idrar ve çamur gibi veya beyazımsı dışkı şeklindedir. Bulaşın önlenmesinde genel temizlik kurallarına uyulmalı, eller su ve sabunla yıkanılmalı, gıda sektöründe çalışan kişilerin kontrol edilmeli, temiz olduğundan ve iyice piştiğinden emin olunan yiyecekler tüketilmeli, bölgede kuyu suyu ya da depo suyu kullanılıyorsa, klor kullanma talimatına uygun şekilde mutlaka sular klorlanmalıdır. Hepatit A hastalığından korunmanın bir diğer yöntemi de aşılama değildir. Ülkemizde 2012 yılı sonunda çocukluk dönemi aşı takvimine girmiş olup; aşılama Ulusal Bağışıklama Programına göre yapılmaktadır.

Haemophilus influenzae Tip b (Hib) Hastalığı: Haemophilus influenzae tip b bakterisi birçok farklı, ciddi ve hatta ölümcül olabilen hastalıklara neden olur. Hib bakterisinin neden olduğu hastalıklar en çok 5 yaşından küçük bebek ve çocuklarda görülür. Hib bakterisinin neden olduğu hastalıklar arasında en ağır seyreden menenjit tablosudur. Hastalığa karşı en iyi korunma aşılama olup, Ulusal Bağışıklama Programına göre uygulanmaktadır.

Pnömonokok Enfeksiyonlar: Pnömonokok isimli bakterinin neden olduğu ciddi ve ölümcül olabilen hastalıklardır. Pnömonokok bakterisi, hafif olarak değerlendirilebilecek hastalıklardan, ciddi ve ölümcül olabilen bir çok hastalık tablosuna neden olabilmektedir. Zatürrenin hem çocuklarda hem de yetişkinlerde en sık nedeni pnömonokok bakterisidir. Pnömonokok bakterisinin neden olduğu hastalıklara karşı en iyi korunma yolu pnömonokok aşısı ile aşılama olup, Bebek ve 5 yaşından küçük çocuklara, sağlıklı 65 yaş ve üzerindeki yetişkinlere ve 5 yaş ve üzerinde olup pnömonokok bakterisinin neden olduğu hastalıklar için riski arttıran diğer hastalıkları bulunanlara pnömonokok aşısı uygulanmalıdır.

Aşılar (Bağışıklama)

Bağışıklama, immün sistemin bir etkene karşı bağışıklık geliştirmek amacıyla uyarılmasıdır. İnsan sağlığının korunması için bağışıklama en önemli koruyucu tıbbi uygulamalardan biridir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından bağışıklama hizmetleri, aşıyla önlenabilir hastalıkların ve buna bağlı ölümlerin önlenmesi açısından en önemli ve en maliyet etkili toplum sağlığı müdahaleleri arasında kabul edilmektedir. Bağışıklama hizmetlerinde temel amaç; toplumda özellikle bebek ve çocuklarda aşı ile önlenabilir hastalıkların ortaya çıkışını engellemek, dolayısıyla bu hastalıklardan kaynaklanan ölümlerin ve sakatlıkların önüne geçmektir. Sağlıkla ilgili kazanımlarının yanı sıra; ekonomik ve sosyal kazanımlar da aşılama programlarının başarısı olarak değerlendirilmelidir.

Genişletilmiş Bağışıklama Programı; Boğmaca, Difteri, Tetanoz, Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak, Tüberküloz, Poliomyelit, Hepatit B ve Hemofilus influenza tip b'ye bağlı hastalıkların morbidite ve mortalitesini azaltarak, hastalıkları kontrol altına almak ve ortadan kaldırmak için hassas yaş gruplarına enfeksiyona yakalanmalarından önce bağışıklanmalarını sağlamak için uygulanan aşılama hizmetlerini içerir. Sağlık Bakanlığı bünyesindeki Bağışıklama Danışma Kurulu (BDK)'nun bilimsel desteği ve önerileri doğrultusunda genişletilmiş bağışıklama programı yürütülmektedir. Amaç her bebeğin aşı takvimine uygun olarak yukarıda sayılan hastalıklara karşı bağışık olmasını sağlamaktır.

İnsan ve hayvanlarda hastalık yapma yeteneğinde olan mikropların hastalık yapma özelliklerinden arındırılarak ya da bazı mikropların salgıladığı toksinlerin etkileri ortadan kaldırılarak geliştirilen biyolojik ürünlere aşı denir. Aşı, sağlam ve risk altındaki kişilere uygulanır. Vücut bu şekli ile kendisine zarar vermeyen mikrop ya da toksinleri tanır ve onlara karşı bir savunma geliştirir. Aşılar da ilaçlar gibi birer tıbbi üründür ve tüm ilaçlar gibi bazı yan etkileri olabilmektedir. Aşı sonrası gelişen istenmeyen etkiler kısmen sık görülen hafif yan etkiler ve çok nadir görülen ciddi yan etkiler olarak sınıflandırılabilir. Enjeksiyon (iğne) yerinde ağrı, şişlik ve kızarıklık gelişmesi sıkça görülen hafif yan etkiler olup bunlar genellikle 24-48 saat içinde kendiliğinden düzelmektedir. Ateş, baş ağrısı, kas ağrısı ve iştahsızlık aşılarından sonra görülebilen sistemik belirtiler olup; farklı aşılarda değişen oranlarda gözlenmektedir.

Soğuk zincir, bir aşının etkinliğini üretiminden kişiye uygulanana kadar koruyan ve ihtiyacı olanlara yeterli miktarda etkin aşının ulaşmasını sağlayan insan ve malzemedir. Zamanında ve istenilen miktarda aşı temin edilemediği durumlarda, aşılanması gerekli hedef nüfusun aşıları eksik uygulanmasına yol açacaktır. Bunun yanı sıra zamanında yeterli miktarda aşının olduğu ancak aşının etkinliğinin yeterli olmadığı durumlarda olabilmektedir.

Etkinliği olmayan aşılarla hedeflenen nüfusun tamamının aşılınması durumunda toplum aşılınmasına rağmen istenilen düzeyde bağışıklık sağlanmamış olacaktır. Her iki durumda da antijenler ile ilgili hastalıklar toplumda hala görülmeye devam edecektir. Bu nedenle soğuk zincir Bağışıklama Programının ve lojistiğinin en önemli bileşenlerinden biri olarak büyük önem taşımaktadır.

T.C. Sağlık Bakanlığı Çocukluk Dönemi Aşı Takvimi, 2020

Aşılar	Doğumda	1. ayın sonu	2. ayın sonu	4. ayın sonu	6. ayın sonu	9. ayın sonu	12. ayın sonu	18. ayın sonu	24. ayın sonu	48. ayın sonu***	13 yaş
Hepatit B	I	II			III						
BCG (Verem)			I								
DaBT-İPA-Hib			I	II	III			R			
KPA*			I	II			R				
KKK						ID**	I			II	
DaBT-İPA										R	
OPA					I			II			
Td											R
Hepatit A								I	II		
Suçiçegi							I				

*01.01.2019 tarihinden itibaren doğan bebeklere 2., 4. ve 12. aylarda uygulanacaktır.

**25.09.2019 tarihli BDK kararıyla salgın riski olan bölgelerde 9. - 11. ayda ilave bir doz Kızamık içeren aşı (K veya KKK) uygulanacaktır.

***11 Temmuz 2016 tarihinde doğanlardan başlamak üzere, 48. ayına girmiş olan tüm Çocuklara uygulanacaktır. 1 Temmuz 2016 tarihinden önce doğmuş ve halen ilköğretime başlamamış olan çocukların KKK ikinci dozu ve DaBT-İPA aşısı ise 2020-2021, 2021-2022 ve 2022-2023 eğitim ve öğretim dönemlerinde, ilköğretim 1. sınıfta, okul aşılamaları şeklinde uygulanacaktır.

DaBT-İPA-Hib: Difteri, Aselüler Boğmaca, Tetanoz, İnaktif Polio, Hemofilus Influenza Tip b Aşısı (Beşli Karma Aşı)

KPA: Konjüge Pnömonokok Aşısı

KKK: Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak Aşısı

DaBT-İPA: Difteri, Aselüler Boğmaca, Tetanoz, İnaktif Polio Aşısı (Dörtlü Karma Aşı)

OPA: Oral Polio Aşısı (Çocuk Felci Aşısı)

Td: Erişkin Tipi Difteri-Tetanoz Aşısı

R: Rapel (Pekiştirme) ID: İlave Doz

Aşı takvimindeki tüm aşılar ücretsizdir.

Tablo 1. Aşı Takvimi

Anne ve çocuk sağlığı temel sağlık hizmetleri içinde önemli bir yer tutmaktadır. Toplum sağlığının sağlanmasında anne ve bebek ölümlerinin önlenmesi, anne ve bebek sağlığının korunup geliştirilmesi önemlidir. Çocuğun gelişiminde antenatal dönem olan gebelik döneminden itibaren doğum süreci ve doğum sonrası postpartum dönem ve ilerleyen yaşlarla birlikte 0-18 yaş arası tüm gelişim dönemleri ve özellikleri etkilidir. Biyolojik, psikolojik, bilişsel ve sosyal duygusal gelişim özellikleri çocuğun sağlığının belirleyicilerindedir. Sağlıklı bireylerin yetişmesi için bebeğin doğum öncesi dönemden başlayarak erişkinliğe ulaşmaya kadar her türlü zarardan korunması, doğum öncesi bakım, nitelikli bir doğum hizmeti, doğum sonrasında koruyucu ve destekleyici hizmetlerin verilmesi gerekir. Toplumların sağlığını izlemek amacıyla doğum, ölüm ve hastalık oranlarına yönelik yapılan istatistikler ülkelerin refah düzeyi ve intrauterin dönemden başlayarak çocuk ve kadına verilen hizmetlerin göstergesidir. Anne ve bebek ölüm nedenlerine bakıldığında bunların çoğunlukla önlenemez nedenler olduğu görülmektedir.

Özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinin verildiği Aile Sağlığı Merkezleri anne çocuk sağlığının korunup geliştirilmesinde önemli olup; gebe takibi, lohusa takibi, gebe ve çocukların bağışıklaması (aşılanması), aile planlaması danışmanlığı ve hizmetlerinin verilmesi, 15-49 yaş kadın takibi, kanserlerin önlenmesine yönelik tarama programları, yenidoğan tarama programları, okul sağlığı, bulaşıcı hastalıkların önlenmesi ve ergen sağlığı çalışmaları verilen önemli hizmetlerdendir.

Anne ve çocuk sağlığının planlanması ülkelerin sağlık politikalarının oluşturulmasında temel olmalıdır. Sağlık profesyonellerinin ailelere gerekli danışmanlıkları sunmaları önemlidir. Sağlıklı anne ve bebekler sağlıklı toplumun temelini oluşturur. Sağlık hizmetlerinin sunumunda asıl hedefimiz korumak olmalı daha sonra tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri gelecektir.

Kaynaklar

Anne, & Aydın, D., & Aba, Y. A. (Eds.). (2019). *Anne ve Çocuk Sağlığı*. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevleri.

Armağan, N. (2016). Gebeliğin devam etmesi ve sağlıklı sonlanabilmesi için yapılması gereken test ve izlemler. In A. A. Kocatürk (Ed.), *Gebe Okulu* (pp. 13–23). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

Aslan, E. (2017). Normal lohusalık süreci ve bakım. In *Hemşire ve Ebelere Yönelik Kadın Sağlığı ve Hastalıkları* (2nd ed., pp. 413–461). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri Tic. Ltd. Şti.

Ateş, M. (2011). *Sağlık hizmetleri yönetimi*. İstanbul: Beta Yayınları.

Bakar, F. T. (2012). Genişletilmiş yenidoğan taraması. *Türkiye Klinikleri Journal of Pediatrics*, 21(4), 212–223.

Balcı, B., & Göynüner, G. (2015). Laktasyon döneminde gebelik ve lohusalık. *Perinatoloji Dergisi*, 23(3), 194–200.

Barron, M. L. (2008). Antenatal care. In K. R. Simpson & P. A. Creehan (Eds.), *Perinatal Nursing* (3rd ed., pp. 88–117). Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses.

Beji, N. K., & Dişsiz, M. (2016). Gebelik ve hemşirelik yaklaşımı. In *Kadın Sağlığı ve Hastalıkları* (1st ed., pp. 261–262). İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi.

Coşkun, A. (2012). *Kadın sağlığı ve hemşireliği el kitabı*. İstanbul: Koç Üniversitesi Yayınları.

Çetin, P. (2015). Türkiye'de koruyucu sağlık hizmetlerinin AB kriterleri açısından Bursa sağlık kurumları örneğinde incelenmesi (Master's thesis). Beykent Üniversitesi, İstanbul.

Dal, N. A., & Ertem, G. (2016). Perinatoloji ve bakım. In *Perinatoloji ve Bakım* (1st ed., pp. 375–404). Ankara: Ankara Nobel Tıp Kitabevleri.

Düzkaya Sönmez, D., Yiğit, E., Paksoy Yılmaz, R., & Kurt Özbek, (2016). Yenidoğan protokolleri. In G. Bozkurt & D. Düzkaya Sönmez (Eds.), *Yenidoğan Protokolleri* (pp. 31–188).

Hotun Şahin, N. (2009). Sezaryen yaygınlığı ve sonuçları. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(3), 93–98.

Karabulutlu, Ö. (2014). Doğum ağrısı kontrolünde kullanılan nonfarmakolojik yöntemler. *Caucasian Journal of Science*, 1(1), 43–50.

Klossner, N. J. (2006). *Introductory maternity nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Koçak, D. Y., Beji, N. K., & Duman, N. B. (2015). Prenatal tanı yöntemlerinde etik yaklaşım. *G.O.P. Taksim E.A.H. JAREN*, 1(2), 86–90.

Kömürcü, N., Demirci, N., Yıldız, H., Ekşi, Z., Gürkan, C. Ö., & Potur, C. D. (2012). Evaluation of perinatology nursing certificate program. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 47, 1130–1134.

Liao, W., Li, Q., Li, L., & Li, D. (2006). Efficacy and safety of cordocentesis for prenatal diagnosis. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 93(1), 13–17. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2005.10.025>

Özbaşaran, F. (2008). Fetal sağlığın değerlendirilmesi. In Ş. Ahsen (Ed.), *Kadın Sağlığı* (1st ed., pp. 620–641). İstanbul: Bedray Basın Yayıncılık Ltd. Şti.

Saydam, B. K. (2016). Genetik danışmanlıklar ve hastalıklar. In *Genetik Danışmanlıklar ve Hastalıklar* (1st ed., pp. 378–382). Elazığ: Anadolu Nobel Tıp Kitabevleri.

Taşkın, L. (2014). *Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği* (12th ed., pp. 487–512). Ankara.

Törüner, E. K., & Büyükgönenc, L. (2013). Çocuk sağlığı sorunları ve çözüm önerileri. In *Çocuk Sağlığı Temel Yaklaşımları* (pp. 1–20). Ankara: Göktuğ Yayıncılık.

Yararbaş, K., & İlgin-Ruh, H. (2006). Prenatal tanı. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 26(6), 666–674.

Yenal, K. (2014). Anne sütü ve emzirme. In *Anne ve Babalar için Doğuma Hazırlık: Sağlık Profesyonelleri İçin Rehber* (2nd ed., pp. 137–154). İzmir: Deomed Yayıncılık.

Wilcken, B. (2007). Recent advances in newborn screening. *Journal of Inherited Metabolic Disease*, 30, 129. <https://doi.org/10.1007/s10545-007-0528-2>

9. BÖLÜM: ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI ve HASTALIKLARI

Dr. Öğr. Üyesi Deniz YILDIZ⁹

Kuruluşundan bu yana, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 'sağlık' tanımına 'ruhsal iyilik halini' de katmıştır. DSÖ'nün ünlü sağlık tanımı, sadece hastalık ve sakatlık durumunun olmayışı değil, kişinin bedenlen, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik halinde olmasıdır. DSÖ son dönemde ruh sağlığı için ise şöyle bir tanımlama önermiştir: "bireyin kendi yeteneklerinin farkına vardığı, yaşamın normal gerginlikleriyle başa çıkabildiği, üretken ve verimli bir şekilde çalışabildiği ve içinde yaşadığı topluma katkıda bulunabildiği bir iyilik hali" (WHO, 2001). Bu tanımdan da yola çıkılabileceği üzere ruh sağlığı yalnızca hastalık yokluğundan daha fazlasıdır.

Yetişkin bireyler için geçerli olan ruh sağlığı tanımı, sıklıkla çocuklar için de doğru kabul edilir. Ancak çocuğun doğası yetişkinlerden farklı olarak sürekli gelişip değişmektedir. Bu farklılaşmayı göz önünde bulundurarak her gelişim döneminde ruhsal olarak sağlıklı olma hali çocuğun gelişimsel dönemi özelinde değerlendirilmelidir. Çünkü bir dönem için oldukça olağan olan bir durum, başka bir dönem için ruhsal sağlıkta bozulmanın işareti olabilmektedir.

Çocuk ve ergen ruh sağlığı disiplinine olan ihtiyaç, çocuklara özgü pek çok sorunun, erişkinlerden ayrı bir biçimde ele alınması gereğine olan ihtiyaç ile ortaya çıkmıştır. Bunun yanı sıra, erişkin ruh sağlığı sorunlarının çocuk ruh sağlığı sorunlarının bir uzantısı olduğu, sorunların erişkin psikopatolojisine devam etmemesi adına çocukların mevcut zorluklarını hafifletmek için önlemler alınması gerektiğinin anlaşılmış olması da çocuk ve ergen ruh sağlığının gelişimi sürecinde etkili olmuştur (2). Erken yaşta ruhsal hastalığa sahip olmak, yetişkin yaşlarda olduğundan çok farklıdır. Çocuk beyni hala hızlı bir gelişim ve değişim göstermektedir ve uzun yıllar da bu şekilde devam edecektir. O nedenle erken yaşta görülen ruhsal bozukluklar, çocuğun içinde bulunduğu gelişim döneminin olası kazanımlarını da elde etmesine engel olacaktır. Yürütülen sıklık çalışmaları, ruhsal bozuklukların bu yaş grubunun yaklaşık %9 ile %21'ini etkilediğini ortaya koymuştur. Bu bozuklukların tespiti, tedavisi ve önlenmesi, bu yaş grubundaki mevcut sıkıntıların ortadan kaldırılması kadar gelişim dönemi kazanımlarının elde edilmesi dolayısıyla erişkin yaşamdaki işlevselliğin artırılması ve sorunların ileride tekrarlanmasının önlenmesi açısından da önemlidir.

Çocuk ruh sağlığı disiplini diğer tüm disiplinlerden daha fazla multidisipliner çalışma ortamı gerektirmektedir. Çocuk ve ergen ruh sağlığı alanının vazgeçilmez unsuru olan ekip çalışması çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı, klinik

⁹Dr. Öğr. Üyesi, İstanbul Gelişim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul, Türkiye.

E-posta: deyildiz@gelisim.edu.tr ORCID: 0000-0003-2152-1895

psikolog, sosyal hizmet uzmanı, dil konuşma terapisti, çocuk gelişimi uzmanı, çocuk psikiyatrisi hemşiresi, ergoterapist gibi meslek gruplarını kapsamaktadır. Bu nedenle bahsi geçen branşlarda çalışan bireylerin birbiriyle iletişimde olabilmesi, çocuğun uygun şekilde değerlendirilmesi, aksamaların saptanması ve tedavi sürecinin düzenlenip sağlıklı bir biçimde yürütülebilmesi için son derece önemlidir.

Bu bölümde, çocuk ve ergen yaş grubunda sık görülen ruhsal bozuklukların klinik görünümünden, sıklık, sebep ve tedavilerinden bahsedilecektir.

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) çocukluk çağında başlangıç gösteren ve en sık görülen ruhsal bozukluklardan bir tanesidir. Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-5'te (DSM-5) nörogelişimsel bozukluklar başlığı altında sınıflandırılmaktadır.

Klinik Görünüm

DEHB'nin alt bileşenleri: dikkatsizlik, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik olarak sınıflandırılmaktadır.

Dikkatsizlik bileşeni, şu belirtileri içermektedir:

- Çoğu kez, ayrıntılara özen göstermeme ya da okul çalışmalarında (derslerde), işte ya da etkinlikler sırasında dikkatsizce yanlışlar yapma,
- Çoğu kez, iş yaparken ya da oyun oynarken dikkatini sürdürmekte güçlük çekme,
- Çoğu kez, doğrudan kendisine doğru konuşulurken, dinlemiyor gibi görünme,
- Çoğu kez, verilen yönergeleri izlememe ve okulda verilen görevleri, sıradan günlük işleri/sorumluluklarını tamamlayamama,
- Çoğu kez, işleri ve etkinlikleri düzenlemekte güçlük çekme,
- Çoğu kez, sürekli bir zihinsel çaba gerektiren işlerden kaçınma, bu tür işleri sevmeme ya da bu tür işlere girmek istememe,
- Çoğu kez, işi ya da etkinlikleri için gerekli nesnelere kaybetme,
- Çoğu kez, dış uyaranlarla dikkatte kolaylıkla dağılma,
- Çoğu kez, günlük etkinliklerinde unutkanlık.

Aşırı hareketlilik ve dürtüsellik bileşeni ise şu belirtileri içermektedir:

- Çoğu kez, kıpırdanma ya da ellerini ya da ayaklarını vurma ya da oturduğu yerde kıvrınma,
- Çoğu kez, oturmasının beklendiği durumlarda oturduğu yerden kalkma,
- Çoğu kez, uygunsuz ortamlarda, ortalıkta koşturup durma ya da bir yerlere tırmanma,

- Çoğu kez, boş zaman etkinliklerine sessiz bir biçimde katılamama ya da sessiz bir biçimde oyun oynayamama,
- Çoğu kez, “her an hareket halinde” olma,
- Çoğu kez aşırı konuşma,
- Çoğu kez, sorulan soru tamamlanmadan yanıtını yapıştırma,
- Çoğu kez sırasını bekleyememe,
- Çoğu kez, başkalarının sözünü kesme ya da araya girme.

Yukarıda bahsedilen belirtilerin bozukluk kapsamında kabul edilebilmesi için gelişimsel düzeye uygun olmaması ve toplumsal ve okulla/işle ilgili işlevleri doğrudan olumsuz şekilde etkilemesi gereklidir. Ayrıca belirtilerin yalnızca tek bir yerde görülmesi yeterli değildir, belirtilerin iki ya da daha fazla ortamda olması gerekir (örn. ev, okul ya da işyeri; arkadaşları ya da akrabalarıyla; diğer etkinlikler esnasında).

Çocuktayukarıdaki belirtilerin birkaçının gözlenmesi durumunda, değerlendirme aşaması çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı tarafından gerçekleştirilir. Tanı klinik değerlendirme, öğretmen ve aile görüşmeleri neticesinde konur. Tanılama için kullanılacak herhangi bir kan tetkiki, radyolojik görüntüleme yöntemi veya test yoktur. İhtiyaç halinde klinisyenin değerlendireceği, tanıyı destekleyebilecek bazı yardımcı testler kullanılabilir.

Epidemiyoloji

Polanczyk ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada 6-18 yaş arasındaki çocuk ve gençlerde DEHB görülme sıklığı %3.4 (95% CI 2.6–4.5) olarak saptanmıştır (7). Sistematik gözden geçirme çalışmalarında evrensel toplumsal sıklık %2 ile %7 arasında saptanmıştır (ortalama %5). Cinsiyetler açısından incelendiğinde DEHB'nin erkeklerde kadınlara göre 2-3 kat daha sık saptandığı tespit edilmiştir. DEHB'li çocukların %50-65'inin yetişkin hayatta da bu tanıyı karşılamaya devam ettiği bilinmektedir. (8, 9, 10). Türkiye'de gerçekleştirilen bir çalışmada ise DEHB sıklığı %13.38 olarak bulunmuştur.

Etiyoloji

Yapılan araştırma sonuçlarına göre DEHB'nin önemli bir genetik bileşeni olduğu iyi bilinmektedir. İkiz çalışmalardan elde edilen havuzlanmış veriler, DEHB'nin ortalama kalıtsallığının %76 oranında olduğunu göstermektedir. Beyin gelişimini etkileyen kalıtsal olmayan nörolojik etkenler de DEHB patogeneğinde rol oynamaktadır. Yine araştırma sonuçlarına göre gebelikte alkol veya tütün kullanımına maruz kalmanın ve düşük doğum ağırlığına sahip olmanın (<2.500 g) daha fazla DEHB riskini beraberinde getirdiği bilinmektedir. Hipoksik-anoksik beyin hasarı, epilepsi bozuklukları ve travmatik beyin hasarı da DEHB riskine

katkıda bulunmaktadır. Bunun yanı sıra çevresel etkenlerin (kurşun veya pestisit maruziyeti) de etiyojide rol oynadığı bilinmektedir.

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu olan bireylerle yapılan hacimsel ve fonksiyonel MRI çalışmalarında prefrontal korteks, bazal ganglionlar, anterior singulat korteks ve serebellumda yapısal gelişim ve fonksiyonel aktivasyonda farklılıklar bulunmuştur.

Tedavi

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tedavi edilebilen, uygun tedaviyle yüz güldürücü sonuçlar alınabilen biyolojik bir bozukluktur.

Okul öncesi yaş grubunda, öncelikle tercih edilen yaklaşım davranışsal müdahaleler ve aile müdahaleleridir, ilaç tedavisine bu yaş grubunda daha az sıklıkla başvurulur.

Okul çağı çocuklarında ise ilk basamakta farmakolojik yaklaşımın hiperaktiviteyi azaltmakta ve dikkati iyileştirmede oldukça etkili olduğu gösterilmiştir. Bunun yanı sıra olguların ihtiyaçlarına göre farmakolojik tedaviye, davranışsal müdahaleler, aile müdahaleleri, davranış yönetimine yönelik ebeveyn-öğretmen eğitimleri ve komorbid durumlarda bireysel psikoterapiler de eklenebilmektedir.

Farmakolojik tedavide en çok kullanılan ilaçlar stimulanlar (metilfenidat) ve bazı stimulan olmayan ilaçlardır (atomoksetin, klonidin, guanfasin). Bu ilaçların kullanımlarıyla ilgili ailelerin endişeleri olabilmektedir. Bu endişeler arasında ilaçların yan etki profilleri, ilaçların bağımlılık yapıp yapmayacağı gibi konular sayılabilir. İlaçlarla ilgili en sık görülen yan etkiler iştahta azalma, uykuya geçişte zorlanma gibi yan etkiler olup, sıklıkla geçicilerdir veya doz/süre ayarlamalarıyla kolayca düzenlenebilmektedir. İlaçların bağımlılık yapması gibi bir durum ise söz konusu değildir. Hatta düzenli ve uygun tedavinin DEHB'li çocukları bağımlılık riskinden koruduğu bilinmektedir.

OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞU

Otizm spektrum bozukluğu (OSB), sosyal iletişim-etkileşim alanlarında belirgin yetersizlikler ve sınırlı, yineleyici etkinlik, davranış ve ilgi alanlarıyla seyreden, erken çocukluk gelişimi sürecinde ortaya çıkan nörogelişimsel bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır.

Klinik Görünüm

OSB'nin tanınmasında iki temel belirti alanı değerlendirilmektedir.

Bu alanlardan ilki aşağıda sıralanan belirtilerle karakterize sosyal iletişim ve sosyal etkileşim becerilerinde süregelen yetersizliktir;

- Sosyal-duygusal karşılık vermede eksiklik (örneğin olağandışı toplumsal yaklaşım ve karşılıklı konuşmayı sürdürmemeye, ilgi alanlarını, duygularını/duygulanımını paylaşamama, toplumsal etkileşimi başlatamama/sürdürememe),
- Sosyal etkileşim sırasında sözel olmayan iletişimde eksiklik (ör. Göz teması ve vücut dilinde olağandışılık, jest ve mimikleri anlama ve kullanma eksiklikleri),
- İlişki başlatma, sürdürme ve ilişkileri anlamada eksiklik (ör. değişik toplumsal bağlamlara göre davranışlarını düzenleme güçlükleri, hayali oyun paylaşma veya arkadaş edinmede güçlükler, akranlara ilgisizlik).

Değerlendirilen ikinci alan ise aşağıda sıralanan belirtilerle karakterize sınırlı ve yineleyici davranış, ilgi ve etkinliklerdir;

- Basmakalıp ya da tekrarlayıcı motor hareketler, konuşmalar ya da nesne kullanımları (ör. bazı motor hareketleri tekraren yapma, bazı sözcük, cümle ya da ifadeleri tekrarlama, nesnelere amacına uygun olmayarak sıklıkla arka arkaya dizme ya da döndürme),
- Aynılıkta ısrarcı olma, rutinlere sıkı bağlılık ya da ritüel hâline gelmiş sözel ya da sözel olmayan davranışlar (ör. küçük değişikliklere aşırı tepki gösterme, değişiklikler ve geçişlerde güçlük, esnek olmayan düşünce örüntüleri, törensel selâmlama davranışları, her gün eve aynı rotadan gitmek ve aynı yemekleri yemek isteme),
- Yoğun, sınırlı ve değişkenlik göstermeyen ilgi alanları (ör. alışılmadık nesnelere aşırı bağlılık veya bunlarla yoğun meşguliyet, ileri derecede kısıtlı ya da saplantılı ilgi alanları),
- Duyusal uyaranlara karşı çok yüksek ya da düşük düzeyde tepki gösterme ya da çevrenin duyusal yanlarına sıra dışı bir ilgi gösterme (ör. ağrı/ısıya karşı kayıtsızlık, özgül birtakım seslere ya da dokulara karşı ters reaksiyon gösterme, nesnelere sıklıkla koklama ya da nesnelere aşırı dokunma, ışıklardan ya da hareketlerden görsel etkilenme).

Otizm spektrum bozukluğu tanısından bahsedilebilmesi için yukarıdaki belirtilerin erken çocukluk döneminde tespit edilmesi, toplumsal alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında klinik açıdan önemli bir bozulmaya sebep olması ve belirtilerin genel gelişimsel yetersizlikle alakalı olmaması gerekmektedir.

Gelişimsel değerlendirme için getirilen bir çocukta yukarıda bahsedilen belirtilerin bulunması veya şüphe oluşması durumunda çocuk zaman kaybetmeden bir çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanına yönlendirilmelidir. Klinik değerlendirme ve tanılama çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanları tarafından yapılmaktadır. Tanı koyma sürecinde kullanılan herhangi bir laboratuvar testi veya tıbbi test bulunmamaktadır. Uzman gözlemi ve çocukla iletişim içerisinde olan kişilerle yapılan görüşmelerden oluşan klinik değerlendirmeler tanı için

altın standarttır. Değerlendirme sürecinde ihtiyaç olması halinde çeşitli gelişim değerlendirme araçları da kullanılabilir.

Otizmin erken yaşta tespiti, erken müdahale açısından önem taşır. OSB deneyimli bir klinisyen tarafından bazen 18 aylıkken veya daha erken yaşta dahi tespit edilebilir. 2 yaşına kadar deneyimli bir profesyonel tarafından yapılan teşhisler güvenilir kabul edilebilir. Bu sebeplerle şüphe oluşması durumunda, çocuğun OSB için risk altında olabileceğini akılda tutarak gecikmeden bir uzmana başvurmak, çocuk tanı alacak kadar bariz belirtiler taşıyorsa bile takipte kalmak önemlidir.

Epidemiyoloji

1980'lere kadar otizm her 10000 çocukta 4 çocuğu etkileyen nadir bir bozukluk olarak düşünülüyordu. Ancak tanılma kriterlerinin belirlenmesi, alanda yapılan çalışmaların artması sonucu kriterlerin gelişmesi, toplumsal farkındalık artışı ve klinisyenlerin bu alanla ilgili bilgi birikiminin artması ile beraber OSB sıklığına dair çalışma sonuçları yıllar içerisinde farklılaşarak, artarak ilerlemiştir. Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (CDC), 1996 yılından bu yana otizm sıklığını araştırmaktadır. 2018 yılında 8 yaşındaki çocuklar arasında yapılan bir çalışmada, her 44 çocuktan 1'inin otizm tanısı olduğu saptanmıştır. Cinsiyet açısından bakıldığında ise OSB, erkekler arasında kadınlara göre 4.2 kat daha yaygın saptanmıştır.

Etiyoloji

Bugüne kadar yapılan bilimsel araştırmaların sonuçlarına göre otizme sebep olan izole tek bir neden yoktur, mevcut bilgiler ışığında otizm etiyojisi multifaktöriyel olarak kabul edilmektedir. Yani hem genetik ve hem çevresel etkenlerin birlikte rol oynadığı düşünülmektedir.

Otizmin etiyojisi araştıran çalışmalarda genetik etkenler en sık üzerinde durulan konulardandır. Çalışmalarda otizm tanılı bireylerin kardeşlerinde OSB görülme sıklığının arttığı belirtilmektedir. İkiz çalışmaları da otizmin genetik bileşenini desteklemektedir. İkizlerden birinde otizm olması durumunda tek yumurta ikizi diğer kardeşte OSB görülme oranı %70-90 civarındayken, çift yumurta ikizlerinde bu oran 0-%10 olarak tespit edilmiştir.

Çevresel faktörler arasında ileri ebeveyn yaşı, maternal beslenme ve metabolik durum, gebelikte geçirilen enfeksiyonlar, prenatal stres, toksik ajanlara, ağır metallere ve ilaçlara maruziyet sayılabilir. Bu çevresel faktörler içinde özellikle artmış baba yaşı, çocuklarda artmış OSB riskiyle sıklıkla ilişkilendirilmiştir.

Bu noktada üstünde durulması gereken önemli bir nokta aşılardır, son dönemde aşılarda otizm yaptığına dair söylemler gündeme gelmektedir ancak yapılan çalışmalarda aşılarda otizm arasında bir ilişki saptanmamıştır hatta bu sebeple aşılara ara verilen ülkelerde aşılara ara verilen dönemlerde otizm sıklığında artış olduğu görülmüştür.

Tedavi

Otizm her bireyi farklı açılardan ve farklı düzeylerde etkilemektedir. Kimi çocuk için sorunlar şiddetli olabilirken, kimi çocuklar hafif belirtilerle seyredebilmektedir. Bu nedenle bireysel bir tedavi süreci planlaması gereklidir. Mevcut tedaviler, OSB ile ilgili, çocuğun işlevselliğini ve yaşam kalitesini etkileyen belirtileri azaltmayı amaçlamaktadır.

Yapılacak müdahale planları bu doğrultuda çocuğun belirtilerine, belirti şiddetine ve ek hastalıklarına göre değişebilmektedir. Müdahale planlarında amaçlananlar; OSB'nin çekirdek belirtilerini azaltmanın yanı sıra bireyin kendi potansiyelini başarabilmesi, eşlik eden durumların tedavi edilmesi, bakımveren bireyleri eğitmek ve desteklemek olarak sıralanabilir.

Özellikle otizmin temel belirtileri için erken tanılama ve eğitilmiş uzmanlar tarafından sağlanacak spesifik psikososyal müdahalelere ulaşım otizmli çocukların gidişatlarını iyileştirebilmektedir.

Geniş OSB gruplarında, etkinliği bütün gruplarda kanıtlanmış bir yöntem henüz mevcut olmamakla birlikte, en çok kanıta dayalı veri olan tedavi yaklaşımı davranışçı yöntemlerdir. Bu kapsamda eğitsel ve davranışsal müdahaleler uygulanmaktadır. Uygun olgularda konuşma ve dil terapisi, uğraş tedavisinden de yararlanılabilmektedir.

Otizmin kendine özgü bir ilacı olmamasına rağmen, otizmi olan çocuklarda ilaç tedavisine sıklıkla başvurulabilmektedir. Bunun sebebi OSB'ye eşlik eden birçok başka medikal ve ruhsal hastalık olabilmesidir. OSB tanısı olan bireylerde genel popülasyona göre daha fazla DEHB, kaygı bozukluğu, depresyon, obsesif kompulsif bozukluk gibi ruhsal hastalıklar görülebilmektedir. Agresyon ve irritabilite de sık rastalanan durumlardır. Bu durumlar OSB seyrinde gidişatı kötüleştirilebilmekte veya bireysel eğitim sürecinde uyumu bozarak süreci sekteye uğratabilmektedir. O nedenle bu hastalıkların kanıta dayalı tedavilerle tedavi edilmesi, zorlaştırıcı faktörleri ortadan kaldırması/hafifletmesi sebebiyle, çocuğun sürece uyumunu artıracığından önemlidir.

Bu noktada üstünde durulmak istenen diğer bir durum, ebeveynlerin sıklıkla sorduğu diyet uygulamasıdır. Yapılan araştırmalar diyetin OSB'li çocuk ebeveynleri tarafından tercih edilebilen/sorulabilen yöntemlerden biri olduğunu göstermektedir. Kazeinsiz/glütensiz diyetler bu kapsamda sık bahsi geçen örneklerdendir. Diyet konusunun bu denli sık gündem olmasının sebebi bu çocuklarda sık görülen sindirim sistemi problemleridir. Diyetler eğer mevcut sindirim sistemi sorunu için kullanılıyorsa, sindirim sistemi sorununun ortadan kalkmasına yardımcı olabilese de, OSB çocukların otistik belirtilerinde anlamlı iyileşme yaratmadığı çalışmalarda kanıtlanmıştır.

Özgül Öğrenme Güçlüğü

Özgül öğrenme güçlüğü (ÖÖG) başlığı, içerisinde konuşma, okuma, yazma, anlama ya da aritmetik becerilerin kazanılmasında ve/veya kullanılmasında gecikme ya da bozulma ile kendini gösteren bir grup bozukluğu içeren bir terimdir.

Klinik Görünüm

Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'ndaki tanı kriterleri aşağıdaki gibi belirtilmiştir:

Gerekli girişimlerde bulunulmuş olmasına karşın, aşağıdaki belirtilerden en az birinin varlığı ile belirli, öğrenme ve okul becerilerini kullanma güçlükleri:

- Kelime okumanın yanlış veya yavaş ve aynı zamanda çok çaba gerektiriyor olması
- Okunan kelime veya metnin anlamını anlayabilme güçlüğü
- Harf harf söyleme/yazma güçlükleri
- Yazılı anlatımda görülen güçlükleri
- Sayıları algılama veya hesaplamada güçlükler
- Sayısal mantık yürütme alanında güçlükler

Etkilenen okul becerileri, çocuğa uygulanmış olan geçerli ölçümlerle ve detaylı klinik inceleme ile doğrulandığı üzere, kişinin takvim yaşına göre beklenen seviyenin önemli ölçüde ve ölçülebilir derecede altındadır ve okulla veya işle ilgili performansı ya da günlük yaşam etkinliklerini belirgin derecede bozmaktadır. Belirtiler genellikle okul zamanlarında başlar, ancak etkilenen okul becerileriyle ilgili gereklilikler, kişinin sınırlı yeterliğini aşmadığı müddetçe tam olarak kendini göstermeyebilir

Özgül öğrenme güçlüğü'nün okuma bozukluğu (disleksi), yazılı anlatım bozukluğu (disgrafi) ve matematik bozukluk (diskalkuli) gibi türleri bulunmaktadır (APA, 2022). Çocuklarda özgül öğrenme bozukluğuna dair ilk şüpheler sıklıkla çocuk ilkökul 1. sınıfa devam ederken oluşur. Gerekli akademik çabaya rağmen ilerleme kaydedemeyen çocuklar çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanına yönlendirilir. Hekim tarafından aileden ve okuldan alınan bilgiler, çocuğun klinik değerlendirmesi, gelişim değerlendirmesi ve zeka testlerinin değerlendirilmesi sonrası tanı konulur.

Epidemiyoloji

Özgül öğrenme güçlüğü sıklığını değerlendirmek için yapılan çalışmalarda bulunan sonuçlar birbirinden farklıdır. Okul çağı çocuklarında bu sıklığın %5

oranında görüldüğü, ancak farklı çalışmalarda oldukça farklı sonuçlar (%1-33) bildirildiği görülmektedir. Ülkemizde Edirne’de yapılan bir çalışmada okuma, yazma ve matematik güçlüklerinin görülme oranları ayrı ayrı değerlendirilmiştir ve sonucunda okuma alanında güçlük %3.6, yazma alanında güçlük %6.9 ve matematik alanında güçlük %6.5 oranlarında bulunmuştur. Cinsiyetler açısından farklılaşmaya bakıldığında pek çok çalışmada özellikle okuma bozukluğunun erkeklerde kadınlara göre daha fazla olduğu savunulmaktadır.

Özgül Öğrenme Bozukluğu’nun tanımlanmış alt tipleri arasında en sık görülenin okuma güçlüğü yani disleksi olduğu bilinmektedir ve vakaların %80’i okuma bozukluğuna (disleksi) sahip bireylerden oluşmaktadır. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu tanısı ile Özgül Öğrenme Güçlükleri arasında karşılıklı bir ilişki vardır: Özgül Öğrenme Güçlüğü bulunan bireylerle ülkemizde yapılan bir çalışmada olguların yaklaşık %28.5’inde DEHB saptanmıştır. Yapılmış başka çalışmalarda; ÖÖG’de düşük benlik saygısı, somatik yakınmalar, anne, baba veya öğretmenle kötü ilişki ve akran ilişkilerinde zorluklar ve intihar girişiminin normal akranlarına göre daha fazla olduğunu öne sürülmüştür. Tüm bu bilgiler ışığında ÖÖG’li çocukların detaylı değerlendirmeden geçmesinin çok önemli olduğu söylenebilir.

Etiyoloji

Özgül öğrenme güçlüğü’nün etiolojisinde hem genetik hem de çevresel etkenlerle ilişkilendirilmiştir. ÖÖG’ye sebep olan baskın etiyolojik faktörün genetik faktörler olduğunu öne süren pek çok çalışma mevcuttur. Ebeveynlerden birinde ÖÖG bulunması çocukta da ÖÖG ortaya çıkması için önemli bir risk faktörü olarak değerlendirilmektedir. Bireylerin beyin yapısındaki farklılıklar da ÖÖG etiolojisinde üzerinde durulan diğer önemli sebeplerdendir. Genel toplumun 2/3’ünde sol planum temporale sağdakinden 1/3 oranında büyüktür. 81 çocukla yapılan bir çalışmada dislektik oğlan çocuklarda kontrol grubuna göre sağa doğru asimetri gösteren planum temporale gösterilmiştir. Bu da beyin yapısındaki farklılıkların ÖÖG etiolojisinde rol oynayabileceğini göstermektedir.

Tedavi

Özgül öğrenme güçlüğü ömür boyu devam eden bir durumdur. Tedavisi ise özel eğitimidir. Çocuk hem okuluna devam eder hem de ayrıca bireysel veya grup halinde özel bir eğitim programına yönlendirilir. Özgül öğrenme güçlüğü’nü ortadan kaldıracak bir ilaç tedavisi bulunmamaktadır. Ancak ÖÖG’ye diğer ruhsal bozukluklar (örn. Dehb, depresyon, kaygı bozukluğu gibi) eşlik ediyorsa bunların ilaç tedavisi veya bireysel terapi desteğiyle tedavisinin yapılması eğitsel sürecin daha sağlıklı ilerlemesine katkı sağlayacaktır.

Depresyon

Depresif Bozukluklar keyif verici aktivitelere ve etkileşimlere rağmen süregelen çökkün duygudurum, keyif alamama veya huzursuzluk (irritabilite) ile karakterize durumlardır. Uykuda ve iştahta değişimler eşlik edebilir. Değersizlik veya aşırı suçluluk duyguları ve bazen de yineleyen ölüm düşünceleri/girişimleri gözlenebilir. Bu durum kişinin işlevselliğini olumsuz şekilde etkilemektedir (APA, 2022).

Klinik görünüm çocuğun içinde bulunduğu yaş dönemine göre çeşitlilik göstermektedir. Bebeklik ve küçük çocukluk döneminde kayıtsızlık, sosyal içe çekilme, uykusuzluk, kilo kaybı gözlenebilirken, ilerleyen yaşla beraber sözel ifade gelişir ve üzüntülerini sözel olarak bildirebilirler. Ebeveynlerinin farkına varmadığı özkıyım düşünceleri, uyku bozukluklarından söz edebilirler. Huzursuzluk ve ilgi-istek kaybı da gözlenebilir. Ergenlik başlangıçlı depresyon, ergenlik öncesi dönemde gözlenen depresyona göre erişkin depresyonuna daha çok benzerlik gösterir. Ergenler, içinde buldukları dönem itibarıyla duygu, düşünce ve ilişkilerinde ani değişiklikler yaşarlar. Depresyondaki ergenler bu değişiklikleri daha hızlı deneyimleyebildikleri gibi, yetişkinlerdeki depresyonda olduğu gibi sosyal geri çekilme, ilgi ve etkinlikte azalma, arkadaş ilişkilerinde bozulma, okul başarısında düşme, okul ve evden kaçma, madde ve alkol kullanma eğilimi ile intihar düşünce ve girişimleri şeklinde depresyon belirtileri de gösterebilirler. Çocuk ve ergen depresyonu ile ilgili yapılan araştırmalar ergenlikte depresyonun ortaya çıkma riskinin arttığını ortaya koymaktadır.

Epidemiyoloji

Çocuk ve ergen yaş grubunda depresyonun görülme sıklığı araştırıldığında yöntemsel farklılıklar sebebiyle farklı sonuçlar ortaya koyan çalışmalar bulunmaktadır. Çalışma sonuçlarına göre depresif bozuklukların yaygınlığı, okul öncesi ve okul çağı (ergenlik öncesi) çocuklarda %1-2, ergenlerde %3-8 ve ergenliğin sonuna kadar yaşam boyu yaygınlığı yaklaşık %20 olarak tespit edilmiştir. 2022 yılında yayımlanan güncel bir çalışmaya göre ise 3-17 yaş arasındaki çocuklarda depresyon görülme sıklığı %4.4 olarak saptanmıştır.

Depresyon erkeklere nazaran kadınlarda daha sık görülmektedir ve ilk ergenlik döneminde ortaya çıkan bu kadın baskınlığına cinsiyet hormonlarındaki artışın aracılık ettiği düşünülmektedir.

Etiyoloji

Depresyonu açıklayan tek bir teori yoktur, bunun yerine depresyonun etiyojisinde birçok değişkenin bir araya geldiği düşünülmektedir. Çalışmalarda özellikle vurgulanan etkenler, genetik ve biyolojik etkenler, çevresel etkenler ve psikososyal etkenlerdir. Pubertal gelişimin de depresyonun gelişmesi üzerine etkili

olduğu düşünülmektedir. Hormon düzeyleri duygudurum üzerinde her iki cinstede etkilidir. Adrenal androjen seviyesinin erkeklerde, östrojen artışının kadınlarda olumsuz duygulanımla ilişkili olduğu öne sürülmüştür. Tüm bu bulgular hormonal değişikliklerin duygudurum üzerine etkisinin önemini vurgulamaktadır.

Her iki ebeveynin de major depresyon öyküsünün olduğu durumlarda çocukta depresyon görülme oranı daha da yükselmektedir. Depresyon tanısı alan çocuk ve ergenlerle yapılan çalışmalar, birinci derece akrabalarında depresyon görülme sıklığını %20-46 arasında bildirmektedir. Depresyonun erken görüldüğü olguların akrabalarında depresyon görülmüş olma oranı en yüksektir. Olumsuz aile ortamı depresyon, özkiyim düşüncesi, özkiyim girişimleri riskini arttırmaktadır. Aile yapısı ve işlevselliği, özellikle emosyonel destek azlığı/yokluğu özkiyim davranışıyla bağlantılı bulunmuştur. Depresyon görülme riskini etkileyen diğer aile etmenleri boşanma, geniş aile, büyük kardeşin alkol madde bağımlılığı olarak sıralanabilir. Cinsel olarak kötüye kullanılmış olanlarda depresyon riski artar. Fiziksel hastalık öyküsü de depresyona sebep olmakla birlikte, var olan depresyonu da şiddetlendirebilmektedirler.

Tedavi

Mevcut tedavi rehberlerinde hafif-orta depresyonda psikoeğitimin, sosyal desteğin, önerilen terapi yaklaşımlarının (ör bilişsel davranışçı terapi, kişilerarası ilişkiler terapisi, aile terapisi) ve yakın izlemin önemi vurgulanmaktadır. Gerekli olgularda ilaç tedavisi de eklenebilmektedir. Daha ciddi depresyon olgularında ise ilaç tedavisine ek olarak psikoterapi uygulamalarının en iyi sonuçları verdiği üzerinde durulan diğer bir noktadır.

Obsesif Kompulsif Bozukluk (Takıntı Zorlantı Bozukluğu)

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) çocuk ve ergenlerde de yetişkinlerde olduğu gibi işlevselliği olumsuz yönde etkileyen bir durumdur. Klinik olarak takıntıların (obsesyonların), zorlantıların (kompulsiyonların) ya da her ikisinin birlikte varlığı değerlendirilir.

Takıntılar (yani obsesyonlar) zaman zaman istenmeden geliyor gibi deneyimlenen, çoğu insanda yoğun bir kaygı/sıkıntıya sebep olan, tekrarlayıcı ve süreğen düşünceler, itkiler ya da imgeler olarak tanımlanır ve kişi, bu takıntılara aldırılmama veya bunları baskılamaya çalışır veya bunları başka bir düşünce ya da eylemle nötrleştirme (bir zorlantıyı yerine getirerek) girişimlerinde bulunur. Zorlantılar (kompulsiyonlar) ise kişinin takıntısına reaksiyon olarak veya katı bir biçimde uyulması gereken kurallara göre yapmaya zorlanmış gibi hissettiği tekrarlayıcı davranışlar (örn. el yıkama, eşyaları düzenleme, kontrol etme) ya da mental eylemler (örn. dinsel değeri olan bazı sözler söyleme, içinden sayı sayma, sözcükleri içinden tekrarlama) olarak tanımlanır. Bu davranışlar ya da mental

eylemler, yaşanan kaygı/sıkıntıdan korunmak veya bunları azaltmak veya korkulan bir olaydan/durumdan sakınmak için yapılır; ancak bu davranışlar ya da zihinsel eylemler, nötrleştireceği ya da korunulacağı tasarlanan durumlarla gerçekçi bir şekilde ilişkili değildir veya bariz bir şekilde aşırı düzeydedir. Küçük çocuklar bu davranışlarının ya da zihinsel eylemlerinin amaçlarını açıklayamayabilirler. Bu takıntı ya da zorlantılar için kişi zaman harcar ya da klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur (APA, 2022). OKB tipik olarak kronik bir seyir izler ve çocuğun hayatında pek çok alanda belirgin bir işlevsellik bozulmasına sebep olur.

Epidemiyoloji

Yetişkinlerde OKB sıklığını araştıran çalışmalarda yaşamboyu OKB prevalansı %2.3 olarak saptanmıştır. Epidemiyolojik çalışmalar, çocuk ve ergenler arasında OKB sıklığını %0.25-4 olarak belirtmektedir. Oranların yaş ile birlikte artış gösterdiği belirtilmektedir. Cinsiyet açısından bakıldığında, özellikle erkeklerde OKB'nin daha erken yaşlarda başladığı görülmektedir. Ayrıca OKB'li bireyler arasında hafif bir kadın baskınlığının olduğu belirtilmiştir.

Etiyoloji

Aile çalışmaları ve ikiz çalışmalarından elde edilen veriler hastalığın genetik komponentine işaret etmektedir. İkiz çalışmaları, genetik etkenlerin çocuklardaki OKB varyansının %45-65'ini açıkladığına ve anksiyete ve depresif bozukluklara göre OKB'de daha fazla kalıtsallık olduğuna işaret etmektedir. Özellikle serotonerjik, dopaminerjik ve glutamaterjik sistemin OKB'de etkili olduğu görülmektedir.

Genetik faktörlerin yanı sıra, çevresel faktörler de hastalığın ortaya çıkışında katkı sağlamaktadır, ancak çevresel faktörlerle ilgili bilinenler halen görece azdır. Geriye dönük incelemenin yapıldığı bir çalışmada depresyon gibi diğer ruhsal hastalıklarla bir ilişki saptanmış olmasına rağmen olumsuz çocukluk yaşantıları ile OKB arasında bir ilişki bulunamamıştır.

Başvuruda gecikme hiç de az rastlanan bir durum değildir. Kişiler bazen takıntı ve/ya zorlantılarından utanmakta, semptomları gizlemeye çalışmaktadır veya bu durumun bir hastalık olup tedavisinin mümkün olduğunun farkında bile olmayabilir. Bazen de bu durum çocukluk çağında normal olarak da gözlenebilen bazı ritüelistik davranışlarla karıştırılabilmektedir. Bu sebeplerle tanı için eğer bir şüphe varsa çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı ile görüşmek önemlidir. Klinik değerlendirme neticesinde tanı konur. Tanı için kullanılan bir kan testi veya görüntüleme aracı yoktur. Durumun şiddetini saptamak için hekim bazı değerlendirme ölçeklerinden yararlanabilir.

Tedavi

Çocukluk çağı OKB'si için, etkinliği çalışmalarla gösterilmiş, kanıta dayalı tedavi yaklaşımları bilişsel davranışçı terapi ve farmakolojik tedavilerdir. Hekim çocuğun içinde bulunduğu yaş dönemine, belirtilerin boyutu ve şiddetine göre uygun tedavi yaklaşımını belirleyecektir. Hafif şiddette OKB yakınmaları olan, uygun olgularda öncelikle terapi tercih edilirken, durum daha şiddetli ise, kişi terapiyi tercih etmiyorsa veya terapi ile istenen iyileşme sağlanamıyorsa farmakoterapiden yararlanılmaktadır. Günümüzde çocuk ve ergenlerde bu anlamda kullanılabilen güvenilir ilaç tedavileri mevcuttur.

Çocukluk Çağı Kaygı Bozuklukları

Çocukluk çağında korku sık gözlenen duygulardandır. Çocuğun içinde bulunduğu gelişim evresine bağlı olarak korkulan nesne değişebilmekte, duyulan korkunun şiddeti de farklılık gösterebilmektedir. Dolayısıyla çocukluk çağında görülen her korku, bir kaygı bozukluğu olarak isimlendirilemez. Bir durumu bozukluk olarak tanımlamanın ilk kriteri kişinin işlevselliğini olumsuz etkiliyor olmasıdır.

Bugün yapılan çalışmalar neticesinde kaygı bozukluklarının çoğunun çocukluk ve ergenlik döneminden köken aldığı bilinmektedir. Kaygı bozuklukları ortalama 6 yaş olan başlangıç yaşıyla ortaya çıkan ilk psikiyatrik durumlardandır. Oldukça sık görülmektedir ve müdahale edilmediği takdirde kısa ve uzun vadeli olumsuz etkiler eşlik edebilmektedir.

Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-Beşinci Baskı (DSM-5) tarafından sınıflandırılan kaygı bozuklukları yaygın kaygı bozukluğu, sosyal kaygı bozukluğu, ayrılık kaygısı bozukluğu, özgül fobi, panik bozukluğu ve agorafobi alt başlıklarını içermektedir.

Özgül fobi, ortak bir durum/odakla ilgili sınırlı bir korku ile karakterizedir.

Ayrılma kaygısı bozukluğu, bir çocuk yakın bağlanma figürlerinden ayrıldığında yaşanan sıkıntı ile karakterizedir.

Sosyal kaygı bozukluğu olan çocuklar sosyal durumlarda yoğun bir kaygı yaşarlar, kendilerini utandırmaktan ve akranları veya başkaları tarafından olumsuz değerlendirilmekten korkarlar.

Yaygın kaygı bozukluğu, uykusuzluk, konsantrasyon güçlüğü, sinirlilik, yorgunluk ve kas gerginliğinin yanı sıra çok sayıda bedensel semptomun eşlik ettiği aşırı, kontrolü zor, yaygın alanlarda kaygı ile karakterizedir.

Panik bozukluk, tipik olarak ortaya çıkan "son" anksiyete bozukluğudur, sıkıntılı bedensel ve bilişsel semptomların ayrı, hızlı başlangıçlı ve yoğun dönemleri (yani ataklar) ile karakterizedir.

Tanı klinik değerlendirme neticesinde çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı tarafından konular. Taniya yardımcı bir kan tahlili veya görüntüleme yöntemi yoktur.

Epidemiyoloji

Kaygı bozuklukları çocukluk döneminde başlayan ve yaşam boyu görülme sıklığının yaklaşık %30 olması ile birlikte, en sık görülen ruh sağlığı sorunlarından bir tanesidir. Kadınlarda erkeklere göre daha sıklıkla görüldüğü saptanmıştır.

Spesifik fobi için ortalama başlangıç yaşı 6, ayrılık kaygısı bozukluğu için 8, sosyal kaygı bozukluğu için 12, yaygın kaygı bozukluğu için 13 ve sonrası ve panik bozukluk için yaklaşık 14 ve sonrası olarak tespit edilmiştir.

Etiyoloji

Kaygı bozuklukları için çevresel, biyolojik ve gelişimsel risk faktörleri tanımlanmış olmasına rağmen, bu faktörlerin bir kaygı bozukluğunun gelişmesine neden olacak şekilde nasıl etkileştiği büyük ölçüde belirsizdir. Ayrıca davranışsal inhibisyon, bilişsel risk faktörleri de son dönemde üzerinde durulan konulardandır (belirsizlik intoleransı, öğrenilmiş kaçınma davranışları vb).

Ebeveynlerin aşırı koruyucu tutumlarının etkisine dair ise çalışma sonuçları farklılık göstermektedir. Korkuyu öğrenme ve tehdit önyargısı açısından bakıldığında, ebeveynler endişeli davranışları modellediği zaman, çocukların yeni durumları keşfetme konusunda isteksizleştiği, daha fazla kaçınma davranışı sergilediği ve durumlara temkinli yaklaştığı görülmektedir.

Tedavi

Tedavide etkinliği çalışmalarla gösterilmiş, kanıta dayalı tedavi yaklaşımları bilişsel davranışçı terapi ve farmakolojik tedavilerdir. Çocuğun bireysel değerlendirme sonucuna göre (klinik şiddet düzeyi, çocuğun yaşı vb) tedavi süreci planlanır. Hafif şiddetteki durumlarda terapi (örn bilişsel davranışçı terapi), daha şiddetli veya terapiye iyi yanıt vermeyen durumlar için ise ilaç tedavisi önerilebilmektedir.

Entelektüel Gelişim Bozukluğu (Entelektüel Yetiyitimi)

Zeka; akıl yürütme, planlama, problem çözme, soyut düşünme, karmaşık fikirleri kavrama, verimli öğrenme ve deneyimlerden öğrenmeyi içeren genel zihinsel kapasite olarak tanımlanmaktadır. Tarihsel olarak, entelektüel yetiyitimi (önceden “zihinsel gerilik” olarak adlandırılıyordu), standardize edilmiş zeka ölçekleriyle belirlenen önemli bilişsel eksikliklerle tanımlanmıştır.

DSM-5, entelektüel yetiyitimini, çocuklukta başlayan ve zihinsel zorluklarla birlikte kavramsal, sosyal ve pratik yaşam alanlarındaki zorluklarla karakterize edilen nörogelişimsel bir bozukluk olarak tanımlar. Entelektüel yetiyitiminin DSM-5'e göre teşhisi için aşağıdaki üç kriterin karşılanması gerekmektedir;

1. Klinik değerlendirme ve bireyselleştirilmiş standardize zeka testleri ile doğrulanan entelektüel işlevsellikte – “muhakeme, problem çözme, planlama, soyut düşünme, yargılama, akademik öğrenme ve deneyimden öğrenme” eksiklikler;

2. Bireyin bağımsızlığı ve sosyal sorumluluklarını yerine getirme becerisi için gerekli olan, gelişimsel ve sosyokültürel standartlara uymayı önemli ölçüde engelleyen adaptif işlevlerdeki eksiklikler;

3. Bahsi geçen bu eksikliklerin çocukluk döneminde başlaması.

DSM-5, entelektüel işleyişin birkaç farklı bileşeni yansıttığını belirtmektedir: sözel anlama, çalışma belleği, algısal akıl yürütme, niceliksel akıl yürütme, soyut düşünce ve bilişsel etkinlik (APA, 2022). Doğru ölçümler, psikometrik olarak geçerli, kültürel olarak uygun olan ve bireysel olarak uygulanan bir araç gerektirmektedir.

Epidemiyoloji

Çalışma sonuçlarına göre entelektüel yetiyitimi tanısı alanlar arasında erkek cinsiyet kadınlara nazaran daha sıktır. Ulusal Sağlık Mülakat Anketine göre (National Health Interview Survey), 1997'den 2008'e kadar, entelektüel yetiyitimi yaygınlığı erkeklerde yüzde 0,78 ve kızlarda yüzde 0,63 idi.

Etiyoloji

Toksik maddelere maruz kalma (örneğin doğum öncesi alkole maruz kalma, doğum öncesi veya doğum sonrası kurşun maruziyeti), beslenme yetersizlikleri (örneğin doğum öncesi iyot eksikliği), radyasyon, çocukluk çağı beyin enfeksiyonları, travmatik beyin hasarı ve anne gebeyken geçirdiği enfeksiyonlar (örneğin kızamıkçık, sitomegalovirüs) gibi çevresel faktörler entelektüel yetiyitimine yol açabilir. Ek olarak, doğum öncesi ve doğum sonrası komplikasyonlar (örneğin hipoksemi ve periventriküler kanama gibi prematürel komplikasyonları) entelektüel yetiyitimi ile sonuçlanan beyin hasarına neden olabilir.

Genetik faktörler entelektüel yetiyitiminde önemli bir rol oynamaktadır. Toplumdaki birçok entelektüel yetiyitimi vakası bilinmeyen bir etiyolojiye sahiptir. Entelektüel yetiyitiminin çeşitli nedenleri ve sonuçları nedeniyle, ilk değerlendirme entelektüel ve yaşam becerilerini, genetik ve genetik olmayan etiyolojilerin tanımlanmasını ve tedavi gerektiren durumların (örn., epilepsi ve fenilketonüri) teşhisini ele almalıdır. Prenatal ve perinatal tıbbi öyküler, fizik muayene, genetik değerlendirmeler ve metabolik tarama ve nörogörüntüleme değerlendirmesi, bozukluğun seyrini etkileyebilecek özelliklerin belirlenmesine yardımcı olabilir.

Tedavi

Entelektüel yetiyitimine yönelik tedaviler genellikle üç ana kategoriye ayrılır: (a) altta yatan nedenini iyileştirmeye veya hafifletmeye yönelik tedaviler, (b) hastanın işlevselliğini ve yaşam becerilerini geliştirmek amacıyla eşlik eden fiziksel ve zihinsel bozuklukların farmakolojik tedavileri; ve (c) erken davranışsal ve bilişsel müdahaleler, özel eğitim, rehabilitasyon ve psikososyal destekler.

Çocukta entelektüel açıdan gerilik olduğuna dair şüphe duyulması durumunda çocuk vakit kaybetmeden gelişimsel, klinik değerlendirme ve zeka değerlendirmesi için ilgili uzmanlara (pediatrist, çocuk gelişimi uzmanı, çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı ve ilgili diğer uzmanlar) yönlendirilmelidir. Gerekli gelişimsel, klinik değerlendirmeler ve standardize zeka ölçüm testleri sonucunda tanı konulduğunda, altta yatan neden tespit edilebiliyorsa bu nedene yönelik spesifik tedaviler önerilebilir. Bunun yanı sıra çocuk bireysel eğitim programı (BEP) için özel eğitim birimlerine yönlendirilmelidir. BEP çocuk için özel olarak hazırlanmış bir program olup, çocuğun ilerlemesi için kendi şartlarına göre düzenlenmiş bu program dahilinde ilerlemesi çocuğun yüksek yararına olacaktır. Ayrıca entelektüel yetiyitimine sıklıkla diğer tıbbi ve psikiyatrik hastalıklar (örn: dehb, depresyon, kaygı bozuklukları...) da eşlik edebildiğinden değerlendirme esnasında olası komorbiditelerin de tespit edilmesi, tedavi sürecinin planlanması, çocuğun bireysel eğitim programından göreceği faydayı artıracaktır.

İletişim Bozuklukları

DSM-5'te iletişim bozuklukları ana başlığı; dil bozukluğu, konuşma sesi bozukluğu, çocuklukta başlayan konuşmada akıcılık bozukluğu (kekemelik), sosyal (pragmatik) iletişim bozukluğu alt başlıklarını içermektedir.

Özgül dil bozukluğu çocuğun yaş ve gelişim düzeyinden beklenen beceri düzeyindeki kelime ve cümlelerle düşüncelerini ifade etmekte güçlük yaşaması ile kendini göstermektedir. Sosyal (pragmatik) iletişim bozukluğu, sözel ve sözel olmayan iletişimin sosyal kullanımında süreğen zorluklarla karakterize yeni bir tanıdır. Konuşma sesi bozukluğu konuşmanın anlaşılabilirliğini bozan ya da iletilerin sözel olarak aktarılmasını engelleyen, konuşmada kullanılan sesleri çıkarmada süregiden bir güçlük olması durumudur. Kekemelik ise kelimeler, sesler ya da hecelerin tekrarlanması, konuşma sırasında duraklama veya dengesiz konuşma hızı ile karakterize bir konuşma bozukluğudur (APA, 2022).

Etiyoloji

Genellikle erkeklerde kadınlardan daha sık görülmektedir. Ailesel kümelenme eğilimleri vardır. İletişim bozuklukları etiyojisinde genetik etmenler, çevresel etmenler, nörogelişimsel immatürite, beyin anormallikleri, işitsel etmenler ve bazı psikolojik faktörler gibi risk faktörleri üzerinde durulmaktadır.

Konuşma gelişiminde normal gelişimsel süreci takip etmeyen çocuklar klinik değerlendirme için bir çocuk hekimi ve çocuk ve ergen psikiyatristine yönlendirilmelidir. Tanı koyma sürecinde işitme testi istenebilmekte, klinik değerlendirmenin yanı sıra bazı gelişimsel testler ve standardize dil değerlendirme testlerinden yararlanılabilmektedir. Süreçte iletişim bozukluğu yaşayan çocuklarda pek çok komorbidite de gözlenebilmektedir (dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, kaygı bozukluğu gibi).

Tedavi

İletişim bozuklukları için dil ve konuşma terapisi ve özel eğitim önemlidir. Ayrıca ailenin uygun yaklaşımlarla ilgili danışmanlık alması ve çocukta varsa komorbiditelerin de uygun şekilde tedavisi çocuğun sürece uyumunu ve eğitimden alacağı verimi artıracığından ötürü önemlidir.

Dışa Atım Bozuklukları

Dışa atım bozuklukları (enürezis ve enkoprezis) çocuğun da ailenin de yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bozukluklardandır.

Enürezis, 5 yaşından büyük çocukların gündüz ya da gece yatağını veya elbiselerini istemsiz olarak ıslatmasıdır. Sadece gece uykuda idrar kaçıran çocuklar için “Enürezis Nokturna” terimi kullanılır. Gündüz uyanırken idrar kaçırmaya ise “Enürezis Diurna” olarak adlandırılır.

Enkoprezis ise 4 yaşından büyük çocuklarda tekrarlayıcı nitelikte dışkı kaçırmaya veya dışkının uygunsuz yerlere yapılması olarak tanımlanır.

Epidemiyoloji

Sıklığına bakıldığında 5 yaşındaki çocukların yaklaşık %20’si yatağını ıslatmakta ve bu oran yaş arttıkça azalmaktadır. Enkoprezis ise 5 yaş çocuklarında %2, 7 yaş çocuklarında ise %1 oranında görülmektedir. Her iki hastalık için de komorbidite durumu sıktır, genellikle eşlik eden başka psikiyatrik bozukluklar da saptanır.

Etiyoloji

Etiyolojide genetik etkenlerin rol oynadığı iyi bilinmektedir. Enürezis öyküsü olmayan bir ailenin çocuğunda enürezis görülme oranı %15 iken, 1 ebeveynde enürezis öyküsü olan çocukta bu oran %44, 2 ebeveyne enürezis öyküsü olan çocukta bu oran %77 olarak saptanmıştır. Mesane/gastorintestinal sistem fizyolojisiyle ilgili sorunlar, psikososyal etkenler (uygun olmayan tuvalet eğitimi, aile düzenindeki değişiklikler, kardeş doğumu gibi) diğer etiyolojik faktörler arasındadır.

Dışa atım bozuklukları için şüphe oluştuğunda ayrıntılı değerlendirme için bir çocuk hekimi ve ardından çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanına yönlendirme yapmak önemlidir.

Tedavi

Enürezis ve enkoprezis çocukta başaramama duygusunu ve 'büyüyememenin verdiği üzüntüyü' pekiştirir, çocuğun etkinliklerini kısıtlayabilir ve benlik algısını etkileyebilir. Bu nedenle müdahale konusunda hassas olunmalıdır. Tedavi yöntemi seçimi çocuğun yaşına, sorunun sıklığına durumun aciliyetine göre değerlendirilir. Tedavide günlük kayıt tutma, besin-sıvı alımının düzenlenmesi, alarm cihazı, davranışçı yaklaşımlar ve ilaç tedavilerinden yararlanılmaktadır.

Kaynaklar

Abrahams, B. S., & Geschwind, D. H. (2008). Advances in autism genetics: on the threshold of a new neurobiology. *Nature Review Genetics*, 9(5), 341–355. <https://doi.org/10.1038/nrg2346>

Altarelli, I., Leroy, F., Monzalvo, K., Fluss, J., Billard, C., Dehaene-Lambertz, G., ... & Ramus, F. (2014). Planum temporale asymmetry in developmental dyslexia: Revisiting an old question. *Human Brain Mapping*, 35(12), 5717–5735

American Association on Intellectual Developmental Disabilities. (2010). *Intellectual disability: Definition, classification, and systems of supports*. Washington, DC.

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR)*. Washington, DC.

Angold, A., Costello, E. J., & Worthman, C. M. (1998). Puberty and depression: the roles of age, pubertal status and pubertal timing. *Psychological Medicine*, 28(1), 51–61. <https://doi.org/10.1017/s003329179700593x>

Bebbington, P.E. (1998). Epidemiology of obsessive-compulsive disorder. *Br J Psychiatry Suppl*, (35) pp. 2-6

Beesdo, K., Knappe, S., & 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.2009.06.00>

Beesdo, K., Pine, D. S., Lieb, R., & Wittchen, H. U. (2010). Incidence and risk patterns of anxiety and depressive disorders and categorization of generalized anxiety disorder. *Archives of general psychiatry*, 67(1), 47–57. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2009.177>

Birmaher, B., Brent, D., AACAP Work Group on Quality Issues, Bernet, W., Bukstein, O., Walter, H., Benson, R. S., Chrisman, A., Farchione, T., Greenhill, L., Hamilton, J.,

Keable, H., Kinlan, J., Schoettle, U., Stock, S., Ptakowski, K. K., & Medicus, J. (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(11), 1503–1526. <https://doi.org/10.1097/chi.0b013e318145ae1c>

Bitsko, R. H., Claussen, A. H., Lichstein, J., Black, L. I., Jones, S. E., Danielson, M. L., Hoenig, J. M., Davis Jack, S. P., Brody, D. J., Gyawali, S., Maenner, M. J., Warner, M., Holland, K. M., Perou, R., Crosby, A. E., Blumberg, S. J., Avenevoli, S., Kaminski, J. W., Ghandour, R. M., & Contributor (2022). Mental Health Surveillance Among Children-United States, 2013-2019. *MMWR supplements*, 71(2), 1–42. <https://doi.org/10.15585/mmwr.su7102a1>

Boat, T.F., Wu, J.T., editors (2015). Committee to Evaluate the Supplemental Security Income Disability Program for Children with Mental Disorders; Board on the Health of Select Populations; Board on Children, Youth, and Families; Institute of Medicine; Division of Behavioral and Social Sciences and Education; The National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine;. *Mental Disorders and Disabilities Among Low-Income Children*. Washington (DC): National Academies Press (US); Clinical Characteristics of Intellectual Disabilities. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK332877/>

Boyle, C. A., Boulet, S., Schieve, L. A., Cohen, R. A., Blumberg, S. J., Yeargin-Allsopp, M., Visser, S., & Kogan, M. D. (2011). Trends in the prevalence of developmental disabilities in US children, 1997-2008. *Pediatrics*, 127(6), 1034–1042. <https://doi.org/10.1542/peds.2010-2989>

Brooks-Gunn, J., Warren, M.P. (1989). Measuring physical status and timing in early adolescence: developmental perspective. *J Youth Adolesc*, 14:163-189.

Bush, G., Valera, E. M., & Seidman, L. J. (2005). Functional neuroimaging of attention-deficit/hyperactivity disorder: a review and suggested future directions. *Biological psychiatry*, 57(11), 1273–1284. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2005.01.034>

Cantwell, D.B., Baker, L. (1991) *Psychiatric and Developmental Disorders in Children with Communication Disorders*. Washington, DC, American Psychiatric Press.

Castellanos, F. X., Lee, P. P., Sharp, W., Jeffries, N. O., Greenstein, D. K., Clasen, L. S., Blumenthal, J. D., James, R. S., Ebens, C. L., Walter, J. M., Zijdenbos, A., Evans, A. C., Giedd, J. N., & Rapoport, J. L. (2002). Developmental trajectories of brain volume abnormalities in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *JAMA*, 288(14), 1740–1748. <https://doi.org/10.1001/jama.288.14.1740>

Costello, E. J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., & Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of general psychiatry*, 60(8), 837–844. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.8.837>

Cruikshank, B.M., Eliason, M., Merrifield, B. (1988). Long-term sequelae of cold water near-drowning. *J Pediatr Psychol*, 13(3):379–88.

Douglass, H. M., Moffitt, T. E., Dar, R., McGee, R., & Silva, P. (1995). Obsessive-compulsive disorder in a birth cohort of 18-year-olds: prevalence and predictors. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34(11), 1424–1431. <https://doi.org/10.1097/00004583-199511000-00008>

Ekici, G., Savaş, A.H. (2001). Tamamlanmamış intiharlarda iki önemli risk etmeni: fiziksel hastalığın varlığı ve yetersiz dozda psikiyatrik tedavi. *Klinik Psikofarmakoloji*, 11:168-173.

Eley, T. C., Bolton, D., O'Connor, T. G., Perrin, S., Smith, P., & Plomin, R. (2003). A twin study of anxiety-related behaviours in pre-school children. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 44(7), 945–960. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00179>

Ercan, E.S. (2010). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunda epidemiyolojik veriler. *Türkiye Klinikleri Pediatrik Bilimler Dergisi*, 6(2):1-5.

Erman, Ö. (1997). Öğrenme Bozuklukları ve Dikkat Eksikliği Aşırı hareketlilik Bozukluğu olgularının nörofizyolojik ve nöropsikolojik yöntemlerle incelenmesi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ankara,

Faraone, S. V., Biederman, J., & Mick, E. (2006). The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. *Psychological medicine*, 36(2), 159–165. <https://doi.org/10.1017/S003329170500471X>

Faraone, S. V., Biederman, J., Lehman, B. K., Keenan, K., Norman, D., Seidman, L. J., ... & Chen, W. J. (1993). Evidence for the independent familial transmission of attention deficit hyperactivity disorder and learning disabilities: results from a family genetic study. *American Journal of Psychiatry*, 150, 891-891.

Faraone, S.V., Perlis, R.H., Doyle, A.E., Smoller, J.W., Goralnick, J.J., Holmgren, M.A., Sklar, P. (2005). Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry*, 57: 1313-1323.

Fayyad, J., Sampson, N. A., Hwang, I., Adamowski, T., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Andrade, L. H., Borges, G., de Girolamo, G., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J. M., Hu, C., Karam, E. G., Lee, S., Navarro-Mateu, F., O'Neill, S., Pennell, B. E., Piazza, M., Posada-Villa, J., ... WHO World Mental Health Survey Collaborators

(2017). The descriptive epidemiology of DSM-IV Adult ADHD in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Attention deficit and hyperactivity disorders*, 9(1), 47–65. <https://doi.org/10.1007/s12402-016-0208-3>

Flament, M. F., Whitaker, A., Rapoport, J. L., Davies, M., Berg, C. Z., Kalikow, K., Sceery, W., & Shaffer, D. (1988). Obsessive compulsive disorder in adolescence: an epidemiological study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27(6), 764–771. <https://doi.org/10.1097/00004583-198811000-00018>

Fombonne E. (2005). Epidemiology of autistic disorder and other pervasive developmental disorders. *The Journal of clinical psychiatry*, 66 Suppl 10, 3–8.

Ford, T., Goodman, R., Meltzer, H. (2003). The British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999: The prevalence of DSM IV disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 42:1203-1211.

Franco, I., von Gontard, A., De Gennaro, M. (2013). Evaluation and treatment of nonmonosymptomatic nocturnal enuresis: A standardization document from the International Children's Continence Society. *J Pediatric Urology*, 9:234-243.

Görker, İ., Bozatlı, L., Korkmazlar, Ü., Karadağ, M.Y., Ceylan, C., Söğüt, C., Turan, N. (2017). Edirne İl Merkezi ilkökullerinde çocuklarında özgül öğrenme bozukluğu olası yaygınlığı ve sosyodemografik özellikler. *Arch Neuropsychiatr*. <https://doi.org/10.5152/npa.2016.18054>

Gustafsson, C. (2003). Intellectual Disability and Mental Health Problems : Evaluation of Two Clinical Assessment Instruments, Occurrence of Mental Health Problems and Psychiatric Care Utilisation (PhD dissertation, Acta Universitatis Upsaliensis).

Hagerman, R.J., Polussa, J. (2015). Treatment of the psychiatric problems associated with fragile X syndrome. *Current Opinion in Psychiatry*, 28(2):107–112.

Hesdorffer, D. C., Ludvigsson, P., Olafsson, E., Gudmundsson, G., Kjartansson, O., & Hauser, W. A. (2004). ADHD as a risk factor for incident unprovoked seizures and epilepsy in children. *Archives of general psychiatry*, 61(7), 731–736. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.61.7.731>

Heyman, I., Fombonne, E., Simmons, H., Ford, T., Meltzer, H., & Goodman, R. (2001). Prevalence of obsessive-compulsive disorder in the British nationwide survey of child mental health. *The British journal of psychiatry : The journal of mental science*, 179, 324–329. <https://doi.org/10.1192/bjp.179.4.324>.

Hyman, S. L., Levy, S. E., Myers, S. M., & Council On Children With Disabilities, Section On Developmental And Behavioral Pediatrics. (2020). Identification, Evaluation, and Management of Children With Autism Spectrum Disorder. *Pediatrics*, 145(1), e20193447. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-3447>

Johnson, C.J., Beitchman, J.H. (2007). *İletişim Bozuklukları*. In: Sadock BJ, Sadock VA (eds), Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, (Aydın H, Bozkurt A. Çeviri eds.), Ankara, Güneş Kitabevi, s.3130-3159.

Kendall, P. C., Compton, S. N., Walkup, J. T., Birmaher, B., Albano, A. M., Sherrill, J., Ginsburg, G., Rynn, M., McCracken, J., Gosch, E., Keeton, C., Bergman, L., Sakolsky, D., Suveg, C., Iyengar, S., March, J., & Piacentini, J. (2010). Clinical characteristics of anxiety disordered youth. *Journal of anxiety disorders*, 24(3), 360–365. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.01.009>

Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6), 617–627. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.617>

Lagae, L. (2008). Learning disabilities: definitions, epidemiology, diagnosis, and intervention strategies. *Pediatric Clinics of North America*, 55(6), 1259-1268.

Lewinsohn, P. M., Rohde, P., & Seeley, J. R. (1998). Major depressive disorder in older adolescents: prevalence, risk factors, and clinical implications. *Clinical psychology review*, 18(7), 765–794. [https://doi.org/10.1016/s0272-7358\(98\)00010-5](https://doi.org/10.1016/s0272-7358(98)00010-5)

Liederman, J., Kantrowitz, L., & Flannery, K. (2005). Male Vulnerability to Reading Disability Is Not Likely to Be a Myth A Call for New Data. *Journal of Learning Disabilities*, 38(2), 109-129).

Linnet, K. M., Dalsgaard, S., Obel, C., Wisborg, K., Henriksen, T. B., Rodriguez, A., Kotimaa, A., Moilanen, I., Thomsen, P. H., Olsen, J., & Jarvelin, M. R. (2003). Maternal lifestyle factors in pregnancy risk of attention deficit hyperactivity disorder and associated behaviors: review of the current evidence. *The American journal of psychiatry*, 160(6), 1028–1040. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.6.1028>

Lord, C., Risi, S., DiLavore, P. S., Shulman, C., Thurm, A., & Pickles, A. (2006). Autism from 2 to 9 years of age. *Archives of general psychiatry*, 63(6), 694–701. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.6.694>

Maenner, M. J., Shaw, K. A., Bakian, A. V., Bilder, D. A., Durkin, M. S., Esler, A., Furnier, S. M., Hallas, L., Hall-Lande, J., Hudson, A., Hughes, M. M., Patrick, M., Pierce, K., Poynter, J. N., Salinas, A., Shenouda, J., Vehorn, A., Warren, Z., Constantino, J. N., DiRienzo, M., ... Cogswell, M. E. (2021). Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years - Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2018. Morbidity and mortality weekly report. Surveillance summaries (Washington, D.C. : 2002), 70(11), 1–16. <https://doi.org/10.15585/mmwr.ss7011a1>

Max, J. E., Schachar, R. J., Levin, H. S., Ewing-Cobbs, L., Chapman, S. B., Dennis, M., Saunders, A., & Landis, J. (2005). Predictors of attention-deficit/hyperactivity disorder within 6 months after pediatric traumatic brain injury. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(10), 1032–1040. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000173293.05817.b1>

Max, J. E., Schachar, R. J., Levin, H. S., Ewing-Cobbs, L., Chapman, S. B., Dennis, M., Saunders, A., & Landis, J. (2005). Predictors of secondary attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents 6 to 24 months after traumatic brain injury. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(10), 1041–1049. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000173292.05817.f8>

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(10), 980–989. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2010.05.017>

Motavallı Mukaddes, N. (2013). *Otizm Sprektrum Bozuklukları Tanı Ve Takip* (1. Baskı). Nobel Tıp Kitabevleri.

Muris, P., Meesters, C., Berg, F. (2003). The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) Further evidence for its reliability and validity in a community sample of Dutch children and adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry*; 12:1-8.

National Collaborating Centre for Mental Health. (2009). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Diagnosis and Management of ADHD in Children, Young People and Adults*. London: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists.

National Comorbidity Survey. (2017, August 21). Retrieved from <https://www.hcp.med.harvard.edu/ncs/index.php>. Data Table 1: Lifetime prevalence DSM-IV/WMH-CIDI disorders by sex and cohort.

National Institute for Health and Care Excellence. (2005). *Depression in children and young people: identification and management in primary, community and secondary care*. NICE Clinical Guideline, 28.

National Institute for Health and Care Excellence. (2013). Clinical Guideline. Autism: the management and support of children and young people on the autism spectrum [Online]. Available: <http://guidance.nice.org.uk> [08 Aug 2014].

Nelson, J. M., & Harwood, H. (2011). Learning disabilities and anxiety: A metaanalysis. *Journal of Learning Disabilities*, 44(1), 3-17

Nigg, J.T. (2006). *What Causes ADHD? Understanding What Goes Wrong and Why*. New York, NY: Guilford Press.

Ozlem, E. (2012). What causes ADHD? AAP Grand Rounds 27(6):72.

Parker, G., Roy, K. (2001). Adolescent depression: a review. *Aust NZJ Psychiatry*, 35:572.

Pauls, D. L., Abramovitch, A., Rauch, S. L., & Geller, D. A. (2014). Obsessive-compulsive disorder: an integrative genetic and neurobiological perspective. *Nature reviews. Neuroscience*, 15(6), 410–424. <https://doi.org/10.1038/nrn3746>

Pediatric OCD Treatment Study (POTS) Team. (2004). Cognitive-behavior therapy, sertraline, and their combination for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: the Pediatric OCD Treatment Study (POTS) randomized controlled trial. *JAMA*, 292(16), 1969–1976. <https://doi.org/10.1001/jama.292.16.1969>

Poelmans, G., Pauls, D. L., Buitelaar, J. K., & Franke, B. (2011). Integrated genome-wide association study findings: identification of a neurodevelopmental network for attention deficit hyperactivity disorder. *The American journal of psychiatry*, 168(4), 365–377. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.10070948>

Polanczyk, G.V., Salum, G.A., Sugaya, L.S., Caye, A., Rohde, L.A. (2015). Annual research review: a meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*; 56: 345–65.

Roberts, R., Attkisson, C., Rosenblatt, A. (1998). Prevalence of psychopathology among children and adolescents. *Am J Psychiatry*;155:715-726.

Sakolsky, D., Birmaher, B. (2012). *Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs)*. In: Pharmacotherapy of Child and Adolescent Psychiatric Disorders, Rosenberg DR, Gershon S (Eds), Wiley-Blackwell, Hoboken, NJ. p.155.

Sayal, K., Prasad, V., Daley, D., Ford, T., Coghill, D. (2018). ADHD in children and young people: prevalence, care pathways, and service provision. *Lancet Psychiatry*. Feb;5(2):175-186. doi: 10.1016/S2215-0366(17)30167-0.

Shastri PC. (2008). Future perspective of planning child guidance services in India. *Indian J Psychiatry*, 50:241–3.

Sohrabi, S., Nourai, M., Khademi, H., Baghizadeh, S., Nasser-Moghaddam, S., & Malekzadeh, R. (2010). Epidemiology of uninvestigated gastrointestinal symptoms in adolescents: a population-based study applying the Rome II questionnaire. *Journal of pediatric gastroenterology and nutrition*, 51(1), 41–45. <https://doi.org/10.1097/MPG.0b013e3181d1b23e>

Strawn, J. R., Lu, L., Peris, T. S., Levine, A., & Walkup, J. T. (2021). Research Review: Pediatric anxiety disorders - what have we learnt in the last 10 years?. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 62(2), 114–139. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13262>

Szymanski, L.S., Kaplan, L.C. (2006). *Essentials of child and adolescent psychiatry*. Dulcan M, Wiener JM, editors. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; pp. 121–154.

Tamar, M., Özbaran B. (2004) Çocuk ve Ergenlerde Depresyon, *Klinik Psikiyatri*; Ek 2:84-92

Ünal F. (2016). *Dışa Atım Bozuklukları*. Çocuk Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, 2. Baskı, Pekcanlar Akay A, Ercan E.S (Ed) Ankara, Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatri Derneği; s.409-418

Van Grootheest, D. S., Cath, D. C., Beekman, A. T., & Boomsma, D. I. (2005). Twin studies on obsessive-compulsive disorder: a review. *Twin research and human genetics : the official journal of the International Society for Twin Studies*, 8(5), 450–458. <https://doi.org/10.1375/183242705774310060>

Visser, H. A., van Minnen, A., van Megen, H., Eikelenboom, M., Hoogendoorn, A. W., Kaarsemaker, M., van Balkom, A. J., & van Oppen, P. (2014). The relationship between adverse childhood experiences and symptom severity, chronicity, and comorbidity in patients with obsessive-compulsive disorder. *The Journal of clinical psychiatry*, 75(10), 1034–1039. <https://doi.org/10.4088/JCP.13m08825>

Von Gontard, A., Schaumburg, H., Hollmann, E., Eiberg, H., & Rittig, S. (2001). The genetics of enuresis: a review. *The Journal of urology*, 166(6), 2438–2443. <https://doi.org/10.1097/00005392-200112000-00117>

Weissman, M. M., Bland, R. C., Canino, G. J., Greenwald, S., Hwu, H. G., Lee, C. K., Newman, S. C., Oakley-Browne, M. A., Rubio-Stipec, M., & Wickramaratne, P. J. (1994). The cross national epidemiology of obsessive compulsive disorder. The Cross National Collaborative Group. *The Journal of clinical psychiatry*, 55 Suppl, 5–10.

Wing, L. & Shah, A. (2000). Catatonia in autistic spectrum disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 176 (4), 357–362.

World Health Organization. (2001). Basic documents 43rd Edition. Geneva: World Health Organization.

Wu, S., Wu, F., Ding, Y., Hou, J., Bi, J., & Zhang, Z. (2017). Advanced parental age and autism risk in children: a systematic review and meta-analysis. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 135(1), 29–41. <https://doi.org/10.1111/acps.12666>

10. BÖLÜM: ANNE BABA RUH SAĞLIĞI

Doç. Dr. Mehmet Oğuzhan KILINÇEL¹⁰

Aile Kavramı ve Ruh Sağlığı

Aile, en küçük sosyal birim olarak tanımlanmaktadır. Anne, baba ve çocuklardan oluşan bu birimin, hem legal yasalar ile belirlenen görevleri yanında, geçmişten gelen yazılı olmayan geleneklerle belirlenen işlevleri bulunmaktadır. Aile de, benzer şekilde içinde bulunduğu sosyal ortamın en küçük birimi olarak, onun yani toplumun özelliklerini taşır. Toplumun inançlarını, değer yargılarını, önyargılarını, gelenek ve göreneklerini, beğenileri kısaca kültürünü gösterir ve her sosyal grubun kendine ait bir aile yapısı vardır. Aile, uzun yıllardan beri insanoğlunun sahip olduğu en önemli toplumsal kurumlardan biridir. Ailenin fonksiyonları arasında, üreme (biyolojik); ekonomi (temel gereksinimlerini giderecek kadar üretme); duygusal (sevgi ve bakım); koruma (güvenlik, sağlık), toplumsallaşma (kültürel değerleri çocuklara aktarma); eğitim (yeni kuşakları eğitme) ve boş zamanı verimli değerlendirme fonksiyonları mevcuttur. Her aile bireyi kendi yetenekleri doğrultusunda farklı fonksiyonlarda roller alırlar.

Çağımızda toplumlardaki kentleşme ve sanayileşme ile yaşanan hızlı değişimlere bağlı olarak aile yapısında da önemli değişimler olmaya başlamıştır. Sosyal çevrimin süratle yaşandığı günümüzde, insanların ruhsal iyilik hali ve mutluluğunun sürdürülmesi bu en küçük birimin yani ailenin varlığının korunmasına bağlıdır. Çünkü insan ilişkilerinin oluşturulduğu ve benzer paternlerin sürdürüldüğü, iyilik halinin ilk halkası ailedir.

Ruh sağlığı 'zihinsel işlevlerde başarılı performans sergileme ve sonuç olarak yapıcı aktiviteler gerçekleştirilebilme, diğer bireylerle dolu dolu ilişkiler kurabilme, değişime ve farklılıklara uyum sağlayabilme' olarak tanımlanır. Ruh sağlığı fiziksel sağlıktan, aile ve toplumun şartlarından bağımsız düşünülemez. Ruh sağlığı açısından en kritik dönem olan hayatın ilk üç yılı diğer bir deyişle bebek ruh sağlığı ile ilişkili bilimsel yöntemlerle elde edilen bulgular ancak son yıllarda ortaya konabilmiştir ve annenin ve diğer çevresel faktörler bebek ruh sağlığı açısından kritik önem taşımaktadır. Bebek ruh sağlığı içsel ve dışsal faktörlerle iç içedir. İçsel faktörler arasında biyolojik, genetik ve yapısal özellikler sayılabilirken, dışsal faktörler arasında da bebeğin çevresi ve kişisel ilişkileri yer alır. Tüm bu faktörler birbirinden etkilenebilirler ve dinamiklerdir; diğer bir deyişle zamanla değişim gösterebilirler.

¹⁰Doç. Dr., İstanbul Gelişim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul, Türkiye.

E-posta: mokilincel@gelisim.edu.tr ORCID: 0000-0003-2988-4631

Bebeklik yaş grubundaki çocukların arasında %10-15 oranında toplumsal-duygusal veya davranışsal problemlerin olduğu bilinmektedir. Ancak sosyal ve duygusal ya da davranış problemleri olanların %8'inin kliniğe başvurdukları belirlenmiştir. Bu dönemi ve bu bebeklik döneminde ortaya çıkan ruhsal sorunları incelemek, etki edebilecek biyolojik ve çevresel faktörleri daha iyi anlamak ailelere yardım etmek için kritik önem arz etmektedir.

Ebeveynlik ve Bebeğin Ruh Sağlığında Annenin Rolü

Ebeveynlik üzerine yapılan çalışmalar ve çeşitli uzman görüşleri bir arada değerlendirildiğinde, bakım verenin ve özellikle annenin bebeğe dönük uygun duygusal yaklaşımının beş temel içerikten oluştuğu görülmüştür. Bu özellikler şu şekilde sıralanmaktadır;

1. Doğruluk ve duyarlılık: En temel özellik olarak tanımlanmıştır ve annenin bebeğin sıkıntısını algılayabilmesini ve bunun altında yatan duyguyu tanımlayabilmesindeki doğruluğu ve duyarlılığı ifade etmektedir.

2. Empati: Duyguları anlamanın yanında annenin kendisini bebeğinin yerine koyarak onun bakış açısıyla olaylara bakabilme beceresini ifade etmektedir.

3. Olumsuz duyguların engellenmesi: Her daim mükemmel bir anne olmak mümkün değildir fakat olumsuz duyguları yansıtarak iyi ebeveynlik yapmak mümkün olmamaktadır. Çocukta sıkıntı oluştuğunda annenin olumsuz duygularını engelleyebilmesi ile annenin bebekle etkileşiminin sürdürülmesi sağlanır.

4. Özgüven: Kişilik özelliklerinden özgüven annenin önemli bir özelliği olmaktadır. Annenin bebeğinin ne hissettiğini doğru anlayabilme ve uygun yanıtlar verebilme konusunda kendisinde olan güvenini ifade etmektedir.

5. Uygun duygusal hedefler: Her duyguyu ifade etmenin farklı yolları vardır. Annenin sıkıntı yaşayan bebekle etkileşim yoluyla hangi noktaya ulaşmayı hedeflediğini ifade etmektedir.

Anne-babanın bebek üzerindeki kontrolünün bebeğin kendi duygusal süreçlerini ayarlama becerisini geliştirmesinde olumlu etkisi olduğuna dair birçok çalışmanın yanı sıra ailenin bir takım olumsuz etkileri olduğunu bildiren çalışmalar da vardır. Ebeveyn kontrolünün pozitif ve negatif kontrol olarak ikiye ayrılacağı düşüncesi bulgulardaki farklılıkları açıklayabilir. Pozitif kontrol, çocuğu cesaretlendiren ve onu yönlendiren ve direktifleri içeren bir kontrol yöntemidir. Negatif kontrol ise bir güç gösterisine dönüşebilen aşırı müdahaleci bir kontrol yöntemidir ve bebeğin kendi duygusal süreçlerini ayarlama becerisi açısından olumsuz etkiler gösterir.

Annedeki bebeğin ilişkin tasarım kısaca annelik tasarımı, hem geçmişteki annenin

sosyal etkileşimlerine ilişkin anılar hem de etkileşimin bu taraflar tarafından nasıl algılandığını belirleyen umutlar, korkular, aile gelenekleri ve mitleri, önemli yaşam deneyimleri, güncel baskılardan oluşur. Diğer taraftan, anne-babaların kendi çocukları ile ilişkili ürettikleri zihinsel tasarımlar vardır. Anne babanın bebekle ilgili bu tasarımlarını anlamak amacıyla geliştirilen “Anne Babanın Çocuğa İlişkin Tasarımları” (AÇİT) görüşmesiyle anne ve babanın bebeğe ilişkin tasarımları üç grupta toplanmıştır:

1. Dengeli tasarımlar: Bebek ile ilgili değişime açık ve esnek tasarımlardır. Anne ve baba bebeğe ilişkin zengin bir düşünceye sahiptir.

2. Bağlanamamış tasarımlar: Anne ve babalar genellikle uzak ve sevgisiz görünmektedir. Bebeğe ilişkin bilgi verirken soğuk (örneğin; “diğer bebekler gibi, normal”) ifadelerini kullanırlar.

3. Çarpıtılmış tasarımlar: Anne ve babaları anlatacak çok şeyleri vardır fakat anlatıda çarpıtlar hakimdir. Bebeğin gerçekten olan gereksinimlerine duyarsız bebekten ilgi ve bunun ötesinde bakım bekleyebilirler.

Bebek ile anne etkileşimi her zaman karşılıklıdır. Anne bebeği ve bebekte anneyi etkilemektedir, sonuç olarak da her ikisi değişirler ve gelişirler. Anne, baba bebek etkileşiminde bozuklukların henüz daha ilk aylarda içinde ortaya çıktığı ve öncül belirtilerin göz teması eksikliği olduğu düşünülmektedir. İlk yıllarda göz teması kuramayan, gözlerini bir yana kaçırarak etkileşmeyi reddeden bebeklerin, göz göze bakan yaşlıtlarına göre okul öncesi dönemlerinde toplumsal etkileşim, davranış ve gelişim alanlarında daha fazla problemler yaşadıkları bilinmektedir. Yine otizm ile benzerlikleri olan bu belirtilerin gelişimlerinde bakım verenin aşırı uyarıcı, duyarsız, denetleyici ya da dalgın ilişki kurmasının etkili olduğu düşünülmektedir.

Bebeklerin en ruhsal sağlığını olumsuz etkileyen en önemli faktörün anne depresyonu olduğu bilinmektedir. Fakat anne depresyonu ile çocuktaki sorunlar arasında nedensellik ilişkisi henüz aydınlatılamamıştır. Örneğin çocuktaki gelişimsel problemler de annelerde depresif belirtilerin hatta bozuklukların gelişmesine neden olabilir. Öteki yandan çevresel etkenler (örn; evlilik çatışmaları, madde bağımlılığı, kişilik bozuklukları) her ikisi bir arada neden olmaktadır. Yine de ebeveynlerin sorunlarının çocuk gelişimini ön planda etkilediği söylenebilir.

Bebek Ruh Sağlığında Babanın Rolü

Babanın ruhsal özellikleri ile bebeğin duygusal ve sosyal gelişimin ilişkisi ve bebek ve baba arasındaki ilişki oldukça ihmal edilmiş bir konudur. Çocuk gelişimi ve çocuğu ruhsal durumu ile yapılan çalışmaların neredeyse hepsi anneler ile yapılmış olup babanın değerlendirildiği çalışmalarda bile sonuçlar kısmında çıkarımlar eksik kalmıştır. Babanın varlığının yarattığı destek hissi ve oyun zamanı gerçekleştirdiği

fiziksel katılımın sosyal ve fiziksel gelişimdeki katkısı bilinmektedir. Yine birçok toplumda babanın rolü farklı olsa bile ortak olarak koruyucu, olanak sağlama, güven, otorite, ev için gerekli araçların temini kültürler arası ortak temsiller olarak görülmektedir.

Baba ile bebek arasındaki ilişkiyi hedef alan çalışmalara göre bebekler doğumdan itibaren babaları ile ilişki kurarlar. Hatta bebeğe özellikle annenin baktığı ilk yıllarda babanın göreceli az beraber olduğu durumlarda bile gelişimde önemli rol oynadığı gösterilmiştir. Baba olmadan büyüyen çocuklar gelişim testlerinde düşük puanlar almış ve en çok zorlukları sosyal alanda yaşamışlardır. Yine benzer bir çalışmada babanın yokluğu çocuk davranışların direk etkilemek ile kalmayıp, annelerin davranışlarını da etkilemektedir. Babanın yokluğu annelerin çocuklarına aşırı koruyucu ve düşkün hale gelmesine neden olmaktadır. Baba ile yakın ilişkide olan çocuklar daha uyumlu, benlik saygısı yüksek ve okulda yüksek akademik başarı göstermekte ve antisosyal davranışları daha az göstermektedir. Evli ya da boşanmış olmanın ilişki kalitesini direk etkilemediğini ve daha çok ilişkinin niteliği ve niceliğinin bu özellikleri yordadığı bilinmektedir.

Ebeveynin bebek ile kurduğu ilişki ve evlilikten duyduğu tatmin düzeyi arasında pozitif bir ilişki vardır. Annelerin ebeveynliğe geçiş sürecinde evlilikten duydukları tatmin hızlıca düşmektedir. Özellikle bakım yükü ve babaların ebeveyn sorumluluklarını yeterince almaması bunda önemli bir faktördür. Memnuniyet düzeyleri baba çocuk arasındaki ilişki ile direk ilişkili bulunmuş iken anne ve çocuk arasında bu ilişki gözlenmemiştir. Yani annelerin biyolojik nedenler ile anne-çocuk bakımına odaklandıkları evlilik ilişkisinden ziyade çocukla ilişkilerine özen gösterdikleri ve babaların da evlilik tatminleri ile birlikte çocuk bakımına daha çok katıldıkları gözlenmektedir.

Ebeveynin Ruhsal Hastalığı ve Bebek Ruh Sağlığı

Genel olarak, ruhsal bozukluğu olan ebeveynlere sahip olan çocuklar daha yüksek ruhsal bozukluk riskine sahiptirler. Ruhsal bozukluğu sahip bir ebeveynin çocuğu olmak hem genetik yatkınlığı anne babadan devralmak hem de ruhsal bozukluğa bağlı olarak zaman zaman yetersiz ebeveynlik işlevi gösteren bir ebeveyn tarafından büyütülmek anlamına gelebilir. Ruhsal hastalıklar kuşaktan kuşağa geçiş gösterebilmekte, aynı zamanda ebeveynin ruhsal hastalığı çocukta davranış sorunları, kötü akran ilişkileri ya da bilişsel bozukluklarla ilişkili olabilmektedir.

Annedeki depresyon varlığında ayırıcı tanıda akla gelmesi gereken bir diğer sık durum annelik hüznü/lohusalık hüznüdür. Annelik hüznü: doğum sonrasında ilk 2 hafta içinde başlayan ve genellikle 2 haftadan daha kısa süren ve normal bir süreç olarak değerlendirilmekle beraber tüm annelerin %50-75inde görülmektedir.

Doğumla birlikte hızla düşen östrojen ve progesteron düzeyleri ile ve diğer hormonal (örn: artan prolaktin ve oksitosin) nedenlerle geliştiği düşünülmektedir.

Doğum sonrası dönemdeki (postpartum) annelerin yaklaşık %20'sinde depresif belirtiler görülür. Gebelik öncesinde depresyon geçiren anneler, sosyal desteği yetersiz olanlar, evlilik içi belirgin çatışma yaşayanlar, gebelik döneminde tıbbi sorunlar yaşayanlar postpartum depresyon geçirmeye daha yatkındırlar.

Depresif annelerin çocukları bilişsel, sosyal, duygusal, davranışsal ve fiziksel olarak risk altındadırlar. Sağlıklı anneleri olan çocuklarla karşılaştırıldıklarında, depresif anneye sahip çocukların duygu durum, kaygı ve yıkıcı davranış bozukluğu geliştirme olasılıkları ve özellikle yaşamlarının ilkyıllarında annelerinde depresyon olan çocukların daha sonraki yıllarda davranış bozukluğu ve hiperaktivite tanısı alma olasılıkları daha yüksektir. Depresif bir ebeveyne sahip çocuklarda yaşam boyu depresyon riski %45 ön görülmektedir. Uyanıklık, dikkat ve duygusal süreçleri ayarlama becerilerinin geliştiği erken çocukluk döneminin, annenin depresyonun etkisinin en belirgin görüldüğü yıllar olduğu ileri sürülmektedir. Dışa yönelim sorunları (Örn: agresif davranışlar, karşı gelme ve yıkıcı davranışlar) sıklıkla daha erken çocukluk döneminde başlarken, depresyon ve kaygı gibi içe yönelim sorunları daha ileri yaşlarda başlamaktadır.

Annelerdeki depresyonu önleme ve tedavi çalışmaları halk sağlığı açısından öncelikli alanlar arasında yer almalıdır. Bu çalışmalar arasında anne eğitim ve destek grupları oluşturmak, riskli gruptaki çocuklarda sosyal, duygusal, davranışsal ve bilişsel gelişimi erken dönemde tarama yöntemleriyle tespit etmek, anne ve bebeklerle ilişki içindeki tüm sağlık ve eğitim personelini çeşitli eğitim kampanyalarıyla bilinçlendirmek sayılabilir.

Babalarda depresyon yaşayabilmektedir ve her iki ebeveyninde gelişmekte olan çocuk üzerine etkileri vardır. Ancak araştırmaların neredeyse tamamı annenin depresyonu üzerine odaklanmıştır. Genel olarak annelerin çocuklarla daha yakın ilişki içinde olmaları kadınlarda depresyonun erkeklere oranla 2-3 kat daha sık olması bu duruma neden olarak gösterilmektedir. Her iki ebeveyni de depresyon geçirmiş çocuklarda, tek bir ebeveyni depresyon geçirmiş çocuklara oranla yaşam boyu depresyon riski oldukça artmaktadır (%24e karşılık %74).

Anksiyete, kötü bir şeyin olacağına dair duyulan yüksek düzeyde kaygıdır. Anneleri yüksek kaygı düzeyine sahip olan çocuklar çeşitli gelişimsel sorunlar açısından daha yüksek risk altındadırlar. Örneğin, bu çocukların kaygı bozukluğu geliştirme riski sağlıklı annelerin çocuklarına oranla 3.5 kat daha fazladır. Ayrıca, bu çocukların karşılıklı oyunlara daha az katıldıkları bildirilmiştir. Bu bebekler gözlerini kaçırarak, anneni protesto ederek, ondan uzak durmaya çalışarak annesinin davranışlarına karşılık verme eğilimde olmuşlardır.

Anne ve babanın alkol kullanımı ile anne-bebek arasında güvensiz bağlanma arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Özellikle alkol kullanan babalarda sıklıkla eşlik eden depresyon ve antisosyal kişilik, ebeveyn-çocuk etkileşimini daha da olumsuz yönde etkilemektedir. Alkolik ebeveynlerin çocuklarında davranış sorunları, duygudurum bozuklukları, okul problemleri daha sıktır.

Ebeveynin madde (örn: kokain, esrar, eroin) bağımlılığının çocuk üzerine etkilerini araştıran çalışmalar nispeten daha sayıdadır. Bu maddelerin yasal olmaması bu alanda çalışma yapmayı da güçleştirmektedir. Çalışmalar bu çocukların da alkol kullanan ebeveynlerinkine benzer şekilde etkilendiklerini gösterir.

Sınır (borderline) kişilik bozukluğu ve antisosyal kişilik bozukluğu en sık görülen kişilik bozuklukları arasındadır ve çocuğa yönelik en olumsuz ebeveynlik tutumları bu kişilik bozukluklarında görülür.

Sınır kişilik bozukluğu belirtileri arasında dürtü kontrol sorunları, duygu durumunda oynaklık, riskli davranışlara yönelme, tutarsız davranış örüntüsü sayılabilir. Sınır kişilik bozukluğu olan ebeveynler çocuklarıyla tutarsız, öngörülemez bir ilişki örüntüsü geliştirebilirler.

Antisosyal kişilik bozukluğu belirtileri arasında da en sık dürtü kontrol sorunları, alkol-madde bağımlılığı, yasadışı etkinliklerde yer alma yer alır. Antisosyal kişilik bozukluğu olan ebeveynlerde çocuklarına yönelik fiziksel, duygusal, cinsel istismar ve ihmal sık görülür. Yasal sorunlar ve hapis gibi nedenlerle ebeveynlerden uzun süre ayrı kalma durumu yaşanabilir.

Nispeten sık görülen kişilik bozuklukları arasında obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu da sayılabilir. Takıntı bozukluğu belirtileri çoğu zaman kişiyi çalışkan ve başarılı kılsa da bu bireyler sıkça yetersizlik ve başarısızlık duygusuna kapılırlar. Takıntı bozukluğu olan bireyler çoğunlukla kendilerinden önceki kuşaktan devraldıkları bu özellikleri, gerek genetik yatkınlık nedeniyle gerekse öğrenilmiş bir davranış örüntüsü olarak çocuklarına aktarırlar. IQ düzeyi, fiziksel özellikleri, sosyal ve akademik başarısı vb özellikleri ebeveynin beklentisini yeterince karşılamayan çocuklarda sosyal içe çekilme özgüven sorunları, süregelen bir mutsuzluk, umutsuzluk hali (öğrenilmiş çaresizlik) görülebilir.

Yapılan çok sayıda çalışma, şizofreni tanısı olan annelerin de diğer annelerle benzer oranda çocuk sahibi olduklarını göstermektedir. Şizofrenik bozukluğa sahip annelerde ebeveynlik becerilerinde bir takım sorunlar gözlenebilir. Aktif psikotik belirtiler (örn: saldırganlık, paranoid düşünceler, belirgin dikkat dağınıklığı, hastalığı kabullenmeme ve tedaviyi reddetme, sosyal ortamlardan uzaklaşma, gerçek dışı korkular vb.) artıkça kaotik ev ortamının ve bozulan ebeveyn çocuk ilişkisinin olumsuz etkileri pekişecektir. Uzun süreli hastane yatışları da çocuğun ebeveyninden belirli sürelerde ayrı kalmasına yol açacaktır.

Şizofreni tüm toplumlarda yaklaşık %1 oranında görülürken, şizofreni tanılı bir ebeveynin sahip olmak bu riski yaklaşık 10 kat arttırmaktadır. Sözü edilen tüm bu olumsuz etkenlere karşın depresif annelerin çocuklarının şizofreni tanılı annelerin çocuklarına göre edaha fazla olumsuz etkilendiklerini bildiren çalışmalarda vardır. Sonuç olarak, şizofreni ve benzeri psikotik bozuklukları olan anne baba adaylarının gebelik öncesinden başlayarak hem kendi tedavilerini düzene sokmaları hem de ebeveynlik becerileri üzerine düzenli rehberlik almaları kaçınılmazdır.

Temel belirtileri sabırsızlık ve dürtüsellik olan dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun (DEHB) yüksek genetik geçişi nedeniyle bu bireylerin çocuklarında da DEHB belirtileri sıkça görülmektedir. Zaten zor bir süreç olan ve çok sayıda beceri gerektiren ebeveynlik bu bireyler için iyice zorlaşır. Sonuçta, erişkin yaşta görülen DEHB'nin tedavisi ve dolayısıyla çocuk üzerindeki riski azaltmak için tüm aileye yönelik ayrıntılı bir psikiyatrik değerlendirme ve sıkı bir takip gerekli olur.

Genellikle psikotik bir bozukluk dönemi yaşayan ebeveynde görülen 'munchausen by proxy' özgün bir psikiyatrik bozukluktur ve ebeveyn aşırı şüphencilik nedeniyle çocuğunun hasta olduğuna ya da istismar edildiğine dair şikayetlerle doktora başvurabilir. Genellikle uzun süre tetkikler ve araştırmalar neticesinde bir neden sonuç ilişkisi saptanamaz. Ebeveynin psikiyatrik tedavisiyle çocukta gözlenen belirtiler de zamanla ortadan kalkar.

Geniş Aile Ortamı ve Çocuk Ruh Sağlığı

Bir kişinin ruh sağlığı ve sosyal, duygusal işlevselliği diğer aile bireyleriyle yakından ilişkilidir. Her birey diğer tüm aile bireyleriyle karşılıklı bir ilişki örüntüsü kurar. Sistem içindeki her birey sistemi etkilerken sistem de bireyi etkiler. Aile içinde birinin hastalanması, önemli bir sorun yaşaması ya da aileden ayrılması sistemdeki dengeyi değiştirir. Bu tip durumlarda, yeni denge ve yeni roller oluşana kadar bir karmaşa ve düzensizlik gözlenebilir.

Özellikle Batılı ülkelerde ve son yıllarda Türkiye'de anne baba ve çocuklardan oluşan çekirdek aile yapısı daha yaygın olmaya başlamıştır. Büyükanne ve büyükbabanın aile ortamında sürekli olarak yer aldığı geniş aile yapısı özellikle kırsal kesimde daha yaygındır. Geniş aile ortamında roller ve koalisyonlar çekirdek aileden farklıdır. Çoğu zaman büyükanne ve büyükbaba torunlarına karşı daha fazla tahammül gösterip, ister istemez anne babanın otoritesini zayıflatabilirler. Çocuk yetiştirme ile ilgili temel kurallar birlikte kararlaştırılmalı ve mümkün olduğunca ortak ve tutarlı bir şekilde uygulanmalıdır.

Ergenlikte Ailenin Önemi

Çocukluk döneminde ebeveynler en temel etkileşim ortamını sağlarlar ve birlikte geçirilen zamanlar temel ruh sağlığı belirleyicileridir. Ergenlik döneminde akranların önemi artmakla beraber anne ve babanın çocuk ile kurduğu ilişkiler her zaman önemini korumaktadır. Yani ebeveynler hala ergen ruh sağlığı için en temel koruyucu ve ruhsal sorunlarının belirleyicileridir. Ergenlik döneminde gelişime ve ruhsal iyilik halini açıklamaya çalışan pek çok makale ve kuram bu dönemdeki ergen ile ebeveynleri arasında yaşanan çatışmaya odaklanır. Fakat bu çağda olan ergen ailesinde bir çatışmalı ortam yaşanacağı önyargısına karşın, gençlerle ebeveynleri arasında çoğunlukla olumlu ve yakın bir etkileşim ve iletişim gözlenmektedir. Çocukluk döneminde olumlu ilişkileri olan ailelerin sadece %5'inde bu dönemde ciddi sorunlar yaşanmaktadır.

Aile kurumu toplumun en temel sosyal ortamıdır ve diğer sosyal ortamlar gibi dinamik etkileşim ağlarına sahiptir. Bu etkileşimlerin temel içeriğinin aile içerisindeki pozitif ve negatif geribildirimler oluşturur. Pozitif geribildirimler sistemin içerisinde bulunduğu dengeyi ileri taşımak ve değişim ile ilişkili iken negatif geri bildirimler dönemsel dengeyi sabit tutmaya yarar. Özellikle ergenlik döneminde ergenin hızlı bir değişim ve gelişim sürecine girdiği ailede değişimin ve gelişimin desteklenmesi için pozitif geribildirimlere ihtiyaç artar. Diğer bir yandan, ergenlik sınırlarını keşfetme zamanıdır ve ergen aynı zamanda anne ve babaları tarafından belirlenecek kural ve sınırlara, gerektiğinde engellenmelere yani olumsuz geribildirimlere de ihtiyaç artacağı da aşikardır.

Aile İçi Özerklik Çatışmaları

Bağımsızlık ve özerklik farklı kavramlardır, yani çocuk ve bireyselliğini deneyen ergen ebeveynlerinden bağımsız değildir. Bazı konularda kendi kararlarını kendisi alabilir fakat bir takım ebeveynler ergendeki bu özerklik taleplerini bir başkaldırı olarak algırlar ve negatif geribildirimler ile kısıtlayıcı olmayı tercih edeceklerdir. Sonuç olarak özerklik ihtiyacı karşılanmayan, sürekli olarak kısıtlanan ergenler çatışma içerisine girecek ve ruhsal sorunları baş gösterebilecektir. Diğer bir uçta ise öğrenilmiş ve kaçınılmaz çaresizlik içinde itaat edebilir fakat bu kimlik gelişiminde ileri zamanlarda sorunları olacaktır. Aile iç çatışmalarda ve özellikle özerklik çatışmalarında tek bir sorumlu yoktur ve aile için dengeleyici görüşmeler ile mutabakatın sağlanması gerekmektedir.

Ailenin Gelişim Dönemleri Ergen Gelişimi

Aile de bireyler gibi dinamik, gelişen ve değişen bir varlıktır. Çocuğun doğumuyla birlikte farklılaşan, gelişen ve ebeveyn kayıplar ile sonuçlanan bir yaşam döngüsü

bulunmaktadır. Bu döngü içerisinde çocuklar genç olur ve ebeveynler yaşlanır, değişim sürecindeki ilişkilerin, ortaklıkların ve rollerin özellikleri değişir.

Çocuklar ergenlik dönemine geldiklerinde ebeveynleri orta yaşa ulaşmış olurlar. Yaşlanma ile birlikte yaşamdaki başarılar, kazanımlar ve yitirilen hayaller ile kayıpların hesapları yapmaya başlayan ebeveynler için kimlik arayan bir ergen çok yabancı ve rahatsız edici gelebilir. Özellikle orta yaşta fiziksel sorunların ve yaşlanmanın baş göstermesi ile birlikte ebeveyn çocuyla daha fazla rekabete girebilir. Sağlıklı bir fiziksel ve psikolojik yaşlanma yaşayan bireylerde bu sorunların daha az yaşanacağını öngörmekteyiz. Bu neden aile fiziksel ve ruh sağlığı da hem ailenin yaşam döngüsü ve ergenin gelişimi açısından kritik önem taşımaktadır.

Ebeveynlik Tarzları ve Etkileri

Toplum içerisinde farklı ebeveynlik tarzları bulunmaktadır ve ebeveynlerin çocuk yetiştirme tutumları literatürde temel olarak dört gruba ayrılmıştır. Bu gruplar yetkili, yetkeci, izin verici ve ilgisiz-kayıtsız olarak özetlenebilir.

1. Yetkili Ebeveynlik: Ebeveynlerin çocuğa yaklaşımı çoğunlukla sıcak, yakın ve aynı zamanda disiplinlidir. Çocuğun yaşına, gelişim dönemine uygun beklentiler sunarlar. Net sınırlar ve kurallar çizerler. Çocuğun özerkliğine en yüksek seviyede özen gösterir ancak çocuğun davranışlarının sorumluluğunu aldığı görmek için yakından izlerler.

2. Yetkeci Ebeveynlik: Disiplin yöntemi olarak ceza kullanılır. Ebeveynler itaate en yüksek önemi verirler. Tek taraflı kuralların konduğu ve ebeveynlerin iletişimden ziyade düzeni koruduğu gözlenmektedir. Çatışma veya çekilme bu ebeveynlik tarzı sürekli olursa, kaçınılmazdır.

3. İzin Verici: Disiplin konusunda çok fazla esnek ebeveynlik modelidir. Sınırlar ve kurallar aşırı esnek olur ve bu aileler çoğunlukla çocuklarına arkadaş gibi yaklaştıklarını düşünürler. Kurallar ergenler için özerkliği aşırı müdahale olarak hissedilir.

4. İlgisiz-Kayıtsız: Çocukları ile hem ruhsal hem fiziksel açıdan etkileşime kapalı olurlar. Daha çok kopuk ve ihmal eden ilişki içerisine girerler. Evin ihtiyaçlarının yanında çocukların ihtiyaçları ve tercihlerini ihmal ederler.

Bu ebeveynlik tarzları baskın bir örüntü görünümünde birçok aileye uymaktadır. Tabii her durumda geçerli olmamak üzere zamanla değişim de gösterebilirler. Bazı durumlarda ise iç içe geçebilirler. Yetkili bir ebeveynlik ortamında yetişen gençler, diğer tarzlara oranla psikososyal anlamda daha iyi gelişim gösterirler. Yetkeci tarzda büyüyen gençler ise edilgen, sosyal becerileri kısıtlı, özgüvenleri düşük

ve bağımlı olabilirler. İzin verir tarzda yetişen ergenler ise yaşına uygun olmayan davranışlar sergileyebilir ve sorumluluktan kaçabilirler. Kayıtsız ortamda büyüyen ergenler ise dürtü sorunları yaşabilir ve bu gençlerde alkol madde kullanımının daha yüksek olduğu bilinmektedir.

Bireyin en büyük desteği ve aynı zamanda büyük stresörünün kaynağında aileyi görmekteyiz. Ailede etkilenen bireylerden birisi bu ağın tamamını büyükten küçüğe etkilemektedir. Bu sebeple bireylerin ve özellikle de çocuk ve gençlerin ruhsal iyilik hallerinin ailenin fiziksel ve ruhsal sağlığından ayrı düşünmemek gerekmektedir. Sağlıklı jenerasyonlar için ailelerin bebeklik ve ergenlik döneminin normal özelliklerini bilmeleri, kendi ruh sağlığını ve özelliklerinin gelişme etkilerini anlamaları ve çocuklara nasıl davranacakları konusunda danışmanlık almalarının önemli olduğunu düşünmekteyiz.

Kaynaklar

Ammaniti, M., Speranza, A. M., Tambelli, R., Muscetta, S., Lucarelli, L., Vismara, L., Odorisio, F., & Cimino, S. (2006). A prevention and promotion intervention program in the field of mother-infant relationship. *Infant Mental Health Journal*, 27(1), 70–90. <https://doi.org/10.1002/imhj.20081>

Briggs-Gowan, M. J., Carter, A. S., Skuban, E. M., & Horwitz, S. M. (2001). Prevalence of social-emotional and behavioral problems in a community sample of 1- and 2-year-old children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(7), 811–819. <https://doi.org/10.1097/00004583-200107000-00016>

Crick, N. R., & Zahn-Waxler, C. (2003). The development of psychopathology in females and males: Current progress and future challenges. *Development and Psychopathology*, 15(3), 719–742. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14582938>

Eksi, A. (1999). *Ben hasta değilim: Çocuk sağlığı ve hastalıklarının psikososyal yönü*. Ankara: Nobel Kitabevi.

Erdoğan, A. (2004). Çocuğun psikososyal gelişiminde babanın rolü. *Yeni Symposium*, 42(3), 147–153.

Feldman, R. (2000). Parents' convergence on sharing and marital satisfaction, father involvement, and parent-child relationship at the transition to parenthood. *Infant Mental Health Journal*, 21(3), 213–221.

Göpfert, M., Webster, J., & Seeman, M. V. (2004). *Parental psychiatric disorder: Distressed parents and their families*. Cambridge: Cambridge University Press.

Horwitz, S. M., Gary, L. C., Briggs-Gowan, M. J., & Carter, A. S. (2003). Do needs drive services use in young children? *Pediatrics*, 112(6 Pt 1), 1373–1378. <https://doi.org/10.1542/peds.112.6.1373>

Isabella, R. A., & Belsky, J. (1985). Marital change during the transition to

parenthood and security of infant-parent attachment. *Journal of Family Issues*, 6(4), 505–522. <https://doi.org/10.1177/019251385006004006>

Kaitz, M., & Maytal, H. (2005). Interactions between anxious mothers and their infants: An integration of theory and research findings. *Infant Mental Health Journal*, 26(6), 570–597. <https://doi.org/10.1002/imhj.20069>

Karabekiroğlu, K., Akman, İ., Orhan, Ş. K., Kuşçu, K., Altuncu, E., Karabekiroğlu, A., & Murat, Y. (2015). Mother–child interactions of preterm toddlers. *Nöro Psikiyatri Arşivi*, 52(2), 157.

Laurence, S. (2007). Risk-taking in adolescence: New perspectives from brain and behavioral science.

Leerkes, E. M., & Crockenberg, S. C. (2006). Antecedents of mothers' emotional and cognitive responses to infant distress: The role of family, mother, and infant characteristics. *Infant Mental Health Journal*, 27(4), 405–428. <https://doi.org/10.1002/imhj.20099>

Lovejoy, M. C., Graczyk, P. A., O'Hare, E., & Neuman, G. (2000). Maternal depression and parenting behavior: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 20(5), 561–592. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(98\)00100-7](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(98)00100-7)

Özkan, Y., & Kılıç, E. (2013). Ailenin psiko-sosyal desteği.

Puig-Antich, J., Lukens, E., Davies, M., Goetz, D., Brennan-Quattroch, J., & Todak, G. (1985). Psychosocial functioning in prepubertal major depressive disorders: I. Interpersonal relationships during the depressive episode. *Archives of General Psychiatry*, 42(5), 500–507. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1985.01790280082008>

Seifer, R. (2000). Parental mental illness and infant development. In C. H. Zeanah Jr. (Ed.), *Handbook of infant mental health* (pp. 145–160). New York, NY: Guilford Press.

Uslu, R. (2005). Annelik donanımı ve annenin bebeği ilişkin tasarımları. *Bebek Ruh Sağlığı Kursu*. Ankara.

Yapıcı, Ş. (2010). Türk toplumunda aile ve eğitim ilişkisi. *Turkish Studies*, 5(4), 1544–1570.

11.BÖLÜM: EBEVEYN DANIŞMANLIĞI

Öğr. Gör. Selin KALABAŞ¹¹

Çocuk gelişimi, çok yönlü bir şekilde ele alınması gereken önemli bir olgudur. Doğumdan ölüme kadar her birey birbirinden farklı gelişim basamağından geçmekte ve bu basamaklar doğrultusunda ayrı ayrı değerlendirilmektedir. Bu değerlendirilme bireyin ailesini de kapsamaktadır. Durum tespitinin ardından ebeveynlere de pek çok alanda danışmanlık yapılmaktadır. Gerek dünya’da gerekse de ülkemizde ebeveynler danışmanlık almaktadır. Çocuklarının davranış ve duygularının anlamak üzerine uzmanlar tarafından destek almaktadırlar. Çocuklar ve ergenler ebeveynleri ile aynı ortamda yaşadıkları ve iyileşmenin olması için büyük ölçüde ebeveynlerin danışmanlık almalarına ihtiyaç vardır. Bu bölümde çocuk ve ergenler kapsamında gelişim dönemlerine göre belirli konularda ebeveyn danışmanlığından bahsedilecektir.

Bebeklik Dönemi (0-2 Yaş)

Çocuklarda Duygu Düzenleme (Regülasyon) Becerileri

Bebekler farklı fizyolojik ve kalıtsal özellikleriyle dünyaya gözlerini açmaktadır. Duygu düzenleme (Emotion Regulation - ER), kendimizdeki veya başkalarındaki duyguları etkileme girişimlerini ifade eder. Duyguları düzenleme yeteneği, birçok gelişim alanı için önemli etkileri olan önemli bir erken gelişimsel dönüm noktasıdır. Bebeklik döneminde duygu düzenlemesi (ER) önemlidir ve temel bakım veren birey, çocuğun ihtiyaç duyduğu düzenlemeyi sağlama merkezidir ve bu da özerk çocuk düzenlemesinin gelişimini kolaylaştırır. Duygu düzenlemesi, gelişimsel olarak uygun mekanizmalar yoluyla, artan duygu seviyeleri karşısında içsel uyarılmayı modüle etme ve yönetme girişimleri olarak tanımlanmıştır.

Duygu düzenleme becerisi temel bakım veren kişi ile bebek arasındaki bağlanma ile oluşmaktadır. Temel bakım veren birey, 0-3 yaş dönemindeki bebeği duygusal anlamda beslemesi oldukça önemlidir. Ayrıca, güvenli bağ kurulması ve bebek ve temel bakım veren arasında sağlıklı deneyimler gereklidir.

Duygusal düzenleme için ebeveynlere öneriler aşağıda yer almaktadır:

- Sarılmak,
- Çocuklarda görülen duyguları seslendirmek (Örneğin “şu anda kaygılısın”)
- Hafifçe sallayıp ninni söylemek gibi fiziksel temas oldukça yararlı olduğu düşünülmektedir.

¹¹Öğr. Gör., İstanbul Gelişim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul, Türkiye.

E-posta: skalabas@gelisim.edu.tr ORCID: 0000-0001-5902-1103

Bebek- Ebeveyn Bağlanma Oyunları

Bir Theraplay oyunu olan “Kapıyı al” oyunu bağlanması sağlayan bebek aktivitesidir. “Kapıyı al” dedikten sonra bebeğin alnına hafifçe dokunulur. Ardından “kapı deliğinden bak” dedikten sonra bebeğin gözlerine bakılır. “Kapının kilidini kaldır” dedikten sonra çok yavaş bir Şekilde bebeğin burnu yukarı itilir. “İeri gir” dedikten sonra ise parmaklar bebeğin ağzına doğru yürüyormuş gibi yapılmaktadır. Bu aktivite sayesinde aradaki bağ güçlenmektedir.

Cee-ee oyunu da yine bağlanmayı sağlayan oyunlardan biridir. Ebeveynler elleri ile ya da bir örtü ile yüzünü saklar. Ellerini çekip yüzünü gösterirken ya da örtüyü yukarı kaldırıp bebeğe bakarken “cee-ee” demektedirler. 1979 yılında Theraplay’i geliştiren Jernberg ebeveyn ocuk ilişkisinde cee-ee oyununun önemine atıfta bulunmaktadır.

Ayrıca ebeveynler gün içerisinde Jernberg’in deyimiyle “bebeklerine sarılıp kulağına ninniler söyleyebilir, minik parmaklarını öpüp bebeklerini sallayabilir, bebeklerine pudra ya da krem sürebilir. Aynı zamanda bebeğine gülümseyip sevgi sözcükleri söyleyip yumuşak bir tonda konuşup, sevdiği Őarkıyı kulağına fısıldayıp, bebekleri ağladığı ya da üzgün olduğunda onları rahatlatabilmektedir”. Bunların hepsi bebek ve ebeveynlerin arasındaki bağı ve ilişkiyi güçlendirmektedir.

İlk ocukluk (Oyun) Dönemi (3-6 Yaş)

Okul öncesi dönem (3-6 yaş) ocuğun gelişimi için kritik bir dönemdir. Bu dönemde, tüm gelişim boyutlarında hızlı değişimler meydana gelir. Bu dönemde bilişsel gelişim gelişir. Çocuğun fiziksel ve sosyal evre ile ilgili farkındalığı ve ocuk bunu deneyimlemeye başlar ve sosyalleşme artmıştır. Bu dönem ile ilgili ebeveynlere bilinçli farkındalık, ekran kullanımı, fiziksel aktivitenin önemi ile ilgili bilgiler aktarılacaktır.

Bilinçli Farkında Ebeveynliğin Önemi

İlk kez Kabat-Zinn ve Kabat-Zinn tarafından geliştirilen, dilimizde bilinçli farkındalık olarak çevrilen bilinçli farkında (Mindful) ebeveynlikte, “daha iyi” veya “optimum” çocuklar yetiştirmek veya “daha iyi” veya “optimum” ebeveynler olmanın aksine bireylerin yapabildiği kadar an be an farkındalıkla çocukları yetiştirmenin önemi vurgulanmaktadır.

Alanyazında 4-5 yaşlarında gelişmekte olan çocukların ebeveynleri için bilinçli farkında (mindful) ebeveynlik yöntemleri önerilmektedir. Ayrıca tipik, risk altındaki ve atipik gelişimi olan çocukların ve ergenlerin ebeveynlerini desteklemek için bilinçli ebeveynlik müdahaleleri önerilmiştir, bu da içsel ve kişiler arası sonuçları iyileştirmektedir. Dahası DEHB’li çocukların ebeveynlerine sunulan bilinçli

farkındalık eğitimi, ebeveynlik stresini ve çocukların semptomlarını azaltmada olumlu etkiler göstermektedir.

Dışsallaştırma davranışı olan 3 ila 12 yaş arası çocukların ebeveynleri için farkındalık müdahalelerinin olumlu etkileri, ebeveyn stresinin ve çocuk problemlerinin azalmasına da katkıda bulunmaktadır.

Ekran Kullanımı

Dijitalleşme ile, küçük çocuklardan yetişkinlere pek çok kişinin medya kullanımının artmasına neden olmaktadır. Özellikle, etkileşimli olanlar sosyal medya ve video oyunlarını içermektedir. Bir Amerikan araştırmasına göre, mobil cihaz kullanan 0-8 yaş arası çocukların yüzdesi 2011'de %38'den 2013'te %72'ye artış söz konusudur.

Günümüzde okul öncesi çocuklar bile internet, bilgisayar ve video oyunları ile doymuş ve ilgilerini fazlasıyla çeken ortamlarda büyüyorlar.

Okul öncesi dönemdeki çocuklar ekrana maruz kalmaktadır. Dijital teknolojiye erken ve uzun süreli maruz kalmanın okul öncesi çocuklar üzerindeki olumsuz etkileri çeşitli çalışmalarla açıklanmıştır.

Son araştırmalara göre ekran kullanımı, okul öncesi dönemdeki çocukların öğrenme, çocuk gelişimi, iyilik hali, uyku, görme, dinleme, ebeveyn-çocuk ilişkisini olumsuz etkilemektedir.

Amerikan Pediatri Akademisi'ne ve Avustralya kılavuzlarına göre ebeveynlerin aşağıdaki maddelere dikkat etmeleri gerekmektedir:

1.Hiçbir medya cihazının şunları kullanılmamasını öneririz:

- 2 yaşın altındaki çocuklarda
- Yemek sırasında
- Yatmadan önce en az 1 saat
- Hızlı programlarda, dikkat dağıtıcı veya şiddet içerikli uygulamalarda
- Çocukları halka açık yerlerde sessiz tutmak için sınır emzik olarak.

2)Ekran maruz kalma sınırlamaları:

- 2-5 yaş arası çocuklarda günde 1 saatten az,
- 5-8 yaş arası çocuklarda günde 2 saatten az
- Yüksek kaliteli programlamaya
- Sadece bir yetişkinin yanında. Çocukların "dijital olarak büyüdüğü" bir dünyada, ebeveynler onlara teknolojiyi güvenli bir şekilde nasıl kullanacaklarını öğretmede dikkatli olmalıdır. Ebeveynler, çocukların medya içeriğini ve kullanılan veya indirilen uygulamaları önceden izlemelidir.

-Çocuk kullanımından önce bir bakıcı tarafından test edilen uygulamalara 80.000'den fazla uygulama eğitici olarak etiketlenmiştir, ancak çok az araştırma gerçek kalitelerini göstermiştir.

Ebeveynler, çocukları için en iyi seçimleri yapmak için yaşa uygun uygulamaları, oyunları ve programları kontrol etmelidir. Kullanılan medyanın kalitesinden emin olmak için ebeveynler, çocukların ne izlediği ve medyayla ilgili sorunlar hakkında çocuklarla çalışan ilgili uzmanlara danışmalıdır.

Fiziksel Aktivitenin Önemi

Okul öncesi çocuklardaki çocukluk obezitesindeki endişe verici bulgular, bu yaş grubunda fiziksel aktivitenin önemine vurgu yapmaktadır. Bununla birlikte, okul öncesi çocukların optimal gelişimi için uygun fiziksel aktivitenin miktarını ve türünü belirleme ihtiyacı ortaya çıkmaktadır. Araştırmalara göre fiziksel ve niceliksel olarak en iyi gelişme için en uygun zamanda 2 yaştan 5 yaşa kadar olduğu ileri sürülmektedir.

Yapılan bir çalışmada erken çocukluk döneminde (2-5 yaş) fiziksel aktivite ile biyolojik ve psikososyal gelişim arasındaki ilişki araştırılmıştır. Araştırmaya göre ebeveynlere öneriler aşağıda yer almaktadır:

- Okul öncesi çocuklar için çocukların eğlenceli bulduğu kaba motor oyunlara ve lokomotor aktivitelere odaklanmalıdır
- Mümkün olduğunda, okul öncesi çocuklarına oyun alanlarına ve açık havada ekipmana erişim hakkı verilmelidir.
- Okul öncesi çocuklar için desteklenmesi, tipik olarak kendiliğinden ve aralıklı olan doğal aktivite modellerini dikkate alınmalıdır.
- Okul öncesi çocuklar için fiziksel aktivite deneyimleri, ustalık deneyimleri ve bu deneyimler hakkında koşullu geri bildirim sağlayan yetişkin kolaylaştırması (modelleme dahil) ile geliştirilmelidir.

Ebeveyn tarafından başlatılan fiziksel oyunla (örneğin, diz üzerinde zıplama, nesnelere oynama) birlikte, erken yaştaki fiziksel aktivite oyununun ana kaynakları olduğu düşünülmektedir.

İkinci Çocukluk (İlkokul) Dönemi (7-11 Yaş)

Ödevler

Ev ödevleri öğrenmeyi geliştirmektedir. Bununla ilgili ebeveynler çocuklarına yardımcı olmaktadır. Ödevlerin -öğretmenlerin okul dışı zamanlarda öğrencilerden tamamlamalarını istediği ödevlerin- gerekliliğine ilişkin tartışmalar 19. yüzyılın sonlarından beri tartışılmış ve bugün değeri yeniden incelenmekte ve aile yaşamı üzerindeki olası olumsuz etkilere karşı tartışılmaktadır.

Son yıllarda öğrencilere verilen ödev miktarında bir artış görülmektedir ve ilkokul düzeyinde, ev ödevinin çocukların öğrenmesini geliştirmediğini gösteren araştırma bulgularına rastlanmaktadır; fakat gelişimsel olarak uygun ev ödevi, bireylerin akademik yeteneğine olan inancı, ustalıkla yönelik müzakereci ve çaba gerektiren bir yaklaşım ve kişinin geleceği için daha yüksek beklentiler de dahil olmak üzere olumlu öğrenme inançları ve davranışlarının oluşumunda kritik bir rol oynamaktadır. Özetle ev ödevi çocuklara bu bağlamda yardımcı olan en önemli bir araçtır.

Ev ödevi, öğrenmeyi artırmak, kavramayı desteklemek ve öz düzenleme becerilerini geliştirmek amacıyla öğretmenlerin öğrencilere evde gerçekleştirmeleri için verdiği görevlerden oluşmaktadır. Birçok çocuk ev ödevini sevmemektedir. Ev ödevi sırasında diğer okul etkinliklerine göre daha düşük düzeyde olumlu etki (zevk, zevk, tatmin) ve daha yüksek düzeyde olumsuz etki (öfke, can sıkıntısı, kaygı, hayal kırıklığı) sergilemektedir. Sonuç olarak, ödev yapmak için düşük motivasyona sahip oldukları düşünülmektedir.

Ebeveynlerin çocukların özerk öz-düzenleme, motivasyon ve olumlu duygulanım geliştirmelerine yardımcı olabilecekleri üzerinde en çok çalışılan yollardan biri, çocukların yakın gelişim bölgesinde potansiyellerini sergilemelerine yardımcı olmak için tasarlanmış geçici yetişkin desteği anlamına gelen yapı iskelesidir. Ebeveynler, bir yapı (net hedefler, aktiviteyi yapma gereksesi ve uygun zaman ve yer) ve çocuğun yetenekleri aralığındaki görevler sağlayarak çocuklarına destek olabilmektedirler.

Bir araştırmaya göre, motivasyon için yapı iskelesi ilkelerine ve kendi kaderini tayin etme teorisinin varsayımlarına dayanan iki çalışmada, algılanan ebeveyn özerkliği-destekleyici yapı iskeletinin çocuk ödevi özerk motivasyonu, öz-yeterlik, duygulanım ve katılım üzerindeki rolünü değerlendirmeyi amaçlanmıştır. 122 ebeveyn ve çocuklarını içeren bir çalışmanın sonuçları, ebeveyn özerk motivasyonu ne kadar yüksek olursa, çocuklarının onları motivasyon için iskele kurarken özerklik destekleyici olarak algıladığını ve dolayısıyla ev ödevlerinde özerk motivasyon, öz-yeterlik ve katılım geliştirdiğini göstermiştir. İkinci çalışmada 37 ebeveyn, özerkliği destekleyen iskele modalitelerini sürdürmeye odaklanan dört oturumluk bir eğitim programına dahil edilmiştir. Eğitim, ebeveyn olumsuz etkisini azaltmış, çocuk olumsuz duygu artışını engellemiş ve çocuğun ev ödevi motivasyonunu koruduğu bulunmuştur.

Akran Zorbalığı

Zorbalık, “davranışın zarar vermeyi veya rahatsız etmeyi amaçladığı, davranışın zaman içinde tekrarlandığı ve daha güçlü bir kişi veya grubun daha az güçlü bir kişiye saldırmasıyla güç dengesizliği olduğu belirli bir saldırganlık türü” olarak

tanımlanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü, gençlerde şiddetin bireysel ve sosyal faktörlerin, özellikle aile, akranlar ve öğretmenlerle olan ilişkiler arasındaki etkileşimin bir sonucu olduğunu belirtmektedir.

UNESCO'nun çocuklara yönelik şiddetle ilgili 2006 araştırması, okul çocuklarının %20-65'inin sözlü zorbalıktan etkilendiğini ve bunun okulda en yaygın şiddet biçimi olduğunu bildirmiştir. Okulda zorbalığın varlığı okul iklimini olumsuz etkilemekte ve çocukların güvenli bir ortamda korkmadan öğrenme haklarını ihlal etmektedir. Bu tür zorbalık doğrudan olabilir: fiziksel, sözlü veya sosyal (örneğin, dışlanma) veya dolaylı (örneğin, söylentiler yaymak).

Akran zorbalığı konusunda unutulmaması gereken en önemli bir nokta şudur ki zorbalığı yapanında bir çocuk olduğu ve mağdur olduğudur. Özellikle akran zorbalığını nedenini tespit etmek oldukça önemlidir.

Yapılan bir çalışmada olumlu davranış desteğinde zorba önleme (BP-PBS) kullanılmıştır. Buna göre bazı stratejilerin önemine vurgu yapılmaktadır:

- Bir okuldaki tüm öğrencilere "saygılı olma" kavramını tanımlamak ve öğretmek,
- Tüm öğrencilere saygısız davranışlarla karşılaştıklarında potansiyel sosyal pekiştirmeyi en aza indiren üç aşamalı bir yanıt (dur, yürümek, konuşmak) öğretmek için tasarlanmıştır,
- Üç adımı precorrect Sorunlu davranış içermesi muhtemel faaliyetlere girmeden önce yanıt,
- Üç adımlı yanıt kullanıldığında uygun bir cevabı öğretmek, ve
- Öğrenciler sorunlu davranış olaylarını bildirdiğinde personeli yanıt vermek için evrensel bir strateji konusunda eğitmek oldukça önemlidir.

Ayrıca, eskiden çocuklar boş zamanlarında ve okul saatlerinde oyun oynamak ve arkadaş edinmek için mahalle sokaklarında veya evlerin arka bahçelerinde buluşurken, günümüzde ise gelişen teknoloji ile birlikte çocukların pek çok sosyal karşılaşması sanal ortamda gerçekleşmektedir. Dolayısı ile sanal ortamda da zorbalık görülmektedir. Çocuklara yönelik çevrimiçi zorbalık ve şiddet eylemlerini içermektedir. Bu eylemler; şiddet, saldırganlık, iftira, alay, kimliğe bürünme ve hatta sınıf arkadaşlarını dışlama olarak ifade edilen çevrimiçi davranışlar şeklindedir. Çevrimiçi zorbalıkta bu eylemler elektronik iletişim araçlarının kullanılması yoluyla gerçekleşir.

Bazı bilim adamları, boyutları ve gücü büyüyüp yayıldığında, özellikle aşağıdaki nedenlerden dolayı bazen fiziksel acıdan daha kötü olabileceğini düşünmektedirler: - Şiddetin ifade edilmesi için denetim ve sosyal kontrol mekanizmaları tarafından kısıtlanmayan verimli bir zemin sağlayan fail ile mağdur arasında varlık ve fiziksel temasın olmaması. İnternet anonimlik sağlar ve zorbanın yakalanma korkusunu azaltır.

- Çevrimiçi araçlar, şiddet döngüsünün kısa sürede daha fazla fail ve mağduru içermesine olanak tanır. İzleyen çok sayıda insan ve tepki verme yetenekleri verilen hasarı, yoğunluğunu ve kapsamını arttırır.

- Bazen çevrimiçi zorbalık silinemez ve sınırsız bir süre için kaydedilir

- Kolay erişim ve kullanım kolaylığı, kimseyi incitmeyi amaçlamayan eylemlerden incitici şiddete hızla bozulmaya yol açar.

Yapılan pek çok çalışmaya göre birçok ebeveynin, çocuklarının çevrimiçi zorbalığa karışıp karışmadığını bilmediğini göstermektedir. Ebeveynlerin üçte birinin çocuklarının çevrimiçi etkinliklerinden haberdar olduklarını belirttiği tespit edilmiştir. Çeşitli araştırmalar, ergenlerin internet kullanım davranışlarının gelişiminde özellikle aile faktörlerinin önemli olduğunu ortaya koymuştur. Ayrıca ebeveynlerle yakın iletişimin, ergenlerin problemleri internet kullanımıyla olumsuz olarak ilişkili olan psikolojik ihtiyaçların daha yüksek düzeyde tatmin edilmesiyle ilişkili olduğunu bulmuşlardır.

Ebeveyn duyarlılığı yüksek bireyler için ebeveyn-ergen iletişimi, ergen patolojik internet kullanımı için koruyucu bir etki ve psikolojik ihtiyaç tatmini üzerinde kolaylaştırıcı bir etki sunar. Yüksek ebeveyn duyarlılığı, çocukların desteklenmiş hissetmelerine yardımcı olabilir ve bu da daha büyük bir refah duygusuna ve düşük patolojik İnternet kullanımına yol açabilir.

Ergenlik Dönemi (12-18 Yaş)

Çocuk ve Ebeveyn İlişkileri

Ergen-ebeveyn ilişkileri romancılar, tarihçiler için kalıcı bir hayranlık konusu olmuştur ve yüzyıllardır filozoflar tarafından tartışılmıştır. Gelişim psikolojisi tarihinde ergenlik konusu nispeten daha kısa bir konu olmasına rağmen ergen-ebeveyn ilişkilerinin doğası, alanın başlangıcından beri tartışılmıştır.

Ergenlik dönemine geçiş bireyin kendisi kadar aile sistemini de etkilemektedir ve çocuğun gelişiminde anne ve babanın rolü oldukça önemlidir. Ergenlik dönemi ile beraber aile sisteminde yeni düzenlemeler gerekmektedir. İlişkilerin yeniden yapılandırılması bu düzenlemeler arasında yer almaktadır.

Birçok ebeveyn, ergenlik çağındaki çocuklarında özerklik ve öz düzenleme konusunda daha güçlü bir denge kurmak istediğinden, ebeveynler ve ergenlik çağındaki çocukları kendilerini daha az bağlı hissederler ve daha fazla çatışma yaşarlar. Ergenler ve ebeveynler arasındaki etkileşimlerde yüksek derecede çatışma, ergenlerin riskli davranma olasılığını arttırmaktadır (örneğin, riskli cinsel davranış). Daha fazla özerklik ihtiyaçlarını yansıtan ergenler, genellikle çatışmaları kişisel yargılama sorunu olarak görürler.

Ergen-ebeveyn çatışması ve ebeveynlerden uzaklaşma, ergenliğin biyolojik değişikliklerinin kaçınılmaz bir sonucu olarak görülmektedir. Bu, Anna Freud'un ergenliği bir "gelişimsel rahatsızlık" dönemi olarak tanımlamasına yansıyan bir görüştür.

Bir çalışmada, genç ergenlerin (12 yaş civarında) sadece %14'ü, ebeveynlerle düşük destek ve yüksek çatışma ile karakterize çalkantılı ilişkiler bildirmiştir. Bu sayı orta ergenlikte (16 yaş civarında) %29'a yükselmiş ve geç ergenlikte (20 yaş civarında) tekrar %10'a düşmüş olsa da, ergenlerin çoğu ergenlik boyunca ebeveynleriyle aynı türden bir ilişkiye sahiptir.

Ancak, çok fazla çatışma ergenlerin psikososyal uyumu ve iyi oluşları için risklidir. Ebeveynleriyle daha fazla çatışma yaşayan ergenler daha çok dışa yönelim ve içselleştirme sorunları yaşarlar; daha düşük benlik saygısı, esenlik ve okula uyum ve daha sık madde kullanımı görülmektedir.

Ebeveynler ve çocuklar çatışmalar sırasında hem olumsuz hem de olumlu duyguları ifade edebildiklerinde, alternatif etkileşim kalıpları bulma ve ilişkilerini yeniden müzakere etme olasılıkları daha yüksektir. Örneğin, ebeveynler ve çocuklar bir anlaşmazlık sırasında birbirlerine karşı öfkelerini ve kızgınlıklarını ifade edebildiklerinde, aynı zamanda birbirlerine sevgi gösterebildiklerinde, birbirlerinin fikirlerine ilgi duyduklarında ve çatışma hakkında güldüklerinde, çatışmalar onların yeni yollar bulmalarına yardımcı olabilir. birbiriyle ilişkilendirin. Öfke veya diğer olumsuz duygular içinde sıkışıp kalan veya birbirlerine karşı yalnızca olumlu duygular ifade eden ve öfkelerini ifade etmekten korkan ebeveynler ve çocuklar, ilişkilerini yeniden müzakere etmede daha fazla sorun yaşayabilirler. Bu nedenle, çatışmaları içeren ebeveyn-ergen etkileşimleri sırasında daha fazla duygusal değişkenlik, davranışsal esnekliği veya ergenlikle ilgili değişen kişilerarası ve bağlamsal taleplere yanıt olarak davranışı etkili bir şekilde uyarlama ve yeniden düzenleme yeteneğini yansıtır.

Duygusal değişkenlik, ergenlik döneminde ebeveyn-çocuk ilişkilerinin kalitesi ile pozitif ilişkilidir. Erken ergenlik dönemindeki çatışma etkileşimleri sırasında daha fazla duygusal değişkenliğe sahip olan anne-ergen ikilileri, daha az duygusal değişkenliğe sahip ikililere göre zaman içinde daha fazla optimal ilişki kalitesi bildirdiler.

Ebeveynler ve ergenler, birbirlerine karşı farklı olumlu ve olumsuz duyguları daha açık ve esnek bir şekilde ifade ettiklerinde, ergenlerin dışavurumunun arttığı görülmektedir. Ergenlerin hayatlarında olup bitenleri açıklamaktan kaçınmalarının bir nedeni, ebeveynlerinden gelebilecek olası olumsuz tepkiler konusunda endişe duymalarıdır.

İlişkiyle ilgili beklentiler karşılıklı olarak tatmin edici bir şekilde yeniden müzakere edildiğinde ve ebeveynler kontrollerini azalttığında, çatışma genellikle azalır, ebeveynler ve ergenler yeniden yakınlık kurabilirler.

Duyguları ifade etme, hem farklı görüşlerin ifade edilmesi ve anlaşılması açısından hem de ilişkisel gerilimler karşısında daha iyi uyumun ortaya çıkması açısından oldukça önemlidir. Ayrıca, ergenler ve ebeveynler yakın ilişkilere sahip olduklarında, ergenler duygu, düşünce ve faaliyetler hakkında açık bilgi iletmeye daha meyilli olabilirler. Çeşitli aile örneklemelerinde incelendiği gibi, ebeveynlere karşı yakınlık, sıcaklık, destek, yakınlık ve bağlılık gibi olumlu duygular erken ve orta ergenlik döneminde azalmaktadır. Genel olarak, daha olumlu ergen-ebeveyn ilişkileri, daha büyük ergenlerle ilişkilidir.

Ebeveyn-çocuk ilişkilerindeki gelişimsel değişiklikler, ergenlerin biyolojik veya bilişsel olgunlaşmasına bağlanmıştır. Ergenlikle ilgili hormonal değişikliklerin, ergenleri, ebeveynlerden özerklik ve bireyselleşme için çabalamaya yönlendirdiği ve ergenlerin olgun ve eşitlikçi ilişkiler kurmasına izin veren ebeveynlerle çatışmalara yol açtığı düşünülmektedir. Bilişsel modeller, ergenlerin soyut akıl yürütmelerindeki gelişmelerin, ebeveyn-çocuk ilişkilerine giderek daha fazla karşılıklı ve eşitlikçi bir bakış açısı getirdiğini ima eder. Bilişsel ilerlemeler, ergenleri, ebeveynlerinin yetkisi altında olduğu düşünülen konuları kişisel kararlar olarak algılamaya da sevk edebilir.

İnternet Kullanımı

İnternetin aşırı kullanımı ergenlerde sıklıkla görülmektedir. İnternet bağımlılığı genellikle aşırı, takıntılı, bağımlı ve kontrol edilemeyen internet kullanım davranışını ifade etmektedir. Ergenler, hızlı fizyolojik değişiklikler ve psikososyal uyum için yeni taleplerle yaşamın önemli bir aşamasındadır. İnternet bağımlılığı, ergenlerin bilişsel işlevlerini bozar ve akademik başarının azalması, psikolojik iyi oluşun bozulması ve psikosomatik semptomların artması ve kişilerarası sorunlar gibi uyumsuz sorunlara yol açar.

Bir çalışmada, internet bağımlılık düzeyi yüksek olan bireylere göre internet bağımlılık düzeyi düşük olan bireyler daha fazla özerklik, yeterlik ve ilişki ihtiyacına sahip olduğu saptanmıştır. O halde gençlerin psikolojik ihtiyaçlarının internet tarafından karşılanabildiği söylenebilir. İnternet bağımlılık düzeyi yüksek olan gençlerde sosyal kaygının daha fazla olduğu, anne ve babalarını daha kontrolcü algıladıkları; internet bağımlılık düzeyi düşük olanların ise anne ve babalarını daha ilgili bireyler olarak algıladıkları görülmektedir. İnternette harcanan zaman, internet kullanım amacı ve internete ayrılan zamanı kontrol etme becerileri yönünden bağımlılık düzeyi düşük kişilerde bağımlılık düzeyi yüksek kişileri karşılaştırdığımızda birbirlerinden farklılaştıklarını ve bağımlılık düzeyi yüksek kişilerin olumsuz bir profil çizdikleri görülmüştür.

Yapılan bir çalışma, Çinli ergenler arasında benlik kavramının aracılık etkisiyle ebeveyn-çocuk ilişkisi ve internet bağımlılığı arasındaki ilişkiyi araştırmayı amaçlamıştır. Çalışmanın sonucuna göre, ergenlerde ebeveyn-çocuk ilişkisinin

benlik kavramı ile olumlu ve internet bağımlılığı ile olumsuz bir şekilde ilişkili olduğunu, benlik kavramının ise internet bağımlılığı ile olumsuz bir şekilde ilişkili olduğunu göstermiştir. Ayrıca, ebeveyn-çocuk ilişkisi ile internet bağımlılığı arasındaki ilişkiye kısmen benlik kavramı aracılık etmiştir. Bu çalışmanın bulguları, ebeveyn-çocuk ilişkisinin benlik kavramı üzerinden internet bağımlılığı üzerinde sadece doğrudan değil, dolaylı olarak da etki yarattığını göstermiştir. Ergenlerin medya kullanımı bilgi, iletişim, eğlence ve işlevsellik için normatif bir ihtiyaç temsil eder, ancak sorunlu İnternet kullanımı artmış olduğu görülmektedir.

Teknolojinin içine doğan gençlere daha farklı bir yaklaşımda bulunmak gereklidir. Ekran detoksu bu konuda önemli bir yöntemdir. Ayrıca sadece gençler için değil tüm aile uygulayabilir. En az bir hafta acil telefonlar dışında aile üyelerinden hiç kimse ekrana bakmaması söz konusudur. Ekran detoksunun ilk gününün zorlayıcı geçse de detoksa devam etmek oldukça önemlidir. Dijital detoksun ergen ve öğrencinin bireysel performansı üzerindeki etkisini görmek amacıyla yapılan bir çalışmada detokstun faydalı olduğu bulunmuştur.

Ebeveynlere Öneriler

Ebeveynler çocuklarının sorunlarını tanımlamada zorluk çekmektedirler. Bilişsel davranışçı terapi ekolü perspektifinden aşağıda yer alan tablo problemi belirlemede ebeveynlere yardımcı olmaktadır.

Saat	Problem Davranışları	Yoğunluğu	Süresi	Öncülü	Sonucu
8:00					
9:00					
10:00					
11:00					
12:00					
13:00					
14:00					
15:00					
16:00					
17:00					
18:00					
19:00					

Tablo 1. Problem davranış (Örn:Ağlama) kayıt formu

Bu tabloya göre anne ve babalar problemin ne olduğunu, sıklığını, yoğunluğunu ve sürekliliğini de değerlendirebilirler. Ayrıca, “öncülü” yazan kısmı doldurdularında probleme neyin sebep olduğu ile de yüzleşmiş olacaklardır.

Ayrıca, Jane Nelsen’in öne sürdüğü pozitif disiplin perspektifine göre “Aile toplantıları” düzenlemek oldukça önemlidir. Aile toplantıları problem çözme, karşılıklı saygı, işbirliği sağlama, analitik düşünme, duyguları ifade etme açısından çocuklara ve ebeveynlere katkı sunmaktadır. Haftada en az bir gün ve belirli bir saat diliminde toplantı yapmak ilişkinizi de güçlendirmektedir. Aile toplantılarında konuşmak istenilen bir konu ya da konular gündeme getirilir ve herkesin fikirleri ortaya atılır. Konuşulacak konu olmadığı haftalarda ise ailece bir aktivite yapılması yararlı olacaktır.

Vaka Örneği

Sürekli parmak emme sorunuyla kliniğe gelen bir erkek çocuk ile çocuk merkezli oyun terapisi oturumu gerçekleştirilmiş ve gözlemlenen ihtiyaç sonucunda ebeveyn danışmanlığı yapılmasına da karar verilmiştir.

Hayali bir isim olan Ali, anne babası ve bir ablası ile birlikte yaşayan 5 yaşında bir erkek çocuğudur. Anne lise baba orta okul mezunudur ve sosyoekonomik düzeyi düşük olduğu bildirilmektedir. Ali’nin gelişimi, annesinin raporuna göre beklenen düzeyde olduğu bilinmektedir. Ali gündüzleri annesiyle vakit geçirmekte ve kreşe gitmemektedir.

Ali, parmak emme sorunu ve olası fiziksel yan etkileri nedeniyle ailesi tarafından kliniğe getirilmiştir. Terapiye gelmeleri için birincil istekleri, Ali’nin takıntı olarak adlandırdıkları parmak emme davranışını azaltmaktır. Anne ve baba bu davranışın arkasında herhangi bir neden bulamamaktadır. Annenin dile getirmesi üzerine Ali’nin bu davranışı abla ve baba olduğunda artmakta olduğu tespit edilmiştir. Bu davranış, Ali’nin istekleri olmadığında, uyku öncesinde ve yemek öncesinde arttığı belirtilmiştir. Annesi, Ali’nin bu davranışını azaltmak için kızmak ve uyarmak gibi stratejiler kullanılmıştır. Anne ve baba ayrıca Ali’nin evde, özellikle de ona bağırdıklarında sürekli ağladığı ve zor sakinleştiği belirtilmiştir. Ayrıca ailede sınır sorunlarının olduğu gözlemlenmiştir.

Tedavi

Çocuk merkezli oyun terapisi (CCPT)

CCPT (Çocuk Merkezli Oyun Terapisi), Ali’nin oyun terapisinin güven verici ortamında, samimiyet, empati ve kabullenme yoluyla kendini ifade edebileceğine, daha fazla farkında olabileceğine ve başa çıkma kapasitesini geliştirebileceğine inanıldığından, Ali’nin tedavi süreci olarak belirlenmiştir. 16 CCPT oturumu, her biri 45 dakika olmak üzere haftada bir gerçekleştirilmiştir.

Ebeveyn danışmanlığı

Ebeveynler tarafından sürekli parmak emme davranışı sorun olarak belirtilse de, yetersiz ebeveynlik, evde sınır tanımama, duygularını saldırganlık ve katı disiplinle ifade etme, anne ve babasından gün içinde sınırlı ve benzer uyarılara maruz kalma gibi diğer sorunlar başka sorunlar olabilir. Ali'yi olumsuz etkileyen faktörler; ceza vermek, çocuğa ikircikli tepkiler göstermek, çocuğu sorunların merkezi olarak etiketlemek gibi yaygın ebeveynlik uygulamaları, yoğun ebeveyn danışmanlığı yapmayı daha önemli hale getirmiştir. Bundan dolayı Ali ile oyun terapisi seanslarına ek olarak, her biri 45'er dakikalık 12 yoğun ebeveyn görüşmesi düzenlenmiştir.

Terapi sürecinde Ali'nin davranışlarında ve anne-baba tutumlarında meydana gelen değişiklikler birlikte gözlemlenmiştir.

Türkiye'de Yapılan Çalışmalar

Türkiye'de yapılan bir çalışmada, 4-5 yaşındaki çocukların olduğu bir örneklem grubunda çocukların teknoloji kullanımlarının içeriği ve süresini anne ve babalarının teknoloji kullanımı hususundaki tutum ve davranışlarını ve çocuklarının aşırı teknoloji kullanımında hissedilen kaygı düzeyi incelenmiştir. Bulgulara göre, demokratik tutuma sahip olan anne ve babalar çocukları ile ilgili önemli konularda bilgi sahibi olmaktadır. Bunlar; çocuk gelişimi, çocukların eğitimi ve nasıl kaliteli zaman geçireceklerini bilme şeklindedir. Ayrıca anne ve babaların çocuklarının teknoloji kullanımı konusunda yoğun kaygı yaşadıkları bulunmuştur. Çalışmaya ek olarak ebeveyn danışmanlığı yapılmış olup ebeveynlere destek verilmiştir.

Ayrıca bir çalışmada zihinsel engeli olan çocukların ebeveynleri çocuklarının cinselliği ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmadıklarını belirtmiş olup bu konuda ebeveyn danışmanlığına ihtiyaç duyulduğu belirtilmiştir.

Ebeveynler çocukları ile ilgili pek çok konuda danışmanlık almaktadır. Yetersiz kalan anne ve babalar sıkışmış hissetmekte ve kendilerini suçlamaktadır. Bu bağlamda alanyazına katkıda bulunma amacıyla ülkemizde ebeveyn-çocuk ilişkilerinin onarılması ve iyileşmenin olması açısından ebeveyn danışmanlığına ihtiyaç gerekmektedir.

Genele indirgenildiğinde bir ebeveyn-ebeveyn danışmanlığı seansı, bir çalışmada yirmi seanstan sonra klinik sonuçlarda bir farklılığa yol açmazken, kilo verme oranında hemen önemli bir artışa yol açmıştır. Bu bulgu, ebeveyn-ebeveyn konsültasyonlarının standart tedaviye dahil edilmesinin tüm aileler için uygun(?), gerekli(?) olmayabileceğini düşündürmektedir. Bununla birlikte, ilerleme işaretlendiğinde klinisyenler tarafından kullanılmak üzere ek bir araç olarak hizmet etme potansiyeline sahiptir. Bu çalışma dahilinde ebeveyn danışmanlığı önemli ve gereklidir.

Kaynaklar

American Academy of Pediatrics. (2013). Children, adolescents, and the media. *Pediatrics*, 132(5), 958–961.

Anand, L., Sadowski, I., Per, M., & Khoury, B. (2021). Mindful parenting: A meta-analytic review of intrapersonal and interpersonal parental outcomes. *Current Psychology*, 1–17. <https://doi.org/>

Australian Bureau of Statistics. (2011–2012). *Australian health survey: Physical activity*. Retrieved from <http://www.abs.gov.au>

Barlett, C. P. (2017). From theory to practice: Cyberbullying theory and its application to intervention. *Computers in Human Behavior*, 72, 269–275.

Bempechat, J. (2019). The case for (quality) homework: Why it improves learning, and how parents can help. *Education Next*, 19(1).

Blos, P. (1979). *The adolescent passage*. New York, NY: International Universities Press.

Booth, P. B., & Jernberg, A. M. (2009). *Theraplay: Helping parents and children build better relationships through attachment-based play*.

Boyacıoğlu, N. E. (2021). Parents' attitudes towards the sexuality of their adolescents with mental deficiency: A qualitative research. *Journal of Psychiatric Nursing*. <https://doi.org/10.14744/phd.2021.60251>

Branje, S. (2018). Development of parent–adolescent relationships: Conflict interactions as a mechanism of change. *Child Development Perspectives*, 12, 171–176.

Cengiz Saltuk, M., & Erciyes, C. (2020). Okul öncesi çocuklarda teknoloji kullanımına ilişkin ebeveyn tutumlarına dair bir çalışma. *Yeni Medya Elektronik Dergisi*, 4(2), 106–120.

Chen, S., Weng, L., Su, Y., Wu, H., & Yang, P. (2003). Development of a Chinese internet addiction scale and its psychometric study. *Chinese Journal of Psychology*, 45(3), 279–294.

Conger, R. D., & Donnellan, M. B. (2007). An interactionist perspective on the socioeconomic context of human development. *Annual Review of Psychology*, 58(1), 175–199.

Deng, L., Fang, X., & Yan, J. (2013). The relationship between interparental relationship, parent-child relationship, and adolescents' internet addiction. *Chinese Journal of Special Education*, 9, 71–77.

Donovan, M. O., Pickard, J. A., Herbert, J. S., & Barkus, E. (2022). Mindful parent training for parents of children aged 3–12 years with behavioral problems: A scoping review. *Mindfulness*, 13, 801–820.

Fuligni, A. J., & Tsai, K. M. (2015). Developmental flexibility in the age of globalization: Autonomy and identity development among immigrant adolescents. *Annual Review of Psychology, 66*, 411–431.

Granic, İ. (2005). Zamanlama her şeydir—Dinamik sistem perspektifinden gelişimsel psikopatoloji. *Gelişimsel İnceleme, 25*, 386–407. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2005.10.005>

Hadiwijaya, H., Klimstra, T., Vermunt, J., Branje, S., & Meeus, W. (2017). On the development of harmony, turbulence, and independence in parent–adolescent relationships: A five-wave longitudinal study. *Journal of Youth and Adolescence, 46*, 1772–1788. <https://doi.org/10.1007/s10964-016-0627-7>

Hall, G. S. (1904). *Adolescence: Its psychology and its relations to physiology, anthropology, sociology, sex, crime, religion, and education* (2 vols.). New York: Appleton.

Hollenstein, T., & Loughheed, J. P. (2013). Beyond storm and stress: Typicality, transactions, timing, and temperament to account for adolescent change. *American Psychologist, 68*, 444–454. <https://doi.org/10.1037/a0033586>

Kabat-Zinn, M., & Kabat-Zinn, J. (1997). *Everyday blessings: The inner work of mindful parenting*. New York, NY: Hyperion.

Kopp, C. B. (1989). Regulation of distress and negative emotions: A developmental view. *Developmental Psychology, 25*, 343–354.

Lee, C. S. C., Ng, K.-H., Chan, P. C. K., & Peng, X. (2022). Effectiveness of mindfulness parent training on parenting stress and children’s ADHD-related behaviors: A systematic review and meta-analysis. *Hong Kong Journal of Occupational Therapy*.

Liu, Q., Lin, Y., Zhou, Z., & Zhang, W. (2019). Perceived parent-adolescent communication and pathological internet use among Chinese adolescents: A moderated mediation model. *Journal of Child and Family Studies, 28*, 1571–1580.

Mason, K. L. (2008). Cyberbullying: A preliminary assessment for school personnel. *Psychology in the Schools, 45*, 323–348.

Moè, A., Katz, I., & Alesi, M. (2018). Scaffolding for motivation by parents, and child homework motivations and emotions: Effects of a training programme. *British Journal of Educational Psychology, 88*(2), 323–344. <https://doi.org/10.1111/bjep.12216>

Nansel, T. R., Overpeck, M., Pilla, R. S., Ruan, W. J., Simons-Morton, B., & Scheidt, P. (2001). Bullying behaviors among US youth: Prevalence and association with psychosocial adjustment. *JAMA, 285*(16), 2094–2100.

Paslı, N., & Ziyalar, N. (2022). Üniversite öğrencilerinde ergen–ebeveyn ilişkisinin niteliği ile internet bağımlılık düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *The Journal of Academic Social Sciences, 130*(130), 358–376. <https://doi.org/10.29228/asos.62937>

Rideout, V., Saphir, M., Pai, S., & Rudd, A. (2013). *Zero to eight: Children's media use in America 2013*. Common Sense Media.

Ross, S. W., & Horner, R. H. (2009). Bully prevention in positive behavior support. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 42(4), 747–759. Retrieved from <https://www.proquest.com/scholarly-journals/bully-prevention-positive-behavior-support/docview/225037244/se-2>

Smetana, J. G. (2008). “It’s 10 o’clock: Do you know where your children are?” Recent advances in understanding parental monitoring and adolescents’ information management. *Child Development Perspectives*, 2, 19–25. <https://doi.org/10.1111/j.1750-8606.2008.00036.x>

Smetana, J. G. (1989). Adolescents’ and parents’ reasoning about actual family conflict. *Child Development*, 60, 1052–1067. <https://doi.org/10.2307/1130779>

Suthikman, M., & Afrina, E. (2022). Impact of digital detox on individual performance of the adolescent and student. Degree thesis, Universiti Teknologi MARA, Melaka.

Symons, K., Ponnet, K., Emery, K., Walrave, M., & Heirman, W. (2016). Parental knowledge of adolescents’ online content and contact risks. *Journal of Youth and Adolescence*, 46, 401–416.

Timmons, B. W., Naylor, P.-J., & Pfeiffer, K. A. (2007). Physical activity for preschool children—How much and how? *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism*, 32(Suppl. 2E), S122–S134. <https://doi.org/10.1139/h07-112>

Tucker, C. J., McHale, S. M., & Crouter, A. C. (2003). Dimensions of mothers’ and fathers’ differential treatment of siblings: Links with adolescents’ sex-typed personal qualities. *Family Relations*, 52, 82–89. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3729.2003.00082.x>

Van der Giessen, D., Branje, S. J., Frijns, T., & Meeus, W. H. (2013). Dyadic variability in mother–adolescent interactions: Developmental trajectories and associations with psychosocial functioning. *Journal of Youth and Adolescence*, 42, 96–108. <https://doi.org/10.1007/s10964-012-9790-7>

World Health Organization. (2015). *Preventing youth violence: An overview of the evidence*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

12. BÖLÜM: ÇOCUK ve TOPLUM

Öğr. Gör. Berk Efe ALTINAL¹²

Çocukluk, çocuk gelişimi ve çocuklarla ilgili herhangi bir bilimsel çalışma, bu kavramlara dair bir dizi tanımı ve sınırı varsayar. Örneğin, çocukluğun hangi anda başladığı, hangi yaşta sonlandığı ve elbette bu başlangıç ve sona yüklediğimiz anlamlar bu durumun belirgin örnekleridir. Bir insanın çocuk olarak tanımlanması, beraberinde sosyal, kültürel, hukuki ve maddi bir dizi istisna ve yükümlülüğü beraberinde getirir. Sözgelimi, hemen her ülkenin yasalarında ve çocuk haklarını düzenleyen uluslararası sözleşmelerde çocukluğun başladığı âna ve bittiği yaşa dair net ifadeler yer alır; çocukluğun bittiği yaşın altında veya üstünde olmak kişinin hangi haklara sahip olduğu, bireyin kendi eylemlerinden sorumlu olup olmadığı ve bu eylemlerden kimin sorumlu olduğu konusunda belirleyicidir. Dahası, çocukluğun tanımı ve sınırları ülkeden ülkeye değişmektedir ve bu da tartışmalara sebep olur.

Bütün bu tartışmalara ve farklılaşmalara rağmen gerek gündelik konuşmalarımızda ve akıl yürütmelerimizde, gerekse hukuki ve bilimsel yayınlarda çocuk kavramını verimli kabul eder ve zamansız bir kavrama referans verir gibi kullanırız. Mağazalarda çocuk reyonları, restoranlarda çocuk menüleri bulunur; kimi eylemlerin çocukça olduğu söylenir; bazı filmler çocuk filmiyken, bazıları çocuklara uygun olmadığına ilişkin ibareler taşımak zorundadır; kimi konular çocukların yanında konuşulmaz; kimi görüntüler gösterilirken çocukları ekrandan uzak tutmamız istenir. Çocukların ve yetişkinlerin dünyasını ayıran, varlığını sürekli olarak hatırladığımız ve korumak için topluca çaba göstermek zorunda hissettiğimiz görünmez duvarlar var gibidir. Hayata çocuk olarak başlar, “sen artık çocuk değilsin” cümlesini bir müjde ya da ikaz olarak duyar ve yetişkinlerin dünyasına geçeriz, bu iki dünyadan söz edilirken üzerinde uzlaşılan net ve belirgin sınırlar var gibidir.

Oysa çocuk kavramının zihnimizde oluşturduğu imge ve bu imgenin beraberinde taşıdıkları belli bir tarihselliğe dayanır. Bu tarihsellik, beraberinde getirdiği zihinsel kısayollar, toplumsal roller, kişiler arası beklentiler, deyimler ve metaforlar ile çocukluğu kavrayışımızı şekillendirdiği gibi, çocukların da gündelik deneyimini ve fiziksel, zihinsel, sosyal ve ahlaki gelişimlerini etkilemektedir.

Bu bölümde çocukluk kavramını, konu üzerine yapılan tarihsel ve sosyolojik araştırmalardan da yararlanarak tarihselleştirmeyi ve bu tarihselliğin etkilerini çocuk gelişimi perspektifinde değerlendirmeyi planlıyorum. Bu değerlendirmeyle, çocuk gelişimi alanının kendisine ve çocuklar üzerine gerek bilimsel gerekse

¹²Öğr. Gör., İstanbul Gelişim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul, Türkiye.

E-posta: bealtinal@gelisim.edu.tr ORCID: 0000-0001-6987-8012

popüler alanda üretilen söylem ve tartışmalara belli bir eleştirel mesafeden bakışı mümkün kılmayı amaçlıyorum. Son olarak bu eleştirel bakıştan yola çıkarak çocuk gelişimi alanını daha önceden duyulmayan seslere açmayı hedefleyen reform çabalarına yer vereceğim.

Çocukluğun Kısa Bir Tarihi

Çocukluk kavramının modern dönemde sahip olduğu yerleşik ve yaygın konumu tarihselleştirdiği öncü çalışmasında Aries, bugün anlaşılan anlamda çocukluğun oldukça yeni bir kavram olduğunu ortaya koymuştur. Aries, on ikinci yüzyıl minyatürlerinde çocukların, yetişkinlerin küçük versiyonları olarak resmedilmesine dikkat çeker; çocukların vücutları ve yüzleri yetişkinlerle aynı ancak daha küçüktür. Çocuklar, yetişkinlerin küçük ve tamamlanmayı bekleyen eksik birer hali gibidir. Aries'e göre bu durum teknik bir yetersizlik ya da çizimleri yapanların yeteneksizliği sebebiyle ortaya çıkmamaktadır, bundan ziyade sebep Orta Çağ anlam dünyasında çocukluğa yer olmamasıdır.

Aries'in bu analizi güçlü bir iddia ortaya atıyor olmakla birlikte, bu analizden modern dönem öncesinde çocukluğun mevcut olmadığı ya da çocukluğun modern dönemin bir icadı olduğu fikrine varmak aceleci olacaktır. Modern dönem öncesi çocukluk mevcuttur ancak modernitenin, kavramları kadın ve erkek, akıl ve duygu, beden ve ruh, doğa ve kültür gibi birbirine karşıt ikilikler olarak yerleştirme eğilimiyle birlikte çocukluk ve yetişkinlik arasına net sınırlar çizildiği söylenebilir. Bu ikilikler birbirine karşıt konumlanan kavramları temsil etmekle birlikte, her bir ikilikte ikiliğin tarafları arasında güç bakımından bir eşitsizlik bulunur; akıl duygulara, kültür doğaya baskındır. Benzer şekilde, çocuklar da doğayla ve yabancıyla eşleştirilmiş, eğitilmesi ve ehlileştirilmesi gereken birer varlık olarak görülmüştür.

Çocuklara yüzyıllar boyunca ailelerinin -ataerkil yapı içerisinde özellikle babalarının- mülkiyetinde eşya benzeri bir statü atanmış, çocukların ebeveynleriyle ve toplumun geri kalanıyla ilişkisi koruma ile kontrol altında tutulma dinamiklerinde kalmıştır. Bu anlayışa göre çocuk, ekonomik olarak aileye getirileri olacak, soyu devam ettirecek ve ilerleyen yaşlarda babanın ve ailedeki diğer yaşlıların bakımını üstlenecek, aileye ait bir mülktür. Bu dönemde çocuk ölümleri oldukça fazladır ve insanların yaşam süreleri de uzun değildir; doğurganlığın oldukça yüksek olduğu durumlarda bile pek çok ailede çocuk sayısının ölümler sebebiyle üç veya dört olduğu gözlemlenir. Bazı tarihçiler bu durumun ebeveynlerin çocuklarla duygusal bağlar geliştirmelerine engel teşkil etmiş olabileceğine işaret eder ve kısa yaşamın hayata erken yaşlarda atılmayı pratik bir gereklilik haline getirdiğini öne sürerler.

Çocuk aynı zamanda ehlileştirilmesi gereken bir varlık olarak görülür; örneğin

batı politik felsefesindeki en etkili metinlerden biri olan *Leviathan* isimli kitabında Hobbes, çocukların kural tanımaz ve bir toplumu toplum yapan kuralları kavrayamaz varlıklar olma konusunda yaban hayvanlardan ayırt edilir bir yönü olmadığını öne sürer. Çocukların bu şekilde tarif edilmesinin anlamı çocuklar için ne doğal ne de hukuki herhangi bir haktan bahsedilemeyecek olmasıdır.

Çocuklarla ilgili bu tarifteki değişimin on sekizinci yüzyılda başladığı ilgili alan yazında kabul görmüş bir tespittir. Çocukluğun tarihi üzerine çalışan Heywood bu dönemde ortaya konmuş ve dönemin düşünce dünyasında büyük etkiye sahip iki önemli ve birbirinden oldukça farklı yaklaşıma işaret eder. Bunlardan biri Locke'un Eğitim Üzerine Düşünceler isimli kitabında ortaya koyduğu yaklaşımdır. Bu kitap, takip eden yıllarda pek çok tartışmaya sebep olacak *tabula rasa* kavramının çocuklar ve eğitim alanındaki alan yazında kullanımını yaygınlaştırmıştır. *Tabula rasa*, boş levha anlamına gelmektedir ve Locke'un yeni doğan bir insan zihni için kullandığı bir tabirdir. Bu anlayışa göre insanlar doğalarında ya da özlerinde bulunan birtakım düşüncelerle ya da hazır zihinsel kategorilerle doğmazlar, zihinleri doldurulmayı bekleyen boş levhalar gibidir. Locke, çocukların toplum ve ebeveynleri tarafından şekillendirilmeye hazır bir balmumu kalıp gibi olduğunu söyler. O halde çocukların bedenlerinin, karakterlerinin ve düşünme kapasitelerinin desteklenmesi gerekir; çünkü bu levhanın nasıl doldurulacağı ya da bu kalıba hangi şeklin verileceği çocukların büyüdüklerinde nasıl yetişkinler olacaklarının esas belirleyicisi olacaktır. Locke ayrıca çocukların ebeveynlerinin mülkü olduğu ya da düşünme kapasitelerinin sınırlılığı sebebiyle hiçbir doğal hakları olamayacağı gibi fikirlere de karşı çıkmıştır. Locke'a göre çocuklar, tam da kendileri için en iyi olanı düşünme ve seçme kapasiteleri konusundaki sınırlılıkları sebebiyle ebeveynlerine emanet edilmişlerdir, ebeveynlerinin mülkü değildirler. Bu durum ebeveynlere, çocukları üzerinde sınırsız bir tasarruf hakkı doğurmaz, bunun yerine, bir yetişkin olana kadar çocuğu koruma sorumluluğu ebeveynindedir. Ebeveyn bu konuda başarısız olursa ya da çocuğa bu ödeve uygun olmayan şekillerde muamele ederse devletin devreye girmesi ve sorumluluğu üstlenmesi gerekecektir.

Yakın bir döneme denk düşen ikinci yaklaşım ise *Emile* başlıklı kitabı ile Rousseau'dan gelmiştir. Rousseau, Hristiyan gelenekte yer alan ilk günah anlayışına, yani insanların, Âdem ve Havva'nın cennet bahçesinde işledikleri günahın yükü sebebiyle günahkâr varlıklar olarak doğdukları inancına- karşı çıkmakta, çocukların masum varlıklar olarak doğduklarını ve toplumdaki önyargılar, otoriteler, ihtiyaçlar ve içine doğdukları sosyal kurumlar sebebiyle yozlaşma riski taşıdıklarını öne sürmektedir. Rousseau, çocukların gelişimlerini çeşitli aşamalara ayırır; çocuklar önce dünyayla içgüdüleri aracılığıyla etkileşime girmekte, dört yaşlarından sonra duyular devreye girmekte ve ancak on iki yaşlarında, ergenlik dönemiyle birlikte dünyayı düşünceleriyle kavrar hale gelmektedirler. Rousseau bu dönemlerden yola çıkarak çocukların dünyayı yetişkinlerden farklı biçimlerde kavradığını

söylemekte ve bu kavrayış biçimine saygı duyulması gerektiğini öne sürmektedir. Eğitim de bu dönemler göz önünde bulundurularak planlanmalıdır. Rousseau, katı disiplin içeren ve kapalı mekanlarla sınırlı eğitim kurumlarında gerçekleşen bir eğitimi uygun görmemektedir. Rousseau, çocukların doğadan ve doğadaki nesnelere öğrenebileceklerinin, yetişkin insanlardan öğrenebileceklerinden daha değerleri olabileceğini söylemektedir. *Negatif eğitim* olarak da anılan bu anlayışa göre eğitimcinin görevi çocuklara çeşitli bilgileri öğretmenin ötesinde, çocuğun dünyaya dair halihazırda sahip olduğu merak duygusundan yararlanarak, çocukça zevkleri de tadabileceği şekilde zamanlarını ve zihinsel kapasitelerini nasıl kullanabilecekleri konusunda rehberlik sağlamaktır.

Heywood'un bu döneme dair yaptığı analizi takip ederek, on sekizinci yüzyıldan itibaren çocukluğa dair iki temel yaklaşımın ortaya çıktığını söylemek mümkündür. Bunlardan ilki Locke'un fikirlerini takip eden Aydınlanmacı görüştür. Aydınlanmacı görüş, çocukluk döneminin bedensel ve zihinsel anlamda çocuğun gelişeceği bir eğitim dönemi olarak görmekte, rasyonel düşünme yetisinin çocuklara kazandırılmasına önem vermektedir. Bunun karşısında Rousseau'nun görüşlerinden yola çıkılan ancak bu görüşleri daha ileri bir noktaya taşıyan (hatta kimi düşünce tarihçilerine göre çarpıtan) Romantik akım, çocukluk döneminin bir masumiyet çağı olarak ele almış, çocukların yetişkinler tarafından eğitilmesinden, çocukluk döneminin hayranlık duyulması gereken ve yetişkin yaşamında dahi örnek alınması gereken bozulmamış bir öz olarak görülmesi gerektiğini öne sürmüştür.

Her ne kadar bu fikirler Avrupalı orta sınıfı büyük ölçüde etkilemiş olsa da on sekizinci yüzyılın sonu ve on dokuzuncu yüzyılın ilk dönemlerinde Avrupa'da endüstri devrimi olarak anılan çağın başlamasıyla yeni büyüyen işçi sınıfının içerisinde çocukların da proletarya olarak yer aldıklarını gözlemlemek mümkündür. Endüstri devrimiyle beraber fabrikalar yayıldıkça, işçi sınıfı çocukları fabrikalarda zorlu koşullarda uzun saatler boyunca, yetişkinlerin yarısı, hatta dörtte biri ücrette çalıştırılmaya başlamıştır. Bu durum hem dönemi inceleyen tarihçilerin yapıtlarında hem de dönemin edebiyatında geniş yer bulmaktadır. Çocukların iş gücü olarak kullanımını sınırlayan yasaların çıkması ilk olarak Britanya'da ve ancak 1833 yılında gerçekleşmiştir ancak bu yasaların etkisi oldukça sınırlı kalmıştır. Bu dönemde öncelikle orta sınıflarda ve ardından işçi sınıfı ailelerinde çocukluğa ve çocuklara dair yeni bir anlayış doğmaya başlamıştır; bu anlayış tarihçi Zelizer tarafından *ekonomik olarak değersiz ancak duygusal açıdan paha biçilemez çocuk* olarak adlandırmaktadır. Böylelikle on dokuzuncu yüzyıldan günümüze kadar uzanan ve çocuk emeği üzerinden para kazanmayı saf ve paha biçilmez olanı istismar etmek olarak gören, çocukluğun duygusal açıdan değerli olduğunu kabul eden toplumsal bakış yaygın hale gelmiştir. Bu dönem aynı zamanda orta sınıf ebeveynlerin hazır bir müşteri kitlesi olarak görüldüğü, piyasaya çocuklara yönelik oyuncakların, dergilerin, giysilerin ve müziklerin girmeye başladığı ve

çocuklar emek piyasasından çekilirken bu kez çocukluğun kendisinin ticari olarak değer kazanmaya başladığı dönemdir.

Bu anlatılan değişimin altında yatan sebepler olarak matbaanın keşfi, çıraklık sisteminin yerini okullaşmanın alması ve okulların zaman içinde sekülerleşmesi, Avrupa'da burjuvazinin önce reform hareketleri ardından da sanayi devrimi ile güç kazanması ve Fransız devrimi ile gelen ulus devlet ve buna bağlı birey ve yurttaşlık anlayışları görülebilir. Çocukların ulusun bir parçası, geleceğin mirasçısı olarak görülmeleri on dokuz ve yirminci yüzyıldaki eğitim anlayışını büyük oranda şekillendirmiştir. Bunun örneklerini okullarda üniforma kullanımının yaygınlaşmasında görmek mümkün olduğu gibi, çocuklara yönelik edebiyatta ve şarkılarda görmek de mümkündür. Çocukların zihinlerinin ve bedenlerinin nasıl şekilleneceği ulusun geleceğini belirleyen bir unsur olarak görülmüş, bu duruma eşlik eder şekilde kız çocukları da geleceğin anneleri olarak görülerek dönemin otoritelerce ideal görülen toplumsal cinsiyet normlarına uyacak şekilde yetiştirilmeleri önemsenmiştir. Bu sebeple, yirminci yüzyılın çocuk edebiyatı, oyuncakları ve şarkılarında asker ve anne figürüne sıklıkla rastlanır.

Normal Çocuğun ve Ergenliğin Keşfi

On sekizinci yüzyıl Avrupa'sında orta sınıf çekirdek ailenin ortaya çıkması ve bu aile modelinin kendine özgü kaygıları çocukluğun önceki dönemlerden farklı bir şekilde ele alınmasına yol açmıştı. Çocukların ve çocukluğun bilimin araştırma konuları arasına girmesi içinse çoğunlukla bir milat noktası olarak Darwin'in kendi çocukları üzerine yaptığı gözlemler gösterilir. Darwin'in "*Bir yenidoğanın biyografik eksizi*" başlıklı makalesi, bu makaleyi takip edecek çok sayıda makalenin öncüsü olmuş, 1900lü yıllara gelindiğinde çok sayıda bilim insanı, ebeveynler ve öğretmenlerle iş birliği içerisinde çocukların normal gelişmesini kayıt altına alma çabasına girmiştir. Çocuk araştırmaları hareketi olarak adlandırılan bu dönem ABD'den başlayarak Avrupa'ya da yayılmış ve yirminci yüzyılda çocuk psikolojisi alanının bir disiplini olarak doğmasını mümkün hale getirmiştir.

Bu dönemde ön plana çıkan bilim insanlarından biri de ergenlik üzerine çalışmalarıyla G. Stanley Hall olmuştur. Hall'un ergenlik üzerine kuramı *rekapitülasyon* olarak bilinen bir hipoteze dayanmaktadır. Günümüzde kabul görmeyen bu hipoteze göre hayvanlar embriyo dönemlerini tamamlayana kadar mensup oldukları türün evrimsel tarihini tekrarlamaktadırlar. Hall'un recapitülasyon kuramı ise, benzer bir biçimde bebeğin gelişimini tamamlamış olduğu ergenlik dönemine kadar insan türünün evrimsel geçmişini yansıttığını öne sürer. Buna göre, gelişim, çocukluğun yabancığundan kurtulmak olacaktır. Recapitülasyon kuramı, Hall'un yanı sıra çocuk psikolojisi ve gelişimi üzerine etkili isimlerden Freud'u ve Piaget'yi de önemli ölçüde etkilemiştir.

Bu kuramın ortaya konulduğu dönem, kolonyalist ideolojinin Avrupalı ve beyaz olmayan toplumlar için de benzer söylemleri kullandığı bir dönemdir. Beyaz olmayan halklar, Avrupalılar tarafından *ilkel* olarak isimlendirilmekte, insanlığın *gelişiminde* geri kalmış, domine edilmesi, disiplin verilmesi, himaye altına alınması ve eğitilmesi gereken toplumlar olarak görülmekte ve bu da kolonyalist müdahalelerin gerekçelendirmesi olarak sunulmaktadır. Ergenlik üzerine tarihsel söylemleri inceleyen Lesko'ya göre bu dönemde çocukluk ikellikle denktir, ikellik ise hayvanlara yakın olmaktır. Ergenlik ise hızlı bir değişimin gerçekleştiği zor bir dönem olmanın ötesinde bilinç öncesi hayvansılıktan bilinç sahibi insanlığa geçişin gerçekleştiği zaman olarak görülür.

Rekapütilyasyon kuramının takipçileri insanın biyolojik gelişiminin insan türünün evrimini tekrarladığı gibi, insanın zihinsel eğitiminin de insan medeniyetinin gelişim aşamalarını takip etmesi gerektiğine inanmaktadır. Eğitim, doğru bir şekilde düzenlendiğinde, insanı medeni olmayan eğilimlerden korumak için iyi bir araç olarak görülmüş ve müfredatın nasıl olması gerektiğine dair detaylı tartışmalar ortaya konmuştur. Burman on dokuzuncu yüzyılda İngiltere ve Fransa'da ilkokulun zorunlu hale gelmesinin bu dönemde yoksulluğa ve suça karşı mücadele etmek için gerçekleştiğini not eder, halkın eğitimi olumsuz eğilimleri azaltacak ya da en azından başka işi olmayan bu *yabanıl kitleleri* gözetim altında ve meşgul tutacaktır. Yoksulluk bir dizi koşulun bir araya geldiği ekonomik ve sosyal bir durum olarak değil bir karakter özelliği (ya da kabahati) gibi görülmekte ve zekayla ya da ahlaki yozlaşmayla bağdaştırılmaktadır. Buna bağlı olarak eğitilmiş ve orta sınıf ailelere kıyasla işçi sınıfı yoksul ailelerin daha fazla çocuk dünyaya getirmesine dair gözlemler bu dönemde toplumun geleceğine dair kaygılar doğurmuş, çok daha radikal önlemler önerilmiştir. Burman, 1933 yılında yayınlanan *Çocuk Gelişimi El Kitabı* başlıklı bir kitabı örnek gösterir. Kitapta zekâ geriliğinin düzeltilmeyecek bir hastalık olduğu vurgulanmakta, çözümün topluma yük olmayacak kadar eğitim, çocuğu olabilecek yaştaki *zeki olmayan* kadınların toplumun geri kalanından izole edilmesi ve kısırlaştırma olarak sunulmaktadır.

Yoksulluğa ve zekâ geriliğine ilişkin bu yaklaşımları daha sonra Nazi Almanya'sı ile özdeşleşecek ancak yirminci yüzyılın ilk yarısında Galton'un çalışmaları ile bilimsel bir disiplin olarak kabul edilen öjeni (ırk ıslahı) çalışmalarıyla paralel olarak değerlendirmek gerekmektedir. Galton'a göre ırk ıslahı için teker teker bireylerden ziyade büyük toplulukların nesiller arası hareketlerini gözlemlemek gerekmektedir. Bireyler bu büyük kitleleri oluşturan birimlerdir ancak odaklanılması gereken, kitlelerin olağan hareketleri ve bu hareketten sapma olasılıkları ya da bu sapmaların büyüklükleridir. Kitlelerin olağan davranışlarını kavramsallaştırmak için *norm* kavramı işlevsel olmuştur. Böylelikle modern ölçüm araçları ve *normal dağılım* kavramsallaştırması kullanılarak normal tespit edilebilmekte, normal ile anormal ya da sapkın olanın ayrımı toplumsal düzenleme için araçsallaştırılabilmektedir.

Yirminci yüzyılda psikoloji, gelişmiş istatistik yöntemleri ve ölçüm araçlarıyla toplumda yaygın olan davranışları ve gelişimsel izleği kayıt altına almış ve normal büyük oranda tanımlanmıştır. Burman'a göre *normal çocuk*, "bu ölçüm araçlarının bakışı tarafından cisimleştirilen ve inşa edilen bir fanteziden, bir kurgudan ya da bir soyutlamadan" ibarettir; yayınlanan psikoloji kitaplarında çocuk çalışmalarının erken dönemlerden itibaren "Çocuğum normal mi yoksa bir kliniğe götürmeli miyim?" sorusuna yer verilmekte, belirlenmiş olan gelişimsel kilometre taşlarından farklılaşmalar anormallik olarak değerlendirilmekte ancak tıbbi bir hale bürünmüş söylem içerisinde normal dışı olmak ancak düzeltilmesi gereken bir hastalık ya da bozukluk olarak sınıflandırılabilir.

Yirminci yüzyılın ikinci yarısı, özellikle de İkinci Dünya Savaşı, orta sınıf aile yapısında değişimlere sebep olmuş, bu dönemde kadınların çalışma hayatına girmesiyle birlikte *hem annesi hem de babası çalışan çocuklar* yeni bir endişe konusu olarak gündeme gelmeye başlamıştır. Dünya savaşının bitmesiyle birlikte savaş esnasında hizmet vermiş olan gündüz bakım evleri kapatılmakta, kadınlar çalışma hayatından ayrılarak yeniden eve dönmeye yönlendirilmektedir. Burman'a göre tam da bu dönemde Harlow'un primat çalışmaları gündeme gelmiştir. Çocuk gelişimi ve gelişim psikolojisi alan yazınındaki en çok bilinen klasik çalışmalardan biri olan bu deneylerde, yavru primatlar annelerinden ayrılmakta ve pamuktan ya da metalden yapay maymunlarla bağ kurmaya çalışmaktadır. Maymunların bağ kurabildiği sahte anne, tahtaların etrafına sarılı bezlerden oluşan yumuşak bir vücuda sahip, bir ampul ile ısıtılan ve gülen bir yüze sahip kukladır. Harlow'un gözlemlerine göre yavru maymunlar, telden yapılmış ve mama veren kukla yerine yumuşak ve sıcak ancak mama vermeyen kuklayı tercih etmektedir. Deneyin başka biçimlerinde yavru maymunlar, reddedici ve kabul edici ya da sıcak ve soğuk gibi farklı yapay annelerle bağ kurmaya çalışmıştır. Doğdukları andan itibaren izole edilmiş maymunların *tecavüz rafı* adı verilen mekanizmada sürekli yapay dölleme ile hamile bırakıldığı bu laboratuvarında Harlow sınırsız deneme yapma imkanına sahip olmuş, Harlow ve öğrencileri akıllarına gelen her varyasyonu ve sosyal metaforu yavru primatlar ile denemiştir.

Bu deneylerde Harlow, çocuğın sağlıklı bir şekilde yetişebilmesi için annenin salt mevcudiyetinin yeterli olmadığını, anne ile çocuk arasında kabul edici bir tensel bağın önemini bulguladığını iddia etmektedir. Harlow'un çalışmaları, insan davranışlarının özünde yatan birtakım dinamikleri ortaya çıkarmak için doğaya gözlemlemeyi ve karşılaştırmalı bir yöntem takip ederek ideal olan ilişkileri ve ortamları keşfetmeyi amaçlamaktadır. Bu iddialar bugün halen gelişim psikolojisi giriş kitaplarında alan yazının klasikleri olarak yer almakta ve bağlanma kuramının temellerini oluşturmaktadır. Ne var ki, Burman'ın ortaya koyduğu üzere hayvanları kafeslerde izole etmenin ve onların tüm alışkanlık ve tepkilerini manipüle etmenin ne doğayı gözlemlemekle ne de insan davranışlarının kökenlerini anlamakla bir

ilgisi bulunmamaktadır. Haraway'e göre yöntemlerine, kullanılan cihazların biçimlerine, raporlama esnasında yazılan mizaha ve varılan sonuçların toplumsal alımlanışına kadar bu deneylerin her bir aşamasına mizojini belirgin bir biçimde etki etmiştir.

Bu deneylerin iddia edilen bulguları laboratuvarında olduğu kadar laboratuvar dışında da mizojiniye bakan sosyal sonuçlara yol açmıştır. Harlow'un deneylerine halen anne-çocuk ilişkisine dair sıklıkla referans verilmesi, çocuk gelişimi üzerinden üretilen söylemlerin sadece normal çocuk ve anormal çocuğu ayırmakla kalmadığı, aynı zamanda normal ve yeterli anne olmak konusunda ve yaygın ve geleneksel toplumsal cinsiyet rolleri içerisinde kadınlara atanan role dair de kontrol mekanizmasının bir parçası olarak işlev taşıyabildiğini göstermektedir.

Çocukluk Metaforları ve Ahlaki Panikler

Yukarıdaki tarihsel anlatıda dikkatinizi çekmiş olabileceği gibi çocukluk dönemi ve çocuklar tarihin çeşitli dönemlerinde çeşitli varlıklara ya da olasılıklara benzetilmiş, bu benzetmeler bir noktada çocukluğu tanımlayan temel unsur haline gelmiştir. Çocuklar hangi metni okuduğunuza göre yaban hayvanlar, iblisler, melekler, vahşiler, ilkeller, boş levhalar, balmumu kalıplar, ulusun geleceği, geleceğin asker ve anneleri olarak tanımlanmış, çocukluk çağı ise uzun bir umursamazlığın ardından kontrol altına alınması gereken bir yabancılık dönemi, gizli hazinelerin saklandığı bir dönem ya da psikoanalitik gelenekle beraber kişinin yaşamının devamını belirleyen ve mental hastalıkların kaynağı olan bir temel olarak görülmeye başlanmıştır.

Tüm bu benzetmeler beraberlerinde getirdikleri politik, kültürel, ahlaki ve sosyal önermelerle birlikte çocuklara ve çocukluğa bakışı şekillendirmekte, yetişkinliği de çeşitli yükümlülükler üzerinden tanımlamakta, yetişkinlere ve kamu kurumlarına ayrıca güçlü bir iktidar alanı açmaktadır. Zaman zaman birbiriyle çelişki içinde olan bu metaforlar gerek gündelik hayatta gerekse yazılı ve görsel basında defalarca tekrarlandıklarından bir süre sonra zihinsel kısayollar haline gelmekte, çocuklarla ilgili herhangi bir durumu değerlendirirken açıklayıcı repertuarlar olarak işlev görmekte ve zaman zaman çocuklarla ilgili tartışmalarda değişime dirence ve ahlaki paniğe yol açabilmektedir. Çocukların meleklerle eşdeğer tutulduğu Romantik dönemin ardından Freud'un çocukluk dönemi cinselliği ve çocukluk travmaları üzerine çalışmalarının gördüğü direnç bu durumun örneklerinden biri olarak görülebilir.

Hangi dönemde hangi metaforların ortaya çıktığı ya da daha fazla hatırlandığı da dönemin politik, kültürel ya da ekonomik ihtiyaçlarıyla ilişkili olabilmektedir. Örneğin Brown Britanya'da on dokuzuncu yüzyıla tekabül eden Viktorya devrinde

Romantik akımın etkisiyle çocukların medeniyet tarafından yozlaştırılmamış bir çeşit soylu yaban, çocukluk dönemininse gizli hazinelerin saklı olduğu nostaljik bir saflık alemi olarak görülmesinin, endüstriyel kent yaşamına ve dönemin hem siyasi hem de bilim ve teknolojiadaki hızlı değişimlerine bir kültürel ve sosyal tepki olarak değerlendirilebileceğini öne sürer. Brown'a göre, İkinci Dünya Savaşı sonrası dünyaya gelmiş kuşağın dünyadaki teknolojik ve politik gelişmelere aile ve çocuklarla ilgili ahlaki panikleri içeren bir şekilde tepki vermeleri de bu duruma paralel olarak okunabilir. Geleneksel aile yapısındaki değişimler ve çocukların teknolojik araçlarla, özellikle de iletişim ağları ve video oyunları ile erken yaşlarda tanışmaları, 1950'lerdeki çocukluğu *esas çocukluk* olarak işaretleyen bir bakış açısından çocukluğun kaybolması olarak nitelendirilmekte, buradan değişimi yozlaşma olarak gören teknofobik bir kültürel muhafazarlık üretilmektedir. Buna göre, çocukların dünyası ile yetişkinlerin dünyasını ayıran sınırlar televizyon, internet ve sosyal medya gibi yeni iletişim araçları sebebiyle belirsizleşmiş, çocuklar erken yaşlardan itibaren yetişkinlerin dünyasının konusu olması gereken meselelerle karşılaşmaya başlamış, bu da çocukluğunu yaşayamayan çocuklardan oluşan bir nesil ortaya çıkarmıştır. Çocukluğun kayboluşu üzerine üretilen bu söylemler genellikle eski yaşam tarzına geri dönülmesi, annelerin çalışma hayatından evlerine geri dönmesi ve çekirdek ailenin güçlendirilmesi gibi önerilerle sonuçlandırılmaktadır. Bu bakış açısının karşısında ise bu özcü yaklaşımın ayna zıttı olan ve çocukları sosyal yeniliğin ve teknolojik değişimin öncüsü olarak gören, ancak tüm bu değişimlerin ve bahsedilen yeniliklere erişimin eşitsiz dağılımını gözden kaçıran alternatif bulunmaktadır.

Tüm bunlar çocukluk döneminin yetişkinlerin beklentilerine göre şekillendiğini ya da daha doğrusu, çocuğun tarih, kültür ve toplumsal cinsiyet rollerinden örülü bir beklentiler kümesinin içine doğduğunu gösterir. Bu beklentiler ağı bir dizi ritüel olarak çocuğun yaşamına girmekte ve yaşamını şekillendirmektedir. Çocukların dâhil olduğu ritüeller arasında çocuğun yaşının ve büyümesinin vurgulandığı doğum günü partileri, kültürün ve kimlik mensubiyetinin aktarıldığı dini ve ulusal bayramlar ve özel günler, okula başlama ve okulla ilgili dönüm noktaları sayılabilir. Modern öncesi dönemin aksine, bir çocuğun doğum gününü ve yılını bilmemesi günümüzün en azından kentli insanları için şaşırtıcı bir durumdur. Çocuğun yaşının gün, ay ve yıl olarak kesin bir biçimde bilinmesi ve kayıt altında tutulması, çocuğun büyümesinin ve yetilerinin yaşlılarına kıyasla ne durumda olduğunu, başka bir deyişle çocuğun normal bir büyüme gerçekleştirip gerçekleştirmediğini ölçmeyi mümkün kılmakta, böylelikle çocukların nasıl davranması ve nasıl olması gerektiğine, çocukluğun normalinin ne olduğuna dair hem kurumsal ve bilimsel anlamda hem de halk arasında ve popüler kültürde bir anlatı ortaya çıkabilmektedir.

Çocuklar hem sözü edilen bu ritüellerde hem de gündelik yaşamın başka boyutlarında korumacı bir denetim altında tutulmaktadır. Ne giyecekleri ve bu

giysilerin ne renk olacağı, neyle oynayacakları, neye inanacakları, hangi insan gruplarına düşmanlık duyacakları, hangi müziği dinleyecekleri, günlerini ne şekilde organize edecekleri gibi birçok karar uzmanlar ve ebeveynlerce alınmakta ve bu kararların uygulanması da toplum tarafından titizlikle denetlenmektedir. İstenmeyen davranışların çocuklar açısından sonuçları olmakta, çeşitli şekillerde -kimi zaman fiziksel şiddet kimi zamansa çeşitli biçimlerde mahrumiyet içeren cezalarla karşılaşmaktadırlar. Çocuklar doğaları gereği kolaylıkla *yanlış yola sapabilir* ya da *yozlaşabilir* olarak tarif edilirler. Scraton'a göre bu tarifler yetişkinlerin iktidarı sorumluluk, kontrolü bakım ve denetlemeyi de koruma olarak yeniden çerçevelendirerek kendilerine meşruluk alanı açmalarını sağlar. Bu kontrol, gücünü görünmezliğinden ve verili kabul ediliyor olmasından almaktadır. Yetişkinler çocukları karar alma mekanizmalarının dışında bırakmak için bir komplot kuruyor değildir; bunun ötesinde, çocukların karar alma mekanizmalarında olmalarının tartışılabilceği bir söylem alanı dahi mevcut değildir. Böylesi görünmez hale gelmiş ve sıradanlaşmış bir iktidar Foucault'ya göre en güçlü güç uygulama biçimidir.

Bu iktidar alanı yalnızca çocuklar üzerinde değil, ebeveynler, özellikle de anneler üzerinde de bir kontrol mekanizması üretmektedir. Yukarıda da sözü edilen Harlow'un deneyleri ve benzer biçimde otizm ile "buzdolabı anneler" arasında bağ kuran ve artık bilimsel olarak kabul edilmese de halen sözde bilimsel popüler yayınlar aracılığıyla toplumsal söylemi şekillendirmeye devam eden iddialar ya da çocukların nasıl yetiştirilmesi gerektiği konusunda tıptan, psikolojiden ve nörobilimden elde edilen verilerden yararlanan popüler bilim ve ebeveynlik rehberliği kitapları, ebeveynler için endişe ve baskı kaynağı olmakta, özellikle de anneliğe yapılan vurgular kadınların çalışma hayatına katılımını sınırlandırma işlevi görebilmektedir. İdealize edilen çocukluğun kaybolduğu yönündeki iddialar ise geleneksel bir çekirdek aile modelinin korunması yönündeki söylem ve politikaların gerekçesi haline gelmekte, kadınlar üzerinde kurulan baskı böylece daha da güçlenmektedir.

Normal ve ideal olarak belirlenen durumdan sapmalar ya da bu geniş ve meşru görülen iktidara karşı çocukların geliştirdikleri direniş ya da kaçış alanları genellikle şüphe ve korkuyla karşılanır. Yetişkinlerin denetimi söz konusu olmadığında ortaya çıkabilecek felaketlere dair kültürel repertuarlarda çeşitli araçlar vardır; Scraton bir örnek olarak William Golding'ın iki defa sinemaya da uyarlanmış kurgu romanı Sineklerin Tanrısı'nı gösterir. Başlarında bir yetişkin olmadan ıssız adaya düşen bir grup çocuğun zaman içerisinde kurdukları korkunç düzeni anlatan bu kurgu romana toplumun medeniyet kazandıran müdahaleleri olmadığında çocukların bireyciliğinin ve zalimliğinin korkunç boyutlara ulaşabileceğine ilişkin bir kıssa olarak tekrar tekrar dönülmektedir. Çocukları yoldan çıkaracak ve yozlaştıracak unsurlar her an kapıdan içeri girmeyi bekliyor gibidir, bu unsur

televizyon programları, video oyunları, oyuncaklar, sosyal medya, yeni müzik türleri, kart oyunları, moda akımları gibi pek çok farklı şekil alabilir. Yakın tarihte medyayı incelemek içeriği her dönem değişen ama her defasında ebeveynlerde panik havası yaratan ya da panik havası yarattığı yönünde medyanın belli bir iklimi kurguladığı böyle örnekler görebilir. Bu unsurlardan birinin yarattığı ahlaki panik havası yumuşadığında ve yeni olan sıradanlaşıp gündemden düştüğünde çocuklar arasında popülerleşen bir başka panik unsuru gündeme gelir.

Bu ahlaki panik ortamına aynı zamanda bir altın çağ anlatısı eşlik etmektedir. Bu altın çağ, yozlaştırıcı unsur gelip de zamanı değiştirmeden önce çocukların yetişkinlerden gelen istek ve taleplere uyduğu, gençliğin yozlaşmadığı ve bir tehdit unsuru haline gelmediği *eski güzel günleri* anan nostaljik ve talepkâr bir anlatıdır. Bu anlatıda geleneksel toplumsal cinsiyet rollerinin, özellikle de anneye yüklenen bakım görevinin sabit kaldığı orta sınıf heteroseksüel çekirdek aile modeli, zaman ve kültür ötesi bir unsur olarak yer almaktadır. Toplumdaki ve çocuklardaki *sapma* ve *yozlaşmanın* sorumlusu olarak geleneksel çekirdek aile yapısındaki *bozulmalara* işaret edilmekte, bu bozulmaların sorumlusu olarak ise modern yaşam ve toplumdaki dönüşümler gösterilmektedir.

Bu ahlaki panikler ve yozlaşma anlatıları sivil toplum kuruluşları, siyasi örgütlenmeler, kamusal figürler ya da yasama organları gibi ahlaki girişimciler tarafından araçsallaştırılmaktadır. Gerek çocukların yaşamlarını daha da sınırlandırmaya, gerekse çocukların etkilenmesi söylemleri ile yetişkinlerin yaşamlarına sınırlar çizmeye yönelik eylemler bu ahlaki panikler üzerinden meşrulaştırılabilmektedir.

Alternatif Sesler ve Eleştirilere Eleştiriler

Bu noktaya kadar özetlemiş olduğum tarihsel anlatı çocukluk üzerine birçok tarih ve sosyoloji kitabında yer almış, gelişim psikolojisi ve çocuk gelişimi alanları, çocukluğu standardize ettiği ve geleneksel toplumsal cinsiyet rollerini yeniden üretiyor olduğu gerekçesiyle hem feminist akımlar tarafından hem de eleştirel psikologlar tarafından eleştirilmiştir. Burman'ın ilk olarak 1994 yılında yayınlanmış olan Gelişim Psikolojisinin Yapıbozumu [İng. *Deconstructing Developmental Psychology*] başlıklı kitabı alanda tartışmalara sebep olmuş ve bu tartışmaları takip eden bazı bilim insanları çocuk gelişimi alanında çocukluğun tek tipleştirilen idealize biçimi haricinde kalan hallerine bu halleri patolojik olarak değerlendirmeyen bir bakışın yollarını aramıştır. Ne var ki, kitabın yayınlanışının yirminci yılında bu konuya özel bir sayı ayıran *Feminism & Psychology* dergisinde yazdıkları makalede Athan ve Reel, kitabın tarihi bir öneme sahip olmakla birlikte alanda beklenen değişime yol açmadığını not ederler.

Çocuk gelişimi ve gelişim psikolojisi alanları, tarihleri boyunca çocukları salt bir araştırma nesnesi olarak ele almış olması sebebiyle eleştirilmiştir. Çocuklar (ve hayvan yavruları) yetişkinler tarafından gözlenmiş ya da ebeveynlerin ikincil raporları kaynak olarak değerlendirilmiştir. Çocukluğun yeni sosyolojisi olarak tanımlanan bilim hareketi bu araştırmacı-araştırma nesnesi ilişkisine bir alternatif olarak çocukların kendi seslerinin de ön plana çıkarıldığı çocuk-merkezli araştırma modelleri önerilmiştir. Ancak çocukların, çocuk gelişimi çalışmalarında pasif nesnelere olarak görüldüğü yönündeki eleştirileri problemi bulan araştırmacılar da bulunmaktadır. Örneğin Greene Piaget gibi araştırmacıların çalışmalarında çocuğun dünyayla kurduğu aktif ilişkinin önemli yer tuttuğunu hatırlatır. Shute ve Slee ise “yetkin yenidoğan” gibi kavramların 1970’lerden itibaren çocuk gelişimi alanında kullanıldığı ve bu kavram çerçevesinde yapılan çalışmaların on aylık bebeklerin dünyayla ve sosyal çevreyle kurdukları ilişkilere dair bulgular elde ettiğini ve erken dönem mizaç çalışmalarında bebeklerin bakım verenlerle kurdukları ilişkilerde kendi öznelliklerini dahil ettiklerine dair bulguları hatırlatır. Çocukların sesini araştırmalara katma iddiasına dair bir diğer problem de çocukların halen yetişkinler tarafından dinleniyor ve seslerinin yetişkinler tarafından belli birtakım düzenlemelerden ve kompozisyon sürecinden geçtikten sonra aktarılıyor olmasıdır.

Çocukluğun yeni sosyolojisi hareketine yönelik kapsamlı bir eleştiri Prout’tan gelmiştir. Prout’a göre çocuk gelişimi alanı ikili karşıtlıklar içinden düşünme geleneğini sürdürmektedir. Darwin’i takiben biyolojik bir hareket olarak başlayan çocuk çalışmaları daha sonra sosyal bir dönüş yaşamış, bu dönüşün sonucunda biyolojik olan parantez içine alınmıştır. Böylelikle çocukluğun kendisi bir sosyal inşa olarak görülmeye başlanmıştır. Fakat tek ikilik biyolojik ve sosyal arasındaki ikilik değildir, bu yeni bilim hareketi, olan ve oluş halinde, aktif özne ve pasif nesne, yetkin ve yetkin olmayan gibi ikilikleri sürdürmekte ve tersine çevirmekle yetinmektedir.

Örneğin, geç modern dönemde öznenin belirsizleşmesi sosyolojinin gündemlerinden biriyken çocukluğun yeni sosyolojisi çocuk öznelliğini ön plana çıkarmayı hedef haline getirmektedir. Çocukluğun yeni sosyolojisinin eleştirilerinden biri, geleneksel çalışmalarda çocukluğun daima bir oluş hali olarak görülmüş olması, gerçek yaşama hazırlık evresi olarak değerlendirilmesidir. Çocuklar, olan değil oluş halinde birer varlık olarak görülmektedir, bu modelde yetişkinlik hedef noktasıdır. Çocuklar, bugünle değil gelecekle özdeşleştirilmektedir. Ancak Prout, geç modern dönemde yetişkinlerin de oluş halinde tanımlandığına dikkat çeker. Bir meslek edinip bu mesleği emekli olana kadar sürdüren tamamlanmış bir yetişkin yaşamı modelinin terk edilmesi ve yerini akışkan ve sürekli dönüşümü içeren, oluş halinde ve geleceğe bakan bir yetişkinliğe bırakması söz konusuysa, çocukluğun yeni sosyolojisinde çocuğun şimdi ve olan

olarak değerlendirilmesi tartışılmaktadır. Prout, çocukluğun sosyolojinin konusu olmasının geç bir dönemde gerçekleştiğine değinerek, çocuklukla ilgili çalışmaların alanı birkaç adım geriden takip ettiği yorumunu yapmaktadır.

Sonuç olarak, geleneksel pozitivist bilim anlayışı, bilimin nesnesinin dışarıda bir yerde keşfedilmeyi bekleyen olgular ve bu olgular arasındaki ilişkiler olduğunu varsayar. Ancak çocukluğun tarihini inceleyen araştırmalar, çocuk gelişiminin konu edindiği çocukluk ve çocuğun normal gelişimi kavramlarının keşfedilmeyi bekleyen olguların ötesinde, belli bir döneme ve tarihsel olaylara bağlı olarak inşa edilen kavramlar oldukları iddiasını getirmiştir.

Bu anlayışla birlikte, çocuk gelişimi üzerine yapılan çalışmaların sosyal ve politik etkileri gerek feminist araştırmacılar gerekse eleştirel psikologlarca ele alınmış, yirminci yüzyıl sona ererken çocuklara dair varsayımların analizi ve yapısökümü ile çocukluğun yeni sosyolojisi olarak adlandırılan bir hareket ortaya çıkmıştır. Ancak bu hareketin mevcut ikilikleri sorunsallaştırmak yerine koruyarak tersine çevirdiği, çocuk gelişimine ilişkin tarihi basite indirgeyerek bu tarih boyunca ortaya atılan fikir ve seslerin çoğulluğunu görmezden geldiği, bunların yanı sıra geç modern dönemin sosyolojik koşullarının yarattığı yeni sorunlara cevap üretmediği yönünde eleştiriler mevcuttur.

Tüm bu eleştirilere rağmen, çocuk gelişimi ve gelişim psikolojisi disiplinlerinin gerek alanın içinden gerekse sosyal hareketlerden gelen eleştirilere maruz kalması, alan içerisinde verili kabul edilen ya da varsayılan birtakım kavramların sorgulanmasına yol açmış, yine disiplinin ortaya koyduğu bilgilerin politik, sosyal ve kültürel sonuçlarıyla yüzleşmesini beraberinde getirmiştir.

Burman, Gelişim Psikolojisinin Yapısökümü başlıklı kitabının sonunda önerdiği bir aktivite olarak bir gelişimsel testi ya da değerlendirme görevini önümüze koyup şu soruları gözden geçirmemizi ister: Bu test kendi genelliğine, nesnelliğine ya da evrenselliğine ilişkin hangi varsayımları yanında taşımaktadır? Testte davranışların kategorilere ayrılma biçimi hangi belirgin kültürel pratiklere göndermede bulunmakta ya da bunları yansıtmaktadır? Son olarak, ortaya konan ebeveynlik pratiği önerileri, çocuklar için hangi özellikleri ya da davranma biçimlerini olumlu olarak varsaymaktadır ve neden? Bu sorular çocuk gelişimi alanının kendi pratiklerini eleştirel bir gözle değerlendirmesi ve kendi varsayımlarının farkında olması, böylelikle üretilen söylemlerin geç modern dönemde yerleştiği bağlamı kavraması için önem taşımaktadır.

Kaynaklar

Aries, P. Y. (1988). *Centuries of childhood: A social history of family life*. Random House USA.

Athan, A., & Reel, H. L. (2015). Maternal psychology: Reflections on the 20th anniversary of Deconstructing Developmental Psychology. *Feminism and Psychology, 25*(3), 311–325. https://doi.org/10.1177/0959353514562804/ASSET/0959353514562804.FP.PNG_V03

Bennett, M., Webster, A. A., Goodall, E., & Rowland, S. (2018). Establishing contexts for support: Undoing the legacy of the “Refrigerator Mother” myth. In *Life on the autism spectrum* (pp. 61–80). Springer, Singapore. https://doi.org/10.1007/978-981-13-3359-0_4

Brown, M. R. (2017). Baudelaire between Rousseau and Freud. In M. R. Brown (Ed.), *Picturing children: Constructions of childhood between Rousseau and Freud* (pp. 1–26). Routledge.

Buckingham, D. (2000). *After the death of childhood: Growing up in the age of electronic media*. Polity Press.

Burman, E. (1997). Developmental psychology and its discontents. In D. Fox & I. Prilleltensky (Eds.), *Critical psychology: An introduction* (pp. 134–149). Sage.

Burman, E. (2007). *Developments: Child, image, nation*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203938621/DEVELOPMENTS-ERICA-BURMAN>

Burman, E. (2016). *Deconstructing developmental psychology*. Routledge.

Callaghan, J., Andenæs, A., & Macleod, C. (2015). Deconstructing developmental psychology 20 years on: Reflections, implications, and empirical work. *Feminism & Psychology, 25*(3), 255–265. <https://doi.org/10.1177/0959353515583702>

Critcher, C. (2008). Moral panic analysis: Past, present and future. *Sociology Compass, 2*(4), 1127–1144. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9020.2008.00122.x>

Darwin, C. (1877). A biographical sketch of an infant. *Mind, 2*(7), 285–294.

Foucault, M. (1977). *Discipline and punish: The birth of the prison*. Pantheon Books.

Gould, S. J. (1977). *Ontogeny and phylogeny*. Belknap Press.

Greene, S. (2006). Child psychology: Taking account of children at last? *Psychological Society of Ireland, 27*(1-2), 8–15. <https://doi.org/10.1080/03033910.2006.10446223>

Haraway, D. (1990). *Primate visions: Gender, race, and nature in the world*. Routledge.

Heary, C., & Guerin, S. (2006). Research with children in psychology: The value of a child-centred approach. *Psychological Society of Ireland, 27*(1-2), 6–7. <https://doi.org/10.1080/03033910.2006.10446222>

Heywood, C. (2018). *A history of childhood: Children and childhood in the West from medieval to modern times* (2nd ed.). Polity Press.

- Hobbes, T. (1651). *Leviathan* (2004 ed.). 1873 Press.
- Lesko, N. (1996). Past, present and future: Conceptions of adolescence. *Educational Theory*, 46(4), 453–472. <https://doi.org/10.1111/j.1741-5446.1996.00453.x>
- Locke, J. (1779). *Some thoughts concerning education*. J. and R. Tonson.
- Løvtrup, S. (1978). On von Baerian and Haeckelian recapitulation. *Systematic Zoology*, 27(3), 348–352. <https://doi.org/10.2307/2412887/2/27-3-348.PDF.GIF>
- O'Dell, L. (2015). Whose development are we talking about? Commentary on *Deconstructing developmental psychology*. *Feminism & Psychology*, 25(3), 402–407. <https://doi.org/10.1177/0959353515578016>
- Öztan, G. G. (2019). *Türkiye’de çocukluğun politik inşası*. İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.
- Prout, A. (2004). *The future of childhood*. Routledge.
- Rose, N. (1985). *The psychological complex* 'x5 ckrt-eex. Routledge.
- Rosser, S. V., & Miller, P. H. (2003). Viewing developmental psychology through the lenses of feminist theories. *Anuario de Psicología/The UB Journal of Psychology*, 34, 291–303.
- Rousseau, J.-J., & Allan Bloom (Trans.). (1979). *Emile: Or on education*. Basic Books.
- Scraton, P. (1997). *Childhood in crisis?* Routledge.
- Shute, R. H., & Slee, P. T. (2017). *Child development: Theories and critical perspectives*. Routledge.
- Shuttleworth, S. (2010). *The mind of the child: Child development in literature, science, and medicine, 1840-1900*. Oxford University Press.
- Zelizer, V. A. (1985). *Pricing the priceless child: The changing social value of children*. Princeton University Press.
- Wyness, M. G. (1999). *Contesting childhood*. Routledge.