

T.C.
ADİYAMAN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
SOSYAL HİZMET ANA BİLİM DALI
DOKTORA TEZİ

ÇOCUK HAKLARI TEMELİNDE YENİDOĞAN ÇOCUĞUN BAKIMINDA
UYGULANAN GELENEKSEL YÖNTEMLERİN PERİNATAL SOSYAL HİZMET
AÇISINDAN İNCELENMESİ: KAHRAMANMARAŞ İLİ ÖRNEĞİ

Esra AĞYAR

Danışman
Dr. Öğr. Üyesi Murat Şakir CEYHAN

ADİYAMAN-2022

BEYAN

Doktora Tezi olarak sunduğum “Çocuk Hakları Temelinde Yenidoğan Çocuğun Bakımında Uygulanan Geleneksel Yöntemlerin Perinatal Sosyal Hizmet Açısından İncelenmesi: Kahramanmaraş İli Örneği” adlı çalışmanın, tarafımdan, akademik kurallara ve etik değere uygun olarak yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

23 / 05 / 2022

Esra AĞYAR

ÖZET

Doktora Tezi

Çocuk Hakları Temelinde Yenidoğan Çocuğun Bakımında Uygulanan Geleneksel Yöntemlerin Perinatal Sosyal Hizmet Açısından İncelenmesi: Kahramanmaraş İli Örneği

Esra AĞYAR

Adıyaman Üniversitesi

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Sosyal Hizmet Ana Bilim Dalı

Mayıs, 2022

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Murat Şakir CEYHAN

Perinatal sosyal hizmet her kadın, çocuk ve aile için yeterli şefkatli bakım ve desteğin sağlanması amacıyla psikososyal destek sağlamaktadır. Doğum süreci, doğum sonrası ve doğumdan sonra kadın, çocuk ve aileler çeşitli bakım, fiziksel, ekonomik ve psikososyal açıdan birçok desteğe ihtiyaç duymaktadırlar. Tıbbi sosyal hizmet kapsamında perinatal sosyal hizmet müdahaleleri ve sosyal hizmet yaklaşımlarından güçlendirme yaklaşımı ile var olan yeniye uyum süreci desteklenmektedir.

Bu çalışma, Kahramanmaraş ilinde yaşayan bireylerin çocuk bakımında ihtiyaç duydukları destekleri belirlemek ve bu ihtiyaçları nasıl ve kimden karşıladıklarını tespit etmek amacıyla yürütülmüştür. Bu amaçla, yenidoğan çocuğa uygulanan geleneksel çocuk bakım yöntemleri tespit edilerek, perinatal sosyal hizmet müdahale yöntemleri ve yaklaşımlarıyla olumlu uygulamaların belirginleştirilmesi ve kültürün bir parçası olarak kuşaktan kuşağa aktarılması amaçlanmıştır. Aynı zamanda bu çalışma olumsuz veya hastalık yapan ve tedavi gerektiren uygulamaların ise ayrıştırılarak bu tür uygulamaların önlenmesi amacıyla yürütülmüştür.

Fenomonolojik yaklaşıma sahip nitel araştırma deseniyle yürütülen bu çalışmada kartopu örneklem stratejisiyle belirlenen 67 katılımcıyla yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılarak derinlemesine görüşmeler yapılmış, 14 katılımcının verileri çeşitli

nedenlerle dışlanmış 53 katılımcının verileri analiz edilmiştir. Görüşme formunda yenidoğan çocuğa uygulanan bakım yöntemlerinin özelliklerini belirlemeye ve sonuçlarını incelemeye yönelik sorular sorulmuştur. Verilerin analizinde MAXQDA 2020 Programı kullanılmış; temaların belirlenmesinde betimsel analiz, kod ve alt temaların belirlenmesinde içerik analizi yapılmıştır.

Araştırma sonucunda yenidoğan çocuğa uyguladıkları geleneksel çocuk bakım yöntemlerinde destek aldıkları kişilerin çoğunlukla aile büyükleri olduğu, geleneksel yöntemleri yoğunlukla tercih ettikleri ama çocuk hastalandığında sağlık kuruluşlarına götördükleri ortaya çıkmıştır. Çocuk bakımı yöntemlerinden elde edilen uygulamaların tıbben uygunluğu sağlık alınıdaki araştırma sonuçlarıyla tartışıldıktan sonra yararlı veya zararlı olanlar tespit edilmiş, kültüre ve inanca ait olan uygulamalar ise açıklanmıştır.

Tüm bu bilgiler, yeni doğan çocuk sağlığının korunması ve geliştirilmesi için geleneksel bazı uygulamalar konusunda önlemler alınması gerekliliğini ortaya çıkarmıştır. Mesleğin hizmet sunduğu kurumlardan biri olan sağlık kuruluşlarında görev alan sosyal çalışmacıların, ailelere, çocuk bakımına yönelik bilgilendirici eğitimler sunması ve psikososyal destek sağlaması gerekliliği ortaya çıkmıştır. Bu bağlamda Türkiye’de perinatal sosyal hizmet kavramı ilk kez kullanılarak alana kazandırılmıştır. Sosyal hizmetin bilgi-beceri-değer unsurları esas alınarak ülkemizde çocuk sağlığının korunmasına yönelik öneriler sunulmuştur. Bu doğrultuda ‘Yeni Doğan Çocuğa Uygulanan Bakım Yöntemlerini Destekleme Planı’ geliştirilmiştir. Modelin sosyal hizmet mesleğine, sağlık çalışanlarına, bilim insanlarına, çocuklarla çalışan sivil toplum kuruluşlarındaki gönüllülere ve anne-babalara yol göstereceği, koruyucu halk sağlığı hizmetlerine temel oluşturarak kamu yararı sağlayacağı düşünülmektedir.

Anahtar Sözcükler: Tıbbi Sosyal Hizmet, Perinatal Sosyal Hizmeti, Çocuk Hakları, Kanıta Dayalı Uygulamalar, Çocuk Bakımı, Nitel Araştırma.

ABSTRACT

Doctoral Thesis

Examination Of Traditional Methods Applied In The Care Of A Newborn Child On The Basis Of Children's Rights From The Perinatal Social Work Point Of View: The Case Of Kahramanmaraş Province

Esra AĞYAR

Adıyaman University

Graduate School of Social Sciences

Department of Social Work

May, 2022

Advisor: Assist. Prof. Dr. Murat Şakir CEYHAN

Perinatal social work provides psychosocial support to ensure adequate compassionate care and support for every woman, child and family. During the birth process, during and after birth, women, children and families need many supports in terms of various care, physical, economic and psychosocial aspects. Within the scope of medical social work, the existing process of adaptation to the new is supported with empowerment approach from social work approaches and perinatal social work interventions.

This study was carried out to determine the support that individuals living in Kahramanmaraş need regarding child care and to determine how and from whom these needs are met. For this purpose, it is aimed to determine the traditional child care methods applied to the newborn child, to clarify the positive practices with perinatal social work intervention methods and approaches and to transfer them from generation to generation as a part of culture. At the same time, this study was carried out in order to prevent such applications by separating negative or disease-causing applications and requiring treatment.

In this study, which was carried out with a qualitative research design with a phenomenological approach, in-depth interviews were conducted with 67 participants determined by the snowball sampling strategy using a semi-structured interview form, and the data of 53 participants were analyzed because the data of 14 participants were

excluded for various reasons. In the interview form, questions were asked to determine the characteristics of the care methods applied to the newborn child and to examine the results. The MAXQDA 2020 Program was used in the analysis of the data; descriptive analysis was used to determine the themes, and content analysis was used to determine the codes and sub-themes.

As a result of the research, it has been revealed that the people they receive support in the traditional child care methods they apply to the newborn child are mostly family elders, they mostly prefer traditional methods, but when the child gets sick, they take them to health institutions. After discussing the medical suitability of the practices obtained from child care methods with the results of the research in the field of health, the beneficial or harmful ones were determined, and the practices belonging to the culture and belief were explained.

All this information has revealed the necessity of taking precautions regarding some traditional practices in order to protect and improve newborn child health. It has emerged that social workers working in health institutions, one of the institutions where the profession provides service, should provide informative trainings on child care to families and provide psychosocial support. In this context, the concept of perinatal social work was introduced to the field for the first time in Turkey. Based on the knowledge-skill-value elements of social work, suggestions were presented for the protection of child health in our country. In this direction, the 'Plan to Support the Care Methods Applied to the Newborn Child' has been developed. It is thought that the model will guide the social work profession, health workers, scientists, volunteers in non-governmental organizations working with children, and parents, and will provide public benefit by forming a basis for preventive public health services.

Keywords: Medical Social Work, Child Welfare, Perinatal Social Work, Evidence-Based Practises, Child Care Methods, Qualitative Research Methods.

ÖN SÖZ

Bu araştırma, Kahramanmaraş ilinde yaşayan, 18 yaş ve üzerindeki geleneksel çocuk bakımını bilen 53 katılımcıda, çeşitli demografik değişkenlerin ilişkileri betimlenerek, yenidoğan çocuğa uyguladıkları geleneksel çocuk bakım yöntemleri tespit edilmiştir. Nitel desene sahip olan bu çalışma, kanıta dayalı alan doğrulaması yapılarak olumlu olanlarının belirginleşmesi, kültürün ögesi olarak kuşaktan kuşağa aktarılması, olumsuz olanların ise altının çizilip ayrıştırılarak uygulamaların önlenmesi amacıyla yürütülmüştür. Sahadan toplanan bu veriler doğrultusunda, tıbbi alanda çalışmaları olan perinatal sosyal hizmete duyulan ihtiyaç ortaya çıkarılmıştır. Bu ihtiyacı karşılamaya yönelik yeni bir model geliştirilmiştir.

Bu araştırma için beni yönlendiren, çalışmamın ve hayatımın her aşamasında düşünce ve desteğini esirgemeyen, yoluma ışık tutan kıymetli hocam ve danışmanım Sn. Dr. Öğr. Üyesi Murat Şakir CEYHAN' a ve Tez İzleme Komitesi üyeleri Sn. Prof. Dr. Hakan EVİN ve Sn. Doç. Dr. Bekir KOCADAŞ' a göstermiş oldukları yakın ilgi ve çalışmama yaptıkları katkılarından, ayrıca Sn. Doç. Dr. Özge ÖZGÜR' e mülakat formunun hazırlık aşamasındaki desteklerinden dolayı sonsuz teşekkürlerimi ve saygılarımı sunarım.

Doç. Dr. Aziz BELLİ' ye, Doç. Dr. Mehtap Sönmez'e, Sosyal Hizmet Uzmanı Metin Çakır'a ve sevgili dostum Dr. Öğr. Üyesi Fatma Şeyma Doğan'a, Öğr. Gör. Adnan Kara'ya, Öğr. Gör. Şerife Bilal'e çalışmama yaptıkları katkılarından dolayı teşekkür ederim.

Beni yetiştiren, hayatım boyunca tüm desteklerini benden esirgemeyen annem ve babam sevgili Zübeyde ve Emin AĞYAR' a, doktora sürecinin her aşamasında bana destek olan ablam ve abim sevgili Öğr. Gör. Dr. Nazik AĞYAR LEBLEBİCİ ve Dr. Öğr. Üyesi Oğuz AĞYAR' a ve biricik oğlum Tevfik Ertuğrul ELBİSTANLI' ya sonsuz sevgi ve şükranlarımı sunarım.

Mülakat sorularını özenle, sabırla ve samimi bir şekilde cevaplayarak çalışmamın tamamlanmasına olanak sağlayan güzel insanlara çok teşekkür ederim.

Ayrıca sevgili dostlarım Tuba ve Esra 'ya dostlukları ve sevgileri için teşekkür ederim.

Esra AĞYAR

Adıyaman, 2022

ÇALIŞMANIN LİTERATÜRE KATKISI

Yapılan araştırmalarla ilgili sosyal hizmet alan yazını incelendiğinde acil, psikiyatri, onkoloji, fizik tedavi, diyaliz, çocuk izlem merkezi, hasta hakları, çalışan hakları ve güvenliği, sağlık kurulu, organ nakli gibi konularda araştırmaların olduğu görülmektedir. Türkiye’de yapılan önceki sosyal hizmet araştırmaları incelendiğinde çocuk ve aile odağında yeni doğan çocuk sağlığıyla ilgili araştırmaya rastlanmamıştır. Çocuk sağlığı alanında yapılan araştırma sonuçlarında ise yeni doğanlarda çocuk sağlığını korumaya yönelik çocuk bakımı ile çeşitli desteklerin sunulması ve konuya ilişkin çözüm getirilmesi gerekliliğinden bahsedilmiştir. Çocuk Hakları Sözleşmesinde, çocukların geleneksel yöntemlerin zararlı etkilerinden korunması gerekliliği vurgulanmıştır.

Geleneksel çocuk bakım yöntemleri ve toplumun değerleri, örf-adet ve inanç sistemlerine ait olan uygulamalar tespit edilerek, çocuğa zarar veren, hastalık yapan hatta ölümcül olan uygulamalarla çocuğa fayda sağlayan uygulamalar kanıta dayalı araştırma sonuçlarıyla açıklanmış, araştırmanın sonucunda müracaatçıya hizmet sunan bir müdahale planı örneği oluşturulmuştur.

Bu araştırmayla sosyal hizmetin başta güçlendirme ve sistem yaklaşımı olmak üzere kuramsal gücünden destek alınarak perinatal sosyal hizmet müdahale yöntemleriyle çocuk sağlığını korumaya yönelik hizmet sunan meslek profesyonellerine ve diğer araştırmacılara ışık tutacağı düşünülmektedir. Bu araştırma perinatal sosyal hizmete yönelik Türkiye’de yapılan ilk çalışma olma özelliğini taşımaktadır. Ayrıca uluslar arası perinatal sosyal hizmet alanında geleneksel çocuk bakımına yönelik yeni bir çalışma konusu açıldığı düşünülmektedir.

İÇİNDEKİLER

BEYAN	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vii
ÖN SÖZ	ix
ÇALIŞMANIN LİTERATÜRE KATKISI	x
İÇİNDEKİLER	xi
TABLolar LİSTESİ	xiv
ŞEKİL VE GRAFİKLER LİSTESİ	xvii
EKLER LİSTESİ	xviii
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ	xix
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

KAVRAMSAL VE KURAMSAL ÇERÇEVE

1.1.TEMEL KAVRAMLAR.....	4
1.1.1.Tıbbi Sosyal Hizmet.....	6
1.1.2. Tıbbi Sosyal Hizmetin Tarihi.....	9
1.1.3. Tıbbi Sosyal Hizmetin Alandaki İşlevi	10
1.1.4. Tıbbi Sosyal Hizmetin Amacı.....	11
1.1.5. Tıbbi Sosyal Hizmet Uzmanlarının Rolü ve Fonksiyonları.....	13
1.1.6. Perinatal Sosyal Hizmet	16
1.1.6.1. NAPSW Perinatal Ortak Programı.....	19
1.1.6.2. Perinatal Sosyal Hizmette Etik, İlkeler ve Savunuculuk	19
1.2. TIBBİ SOSYAL HİZMETE DAİR KURAMSAL ÇERÇEVE.....	20
1.2.1. Güçlendirme Yaklaşımı	20
1.2.2. Tıbbi Sosyal Hizmet Modelleri.....	21
1.2.2.1. Biopsikososyal Model.....	22
1.2.2.2. Sağlık İnanç Modeli	22
1.2.2.3. Sosyal Model.....	22
1.2.2.4. Medikal Model	23

1.3. KANITA DAYALI UYGULAMA.....	23
1.3.1. Kanıta Dayalı Uygulamanın Tarihsel Süreci	24
1.3.2. Kanıta Dayalı Uygulamanın Önemi.....	24
1.3.3. Kanıta Dayalı Uygulama ve Sosyal Hizmet.....	25
1.4. ÇOCUK HAKLARI TEMELİNDE ÇOCUK SAĞLIĞI.....	27

İKİNCİ BÖLÜM

ARAŞTIRMA VE YÖNTEM

2.1. ARAŞTIRMANIN PROBLEMİ.....	32
2.2. ARAŞTIRMANIN AMACI.....	38
2.3. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ.....	38
2.4. ARAŞTIRMANIN SORULARI.....	40
2.5. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI.....	41
2.6. ARAŞTIRMANIN MODELİ	42
2.8. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI	45
2.9. ÇALIŞMA GRUBU	45
2.10. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	47
2.10.1. Görüşme Formlarının Oluşturulması ve Uygulanması	47
2.11. VERİLERİN ANALİZİ	49
2.12. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ	53
2.13. ARAŞTIRMANIN GEÇERLİLİĞİ VE GÜVENİRLİLİĞİ	53

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR VE BULGULARIN YORUMLANMASI

3.1. ARAŞTIRMAYA İLİŞKİN KATILIMCILARININ DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ (KATILIMCI PROFİLLERİ).....	55
3.2. ARAŞTIRMAYA İLİŞKİN KATILIMCILARININ EĞİTİME İLİŞKİN BULGULARI VE YORUMLAR	62
3.3. KATILIMCILARIN SOSYOEKONOMİK DÜZEYLERİNE İLİŞKİN BULGULAR VE YORUMLAR.....	66

3.4. KATILIMCILARIN AİLE YAPILARINA İLİŞKİN BULGULAR VE YORUMLAR.....	69
3.5. KATILIMCILARIN GELENEKSEL ÇOCUK BAKIM YÖNTEMİ BAKIŞLARINA İLİŞKİN BULGULAR VE YORUMLAR	73
3.6. ÇOCUK BAKIMINDA EBEVEYNLERİN UYGULADIKLARI YÖNTEMLER	81
3.6.1. Çocuk Hastalığında Kullanılan Yöntemler	82
3.6.2. Çocuğu Uyumta Yöntemleri	84
3.6.3. Çocuk Ağlarken Kullanılan Yöntemler	85
3.6.4. Çocuğu Besleme Yöntemleri	87
3.7. ÇOCUK BAKIMINDA GELENEKSEL YÖNTEMLER	92
3.7.1. Büyükler Tarafından Tavsiye Edilen Geleneksel Yöntemler	93
3.7.2. Geleneksel Yöntemleri Uygulama Nedeni.....	99
3.7.3. Geleneksel Yöntemleri Uygulamama Nedeni.....	101
3.8. GELENEKSEL VE MODERN YÖNTEMLERİN ÖZELLİKLERİ.....	105
3.8.1. Kullanılan Malzemeler.....	106
3.8.2. Uygulanan Yöntemlerin Yararları.....	107
3.8.3. Uygulanan Yöntemlerin Zararları	110
3.8.4. Yöntemlerin Kullanıldığı Zamanlar	115
3.9. ÇOCUK BAKIMINDA ALINAN DESTEKLER	120
3.9.1. Destek Alınan Kişiler.....	121
3.9.2. Destek Alınan Konular.....	122
3.9.3. Sağlık Çalışanları Tarafından Destek Alınan Konular	124
3.10. İLİŞKİSEL ANALİZLER.....	130
SONUÇ VE ÖNERİLER	133
KAYNAKÇA.....	162
EKLER.....	178
ÖZGEÇMİŞ	184

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1. Katılımcıların Cinsiyet Değişkeni Yüzde ve Frekans Dağılımını Gösterir Tablo	55
Tablo 2. Katılımcıların Yaş Değişkeni ve Frekans Dağılımını Gösterir Tablo.....	56
Tablo 3. Katılımcıların Medeni Durum Dağılımını Gösterir Tablo.....	57
Tablo 4. Katılımcıların Doğdukları İllerin Değişkeni ve Frekans Dağılımını Gösterir Tablo.	59
Tablo 5. Katılımcıların Son 5 Yılda Yaşadıkları İllerin Değişkeni ve Frekans Dağılımını Gösterir Tablo	60
Tablo 6. Katılımcıların İkamet Ettiği İl Değişkeni Yüzde ve Frekans Dağılımını Gösterir Tablo.	61
Tablo 7. Katılımcıların Ailesi İle Birlikte Yaşama Değişkeni Yüzde ve Frekans Dağılımını Gösterir Tablo.....	61
Tablo 8. Katılımcıların Eğitim Durumu Değişkeni Yüzde ve Frekans Dağılımını Gösterir Tablo.	62
Tablo 9. Katılımcıların İstedikleri Eğitimi Alma Değişkeni Yüzde ve Frekans Dağılımını Gösterir Tablo.....	63
Tablo 10. Katılımcıların Annelerinin Eğitim Değişkeni Yüzde ve Frekans Dağılımını Gösterir Tablo.	64
Tablo 11. Katılımcıların Babalarının Eğitim Değişkeni Yüzde ve Frekans Dağılımını Gösterir Tablo.	65
Tablo 12. Katılımcıların Meslek Değişkeni Yüzde ve Frekans Dağılımını Gösterir Tablo.	66
Tablo 13. Katılımcıların Çalışma Durumu Değişkeni Yüzde ve Frekans Dağılımını Gösterir Tablo.	67
Tablo 14. Katılımcıların Gelir Düzeyleri Değişkeni Yüzde ve Frekans Dağılımını Gösterir Tablo.	68
Tablo 15. Katılımcıların Gelir Düzeylerinin İhtiyaçlarını Karşılama Değişkeni Yüzde ve Frekans Dağılımını Gösterir Tablo.	68
Tablo 16. Katılımcıların Evlilik Yaş Aralığı Değişkeni Yüzde ve Frekans Dağılımını Gösterir Tablo.	69
Tablo 17. Katılımcıların İlk Ebeveynlik Yaş Aralığı Değişkeni Yüzde ve Frekans Dağılımını Gösterir Tablo.....	70

Tablo 18. Katılımcıların Çocuk Sayıları Değişkeni Yüzde ve Frekans Dağılımını Gösterir Tablo.	72
Tablo 19. Katılımcıların Çocuklarının Yaş Farkı Aralığı Değişkeni Yüzde ve Frekans Dağılımını Gösterir Tablo.	73
Tablo 20. Katılımcıların Geleneksel Yöntemleri Uygularken Zorluk Çekme Değişkeni Yüzde ve Frekans Dağılımını Gösterir Tablo.	73
Tablo 21. Katılımcılara Büyükler Tarafından Tavsiye Edilen Yöntemleri Uygulama Değişkeni Yüzde ve Frekans Dağılımını Gösterir Tablo.	74
Tablo 22. Katılımcıların Geleneksel Yöntemleri Uygularken Büyükler Tarafından Baskı Görme Değişkeni Yüzde ve Frekans Dağılımını Gösterir Tablo.	75
Tablo 23: Katılımcıların Büyüklerin Yönlendirmeleri ile Sağlık Çalışanlarının Yönlendirmelerinin Örtüşme Değişkeni Yüzde ve Frekans Dağılımını Gösterir Tablo.	77
Tablo 24. Sağlık Çalışanlarının Yönlendirme Yaptığı Kişi Değişkeni Yüzde ve Frekans Dağılımını Gösterir Tablo.	78
Tablo 25. Katılımcıların Sağlık Çalışanlarının Yönlendirmelerini Uygulama Değişkeni Yüzde ve Frekans Dağılımını Gösterir Tablo.	78
Tablo 26. Katılımcıların Çocuk Bakımı Konusunda Eğitim Alma Değişkeni Yüzde ve Frekans Dağılımını Gösterir Tablo.	79
Tablo 27. Katılımcıların Çocuk Bakım Yöntemlerini Öğrendikleri Kişiler Değişkeni Yüzde ve Frekans Dağılımını Gösterir Tablo.	80
Tablo 28: Çocuk Bakımı Konusunda Eğitim Alma Durumuna Göre Çocuk Bakımında Ebeveynlerin Uyguladıkları Yöntemler.	88
Tablo 29: Yöntemleri Uygulamada Zorluk Çekme Durumuna Göre Çocuk Bakımında Ebeveynlerin Uyguladıkları Yöntemler.	90
Tablo 30: Büyüklerden Uygulamalara Yönelik Baskı Görme Durumuna Göre Çocuk Bakımında Geleneksel Yöntemler.	102
Tablo 31: İstenilen Eğitimin Alınma Durumuna Göre Çocuk Bakımında Geleneksel Yöntemler.	103
Tablo 32: Büyükler Tarafından Tavsiye Edilen Yöntemleri Uygulama Durumuna Göre Geleneksel ve Modern Yöntemlerin Özellikleri.	116
Tablo 33: Katılımcı Profiline Göre Geleneksel ve Modern Yöntemlerin Özellikleri.	118
Tablo 34: Büyüklerin Yönlendirmeleri ile Sağlık Çalışanlarının Yönlendirmelerinin Örtüşme Durumuna Göre Çocuk Bakımında Alınan Destekler.	125

Tablo 35: Katılımcı Profiline Göre Çocuk Bakımında Alınan Destekler 127

Tablo 36: Katılımcı Profiline Göre Çocuk Bakımında Alınan Destekler (devam)..... 128

Tablo 37: Sosyal Hizmetin Bilgi-Beceri-Değer Temelli Perspektifinden Perinatal Sosyal Hizmet 149



ŞEKİL VE GRAFİKLER LİSTESİ

Şekil 1: Yenidoğan Çocuğun Bakımında Uygulanan Geleneksel Yöntemlerin Tıbbi Sosyal Hizmet Açısından İncelenmesi: Kahramanmaraş İli Örneği Tema Gösterimi.....	80
Şekil 2: Çocuk Bakımında Ebeveynlerin Uyguladıkları Yöntemler Teması Kod Alt Kod Bölümler Modeli	81
Şekil 3: Çocuk Hastalığında Kullanılan Yöntemler Kod Alt Kod Bölümler Modeli.....	83
Şekil 4: Çocuk Bakımında Geleneksel Yöntemler Teması Kod Alt Kod Bölümler Modeli	92
Şekil 5: Geleneksel ve Modern Yöntemlerin Özellikleri Teması Kod Alt Kod Bölümler Modeli	105
Şekil 6: Kullanılan Malzemeler Kod Alt Kod Bölümler Modeli	107
Şekil 7: Çocuk Bakımında Alınan Destekler Teması Kod Alt Kod Bölümler Modeli	120
Şekil 8: Kod Haritası	130
Şekil 9: Kod Bulutu	131

EKLER LİSTESİ

Ek-1: Araştırmada Kullanılan Görüşme (Mülakat)Formu	178
Ek 2: Etik Kurul Onay Formu	182
Ek 3: Tez İsim Değişikliği Tutanağı	183



SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

AÇSHB	: Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı
ADNKS	: Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi
ASPB	: Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı
AKT.	: Aktaran
CSWE	: Council on Social Work Education
ÇHK	: Çocuk Hakları Komisyonu
ÇHS	: Çocuk Haklarına Dair Sözleşme
ÇKK	: Çocuk Koruma Kanunu
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
IFSW	: International Federation of Social Workers
IASSW	: International Association of Schools of Social Work
KDU	: Kanıta Dayalı Uygulama
KDT	: Kanıta Dayalı Tıp
NASW	: National Association of Social Workers
NAPSW	: The National Association of Perinatal Social Workers
PSH	: Perinatal Sosyal Hizmet
PSHU	: Perinatal Sosyal Hizmet Uzmanı
SHÇEK	: Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu
SHU	: Sosyal Hizmet Uzmanı
S.	: Sayfa
T.C.	: Türkiye Cumhuriyeti
TCK	: Türk Ceza Kanunu
TMK	: Türk Medeni Kanunu
TDK	: Türk Dil Kurumu
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
UNICEF	: United Nations Children's Fund
WHO	: World Health Organisation

GİRİŞ

2020 yılı sonu Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS) sonuçlarına göre; Türkiye nüfusundaki 83 milyon 614 bin 362 kişinin 22 milyon 750 bin 657'sini çocuklar oluşturmaktadır ve çocuk nüfusu yoğunluğuna göre 4 kategoriye ayrılan illerde Kahramanmaraş en çok yoğunluğa sahip iller arasında 2. sırada yer almaktadır (TUIK, 2020). 18 yaşını doldurmamış kişiye çocuk denir. Dünyada çocuk nüfusunun genel nüfusa oranı ise 2020 yılında %27,2'dir (TUIK, 2021). Nüfusun yoğun bir bölümünü oluşturan çocukların sağlığını korumak ve geliştirmek için yapılması gereken sosyal hizmet uygulamaları önemli bir gündemin odağını oluşturmaktadır. Dünyada ve ülkemizde çocukların maruz kaldığı birçok zorlu şartların sonucu olarak karşımıza çocuk ölümlerinin can yakıcı gerçekliği çıkmaktadır. Bu sorun çocuklar için gerekli koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin yeteri kadar sağlanamadığını göstererek, insan hakları odağında çocuk hakları ihlalini işaret etmektedir.

Çocuk hakları, dünyadaki tüm çocuklar için doğdukları andan itibaren sahip oldukları haklardır. Çocuk haklarının sağlığa vurgu yapan ilgili maddelerinde çocukların içine doğdukları kültürde insan eliyle oluşan sağlığı kaybetme veya risk altına alma gibi olumsuz çocuk bakım alışkanlarından koruma ifadesi yer almaktadır (Arabacı vd. 2016; Öztürk, Kavlak ve Sevil, 2012; Hacıhasanoğlu Aşilar v Bekar, 2018). Çocuk bakımı çocuğun dünyaya gelmesiyle doğal olarak öğrenilmektedir. Bakımı en uzun süren canlı yavrusu kuşkusuz insan yavrusudur. Çocukluk dönemi boyunca çocuk; bakıma, desteğe ve ilgiye muhtaçtır. Ebeveynler çocuk bakımını içine doğdukları kültürel doğrulardan, kendi ebeveynlerinden, okudukları izledikleri yazılı ve görsel yayınlardan, çeşitli kurslara giderek ve en önemlisi kendileri anne baba olduktan sonra çocuğun ihtiyaçlarını giderirken kazandıkları deneyimlerden öğrenmektedirler. Çocuğun beslenmesi ve bakımı konularında yapılan yanlış geleneksel uygulamalardan bazılarının çocuk sağlığını tehdit ettiği ve olumsuz sonuçlar doğurduğu bilinmektedir. Çocuk bakımı çevreden, özellikle yaşça büyük, tecrübeli ve yakın akrabalarından öğrenilen bir olgu olduğundan toplumun yaşam alışkanlarından ve kültüründen etkilenecek olduğu görülmektedir. Buna dair oluşan davranış kalıplarına postpartum kültürü yani doğumdan sonra anne ve çocuğun ihtiyaçlarının karşılanması olarak ifade edilmektedir. Postpartum kültürü, anne ve çocuğa doğum sonu uygulanan ritüeller ve

davranış kalıplarıdır. Çocuk bakım kültürü, her coğrafyada ve toplumda değişkenlik göstermektedir. Özellikle ülkemizdeki coğrafi bölgelerde sosyokültürel farklılıklar bulunmaktadır (Aktaş, Şimşek ve Aktaş, 2017:11). Doğum öncesi, doğum sırası ve doğum sonrası meydana gelen bazı değişiklikler postpartum dönemini etkilemektedir. Bunlar; hormonal değişiklikler, doğum öncesi depresyon, annenin sigara ve alkol alışkanlığı, madde bağımlılığı, önceki doğumlar, doğum sayısı, çocuğun cinsiyeti, adölesan annelik, ebeveynin eğitim düzeyi, sosyo ekonomik durumu, stres, evliliğin niteliği, psikososyal desteğin yetersizlikleri, doğum esnasında annenin yaşadığı zorluk, iş hayatındaki zorluklar, doğum izni, aile içi şiddet ve çocuğun istenmemesi ya da evlilik dışı çocuk olmasıdır (Arslantaş vd. 2009, Wang Jiang, Jan ve Chen,2003, Dankner vd. 2000).

Sosyal hizmet mesleği; çocukluğun insan hayatındaki statüsünde, ‘çocuğu mülkiyet olarak değil bir birey olarak savunan’ (Güçlü,2016: 1) bir meslektir. Çocuk hakları perspektifinde, çocuğun sağlığını korumaya yönelik geleneksel uygulamaların tespit edilmesi amacıyla yapılan bu araştırmanın sonuçları mesleğin bilgi düzeyinde katkı sağlaması yönünden önem arz etmektedir. Çünkü her kültür, çocuğu farklı tanımlamakta ve kategorize etmektedir.

Kanıtı dayalı uygulamaların tıp alanında başladığı bilinmektedir. Sosyal hizmet mesleği, uygulamalı bir meslek olduğundan doğru bilgilere en iyi kanıtlarla ulaşılması, bu sorunların tespiti ve çözülmesinde müdahalenin niteliğini artırmaktadır.

Çocuk haklarının, insan hakları var olduğu günden itibaren çocuk odağında hak temelli savunuculuğu yapılmaktadır. Tıp, sosyal hizmet, eğitim ve bakım gibi uygulamalı meslekler insan haklarının tesis edilmesiyle yakından ilgilidir (İfe, 2017: 17). Sosyal hizmeti insan hakları mesleği olarak tanımladığımızda (Zengin ve Altındağ; 2016:179) doğrudan çocuk hakları mesleği tanımı da ifade edilmiş olur. Çocuk hakları çocuğun yüksek yararı gözetilerek somut olarak barınma, sağlık, beslenme, eğitim,vb.; soyut olarak da bedensel, zihinsel, duygusal, vb. gereksinimlerinin karşılanması (Akyüz, 2001) nitel ve nicel savunuculuğunu yapmaktadır. Çocuğu korumak kamu görevidir. Sosyal hizmet, çocukların yaşama hakkını savunmaktadır. Yaşamın ilk yıllarında çocuk anne babasının bakım ve sorumluluğu altındadır. Anne babalara verilen çocuk bakımına yönelik hizmet çocuk sağlığını doğrudan etkilemektedir. Çocuğun bir

mülkiyet olmaktan çıkarılarak gerekli ruh ve beden sağığının özel olarak korunması gerektiğı gözler önündedir.

Bireyin içinde yaşadığı toplumun çocuk bakımında uyguladığı geleneksel yöntemlerin sağık açısından değerdendirilmesi gerekmektedir, Bu yöntemleri uygulayıp uygulama durumlarının, ailelerin özellikleriyle birlikte incelenip, sürdürülebilir çocuk bakımına yönelik modelin oluşturulması ve ailelerin uyumunun sağılanması önem arz etmektedir. Sosyal hizmet uzmanlarının aile ve toplum odaklı müdahalesine betimleyici bir araştırma olanağı sunmaktadır. Çocuk bakımı ile ilgili araştırmalar incelendiğinde bu araştırma, çocuk bakımındaki geleneksel ve tıbbi yöntemler arasında yaşanan çatışmalara bağılı olarak gelişen hastalıkları tedavi etmeye ve sağığı korumaya yönelik çalışmalara yol gösterici olmaktadır. Perinatal sosyal hizmet açısından bu konuda çalışma yapılmadığı tespit edilmiş olup araştırmanın var olan boşluğu doldurması ve sağık alanındaki sosyal çalışmacılara kılavuz olması beklenmektedir. Ayrıca bu çalışmanın ulusal/uluslararası alanyazınındaki ve sağık alanındaki sosyal hizmet uygulamalarına katkı sunduğı düşünölmektedir.

BİRİNCİ BÖLÜM

KAVRAMSAL VE KURAMSAL ÇERÇEVE

Bu bölümde tıbbi sosyal hizmet, kanıta dayalı uygulamalar ve çocuk hakları kavram ve kuramlarına ilişkin bilgiler yer almaktadır.

1.1.TEMEL KAVRAMLAR

Uluslararası Sosyal Hizmet Federasyonu (IFSW) Sosyal Hizmeti, ‘Sosyal değişimi ve gelişimi, sosyal dayanışmayı, insanların güçlendirilmesi ve özgürleştirilmesini destekleyen uygulamaya dayalı bir meslek ve disiplin’ alanı olarak tanımlamaktadır. Sosyal Hizmet Eğitim Konseyi (CSWE) “Sosyal hizmet, birey, aile, grup, topluluk ve toplumların sosyal işlevselliğini arttırmak amacıyla yardım etme sürecidir” şeklinde tanımlanmaktadır. Sosyal adalet, insan hakları ve farklılıklara saygı ilkeleri sosyal hizmetin merkezinde yer alır. Sosyal hizmet; sosyal bilimler, beşeri bilimler ve yerel bilgi teorileri tarafından desteklenen, yaşam zorluklarını ele almak ve refahı artırmak için insanları ve yapıları bir araya getirir. Yukarıdaki tanım, ulusal ve/veya bölgesel düzeylerde genişletilebilir (IFSW, <https://www.ifsw.org>, E.T.: 07/12/2021).

Uluslararası Sosyal Hizmet Okulları Birliği (IASSW) ve IFSW’ye göre sosyal hizmet mesleği, dezavantajlı birey, grup, örgüt ve toplumla çalışmaktadır (IASSW, IFSW, <https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/>, <https://www.iassw-aiets.org/about-iassw/constitution/>, E.T.: 07/12/2021). Sosyal hizmet mesleği, sosyal işlevselliği ve refahı artırmak için insanların güçlendirilmesini ve özgürleştirilmesini sağlamaktadır. Sosyal çalışmacı, insan davranışı ve sosyal sistem teorilerini kullanarak insanların çevreleriyle etkileşime girdiği noktalarda engellere, eşitsizliklere ve adaletsizliklere yönelik çalışmaktadır. İnsan hakları ilkeleri ve sosyal adalet, sosyal hizmet için temel unsurdur.

Tıbbi sosyal hizmet, sosyal hizmet mesleğinin ilk ve en eski uygulamalarından biridir. Tıbbi sosyal hizmet hak temelli yaklaşımla bireyle, aileyle, grupla ve toplumla çalışmaktadır. Sosyal çalışmacılar birçok yaklaşımı kullanarak mesleğinin uygulanmasında bireyin iyilik halini ve toplumun refahını artırmayı amaçlayan değişim ajanlarıdır.

Çocuk hakları, çocukların doğdukları an sahip oldukları haklardır. Eğitim, barınma, sağlık, vatandaşlık, vb. alanları kapsamaktadır. Çocukların güvende olması ve ailelerin çocuklarına başarılı bir şekilde bakabilmesi için gerekli desteğe sahip olmak ile ilgilidir (https://www.childwelfare.gov/pubPDFs/cw_educators.pdf, E.T.: 07/12/2021).

Çocuk hakları bağlamında sosyal hizmet uzmanlarının çocuklara yönelik doğrudan ve dolaylı çözüm aradıkları konular; çocuk yoksulluğu, suça sürüklenen çocuklar, kötü muamele, aile ve ebeveynlik sorunları, çocuk politikaları, kısaca çocuk istismarı ve ihmalini içeren tüm sorunsalları ve yetersiz kaynakların zararlı etkilerinden çocuk refahına yönelik tüm sorunsalları kapsamaktadır (<https://www.newworldencyclopedia.org>, E.T.: 07/12/2021). Sosyal hizmet mesleği çocuk hakları savunucusudur.

Kanıtı dayalı uygulama (KDU), sosyal çalışmacıların sundukları hizmetin niteliğini artıracak ve mesleğin icra edilmesinde bilimsel bilgileri takip etmelerine olanak sunacak yani odağında insan olan mesleğin güncelliğini ve kalitesini artıracak yeni bir paradigmadır (Özkan ve Gökçe Aslan Çiftçi, 2012: 188).

Bakım; TDK'ye göre bakma işi, bir şeyin iyi gelişmesi, iyi bir durumda kalması için verilen emek, birinin beslenme, giyinme vb. gereksinimlerini üstlenme ve sağlama işidir (TDK, <https://sozluk.gov.tr>, E.T.: 14/12/2021). Sağlık alanında bakımın öznesi insandır ve çocukluk dönemindeki bakımdan bahsediliyorsa daha özellikli ve çocukluk dönemine özgü bakıma odaklanması gerekmektedir. Çocuk haklarının konusu, öznesi ve nesnesi çocuktur (Dinç, 2010: 76). Çocuk hakları, çocuğun statüsünü iyileştirecek önlemleri içermektedir (Güçlü, 2016: 1). Çocukluk dönemindeki bakım, hastalık, engellilik ve yaşlılık dönemindeki muhtaçlılık durumundan farklılık göstermektedir. Çocuk bakımı, çocuğun bir yetişkinin (genellikle annenin) desteğiyle yaşamını devam ettirebilmesidir. Yeme-içme, beslenme, temizlik gibi tüm ihtiyaçlarının zamanında ve yeterli karşılanması, mikro düzeyde çocuğun canlı kalabilmesi ve sağlıklı olması makro düzeyde ise toplumun devamlılığının ve sağlığının korunması anlamını taşımaktadır. Çocuk bakımı, hastalık durumuyla ortaya çıkan zorunluluk değildir. Bilinen gerçek şudur ki çocuk doğduğu andan itibaren gereksinimleri vardır ve bunun yetişkinler tarafından karşılanması gerekir. Dolayısıyla çocuk, bakım veren kişiye muhtaçtır. Sosyal hizmet, ilgilendiği konular ve çözüm aradığı sorunlar açısından insan ve toplum odaklı bir meslek olduğundan, bakım konusunu, bu meslekten ayrı düşünmek

imkânsızdır (Abay ve Güngör,2010: 9). Topluma ve insana yönelik yapılan her türlü savunucu, güçlendirici ve özgürleştirici faaliyetler sosyal hizmet sayılabilmektedir (Şimşek ve Altun,2021: 1061).

Yenidoğan (neonatal) dönemi, gebelik haftasına bakılmaksızın her bebeğin doğumdan sonraki ilk 28 gününü içerir (WHO,2022). Bu dönem aslında bebeğin anne karnından dış ortama uyum sağlama sürecini kapsamaktadır. Bu dönemin özellikleri ve ihtiyaçları çocukluk ve yetişkinlik döneminden farklıdır.

Perinatal dönem, Dünya Sağlık Örgütü'ne göre 21. gebelik haftası ile doğumdan sonraki bir aylık dönemi kapsamaktadır(WHO,2022). Perinatal dönem; gebelik, doğum ve doğum sonrasıyla ilişkili bir kavramdır. Doğumu takip eden dönem kadınların ve yeni doğan çocukların yaşamlarında kritik bir aşamadır.

Postpartum, doğum sonrası plasentanın çıkışını takiben 6-8 haftalık, dinamik bir süreçtir (WHO,2022). Halk arasında lohusalık olarak adlandırılmaktadır. Postpartum döneminin, sağlık bakımından farklı fizyolojik özelliklerinden bahsedilirken kültürel açıdan değişik inanç ve davranışından bahsedilmektedir. Bu dönemde verilen geleneksel bakım postpartum kültürü olarak bilinmektedir.

Obstetrik, doğum ve doğum sonrası dönemde tüm kadın üreme yollarıyla ve doğan çocukların bakımı ile ilgilenen tıbbi uzmanlık alanıdır.

1.1.1.Tıbbi Sosyal Hizmet

Küresel anlamda sosyal hizmet; sosyal değişim ve gelişim, sosyal tutarlılık ve insanların güçlendirilmesi ve özgürleştirilmesi için çalışmaktadır. Sosyal hizmet akademik bir disiplin ve uygulamaya dayalı bir meslektir. Sosyal hizmetin merkezinde sosyal adalet, insan hakları, kolektif sorumluluk ve farklılıklara saygı ilkeleri yer almaktadır (Duyan, 2014; XV). IFSW, sosyal hizmetin uygulamaya yönelik bir meslek olduğunu vurgulamaktadır. IFSW sosyal hizmeti; sosyal değişimi ve gelişimi, sosyal uyumu, insanların güçlendirilmesini ve özgürleşmesini destekleyen akademik bir disiplin şeklinde tanımlamaktadır. Hem sosyal hizmet teorileri ve sosyal bilimler hem de beşeri bilimler ve yerel bilgilerini kullanarak bunlardan güç alan sosyal hizmet yaşam zorluklarını gidermeye çalışarak yaşam refahını artırmaya çalışmaktadır (<https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/>, E.T.:

25/10/2020). Kısaca sosyal hizmet, insanların iyilik halini artırmaya yönelik çalışmalar yapmaktadır.

Tıbbi sosyal hizmet (TSH), çeşitli nedenlerden dolayı tıbbi bakım gören müracaatçılara sosyal hizmet bilgi ve becerileriyle sunulan birey odaklı uygulamalardır. TSH, sosyal hizmetin ilk uygulama alanlarından biridir. Barker (1999); Sosyal Hizmet Sözlüğü'nde tıbbi sosyal hizmet, hastane ve sağlık kuruluşlarında yürütülen, hastalıkla birlikte beliren, hasta ve ailesinin psikososyal sorunlarını önlemeye ve çözmeye yönelik müdahalelerde bulunarak güçlenmelerinin sağlanması olarak tanımlanmaktadır.

Sağlık Bakanlığı'nda tıbbi sosyal hizmetin tanımı ise; 'Ayakta ya da yatakta tedavi gören hastaların tıbbi tedaviden etkili bir şekilde yararlanması, sosyal sağlığının korunması ve geliştirilmesi, tedavi sürecinde hastanın ailesi ve çevresi ile ilişkilerinin düzenlenmesi, tedavi sürecini etkileyen psikososyal ve sosyoekonomik sorunlarının zamanında çözülerek sosyal işlevselliğini yeniden kazanması amacıyla yürütülen sosyal hizmet uygulamasıdır' şeklinde ifade edilmektedir (Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi, 2011: 1).

Özbesler (2013: 8), insanın değerli ve biricik olduğuna vurgu yaparak insanın saygınlığına, onuruna ve yaratıcılığına önem verilmesi gerektiğinden bahsetmektedir. Birçok uygulama sahası olan sosyal hizmetin disiplin ve uygulama alanlarından biri olan tıbbi sosyal hizmeti, sağlık kurumlarında ya da hastanelerde yürütülen sosyal hizmet çalışmaları olarak tanımlamaktadır.

Sosyal hizmet, etiği, ilkeleri, değerleri ve misyonu olan bir meslektir. Meslek, teoriyi temel alan uygulamaya dönüktür. Müracaatçıların ihtiyaçlarını tespit ederek kurum ve kaynaklara ulaşmasını sağlayan sosyal hizmet, bireylerin var olan güçlüklerini öne çıkarmaya ve bunlara çözüm aramaya çalışmaktadır. Ayrıca sosyal işlevselliğin sağlanmasında insan onuruna ve değerine zarar veren durumları ortadan kaldırmak için hem müracaatçıya müdahale eden hem de bunun için sistemler ve sosyal politikalar oluşturulmasına öncülük eden bir meslek grubudur (Duyan, 2019: xv).

TSH, duygusal ve diğer davranış bozukluklarının değerlendirilmesinin yanı sıra ruhsal hastalıkların teşhisi, tedavisi ve önlenmesine odaklanan bir uzmanlık alanıdır. Birey, grup ve aile terapileri tıbbi sosyal hizmette kullanılan yaygın tedavi yöntemleridir (<https://www.socialworkers.org/Practice/Clinical-Social-Work>, E.T.: 25/10/2020).

Tıbbi sosyal hizmet uzmanları hasta hakları savunucularıdır. Uzmanlar hem bireyle hem de grupla çalışan, odağı bireyin tedavisi ve bakımı olan, hastanın sosyal ve duygusal sorunlarının çözümüne yönelik uğraşan ve bununla ilgili sağlık politikalarını oluşturan uygulama alanında görev alan profesyonellerdir.

Dünya Sağlık Örgütü (WHO,2020) sağlığın tanımını "sadece hastalıkların ve rahatsızlıkların olmayışı değil, bir bütün olarak fiziki, ruhi ve sosyal açıdan iyi olma hali" olarak açıklamaktadır.

İnsanlar yaşadıkları hastalıklardan dolayı sağlık kuruluşlarına başvuru yapmaktadırlar. Sağlık kuruluşlarına başvuru yapan müracaatçılar, tıbbi tedavinin yanı sıra çeşitli psikososyal desteklere de ihtiyaç duyabilmektedir. Müracaatçılar, ekonomik iyileştirme, sosyal uyum, mental destek, yasal haklarının savunulması, korunma altına alınması ve taburcu olmayla birlikte ortaya çıkan yeni duruma uyum gibi birçok farklı desteğe ihtiyaç duyabilmektedirler. Tıbbi sosyal hizmet desteğine ihtiyaç duyan müracaatçının güçlendirilmesi ve iyileştirilmesi gereken konular çeşitli başlıklar altında kategorilere ayrılmaktadırlar. Engelli ve kimsesiz hastalar, terk edilmiş ve bakıma muhtaç, yoksul, sosyal güvencesi olmayan hastalar, tedaviye uyum sağlamayan, ruh sağlığı bozulmuş ve kronik hastalar, aile içi şiddet mağduru olan hastalar, ihmal ve istismara uğramış bireyler, alkol ve madde bağımlılığı olan hastalarla göçmen, mülteci ve sığınmacı hastalarla kimliksiz hastaların müracaatçı gruplarını oluşturduğu söylenebilir.

Her insanın sağlıklı olma ve sağlık hizmetlerine ulaşma hakkı vardır. Sağlık karmaşık bir yapıdır ve hastalığın varlığı, sağlığın temel göstergesi olmuştur. Hızlı nüfus artışı beraberinde sağlık, eğitim, çevre ve kalkınma sorunlarını da getirmektedir. Çocuklarımızın sağlıklı yetişkin bireyler olabilmesi, anne karnından başlayarak sağlıklı bir ortamda büyümelerine bağlıdır (Şanlıer, 2019: 3).

TSH uzmanları, Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarda, hastanelerde ve halk sağlığı birimlerinde görev almaktadırlar. TSH, bireyin sağlıklı olması ve bireyin sağlığının sürdürülebilirliği için tedavi edici müdahalesiyle müracaatçıyı güçlendirmeye çalışmaktadır. Sistem yaklaşımı dikkate alındığında TSH, aileyi ve ailenin çevresini sağlık sistemlerine ve sağlığa ulaşmasında önleyici politikalar geliştirmektedir.

TSH uzmanları, olumsuz sağlık koşullarıyla ilgili sosyal, mali ve psikolojik zorlukların hafifletilmesinde hastalara ve ailelerine ön saflarda hizmet sunmaktadır. TSH sağlıklı yaşam tarzlarını benimsetmeyi teşvik eden, hastalıkları önlemeyi ve erişim engellerini ortadan kaldırmayı amaçlayan önemli hizmetler de sağlamaktadır.

1.1.2. Tıbbi Sosyal Hizmetin Tarihi

Tıbbi sosyal hizmet, ilk uygulamalarına İngiltere’de 1880 yılında Akıl ve Ruh Sağlığı Hastanesinde yatan ve taburcu olan hastalara ev ziyaretleriyle başlamıştır. Tıp Doktoru Richard Cabot dünyada ilk olarak 1905 yılında tıbbi sosyal hizmet uygulamalarını Boston Massachusetts Hastanesinde sosyal hizmet birimini kurarak başlatmıştır. Londra’da hastane Almonerleri (Lady almonerlerler) uygulaması kapsamında ilk sosyal hizmet uzmanı, Royal Free Hastanesi tarafından 1895’te Londra’da işe alınmıştır. Ardından Johns Hopkins Hastanesi ilk sosyal çalışmacı olarak 1907 yılında daha önce Hayır Kurumu Derneğinde alışan Helen B.Pendleton’ı işe almıştır (Gehlert ve Browne,2019: 11). Helen B.Pendleton 6 ay bu görevde kalmış daha sonra yerine bir hemşire atanmıştır.

Türkiye’de tıbbi sosyal hizmet 1965 yılından itibaren başlamış, 26 Kasım 1973 yılında Resmi Gazetede yayımlanan Kararnamenin 33. Maddesinde tıbbi sosyal hizmetten bahsedilmiştir. 1982 yılındaki Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği 35. Maddesinde yataklı tedavi kurumlarında sosyal servis kurulmasından bahsedilerek görev tanımlaması yapılmaktadır (Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, E.T. 28.02.2021). Daha sonra 2011 yılında 5 bölümden oluşan Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi 7465 sayılı kararla yürürlüğe girmiştir. Yönerge amaç, kapsam ve dayanak, tanımlar, görevler, çalışma usul ve esaslarından oluşmaktadır. Ayrıca sosyal inceleme, konsültasyon, faaliyet raporu gibi ek formlar konularak belirli bir standart oluşturulmaya çalışılmıştır (Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi, 28/02/2021).

Tıbbi sosyal hizmet uzmanları sağlık kurum ve kuruluşlarında hem hastalara psikososyal destek vererek sağlık kuruluşlarında sosyal hizmet uygulamalarını şekillendirmekte hem de sağlıkla ilgili sosyal politikaların oluşmasını sağlamaktadır. Tıbbi sosyal hizmet uzmanları sağlık kuruluşlarında meslek elemanı olarak kabul görerek aynı zamanda mesleğin kabul ve gerekliliğini de hissettirmeye başlamışlardır.

1.1.3. Tıbbi Sosyal Hizmetin Alandaki İşlevi

Hastaların karşılaştıkları sorunlar genel olarak; sağlık hizmetlerine ulaşmada engeller, sağlık hizmetlerine ve hastaneye, tıbbi tedavi planına uyum problemleri, karar verebilmek için bilgi eksikliği, gereksinimleri karşılayacak kaynak eksikliği, hizmetten taburcu olabilme konusunda engeller olmak üzere altı grupta ele alınabilir (Duyan, 2003: 42).

Tıbbi sosyal hizmetin odağında hasta vardır. Hastanın tedavisinin daha insani şartlarda ve etkili olabilmesi için sosyal hizmet gereklidir. Hastanın yaşam kalitesinin yükseltilmesi insan onuru açısından bir zorunluluktur. Yaşam kalitesi göreceli bir kavramdır. Bireyin ilgi ve istekleri, iyi ve mutlu olma gerekçeleri, gelecekte beklenenleri farklılık göstermektedir. Dolayısıyla yaşam kalitesinin oluşturulması için bir alt sınır oluşturulabilirken üst sınır belirlemek oldukça güç olabilmektedir. TSH, iyi olma halini; sağlıklı, kendine yetebilen, sahip olduğu kaynakları kullanabilen, çevresiyle sağlıklı iletişim kurabilen bir birey olma şeklinde ifade eder (Şeker, 2015: 200).

TSHU, psikososyal sorunları olan hastaları tedavi etmek için eğitim ve klinik becerilere sahip olmalıdır. Bu gücünden yola çıkarak bütüncül bir yaklaşıma sahip olan sosyal hizmet mesleği tedavinin devamlılığının sağlanması konusunda, sağlığın topluma yayılmasında oldukça önemli bir role sahiptir (Weiss, 2005: 1).

Tıbbi sosyal hizmet uzmanları insan hakları bağlamında bireyin insan onuruna yaraşan hayatın sürdürülmesinde sosyal, psikolojik ve ekonomik destekçilerdir. Sağlık hakkı, insan haklarının olmazsa olmaz koşuludur. Sağlık hakkı sadece tedavi edici değil, herkesin ulaşabileceği, ulusal ve uluslararası düzeyde sorumlulukları ve hukuki yaptırımları olan, sağlık çalışanlarından toplumun tamamına eşit düzeyde yayılması gereken uygulamalar ve sistemler bütünüdür (Zengin, 2010: 44). Sosyal hizmet uzmanı hastayı, bakımın sürekliliği boyunca tedavi eder. Bu nedenle, değişen sağlık bakımı ortamına hitap eden dinamik eğitime ihtiyaç duyulmaktadır (Berkman; 1996: 541).

Tıbbi sosyal hizmet uzmanları (TSHU), müracaatçılar için hastane gibi karmaşık bir sağlık sistemi içinde güvenilir rehberler olmaya çalışmaktadırlar. Tıbbi sosyal hizmet uzmanları, önemli kararlar konusunda tavsiyelerde bulunabilir ve tedavi ekibi ile hasta arasındaki iletişimi sağlıklı kılmak için çalışırlar. Bütüncül sağlık anlayışı

kapsamında, doktorların hastalığın altında yatan sosyal nedeni ortaya çıkarmada yeterince zaman ayıramadığı açık bir gerçektir. Bu durumda TSHU, hastalığın altında yatan temel nedenleri ve endişeleri derinlemesine araştırarak ve sosyal incelemelerde bulunarak uygun desteğin alınmasını sağlamak için çalışırlar. TSHU, sosyal incelemelerde bulunarak hastalarla ilgili daha derinlemesine araştırma yapabilme şansına hekimlerden ve sağlık elemanlarından ziyade daha fazla şansa sahiptir. Hastalar sağlık görevlileriyle yaşadıkları çeşitli nedenlerden kaynaklanan iletişim sorunları ve endişeleriyle ilgili olarak tıbbi sosyal hizmet uzmanlarına başvurumaktadırlar. Hastalarla daha yakın çalışmak suretiyle sosyal hizmet uzmanları, bakım talimatlarına uyumu artırabilirken, aynı zamanda uygun takipleri sağlayabilecek ve hastanın sağlığını daha iyiye götürebilecek çabalar gösterebilirler.

Tıbbi sosyal hizmet uzmanları bir bakım ortamında hastaların seslerinin duyulması ve ihtiyaçlarının tam olarak karşılanması noktasında onların en iyi savunucuları olabilmektedirler.

1.1.4. Tıbbi Sosyal Hizmetin Amacı

Günümüz tıp bilminde kişinin sadece bedenini iyi olması değil aynı zamanda psikolojisinin de iyi olmasının gerekliliği inancı sosyal hizmet mesleğinin tedavide sosyal desteğinin önemini göstermektedir. İnsanın yaşadığı zorluklar ve diğer faktörler hastanın duygusal güçsüzlük yaşamasına neden olmaktadır. Tıbbi sosyal hizmetin amacı, psikolojik, sosyal ve duygusal problemleri olan kişilere sosyal hizmet desteği sağlayarak hastalığın şiddetini azaltmak ve tıbbi bakımın etkililiğini artırmaktır. Ayrıca sosyal ve ekonomik zorluklar yaşayan hastanın ve ailesinin durumunu tespit ettiği kadar hastalığın verdiği psikolojik güçlükleri de ortaya çıkararak çözüm önerileri bulmaktır (Duyan, 2003: 39). Tedavinin etkili ve insancıl şartlarda sürmesi ve devam etmesi de tıbbi sosyal hizmetin diğer amaçlarındandır.

İnsanların yaşadıkları sorunları çözme ve sorunlarla başa çıkabilme becerilerini artırmak sosyal hizmetin amaçlarından biridir. Sosyal hizmet uzmanlarının insanları kaynaklara ulaştırma, hizmet ve destek alabilecekleri sistemlerle tanıştırma, değişen ve gelişen insan ihtiyaçlarını belirleyerek sosyal politikaları oluşturma ve geliştirme amacı vardır. Tıbbi sosyal hizmetin amacı ise hastanın tıbbi bakımı ve tedaviyi kabul etmesi, hastalık nedeniyle hasta ve ailesinin karşılaştıkları bu durumla baş etme güçlerinin

artırılması, kaygılarının giderilmesi, azaltılması ve hastaların hastalık ve içinde bulundukları koşullar nedeniyle karşılaştıkları sorunların çözülmesine yardımcı olmaktır (Lotfi, 2019: 24).

‘Sosyal hizmet, bireyde ve ailede akıl ve ruh sağlığı sorunları, kişisel ilişkiler, benlik duygusu, yaşam şansı, aile refahı, ekonomik güvenlik, istihdam ve barınma gibi sorunsallarla çalışmaktadır’ (AASW, 2008: 8).

Sosyal hizmet uygulamasının amacı, hasta ve ailesine yönelik psikososyal iyileştirme; birey, aile ve toplumsal düzeylerde refah seviyesini yükseltme; bireylerin hayatları üzerindeki gücü ve kontrolü artırma ve sosyal adalet ilkelerini geliştirmektir (Oral ve Tuncay, 2012: 94).

Tıbbi sosyal hizmet bireyle başlar, aileye ve hatta toplumun geneline yayılarak devam eder. Tıbbi sosyal hizmetin genel amacını

1. Halk sağlığını geliştirmek ve iyileştirmek,
2. Hastanın tıbbi bakım ve tedaviyi kabul etmesi ve bakımın etkili bir şekilde kullanılmasını kolaylaştırmak,
3. Sağlık sorunları nedeniyle hasta ve ailesinin yaşadığı stresi azaltmak,
4. Hastanın hastalığı ve içinde bulunduğu koşullar nedeniyle ortaya çıkan sorunlarını çözmektir (Anadolu Üniversitesi Yayınları (AUY, 2017).

Tıbbi sosyal hizmet alanında çalışan sosyal hizmet uzmanları, hastanın hastalığı ve tedavisi ile ilgili olabilecek güçlükleri anlamasına yardımcı olmak, hastanın yakınlarına güven duygusu vermek ve onların moralinin düzelmesine yardımcı olmak, hastanın ve ailesinin yararına toplum kaynaklarını harekete geçirmek amacıyla hizmet verirler. Tıbbi sosyal hizmet uzmanı sağlık kurumlarında insanların iyileşmesine yardımcı ekibin vazgeçilmez bir parçasıdır. İnsan sağlığı biyo-psiko-sosyal faktörleri içerdiğinden hastalığın tedavi edilmesi de çok boyutlu bir yaklaşımla gerçekleştirilmelidir. Tıbbi sosyal hizmet uzmanı, bireyi biyolojik, psikolojik, sosyal ve duygusal tüm yönleriyle ele alarak tam iyilik halini gerçekleştirmeye çalışmaktadır (Duyan, 2003: 39).

Hastaların fiziksel iyilik halinin artırılması, tedavide geçirdikleri süre içerisinde maksimum düzeyde yardım alarak temel yaşam koşullarının iyileştirilmesi, mental ve fiziksel hastalıklardan korunması, hastalık sonucu oluşan engel ve süregelen hastalığın verdiği olumsuz duygusal sosyal etkilerinin azaltılması, etik sorumluluğun yerleşmesi

ve geliştirilmesi tıbbi sosyal hizmetin bir diğer amaçları arasında sayılabilmektedir (Duyan, 1992,; Duyan, 1996; Aydemir, 2003; Zengin, 2011; Tuncay, 2013; Yavuz Erdal vd.2020).

Tıbbi sosyal hizmetin geneldeci yaklaşıma göre mikro, mezzo ve makro düzeyde uygulamaları vardır. Mikro düzeyde sosyal hizmet, müracaatçıların sosyal inceleme yoluyla gereksinimlerini belirleyerek hastalığın kabul ve tedavi sürecini kolaylaştırmaktır. Mezzo düzey ise aileler ve gruplarla çalışmayı gerektirmektedir. Bu düzeyde müracaatçının hastalıkla baş etme ve hastaneye uyum kapasitesi güçlendirilerek tedavinin etkinliği artırılmaktadır. Müracaatçının ailesi de psikososyal ve ekonomik yönden desteklenerek ortaya çıkan yeni durumla baş edebilmeleri sağlanmaktadır. Makro düzeyde toplumun veya ulusun sağlık hizmetlerinden etkin biçimde faydalanmasını sağlamak için sosyal politikalar ve sağlık politikaları oluşturmaktır (Zengin, 2011: 33).

1.1.5. Tıbbi Sosyal Hizmet Uzmanlarının Rolü ve Fonksiyonları

Tıbbi sosyal hizmet “kişi, grup, aile ve toplumun sağlık hizmetlerinden etkin bir biçimde yararlanmaları amacıyla sosyal hizmet uzmanlarınca yürütülecek ekonomik, sosyal, psikolojik ve eğitsel boyutlarda, destekleyici ve geliştirici hizmetlerin sosyal hizmet disiplini ve mesleğinin yöntem ve felsefesiyle birleştirilerek tıp ve koruyucu sağlık hizmetleri çerçevesinde verilen hizmetler bütünüdür” (Duyan, 2003: 39). Sosyal hizmetin dört yıllık lisans eğitimiyle elde edilen genel bilgi ve beceri kazanımları kullanılarak çalışılmaktadır. Sosyal hizmet uzmanı dört yıllık lisans eğitiminden sonra artık mesleğin profesyonellerinden biri olarak tanımlanabilir (Özbesler, 2013: 8).

Sosyal hizmet lisans bölümünde insan hakları ve sosyal hizmet, sağlık ve çevre, madde bağımlılığı ve sosyal hizmet, tıbbi ve psikiyatrik sosyal hizmet, psikolojiye giriş, sosyal hizmet kurum uygulamaları, süpervizyon, engellilerle ve yoksullarla sosyal hizmet dersleri temel kuramsal bilgi ve beceri gereksinimini karşılamaya dönük verilmektedir.

Tıbbi sosyal hizmet birey, ailesi ve çevresi üzerine odaklanan aile ve çocuk merkezli bir yaklaşım ve uygulamadır. Sağlık kurumlarında ağırlıklı olarak tıbbi tedaviler uygulanmakta bireyin psikososyal, kültürel ve manevi ihtiyaçları ikinci planda kalmaktadır. Tıbbi sosyal hizmet uzmanları sağlık kuruluşlarında tedavi gören hastalara

ve ailelerine bütüncül bir yaklaşımla müdahale etmektedir. ‘Çevresi içinde birey’ yaklaşımıyla taburculuk sonrasında bireyin yaşadığı sosyal ortama geri dönmesiyle oluşan fiziki, ekonomik ve duygusal sorunlarla ilgilenerak tedavinin devamlılığını sağlamaktadır. Örneğin, madde bağımlılığı gibi çevreden izole ortamda uzun süren tedavi sonrasında iyileşen hastanın tekrardan yaşadığı yere geri dönmesi bağımlılık davranışını tekrarlama riskini ortaya çıkarmaktadır. Tedavi sonrası iyileşme ve düzelme durumlarının devamlılığının sağlanması için bireye çeşitli destekler verilerek bireyin takip edilmesi gerekmektedir. Hastanın biyolojik, psikolojik, sosyal, kültürel ve manevi durumlara müdahalesi tıbbi sosyal hizmetin işlevselliğini göstermektedir. Tıbbi sosyal hizmet uzmanları ulustaki en büyük davranışsal sağlık uygulayıcıları grubudur (Silva ve Clark, 2005: 9).

Sosyal hizmet mesleği geniş bir uygulama alanına sahiptir. Sağlıkla ilgili çok çeşitli hastalığın olması tıbbi sosyal hizmet uzmanının bu konuda ek eğitime ihtiyacını ortaya çıkarmaktadır. Sosyal hizmet servisindeki mümkünse deneyimli ve yüksek lisans derecesine sahip olanlar birim sorumlusu olarak görevlendirilmektedir.

Tıbbi sosyal hizmet psikolojik ve sosyolojik desteğiyle hastanın yaşam kalitesinin yükseltilmesinde rol alan önemli mesleklerden biridir. Tıbbi sosyal hizmet uzmanları, sağlık kurum ve kuruluşlarında doktor, hemşire, psikolog, fizyoterapist, sağlık memuru ve diğer sağlık elemanlarıyla birlikte çalışırlar. Sosyal hizmet uzmanı, hasta, ailesi ve sağlık ekibi arasında köprü vazifesi gören bir profesyoneldir. Zor ve olumsuz çevre koşullarını (duygusal zorlanmalar, ihmal, baskı gibi) belirleyerek hastalığa neden olan duygusal ve sosyal sorunlar üzerinde çalışan tıbbi sosyal hizmet uzmanı sağlık alanında gerekli bir meslek elemanıdır (Özbesler, 2013: 10). Bu nedenle tıp alanında çalışan sosyal hizmet uzmanı, hastanın ve ailesinin hastalığa ve tedaviye uyumu açısından sağlık ekibi içerisinde yer alan önemli görevler üstlenmektedir.

Gelişen ve değişen sağlık bakım hizmetlerinde hastaneden topluma doğru genişleyen sağlık hizmeti, sosyal hizmet mesleğinin sağlık bakım alanındaki sorumluluklarını artırmıştır. Tedavi yöntemlerinin değişmesi, teknolojik gelişmeler, evde bakım ve tedavinin yaygınlaşması tıbbi sosyal hizmet uzmanlarının da gerekliliğini artırmaktadır (Işıksan, 2016: 98).

Çocukların yaşam kaliteleri temelde onların gereksinimlerinin karşılanıp karşılanmamasıyla yakından ilgilidir. Çocukların temel bakım gereksinimlerinin

karşlanması ailelerin ya da bakım veren kişilerin görevidir. Özellikle 0-12 aylık süreçte bebek tamamen bir başkasına bağımlı olarak yaşamını sürdürmektedir. Bu dönemde onun gereksinimlerinin karşılanması, sağlığının korunması, yeterli ve dengeli beslenmesi geleceği açısından büyük önem taşır (MEGEP, http://megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller/Bebek%20Bak%C4%B1m%C4%B1.pdf, E.T.: 10.01.2021).

Tıbbi sosyal hizmet uzmanları hastalara doğrudan ve dolaylı olarak hizmetler vermektedirler. Doğrudan hizmetler inceleme, planlama, hizmet sunumu ve değerlendirme, sonlandırma ve izlemedir. Dolaylı hizmetleri ise yöneticilik, eğiticilik ve araştırmacılıktır. Ankara ilindeki hastanelerde çalışan 97 sosyal çalışmacıyla yapılan araştırmada katılımcıların en çok danışmanlık rolü sırasıyla kaynak sağlayıcı, koordine edici, destekleyici ve eğitici rollerini uyguladıklarını belirtmişlerdir (Özbesler ve İçağasıoğlu Çoban, 2010).

Tıbbi sosyal hizmet uzmanları, hastanın hastalığı süresince hastayı ve ailesini değerlendirir. Bu değerlendirmeyi yaparken diğer sağlık çalışanları ve tedavi ekibiyle hasta ve ailesi hakkında bilgi alır, öneri ve değerlendirmelerini tedavi ekibiyle paylaşır. İyileşme sürecinde hastayı doğrudan ve dolaylı olarak etkileyen durumlarda mesleki bilgi ve becerileriyle müdahale ederek, kolaylaştırıcı rolünü üstlenir.

Tıbbi sosyal hizmet uzmanları, genelde sağlık kuruluşlarındaki sosyal hizmet birimlerinde çalışmaktadırlar. Tıbbi sosyal hizmet uzmanlarının görev aldığı sağlık kuruluşundaki tüm servisleri dolaşarak sosyal hizmetin etkinliğini artırmak için daha çok hastaya ulaşmaları gerekmektedir. Uzmanlar sadece sosyal hizmet birimine başvuru yapan hastalara/müracaatçılara değil yatarak veya ayakta tedavi gören tüm hasta ve hasta yakınlarına ulaşmaya çalışmaktadırlar.

Tıbbi sosyal hizmet uzmanları, müracaatçıların içinde bulunduğu ortamları ve hastalığı bütüncül bir yaklaşımla değerlendirmektedir. Uzmanlar psikososyal değerlendirmeler yaparak müracaatçıyı yaşadığı ortamda gözlemlemektedirler. Böylece mesleğin uygulamaya yönelik faaliyetini yerine getirmektedirler. Ayrıca incelemelerin kayıt altına alınması gerekliliği de bulunmaktadır. Bu kayıtlar, kurumun mesleki uygulamaya yön veren hizmet ve politikalarının değerlendirilmesi ve sürekli gelişim sağlanması açısından uzmanın kararına veya tercihine bırakılmadan yararlı ve zorunlu olarak kabul edilmektedir (Hasgül, 2017: 110).

Sosyal hizmet uzmanlarının, hastaların önleyici, tedavi edici ve rehabilite edici hizmet ihtiyaçlarını ele almak için bir ekibin üyesi olarak çalışması gerekmektedir (Berkman, 1996: 541). Ekip çalışması çerçevesinde uzmanlar, hastaların hastaneye girdikten sonra servise yatış ve taburcu işlemlerine kadar geçen süreçte çeşitli rol ve görevler üstlenirler. Taburculuk işlemleri sonrasında da izleme süreçlerinde karşılaştıkları ve karşılaşılabilecekleri sorunların çözümünde rol almaya devam etmektedirler (Zengin, 2011: 34).

1.1.6. Perinatal Sosyal Hizmet

Perinatal Sosyal Hizmet (PSH), ilk olarak 1974'te düzenlenen Anne ve Çocuk Sağlığı Hizmetleri çalıştayının sonucunda sosyal hizmetin bu alanda gerekliliği ve hizmet sunumunun varlığı tespit edilmiştir. Sosyal hizmetin perinatal sağlık hizmetindeki rolünü teşvik etmek, genişletmek ve güçlendirmek amacıyla 1980 yılında Ulusal Perinatal Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği (NAPSW) kurulmuş, Washington D.C.'deki Dördüncü Ulusal Perinatal Sosyal Hizmet Konferansı'nda derneğin resmi olarak açılışı yapılmıştır. NAPSW, bireylerin, ailelerin ve toplulukların hamilelik öncesinden bebeğin yaşamının ilk yılına kadar geçen süreçte ortaya çıkan psikososyal sorunları cevaplamalarına yardımcı olmaktadır. PSH, sosyal hizmet uzmanları için doğrudan uygulama, araştırma ve eğitimde genişleyen fırsatlar ve sorumluluklar ile yeni bir uygulama alanıdır (Walther, 2008: 35). NAPSW, sosyal hizmet uzmanlarının perinatal sağlık ekibindeki vazgeçilmez rolünü netleştirmek için çalışır. NAPSW, PSH uzmanlarının benzersiz uzmanlığını destekler ve bu seçkin profesyoneller grubu arasındaki iletişimi kolaylaştırır. Vizyonu, bebekler ve aileleri için sağlıklı sonuçları en üst düzeye çıkarmak için perinatal sosyal hizmette mükemmelliği teşvik etmek ve desteklemektir. Misyonu ise bir bilgi tabanını paylaşan ve doğum sırasında ailelerin yararına pratikte mükemmellik için çabalayan bir perinatal sosyal hizmet uzmanları topluluğudur.

Perinatal sosyal hizmet uzmanları, gebelik öncesinden çocuğun ilk yılına kadar olan dönemde ortaya çıkan psikososyal sorunlara yanıt vermede bireylere, ailelere ve topluluklara yardımcı olmaktadır (NAPSW, 2016). Perinatal sosyal hizmet, ailelere destek, danışmanlık, vaka yönetimi, savunuculuk, rehberlik ve kaynak sağlamaktadır. Perinatal sosyal hizmetin amacı, her çocuğun ve her ailenin doğru, etkili ve şefkatli

bakım ile desteklenmesini sağlamaktır. Başta hastaneler olmak üzere erken müdahale programlarında, doğum öncesi ilaç bırakma programlarında, doğum öncesi teşhis kliniklerinde, koruyucu ailede, ebeveynlik eğitiminde ve diğer birçok ortamda çalışabilmektedirler (NAPSW, 2016). Bu uzmanlık alanı Türkiye’de aktif olmamasına rağmen gerekliliği karşımızdadır. Perinatal sosyal hizmet kavramının Türkiye’de kazanılmasına kadar tıbbi sosyal hizmet uzmanlarının bu alana destek verebileceği düşünülmektedir.

Tıbbi koşullar ve ailenin sosyo-ekonomik yetersizlikleri gibi olumsuz koşullar gebelik sürecini zorlayabilmekte ve gebenin doğumunu ve çocuğun sağlığını tehlikeye sokabilmektedir. Perinatal sosyal hizmet uzmanları, tıbbi zorlukların üstesinden gelirken, gebeler ve yeni doğanların sağlığını korumaya yönelik bir dizi işlemleri planlayıp yöneterek kadınları ve aileleri desteklemektedirler. Gebelik döneminde anne adayları depresyon, bipolar bozukluklar, anksiyete, panik, obsesif kompulsif, doğuma bağlı travma sonrası stres ve psikoz duyguları yaşayabilir. Perinatal sosyal hizmet uzmanları anneyi ve aileyi yaşanacak zorlukların üstesinden gelmek için güçlü yönlerini keşfetmeye yönelik çalışmaktadır (Erkoç ve Aslan, 2021).

Perinatal sosyal hizmet uzmanları aşağıdakilere müdahale etmektedir:

1. Çocuk sahibi olmaya yaklaştıkça ebeveyn olmanın güçlü yönlerini ve zorluklarını değerlendirmek için kadınlar ve ailelerle birlikte çalışır,
2. Doğrudan kadın ve aile ile çalışarak psikososyal ve tıbbi zorlukların etkilerini iyileştirirken aynı zamanda gerektiğinde uzun vadeli destekleyici hizmetlere erişmelerine yardımcı olur,
3. Sağlıklı ve faydalı ebeveyn-çocuk ilişkileri oluşturmaya yardımcı olur,
4. Sağlık hizmeti ortamında ve toplumda kadın ve ailesi için savunuculuk yapar.

DSÖ'nün tavsiyelerinin birincil amacı, tüm kadınlar ve yeni doğanlar için kaliteli doğum sonrası bakımın sağlanmasını ve alınmasını iyileştirmek için etkili müdahalelerin sürdürülebilir şekilde uygulanmasını sağlamasına yönelik ihtiyaç duyulan stratejik politika ve program geliştirme için bir temel sağlamaktır. Ulusal ve yerel protokoller ve sağlık politikaları geliştirmekten sorumlu sağlık çalışanları ve politika yapımcılar bu önerilerin ana hedef kitlesini oluşturmaktadır (DSÖ, 2021).

Perinatal sosyal hizmet kavramı, Türkiye’de ilk kez bu çalışmayla alana kazandırılmıştır. Tıbbi sosyal hizmetin altında yer alan PSH ile ilgili uluslar arası çalışmalar bulunmaktadır.

Tıbbi sosyal hizmet yaygın olarak, hastanelerde müracaatçıların hastalığı sürecinde hastalıkla ilgili hastaya ve çevresine psikososyal destek sağlarken (Özbesler,2010: 38) PSH, gebelik ve doğum sonun dönemde obstetrik ortamlarda kadın ve çocuğa yönelik hizmet sunumunu gerçekleştirmektedir. Açıklamak gerekirse; ‘Pediatrik bakımevleri, evlat edinme kurumları (doğum anneleri ve/veya evlat edinen ebeveynlerle), erken müdahale programları, doğum öncesi ilaç bırakma programları, doğum öncesi tanı klinikleri, koruyucu aileler, ebeveynlik eğitimi, etik merkezleri, özel muayenehaneler ve antepartum ünitesi, acil servisler, fetal teşhis ve tedavi merkezleri, genetik bölümü, doğum üniteleri, kısırlık klinikleri-merkezleri, nefroloji, yenidoğan yoğun bakım ünitesi, yeni doğan kreşleri, kadın doğum klinikleri, onkoloji, palyatif bakım, pediatrik ileri bakım, pediatrik yoğun bakım üniteleri, pediatri ofisleri, perinatal değerlendirme merkezleri, psikiyatrik/ruh sağlığı, özel ayakta tedavi uygulamaları (örn. astım, özel immünoloji, oftalmoloji vb.), cerrahi, nakil servisleri gibi birçok hizmet alanda hizmet sunmaktadır (Erkoç ve Aslan,2021). Türkiye’de tıbbi sosyal hizmet uzmanları hastanelerin bazı bölümlerinde görev almakta, sayıları istendik düzeyde olmamakla birlikte yoğun iş yükleri bulunmakta; ayrıca görev tanımlarının belirlenmesine rağmen hastanelerde farklı iş yüklemeleri yapıldığı bilinmektedir. Tıbbi sosyal hizmetin mevcut durumu böyle iken perinatal sosyal hizmetin Türkiye’de yer almasının uzun bir zaman alacağı düşünülmektedir. Sağlık kurum ve kuruluşlarındaki durum böyle iken perinatal sosyal hizmetin alanını çalışmak isteyen profesyonellerin ise önünde yasal bir engel bulunmamaktadır. Genel olarak insanın olduğu her yerde sosyal hizmet vardır.

Ulusal Perinatal Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği bu yıl 46.sı gerçekleştirecek olan konuyla ilgili çalışma yapan araştırmacılara yönelik kongre düzenlemektedir. Sosyal hizmet uzmanlarının profesyonel büyümesini ve gelişmesini kolaylaştırmak için tasarlanmış yeni bir program ‘Perinatal Ortak Programı’ oluşturulmuştur.

1.1.6.1. NAPSWS Perinatal Ortak Programı

NAPSWS Perinatal Ortak Programı, PSH uzmanlarının profesyonel büyümesini ve gelişmesini kolaylaştırmak için tasarlanmış yeni bir programdır (NAPSWS, 2016). NAPSWS üyelerinden konuya ilgi duyanlara destek, teşvik ve rehberlik sağlayan ilişkiler olması amaçlanmaktadır. Program, Temel Bakım İşbirlikçisi (Caring Essential Collaborative), Ulusal Perinatal Derneği, (National Perinatal Association) ve Sağlıkta Sosyal Hizmet Liderliği Derneği (Society for Social Work Leadership in Health Care) kuruluşlarıyla bilgi ve kaynak paylaşımı için ortaklık yürütmektedir.

1.1.6.2. Perinatal Sosyal Hizmette Etik, İlkeler ve Savunuculuk

Çocuğun dünyaya gelmesiyle birlikte bakımı, eğitimi ve özel ilgiye olan ihtiyaçları ailenin günlük yaşamının güçlüklerini daha da arttırabilmekte, bu çocuğu özel gereksinimli olarak doğan ve annenin hastalığı bu süreci daha da olumsuz etkilemektedir (Özbesler, 2008). PSH, ailenin önemine ve her bireyin benzersizliğine ve değerine ilişkin temel bir inanca dayanmaktadır.

PSHU, Perinatal Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği yayınladığı etik kurallarda meslektaşları ve aileleri ile dürüstçe anlaşmak için yüksek bir kişisel davranış standardı sağlamaya çalışmalıdırlar (NAPSWS,2016). NASPW'ye göre, müracaatçıların çıkarlarını ve haklarını koruyarak, herhangi bir bireyin medeni haklarını ihlal eden veya azaltan herhangi bir faaliyette bulunmamalıdırlar. PSHU, mahremiyete saygı duyan yaklaşımı benimsemelidir. PSHU, elde ettiği bilgileri gizli tutmalı yalnız ihmal-istismar ve yasa dışılık durumların da ikilem yaşamadan mesleki ve yasal nedenlerle bilgi paylaşımı ve başvuru yapma zorunluluğu devam ettiğini unutmamalıdırlar. PSHU, ayrımcı veya aşağılayıcı uygulamaların ortadan kaldırılmasında ailelerin savunucusu olarak hizmet etmelidirler. Bireyin medeni haklarını ihlal eden veya azaltan herhangi bir faaliyette bulunmamalıdırlar.

'Tıpta Perinatal Sosyal Çalışanlar İçin Eğitim Hedefleri (Tennessee Perinatal Care Sistem)' (2019) İsimli kitabın yedinci baskısında PSH temel bilgi alanlarında 'normal ve yüksek riskli gebelik doğumuna ve ebeveynliğe katkıda bulunan kültürel, dini davranışsal sosyal faktörler'e ilişkin bilgi sahibi olunması gerektiğinden bahsetmektedir. Bu araştırmada dini, kültürel ve sosyal faktörlerin oluşturduğu geleneğe

yönelik bir konuyu incelemektedir. Sosyal hizmet mesleği, insan-çevre oryantasyonu ile hizmetlerinde bu açığı kapatmak için güçlü bir konumdadır (Freeman, 1989).

Aileye hizmet sunmayı birincil amacı olarak gören perinatal sosyal hizmet uzmanları, müracaatçıların kendi kaderini tayinini geliştiren faaliyetlerde bulunmak ve ailenin maksimum düzeyde işlevsellik kazanmasına yardımcı olmaktadır.

PSH uzmanlarının, yeni ortaya çıkan bilgileri yakından takip etmesi ve uygulaması kabul edilmiş bilgilere dayandırması gerekmektedir. Müracaatçıların ihtiyaç duyduğu tüm destek ve yardım sağlanmalıdır.

1.2. TIBBİ SOSYAL HİZMETE DAİR KURAMSAL ÇERÇEVE

Tarihsel olarak sosyal hizmet, güncel bilgileri birleştiren ve uygulayıcıların bu bilgiyi açık ve güvenli bir şekilde kullanmalarını sağlayan uygulama modelleri geliştirmiştir. 20. yüzyılın başlarında sosyal hizmet uzmanları, psikodinamik teori tarafından bilgilendirilen, bilinçdışı ve iç psikolojik dünyamızın diğer yönlerinin doğası hakkındaki yeni anlayışlarla zenginleştirilmiş ve güçlendirilmiş vaka yöntemlerini benimsemiştir (Keenan ve Kameran, 2000). Sosyal hizmet uzmanlarının ihtiyaç duyduğu kavramsal modeller onların tutarlı ve erişilebilir planlama, uygulama ve değerlendirme yapmalarına olanak sunmaktadır.

1.2.1. Güçlendirme Yaklaşımı

Çağdaş sosyal hizmet uygulamaları, birey ve aileden başlayarak toplumsal refahı savunmak ve sağlamak için tümevarımcı bir yaklaşımla uygulamaları harekete geçirmektedir. Toplumun çekirdeği olan ailenin dolayısıyla toplumun güçlü ve dinamik olmasını sağlamaktadır (Danış ve Sülü, 2016: 221). Bireyler sorunlarına ve kusurlarına değil değişimi yaratmak için sahip oldukları gücü bulmaya yönlendirilmelidir (Murat, 2001: 216).

Güçlendirme yaklaşımının odağı, müracaatçıların uygulamaya aktif katılımını sağlayarak sorunların çözümüne katkı sağlamasını ve güçlü yönlerini keşfetmesini sağlamaktır. Güç kişisel bir özellik ya da çevresel bir niteliktir. Güçlendirme yaklaşımında, müracaatçının gelişimini destekleme ve çözümleri harekete geçirme

yetisini kazandırmaktadır. Merak, fırsatlar, tutku, bilgi ve tecrübe, iletişim, empati ve eğitim sahip olunan güçlere örnek olarak verilebilmektedir (Kırlioğlu, 2019: 2248).

Güçler yaklaşımı müracaatçıya değer veren bir uygulamadır. Müracaatçıyla birlikte hareket ederek işbirliği içerisinde müracaatçının temel değerlerini oluşturmaya çalışmaktadır.

Güçlendirme yaklaşımıyla müdahale edilen müracaatçılar, kendilerini eksik, yetersiz, başarısız, reddedilen ve sorunları tarafından kuşatılmış olarak hisseden kişilerdir. Güçlendirme yaklaşımları müracaatçıya kendilerinin değerli ve önemli hissetmelerini sağlama çabalarıyla ortaya koydukları değişimi fark ederek başarının tadını almaya başlarlar. Güçler yaklaşımıyla sadece birey değil bireylerden oluşan toplumda güçlenerek gücün tüm topluma yayılması sağlanmaktadır (Tuncay, 2006: 53).

Güçlendirme yaklaşımında bireyin, grubun ve toplumun güçlerinin olduğu, bireyin başına gelen yaşanan olumsuzlukların ve zorlukların incitici olduğu ama aynı zamanda bunların üstesinden gelinebilir durumlar olduğu ilkesine dayanmaktadır. Zorlukların ve sorunların üstesinden gelmek için müracaatçılarla birlikte hareket etmesi gerekmektedir. Müracaatçı bu yaklaşımla kendi üst sınırlarıyla tanışarak tüm çevrenin ve sistemin kendisine kaynaklar olduğu görüşünü kazanmaktadır. Bunlar aynı zamanda güçler yaklaşımının ilkelerini oluşturmaktadır (Erbay, 2019: 48).

Güçlendirme yaklaşımını uygulayan sosyal çalışmacı müracaatçının etiketlemesini önleyerek, bireyin başarısızlığa iten önyargı ve sabit görüşlerini kaldırarak yapabilme gücüyle tanışmasını sağlayacak zihinsel yapıyı kazandırmaya hazırlamaktır. Sosyal çalışmacı bunu yaparken müracaatçının güçlerine, becerilerine ve amaçlarına saygı duyması gerekmektedir. Sorunlarla baş etme veya ortadan kaldırmada yani kendi kaderlerini tayin etmelerinde müracaatçıya öncelik verilme zorunluluk olmaktadır. Toplumun çeşitli kaynaklarının olduğu fikrinin kazandırılması da sosyal çalışmacının güçlendirme yaklaşımındaki görevlerinden biridir (Yelboya, Bayır Aslan, 2020: 43).

1.2.2. Tıbbi Sosyal Hizmet Modelleri

Bu bölümde tıbbi sosyal hizmetin biopsikososyal model, sağlık inanç modeli, sosyal model ve medikal model açıklanmaya çalışılmıştır.

1.2.2.1. Biopsikososyal Model

Dr. George Engel 1977'de, davranışların, düşüncelerin ve duyguların bir kişinin fiziksel durumunu etkileyebileceğini öne sürerek biopsikososyal sağlık ve hastalık modelini önermektedir. Biopsikososyal model biyolojik, psikolojik ve sosyal süreçleri ve bunların etkileşimlerini birbirine bağlamaya çalışır. Sağlığı değerlendirirken psikolojik ve sosyal faktörlerin dikkate alınması gerektiğini çünkü bu faktörlerin biyolojik işleyişi etkilediğini savunmaktadır.

Biopsikososyal modelin amacı, sadece hastalığa neden olan yaklaşımları geliştirmek değil, aynı zamanda tıbbi modelin sahip olduğu sağlığı ve hastalığı değerlendirmenin ve tedavi etmenin uygun yolunun geleneksel bilgeliğini de değiştirmektir (Lehman, David ve Gruber, 2017: 1).

1.2.2.2. Sağlık İnanç Modeli

Sağlık İnanç Modeli, 1950'lerin başında ABD Halk Sağlığı Hizmetindeki sosyal bilimciler tarafından, insanların hastalığın erken teşhisi için hastalık önleme stratejileri veya tarama testlerini benimsemedeki başarısızlıklarını anlamak için geliştirilmiştir. Sağlık İnanç Modeli, sağlığı koruyan ve geliştiren davranışların yanı sıra pek çok sağlık probleminde hastanın tedaviye uyumunu neyin motive ettiğini ya da engellediğini açıklamada ve ölçmede etkin bir rehberdir (Gözüm ve Çapık, 2014: 230).

Sağlık inanç modeli, hastaların tedavisinde motivasyonu ve engelleri tespit ederek tedavi sürecini ve uyumunu ölçmeye ve açıklamaya yarayan bir rehberdir. Müracaatçıların inanç, değer ve tutumlarını değerlendirerek sağlığa ilişkin daha doğru ve etkili müdahaleler yapılabilmektedir. Bu modelde, davranışların altında yatan nedenler bulunarak daha uygun tedavi yöntemleri bulunabilmektedir (Tuncay, Demirhan ve Kaplan, 2019: 38; Gözüm ve Çapık, 2014: 230).

1.2.2.3. Sosyal Model

Sosyal model, sosyal hizmetin genel bütüncül yaklaşımı ile uyumludur. Sosyal model, hizmet müracaatçı merkezlidir ve kişiye, herkesin sorunlarının bir sonraki kişiden farklı olduğunu fark eden benzersiz bir birey olarak davranır. Sosyal model, müracaatçının kendi durumunun üstesinden gelme ve sorumluluk alma yetkisi

vermektedir. Sosyal hizmet uzmanı kişiyi savunmak ve dinlemek ve kişiye yolculukları boyunca yardımcı olmaya çalışmak için orada bulunmaktadır. Müracaatçının düşüncelerini, duygularını, kaygılarını, varsayımlarını ve inançlarını tartışma fırsatı bulduğu için konuşma terapileri büyük başarılarla sahip olabilmektedir (Margolin ve Margolin, 2002: 27, UKE, 2018).

1.2.2.4. Medikal Model

Sosyal hizmetin kullandığı diğer bir modelde medikal modeldir. Medikal model 1950 yıllarda Parsons tarafından geliştirilmiştir. Medikal model, hastalığın tıbbi muayeneler, testler veya bir dizi belirti tanımlaması gibi standart kabul edilmiş prosedürlere uygun olarak sistematik bir gözlem, açıklama ve farklılaştırma süreci yoluyla tespit edilip tanımlandığını öne süren bir sağlık modelidir.

Modelin üç ana eleştirisi bulunmaktadır. İlki sağlıkta yanlış ikicilik fikrini destekleyerek biyolojik ve psikolojik sorunları ayrı ayrı ele almaktadır. İkincisi bireyin yeteneklerinden ve güçlü yanlarından ziyade engelliliğe ve sakatlığa yani kişiyi etiketlemeye çok fazla odaklanmaktadır. Üçüncüsü hastayı güçlendirmekten ziyade tıpta paternalizmi teşvik etmektedir (Şahin, 2002: 72; Beresford, 2005: 68). Medikal model sosyal bilimlerin sosyal hizmet mesleğinde kullanıldığı gibi, psikoloji ve eğitim mesleklerinde de kullanılmaktadır.

1.3. KANITA DAYALI UYGULAMA

Türk Dil Kurumu (TDK)' ya göre kanıt, 'Bir şeyin doğruluğu, gerçekliği konusunda kanaat verici belge, delil, iz, argüman; tümdengelimci bir dizgede bir sav ya da çıkarımın doğruluğunu belgeleyen öncüller ya da önsayıtlar'dır (TDK, <https://sozluk.gov.tr/>, E.T.: 10/12/2021). Kanıta Dayalı Uygulama (KDU)'da ise kanıt, bilimsel bir yöntemle veya bir araştırma sonucunda elde edilen bilgidir.

Kanıta dayalı uygulamada, tedavi ve bakım için var olan güncel yayınlardaki en iyi kanıtlardan istifade edilerek, hastaların sağlıklarına kavuşması ve hizmetin en doğru şekilde planlanması ve uygulanması amaçlanmaktadır (Babaoğlu vd. 2009: 1298).

Kanıta dayalı uygulamalar bilgi ve karar verme arasındaki bağı güçlendirerek tanı, tedavi ve bakım sürecini bilimselleştirmektedir. Kanıta dayalı sağlık bakımı ise, bakım ortamlarında hastalara en iyi bakımı sunabilmek için uygun kaynakları, hasta

tercihlerini, uzman görüşünü ve bilimsel araştırmalardan elde edilen kanıtları bir araya getirme olarak tanımlanmaktadır (Öztürk Çopur vd. 2015: 51). Kanıta dayalı uygulama etkin, etkili ve doğru olmalı, en kesin metodoloji kullanılmalı ve sürekli güncellenmelidir (Topuz ve Özkan, 2017). KDU, geleneksel tıp uygulamalarının yerine geçmektedir. Hastalığın iyileşme sürecinde doğru ve güncel tedavilerden elde edilen araştırma sonuçlarıyla daha doğru ve etkin bir hizmet sunmayı sağlamaktadır.

1.3.1. Kanıta Dayalı Uygulamanın Tarihsel Süreci

Kanıta dayalı uygulamaların geçmişi yaklaşık olarak 50 yıl öncesine kadar dayanmaktadır. KDU, İngiliz hekim ve epidemiyolog Archie Cochrane'ın, 1970 yılında sağlık bakım kararlarının kanıta dayalı olması gerektiği görüşünden yola çıkarak KDU tartışmalarını başlatmıştır (Khalaf ve Cohen, 2013: 199).

KDU, 1980lerde Kanada McMaster Üniversitesi'nde benimsendiği bilinmektedir. KDU'ya yönelik 1993'te İngiltere Oxford'da Cochrane Kütüphanesi kurulmuştur (Shah ve Chung, 2009: 982). Bu kütüphanede sistematik derlemelere ve güncel bilimsel araştırma sonuçlarına yer verilmektedir (Hoppe ve Bhandari, 2008: 104). Bunun sonucunda tüm sağlık çalışanları kesintisiz çevrimiçi kanıta dayalı çalışmalara ulaşabilmektedirler. 20 Ekim 2020'den itibaren her yıl Dünya Kanıta Dayalı Sağlık Hizmetleri (DKDSH) günü olarak kutlanmaktadır (DKDSH, <https://worldebhcd.org/>, E.T.: 10/12/2021). Dünya Kanıta Dayalı Sağlık Hizmetleri sağlık bakım sonuçlarını global düzeyde iyileştirmek, tanı-teşhis ve tedavi sürecinde sağlık politikalarını etkilemek amacıyla en etkili kanıta olan ihtiyacın farkındalığına dikkat çekmek amacıyla küresel bir girişim olarak düzenlenmektedir (DKDSH, <https://worldebhcd.org/about-world-ebhc-day>, E:T.: 10/12/2021). KDSH'in gayesi hastalara en doğru ve iyi bakımı sunabilmek için, hastaların beklentilerini, kaynaklar, hekim görüşü ve bilimsel sonuçlardan elde edilen kanıtlarla bir arada buluşturmaktır (Öztürk Çopur vd. 2015: 51).

1.3.2. Kanıta Dayalı Uygulamanın Önemi

KDU, teori ile uygulama arasındaki açığı kapatmaktadır. Hasta bakımında hastaların bilgi taleplerinin artması, tıbbi hata oranlarının artması, sağlık profesyonellerine olan güvenin azalması, (Seren Intepeler ve Engin, 2012:131),

birbirinden farklı tıp uygulamaları, hasta ve tedavi karmaşıklığı, artan maliyetler, daha ekonomik tedaviye ulaşma isteği (Topuz ve Özkan 2017: 15), bilgi teknolojisinin patlaması, artan risk duygusu, ekonomi ve etkililik gibi nedenler bu modelin önemini artırmaktadır. KDU, ‘Bilgi ve karar verme arasındaki bağı güçlendirdiğinden tanı, tedavi ve bakım sürecini bilimselleştirmekte ve profesyonelleştirmektedir’ (Kara ve Babadağ, 2003).

Kanıt dayalı uygulamanın beş basamaktan oluşan bir süreç olduğu bilinmektedir.

Bu süreç:

1. Problemin belirlenmesi/probleme dönüştürülmesi: En iyi kanıt bu problemlere yanıt vermeye odaklanmayla ortaya çıkacağını bilmek.
2. Problemin çözülmesi için en önemli ve iyi kanıtın belirlenmesi: Problemlerin çözümünde kullanılan çözümleri tespit etmek.
3. Bulunan kanıtın doğrulanması: En geçerli, doğru ve uygulanabilir kanıt olup olmadığını eleştirel olarak değerlendirmek.
4. Kanıtın probleme uygulanması: Uzman, kaynaklar ve hasta açısından değerlendirilmesi ve hayata geçirmek.
5. Sonucun değerlendirilmesi: Çözümdeki başarıyı değerlendirmek, kanıtı teyit etmek, yeni kanıt oluşturmak (Sackett ve Straus, 1998: 1336; Simpson, 1996: 22).

1.3.3. Kanıt Dayalı Uygulama ve Sosyal Hizmet

KDU, tıp alanındaki gelişmelerden sonra eğitim, politika, sosyal refah, vb. gibi birçok bilim dallarını ve uygulama alanlarını etkilemektedir (Topuz ve Özkan, 2017). Sosyal hizmet alanındaki ilk KDU, İngiltere’de 1892 yılında Charles Booth tarafından ‘Life And Labour Of The People Of London’ (İnsanların Emeği ve Hayatı) isimli araştırmada görülmektedir (Çay, 2020: 15). Tıp alanında hasta ile tanımlanan hedef grup sosyal hizmet alanında müracaatçı olarak ifade edilmektedir. Sosyal hizmet uygulamalı bir bilimdir. Teori ve uygulama birbirini destekler ve tamamlar niteliktedir. Sosyal hizmet bilimsel bilgiyi hem teoriden hem de uygulamadan üretmektedir. Kuram-uygulama bütünlüğü, gelişme ve değişimin izlenmesi ve güncel bilgilerin takibi sosyal hizmet mesleği için zorunluluktur (Buz ve Akçay, 2015: 149). İnsan hakları ve sosyal

adalet ilkelerini temel alan ve kırılgan grupların savunucusu, sistematik ve bilimsel bilgiyi kullanan mesleğin, KDU kullanan sosyal hizmette yer bulması tesadüfi değildir.

Sosyal hizmette KDU, müracaatçıların psikolojik, sosyal, ekonomik, vb. gibi kısaca güçlendirmek istenilen alanda ampirik (gözlem ya da deney) olarak desteklenen değerlendirme ve müdahale yöntemleriyle planlı bir biçimde izleme ve değerlendirme seçeneklerinin kullanımınıdır (Topuz, 2020: 16). Sosyal hizmet mesleğinde sosyal sorunlar hakkında bilgi toplamak, sorunların nedenleri altında yatan sebepleri incelemek ve çözüm odağında gerek ihtiyaç duyulan iyileştirici politikalarla sistem kurmada gerekse kişinin kendi kaderini tayin etmesindeki düşünce ve yaşam koşullarının incelenmesinde oldukça önemli bir yet tutmaktadır (Tuncay, 2016: 17).

Kanıtı Dayalı Uygulama bir süreçtir. Hem bir meslek hem bir bilim dalı olan sosyal hizmet alanında sistematik bilgilerden elde edilen bilgiler tedavi ve hizmet sürecinde çok önemlidir. Sosyal çalışmacı, en etkili yöntem ve müdahaleyi sunabilmek için sahada daha önce yapılmış çalışmalardan elde edilen bilgilerden yola çıkarak, müracaatçıların tercihleri ve içinde yaşadığı kültürleriyle bir arada buluşturur. Sosyal çalışmacı ve müracaatçı birlikte hareket etmek durumundadır. Sosyal çalışmacı kimin, niçin ve hangi durumlarda hangi işe yaradığını bilmekle yükümlüdür. Ancak böyle bir durumda etkili sonuçlar elde edilebilecektir. Dolayısıyla mikro ve mezzo düzeyde yapılan çalışmaların sonuçları alandan gelen bilgileri içerdiğinden oldukça önemli ve yol gösterici olacaktır. Başarısı ispatlanmış sonuçlar en iyi kanıtları oluşturmaktadır. Bu kanıtlar birçok kişiye ve gruplara yarar sağlayacaktır.

KDU'nun sosyal hizmet mesleği uygulamalarında araştırmalardan ve teorilerden, mesleğin ve diğer profesyonellerin alanda elde ettiği bilgilerden, kişisel deneyimlerden ve müracaatçılardan elde ettikleri bilgiler olmak üzere dört önemli noktada katkısı olduğu belirtilmiştir (Gilgun, 2007: 52).

Sosyal hizmet uygulayıcılarının, KDU'ya karşı olumlu tutum ve kararları olmasına rağmen, bilgi, uyum eksikliği, araştırma erişilebilirliği ve karar vermede kanıtın rolüne ilişkin yanlış algılamalar ve şüphe KDU'ya engel olarak sayılabilmektedir (Scurlock-Evans ve Upton, 2015: 369).

Karar alma sürecinde sosyal hizmet uygulayıcılarının, etkin bir araştırma için müracaatçı görüşlerinden, deneyimlerinden ve memnuniyet anketlerinden yararlanarak şeffaflık konusunda açık ve belirgin olması gerektiği düşünülmektedir. Sosyal hizmet

mesleği profesyonellerinin, müracaatçı değerler sistemleri ile uyumlu kanıtlar kullanmalarının önemli olduğu düşünülmektedir. Sosyal hizmette en iyi kanıt, müracaatçı değerleriyle mesleğin profesyonelliğinin ve uzmanlığının bütünleşmesiyle oluştuğu bilinmektedir. Kanıta dayalı uygulama ile mesleğin sunduğu hizmetin başarı olasılığının artacağı düşünülmektedir. Bu konuda bilgilerin güncellenmesi ve son araştırma sonuçlarının takip edilmesi gözden kaçırılmaması da bir diğer detaydır. İnsanlık hem çevreden etkilenmekte ve hem de çevreyi etkilemektedir. Bireylerin tercihleri, karar verme yapıları ve yaşam biçimleri değişiklik göstermektedir. Çevresi içindeki bireyin doğasında var olan değişim olgusu bu sürecin olmazsa olmaz bir parçasıdır. Mesleğin kendisi müracaatçılarına hizmet sunarken var olan bilgiyi kullanmakta, sınamakta ve bilgiyi tekrar üretmektedir. KDU’da, müracaatçılar kanıtın ortaya çıkmasında önemli rol oynarlar. Bunun bir diğer ayağı ise mesleğin profesyonelleridir. Çünkü müracaatçıların gereksinimleri ve üstesinden gelmeye çalıştıkları zorluklar kısaca deneyimler ve bunlara sosyal çalışmacının önerdiği çözümler, verilen kararlar ve sonuçlar sosyal hizmetin kanıtlarıdır. Dolayısıyla tüm araştırma sonuçları aslında bireysel farklılıkları göz önüne sermekte ve sosyal çalışmacının bilimsel süreci yönetimindeki değişimi göz önüne sergilemektedir.

Müracaatçıların, toplumun değerleri, örf-adet, kültür ve inanışları farklılık gösterebilmektedirler. Sosyal hizmet mesleğinin evrensel etik kuralları ve değerleri, özelde bireyle genelde ise toplumla çalışırken bireylerin kendisi için en iyi ve en uygun olanı seçme yani kendi kaderini tayin etme (Self-determination) hakkına saygı duymalıdır.

1.4. ÇOCUK HAKLARI TEMELİNDE ÇOCUK SAĞLIĞI

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), yaşlılar, engelliler, kadınlar ve çocukları kırılgan, incinebilir grup olarak tanımlamaktadır. İnsan haklarının var olduğu günden bugüne doğan çocuk hakları dünyadaki tüm çocukların insan olmaktan kaynaklanan haklarından faydalanabilmesi için ortamların ve fırsatların oluşturulması temeline dayanmaktadır. Çocuk haklarının korunmasına dair uluslararası ilk adım 1924 yılında kabul edilen Çocuk Hakları Cenevre Bildirisi’dir. 1963’de Türk Çocuk Hakları Bildirisi, Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Bildirisi’nin esasına dayanarak hazırlanmıştır. 1989 yılında Birleşmiş Milletler Genel Kurulu’nca sosyo-kültürel haklar dahil en geniş haklara sahip,

günümüzde en yaygın katılım sağlanan Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi imzalanarak 1990 yılında yürürlüğe girmiştir.

Çocuk hakları sözleşmesi çocuğun yüksek yararı gözetilerek, yaşam, eğitim, korunma gibi haklarını, işkence ve kötü muameleden uzak tutmayı, silahlı çatışmalardan korumayı, çocuk evlilikler, çocuğa özgü adalet sistemi, vatandaşlık ve sağlık haklarının güvence altına alınmayı amaçlamaktadır.

Çocuğun sağlık hakkı ise, çocukluk döneminin kendine özgü gelişimsel özelliklerinden kaynaklanan ihtiyaçların ve genel sağlık prensiplerinin gerçekleşmesi doğrultusunda güvence altına alınmayı hedef e almaktadır. Doğrudan ve dolaylı birçok maddede çocuklara yönelik ayrımcılık, cinsiyet, dezavantajlı konumlar ve özel gereksinimlilik olmak üzere çocuğun ruh ve beden sağlığını korumaya, sağlık hizmetlerinden faydalanmaya, sağlık koşulları yetersizliği nedeniyle çocuk ölümlerini sona erdirmeye yönelik bir dizi haklar yer almaktadır.

Çocuk haklarına dair sözleşme madde 24'te;

‘Taraf Devletler, çocuğun olabilecek en iyi sağlık düzeyine kavuşma, tıbbi bakım ve rehabilitasyon hizmetlerini veren kuruluşlardan yararlanma hakkını tanırlar. Taraf Devletler, hiçbir çocuğun bu tür tıbbi bakım hizmetlerinden yararlanma hakkından yoksun bırakılmamasını güvence altına almak için çaba gösterirler’ ifadesi yer almaktadır. Ayrıca bu maddenin 3. bendinde;

‘Taraf Devletler, çocukların sağlığı için zararlı geleneksel uygulamaların kaldırılması amacıyla uygun ve etkili her türlü önlemi alırlar’ kararı yer almaktadır. Kültürün taşıdığı bilgi, inanç ve değer sistemi doğruluk teyidinde muhtaç olmasına rağmen süregelen uygulamaların devam ettiği görülmektedir (Özdemir, 2020: 3). Kültürel tutum ve davranışlar hastalık ve sağlık kavramlarının tanımını ve işlevini etkilemektedir. Geleneksel uygulamalar ekonomik ve kolay ulaşılabilir deneyimlerdir. Çocuk bakımına ilişkin inanç ve uygulamalar gelişmiş ve gelişmekte olan tüm ülkelerde görülmektedir. Çocuk bakımına ilişkin bilgi yetersizliği veya öğrendiği yanlış geleneksel bilgi ve uygulamalar, sağlıklarını tehlikeye atmaya, anne ve bebeğin iyileşme sürecinin uzamasına, sakatlanmalarına ve hatta ölümlerine neden olabilmektedir (Sivri ve Karataş, 2015: 183). Çocuk bakımında geleneğe ait zararlı uygulamalar başta olmak üzere yaşam ve kültür biçimlerinden kaynaklanan ve menfaat umulan uygulamaların hastalık yapan, ölümcül olan, çeşitli iz bırakan veya uzun süreli tedavi gerektiren kısaca

sağlığı tehdit eden tüm risklerin ortadan kaldırılmasına yönelik davranışsal ve yapısal müdahaleler gerekmektedir.

Ülkemizde normal doğum yapan kadınların doğumdan sonra 24 saat içerisinde taburculuk işlemlerinin gerçekleştiği bilinmektedir (Atıcı, 2000). Ebelerin taburculuk işlemi öncesinde bebeğin ilk kez emzirilmesine yardımcı olmakta ve kundaklama hatalarının sebep olduğu kalça çıkıklığının önlenmesine yönelik bilgi verdikleri bilinmektedir. Çocuk bakımına ilişkin bez değiştirme, banyo yaptırma, giysilerini değiştirilme, göbek bakımı, pişik, tırnak kesme, gaz çıkarma, yatış pozisyonu, vb gibi çocuğun günlük bakımında ihtiyaç duydukları bilgilerin verilmediği ve buna bağlı ailelerin ve kadınların çocuk bakımında zorluklar yaşadıkları bilinmektedir. Yapılan önceki araştırmalarda çocuk bakımında yeterli bilgiye sahip olmadıklarını belirten ailelerin ve kadınların doğumdan sonra çocuk bakımıyla ilgili çok fazla desteğe ihtiyaç duyduklarını belirtmişlerdir (Gülşen ve Doğan Merih, 2018). Ülkemizde çocuk bakımı konusunda yeterli destek alamayan kadınların ve ailelerin geleneksel çocuk bakım yöntemlerini yaygın olarak uyguladıkları bilinmektedir (Biltekin ve Boran, 2004; Bölükbaş vd. 2004, Çetinkaya, Özmen ve Cambaz, 2008; Dinç, 2005).

Geleneksel çocuk bakım uygulamaları kültürlere göre değişiklik göstermektedir. Dünyanın birçok yerinde çeşitli nedenlerden dolayı çocuk bakımında geleneğe yakın çocuk bakım uygulamalarının olduğu görülmektedir. Geleneksel çocuk bakım yöntemlerinin sebeplerini sıralayacak olursak ekonomik yetersizlikler, eğitim seviyelerinin düşüklüğü, sağlık hizmetlerinin yetersizliği, ulaşım sorunları, sağlık kurumlarının niteliği ve niceliği, sağlık güvencesi ve çocuk bakımının özel bilgi gerektiren bir konu olmadığına inanılması diyebiliriz.

Dünyada çocuk sağlığını tehlikeye atan bazı geleneksel çocuk bakım uygulamalarının var olduğu bilinmektedir. Ülkemizde de bu durumun paralellik gösterdiği söylenebilir. Türkiye’de geleneksel çocuk bakımında yeni doğanın ilk beslenmesinde, şekerli su ya da zenzem verildiği, çocuğun anne sütü ile beslenmesi için üç ezan bekletildiği, bazı araştırmalarda ise kolostrum olarak bilinen ilk sütün zararlı olduğuna inanılması gerekçesiyle çocuğa hiç verilmediği gibi geleneksel davranışların devam ettiği görülmektedir (Şenses ve Yıldızoğlu, 2002; Işık, Akçınar ve Kadioğlu, 2010; Arısoy, Canbulat ve Ayhan, 2014; Çalışkan ve Bayat, 2011). Uganda ve İspanyada da anne sütü ile ilgili Türkiye ile benzer yine kolostrum uygulanmasının

olduğu bilinmektedir (Beinempaka vd., 2014; Bozkuş Eğri ve Konak, 2011). Pakistanda ise çocuğun ilk beslenmesinde kolostrumdan önce tuzlu su verilmektedir (Memona vd. 2013).

Çocuk bakımında yenidoğan çocuğun göbeğinin düşmesine yardımcı olduğuna inanılan bazı geleneksel uygulamalar bulunmaktadır. Bunlara örnek vermek gerekirse ebeveynlerin çocuğun göbek kordonun üzerine pudra, alkol, zeytin yağı ve kahve dökmeleri, demir para hatta yanmış kül koymaları sayılabilir (Dinç, 2005, Bilgen Sivri, 2012;, Arısoy, Canbulat ve Ayhan, 2014; Kahrıman, 2007). Ülkemizde düşen göbek kordonu kutsal ve değerli sayıldığından camiye, okula, vb yerlere gömülerek çocuğa ilerde mesleki anlamda şans getirdiğine ve yaşam alışkanlığı olarak iyiye yönlendirdiğine inanılmaktadır. Aynı şekilde dünyadan bir örnek vermek gerekirse Nijerya’da göbek kordonu çocuk doğduğunda ağaç dikilerek o ağacın altına gömülmesi yöntemi göbek kordonu ile ilgili başka geleneksel uygulamanın başka bir şeklidir (Okpomeshine, 2011).

Ülkemizde diğer bir geleneksel çocuk bakımı yenidoğan sarılığının çözümüne ilişkin yöntemdir. Yenidoğan çocuk sarılık geçirdiğinde sarılığı tedavi ettiğine inanılan sarı bez/ tülbent bağlama, sarı renkli kıyafet giydirmeye, altın takma, vb bir takım uygulamaları göze çapmaktadır (Çetinkaya, Özmen ve Cambaz, 2008; Çalışkan ve Bayat, 2011; Bilgen Sivri, 2012; Arısoy, Canbulat ve Ayhan, 2014,).

Diğer geleneksel çocuk bakım yöntemlerinden biri ise ilk banyosunu altın ve tuzlu su ile yaptırılmasıdır. Altın suyuyla yapılan ilk banyodan beklenen fayda çocuğun ateşinin düşürdüğüne inanılması iken bazı yerlerde çocuğa şans getirdiğine inanılması şeklinde karşımıza çıkmaktadır. Tuzlu su ile yıkanan çocuğun ileride ter kokmayacağı düşünülmektedir.

Araştırmalar birçok geleneksel yöntemin günümüzde hala yaygın olarak uygulandığını açıkça göstermektedir. Geleneksel yöntemlerin bazılarının sadece geleneğe, kültüre ya da törene ait olduğu çocuğa fayda ya da zarar vermediği bazılarının çocuğun hayat boyu taşıyacağı bedeninde kalıcı izler bıraktığı bilinirken bazılarının ölümle sonuçlandığı görülmektedir. Yüzyıllardır uygulanarak tecrübe ve deneyimlerle kuşaktan kuşağa aktarılarak devam eden bazı geleneksel çocuk bakım yöntemlerinin de olduğu bunların çocuğa fayda sağlamanın yanı sıra çocuk bakımında modern tedaviyi desteklediği de bilinmektedir.

Ulusal ve uluslar arası düzeyde önleyici ve sağlığı geliştirici araştırmalar, özellikle bölgesel alanda çocukların karşılaştıkları tüm sağlık sorunlarına ve çözümlerine odaklanması gerektiğini vurgulamaktadırlar. Bu araştırma sonuçları çocuk sağlığı refahının oluşmasında bilimsel verilerle teyit edilmiş çocuk bakım uygulamalarının yaygınlaştırılması ve desteklenmesi gerektiğine vurgu yapmaktadırlar.

Ebeveynlerin görevi çocuklarını korumaktır. Çocuğu çeşitli tehlikelerden ve risklerden korumak ebeveynlik rolleri arasında sayılmaktadır. Ebeveynlik rolleri; din, inanış, kùltür, örf-adet, çocuğa bakış, çocuğun cinsiyeti, terbiye-disiplin-ceza uygulamaları, ana-babalık rollerine ilişkin toplumsal davranış kabulleri, medya ve sosyal platformların etkisi ve bilimsel gelişmelerin tamamından etkilenmektedir. Ebeveynlerin çocukların bakımı, beslenmesi, vb konularda sağlıklı kararlar alabilmesi için çocuk bakımı ile ilgili bilgi ve eğitime gereksinimleri vardır.

Devletlerin ise çocuk sağlığını koruma ve çocuk ölümlerini azaltma ve çocuk refahını yükseltme yükümlölükleri bulunmaktadır. Devletler çocuklar konusunda daha etkili ve güçlü politikaları ve uygulama gücü oluşturmalıdırlar. Bu bağlamda sağlık hizmetlerinin ve sağlık destek programlarının gözden geçirilmesi, hizmet içi eğitimler ve aile eğitim programlarıyla koordinasyonun artırılarak daha etkili ve kalıcı politikalarla çocuk refahının yükseltilmesi gerektiği düşünölmektedir.

İKİNCİ BÖLÜM

ARAŞTIRMA VE YÖNTEM

Bu bölümde, araştırmanın problemi açıklanarak, araştırmanın amacı, önemi, soruları, sınırlılıkları, modeli, araştırmanın yeri ve zamanı, çalışma grubu, veri toplama araçları detaylı bir biçimde açıklanmaya çalışılmaktadır.

2.1. ARAŞTIRMANIN PROBLEMİ

Sağlığın tanımı onlarca yıldır değişmektedir (Lotfi, 2019: 24). 21. yüzyılda küreselleşmenin sosyal ve çevresel sorunlardan etkilendiği düzlemde sağlıkla ilgili bireysel ve toplumsal sorunlar fikir ayrılıklarına, sağlık alanındaki teknolojik gelişmeler (Yıldız ve Turan, 2010: 40) ve kanıta dayalı uygulamaların artması sağlık biliminin kendi içindeki olağan değişimi sağlığın ve hastalığın tanımını etkilemektedir. Sağlık, kamu eliyle gerçekleştirilmesi gereken ‘kamusal sorumluluktur.’ (Yıldız, 2008: 32). İnsan bio-psiko-sosyal bir varlıktır ve insan sağlığının fizyolojik, psikolojik ve sosyal boyutları olduğunda dolayı sağlığının korunması ve hastalığının tedavisi de çok boyutlu yaklaşım gerektirmektedir. Kültürel, manevi ve inanç sistemlerinden bağımsız tedaviler bütüncül yaklaşıma göre eksik kalmaktadır. Hastanelerde veya diğer sağlık kuruluşlarında yürütülen tıbbi sosyal hizmet, hasta ve ailesinin hastalıkla birlikte ortaya çıkan psiko-sosyal sorunların tespit edilmesi, önlenmesi ve çözülmesiyle bireyin iyilik halini sosyal işlevselliğini artırdığından, tıbbi sosyal hizmetin gerekliliği burada ortaya çıkmaktadır

Çocukların yaşamları ve sağlıkları, onlara sunulan temel bakım ihtiyaçlarının karşılanma süreciyle yakın ilişkiler göstermektedir. Yaşamın ilk başlarında çocuk bir başkasının bakımına muhtaç olarak yaşamını sürdürmektedir. TDK’ ya göre bakım ‘Bir şeyin iyi gelişmesi, iyi bir durumda kalması için verilen emek’ ve ‘Birinin beslenme, giyinme vb. gereksinimlerini üstlenme ve sağlama işi’ olarak ifade edilmektedir (<https://sozluk.gov.tr/>, E.T.: 19.11.2021). Çocuk bakımında ‘bakım ilişkisinde bakıma gereksinim duyan çocuğun kendi gereksinimlerini karşılayamaması ya da bakım gereksinimini bağımsız olarak karşılayabilecek güç, yetenek, istek, bilgi ve beceriden yoksun ya da bu konuda bağımlı olmasıdır.’ (Dinç, 2010: 76) tanımıyla ‘Bakım herkes için bir ihtiyaç, bir başkası için de yapması gereken bir görevdir. Tarihin hemen her

döneminde toplumlar, kendi toplumsal ve kültürel yapılarına göre bakılması gereken kişilere toplumsal dayanışma ve yardımlaşma mekanizmaları ile bakmışlardır.’ (Abay ve Güngör, 2010: 19) diyerek sosyal hizmetin insan odağında mikro düzeyde bireyin ihtiyaçlarına makro düzeyde ise toplum ve toplumun tarihsel sürecindeki kültürel süreçlerindeki sosyal sorununa dikkat çekmişlerdir. Çocuğun yeterli ve dengeli beslenmesi, sağlığının korunması, gelişiminin desteklenmesi, gereksinimlerinin yeteri kadar ve zamanında karşılanması hayati değer taşımaktadır. Çocuğa bakım veren kişiler anne, baba ya da annelik görevini yerine getiren kişilerle, çocuğun bakımında onlara yardımcı olan babaanne, anneanne, dede, hala ve teyzeler gibi kısaca yakın akrabalar olabilmektedir. Çocuğun bakımında çocuğun gereksinimlerini karşılamak için tıbbin tavsiye ettiği modern yöntemlerle birlikte, tecrübe edinilmiş, işe yaradığı düşünülen, aile büyüklerince tavsiye edilen, örf-adet, kültürel ve inanç değerlerini taşıyan geleneksel yöntemlerin ve törenlerinde uygulandığı bilinmektedir. Geleneksel çocuk bakım yöntemleri, çocuğun bakımında çocuğun ruh ve beden sağlığına iyi gelen, çocuğa fayda sağlayan, iyileştiren, yaşam boyu çocuğa katkı sağladığına inanılan, yapılmadığı durumlarda ise bu yarardan yoksun kaldıklarına inanılan davranış biçimleri ve uygulama ritüelleri, kutlama ve törenlerdir.

İlgili ulusal ve uluslar arası alan yazın tarandığında geleneksel çocuk bakım yöntemlerinde çocuk sağlığı açısından hem faydalı hem de zararlı olduğu tespit edilen uygulamalar bulunmaktadır (Hacıhasanoğlu Aşilar ve Bekar, 2018: 1; Güzel, Uçan Yavaş ve Kara, 2017: 108, Sivri Bilgen ve Karataş, 2015: 39). Geleneksel yöntemlerin eski yöntemler olduğu günümüzde artık uygulanmadığı düşünülse de alan yazındaki mevcut çalışmalarda sahada geleneksel yöntemlerin varlığını sürdürdüğü görülmektedir (Erkut ve Yıldız, 2017: 268; Arabacı, Yıldırım, Dündar ve Kadam, 2016: 61; Dudu Karaman ve Doğan, 2018: 1475, Öztürk, Kavlak ve Sevil, 2012:107; Karabulutlu, 2014: 295). Varlığını sürdüren geleneksel yöntemlerin bazılarının çocuk sağlığına zararları araştırmacıların dikkatinden kaçmamıştır (Peker, Temel vd., 2010:204; Baykan, Kondolot ve Baykan, 2016: 163). Geleneksel yöntemlerden bazılarının çocuğun yaşam kalitesini düşürdüğü, çocuğun ruh ve beden sağlığına iyi gelmediği hatta tedavi gerektiren durumlara bile sebep olduğu hatta ölümle sonuçlanabildiği gerçekliği bu çalışmanın gerekliliğini ortaya çıkarmaktadır. Çocuğa bakım veren kişi ve kişilerin çocuğa nasıl bakacaklarını zaman zaman bilemedikleri ve zorluklar yaşadıkları

bilinmektedir. Anne-babalar, tıbbi yöntemlerle büyüklerinin kendisine tavsiye ettiği geleneksel yöntemler arasında ikilem yaşamaktadırlar. Aile büyüklerinin geleneksel yöntemlerde ısrarcı oldukları veya anne babanın bu yöntemlerden daha çok fayda göreceklarine inandığı göze çarpmaktadır. Aile büyükleri daha az tecrübeli olan anneleri çocuk bakmayı bilemedikleri düşüncesiyle kendilerinin de uyguladığı geleneksel yöntemlerin üstünlüğüne inandırmaya çalışmakta veyahut çocuk bakımı hakkındaki bilgilerini ve tecrübelerini paylaşmaktadırlar.

Çocuk bakımı sürecinde aile büyüklerinin yanı sıra Sağlık Bakanlığı'nın da çocuk bakımında çocuk sağlığının korunması amacıyla bir dizi uygulamaları bulunmaktadır. Bu uygulamalar arasında gebelik takibi, doğum hizmetleri, emzirme bilgisi, sağlık taramaları (işitme , görme testleri), aşı uygulamaları gibi önleyici ve tedavi edici hizmetleri barındırmaktadır (<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/cocukergen-anasayfa>, E.T.: 10/11/2021). Aile sağlığı merkezlerinde bulunan ebeler, gebeliğin başından itibaren çocuğun ve annenin sağlığını takip etmektedirler. Doğumdan sonra da ebeler, çocukların kan testlerini, aşılarını, boy ve kilo ölçümlerini yaparak çocukların gelişimini ve sağlığını takip etmektedirler. Sağlık Bakanlığı'nın çocuk bakımında verdiği hizmetlerin sadece yukarıda anlatıldığı gibi bilgilendirme, sağlık taramaları ve hastalığın tedavi edilmesinden oluştuğu görülmektedir. Çocuğa bakım veren kişilerin daha detaylı çocuk bakımı ile ilgili bilgiye ve psikososyal desteğe ihtiyacı olduğu açıkça görülmektedir. Buradaki boşluk araştırmanın konusunu oluşturmaktadır.

Çocuk ölümleri, insani kalkınmışlık düzeyini ve sosyal eşitsizlikleri yansıtan en önemli göstergelerden birisi olarak kabul edilmektedir (Eryurt ve Koç, 2019: 114). Birleşmiş Milletler Binyıl Zirvesi'nde çocuk ölümlerinin üçte 2 oranında azaltılması görüşü yer almaktadır (Bin Yıl kalkınma Raporu, 2010: 33). Sağlık Bakanlığı (2021) verilerine göre, Dünya bebek ölüm hızı ortalaması 1990 yılında ‰ 65 iken aynı yıl Türkiye ‰ 55 oranı ile dünya ortalamasının altındadır. Dünyada bebek ölüm hızı ortalaması 2019 yılında ‰ 28 oranına gerilemiş, Türkiye'de ise ‰ 9' a gerilemiştir. 2009-2019 Yıllarında bebek ölüm hızı gerileme oranı dünya ortalaması ‰3,1 iken Türkiye ‰ 6,9 oranı ile dünya ortalamasından iyi durumda olmasına rağmen bebek ölüm oranlarının halen yüksek olduğu görülmektedir (Çocuk Ve Ergen Sağlığı Dairesi Başkanlığı Program İstatistikleri; 2021.)

Türkiye İstatistik Kurumu (2019) verilerine göre, 2019 yılında ölen bebeklerin %12,3'ünün ilk gün, %29,6'sının 1-6 günlükken, %21,7'sinin ise 7-29 günlükken yaşamını yitirdiği görülmektedir. Ölen bebeklerden 1-4 aylıkken yaşamını yitirenlerin oranı ise %23,3 olmaktadır (Türkiye İstatistik Kurumu, 2020). Birleşmiş Milletler Çocuk Haklarına Dair Sözleşme ve İhtiyari Protokoller, Usûl Kuralları ile Çocuk Hakları Komitesi Genel Yorumları ile ilgili madde 24 te 'Çocuğun olabilecek en iyi sağlık düzeyine kavuşma, tıbbi bakım ve rehabilitasyon hizmetlerini veren kuruluşlardan yararlanma hakkını tanırırlar.' ifadesiyle çocuğun sağlığının ve iyilik halinin güvence altına alınması gerekliliğinden söz etmektedir (Birleşmiş Milletler Çocuk Haklarına Dair Sözleşme ve İhtiyari Protokoller, Usûl Kuralları ile Çocuk Hakları Komitesi Genel Yorumları, 2017: 14).

Yukarıda ifade edildiği gibi ülkemizde bir ayını doldurmadan (neonatal) ölen bebeklerin oranı oldukça yüksektir. Bu ölümler, Aslan, Bülbül ve diğerlerinin (2013) yılında yaptığı 'Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde beş yıllık sürede (2007-2011) neonatal ölüm nedenleri' isimli çalışmada yeni doğan ölüm nedenlerinin akraba evliliği, annenin yaşı, takipsiz doğum, hastalık, beslenme ve buna bağlı ihmal ve istismar olduğu belirtilmektedir. Koruyucu ve önleyici sağlık tedbirleriyle yenidoğan (neonatal) ölüm oranlarının yıllara göre düşmesine rağmen var olan bu oranın yine de arzulanan orandan çok yüksek olduğu görülmektedir. Önleyici ve iyileştirici tedbirlerle hızlı bir şekilde bu oranın düşme eğilimi göstermesi gerekliliği açıkça görülmektedir. Demirci ve Karaatlı (2019)'nın yürüttüğü çalışmada, ülkelerin gelişmişlik düzeylerinin belirlenmesi için sadece ekonomik göstergelerin değil eğitim, sağlık ve teknoloji gibi etkenlerinde belirleyici olduğu söylenmektedir. Ayrıca Dedeoğlu Özkan ve Beyazlı (2018: 31)'nin sağlıkla ilgili gelişmişlik göstergesi çalışmasında, 100 farklı değişkene yer vererek sağlık hizmetlerinin yeterliliğinin tespitinde bebek ölüm oranı, hızı, sayısı, çocuk ölüm oranı/hızı ve 1-5 yaş altı ölüm oranlarının önemli kriterler olduğundan bahsetmiştir. Dolayısıyla yenidoğan (neonatal) ölüm oranlarının ülkelerin gelişmişlik düzeyi endekslerinin hem ölçütü hem de sonucu olduğu söylenebilirken aynı zamanda kalkınmışlık düzeyini ve insan hakları bağlamında toplumlardaki sosyal adaletsizlikleri yansıtan en önemli göstergelerden birisi olarak da kabul edilmektedir.

Unicef ve Dünya Sağlık Örgütü'nün New York/Cenevre 'de yaptığı 19 Eylül 2019 tarihli açıklamada, dünyada her on bir saniye de bir yeni doğanın öldüğünü

belirtmektedir. Bu ölümlerin üçte birinin doğumun gerçekleştiği ilk gün, üçte ikisinin de ilk hafta içerisinde gerçekleştiği belirtilmiştir. Önceki yıllara göre son yıllarda daha çok anne ve çocuğun hayatta kaldığını bildirmişlerdir. Ayrıca yenidoğan ölüm oranlarının düşmesi ve çocuğun daha sağlıklı olmasına çözümün düşük maliyet ve daha kaliteli sağlık hizmetleri ile mümkün olunabileceği ileri sürülmüştür (<https://www.unicef.org/turkey/bas%C4%B1n-b%C3%BCltenleri/bm-raporu-g%C3%BCn%C3%BCm%C3%BCzde-%C3%B6ncesine-g%C3%B6re-daha-fazla-kad%C4%B1n-ve-%C3%A7ocuk-hayatta-kal%C4%B1yor>, E.T.: 08/07/2021). Çocuk bakımında tıbbi çocuk bakımı yöntemleri ile birlikte dünden bugüne süregelen geleneksel çocuk bakım yöntemlerinin de uygulandığı bilinmektedir. Çocuk dünyaya geldikten sonra çocuğa uygulanan bakımın çocuğun sağlığı ve gelişimi üzerinde doğrudan etkisinin olduğu gerçeği bu araştırmanın gerekliliğini ortaya çıkarırken çözüm önerisini barındırmaktadır.

Özetleyecek olursak, dünyada ve Türkiye ‘ de yenidoğan ölümlerinin yüksek oranı, 18 yaş altı evliliklerin devam etmesi ve buna bağlı çocuk ebeveynlerin olmasının (TUİK, 2020), sonucunda ortaya çıkan çocuk bakım sorunu, eğitim seviyesinin düşük olması, geleneksel çocuk bakım yöntemlerinin devam etmesi, çocuk bakımına ilişkin kurumsal desteğin olmaması bu konuda uzman müdahaleyi ve sosyal desteğin gerekliliğini ortaya çıkarmaktadır.

Sağlık hizmeti sunulan yerlerde, geleneksel uygulamaların kullanılması güncel bilgilerin uygulamaya aktarılmasını zorlaştırmaktadır (Öztürk Çopur, vd., 2015: 51). Tıbbi Sosyal Hizmet Birimleri tarafından gerçekleştirilmesi planlanan kanıta dayalı profesyonel müdahalelerle kadına, aileye ve çocuğa psiko-sosyal destek çalışma yapılması, sosyal ve ekonomik destek sağlanması gibi mikro ve mezzo düzeyde faaliyetlerle var olan güçsüzlüğün giderilmesi mümkün görülmektedir. Saha da toplanan geleneksel çocuk bakım yöntemlerinin kanıta dayalı uygulama ile değerlendirilerek mesleğin elemanlarına bilgi ve beceri bağlamında veri sunması hem de yeni bir uygulama alanı sağlaması düşünülmektedir.

Yenidoğan sağlığı, sağlığın en önemli başlangıcı olarak kabul edilir. Dünyada ve Türkiye’de yenidoğan ölümleri oldukça yüksektir. Bunun altında yerel, ulusal ve politik birçok neden yatmaktadır. Bu nedenler arasında kamu politikaları başta olmak üzere; yerel ve ulusal öncelikler, programlar, projeler, sağlık hizmetlerinin niteliği,

sağlık hizmetlerine erişimi, çevre kirliliği, eğitim, kültür, ayrımcılık, dışlanma, sosyal destek ağları, aile yapısı, beslenme, bağımlılık, çocuk bakımı, genetik, yaş ve cinsiyet sayılabilir. Sağlık alanında hizmet sunumu yapan sosyal hizmet uzmanlarının yenidoğan sağlığında evrenseli yakalamaya çalışan, çocuk hakları ve sağlığın temel değerlerini yerine getirme sorumlulukları bulunmaktadır. Yenidoğan sağlığını korumak adına çocuk bakımlarının nasıl uygulandığının tespit edilmesi, faydalı ve zararlı olanlarının ayrıştırılması, çocuk bakımına yönelik devlet eliyle gerçekleştirilecek çözüm adına perinatal sosyal hizmetin ülkemiz için gerekliliği ve sunulacak sosyal hizmet müdahalesinin nasıl şekilleneceğini önceki araştırmalarla tartışılması ve değerlendirilmesi gerekmektedir. Perinatal sosyal hizmet sunumu yapan meslek elemanları çocuk bakımına ilişkin obstetrik ortamlar gibi mesleğin icra edildiği diğer yerlerde mesleki uygulamadaki yerinin belirlenmesinde sosyal hizmetin bilgi, beceri ve değerlerinden yola çıkarak bilgilere, yaklaşımlara ve elde edilecek verilere ihtiyaç duymaktadırlar.

Çocuk hakları çocuğun bir insan ve bakıma gereksinimi duyan bir birey olarak sahip olduğu hakları kapsamaktadır. Çocuğun sağlıklı olma ve tedavi alma hakkını da doğal bir şekilde içermektedir. Tıbbi sosyal hizmetle çocuk sağlığının korunması için gerekli psiko-sosyal hizmetlerin sağlanması mümkündür. Tıbbi Sosyal Hizmetler Biriminin zamanında ve planlı bir sosyal hizmet müdahalesi ve güçler yaklaşımı ile minimum kayıp ve maksimum fayda ile çocuğun sağlığının korunması mümkün olabilmektedir.

Yapılan önceki araştırmalarda çocuk bakımı eğitimlerinin gereksinimlerinden bahsedilmesine bu konuda çeşitli eğitim programları oluşturulması gerekliliğine dair öneriler bulunmasına rağmen konuyla ilgili genele yayılan herhangi bir eğitim programı oluşmadığı tespit edilmekte, bu çalışmanın bu önerileri karşılayabileceği düşünülmektedir (Eğri, 2006: 2, Arısoy, Canbulat ve Ayhan, 2014: 30, Çetinkaya, Özman ve Cambaz, 2008: 45, Başer, Mucuk, vd. 2005: 57).

Bu araştırmanın problemi, Kahramanmaraş ilinde yaşayan bireylerin çocuk bakım uygulamalarının incelenmesine dayanmaktadır. Çocuk bakım sorunu, eğitim seviyesinin düşük olması, geleneksel çocuk bakım yöntemlerinin devam etmesi, çocuk bakımına ilişkin kurumsal desteğin olmaması, bu konuda perinatal sosyal hizmet

müdahalesi ve psikososyal destek başta olmak üzere diğer desteklerin gerekliliğini ortaya çıkarmakta mıdır?

2.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırmanın amacı; çocuk hakları perspektifinden yeni doğan çocuğa uygulanan geleneksel çocuk bakım yöntemlerinin tespit edilmesi, kanıta dayalı uygulama sonuçlarıyla değerlendirilmesidir. Çocuk Hakları Sözleşmesinde yer alan çocukları zararlı uygulamalardan korumak maddesinden yola çıkarak perinatal sosyal hizmet kavramının ülkemizde de alana kazandırarak perinatal sosyal hizmete yönelik bir araştırma ortaya konulmasını sağlamaktır. Bu amaç doğrultusunda yürütülen bu araştırma için çevresi içinde birey bağlamında çocuk bakımıyla ilgili alandan veri toplanması, yeni doğan çocuklar için bilgi-beceri-değer odağında model önerisinde bulunulması; perinatal sosyal hizmetin ülkemiz için gerekliliğinin belirlenmesini sağlamaktır.

Bu bağlamda araştırmanın alt amaçları aşağıda belirtilmiştir.

1. Kahramanmaraş'ta uygulanan geleneksel çocuk bakım yöntemlerini tespit etmek,
2. Kahramanmaraş'ta uygulanan geleneksel çocuk bakım yöntemleri ne zaman, nasıl, kimler tarafından hangi malzemelerle uygulandığını tespit etmek,
3. Kahramanmaraş'ta uygulanan geleneksel çocuk bakım yöntemlerinden faydalı olanları tespit etmek,
4. Kahramanmaraş'ta uygulanan geleneksel çocuk bakım yöntemlerinden zararlı olanları tespit etmek,
5. Çocuk bakımında kimden destek alındığını tespit etmek,
6. Çocuk bakımında hangi desteğe ihtiyaç duyulduğunu tespit etmek,
7. Çocuk bakımında perinatal sosyal hizmet modeli ve görüşme planının nasıl olması gerektiğini betimlemektir.

2.3. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Dünyada olduğu gibi ülkemizde de bir ayını doldurmadan (neonatal) ölen bebeklerin oranı oldukça yüksektir. Türkiye İstatistik Kurumu (2019) verilerine göre, 2018 yılında ölen bebeklerden bir ayını tamamlayamadan ölen bebeklerin oranı

%65,1'dir. Bu oranın yenidoğan sağlığını korumaya ve güçlendirmeye yönelik acil çözüm getirilmesi gereken bir kanıt olduğu düşünölmektedir.

Çocuk dünyada geldikten sonra bir yetişkinin bakımına ihtiyaç duymaktadır. Bakım veren kişiler, anne, baba veya anne-babalık görevini yerine yetiren kişiler olarak tanımlanmaktadır. Erikson, bireyin psiko-sosyal gelişimini 8 dönem olarak kategorize etmektedir. 'Temel güvene karşı güvensizlik Dönemi' bu çalışmanın araştırma yaşının içinde bulunduğu 0-1 yaş aralığını içermektedir. Erikson bu gelişim dönemlerinin her birinde bir olumlu özellikten bahsederek bu olumlu özelliğin kazanılmaması durumunda buna karşı olumsuz özelliğin kazanıldığını betimlemektedir (Arslan ve Arı, 2008: 54). Olumlu özelliklerin kazanılmasında çocukların ihtiyaçlarının zamanında ve yeteri kadar karşılanması çok önemli olduğu belirtilmektedir (Gürses ve Kılavuz, 2011: 155). Çocukların ihtiyaçlarının karşılanma düzeyleri sadece hayatta kalmalarını değil aynı zamanda çocukta güven duygusunun kazanılmasına, çocuğun ihtiyaçlarının karşılanmaması veya ertelenmesi ise güven duygusunun kaybedilmesine neden olmaktadır. Yaşamak, ve sağlıklı olmak-sağlık hizmetlerine kavuşmak her çocuğun temel hakkıdır ve herkesin ilk görevi çocukların yaşamını korumaktır (Yıldırım ve Doğru, 2012: 3).

Çocuğun doğduğu toplumun kültüründe ve yaşam biçiminde çocuk bakımına dair kullanılan birçok çocuk bakım uygulamaları vardır. Bu uygulamalar kültürlerde örf-adet ve anane olarak kabul edilen, nesilden nesile aktarılan doğruluğu sınanmamış bilgilerden oluşan deneyimlerdir. İlk kez anne-baba olmuş ve ne yapacağını bilemeyen bireyler kucaklarına aldıkları çocuğun bakımında çevrenin, özellikle aile büyüklerinin yönlendirilmesi ile karşı karşıya kalmakta, bakım konusunda yetersizlikler yaşayabilmekte ve desteğe ihtiyaç duyabilmektedir. Anne-babalar çocukluk yıllarında kendilerine uygulanan, çevreden aşına oldukları geleneksel yöntemlerle tıbbi yöntemler arasında karasızlıklar yaşamakta, anne ve çocuk sağlığını olumsuz etkileyen, hiçbir faydası olmayan emek, para ve ya zaman kaybı olan uygulamalarla baş etmek zorunda kalmaktadırlar. Araştırmacı, bu araştırmayla yaşanan bu ikilem ve güçlükleri giderilmesine çözüm üretmeye çalışmaktadır.

Anne-babalar çocuk bakımında birçok nedenle çeşitli desteğe ihtiyaç duymaktadırlar. Anne babaların bu desteği akraba ve kendilerine yakın olan kişilerden aldıkları ve bu destekleri geleneksel buldukları bilinmektedir. Anne babalar bu

uygulamayla çocuğa fayda mı sağlıyorlar yoksa zarar mı veriyorlar emin olamamaktadırlar. Bu araştırmayla geleneksel yöntemlerin bilimsel olarak sakıncalı ya da faydalı olup olmadığının açıklanmasıyla yaşanan bu sorunlara ışık tutması hedeflenmektedir.

Bu araştırmanın önemi, çocuk bakımında alanyazının incelenmesinden sonra oluşturulan anket ve yarı yapılandırılmış görüşme sorularıyla mülakatlar yaparak Kahramanmaraş ilinde yeni doğan çocuğa uygulanan geleneksel çocuk bakım yöntemlerini tespit edip, çocuğun bakımında uygulanan yöntemlerden, çocuğun beden ve ruh sağlığına fayda sağlayan geleneksel yöntemlerle, fayda sağlamayan yöntemleri ‘çevresi içinde birey’ bağlamında kanıta dayalı uygulama sonuçlarıyla değerlendirip ayrıştırmaktır. Mikro düzeyde bireyi (çocuğu), makro düzeyde toplumunun genel sağlık ve iyilik halini güçlendirmeye yönelik perinatal sosyal hizmet müdahale modelinin gerekliliğini ortaya koymaktır. Geleneksel yöntemlerden çocuğun beden ve ruh sağlığına iyi gelen tıbbi olarak uygun yöntemlerin de alternatif yöntemler olarak çocuk bakımında yer almasını sağlayabilmede çalışmanın önemini artırmaktadır. Ayrıca perinatal sosyal hizmetin kendine özgü amacından, konusu ve hizmet sunduğu gruplardan yola çıkarak; çocuk bakımına yönelik bilgi temelli model ve görüşme planı oluşturarak çocuk bakımı konusunun perinatal sosyal hizmet alanına kazandırılması ve alanda çalışan diğer araştırmacılara katkı suması çalışmayı önemli kılmaktadır. Bu çalışma konusunun Türkiye için yeni bir paradigma olduğundan sonraki araştırmacılara yol gösterici olmasından önem arz etmektedir.

2.4. ARAŞTIRMANIN SORULARI

Yeni doğan çocuğa uygulanan geleneksel çocuk bakım yöntemlerinin belirlenmesi sorunundan yola çıkarak Kahramanmaraş ilinde yaşayan bireylerle yarı yapılandırılmış mülakat soruları sorularak yeni doğan çocuğa uygulanan geleneksel çocuk bakım yöntemlerinin tespit edilmesi, çocuğun beden ve ruh sağlığına fayda ve zarar veren uygulamaların ayrıştırılması, fayda veren uygulamaların devamlılığının sağlanması, zarar veren uygulamaların önlenmesi, bu bağlamda sosyal hizmet mesleğinin çalışma alanına yönelik model ve görüşme planı oluşturulması amaçlarından yola çıkarak aşağıdaki sorulara cevap aranmaktadır. Araştırma için 15 tane yardımcı araştırma soruları alt sorularının ilk 5 tanesi kurama yönelik alanyazındaki bilgilere

ulaşmak için diğer 10 soru ise araştırmanın uygulamasına yönelik cevap aranmak üzere oluşturulmuştur.

Yardımcı araştırma soruları şunlardır:

1. Yeni doğan çocuğa uygulanan geleneksel bakım yöntemleri nelerdir?
2. Yeni doğan çocuğa uygulanan geleneksel bakım yöntemlerinden hangileri çocuğun beden ve ruh sağlığına fayda sağlamaktadır?
3. Yenidoğan çocuğa uygulanan geleneksel bakım yöntemlerinden hangileri çocuğun beden ve ruh sağlığına zarar vermektedir?
4. Yenidoğan çocuğa uygulanan geleneksel bakım yöntemlerinden hangileri kültür/örf-adet/ inanç sisteminin bir parçasıdır?
5. Yenidoğan çocuğa uygulanan geleneksel bakım yöntemlerinden kültür/örf-adet/ inanç sistemine ait olan uygulamalardan beklenen yararlar nelerdir?
6. Kahramanmaraş' ta katılımcıların uyguladığı geleneksel yöntemler nelerdir?
7. Katılımcılar hangi faydalı yöntemleri kullanmaktadır?
8. Katılımcılar hangi zararlı yöntemleri kullanmaktadır?
9. Katılımcılar kültüre/inanç/örfe ait hangi zararlı yöntemleri kullanmaktadır?
10. Katılımcılar uygulanan geleneksel bakım yöntemlerini kimlerden öğrenmektedir?
11. Katılımcılar çocuk bakımında kimlerden destek almaktadır?
12. Katılımcılar çocuk bakımında eğitim almışlar mı/ bilgileri var mı?
13. Çocuk bakımında sosyal hizmet müdahalesi gerekmede midir?
14. Çocuk bakımında kullanılması önerilen model ne olabilir?
15. Çocuk hakları kapsamında çocuk bakımında perinatal sosyal hizmette kullanılacak görüşme rehberi ve model nasıl olmalıdır?

2.5. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Bu çalışmanın beş adet kısıtı bulunmaktadır:

- I.** Bu araştırma, araştırmanın gerçekleştirildiği zaman içerisinde Kahramanmaraş ili ile sınırlandırılmıştır.
- II.** Kahramanmaraş'ta doğan veya yaşayan 18 yaşından büyük kişilerden seçilerek örneklem grubu oluşturulmuş ve bu kişilerle görüşme yapılmıştır.

III. Araştırmada kullanılan veriler, katılımcılarla yapılan görüşme süresince elde edilen verilerle sınırlıdır.

IV. Görüşme yeri belirlenerek her bir görüşme için yeteri kadar süre verilmiştir.

V. Görüşme geleneksel çocuk bakım yöntemlerini bilenlerle sınırlıdır.

Katılımcılara görüşmenin konusu hakkında bilgi verildikten sonra sözlü izin alınarak görüşmeler ses, video, vb. kayıt altına alınmıştır. Görüşme yapılan kişilerden bilgi alımları tamamlandığında görüşme sona erdirilmiştir.

Araştırmanın güçlüğü, görüşme yapılan kişilerin yeni doğan çocuğa uygulanan geleneksel çocuk bakım yöntemlerini bilmemesi veya geleneksel çocuk bakım yöntemleri hakkında detaylı bilgiye sahip olmamasıdır. Bu durumda görüşme yapılan kişilerin sayıları artırılmaya gidilmiştir. Ayrıca yapılan görüşmelerde derinlemesine bilgiye ulaşılmadığında görüşme sorularına geleneksel yöntemleri bilen kişiler sorularak kaynak kişilere ulaşmaya çalışılmıştır. Araştırma doyuma ulaştığında görüşmeler sona erdirilmiştir.

Bu araştırmada yaşanan diğer bir zorluk ise, görüşme yapılan kişilerin yöntemleri anlatmaya ve açıklamaya hevesli olmamalarıdır. Uyguladıkları yöntemleri neden uyguladıklarına dair görüşlerinin olmaması veya nedenini hatırlamakta zorlanmaları diğer bir güçlük olarak yaşanmıştır.

2.6. ARAŞTIRMANIN MODELİ

Çocuk bakım yöntemlerini ortaya çıkararak perinatal alanda sosyal hizmet müdahalesi gerekliliğini önermeye çalışılan bu araştırmada, nitel yöntem kullanılmıştır. Çalışmanın mülakat sorularının ilk on yedi sorusuyla demografik yoğunluklu bilgiler toplanmıştır. Kalan diğer sorularla çocuk bakımına ilişkin katılımcıların görüşlerine yönelik mülakat yapılmıştır. Tüm sorular, araştırmacı tarafından sorulmuş, alınan cevaplar kaydedilmiştir.

Nitel yöntem, fenomenolojik desene bağlı kılınarak yürütülmüştür. Nitel araştırma, insan ve toplum davranışlarını inceleyerek, olayların ve olguların gerçekçi bir ortamda bütüncül bir süreçle, kendine özgü (gözlem ve doküman analizi) veri toplama yöntemleri olan bir araştırma türüdür. Denzin ve Lincoln (2012)'e göre nitel araştırma ise, bireysel ve toplumsal olgular hakkında çevreden ve diğer değişkenlerden sınırlandırılmış değişkenlere indirgenemeyecek ölçüde karmaşık ve birbiri ile bağlı

epistemolojik varsayımlara dayanan karmaşık bir veri desenine sahip bir araştırma türüdür. Nitel araştırmaların konusu insanların yaşayışları, yaşanmış tecrübeleri, davranışları, duyguları, hisleri aynı zamanda toplumsal işleyiş, sosyal hareketler, kültürel olaylar ve uluslar arasındaki ilişkilerdir (Yıldırım, 2010: 79). Nitel araştırma yöntemi, derinlemesine araştırma keşfi verdiğinden var olan olgu ve olayları doğal ortamlarda ortaya konulmasına olanak sağladığından bu araştırmada nitel araştırma yöntemi kullanılmıştır. Nitel araştırma, örneklem içerisindeki araştırmayı ve sonuçlarını açıklamaya yarayan bir yaklaşımdır. Dolayısıyla bu çalışma, görüşmeye katılan kişilerin bakış açılarından çocuk bakım yöntemlerine yönelik uygulama şekillerinden yola çıkarak uygulamaları niçin yaptıkları, uygulamadan umdukları faydaları ve sonuçlarını, özellikle sağlık alanyazınında yaptıkları çalışma sonuçlarının verdiği kanıta dayalı doğrulamalarını yaparak elde edilen sonuçların araştırmacı tarafından yorumlanmasına dayanmaktadır. Çalışmanın sonucunda güçler yaklaşımının çocuk hakları paralelinde sağlık alanındaki mesleğin profesyonellerine Türkiye için yeni bir çalışma sahası önerilerek, tıbbi sosyal hizmet mesleğinin kullanabileceği kanıta dayalı bilgi ve uygulama modeli sunmayı hedeflenmektedir.

‘Nitelik bir şeyin ne, nasıl, ne zaman, nerede ve nedeni-özü ve ortamı ile ilgilidir. Bu şekilde nitel araştırma eşyanın anlamları, kavramları, tanımları, özellikleri, mecazları, sembolleri ve tariflerine gönderme yapar.’ (Arı, 2019: 13). ‘Nitel araştırmayı bireylerin oluşturdukları anlamları inceleyerek alana özgü açıklama süreci olarak tanımlayabiliriz.’ (Saban ve Özden, 2017: 5). Geleneksel uygulamalar ve davranış kalıpları kendine özgü bu mecazları, sembolleri ve anlamları barındırmaktadır. Araştırmada geleneksel çocuk bakım yöntemleriyle ilgili daha derinlemesine bilgi edinmek için uygulanan yöntemlerin neler olduğu, nasıl uygulandığı ve hangi amaçlarla uygulandığı bilgilerine ulaşılmaya çalışılmıştır. Nitel araştırma, verilerin toplanması ve analizinde sayısallaştırmayı değil genellikle sözcükleri vurgulayan bir araştırma stratejisi olarak kabul edilmektedir (Saban ve Özden, 2017: 6). Buradan hareketle geleneksel çocuk bakım yöntemlerini tespit etmeye uygulanma yoğunluğu betimlemeye ve açıklamaya çalışılmıştır. Dolayısıyla bu çalışma, yeni doğan çocuğa uygulanan geleneksel çocuk bakım yöntemlerini tespit edip, Türkiye’nin ve dünyanın birçok yerinde çocuk bakımında uygulanan geleneksel yöntemlere benzer uygulamaları ortaya koymaktır. Tarihi ve kültürü çok eskilere dayanan, geleneksel yapının hala canlı olduğu

Kahramanmaraş ili için geleneksel çocuk bakımının ilk kez araştırılması keşfedici bir nitelik de taşımaktadır. Çocuk bakımının perinatal sosyal hizmet alanında çalışılmamış olması nedeniyle sosyal hizmet mesleğine uygulama alanı inşa etmeye çalışarak model ve görüşme formu önerisinde bulunmasıyla da özgün bir araştırma olduğu düşünülmektedir.

Her olay kendi ortamı içinde en iyi biçimde anlaşılabilceği için, bu ortam içinde değerlendirilmelidir. Bulgular ve yorumlar elde edildiği ortamdan bağımsız olarak yapılmamalıdır. Bahsedilen bu özelliklerden dolayı araştırmacı görüşme esnasında edindiği gözlemleri ve tespitleri araştırmanın bulgular ve yorumlar bölümünde belirtmiştir. Çocuk bakımı tıbben doğrulanmaya muhtaç olsa da asırlardır süregeldiği hatta mitolojilerde bile yer aldığı görülmektedir. Örneğin yunan mitolojisinde oğlu Aşil'i korumak için diğer bir efsaneye göre ise ölümsüz yapmak için büyülu Styx Nehrine sol ayak topuğundan tutarak daldırdığı ve Themis 'in suya değmemesi gerektiğinden topuğunun tuttuğu kısmının suya girmemesi nedeniyle sadece sol topuğundan öldürülebileceğine inanıldığı örneğinde olduğu gibi gerek tarihte gerek mitolojide dünden bugüne çocuğu korumak, ona bakmak, ona yüce anlamlar yüklemek için çocuk bakımında çeşitli davranış kalıplarının varlığı aşıkardır.

Nitel araştırma desenlerinden fenomenolojik desen, neden ve nasıl sorularının cevaplarından hareketle derinlemesine bilgiye ulaşmada kullanılmaktadır. Gerek görüşme sorularına verilen cevaplardan çıkarılan bulgular analiz edilerek gerekse daha önceden yapılmış alanyazınındaki araştırmalar incelenerek derinlemesine bilgiye ulaşmaya çalışılmıştır.

Araştırma sorusunun yazılması, örneklem seçimi, veri toplama ve analiz işlem basamaklarından oluşmaktadır (Özdemir,2010: 334). Bu bağlamda önceki araştırmalar hem bu araştırmanın ölçme aracı olan görüşme sorularının oluşmasında hem kavramsal çerçevede hem de bulguların yorumlanması ve sonuçlar bölümünde gerek kültürel gerek sağlıkla ilgili gerek sosyal çalışma ile ilgili araştırmaların tamamından faydalanılmıştır. Kültürel motifler yaşanan yüzyıla, coğrafyaya göre değişirken sosyolojiye, tıbbi ve bilimsel yöntemlere göre değiştiği ve farklı yorumlandığı araştırma bulgularındaki yorumlardan da anlaşılmaktadır.

Bu açıklamalardan yola çıkarak, araştırmanın amacı; nitel araştırma yönteminin olguları açıklama, betimleme, yorumlama özelliğiyle; fenomenolojik desenin neden ve

nasıl sorularından hareketle derinlemesine bilgiye ulaşma özelliğini birleştirerek, yeni doğan çocuğa uygulanan geleneksel çocuk bakım yöntemlerini detaylı olarak betimlemeye çalışmaktadır. Çalışmanın diğer bir amacı da toplumu var eden kültürel değerleri göz önünde bulundurarak ve günümüz sağlık biliminin doğrulamalarından ve önerilerinden yola çıkarak sosyal hizmet müdahalesini ortaya koymaya çalışmaktadır.

2.8. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Araştırma verileri Kahramanmaraş ilinde 2020-2021 eğitim-öğretim yıllarında Kahramanmaraş'ta yaşayan kişilerle Kahramanmaraş'ta görüşmeler yapılarak tamamlanmıştır.

2.9. ÇALIŞMA GRUBU

Çalışma grubunu Kahramanmaraş'ta geleneksel çocuk bakımı yöntemlerini bilen kişiler örneklemi ise bu ilde yaşayıp geleneksel çocuk bakım yöntemlerini bilen/uygulayan ve görüşmeyi kabul eden gönüllü kişiler oluşturmaktadır. 'Örneklem evrenin içinden gelen, nitelik ve nicelik olarak onu temsil eden, evrenden daha küçük model ve evrenin alt birimidir.' (Kılıç, 2013: 44). Dolayısıyla Kahramanmaraşlı olup geleneksel çocuk bakımını bildiği düşünülen ve araştırmaya katılmayı kabul eden katılımcılardan oluşan örneklem grubu kartopu örneklem stratejisi ile oluşturulmuştur.

Baltacı (2018: 253)'ya göre kartopu örneklem stratejisi; evrende bulunan birimlere belirlemenin ve ulaşmanın zor olduğu ya da evren ile ilgili yeterli bilgiye sahip olunamadığı durumlarda zengin veri elde edilecek kişilere ulaşıldıktan sonra bu kişileri takip ederek zincirleme biçiminde örnekleme belirlemeye çalışmaktır. Bu araştırma için, yaşça büyük kişilere, yeni çocuğu olmuş anne-babalara ve çeşitli sağlık kuruluşlarındaki ebe ve hemşirelere 'Çevrenizde geleneksel yöntemleri bilen var mı? Bu yöntemleri uygulayanlar kimlerdir?' diye sorular sorarak alınan cevaplar doğrultusunda kaynak ve kılavuz kişilere ulaşılmaya çalışılmıştır. Bu kişiler tespit edildikten sonra görüşmeler yapılmaya başlanmış, katılımcılara diğer kaynak ve kılavuz kişiler sorularak araştırmaya katılmayı kabul edenlerle görüşmeler devam etmiştir. Karataş (2015: 69), nitel araştırmada çalışılan alanın yer alan alanın tanınması gerektiğinden, alanla ilgili ön bilgi edinilmesi gerektiği görüşünden bahsetmektedir. Araştırmacının Kahramanmaraş ilinde yani araştırma alanında yaşaması ve çalışması nitel araştırmanın bu özelliğini

karşıladığı görülmektedir. Kahramanmaraş'ta çocuk bakımında bilgi deneyim ve beceri sahibi olduğu düşünülen 67 kişiye kaynak ve kılavuz kişilere ulaşılmıştır. Görüşmeler belli bir sayıya ulaştığında görüşmelerden elde edilen veriler sıkça tekrarlanmaya başlamıştır. Yeni bilgiye ulaşamadığından görüşmenin doyuma ulaşması gerekçesiyle görüşmeler sonlandırılarak tamamlanmıştır (Başkale, 2016: 27).

Nitel araştırmalarda az sayıda örneklem üzerinden detaylı veri toplandığı bilinmektedir. Nitel araştırmalarda büyük gruplardan çok araştırmanın amaçlarını karşılayan, detaylı veri alınabilecek kişilerle görüşülmesi gerektiği bilinmektedir (Baltacı, 2018: 236). Dolayısıyla yeterli büyüklükteki örnekleme ulaşmak için nitel araştırma örneklem sayısının üstünde görüşmeler yapılmış, çocuk bakımını bildiği tespit edilen kişilerden 53 katılımcıyla bu araştırmanın örnekleme oluşturulmuş, çocuk bakımını bilen bu katılımcıların görüşmeleri analiz edilmiştir.

Nitel bir araştırma için 30 kişilik bir örneğin yeterli bir veri kaynağı (Baltacı, 2018: 235) olmasına rağmen sık tekrarlananlardan farklı çocuk bakımı yöntemlerini belirten katılımcıların görüşmelerinin tamamı dikkate alınmıştır. Kısaca derinlemesine araştırma yapabilmek için çalışmanın amacı bağlamında bilgi açısından zengin ve deneyime sahip kişilere ulaşılmış araştırmanın amacı anlatıldıktan sonra katılmaya gönüllü olan kişilerle görüşme yapılmış ve geleneksel çocuk bakımı yöntemlerini bilen katılımcıların verilerinin analiz sonucu bu araştırmanın bulgularını oluşturmuştur.

‘Sonuçların inandırıcılığı bilimsel araştırmanın en önemli ölçütlerinden biri olarak kabul edilir. Nitel araştırmacıların çalışmalarının inandırıcılığını göstermek için gereken önlemleri alması ve araştırma sürecini ve verileri açık ve ayrıntılı bir biçimde tanımlaması, yeterli büyüklükte örneklem seçimi yapması önemlidir.’(Başkale, 2016: 26). Bu bilgiler ışığında ses kayıtlarında sorun olanlar, araştırmaya katılıp görüşme başladıktan sonra görüşmeden ayrılmak isteyenler, mülakat sorularına yeteri ölçüde cevap vermekten kaçınanlar, derinlemesine görüşme yapılamayan, ‘evet, hayır hatırlamıyorum, bilmiyorum’ gibi kısa cevaplı olan kısa süren görüşmeler ve belli bir sürenin altında olup çocuk bakımını bilmeyen katılımcıların görüşmeleri dışlanmış, veri analizleri yapılmamıştır.

Bu kapsamda çalışma grubunu, Kahramanmaraş ilinde olan geleneksel çocuk bakımında bilgi, deneyim ve beceriye sahip, araştırmaya katılmada gönüllü 18 yaş üstü farklı yaşlarda 53 kadın ve erkekten oluşmaktadır. Araştırma konusunun doğası gereği

çocuk bakımında anne babaların eşit derecede sorumlu olması düşünüldüğünden erkek katılımcılarla kadın katılımcıların sayıları neredeyse birbirine yakın olmasına rağmen erkek katılımcıların geleneksel yöntemleri bilmediğinden analizleri yapılmadığı için erkek sayısının kadın sayısına oranla az olduğu görülmektedir. Bu da örneklemdaki erkek sayısının kadın sayısından daha az olmasına neden olmuştur. Ayrıca araştırma sorularını cevaplamayı kabul eden erkek katılımcıların çocuk bakımına ilişkin araştırmaya katılmaya gönüllü oldukları ama çocuk bakımını tam olarak bilemediklerinden dolayı cevap veremedikleri görülmüştür. Diğer taraftan araştırmacının kadın olmasından dolayı erkek katılımcıların bazı soruları cevaplarken çocuğun beslenmesi, emzirme, anne sütü gibi cevapları içeren sorularda utandıkları için zorlandıkları ve kısa cevap verdikleri fark edilmiştir. Araştırmadaki örneklem gurubundaki katılımcıların geleneksel çocuk bakımını bilip bilmemesinin bu araştırmada geleneksel yöntemlerin belirlenmesi açısından oldukça önemli olduğunu belirtmek gerekir.

2.10. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmada veri toplama aracı olarak yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır. Araştırmanın veri toplama aracını hazırlayabilmek için alan yazın taraması yapılmıştır. Araştırma problemi verilerle çözümlendiğinden veri toplama aracını hazırlamak için araştırma konusuna ilişkin geniş bir kaynak taraması yapılmıştır. Elde edilen bilgiler doğrultusunda sorular hazırlanarak yarı yapılandırılmış görüşme formu oluşturulmuştur. Hazırlanan yarı yapılandırılmış görüşme formu sorularıyla, her birey ile derinlemesine görüşme yapılarak veriler elde edilmiştir.

2.10.1. Görüşme Formlarının Oluşturulması ve Uygulanması

Bu araştırmada ölçme aracı olan yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır. Ulusal ve uluslar arası alanyazın taraması yapılarak daha önceki araştırmalardan tespit edilen geleneksel çocuk bakım yöntemlerinden yola çıkarak görüşme soruları hazırlanmıştır. Görüşme, sözlü iletişim yoluyla veri toplama aracıdır (Karasar, 2007: 165). Yarı yapılandırılmış görüşme, anketten daha esnektir ve günlük etkileşim kaynaklarından yararlanır. Günlük hayatın içinde çocuk bakımında kullanılan davranış kalıpları, alışkanlıklar ve inanışlar bu araştırmanın temelini oluşturduğundan

derinlemesine bilgiye ulaşılması ve araştırmacıya esneklik sağlaması için yarı yapılandırılmış görüşme formu hazırlanarak kullanılmıştır.

Görüşme formu, yenidoğan çocuğa uygulanan geleneksel çocuk bakım yöntemlerinde derinlemesine bilgiye ulaşmak ve konu dışına çıkmamak için açık, akıcı, kolay anlaşılır ve odak sorulardan hazırlanmıştır. Görüşmelere başlamadan önce çocuk sahibi olmayan iki kadın bir erkekle ve çocuk sahibi olan dört kadın ve üç erkekle görüşülerek ön deneme görüşmesi yapılmıştır.

Bu görüşmelerde ise soruların anlaşılır olup olmadığı sorulmuş, eklenmesi veya sırasının değiştirilmesini istediği sorular hakkında katılımcıların görüşleri alınmıştır. Şuan hâlihazırda tıbbi sosyal hizmet biriminde görev alan ve çocuklarla ilgili çalışma yürüten/proje yürüten mesleğin profesyonellerinden ve Sosyal Hizmet Anabilim dalındaki bilim insanlarından eleştiri ve önerileri alınmış, bu doğrultuda gerekli düzenlemeler yapılmış, görüşme formu son halini almıştır.

Bu araştırma için kullanılan yarı yapılandırılmış görüşme formu üç bölümden oluşmaktadır. Gönüllü katılım bölümü bu araştırmanın amacının açıklandığı, görüşme ve ses kaydı için sözlü onayın alındığı kısımdır. Diğer bölümler ise demografik bilgilerin sorulduğu sorularla başlayıp geleneksel çocuk bakımı yöntemlerini öğrenme amaçlı devam eden açık uçlu sorulardan oluşmaktadır.

Görüşme formundaki bölümlerden daha detaylı bahsetmek gerekirse ilk bölümde görüşme yapılan katılımcıların yaş, cinsiyet, gelir durumu, çocuk sayısı, eğitim gelir durumu, anne ve babalarının eğitim bilgileri, yaşadıkları yerler, gibi demografik bilgilerine yer verilmiştir. Bu bölümdeki sorular görüşmeye katılan kişilerin kategorik olarak ayrıştırılmasına imkân vermiştir. İkinci bölümde ise çocuk bakımında uygulanan yöntemleri, yöntemlerin uygulanma biçimleri, zamanı, neden tercih ettikleri, kimden öğrendikleri vb gibi uygulama tercihi ve özellikleri bağlamında çocuk bakımı kapsamındaki sorulardan oluşturulmuştur. Görüşme formunda yönlendirici sorulardan kaçınılmıştır. ‘Nitel yöntemle tasarlanmış araştırmalarda ele alınan konu hakkında derin bir kavrayışa ulaşma çabası vardır. Bu yönüyle araştırmacı bir kâşif gibi hareket ederek ilave sorularla gerçekliğin izini sürer ve muhatabının öznel bakış açısına önem verir.’ (Karataş, 2015: 63). Nitel araştırmanın bu özelliğinden dolayı gerekli durumlarda aynı sorular katılımcılara başka soru kalıplarına dönüştürülerek sorulmuştur.

Alan araştırması için, uygulayıcıya esneklik sağlayan yarı yapılandırılmış görüşme formları kullanılarak bireysel görüşmeler yapılmıştır. Nitel araştırmacı araştırma verisini toplamada ve analiz etmede birincil araç olduğundan, araştırma alanında önemli miktarda zaman harcaması gerekmektedir. (Saban ve Özden, 2017: 9). Dolayısıyla katılımcıların görüşme için uygun gördükleri yerlerde görüşmeler yapılmış, en uzun görüşmenin süresinin 90 dakikaya yakın olduğu görülmüştür. Görüşmeler yüz yüze yapılmaya çalışılmıştır ancak telefonla yapılmak istenen görüşmelerde kabul edilmiştir.

Araştırmada veri kaybı olmaması için katılımcılardan sözlü izin alınarak görüşme video, ses kayıt cihazı, vb. ile kayıt altına alınmıştır. Araştırma yapılan kişilerin psikososyal, kültürel ve demografik özellikleri ortaya koyularak çocuk bakımı algılarına ilişkin veriler elde edilmiştir. Ayrıca veri analizinde katılımcıların isimleri ve kimlikleri deşifre edilmemiş, her bir katılımcı için K1, K2, K3 gibi kodlar verilmiştir.

Yapılan görüşmelerden elde edilen 53 görüşme veri setinin ses kayıtlarının tamamı baştan sona 2 kez dinlenilmiştir. İkinci dinlemede geleneksel yöntemlerden bahsedenler seçilmiş ayrıca yukarıda bahsedilen dışlama işlemi yapılmıştır. Seçilen 53 görüşmenin ses kayıtları yeni veri setini oluşturmuş ve bu veri seti üzerinden kodlar, kategoriler ve temalar oluşturulmuştur. Kodlar alanyazınındaki mevcut terimler ve ifadelerden yola çıkılarak kullanılmış, ayrıca araştırmacı kodlar, kategoriler ve temaları oluşturulurken kuramsal çerçeve okunmaya devam edilmiştir.

2.11.VERİLERİN ANALİZİ

Araştırmada veriler betimsel ve içerik analiz ile analiz edilmiştir. Betimsel analiz, çeşitli veri toplama teknikleri ile elde edilmiş verilerin daha önceden belirlenmiş temalara göre özetlenmesi ve yorumlanmasını içeren bir nitel veri analiz türüdür (Özen ve Arslan Hendekçi; 2016: 625). Betimsel analizde temel amaç, elde edilen verilerin yorumlanmasıdır.

Araştırma özenli bir veri toplama, veri analizi ve raporlaştırma sürecini içeren detaylı bir yöntemi içinde barındırır. ‘Nitel araştırmacıların çalışmalarının inandırıcılığını göstermek için gereken önlemleri alması ve araştırma sürecini ve verileri açık ve ayrıntılı bir biçimde tanımlaması, yeterli büyüklükte örneklem seçimi yapması önemlidir.’ (Başkale, 2016: 26). Nitel araştırmada sosyal olayların doğası gereği sürekli

değişim ve gelişimin olması bulgulara genelleme güçlüğünü açıklamaktadır (Karataş, 2015). Veri seti farklı zamanlarda, aralıklı ve aralıksız olarak defalarca dinlenmiştir. Tüm veri seti nitel yazılımlarından biri olan MAXQDA 2020 Programı'na aktarılmıştır. MAXQDA 2020 Programı ile görüşme dökümlerinin analiz işlemlerinin elle yapılan analize göre daha sistematik olarak yürütüldüğü görülmüştür. MAXQDA 2020 programı ile görüşme sorularından elde edilen ses dosyalarındaki veriler kodlanmış, daha sonra kodlardan, kategoriler ve temalar oluşturulmuş ve yorumlamaya gidilmiştir. Verileri araştırmacıların anlayabileceği şekilde tanımlama, açıklama ve sunma kolaylaşmıştır.

Yenidoğan çocuğa uygulanan geleneksel çocuk bakım yöntemlerini ortaya çıkarmak için yarı yapılandırılmış görüşme formuyla yapılan araştırmada; yeni doğan çocuğa uygulanan geleneksel çocuk bakım yöntemleri, geleneksel yöntemlerin özellikleri, yararları ve zararları, çocuk bakımında ebeveynlerin uyguladıkları yöntemler ve çocuk bakımında aldıkları destekler tespit edilmiştir. Ayrıca geleneksel yöntemlerde kullandıkları malzemeler, uygulama biçimleri ve bekledikleri faydalar ortaya çıkmıştır. Ebeveynlerin çocuk bakımında ihtiyaçları ve almak istedikleri destekler önemli ölçüde tespit edilmiştir. Alanyazın taramasıyla veri analizi için kuramsal çerçeve oluşturulduktan sonra, MAXQDA 2020 programında veriler tekrar tekrar dinlenerek kodlar oluşturulup düzenlenmiş, kategoriler ve temalar oluşturulmuştur. Sonuçta 4 tema altında toplam 130 kod oluşturulmuştur.

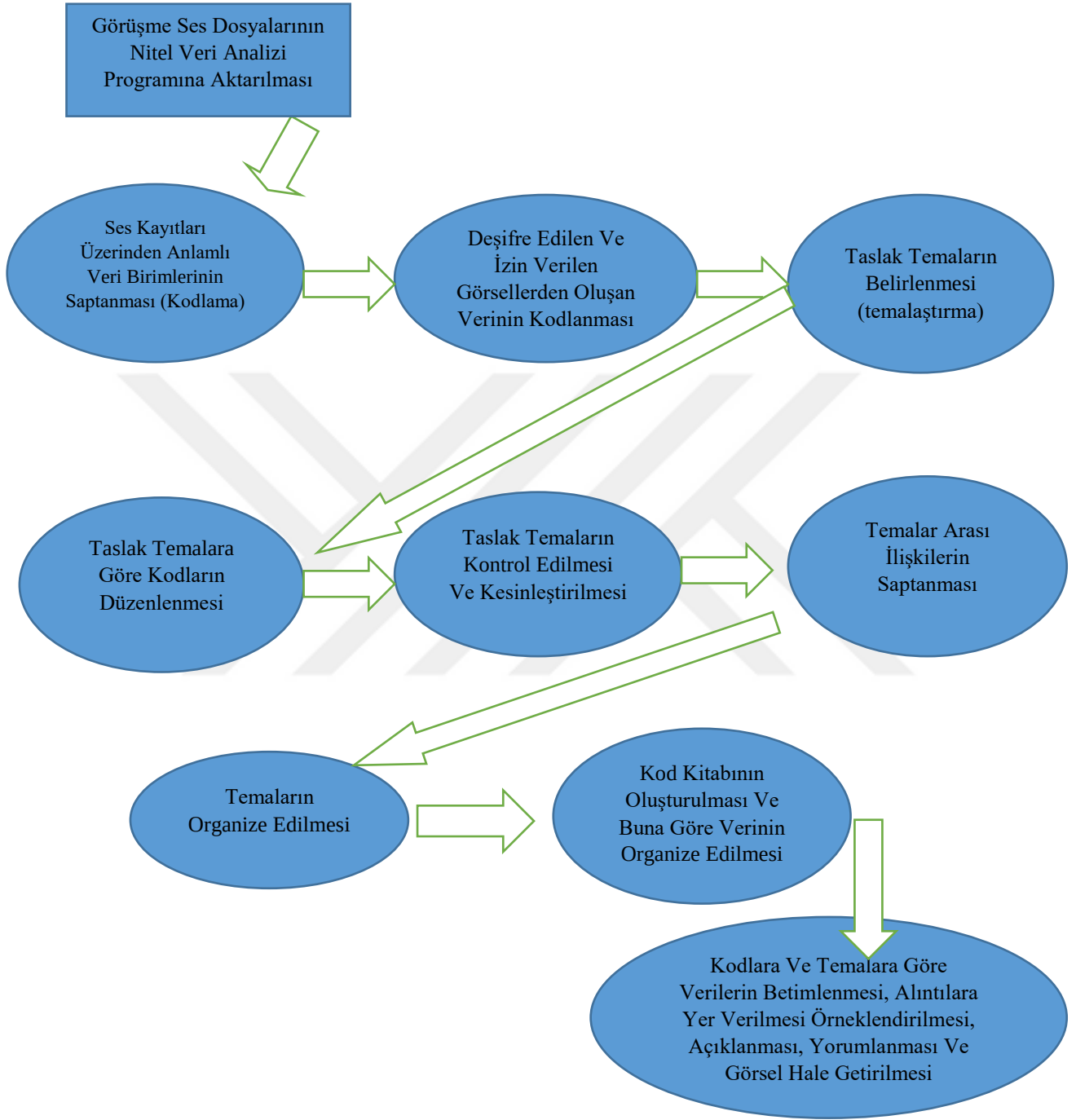
Kodlar oluşturulduktan sonra daha kapsamlı ve derinlemesine analiz için içerik analizi yapılmıştır. İçerik analizi veriden onun içeriğine ilişkin tekrarlanabilir ve geçerli sonuçlar çıkarmak üzere kullanılan bir araştırma tekniğidir (Krippendorff, 1980: 25). İçerik analizi burada, mesajın bilimsel analizi anlamına gelmektedir (Barcus, 1959: 72). 'İçerik analizi yöntemi, sorunun sistematik ve tarafsız bir biçimde sunumunu hedefler.' (Koçak ve Arun, 2006: 22). Yarı yapılandırılmış görüşme formuyla elde edilen verilerin kodlanmasıyla oluşan kod yoğunlukları alan yazınında var olan önceki araştırma sonuçlarıyla açıklanmaya çalışılmıştır. Kanıta dayalı uygulama, 'mesleki uygulamalarda karar verirken mümkün olan en iyi araştırma kanıtlarının deneyim ve müracaatçının beklentileriyle bütünleştirilerek kullanılmasını ifade eden bir yaklaşımdır' (Çay ve Daşbaş, 2020: 1514). Geleneksel yöntemlerden hastalık yapan, uygulama sonucunda tedavi gerektiren veya iz/hasar bırakan yöntemler daha önce

yapılan tıbbi ve çocuk gelişimi araştırmaları, kuram ve uygulamalarıyla açıklanarak bu yöntemlerin neden uygulanmaması gerektiği kanıta dayalı güncel araştırma sonuçlarıyla ortaya konulmuştur. Geleneksel yöntemlerdeki çocuğa fayda sağlayan, kültüre ve inanç sistemine ait olan uygulamalar ise yine alanyazınındaki sosyoloji ve antropoloji araştırmalarıyla betimlenerek ve kültüre vurgu yapılarak çevresi içinde birey bağlamında açıklanmaya çalışılmıştır.



Görüşme verilerinin analizinde aşağıdaki aşamalar izlenmiştir.

Görüşme Verilerinin Analizinde İzlenen Aşamalar



2.12. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Araştırma için Adıyaman Üniversitesi' den Etik Kurul onayı alınmıştır. Görüşmelere başlamadan önce gönüllük formu sesli okunarak onay alınmıştır. Görüşmelerin ses kaydı olarak kaydedilmesi içinde onay alındıktan sonra görüşmeler başlamıştır. Kişisel bilgilerin ve görüşmelerden elde edilen bilgilerin araştırmacılar dışında başka kişilerce paylaşılmayacağı da belirtilmiştir.

2.13. ARAŞTIRMANIN GEÇERLİLİĞİ VE GÜVENİRLİLİĞİ

Kuramsal çerçeve incelendikten sonra edinilen bilgiler doğrultunda yarı yapılandırılmış görüşme formu hazırlanmıştır. Böylece görüşme formu ile kuram arasında tutarlılık sağlanmıştır. Görüşme formu, nitel araştırma yapan uzmanlara, sosyal hizmet uzmanlarına ve tez izleme jürisine sunularak görüş ve önerileri alınmış, ön deneme görüşmeleriyle son halini almıştır. Görüşmeler yüz yüze yapılmıştır. Katılımcıların sözlü onayları alınmış ve kayıt cihazları ile kaydedilmiştir. Diğer nitel araştırma desenlerinde veri toplama sürecinde araştırmacının rolü çok önemlidir; çünkü veri toplama süreci standart değildir. İyi bir araştırmacı; iyi sorular sormalı ve cevapları yorumlayabilmeli, kendi ideoloji ve fikirlerine kapılmamalı, yeni karşılaştığı durumları bir tehdit olarak değil de bir fırsat olarak görebilecek kadar esnek olmalıdır (Subaşı ve Okumuş, 2017: 423). Bireylerin kendi deneyimlerinin dışında şahit oldukları diğer gözlemlerini de anlatmalarına müdahale edilmeden izin verilmiştir.

‘Nitel çalışmalarda geçerlik ve güvenilirlik konuları çok fazla üzerinde durulan konular olmamakla birlikte verilerin güvenilirliği için son derece önemlidir. Nitel çalışma yapan araştırmacıların örneklemelerinin kabul edilebilir büyüklükte olduğunu ve inandırıcılığını kanıtlamaları araştırmanın kalitesini de artıracaktır.’ (Başkale, 2016: 24). Bu sebeple araştırmanın aynı veri setine ilişkin kodlar arası benzerlik hesaplanarak araştırmanın güvenilirliği hesaplanmıştır.

Alanyazın araştırmaları doğrultusunda kodlar, kategoriler, temalar ve diğer tüm aşamalar kontrol edildikten sonra, nitel veri analizi sonucu elde edilen sonuçların, analize sokulan veri seti temsil düzeyinin belirlenmesi gerekmektedir (Poggenpoel ve Myburgh, 2003). ‘Bu aşamada araştırmacının, bireysel etkisinden arındırılmış bir kodlama yapması durumu olanaksızdır. Böylesi bir durumda farklı kodlayıcılar tarafından aynı veri setine ilişkin kodlama yapması önemlidir. Çünkü farklı kodlayıcılar

tarafından kodlanan veri setinin, benzerlik oranı önemlidir.’ (Fidan ve Öztürk, 2015). Bu benzerlik oranı aynı zamanda nitel araştırmanın güvenilirliğini belirlemede kullanılır. Miles ve Huberman (1994) modelinde içsel tutarlılık olarak adlandırılan ve kodlayıcılar arasındaki görüş birliği olarak kavramsallaştırılan bu benzerlik: $\Delta = C \div (C + \partial) \times 100$ formülü kullanılarak yapılmaktadır. Formülde, Δ : Güvenirlik katsayısını, C: Üzerinde görüş birliği sağlanan konu/terim sayısını, ∂ : Üzerinde görüş birliği bulunmayan konu/terim sayısını ifade etmektedir. İçsel tutarlılığı veren kodlama denetimine göre kodlayıcılar arası görüş birliğinin en az %80 olması beklenmektedir (Miles ve Huberman 1994; Patton 2002). Bu nedenle çalışmamızda kodlar arası benzerlik oranını saptamak amacıyla alan uzmanından görüş alınmıştır. Uzman ile kodlar arası görüş birliği oranı %81,25 olarak bulunmuştur.

$$\Delta = C \div (C + \partial) \times 100$$

$$\Delta = 130 \div (130 + 30) \times 100$$

$$\Delta = 130 \div 160 \times 100$$

$$\Delta = 0,8125 \times 100$$

$$\Delta = 81,25$$

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR VE BULGULARIN YORUMLANMASI

Araştırma problemine açıklık getirmesi adına yapılan görüşmelerden elde edilen bulgular bu başlık altında sunulmuştur. Araştırmanın katılımcıları K1-K53 olarak numaralandırılmıştır. Katılımcıların profilleri ile ilgili bilgiler aşağıdaki tablolarda detaylı olarak verilmiştir.

3.1. ARAŞTIRMAYA İLİŞKİN KATILIMCILARININ DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ (KATILIMCI PROFİLLERİ)

Bu araştırma Kahramanmaraş ilinde yaşayan bireylerden geleneksel çocuk bakımını bilen kartopu örnekleme yöntemiyle seçilen kişilerle görüşmeler yapılarak tamamlanmıştır.

Araştırmada elde edilen veriler birbirleriyle ilişkilendirilerek neden sonuç ilişkisi içinde değerlendirilmeye çalışılmıştır. Katılımcılardan alınan bilgiler birden fazla değişkenle taranarak anlamlı ilişkiler içinde olup olmadığına bakılmıştır. Tespit edilen geleneksel çocuk bakım yöntemlerinin tıbben uygun olup olmadıkları alan yazınla doğrulamalar yapılarak ortaya konulmaya çalışılmıştır. Kültüre ve inanca ait olan geleneksel yöntemler ise önceki araştırmalarla benzerlikleri ve farklılıkları betimlenmeye çalışılmıştır.

Katılımcıların belge grubu, cinsiyet, yaş, medeni durum doğdukları il, son beş yılda yaşanan yer, ailesinin ikamet ettiği il bilgileri aşağıdaki tablolarda yer almaktadır.

Tablo 1. Katılımcıların Cinsiyet Değişkeni Yüzde ve Frekans Dağılımını Gösterir Tablo.

Cinsiyet	Frekans(F)	Yüzde(%)
Erkek	13	24,5
Kadın	40	75,5
Toplam	53	100

Yukarıdaki katılımcıların cinsiyet değişkeni yüzde ve frekans dağılımını gösterir tablo incelendiğinde bu araştırmayı oluşturan evrenin katılımcılarının demografik yapıları ortaya çıkmaktadır. Katılımcıların % 75,5 (40)'inin kadın olduğu ve % 24,5

(13)'inin erkek olduğu görülmektedir. Görüldüğü gibi araştırmada kadın sayısının yoğunluğu fazladır.

Bu araştırmada dikkat çekilmesi gereken bir konu bu araştırma için örneklem oluştururken çocuk bakımını gerçekleştirenlerin kimler olduğu düşünüldüğünde ilk akla gelen kişilerin kadınlar olmasına rağmen çocuk bakımı konusunda bilgili/kılavuz kişiler sorulduğunda erkeklerin bilgili/kılavuz kişiler gösterilerek onlarında bu konu hakkında bilgi sahibi olduklarının düşünülmesidir. Toplumsal cinsiyet eşitliği bağlamından değerlendirildiğinde bölgenin kültürel özelliğine ve aile yapılarına bakarak çocuk bakımında erkelerin % 24,5 (13) gibi düşük oranda olsa bile çocuk bakımıyla ilgilenmelerini iyimser bir tablo çizerken erkek katımcılarının oranının düşük olması çocuğun bakımında anne-babaların eşit sorumlu olması (Türk Medeni Kanunu, 262-264) nedeniyle iyileştirilmesi gereken bir sonuç olduğunu düşündürmektedir.

Özcebe ve diğerlerinin 2011 yılında '0-10 Yaş aralığında çocuğu olan babaların çocuk sağlığı ve bakımındaki rolleri' isimli çalışmanın, annelerden alınan cevaplara göre babaların çocuk bakımında çocuğun beslenmesiyle ilgilendiklerini, çocuğun altının değiştirilmesine yardımcı olduklarını ve çocuk ağlayarak uyandığında ise çocukların yanına gittiklerini ifade etmişlerdir. Babaların çocuk bakımıyla ilgili bu sonuç bu araştırma sonucuyla uyumluluk göstermektedir.

Tablo 2. Katılımcıların Yaş Değişkeni ve Frekans Dağılımını Gösterir Tablo.

Yaş Aralığı Dağılımı	Kadın		Erkek		Toplam	
	Frekans (N)	Yüzde (%)	Frekans (N)	Yüzde (%)	Frekans (N)	Yüzde (%)
20-30 yaş aralığı	11	27,5	3	23,07	14	26,4
31-40 yaş aralığı	11	27,5	5	38,45	16	30,1
41-50 yaş aralığı	8	20,0	0	0	8	15,1
51-60 yaş aralığı	5	12,5	3	23,07	8	15,1
61 yaş ve üzeri	5	12,5	2	15,38	7	13,2
Toplam	40	100	13	100	53	100

Yukarıdaki katılımcıların yaş değişkeni ve frekans dağılımını gösterir tablo incelendiğinde 20-30 yaş aralığında % 26,4 (14), 31-40 yaş aralığı % 30,1 (16), 41-50

yaş aralığı %15,1 (8), 51-60 yaş aralığı %15,1 (8) ve 61 yaş ve üzeri %13,2 (7) oranları bulunmuştur. Yaşları 31-40 yaş aralığında olan katılımcıların oranı %30,1(16) oranı ile araştırmanın en yoğun frekans dağılımını gösterirken, 61 yaş ve üzeri olan katılımcıların %13,2 (7) oranı ile en seyrek frekans dağılımını göstermektedir. 61 yaş ve üzeri olan bu grubun araştırmada olması günümüzde kullanılmayan, unutulmaya yüz tutmuş geleneksel yöntemlere ulaşmada yol gösterici olduklarını düşündürmektedir. Araştırmaya katılanların %56,5'inin 20-40 yaş aralığında olduğu görülmektedir. Bu yaş aralığındaki katılımcıların %53,33 (16)'ünün istedikleri eğitimi alamadıkları görülmektedir. Yaşları 20-40 arasında olup ve istediği eğitimi alamayan bu katılımcıların %68,75 (11)'inin çocuk bakımında büyükler tarafından tavsiye edilen yöntemleri uyguladıkları görülmektedir. Bu oranlara bakıldığında ebeveynlerin çocuk bakımında aile büyüklerinin tavsiye ettiği yöntemleri uygulamalarından dolayı geleneksel yöntemlerin günümüzde halen uygulanmasının devam ettiği söylenebilmektedir. Çocuğun yüksek yararı ve hak temelli düşünüldüğünde çocuğa iyi gelmeyen geleneksel uygulamaların tespit edilmesi ve perinatal sosyal hizmetin müdahale yöntemleriyle önlenmesi açısından bu araştırmanın gerekliliğini ortaya çıkarmaktadır.

Tablo 3. Katılımcıların Medeni Durum Dağılımını Gösterir Tablo.

Medeni Durum	Kadın		Erkek		Toplam	
	Frekans (N)	Yüzde (%)	Frekans (N)	Yüzde (%)	Frekans (N)	Yüzde (%)
Evli	37	82,5	12	92,28	49	92,45
Bekar	3	7,5	1	7,69	4	7,54
Toplam	40	100	13	100	53	100

Katılımcıların medeni durum dağılımını gösterir tabloya bakıldığında sadece %7,2 (4)'sinin bekar, %92,8 (49)'inin ise evli olduğu bilinmektedir. Araştırmanın örneklemini oluştururken bekar kişilerin çocuk bakımı konulu bu araştırmaya katılmayı reddettikleri görülmektedir. Görüşme yapılan diğer kişilerin de hiç evlilik yapmamış bekâr kişileri önermemeleri araştırmanın en dikkat çekici sonuçlarından biri olduğu düşünülmektedir. Bunun nedeninin bekârların çocuk sahibi olmadıklarından çocuk bakımına yönelik de bilgi sahibi olmadıkları düşüncesi olduğu söylenebilir. Çocuk

sahibi olmayan hatta evlenmemiş kişilerin çocuk bakımını bilmedikleri konusunda önyargılı olmaları oldukça şaşırtıcı bir sonuç olarak karşımıza çıkmaktadır. Çocuk bakımı konusunda bilgili ve tecrübeli olmanın birçok yolu olduğu düşünülmektedir. Çocuk bakımı eğitimlerine katılarak, evlat edinerek, kardeşi ve yeğenlerinin bakımına destek olarak da çocuk bakımının öğrenilebileceği düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan bekar olan katılımcılar 1 kez evlilik yapmış ve çocukları olan kişilerdir. K6 kodlu katılımcı 1 kez evlenmiş, eşiyle anlaşamadığı için ayrıldığını belirtmiştir. Bu araştırmanın konusu olan yenidoğan döneminde ve ondan bir süre sonra daha çocuğuyla birlikte yaşadığını boşandıktan sonra ise çocuğunu kısıtlı görebildiğini belirtmiştir. K33 kodlu katılımcı da eşiyle anlaşamadığı için boşandığını belirtmiştir. Diğer 2 bekar katılımcı ise eşlerinin vefat ettiğini söylemişlerdir. Eşleri vefat eden K43 ile K48 kodlu katılımcılar kendilerini ‘dul’ olarak ifade etmelerine rağmen bu araştırmada bekar olarak kodlanmıştır. Türk Dil Kurumuna göre bekar kelimesinin anlamı, ‘evli olmayan kimse, evli olmakla birlikte herhangi bir nedenle ailesinden uzakta, yalnız yaşayan kimse’ olarak tanımlanmaktadır (Türk Dil Kurumu, 2021). K6 ve K33 kodlu katılımcıların yaş aralığı 20-40 yaş aralığındadır. K6 ile K33 kodlu katılımcılar kendilerini ‘eşimden ayrırım’ ve ‘bekarım ama çocuğum var’ şeklinde ifade etmişleridir. K43 ile K48 kodlu katılımcıların yaş aralığı 41 yaş ve üzeri olduğu bilinmektedir. Boşanma sonrası veya evliliğin sona ermesi durumunda medeni durumu ifade etmede yaşları büyük olan K43 ile K48 kodlu katılımcıların günümüz kültüründe artık kullanılmayan terim olan ‘dul’ kelimesini tercih ederken onlardan daha genç olan K6 ve K33 katılımcıların ise bu kelimeyi kullanmadıkları görülmektedir. Bu durum eğitim düzeyi ile de açıklanabilmektedir. Şöyle ki K6 kodlu katılımcı yüksek lisans K33 kodlu katılımcı ise lisans mezunudur. K43 kodlu katılımcının okur-yazar olmadığı K48 kodlu katılımcının ise ilkokul mezunu olduğu bilinmektedir. Dolayısıyla eğitim seviyesinin yükselmesiyle toplumun dayatmasından ve mahalle baskısından uzak bir söylemle kişinin kendini ifade etmesinde daha insancıl ve kabul edilebilir yol gösterici bir söylemde evrensel ifadelerin kullanıldığı söylenebilir.

Bu bulguda şöyle bir yorum yapılmasının da yanlış olmayacağı düşünülmektedir. Tek ebeveynli ailelerin kendi aile yapılarını açıklarken zorlandıkları gözlemlenmiştir. Çocuklu bekar bir ebeveyn olmayı nasıl tanımlayacakları noktasında karışıklık yaşadıkları hissedilmiştir. Bu çalışmanın konusu olan yeni doğan çocukların

tek ebeveynli ailelerde dünyaya gelmesi bu araştırmanın hedefleri arasında olmamasına rağmen tek ebeveynli aileleri çocuk bakımında güçlendirmek için onlara da öneride bulunması gerekliliği fark edilmiştir. Dolayısıyla bu araştırmanın öneriler bölümünde tek ebeveynli aileler için de psikosoyal destek önerilerine yer verilmesi gerektiği düşünülmektedir. Şunu da belirtmek gerekir ki ailenin güçlendirilmesi ve çocuğun yüksek yararı düşünüldüğünde sosyal hizmet uzmanlarınca tek ebeveynli (Babası belli olmayan, annenin öldüğü babanın yaşadığı, anne ve/veya babanın terk ettiği, vb.) ailelerde yürütülmesi gereken psikososyal desteğin başka araştırmalarda daha detaylı incelenmesi gerektiği düşünülmektedir.

Tablo 4. Katılımcıların Doğdukları İllerin Değişkeni ve Frekans Dağılımını Gösterir Tablo.

Doğdukları İl	Kadın		Erkek		Toplam	
	Frekans (N)	Yüzde (%)	Frekans (N)	Yüzde (%)	Frekans (N)	Yüzde (%)
Kahramanmaraş	35	87,5	12	92,28	47	88,7
Ankara	0	0	1	7,69	1	1,8
Kırıkkale	1	2,5	0	0	1	1,8
Adana	1	2,5	0	0	1	1,8
Erzurum	1	2,5	0	0	1	1,8
Eskişehir	1	2,5	0	0	1	1,8
Hatay	1	2,5	0	0	1	1,8
Toplam	40	100	13	100	53	100

Yukarıdaki katılımcıların doğdukları iller incelendiğinde katılımcıların büyük çoğunluğunun Kahramanmaraş ilinde doğduğu görülmektedir. Katılımcıların doğdukları diğer iller Ankara, Kırıkkale, Adana, Erzurum, Eskişehir ve Hatay ve her bir ilin oranının %1,8 olduğu görülmektedir.

Başka şehirlerde doğan %10,8 orana sahip bu katılımcıların tamamının son 5 yılda Kahramanmaraş ilinde yaşadıkları ve memleketlerinin burası olduğu bilinmektedir. Kahramanmaraş dışındaki şehirlerde doğmalarına rağmen K11, K17, K18 ve K36 kodlu katılımcıların geleneksel yöntemleri uygulamada zorluk çekmelerine

ve sağlık çalışanlarının yönlendirme yapmasına rağmen yine de aile büyüklerince tavsiye edilen yöntemleri uyguladıklarını söyledikleri görülmektedir. Bu sonucun çalışmanın en önemli bulgularından biri olduğu düşünülmektedir. Katılımcıların ocuk bakımında sağlık çalışanlarından yönlendirme almalarına ve geleneksel yöntemleri uygulamada zorluk çekmelerine rağmen ısrarla uygulama yapmalarının sebebi ocuk bakımında duydukları destek gereksiniminin büyük oranda aile büyüklerinden gelmesiyle açıklanabilmektedir. ocuk bakımında sağlık desteğinin artırılması ihtiyaı ve bu alandaki perinatal sosyal hizmet müdahalesinin gerekliliği bir kez daha belirginleşmiştir.

Tablo 5. Katılımcıların Son 5 Yılda Yaşadıkları İllerin Değişkeni ve Frekans Dağılımını Gösterir Tablo.

Son 5 Yılda Yaşadıkları İl	Kadın		Erkek		Toplam	
	Frekans (N)	Yüzde (%)	Frekans (N)	Yüzde (%)	Frekans (N)	Yüzde (%)
Kahramanmaraş	40	100	13	100	53	100
Toplam	40	100	13	100	53	100

Yukarıdaki katılımcıların son beş yılda yaşadıkları iller incelendiğinde katılımcıların %100'ünün son beş yılda Kahramanmaraş'ta bulunduğu görülmektedir. Kahramanmaraş ilinde yenidoğan çocuğa uygulanan geleneksel ocuk bakım yöntemlerinin tespit edilmesi amacıyla tasarlanan bu çalışmada evren Kahramanmaraş ilidir. Kahramanmaraş ilinde ocuk bakım yöntemlerini bilen ve uygulayan kişiler araştırmanın çalışma grubunu (rneklemini) oluşturmaktadır.

Tablo 6. Katılımcıların İkamet Ettiği İl Değişkeni Yüzde Ve Frekans Dağılımını Gösterir Tablo.

Ailenin İkamet Ettiği Şehir	Kadın		Erkek		Toplam	
	Frekans (N)	Yüzde (%)	Frekans (N)	Yüzde(%)	Frekans (N)	Yüzde (%)
Kahramanmaraş	36	2,5	13	100	49	92,45
Antalya	1	2,5	0	0	1	1,88
Adana	1	2,5	0	0	1	1,88
Erzurum	1	2,5	0	0	1	1,88
İstanbul	1	2,5	0	0	1	1,88
Toplam	40	100	0	100	53	100

Yukarıdaki katılımcıların ikamet ettiği il durumu incelendiğinde 49 katılımcının ailesinin Kahramanmaraş'ta ikamet ettiği görülmektedir. Katılımcıların 1'inin ailesi Adana'da, 1'inin Antalya'da, 1'inin Erzurum'da ve 1'inin İstanbul'da ikamet ettiği görülmektedir.

Tablo 7. Katılımcıların Ailesi ile Birlikte Yaşama Değişkeni Yüzde ve Frekans Dağılımını Gösterir Tablo.

Ailesi Birlikte Yaşama	Kadın		Erkek		Toplam	
	Frekans (N)	Yüzde (%)	Frekans (N)	Yüzde (%)	Frekans(N)	Yüzde (%)
Ailesi birlikte yaşayan	37	92,5	12	92,28	49	92,45
Ailesinden ayrı yaşayan	3	7,5	1	7,69	4	7,54
Toplam	40	100	13	100	53	100

Yukarıdaki katılımcıların ailesi ile birlikte yaşama değişkeni incelendiğinde %92,45 (49)'ünün ailesi ile birlikte yaşadığı ve % 7,54 (4)'ünün ailesinden ayrı yaşayan olduğu görülmektedir. Görüldüğü gibi katılımcıların çoğu ailesi ile birlikte yaşamaktadır.

Bu anlamda katılımcıların çoğunun %92,45 (49)'ünün düzenli bir aile hayatının olduğu görülmektedir. Düzenli bir aile hayatı yaşıyor olmanın katılımcılara deneyim kazandırdığını ifade edebiliriz.

3.2. ARAŞTIRMAYA İLİŞKİN KATILIMCILARININ EĞİTİME İLİŞKİN BULGULARI VE YORUMLAR

Bu bölümde katılımcıların eğitim durumları, istedikleri eğitimi alıp almadıklarının durumları ve anne ve babalarının eğitim durumları tespit edilmeye çalışılmıştır. Katılımcıların ve anne-babalarının eğitim düzeyleri ile geleneksel yöntemlerin uygulanma düzeyleri arasındaki olası ilişkinin saptanabilmesi için bu bölümde elde edilen veriler diğer bölümlerde gerekli görüldüğü durumlarda değişken olarak kullanılmıştır.

Katılımcıların eğitim durumu, istedikleri alma durumu, annenin eğitim durum ve babanın eğitim durumu bilgileri aşağıdaki tablolarda almaktadır.

Tablo 8. Katılımcıların Eğitim Durumu Değişkeni Yüzde ve Frekans Dağılımını Gösterir Tablo.

Eğitim Durumu	Kadın		Erkek		Toplam	
	Frekans (N)	Yüzde (%)	Frekans (N)	Yüzde (%)	Frekans (N)	Yüzde (%)
Okur-yazar değil	3	7,5	0	0	3	5,66
İlkokul	16	40	1	7,69	17	32,07
Ortaokul	5	12,5	3	23,07	8	15,09
Lise veya eşdeğeri	8	20,0	4	30,76	12	22,64
Önlisans	1	2,5	2	15,38	3	5,66
Lisans	6	15,0	2	15,38	8	15,09
Lisansüstü	1	2,5	1	7,69	2	3,77
Toplam	40	100	13	100	53	100

Yukarıdaki katılımcıların eğitim durumu incelendiğinde katılımcıların %5,66 (3)'ünün okur-yazar olmadığı, %32,07 (17)'sinin ilkokul, %15,09 (8)'u ortaokul, %22,64 (12)'ü lise,%5,66 (3)'sı önlisans, %15,09 (8)'u lisans ve %3,77 (2)'si lisansüstü eğitim düzeyi olarak belirtmişlerdir. Araştırmaya katılan katılımcılardan

geleneksel yöntemleri tercih eden katılımcıların genellikle ilkokul mezunu ve okur-yazar kategorisinde yer aldıkları görülmektedir. Bununla birlikte çocuk bakımı konusunda eğitim almayan katılımcıların geleneksel çocuk bakım yöntemlerini uyguladıkları çalışmanın bulgularında yer almaktadır.

Şenses ve Yıldızoğlu (2002: 45)'nin araştırmada geleneksel yöntemlerin eğitim düzeyi düşük ve alt sosyo-kültürel seviyedeki kişilerde daha yaygın olarak görüldüğünü belirtilmiştir. Uğurlu ve diğerlerinin (2013: 342) yaptığı araştırmadaki katılımcılardan yaşları küçük ve eğitim durumları düşük olan annelerin geleneksel yöntemlere modern yöntemlerden daha sık başvurdukları belirtmektedir. Geleneksel çocuk bakım uygulamalarının farklı yıllarda, şehirlerde ve eğitim düzeylerinde yapılan önceki araştırmalarda da devam ettiği görülmektedir. Araştırmanın bu sonucu alanyazın ile uyumluluk göstermektedir.

Tablo 9. Katılımcıların İstedikleri Eğitimi Alma Değişkeni Yüzde ve Frekans Dağılımını Gösterir Tablo.

İstedikleri Alma	Eğitimi	Kadın		Erkek		Toplam	
		Frekans (N)	Yüzde (%)	Frekans (N)	Yüzde (%)	Frekans (N)	Yüzde (%)
İstedikleri Alma	Eğitimi	13	32,5	7	53,83	20	37,73
İstedikleri Almama	Eğitimi	27	67,5	6	46,14	33	62,26
Toplam		40	100	13	100	53	100

Yukarıdaki katılımcıların istedikleri eğitimi alma durumları incelendiğinde katılımcılara istedikleri eğitimi alma durumları sorulduğunda katılımcıların %62,26 (20)'si istediği eğitimi almadığını, %37,37 (13)'ü ise istediği eğitimi aldığını belirtmiştir. İstedikleri eğitimi almadıklarını belirten katılımcıların genellikle büyükler tarafından tavsiye edilen ve büyükler tarafından uygulanan geleneksel çocuk bakım yöntemlerini kullandıkları görülmektedir.

İstedikleri eğitimi almayan katılımcıların %48,48'inin annelerinin ve %42,42'sinin babalarının eğitim durumlarının okuryazar olmadığı görülmektedir. İstedikleri eğitimi almayan katılımcıların anne ve babalarının %6,06'nın okuryazar, %25,75 'inin ilkokul mezunu olduğu görülmektedir. Katılımcıların eğitim durumları karşılaştırıldığında eğitim seviyesi düşük olan anne babaların çocuklarının da eğitim

seviyelerinin düşük olduğu görülmektedir. İstedikleri eğitimi almayan katılımcılardan ilkokul mezunu olan %30,30'luk oranındaki kişilerin anne babalarının eğitimlerinin yoğunluklu olarak okuryazar olmadığı görülmektedir. TÜİK 2020 yılı verilerine göre Kahramanmaraş ili için 15 yaş üstü okuma yazma bilmeyen kişilerin sayısı 43.526'tır (TÜİK, 2021). Bu verilerden araştırma sonuçlarına bakıldığında okuma yazma bilmeyenlerin sayılarının yaşları büyük olan kişilerde toplandığı düşünülmektedir. Bu sonuçla çalışma uyumluluk göstermektedir.

İstedikleri eğitimleri almadıklarını belirten katılımcıların çocuk bakımı konusunda eğitim alıp almadıklarına bakıldığında çarpıcı bir sonuç ortaya çıkmaktadır. İstedikleri eğitimleri almadıklarını belirten katılımcıların %87,87' sinin çocuk bakımı konusunda da eğitim almadıklarını belirtmişlerdir. İstedikleri eğitimi almadıklarını belirtmelerine rağmen hayat boyu öğrenmenin müracaatçıların bulunduğu yerde yaş, zaman ve eğitim düzeyine bakılmadan her türlü kısıtlamanın üstünde olmasına, güçler perspektifinden bakıldığında ise müracaatçıların birçok konuda eğitim alma imkânları bulunmasına rağmen mesleki ya da kişisel gelişim alanlarında eğitim almaya gönüllü ve istekli davranmadıkları söylenebilir.

Tablo 10. Katılımcıların Annelerinin Eğitim Değişkeni Yüzde ve Frekans Dağılımını Gösterir Tablo.

Annelerinin Eğitim durumu	Kadın		Erkek		Toplam	
	Frekans (N)	Yüzde (%)	Frekans (N)	Yüzde (%)	Frekans (N)	Yüzde (%)
Okur-yazar değil	15	37,5	3	23,07	18	33,96
Okur-yazar	1	2,5	2	15,38	3	5,66
İlkokul	16	40	6	46,14	22	41,50
Ortaokul	6	15,0	1	7,69	7	13,20
Lise veya eşdeğeri	2	5,0	1	7,69	3	5,66
Önlisans	0	0	0	0	0	0
Toplam	40	100	13	100	53	100

Katılımcıların annelerinin eğitim durumu incelendiğinde, %33,96 (18)'sının okur-yazar olmadığı, %5,66 (3)'sının okur-yazar olduğu, %41,50 (22)' sinin ilkokul,

%13,20 (7)'sinin ortaokul ve %5,66 (3)'sının lise mezunu olduğu görülmektedir. Annelerinin okur-yazar veya ilkokul mezunu olan katılımcılar kendilerine daha fazla baskı kurulduğunu ve bu sebeple geleneksel çocuk bakım yöntemlerini uyguladıklarını veya uygulamak zorunda kaldıklarını ifade etmişlerdir. Aynı zamanda eğitim düzeyi arttıkça katılımcıların çocuk bakım deneyimleri üzerindeki baskının da azalmakta olduğu görülmektedir.

Tablo 11. Katılımcıların Babalarının Eğitim Değişkeni Yüzde ve Frekans Dağılımını Gösterir Tablo.

Babalarının Eğitim durumu	Kadın		Erkek		Toplam	
	Frekans (N)	Yüzde (%)	Frekans (N)	Yüzde (%)	Frekans (N)	Yüzde (%)
Okur-yazar değil	12	30	3	23,07	15	28,30
Okur-yazar	1	2,5	2	15,38	3	5,66
İlkokul	13	32,5	4	30,76	17	32,07
Ortaokul	11	27,5	3	23,07	14	26,41
Lise veya eşdeğeri	3	7,5	1	7,69	4	7,54
Önlisans	0	0	0	0	0	0
Toplam	40	100	13	100	53	100

Katılımcıların babalarının eğitim durumu incelendiğinde %28,30 (15)'unun okur-yazar olmadığı, %5,66 (3)'sının okur-yazar olduğu, %32, 07 (17)'sinin ilkokul, %26,41 (14)'inin ortaokul ve % 7,54 (4)'ünün lise mezunu olduğu görülmektedir. Katılımcıların annelerinde olduğu gibi okur-yazar veya ilkokul mezunu olan babalarında da katılımcılar üzerinde daha fazla baskı kurdukları ve bu sebeple geleneksel çocuk bakım yöntemlerini tercih ettiklerini ifade edebiliriz. Bununla birlikte babanın eğitim düzeyi arttıkça katılımcıların çocuk bakım deneyimleri üzerindeki baskı da azaldığı görülmektedir.

3.3. KATILIMCILARIN SOSYOEKONOMİK DÜZEYLERİNE İLİŞKİN BULGULAR VE YORUMLAR

Bu bölümde katılımcıların meslek durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi, gelir düzeylerinin ihtiyaçlarını karşılama durumları tespit edilmeye çalışılmıştır. Katılımcıların meslek durumu ve gelir düzeyleri ile geleneksel yöntemlerin uygulanma düzeyleri arasındaki olası ilişkinin saptanabilmesi için bu bölümde elde edilen veriler diğer bölümlerde gerekli görüldüğü durumlarda değişken olarak kullanılmıştır

Katılımcıların meslek durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi, gelir düzeylerinin ihtiyaçlarını karşılama durumu bilgileri aşağıdaki tablolarda almaktadır.

Tablo 12. Katılımcıların Meslek Değişkeni Yüzde ve Frekans Dağılımını Gösterir Tablo.

Meslekler	Kadın		Erkek		Toplam	
	Frekans (N)	Yüzde (%)	Frekans (N)	Yüzde (%)	Frekans(N)	Yüzde (%)
Ev hanımı	30	75	0	0	30	56,60
Öğretmen	2	5	1	7,69	3	5,66
Temizlik personeli	3	7,5	0	0	3	5,66
Akademisyen	1	2,5	1	7,69	2	3,77
Memur	0	0	2	15,38	2	3,77
Kuaför	1	2,5	1	7,69	2	3,77
Asker	0	0	1	7,69	1	1,88
Elektrikçi	0	0	1	7,69	1	1,88
Hemşire	1	2,5	0	0	1	1,88
Makineci	1	2,5	0	0	1	1,88
Mühendis	0	0	1	7,69	1	1,88
Pastacı	1	2,5	0	0	1	1,88
Tezgahtar	0	0	1	7,69	1	1,88
İletişim uzmanı	0	0	1	7,69	1	1,88
İşçi	0	0	1	7,69	1	1,88
Emekli	0	0	2	15,38	2	3,77
Toplam	40	100	13	100	53	100

Katılımcıların meslekleri incelendiğinde katılımcıların %56,60 (30)'ı ev hanımı olduğunu belirtmiştir. Ayrıca katılımcıların %5,66 (3)'sı öğretmen, %5,66 (3)'sı temizlik personeli, %3,77 (2)'si akademisyen, %3,77 (2)'si memur, %3,77 (2)'si kuaför, %1,88 (1)'i asker, %1,88 (1)'i elektrikçi, %1,88 (1)'i hemşire, %1,88 (1)'i makineci, %1,88 (1)'i mühendis, %1,88 (1)'i pastacı, %1,88 (1)'i tezgahkar, %1,88 (1)'i iletişim uzmanı ve %1,88 (1)'i işçidir. Ev hanımı olan katılımcıların geleneksel çocuk bakım yöntemlerini daha fazla tercih ettiklerini ifade edebiliriz. Ayrıca çocuk bakımı konusunda eğitim almayan ev hanımı katılımcıların geleneksel çocuk bakım yöntemlerini tercih ettikleri görülmektedir.

Tablo 13. Katılımcıların Çalışma Durumu Değişkeni Yüzde ve Frekans Dağılımını Gösterir Tablo.

Çalışma durumu	Kadın		Erkek		Toplam	
	Frekans (N)	Yüzde (%)	Frekans (N)	Yüzde (%)	Frekans (N)	Yüzde (%)
Çalışanlar	11	27,5	11	84,59	22	41,50
Çalışmayanlar	29	72,5	2	15,38	31	58,50
Toplam	40	100	13	100	53	100

Katılımcıların çalışma durumuna bakıldığında %41,50 (22)'i çalışırken, %58,50 (31)'i çalışmamaktadır. Çalışmayan katılımcıların çalışan katılımcılara göre daha fazla geleneksel çocuk bakım yöntemlerini tercih ettiğini belirtmek gerekmektedir. Ayrıca bu kişiler çocuk bakımını aile büyüklerinden öğrendiklerini söylediğinden bilgi ve tecrübenin kuşaktan kuşağa geleneksel aile yapısı çatısı altında aktarıldığı ifade edilebilir. Çalışmayan katılımcıların geleneksel çocuk bakım yöntemlerini tercih ettiği görülse de çalışan katılımcılardan da geleneksel yöntemleri tercih edenlerin sayısının azımsanamaz derecede yüksek olduğu görülmektedir. Bu katılımcıların çalıştıkları için çocuk bakımında aileden destek aldıkları düşünülmektedir.

Tablo 14. Katılımcıların Gelir Düzeyleri Değişkeni Yüzde ve Frekans Dağılımını Gösterir Tablo.

Ailesi Birlikte Yaşama	Kadın		Erkek		Toplam	
	Frekans (N)	Yüzde (%)	Frekans (N)	Yüzde(%)	Frekans(N)	Yüzde (%)
Alt	3	7,5	2	15,38	5	9,43
Orta	35	87,5	9	69,21	44	83,01
Üst	2	5	2	15,38	4	7,54
Toplam	40	100	13	100	53	100

Katılımcıların gelir düzeyleri incelendiğinde %9,34 (5) 'ünün alt, %83,01 (44)'inin orta ve %7,54 (4)'ünün üst düzey olduğu görülmektedir. Katılımcılara 'kendilerini hangi gelir grubuna ait hissediyorsunuz?' diye sorulduğunda katılımcılar hangi gelir durumuna ait olduklarını kendileri belirtmişlerdir. Genellikle orta gelir düzeyine sahip grubun geleneksel çocuk bakım yöntemlerini diğer gelir durumuna sahip kişilere göre daha yoğun tercih ettikleri görülmektedir.

Tablo 15. Katılımcıların Gelir Düzeylerinin İhtiyaçlarını Karşılama Değişkeni Yüzde ve Frekans Dağılımını Gösterir Tablo.

Gelirin ihtiyaçları karşılama durumu	Kadın		Erkek		Toplam	
	Frekans (N)	Yüzde (%)	Frekans (N)	Yüzde (%)	Frekans (N)	Yüzde (%)
İhtiyaçlar karşılanır	34	85	11	84,59	45	84,90
İhtiyaçlar karşılanamaz	6	15	2	15,38	8	15,09
Toplam	40	100	13	100	53	100

Katılımcılara gelirlerinin ihtiyaçlarını karşılama durumu sorulduğunda katılımcıların %84,90 (45)'i gelirinin ihtiyaçlarını karşıladığını belirtirken, %15,09 (8)'u ihtiyaçlarını karşılamadığını belirtmiştir. Gelir düzeyleri ile ihtiyaçlarını karşılayabilen katılımcılar geleneksel uygulamaları tercih ettiklerini ifade etmişlerdir. Bu kişiler genellikle aile büyüklerinden ve kardeşlerinden destek almışlardır.

3.4. KATILIMCILARIN AİLE YAPILARINA İLİŞKİN BULGULAR VE YORUMLAR

Bu bölümde katılımcıların evlilik yaşı, ilk ebeveynlik yaşı, çocuk sayısı ve çocukları arasındaki yaş farkı tespit edilmeye çalışılmıştır. Katılımcıların meslek durumu ve gelir düzeyleri ile geleneksel yöntemlerin uygulanma düzeyleri arasındaki olası ilişkinin saptanabilmesi için bu bölümde elde edilen veriler diğer bölümlerde gerekli görüldüğü durumlarda değişken olarak kullanılmıştır.

Katılımcıların evlilik yaşı, ilk ebeveynlik yaşı, çocuk sayısı ve çocukları arasındaki yaş farkı bilgileri aşağıdaki tablolarda yer almaktadır.

Tablo 16. Katılımcıların Evlilik Yaş Aralığı Değişkeni Yüzde ve Frekans Dağılımını Gösterir Tablo.

Evlilik Yaş Aralığı	Kadın		Erkek		Toplam	
	Frekans (N)	Yüzde (%)	Frekans (N)	Yüzde (%)	Frekans (N)	Yüzde (%)
18 yaş altı	13	32,5	1	7,69	14	26,41
18-25 yaş aralığı	21	52,5	6	46,14	27	50,94
26-30 yaş aralığı	6	15	6	46,14	12	22,64
Toplam	40	100	13	100	53	100

Katılımcıların evlilik yaşları incelendiğinde, %26,41 (14)'ünün 18 yaş altı, %50,94 (27)'ünün 18-25 yaş ve %22,66 (12)'sının 26-30 yaş aralığında evlendiği görülmektedir. İlk ebeveynlik yaşı 18 yaş ve altı olan bireyler hem geleneksel hem modern yöntemleri tercih etmektedirler. 18 yaş altında evlenen bireylere göre evlilik yaşı 18-25 aralığında olanlar geleneksel yöntemleri daha fazla tercih etmektedirler.

TÜİK (2021) 2010-2020 yılları arasında illere göre evlenme sayısı ile akraba evliliği sayısı ve oranına bakıldığında Kahramanmaraş ilinde 2010 yılında 9658, 2020 yılında ise 7479 evliliğin gerçekleştiği yani son 10 yılda akraba evliliği oranlarının düştüğü görülmektedir. Aynı yıllar arasında akraba evlilikleri de %9,1 den %5,2 ye gerilemiştir. Yine 2020 yılında Kahramanmaraş' ta ilk evlenme yaşı erkeklerde 26,8 kadınlar da ise 23,5 iken kadınlar 2020 yılında 2001 yılına göre 1 yaş daha büyük

evlenmektedir. Erkekler ise daha önceki yıla göre 8 ay büyük evlenmektedir (TUİK, 2021).

Tablo 17. Katılımcıların İlk Ebeveynlik Yaş Aralığı Değişkeni Yüzde ve Frekans Dağılımını Gösterir Tablo.

İlk Ebeveynlik Yaş Aralığı Dağılımı	Kadın		Erkek		Toplam	
	Frekans (N)	Yüzde (%)	Frekans (N)	Yüzde (%)	Frekans (N)	Yüzde (%)
18 yaş altı	9	22,5	1	7,69	10	18,86
18-25 yaş aralığı	24	60	1	7,69	25	47,16
26-30 yaş aralığı	7	17,5	11	84,59	18	33,96
Toplam	40	100	13	100	53	100

Katılımcıların ilk ebeveynlik yaşları incelendiğinde 10 katılımcının 18 yaş altında, 25 katılımcının 18-25 yaş ve 18'inin 26-30 yaş aralığında ebeveyn olduğu görülmektedir. TUİK (2020) verileri 20-29 yaş aralığını en çok doğum yapılan yaş aralığı olarak belirlemiştir. Bu da bizim araştırmamızla uyumluluk göstermektedir.

Çocuk Hakları Sözleşmesi ve Çocuk Koruma Kanunu'nda çocukluk '18 yaşını doldurmamış' olmak şeklinde tanımlanmaktadır. Yani 18 yaşını doldurmamış her birey çocuk kabul edilmektedir. Çocuk yaşıta yapılan evlilikler toplumların kanayan bir yarasıdır. Kız çocuklarının erkek çocuklardan daha çok çocuk evliliğe zorlandığı dolayısıyla toplumda yaygın olarak 'çocuk gelin' olarak ifade edilmesine rağmen şunu belirtmekte fayda vardır ki çocuk evlilikler 18 yaşını doldurmamış kız ve erkek çocuklarını beraber tanımlamaktadır. Çocuk evliliklerinin nedenleri arasında maddi zorluklar, kültürel yapı, cinsiyet eşitsizliği, inanışlar, eğitim seviyesi düşüklüğü vb gibi birçok sebep sayılabilmektedir. Çocuk evlilikler birçok sorun ve riskli durumu da ortaya çıkarmaktadır. Bunların başında aile planlaması gelmektedir. Aile planlamasını bilmediklerinden evlilikten hemen sonra hamile kalıp çocuk dünyaya getirmeleri ve bunun sonucunda çocuk (adölesan) ebeveyn olmalarıdır. Yine TUİK (2020) verilerine göre Türkiye'de 2020 yılında 15 yaş altı çocuk anneden 116 çocuk dünyaya gelmiştir. 15 yaş altı 116 anne ve baba olmuş toplam 232 çocuk ebeveyn olmuştur. 15-17 yaşları

arasında olan kız çocukları arasında 7393 çocuk, 18-19 yaşları arasında 29326 çocuk dünyaya gelmiştir (TUİK, 2020). Yasal olarak Türk Medeni Kanunu 124. Maddesinde on yedi yaşını doldurmadan evliliğin yapılamayacağı belirtilirken, 12. maddede “On beş yaşını dolduran küçük, kendi isteği ve velisinin rızasıyla mahkemece ergin kılınabilir” ifadesine atfen 16 yaşını doldurmuş olan kişilerin ancak hakim kararıyla evlenmesine izin verilebileceği düzenlenmiştir. Bu evliliğin gerçekleşmesi için de olağanüstü bir durum olması ve çeşitli tıbbi uygunluğu sağlayan uzman raporlarının alınması gerekmektedir

(https://www.anayasa.gov.tr/Kararlar/GenelKurul/Basvuru_Karari/2016-119.pdf, 2021:1).

Eyüboğlu ve Eyüboğlu (2018:127), yaptıkları çalışmada çocuk evliliklerde hamile kalınması durumunda evlilik resmileşeceği için çocuk gelinlere hamile kalınması yönünde baskı yapıldığından, annelik için hazır olunmadan gebe kalan çocuk gelinlerin çeşitli psikolojik sorunlar yaşadığını vurgulamaktadır. Bu araştırmanın sonucuyla henüz kendileri çocuk olan anne-babanın çocuk bakımı hakkında bilgi sahibi olamayacaklarına ve çocuk bakmayı bilemeyeceklerine işaret edildiği düşünülmektedir. Bir ergenin bebek sahibi olma kararının sonuçları, ergen, çocuğu, eşi ve ailesi ve tüm toplum için sağlık, sosyal ve ekonomik sonuçlar doğurmaktadır (Adams ve Kocik, 2008: 85). Gebe ve ebeveynlik yapan ergenlerle çalışan perinatal sosyal hizmet uzmanlarının, ergen ebeveynliğin birçok görevini yerine getirmek için mücadele ederken, her şeyden önce ergen olduklarını hatırlamaları önemlidir.

Tablo 18. Katılımcıların Çocuk Sayıları Değişkeni Yüzde ve Frekans Dağılımını Gösterir Tablo.

Çocuk Sayıları Dağılımı	Kadın		Erkek		Toplam	
	Frekans (N)	Yüzde (%)	Frekans (N)	Yüzde (%)	Frekans (N)	Yüzde (%)
1 Çocuk	7	17,5	3	23,07	10	18,86
2 Çocuk	12	30,0	4	30,76	16	30,18
3 Çocuk	9	22,5	3	23,07	12	22,64
4 Çocuk	5	12,5	1	7,69	6	11,32
5 Çocuk	0	0	1	7,69	1	1,88
6 Çocuk	2	5,0	0	0	2	3,77
7 Çocuk	3	7,5	1	7,69	4	7,54
9 Çocuk	1	2,5	0	0	1	1,88
10 Çocuk	1	2,5	0	0	1	1,88
Toplam	40	100	13	100	53	100

Katılımcıların çocuk sayıları incelendiğinde %30,18 (16)'nin 2, %22,64 (12)'ünün 3, %18,86 (10)'sının 1, %11,32 (6)'sinin 4, %7,54 (4)'ünün 7, %3,77 (2)'sinin 6, %1,88 (1)'inin 5, %1,88 (1)'inin 9 ve %1,88 (1)'inin 10 çocuğu bulunmaktadır. Ebeveyn yaşıyla çocuk sayılarının doğru orantılı olduğu görülmektedir. Yaşça büyük kişilerin küçük kişilerden daha fazla çocuk sahibi olması o yıllardaki aile planlaması politikalarıyla ve çok çocuklu geniş aile modellerinin yaygın olmasıyla açıklanabilir. Ayrıca Çocuk Hakları Sözleşmesi madde 6, madde 24, madde 25 ve madde 26' da ana-çocuk sağlığını koruyucu, önleyici ve geliştirici sağlık hizmetlerinden faydalanılması kararları yer almaktadır (<https://behcetuzch.saglik.gov.tr>, E.T.: 06/12/2021). 2018 yılında Türkiye'deki doğumların %98' inin hastanede gerçekleştiği görülmektedir (TUİK, 2019). Kahramanmaraş ilinin sezaryenle doğum oranında en yüksek altı ilden biri olması da dikkatli bakılması gereken bir sonuç olarak karşımıza çıkmaktadır (TUİK, 2020).

Tablo 19. Katılımcıların Çocuklarının Yaş Farkı Aralığı Değişkeni Yüzde ve Frekans Dağılımını Gösterir Tablo.

Çocuklarının Yaş Farkı Aralığı	Kadın		Erkek		Toplam	
	Frekans (N)	Yüzde (%)	Frekans (N)	Yüzde (%)	Frekans (N)	Yüzde (%)
1-10 yaş aralığı	24	60,0	8	61,52	32	60,37
11 yaş üzeri	16	40,0	5	38,45	21	39,62
Toplam	40	100	13	100	53	100

Çocukların yaş aralığı incelendiğinde %60,37 (32)'sinin arasında 1-10 yaş ve %39,62 (21)'inin arasında 11 yaş ve üzeri yaş farkı olduğu görülmektedir.

3.5. KATILIMCILARIN GELENEKSEL ÇOCUK BAKIM YÖNTEMİ BAKIŞLARINA İLİŞKİN BULGULAR VE YORUMLAR

Katılımcıların geleneksel yöntemleri uygulamada zorluk çekme durumu, büyükler tarafından tavsiye edilen yöntemleri uygulama durumu, büyüklerden uygulamalara yönelik baskı görme durumu ve büyüklerin yönlendirmeleri ile sağlık çalışanlarının yönlendirmelerinin örtüşme durumu bilgileri aşağıdaki tablolarda yer almaktadır.

Katılımcıların sağlık çalışanlarının yönlendirmelerini uygulama durumları, çocuk bakımı konusunda eğitim alma durumları ve sağlık çalışanlarının yönlendirme yapma durumu ile ilgili bilgiler aşağıdaki tablolarda yer almaktadır.

Tablo 20. Katılımcıların Geleneksel Yöntemleri Uygularken Zorluk Çekme Değişkeni Yüzde ve Frekans Dağılımını Gösterir Tablo.

Uygulama Yaparken Zorluk Çekmediğini	Kadın		Erkek		Toplam	
	Frekans (N)	Yüzde (%)	Frekans (N)	Yüzde (%)	Frekans (N)	Yüzde (%)
Zorluk çekmemiş	22	55,0	9	69,21	31	58,50
Zorluk çekmiş	18	45,0	4	30,76	22	41,50
Toplam	40	100	13	100	53	100

Katılımcıların %58,50 (31)'si geleneksel yöntemleri uygularken zorluk çekmediğini, %41,50 (22)'si zorluk çektiğini belirtmiştir. Geleneksel yöntemlerin uygulanmasında zorluk çekilmemesinin uygulamaların devam ettirilmesinde önemli bir etken olduğu düşünülmektedir. Mesela sarılık için sarı bir nesnenin kullanılmasının hastalığın tedavi edilmesinde yeterli olacağı inancının çocuğu doktora götürüp verilen tedaviyi uygulamaktan daha kolay ve maliyetsiz olmasından kaynakladığıyla açıklanabilir. Yeni doğan bebek sarılığı olarak bilinen sarılığın ilk 2-4 gün içinde ortaya çıktığı 5-7 gün içinde kendiliğinden geçtiği bu karşılık bazı sarılık çeşitlerinin ise ancak tıbbi olarak tedavi edilerek iyileştiği bilinmektedir (Tokur Kesgin ve Özcebe, 2011: 46). Çocuklarda yaygın olarak görülen ve kendiliğinden de geçebilen sarılığın, halk arasında sarı rengine vurgu yaparak sarı renkli nesnenin çocuğa giydirilmesiyle iyileştiğine dair inancı güçlendirdiği düşünülmektedir.

Diğer bir taraftan geleneksel yöntemleri uygulamada zorluk çekenlerin zorluk çekme nedenleri ise geleneksel uygulamanın hastalığı iyileştirmede yetersiz kalması, tıbbi tedaviyle iyileşebilecek hastalıklarda geleneksel yöntemlerin (höllük gibi) günümüz şartlarında uygulanmasının neredeyse imkansız olması ve uygulamanın yapılabilmesi için geleneksel uygulamayı bilen rehber kişiye ihtiyaç duyulması olarak açıklanabilmektedir.

Tablo 21. Katılımcılara Büyükler Tarafından Tavsiye Edilen Yöntemleri Uygulama Değişkeni Yüzde ve Frekans Dağılımını Gösterir Tablo.

Büyüklerce Tavsiye Edilen Yöntemleri Uygulama	Kadın		Erkek		Toplam	
	Frekans (N)	Yüzde(%)	Frekans (N)	Yüzde (%)	Frekans (N)	Yüzde (%)
Uygulama	30	75	12	92,30	42	79,25
Uygulamama	10	25	1	7,72	11	20,75
Toplam	40	100	13	100	53	100

Katılımcıların uygulama yapma durumları incelendiğinde %79,25 (42)'inin uygulama yaptığı ve %20,75 (11)'inin uygulama yapmadığı görülmektedir. Büyükler tarafından geleneksel uygulamalara yönelik baskı görmediğini belirten katılımcıların geleneksel çocuk bakım yöntemlerini daha fazla uyguladığı görülmektedir. Burada

özellikle zararlı çocuk bakım yöntemlerinin uygulamaların sona ermesi için perinatal sosyal hizmetim doğum öncesi ve doğum sırasında anne ve ailelerine yönelik eğitici rolleriyle müdahalesi etmesi gerektiği düşünülmektedir.

Tablo 22. Katılımcıların Geleneksel Yöntemleri Uygularken Büyükler Tarafından Baskı Görme Değişkeni Yüzde Ve Frekans Dağılımını Gösterir Tablo.

Uygulama Yaparken Baskı Görme	Kadın		Erkek		Topla	
	Frekans (N)	Yüzde (%)	Frekans (N)	Yüzde (%)	Frekans (N)	Yüzde (%)
Baskı görmeyen	23	57,5	8	61,52	31	58,50
Baskı gören	17	42,5	5	38,45	22	41,50
Toplam	40	100	13	100	53	100

Katılımcıların büyüklerden uygulamalara yönelik baskı görme durumları incelendiğinde, katılımcıların %58.50 (31)'sinin baskı görmediği ve %41,50 (22)'sinin ise baskı gördüğü görülmektedir. Geleneksel yöntemlere yönelmenin, çocuk bakımında daha tecrübeli oldukları için aile büyüklerine güvenin ve verdikleri tavsiyelerin işe yarayacağına dair inancın yüksek olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Toplumun zaman içerisinde değişmesi mesela geniş aile yapısından çekirdek aile yapısına geçilmesi, kadınların iş hayatında daha çok yer alması, eğitim seviyesinin ve annenin çocuk doğurma yaşının yükselmesi gibi etkenlere bağlı olarak çocuk bakımında aile büyüklerinin ve akrabaların doğumdan sonra ebeveynlere destek vermek durumunda kalmalarının geleneksel uygulamaların devamlılığını açıklayacağı düşünülmektedir. Torunun dünyaya gelmesiyle birlikte aile büyükleri hem lohusaya hem de çocuğa bakmaları, onlara ev işleri, alışveriş, yemek ve benzeri birçok konuda yardımcı olmaktadır. Bu da 'Postpartum kültürü' yani doğumdan sonra lohusaya ve bebeğe çeşitli konularda yardımcı olunması demektir. Çin, Japonya, Meksika, Nijerya, Ürdün, Singapur, Tayvan, Vietnam, Hong Kong gibi doğum sonu destek veren ülkelerde 'Postpartum kültürü' hala yaygın olarak devam etmektedir (Öztürk, Kavlak ve Sevil, 2012: 109). Bozkuş Eğri ve Konak (2011:149)'de yaptığı çalışmada 'doğum yapmış kişinin 40 gün mezarı açık kalır' düşüncesiyle lohusaya ev işleri yaptırılmadan, lohusaya ve bebeğe anne, kayınvalide ve eşin baktığı, ev işleriyle ilgilendiği belirtilmektedir. Hatta Çin, Hindistan ve Tayland gibi ülkelerde de benzer durumların

olduğu görülmektedir. Bu kültürlerde lohusanın yaptığı yemeğin zehirli olacağı ve o yemeği yiyenlerin hastalanacağı düşüncesiyle lohusaya ev işleri yaptırmadıklarının nedenini açıklamaktadır. Diğer taraftan lohusaya 40gün mezarının açık kalmasının söylenmesi lohusayı psikolojik ve hormonal depresyona, adaptasyon zorluğuna itebileceği de düşünülmelidir. Lohusayla ilgili diğer bir inanışta lohusanın yalnız bırakılmaması gerektiğidir. ‘Alkarısı kovma’ diye bilinen ileri ayakları ters olan bir kadının loğusaya musallat olursa akıl sağlığını kaybedeceğine inanılır. O yüzden tüm bunlar lohusayı psikolojik ve hormonal depresyona (postpartum sendromu) sokabilmektedir.

Geleneksel yöntemler çeşitli nedenlerden dolayı yaygın olarak uygulanmaktadır. Karabulutlu (2014:197)’nın yaptığı çalışmada annelerin %80 gibi yüksek oranda geleneksel yöntemleri uyguladıklarını %30’nun da onun tersine geleneksel yöntemleri önemsemediklerini belirtmektedir. Geleneksel yöntemlerin yaygın olarak görülme nedenin çocuk bakımında aile büyüklerinin ve akrabalarının anneye destek vermesinden kaynaklandığı söylenebilir. Aile büyüklerinden kayınvalidelerin geleneksel yöntemlerin uygulanması için annelere baskı uygulamazken Şenses ve Yıldızoğlu (2002: 45)’nin yaptığı araştırmada annelerin geleneksel yöntemlerin uygulanmasında baskı gördüğü ortaya çıkmaktadır. Ataerkil yapının yaygın olduğu topluluklarda erkeğin ailesinin çocuk bakımında kendilerini söz ve yetkiye sahip olarak gördüklerini, torunlarının kendilerinin bildiği ve uygun gördüğü usul ve yöntemlerle büyütülmesi gerektiğini düşündükleri söylenebilir. Bu durum ayrıca çocuk bakımında aile büyüklerinin yeni annelere güvenmedikleri ve tecrübesiz olarak gördükleri düşüncesini hissettirmektedir. Bu durumun diğer bir sonucunda anneleri özgüvensiz kıldığından geleneksel yöntemlere ittiği düşünülebilir.

Araştırmadaki katılımcılar geleneksel yöntemleri tercih etme nedenlerinin yoğun olarak büyüklerin tavsiye etmesinden kaynaklandığını ifade etmişlerdir. Dikkat çeken bulgu ise baskı görmeyenlerin gerçekten geleneksel yöntemin daha yararlı olduğuna inandıklarını söylemeleridir. Kadın doğum yaptıktan sonra içinde bulunduğu sosyo-kültürel çevre annelik deneyimini şekillendirmektedir. Kadının annelik rolüne geçişi ve annelik rolü kadının ve ailesinin kültürel özelliklerinden beslenmektedir. (Öztürk, Kavlak ve Sevil, 2012: 107). Kadınlar annelik ve erkekler ise babalık rollerini kendi anne babalarından rol model alarak uygulamaktadırlar. Dudu Karaduman ve Doğan

(2018:1475)'ın yaptığı çalışmaya göre annelik rolünün kadınların kendi iradesinin de üstünde bir güçten dolayı çevresi tarafından sürekli dışarıdan müdahale edilmesi ve düzenlenmesi gereken bir işleyişe sahip olduğuna inanılmaktadır. Annelik kadınların biyolojik becerisidir. Ama toplumun kabul gördüğü 'annelik' daha çok öğretilen, denetlenen, eleştirilebilen, fedakârlıkla örülen bir roldür. Katılımcılar annelik rollerini kazanırken çocuk bakımına ilişkin büyüklerden baskı görmediklerini çeşitli şekillerde ifade etmişlerdir. Öncelikle kadınların çevrelerince denetlenen bu durumu çoktan kabul edip kanıksadıklarıyla açıklayabiliriz. Dolayısıyla bunu baskı gibi görmedikleri söylenebilir. Katılımcıların aile büyüklerine çoktan teslim olduklarını ve onların öğretilerine çoktan ikna olduklarını söyleyebiliriz. Baskı görmeyenler katılımcılar için daha iyimser bir yorum ise aile büyüklerinin annelerin güncel bilgi ve becerilerine saygı duyduğudur. Araştırmanın yapıldığı Kahramanmaraş ilinin geleneklerine bağlı bir toplum olması ve ataerkil yapının devam etmesi çocuk bakımında toplumun değişen kısmının tespit edilmesi gerekliliğini göstermektedir.

Tablo 23. Katılımcıların Büyüklerin Yönlendirmeleri ile Sağlık Çalışanlarının Yönlendirmelerinin Örtüşme Değişkeni Yüzde ve Frekans Dağılımını Gösterir Tablo.

Büyüklerin Yönlendirmeleri ile Sağlık Çalışanlarının Yönlendirmelerinin Örtüşme Dağılımı	Kadın		Erkek		Topla	
	Frekans (N)	Yüzde (%)	Frekans (N)	Yüzde (%)	Frekans (N)	Yüzde (%)
Örtüştüğünü belirtenler	13	32,5	8	61,52	21	39,62
Örtüşmediğini belirtenler	27	67,5	5	38,45	32	60,37
Toplam	40	100	13	100	53	100

Büyüklerin yönlendirmeleri ile sağlık çalışanlarının yönlendirmelerine ilişkin durumu incelendiğinde, katılımcıların %60,37 (32)'si örtüşmediğini, %39,62 (21)'si ise örtüştüğünü belirtmiştir. Kadınların daha yoğun olduğu görülmektedir.

Burada dikkat çekilmesi gereken nokta sağlık çalışanları ile büyüklerin yönlendirmelerinin uyumsuzluk oranının yarıdan fazla olmasıdır. Bu çocukların tıbben uygun olmayan yöntemlerle büyütüldüğünü düşündürmektedir.

Annelerin doğum sonrası hormonal değişiklik yaşaması, bebek bakımı konusunda tecrübesizliği, lohusalık depresyonu, sezaryen sonrası ağrı, sosyal hizmetler ve sağlık çalışanlarının yetersiz eğitim vermesi gibi sebepler anneyi geleneksel yöntemlere ve bundan memnuniyet duymaya yönlendirmiş olabilir.

Tablo 24. Sağlık Çalışanlarının Yönlendirme Yaptığı Kişi Değişkeni Yüzde ve Frekans Dağılımını Gösterir Tablo.

Sağlık Çalışanlarının Yönlendirme Yaptığı Kişi	Kadın		Erkek		Toplam	
	Frekans (N)	Yüzde (%)	Frekans (N)	Yüzde (%)	Frekans (N)	Yüzde (%)
Yönlendirme yapılanlar	25	62,5	6	46,14	31	58,50
Yönlendirme yapılmayanlar	15	37,5	7	53,83	22	41,50
Toplam	40	100	13	100	53	100

Katılımcıların %58,50 (31)'si sağlık çalışanlarının yönlendirme yaptığını belirtirken, %41,50 (22)'si yönlendirme yapmadıklarını belirtmiştir. Sağlık çalışanları tarafından yönlendirilen katılımcıların geleneksel çocuk bakım yöntemlerini de tercih ettikleri görülmektedir. Ayrıca sağlık çalışanlarının yönlendirmelerini uyguladıklarını ifade eden katılımcılar bununla birlikte geleneksel çocuk bakım yöntemlerini tercih ettiklerini ifade etmişlerdir. Dolayısıyla çocuk bakımında karma bir uygulama deseni ortaya çıktığı görülmektedir. Annelerin geleneksel yöntem kullanan ebeveynlere her an ulaşabilirler. Sağlık çalışanlarına ve bilgilerine her an başvuramamaları anne babaları geleneksel yöntemleri kullandığını düşündürmektedir.

Tablo 25. Katılımcıların Sağlık Çalışanlarının Yönlendirmelerini Uygulama Değişkeni Yüzde ve Frekans Dağılımını Gösterir Tablo

Sağlık Çalışanlarının Yönlendirmelerini Uygulama	Kadın		Erkek		Toplam	
	Frekans (N)	Yüzde (%)	Frekans (N)	Yüzde (%)	Frekans (N)	Yüzde (%)
Yönlendirmeyi uygulayanlar	38	95	11	84,59	49	92,45
Yönlendirmeyi uygulamayanlar	2	5	2	15,38	4	7,55
Toplam	40	100	13	100	53	100

Katılımcıların %92,45 (49)'ünün sağlık çalışanlarının yönlendirmelerini uyguladıkları, %7,55 (4)'ünün ise uygulamadıkları görülmektedir. Yapılan araştırmalar çocuk bakımı konusunda eğitim alan annelerin tıbbın tavsiye ettiği yöntemleri uyguladıklarını göstermektedir (Akşit, Kuşku, Oktay ve Demirsoy, 2017: 73, Uygun, Konak ve Soylu, 2018: 62, Doğan, Yiğit ve Erdoğan, 2015: 10). Kadınlar çocuk bakımı eğitimi aldıkları takdirde bu bilgilerle çocuk bakımı yaptıkları bu konuda eksikliğin çocuğa bakmayı bilmediklerinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Araştırmanın bulguları önceki araştırmalarla uyumluluk göstermektedir.

Tablo 26. Katılımcıların Çocuk Bakımı Konusunda Eğitim Alma Değişkeni Yüzde ve Frekans Dağılımını Gösterir Tablo.

Çocuk Konusunda Alma	Bakımı Eğitim	Kadın		Erkek		Toplam	
		Frekans (N)	Yüzde (%)	Frekans (N)	Yüzde (%)	Frekans (N)	Yüzde (%)
Eğitim Alma		7	12,5	5	38,45	12	22,65
Eğitim Almama		33	82,5	8	61,52	41	77,35
Toplam		40	100	13	100	53	100

Katılımcıların çocuk bakımı konusunda eğitim alma durumları incelendiğinde %77,35 (41)'inin herhangi bir eğitim almadığı, %22,65 (12)'inin eğitim aldığı görülmektedir.

Çocuk bakımı konusunda eğitim alan ve sağlık çalışanlarından yönlendirme alan 12 annenin neredeyse tamamının yani %91,6 (11)'si gelenekselden uzaklaşarak tavsiye edilen ve öğrendikleri tıbbi olarak uygun olan yöntemlere yöneldiği görülmektedir. Bu 12 kişinin tam yarısı aile büyüklerinden geleneksel yöntemlerin uygulanması yönünde baskı gördüğünü de ifade etmişlerdir. Aynı zamanda araştırmadaki 53 katılımcıdan 22'si de geleneksel yöntemlerin uygulanması noktasında aile büyüklerinden baskı gördüğünü ifade etmişlerdir. Doğan ve diğerleri (2013: 10)'nin yaptığı çalışmadaki katılımcılarında çocuk bakımında aile büyüklerinden baskı gördüklerini belirtmişlerdir. Bu araştırmayla bizim araştırmamız birbirini desteklemektedir. O zaman annelere çocuk bakımıyla ilgili daha çok destek verilmesi gerektiği görülmektedir. Bu desteklerin ise kolay erişilebilir ve maliyeti olmayan uzman kişilerce formal olarak verilmesi

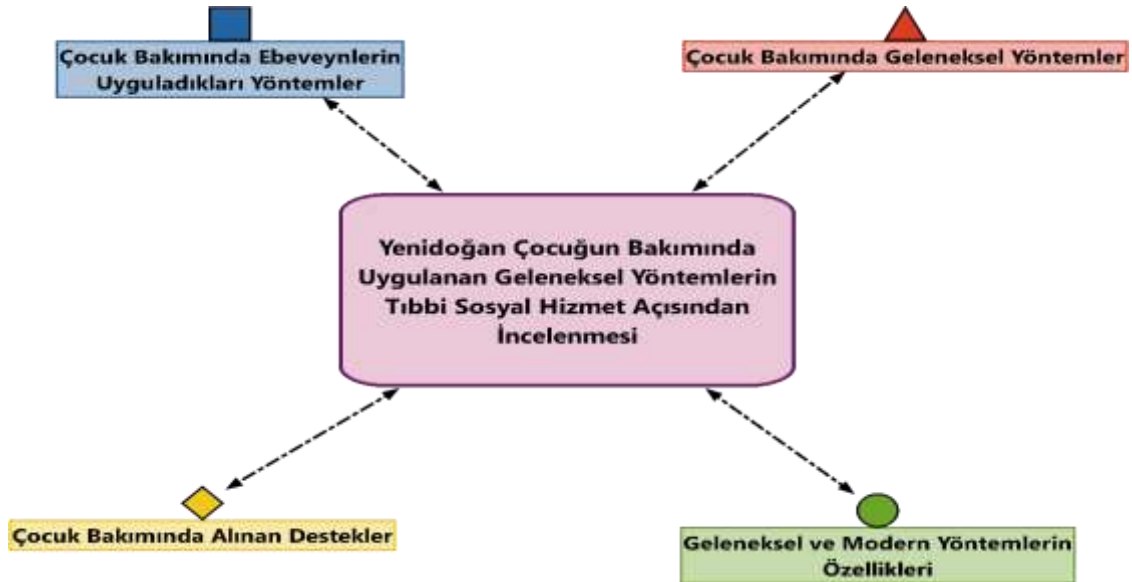
gerekmektedir. Sosyal hizmetin konsültasyon ve danışmanlıkta rol ve fonksiyonlarının burada devreye girmesi gerektiği düşünülmektedir.

Tablo 27. Katılımcıların Çocuk Bakım Yöntemlerini Öğrendikleri Kişiler Değişkeni Yüzde ve Frekans Dağılımını Gösterir Tablo.

Çocuk Bakım Yöntemlerini Öğrendikleri Kişiler	Kadın		Erkek		Toplam	
	Frekans (N)	Yüzde (%)	Frekans (N)	Yüzde (%)	Frekans (N)	Yüzde (%)
Aile büyüklerinden	32	80,0	10	76,90	42	79,24
Sağlık çalışanlarından	2	5,0	0	0	2	3,77
Bireysel	6	15,0	3	23,07	9	16,98
Toplam	42	100	13	100	53	100

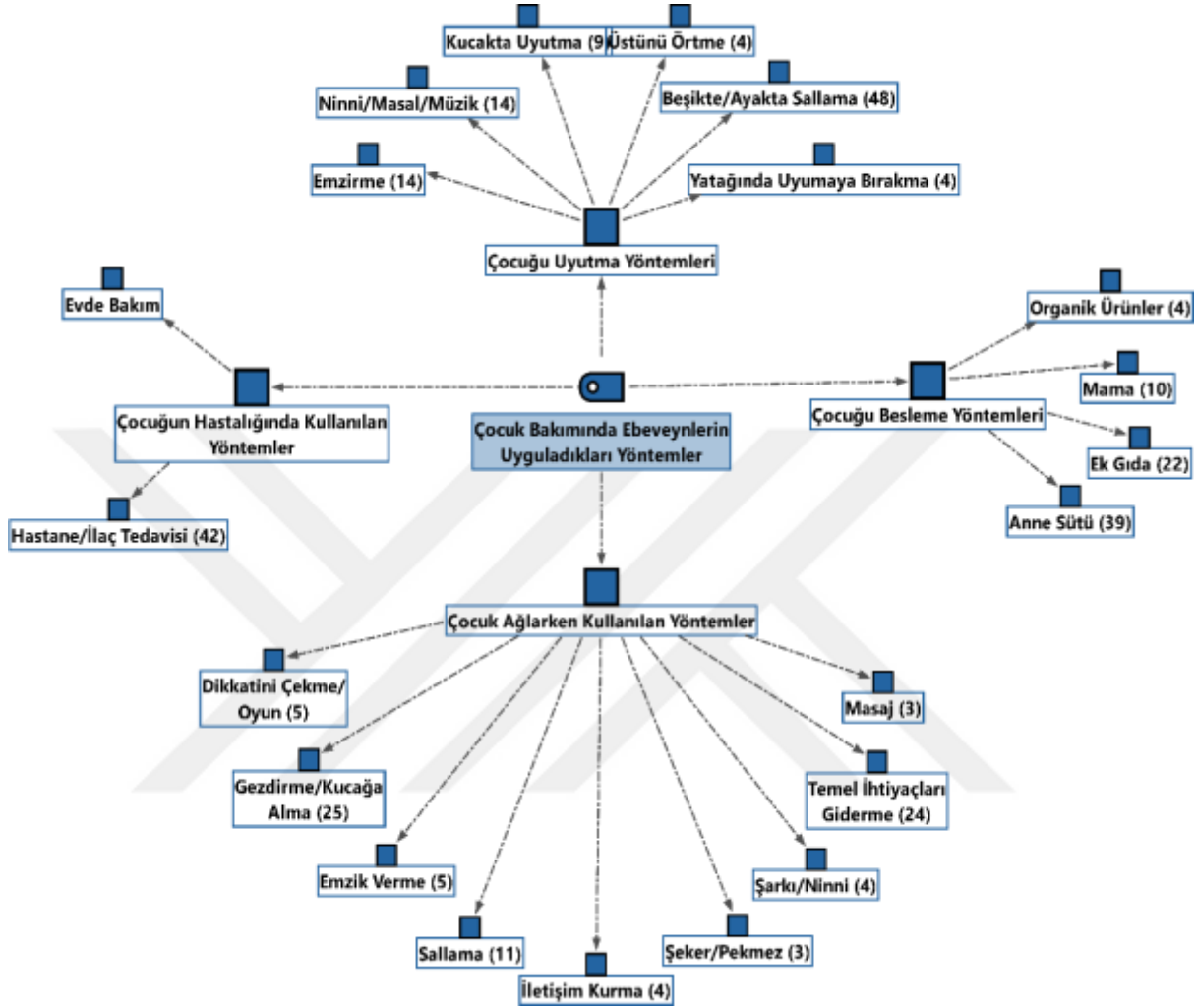
Son olarak, katılımcıların çocuk bakım yöntemlerini kimlerden öğrendikleri incelendiğinde, katılımcıların %79,24 (42)'ü yöntemleri aile büyüklerinden, % 3,77 (2)'si sağlık çalışanlarından öğrendiği ve %16,98 (9)'u ise bireysel olarak öğrendiğini belirtmiştir.

Araştırma Şekil 1’de görüldüğü üzere 4 ana tema altında toplanmıştır.



Şekil 1: Yenidoğan Çocuğun Bakımında Uygulanan Geleneksel Yöntemlerin Tıbbi Sosyal Hizmet Açısından İncelenmesi: Kahramanmaraş İli Örneği Tema Gösterimi

3.6. ÇOCUK BAKIMINDA EBEVEYNLERİN UYGULADIKLARI YÖNTEMLER



Şekil 2: Çocuk Bakımında Ebeveynlerin Uyguladıkları Yöntemler Teması Kod Alt Kod Bölümler Modeli

Araştırmanın ilk teması olan çocuk bakımında ebeveynlerin uyguladıkları yöntemler temasının hiyerarşik kod alt kod bölümler modeli Şekil 2’de görülmektedir. Çocuk bakımında ebeveynlerin uyguladıkları yöntemler teması 4 kategori altında incelenmiştir. Bunlar; çocuğun hastalığında kullanılan yöntemler, çocuğu uyutma yöntemleri, çocuk ağlarken kullanılan yöntemler ve çocuğu besleme yöntemleridir.

Yapılan araştırmalar incelendiğinde dünyada ve Türkiye’de yenidoğan bakımında geleneksel yöntemlerin tercih edilme oranlarının oldukça yüksek olduğu görülmektedir (Eğri, 2006: 3). Çelik, Çapık ve Engin (2012:262)’in yaptığı araştırmada

katılımcıların çocuk bakımında %92,8 oranla geleneksel yöntemleri tercih ettikleri görülmektedir. Araştırma sonucumuz literatürle uyumludur. Bu da araştırma konusunun güncel olduğuna ve perinatal sosyal hizmet müdahalesinin gerekli olduğuna işaret etmektedir.

3.6.1. Çocuk Hastalığında Kullanılan Yöntemler

Katılımcıların ifadeleri doğrultusunda çocuk bakımında ebeveynlerin uyguladıkları yöntemler temasında çocuğun hastalığında kullanılan yöntemler kategorisi 2 farklı kod ile tanımlanmıştır. Bunlar, evde bakım ve hastane/ilaç tedavisidir. Katılımcılar, evde bakımdan yoğun olarak bahsetmişlerdir. Ayrıca, katılımcılar çocukları hastalandığında ilk olarak hastaneye gitmek yerine, hastalığı bir süre evde takip ettiklerini ve farklı yöntemler denediklerini ifade etmişlerdir. Katılımcıların evde uyguladıkları yöntemler, Şekil 3'te görüldüğü üzere karabiber koklatma, ıslak/sirkeli bez, doğal karışımlar, ılık duş, masaj/yağlama, süt damlatma, kıyafetlerini çıkarma ve kulağına üflemedir. Katılımcılar tarafından en yoğun bahsedilen evde bakım yöntemi ise ıslak/sirkeli bezdir. K9, K29, K39 ve K45 kodlu katılımcıların evde bakım ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Örneğin ateşlendiğinde hemen bir bez ılık suya batırırdık, sıkardık, çocuğun alnına, boynunun altına, kulaklarının oralara koyardık. Ateşini kendimiz düşürmeye çalışırdık. Bazen sirkeli su kullanırdık.” (K9)

“Çocuğum hastalandığında önce ne olduğunu anlamaya çalıştım. Ateşi varsa ateşini düşürmeye çalıştım, banyo yaptırdım.” (K29)

“Kulağı ağrıdığında kulağına süt sağardık, anne sütü.” (K39)

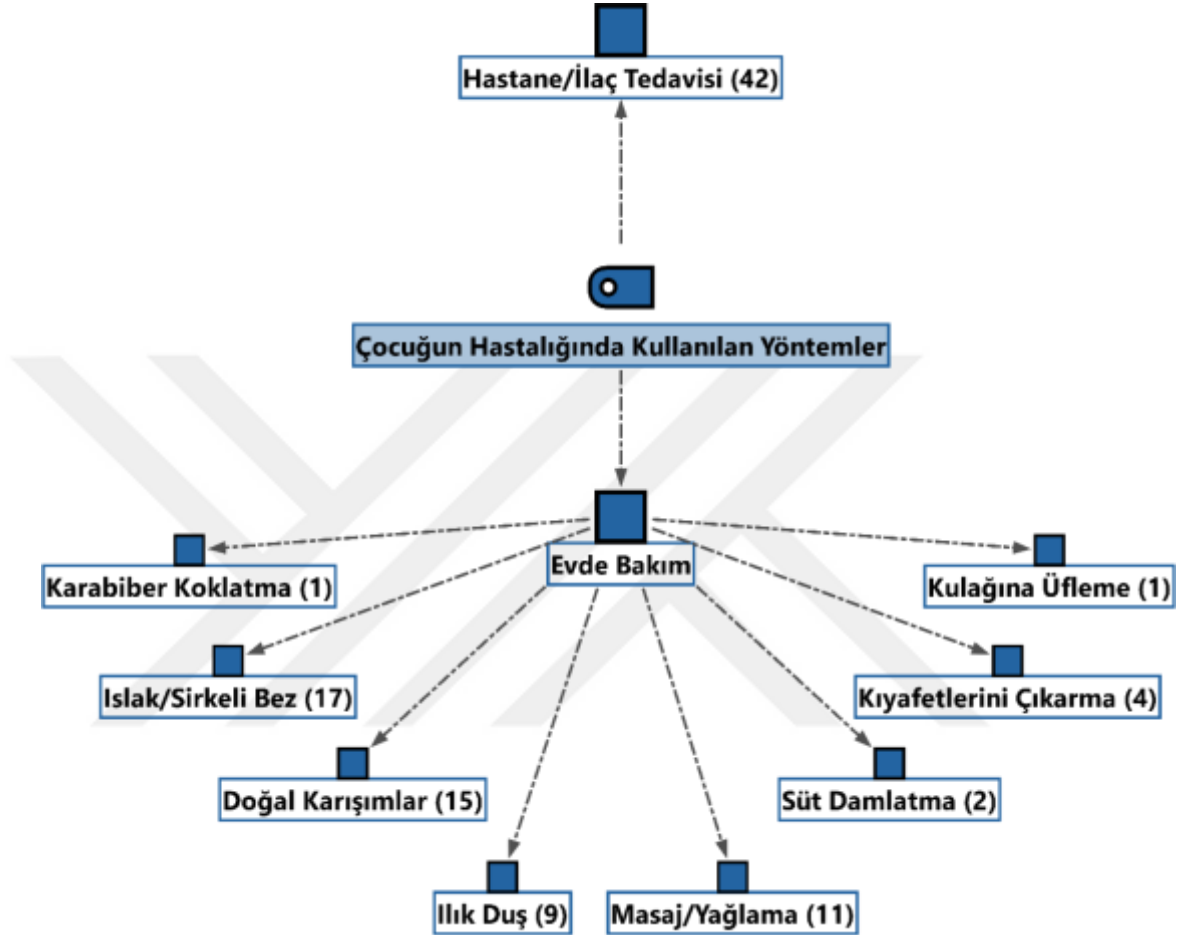
“Ateşlenince yağlardık, istifrağ ettiğinde nane içirirdik.” (K45)

Katılımcıların çocuğun hastalığında kullanılan yöntemler kategorisinde ifade ettikleri bir diğer kod ise hastane/ilaç tedavisidir. Katılımcılar gerekli olduğu durumlarda, evde bakımın yeterli olmayacağı durumlarda, doktora gitmeyi tercih ettiklerini belirtmişlerdir. K11 ve K19 kodlu katılımcıların ifadeleri hastane/ilaç tedavisini şu şekilde özetlemektedir:

“O zamanın Türkiye'sinde, yani bundan 20 yıl öncesinde, hastane şartları çok yeterli değildi. Çok sınırlı sayıda doktor vardı, çok kalabalıktı. Çocuk doktoru yoktu. Daha çok özel doktora gittik. Çok sık gittik. Zaten hamilelik dönemi de yine doktor

gözleminde devam etti. Doğumu da yine aynı doktor yaptırmıştı. Sonra da yine çocuk doktoruna gittik sık sık.” (K11)

“Hastalandıklarında, çok fazla ateş olduğunda genellikle doktora gitmeyi tercih ettim.” (K19)



Şekil 3: Çocuk Hastalığında Kullanılan Yöntemler Kod Alt Kod Bölümler Modeli

Ebeveynlerin çocuk bakımında uyguladıkları çeşitli yöntemler vardır. Çocuk hastalandığında evde bakım yapılmakta ya da hastane/ilaç tedavisi verilmektedir. Bu araştırmada katılımcıların yüksek oranda hastane/ilaç tedavisine başvurduğu görülmektedir. Evde yapılan yöntemlerden çocuk ateşlendiğinde kullanılan kıyafetini çıkarma, ılık duş aldırma tıbbi olarak uygun doğru yöntemler olarak görülmektedir. Kulağa süt damlatma, sirkeli/ıslak bez, karabiber koklatma, kulağa üfleme gibi yöntemler tıbben uygun olmayan yöntemler olduğu düşünülmektedir.

3.6.2. Çocuğu Uyumta Yöntemleri

Katılımcıların ifadeleri doğrultusunda çocuk bakımında ebeveynlerin uyguladıkları yöntemler temasında çocuğu uyutma yöntemleri kategorisi 6 farklı kod ile tanımlanmıştır. Bunlar; beşikte/ayakta sallama, emzirme, ninni/masal/müzik, kucakta uyutma, üstünü örtme ve yatağında uyumaya bırakmadır. Çocuğu uyutma yöntemleri kategorisinde katılımcılar, beşikte/ayakta sallamadan yoğun olarak bahsetmişlerdir. K28 ve K35 kodlu katılımcıların beşikte/ayakta sallama ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Ayağımızda uyuturduk. Minder sererdik, yastık koyardık. Ayağımızı hafifçe sallayarak uyuturduk.” (K28)

“İlk çocuğumda hem emzirirken hem de mama verirken uyuyakalıyordu, öyle yatırıyordum. Ama maalesef ikinci çocuğum öyle uyumadığı için, emziriyordum ama sallamak zorunda kalıyordum. Hem ayağında hem de bazen beşikte. Yoksa uyumuyor.” (K35)

Katılımcıların çocuğu uyutma yöntemleri kategorisinde ifade ettikleri diğer kod ise emzirmedir. Katılımcılar genellikle bebeklerinin rahat uyuması için tok olması gerektiğini belirtmişlerdir. Ayrıca çoğunlukla bebeklerinin emzirme sırasında uyuyakaldığını ifade etmişlerdir. K26 ve K44 kodlu katılımcıların emzirme ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Genelde çocuklarımı iki yaşına, iki buçuk yaşına kadar emzirerek uyuttum.” (K26)

“Çocuğu uyuturken emzirirdim işte. Doymuyorsa mama içirirdim, pirinç unu ile mama yapardım. Şişeyle içirirdim. Üzerini örtüp hafifçe beşiğini sallardım, uyurdu.” (K44)

Katılımcıların çocuğu uyutma yöntemleri kategorisinde ifade ettikleri diğer yöntemler ise ninni/masal/müzik, kucakta uyutma, üstünü örtme ve yatağında uyumaya bırakmadır. Katılımcılar, çocuklarının kolaylıkla uyuması adına ninnilerden, masallardan, ilahilerden yararlandıklarını, kimi zaman Kuran dinletmeyi tercih ettiklerini ifade etmişlerdir. Bunlara ek olarak, sıklıkla kucakta gezdirdiklerini, kimi zaman yatağına bırakarak, üstünü örttüklerini ve çocuğun kendi kendine uyumasını beklediklerini ifade etmişlerdir. K7, K14 ve K42 kodlu katılımcıların ifadeleri bu yöntemleri şu şekilde özetlemektedir:

“Çocuğun üzerine örtülen battaniyenin kalınlığı da çok önemli bence. Onu da araştırmıştık. Çocuğu boğmayacak, çocuğa zarar vermeyecek şekilde daha kalın bir battaniye tercih ediyoruz. Daha sağlıklı uyusun diye.” (K7)

“Çocuğu uyuturken ilk başlarda kucağımda sallıyordum, sonra yatağına bırakıp kendi kendine uyumasını bekliyorum.” (K14)

“Uyuturken ninniler söylerim. İlahileri çok söylerim. Kuran dinletirim.” (K42)

3.6.3. Çocuk Ağlarken Kullanılan Yöntemler

Katılımcıların ifadeleri doğrultusunda çocuk bakımında ebeveynlerin uyguladıkları yöntemler temasında çocuk ağlarken kullanılan yöntemler kategorisi 9 farklı kod ile tanımlanmıştır. Bunlar; gezdirme/kucağına alma, temel ihtiyaçları giderme, sallama, dikkatini çekme/oyun, emzik verme, şarkı/ninni, iletişim kurma, masaj ve şeker/pekmezdır. Çocuğu uyutma yöntemleri kategorisinde katılımcılar, gezdirme/kucağına almadan yoğun olarak bahsetmişlerdir. Aynı zamanda katılımcılar çocuklarını kucağına aldıklarında çocuklarının daha çabuk sakinleştiğini vurgulamaktadırlar. Kimi zaman çocuk arabasında gezdirme gibi yöntemleri de kullandıkları görülmektedir. K9 ve K22 kodlu katılımcıların gezdirme/kucağına alma ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Çocuk arabasına bindirirdim. Çocuk arabasıyla sokakta yürüyünce susardı.” (K9)

“Kucağıma aldığı zaman daha çok sakinleşiyordu çocuğum. Kucağımda uzun süre tutmaya çalışıyordum.” (K22)

Katılımcıların çocuk ağlarken kullanılan yöntemler kategorisinde ifade ettikleri diğer kod ise temel ihtiyaçları gidermedir. Katılımcılar, öncelikle çocuklarının ağlama sebebini bulmaya çalıştıklarını belirtmişlerdir. Çocukları ağladığında çocuklarının gazı olabileceğini, aç olabileceğini veya herhangi bir şey nedeniyle rahatsız olabileceğini ifade ederek bunlara çözüm bulmaya çalıştıklarını belirtmişlerdir. K8 ve K22 kodlu katılımcıların temel ihtiyaçları giderme ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Çocuğumuz ağladığında ya altını pisletmiştir ya bir yeri ağrıyordur veya istemeden bir yere değmiştir ya da açtır. Ya karnını doyururduk ya doktora götürürdük çok fazla rahatsızlandıysa. Veya gaz sorunu olduysa gaz damlası verirdi eşim.” (K8)

“Ağladığı zaman altını değiştiriyorsun, acıkıyorsa emziriyorsun. Bu yöntemler yani.” (K22)

Katılımcıların çocuk ağlarken kullanılan yöntemler kategorisinde ifade ettikleri diğer kod ise sallamadır. Katılımcılar, çocuklarının susması için sıklıkla sallamayı ve sırtına hafifçe vurmayı tercih ettiklerini belirtmişlerdir. K13 ve K25 kodlu katılımcıların sallama ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Susturmaya çalışırdım, sallardım, sırtını tıptırdım.” (K13)

“Durmadağı zaman ayağımda sallıyordum.” (K25)

Katılımcıların çocuk ağlarken kullanılan yöntemler kategorisinde ifade ettikleri diğer kod ise dikkatini çekme/oyundur. Katılımcılar, çocuklarının susması için onun ilgisini çekmeye çalıştıklarını, kimi zaman ilgisini çekecek oyuncaklardan yararlandıklarını belirtmişlerdir. K1 ve K16 kodlu katılımcıların dikkatini çekme/oyun ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Çocuk ağladığında ilgisini çekmeye çalıştım. Herhangi bir oyuncak olabilir, daha başka bir şey olabilir. Tabi rahatsız olduğunda bunların hiçbir geçerliliği olmuyor da durumu kurtarmaya çalıştım.” (K1)

“Eline oyuncak verirdim, ilgisini çekecek şeyler yapmaya çalıştım.” (K16)

Katılımcıların çocuk ağlarken kullanılan yöntemler kategorisinde ifade ettikleri diğer kod ise emzik vermedir. Katılımcılar, çocuklarına yalancı emzik verdiklerinde çocuklarının kısa sürede sakinleştiğini ifade etmektedirler. K14 ve K30 kodlu katılımcıların emzik verme ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Kucağıma alarak sakinleştirmeye çalışıyordum ya da yalancı emzik ile sakinleşmesini bekliyordum.” (K14)

“Yani küçücük, savunmasız çocuk, ne yapabilirim ki sabretmekten başka. Susturmaya çalıştım, ağzına emzik verdim. Emzikle susardı ancak.” (K30)

Katılımcıların çocuk ağlarken kullanılan yöntemler kategorisinde ifade ettikleri diğer yöntemler ise şarkı/ninni, iletişim kurma, masaj ve şeker/pekmezdır. Katılımcılar, çocuklarını susturmak için şarkılardan yararlandıklarını, kimi zaman direkt iletişim kurmaya çalıştıklarını, çocuklarını rahatlatmak için masaj yaptıklarını belirtmişlerdir. Bunlara ek olarak, kimi katılımcılar, aile büyüklerinin tavsiyesine dayanarak çocuklarına şekerli gıdalar vermektedir. K17, K18, K42 ve K44 kodlu katılımcıların ifadeleri bu yöntemleri şu şekilde özetlemektedir:

“Daha çok iletişim kurmaya çalışıyorsunuz bir yaşı, iki yaşı geçmeye başlayınca.” (K17)

“Çok ağladığı zaman, çocuk durmadığı zaman şekerli su veriyordum, çocuk susuyordu.” (K18)

“Mesela çocuk iki aylık falan olduğunda çocuğun ayağını tutup parmaklarına doğru, yukarı doğru masaj yapacaksın. Onu yapınca çocuk rahatlıyor.” (K42)

“Bir şeyler söyledik. Ninniler söyledik işte. Ninnileri çok söyledim ben.” (K44)

3.6.4. Çocuğu Besleme Yöntemleri

Katılımcıların ifadeleri doğrultusunda çocuk bakımında ebeveynlerin uyguladıkları yöntemler temasında çocuğu besleme yöntemleri kategorisi 4 farklı kod ile tanımlanmıştır. Bunlar; anne sütü, ek gıda, mama ve organik ürünlerdir. Katılımcılar özellikle ilk 6 ay sadece anne sütünün verilmesi gerektiğini vurgulamaktadırlar. Altı aydan sonra ek gıdaya geçilebildiğini, evde yapılan yemeklerden çocuğa da küçük miktarlarda verilebileceğini belirtmektedirler. Anne sütünün yeterli olmadığı durumlarda hazır mama kullandığını belirten katılımcılar da bulunmaktadır. Kimi katılımcılar ise çocuklarını mümkün olduğunca organik ürünler ile beslediklerini, alerjik olabilecek besinlerden kaçındıklarını ifade etmektedirler. K6, K8, K27 ve K33 kodlu katılımcıların besleme yöntemleri ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Çocuklara yedirilecek yemeklerde alerjiye sebep olmayacak ürünler tercih ettik. Mesela hazır yoğurt değil de evde çalınmış yoğurt, damıtılmış, arıtılmış, kaynatılmış ve soğutulmuş su, onun dışında annesinin hazırladığı çorba, lapa tarzı çocuğun alabileceği tarz yemekler...Ama bir çilektir, kividir, çocuğun alerjik fonksiyonlarını tetikleyecek şeylerden kaçındık.” (K6)

“Özellikle doğal yetişmiş, bahçemizde yetişmiş ürünleri yedirdik. İşte şeftali, elma gibi...” (K8)

“Yeni bıraktım aslında, bir yaşına kadar emzirdim. Ama sütüm kalmadığı için şu anda bıraktım. Mama ile devam ediyoruz. Ek gıda da alabiliyor, yemek yiyebiliyor zaten artık.” (K27)

“Altı ay anne sütü aldı. Altı aydan bir yaşına kadar da mama aldı. Bir yaşından sonra da süt verdim. Tabi arada takviye çorbaydı, meyveydi... Onlardan da verdim.”
(K33)

Tablo 28: Çocuk Bakımı Konusunda Eğitim Alma Durumuna Göre Çocuk Bakımında Ebeveynlerin Uyguladıkları Yöntemler

	Evet	Hayır
Çocuk Bakımında Ebeveynlerin Uyguladıkları Yöntemler		
Çocuğun Hastalığında Kullanılan Yöntemler		
Evde Bakım		
Islak/Sirkeli Bez	5	12
Doğal Karşımalar	2	13
Masaj/Yağlama	3	8
İlk Duş	1	8
Kıyafetlerini Çıkarma		4
Süt Damlatma	1	1
Kulağına Üfleme		1
Karabiber Koklatma		1
Hastane/İlaç Tedavisi	10	32
Çocuğu Uyutma Yöntemleri		
Beşikte/Ayakta Sallama	10	38
Emzirme	3	11
Ninni/Masal/Müzik	2	12
Kucakta Uyutma	2	7
Üstünü Örtme	1	3
Yatağında Uyumaya Bırakma	1	3
Çocuk Ağlarken Kullanılan Yöntemler		
Gezdırme/Kucağı Alma	11	14
Temel İhtiyaçları Giderme	8	16
Sallama	1	10
Dikkatini Çekme/Oyun	2	3
Emzik Verme		5
Şarkı/Ninni	2	2
İletişim Kurma	1	3
Masaj		3
Şeker/Pekmez	2	1
Çocuğu Besleme Yöntemleri		
Anne Sütü	9	30
Ek Gıda	8	14
Mama	1	9
Organik Ürünler	1	3
# N = Belgeler	12 (22,6%)	41 (77,4%)

Çocuk bakımında ebeveynlerin uyguladıkları yöntemleri, çocuk bakımı konusunda eğitim alma durumuna göre incelediğimizde çocuk bakımı konusunda herhangi bir eğitim almayan katılımcıların çocuk hastalandığında daha çok evde bakım yöntemleri üzerine yoğunlaştıkları Tablo 28’de görülmektedir. Çocuk bakımı konusunda herhangi bir eğitim almadığını belirten katılımcılar çocuğu uyutma yöntemlerinden beşikte/ayakta sallama üzerinde yoğun olarak görüş bildirmişlerdir. Çocuk ağlarken kullanılan yöntemler incelendiğinde, eğitim almayan katılımcıların temel ihtiyaçları giderme üzerinde yoğun olarak görüş bildirdikleri görülmektedir. Çocuğu besleme yöntemlerinde ise eğitim almayan katılımcıların anne sütünü yoğun olarak vurguladıkları görülmektedir. Benzer şekilde, çocuk bakımı konusunda eğitim aldığını belirten katılımcılar da çocuk bakımında daha çok evde bakım, beşikte/ayakta sallama ve anne sütü üzerinde yoğun bir şekilde görüş bildirmişlerdir. Ancak uyutma yöntemi olarak eğitim alan katılımcıların gezdirme/kucağa alma üzerinde yoğun olarak görüş bildirdikleri görülmektedir.

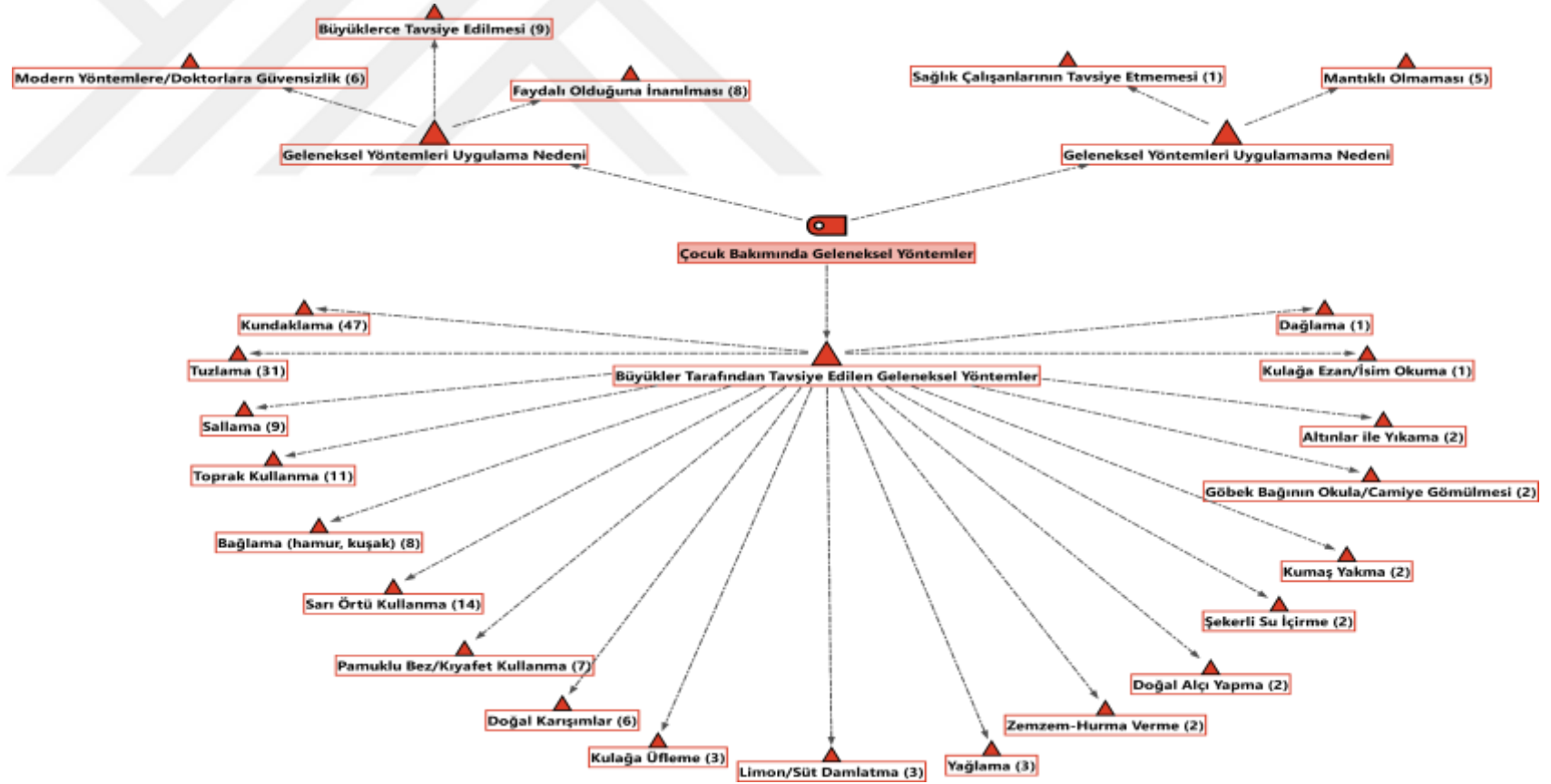
Tablo 29: Yöntemleri Uygulamada Zorluk Çekme Durumuna Göre Çocuk Bakımında Ebeveynlerin Uyguladıkları Yöntemler

	Zorluk Çekme	Zorluk Çekmeme
Çocuk Bakımında Ebeveynlerin Uyguladıkları Yöntemler		
Çocuğun Hastalığında Kullanılan Yöntemler		
Evde Bakım		
Islak/Sirkeli Bez	5	12
Doğal Karşınlar	4	11
Masaj/Yağlama	5	6
Ilık Duş	3	6
Kıyafetlerini Çıkarma	1	3
Süt Damlatma		2
Kulağına Üfleme		1
Karabiber Koklatma		1
Hastane/İlaç Tedavisi	20	22
Çocuğu Uyutma Yöntemleri		
Beşikte/Ayakta Sallama	24	24
Erzirme	7	7
Ninni/Masal/Müzik	7	7
Kucakta Uyutma	4	5
Üstünü Örtme		4
Yatağında Uyumaya Brakma	1	3
Çocuk Ağlarken Kullanılan Yöntemler		
Gezdirme/Kucağa Alma	16	9
Temel İhtiyaçları Giderme	11	13
Sallama	6	5
Dikkatini Çekme/Oyun	4	1
Erzik Verme	1	4
Şarkı/Ninni	1	3
İletişim Kurma	1	3
Masaj		3
Şeker/Pekmez	2	1
Çocuğu Besleme Yöntemleri		
Anne Sütü	16	23
Ek Gıda	11	11
Mama	4	6
Organik Ürünler	2	2
# N = Belgeler	22 (41,5%)	31 (58,5%)

Çocuk bakımında ebeveynlerin uyguladıkları yöntemleri, yöntemleri uygulamada zorluk çekme durumuna göre incelediğimizde zorluk çektiğini belirten katılımcıların beşikte/ayakta sallamadan yoğun olarak bahsettikleri görülmektedir. Çocuk hastalandığında kullanılan yöntemlerde hastane/ilaç tedavisinden; çocuk ağlarken kullanılan yöntemlerde gezdirme/kucağına almaktan ve çocuğu besleme yöntemlerinden anne sütünden yoğun olarak bahsetmişlerdir. Yöntemleri uygulamada zorluk çekmediğini belirten katılımcılar da benzer şekilde evde bakım yöntemlerinden yoğun olarak bahsetmişlerdir. Çocuğu uyutma yöntemlerinde beşikte/ayakta sallamadan; çocuk ağlarken kullanılan yöntemlerde temel ihtiyaçları gidermeden ve çocuğu besleme yöntemlerinde anne sütünden yoğun olarak bahsetmişlerdir. Çocuğu uyutma yöntemlerinden beşikte/ayakta sallama ve çocuğu besleme yöntemlerinden anne sütü en fazla kullanılan yöntemler olması nedeniyle hemen hemen tüm katılımcılar tarafından bu konularda ciddi seviyede görüş bildirilmiştir. Katılımcıların farklı kodlar ile ilgili ifadelerinin yoğunluğu Tablo 29’da detaylı bir şekilde verilmiştir.

Çocuk bakımı konusunda eğitim alma durumuna göre çocuk bakımında ebeveynlerin uyguladıkları yöntemler incelendiğinde eğitim almayan annelerin çocuklar hastalandığında evde bakım verdiği üzerinde yoğunlaşmasını çocukların hastalanıp-iyileşerek büyüyecekleri ve kendilerinin de öyle büyütüldüğü şeklinde ifade etmeleridir. Bazı hastalıkların kalıcı hasar ya da ölümcül olacağı konusunda yeterince bilgi sahibi olmadıkları görülmektedir.

3.7. ÇOCUK BAKIMINDA GELENEKSEL YÖNTEMLER



Şekil 4: Çocuk Bakımında Geleneksel Yöntemler Teması Kod Alt Kod Bölümler Modeli

Araştırmanın ikinci teması olan çocuk bakımında geleneksel yöntemler temasının hiyerarşik kod alt kod bölümler modeli Şekil 4'te görülmektedir. Çocuk bakımında geleneksel yöntemler teması 3 kategori altında incelenmiştir. Bunlar; büyükler tarafından tavsiye edilen geleneksel yöntemler, geleneksel yöntemleri uygulama nedeni ve geleneksel yöntemleri uygulamama nedenidir.

3.7.1. Büyükler Tarafından Tavsiye Edilen Geleneksel Yöntemler

Katılımcıların ifadeleri doğrultusunda çocuk bakımında geleneksel yöntemler temasında büyükler tarafından tavsiye edilen geleneksel yöntemler kategorisi 19 farklı kod ile tanımlanmıştır. Bunlar; kundaklama, tuzlama, sarı örtü kullanma, sallama, bağlama (hamur, kuşak), pamuklu bez/kıyafet kullanma, doğal karışımlar, kulağa üfleme, limon/süt damlatma, yağlama, zenzem-hurma verme, doğal alçı yapma, şekerli su içirme, kumaş yakma, göbek bağının okula/camiye gömülmesi, altınlar ile yıkama, kulağa ezan/isim okuma ve dağlamadır. Katılımcılar, geleneksel yöntemlerden kundaklamadan yoğun olarak bahsetmişlerdir. K34 ve K48 kodlu katılımcılar kundaklamayı şu şekilde özetlemektedirler:

“Kundağı ikiye katlıyoruz, çocuğu içine koyuyoruz. Önce bir kolunu katlıyoruz. Sonra ayakucundaki örtüyü koyuyoruz. Sonra diğer kolunu katlıyoruz. Sonra da kucağımıza alıp emzirip beşikte sallayarak uyutuyoruz.” (K34)

“Normalde kundak yaparım. Ayaklarını, bacak aralarını sıkıştırırım. Elini, kolunu soyarım. Normalde kundak denilen bezle bağlarım.” (K48)

Karabulutlu (2014)'nın yılında Kars ilinde yaptığı araştırmada katılımcıların en çok kundaklama yaptıkları görülmüştür. İki araştırmada da en yoğun alınan cevabın kundaklama olması uygulamaların değişen yıllara rağmen devam ettiğini göstermektedir. Araştırmalar bu yönüyle birbirini tamamlar niteliktedir (Karabulut, 2014: 295,). Kundaklamanın çocuğun rahat uyuması için kafa tasının, kollarının ve bacaklarının sabitlenmesi ve kendilerine zarar vermemeleri için ellerinin sabitlenmesi gerektiği düşüncesinden hareketle yapıldığı görülmektedir (Biltekin ve Boran, 2004: 166 , Bölükbaş vd, 2009: 164 , Şenol vd.,2004: 47, Eğri ve Gölbaşı,2007: 313, Dinç, 2005: 313).Bilaloğlu ve ark.(2001)'nın yaptığı çalışmada kundaklamanın, kalça çıkığına neden olduğu söylemiştir. Kundaklamanın özellikle yanlış uygulandığında çocuk sağlığına zarar veren bir uygulama olduğu unutulmamalıdır.

Katılımcıların, büyükler tarafından tavsiye edilen geleneksel yöntem olarak ifade ettikleri diğer kod ise tuzlamadır. Bazı katılımcılar, tuzlu suya şeker de ilave edildiğini belirtmişlerdir. Buna ek olarak, kimi katılımcılar tuzlu suyu çocuğun ağzına da koyduklarını belirtmiştir. K21 ve K44 kodlu katılımcıların ifadeleri tuzlamayı şu şekilde özetlemektedir:

“Ilık suyla banyo yaptırıyorsun, üzerine tuzlu su döküyorsun.” (K21)

“Suya hafif tuz atardık, biraz da şeker atardık. Ağzına çalardık, kulaklarının aralarına... Kokmasın diye ağız. Sonra hafiften bir su dökerdik.” (44)

Bebeğin pişik ve isilik olmaması ve gelecekte ter kokmaması için tuzlama uygulamasının yapıldığı daha önceki araştırmalarda da görülmektedir. Çocuğun banyosunun suyuna atılan bir miktar tuzla yaptırılması veya cildine direk tuz sürülmesi şeklinde uygulandığı görülmektedir. Bebek cildinin hassaslığı düşünüldüğünde deride kızarıklığa neden olduğu görülmektedir (Dinç, 2005: 53, Eğri ve Gölbaşı, 2007: 313, Geçkil, Şahin, Ege, 2009: 62, Işık, Akçınar ve Kadioğlu, 2010: 63). Diğer araştırmalardan farklı olarak bu araştırmada suya şeker de eklendiği görülmektedir.

Katılımcıların, büyükler tarafından tavsiye edilen geleneksel yöntem olarak ifade ettikleri diğer kod ise sarı örtü kullanmadır. Kimi katılımcılar sarı ışık da yakıldığını belirtmiştir. K2 ve K37 kodlu katılımcıların ifadeleri sarı örtü kullanmayı şu şekilde özetlemektedir:

“Sararmasın diye üç dört gün başında sarı ışık yaktık.” (K2)

“Sarılık geçirme ihtimaline karşı beşiğinin üstüne sarı bir tülbent bağlıyorlar. Böyle uçları oyali, sarı bir tülbent vardır. O bağlanıyor. Ya da sarı bir battaniye varsa o üstüne örtülür. Hiçbir şey bulunamıyorsa sarı bir havlu, bir kumaş parçası bile olabilir.” (K37)

Sarılığın, yapılan diğer araştırmalarda geleneksel yöntemle en çok müdahale edilen uygulama olduğu görülmektedir. Sarı rengine vurgu yapılarak sarı kıyafet giydirme, sarı yazma-battaniye örtme, sarı ışığa bırakma, altın takma, altın suyu/ yumurta sarısı ile yıkama, geleneksel uygulamasın ten rengi sarıya dönen neonatal çocuklara uygulandığı tespit edilmiştir (Geçkil vd., 2009: 62 , Biltekin ve Boran, 2004: 166, Özyacıoğlu ve Polat, 2004: 30 , Yalçın, 2012: 19, Dinç, 2005: 53). Sarılıkla ilgili detaylı bilgiler ve olumsuz sonuçları çocuğa zarar veren yöntemler bölümünde tekrar tartışılmıştır.

Katılımcıların, büyükler tarafından tavsiye edilen geleneksel yöntem olarak ifade ettikleri diğer kod ise toprak kullanmadır. Katılımcılar genellikle toprağın ısıtıldıktan sonra bebek bezinin içine koyularak kullanıldığını ifade etmişlerdir. Bazı katılımcılar ise toprak ile çocuklara masaj yapılabildiğini vurgulamıştır. K3 ve K49 kodlu katılımcıların ifadeleri toprak kullanmayı şu şekilde özetlemektedir:

“Toprak yöntemi var bir de. Çocuğun vücuduna toprakla, çamurla masaj yaparlarmış. Bunun da faydasını gördüm kendim.” (K3)

“Toprak elerdik, annelerimiz bulgur gibi hazırlarlardı. Onu torbalara koyardık. Kışın önce ısıtılırdı. Herhangi bir kaba konularak sobanın üstüne konulurdu. Sobada ısınınca çocuğun altını değiştirirlerdi. Çocuğun altındakini alırlardı, temiz bez serilirdi, ısıtılan toprak bezin üstüne serilirdi. O çocuğu sıcacık tutardı. Onunla çocuk beşikte hemen uyurdu. Şimdikiler gibi ne sallama ne başka bir şey...” (K49)

Toprağın çocuğun altına konmasına höllük denilmektedir. Höllük bebeklerin altına bez olarak kullanılmaktadır. Killi toprak bir kabın içinde ateşte ısıtıldığı için mikropların öldüğü dolayısıyla hijyenik bir uygulama olduğu söylenmektedir. Isısını belli oranda düşürdükten hemen sonra yatağın üstüne serilerek çocuk üzerine yatırılmaktadır. Höllüğe yatırılan çocuğun pişik olmayacağı, üşümeyeceği, rahat uyuyacağı ve ağlamayacağına inanılmaktadır. Ateşin tüm kötülükleri yok edeceğine inanılmaktadır (Özen ve Özgür; 2006: Işık, Akçınar ve Kadioğlu, 2010: 63; Yalçın, 2012: 19; Aparslan ve Demirel, 2013: 47). Önceki araştırmalarda killi toprağın idrarı çabuk emmesinin pişigi önlediğine dair uygulamanın yararı olduğu buna karşılık cildine zarar verebileceği gibi bulaşıcı hastalıklara neden olduğundan ölümle sonuçlanabildiğinden bahsedilmektedir. Toprağın içinde birçok mikroorganizma vardır. Özellikle tetanos grubu mikrop çok fazla bulunmaktadır. Höllük uygulanmasının ivedilikle önlenmesi için müdahale gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Yapılan araştırmalar günümüzde höllüğün hala kullanıldığını göstermektedir (Meriç ve Elçioğlu, 133). Özen ve Özger 2006 yılında yaptığı ve 3 vakayı incelediği araştırmada höllüğe yatırılan yenidoğan 3 çocuktan 2’sinin tedavilere rağmen tetanozdan öldüğü görülmektedir (Özen ve Özger, 2006: 132). Özellikle kırsalda yaşayan ve evde doğum yapan ebeveynlerin yenidoğan çocuklarına ücretsiz 2 doz tetanoz aşısı yapılması önerilebilir.

Katılımcıların, büyükler tarafından tavsiye edilen geleneksel yöntem olarak ifade ettikleri diğer kod ise sallamadır. Katılımcılar özellikle çocuğun ağrısı olduğunda veya

uyumadığında sallama yönteminin yararlı olduğuna inandıklarını belirtmişlerdir. K32 kodlu katılımcının ifadeleri sallamayı şu şekilde özetlemektedir:

“Kayınvalidem bir bezin arasına koyardı. İki ucundan tutup sallardık. Sallarken dua okurdu. Ondan sonra bezi sallarken çocuğu ters çevirirdik. Bunu üç defa tekrarlardık. Üç defa tekrarladıktan sonra çocuk rahatladı. Yani öyle düşünürdük. Çocuk uyurdu, rahatladı ve her sancılandığında bu yöntemi kullanırdık.” (K32)

Katılımcıların, büyükler tarafından tavsiye edilen geleneksel yöntem olarak ifade ettikleri diğer kod ise bağlamadır. Katılımcılar fitik gibi rahatsızlıklarda çocuğun göbeğine kuşak bağladıklarını veya ağrıları geçirmek için çocuğun vücuduna hamur bağladıklarını belirtmişlerdir. K45 kodlu katılımcının ifadeleri bağlamayı şu şekilde özetlemektedir:

“Hamuru tavada pişiriyorsun. Azcık su, yağ ve un ile pişiriyorsun. Hamur oluyor. Hamuru da beze serip onu da göğsüne, sırtına, neresi ağrıyorsa oraya koyuyorsun.” (K45)

Katılımcıların, büyükler tarafından tavsiye edilen geleneksel yöntem olarak ifade ettikleri diğer kod ise pamuklu bez/kıyafet kullanmadır. Katılımcılar eskiden hazır bez bulunmadığı için pamuklu bez kullandıklarını vurgulamaktadır. Ayrıca, pamuklu bezlerin günümüzde satılan bebek bezlerine göre daha iyi olduğunu belirtmişlerdir. K6 ve K12 kodlu katılımcıların ifadeleri pamuklu bez/kıyafet kullanmayı şu şekilde özetlemektedir:

“Biz hazır bezle büyümedik mesela. Klasik yıkama ve pamuklu bezle büyüdük. Pişik problemi yaşamıyorduk mesela. Öyle derler. Ama şimdiki çocuklar için aldığımız hazır bezler çocuklarda alerjik reaksiyonlara neden olabiliyor, pişik problemi oluyor. Mümkün olsa onları kullanmamayı tercih ederim. Eski klasik usulü tercih ederim.” (K6)

“Bezleri evvela soğuk suda yıkarlardı, sonra büyük kazanlara koyarak kaynatırlardı. Küllü su ile kaynatırlardı. Külün suyunda temizleyici madde var. O madde mikrobu öldürürdü.” (K12)

Katılımcıların, büyükler tarafından tavsiye edilen geleneksel yöntem olarak ifade ettikleri diğer kod ise doğal karışımlardır. Katılımcılar, genellikle evde olan doğal baharatlardan çaylar yaparak çocuklarına içirdiklerini belirtmişlerdir. K23 kodlu katılımcının ifadeleri doğal karışımları şu şekilde özetlemektedir:

“Soğuktan hasta olduğunda zeytinyağı sürdüm, nane çayı içirdim. Kekik çayı falan da içirdim. Bu yöntemler faydalı olduğu için çocuğuma her seferinde aynı yaptım.” (K23)

Katılımcıların, büyükler tarafından tavsiye edilen geleneksel yöntem olarak ifade ettikleri diğer kod ise kulağa üflemedir. Katılımcılar, çocukların kulağı ağrıdığı anda sigara içen bir yetişkinin çocuğun kulağına üflemesinin yararlı olduğuna inanmaktadırlar. K10 kodlu katılımcının ifadeleri kulağa üfleme yi şu şekilde özetlemektedir:

“Çocuğun kulağı ağrıdığı anda büyüklerimiz ‘Sigara içen birine götürün de üflesin.’ derlerdi. Sigaranın acısı kulak ağrısını keser.” (K10)

Katılımcıların, büyükler tarafından tavsiye edilen geleneksel yöntem olarak ifade ettikleri diğer kod ise limon/süt damlatmadır. Katılımcılar, çocukların kulağı ağrıdığı anda kulağa süt damlatma veya çocuğun gözünün sağlıklı ve parlak olması için limon damlatma gibi yöntemler kullanıldığını belirtmişlerdir. K45 kodlu katılımcının ifadeleri limon/süt damlatmayı şu şekilde özetlemektedir:

“Limonu gözlerine damlatırlardı. Birer damla. Güzel olsun, parlak olsun diye.” (K45)

Katılımcıların, büyükler tarafından tavsiye edilen geleneksel yöntem olarak ifade ettikleri diğer kod ise yağlamadır. Katılımcılar, zeytinyağını çeşitli amaçlar için kullandıklarını vurgulamaktadırlar. Genellikle pişiklerin geçirilmesinde veya çocuğun ilk banyosunda kullanıldığı belirtilmiştir. K37 kodlu katılımcının ifadeleri yağlamayı şu şekilde özetlemektedir:

“Başı yağlanıyor bebeğin ilk banyosunda. Zeytinyağı ile yağlanıyor banyoya girmeden bir iki dakika önce. Çünkü çocuğun başında ‘kemreler’ dediğimiz konaklar oluşuyor. O konakların giderilmesi için başına ve hatta vücuduna da yağ sürdükleri oluyor. Sonra banyoya girince bebek yıkıyor.” (K37)

Katılımcıların, büyükler tarafından tavsiye edilen geleneksel yöntem olarak ifade ettikleri diğer kod ise doğal alçı yapmadır. Katılımcılar, evdeki birtakım malzemeler ile doğal alçı yapılabileceğini vurgulamaktadırlar. K10 kodlu katılımcının ifadeleri doğal alçı yapmayı şu şekilde özetlemektedir:

“Çocuğun ayağı falan kırıldığı anda yumurtadan alçı yaparlarmış. Ufak tefek değneklerle de bağlarmış eğri olmasın diye.” (K10)

Katılımcıların, büyükler tarafından tavsiye edilen geleneksel yöntem olarak ifade ettikleri diğer kod ise şekerli su içirmedir. Katılımcılar bu yöntemin daha çok çocuğun ağzında tomurcukların oluşmasının engellenmesi adına kullanıldığını vurgulamışlardır. Katılımcılar, K37 kodlu katılımcının ifadeleri şekerli su içirmeyi şu şekilde özetlemektedir:

“Bebeğin ağzında tomurcuk olmasın diye şekerli su veriyorlar. Yaklaşık bir yemek kaşığı kadar suya bir çay kaşığı kadar şekeri koyup eritip bebeğe yudum yudum içiriyorlar. Ama çok az, üç beş damla gibi bir şey oluyor.” (K37)

Katılımcıların, büyükler tarafından tavsiye edilen geleneksel yöntem olarak ifade ettikleri diğer kod ise kumaş yakmadır. Katılımcılar bu yöntemin bebeklerde pişik oluşumunu engellediğini vurgulamışlardır. K53 kodlu katılımcının ifadeleri kumaş yakmayı şu şekilde özetlemektedir:

“Çocuk piştiğinde pamuklu bir bezi yakarlardı. Kül olmaya yakın onu çocuğun poposuna vururlardı. Ondan sonra o çocuğun poposu pek pişmezdi.” (K53)

Katılımcıların, büyükler tarafından tavsiye edilen geleneksel yöntem olarak ifade ettikleri diğer kod ise dağlamadır. K45 kodlu katılımcının ifadeleri dağlamayı şu şekilde özetlemektedir:

“Dağlama yönteminde mesela büyük bir iğne ateşte ısıtılır, kızarır. Onu çocuğun topuğuna veya göğsüne sürerdik.” (K45)

Katılımcıların, büyükler tarafından tavsiye edilen geleneksel yöntem olarak ifade ettikleri diğer kodlar ise zezem-hurma verme, göbek bağının okula/camiye gömülmesi, altınlar ile yıkama ve kulağa ezan/isim okuma gibi yöntemleri kapsamaktadır. Burada görüldüğü gibi, dini inançların veya birtakım batıl inançların çocuk bakımında kullanılan yöntemler üzerinde etkisi bulunmaktadır. Örneğin, göbek bağının camiye gömülmesinin çocuğun ileride inançlı biri olmasına neden olduğu düşünülmektedir. Benzer şekilde, altınlar ve değerli taşlar ile yıkanan çocuğun kendisini değerli hissedeceği veya ileride varlıklı biri olacağına inanılmaktadır. Zezem-hurma verme, göbek bağının okula/camiye gömülmesi, altınlar ile yıkama ve kulağa ezan/isim okuma ile ilgili K37 ve K53 kodlu katılımcıların ifadeleri bu yöntemleri şu şekilde özetlemektedir:

“Çocuğun ilk içtiği yudum su... Bizim zihnimizde zezem kutsal su, o yüzden ilk etapta zezem damlatılıyor. Hurma ikiye yarıp içinin o ballı, tatlı kısmı bebeğin

ağızına ve diline sürülüyor. Zemzem ve hurma çocuğa tattırılıyor. Göbek bağında ise çok dindar bir aileyse bir caminin bahçesine gömdürüyor. Hatta bazıları Mekke Medine'ye gönderiyor. Oradaki sınırlarda bir hurma bahçesine gömen var. Ya da okusun, büyük adam olsun derlerse bir okulun bahçesine gömüyorlar.” (K37)

“Evin büyük bireyi en kıymetli, çok kıymetli olan altınlarını su kovaşına atar. Ve çocuğu altın suyuyla banyo yaptırmış olurlar.” (K53)

3.7.2. Geleneksel Yöntemleri Uygulama Nedeni

Katılımcıların ifadeleri doğrultusunda çocuk bakımında geleneksel yöntemler temasında geleneksel yöntemleri uygulama nedeni kategorisi 3 farklı kod ile tanımlanmıştır. Bunlar; büyüklerce tavsiye edilmesi, faydalı olduğuna inanılması ve modern yöntemlere/doktorlara güvensizliktir. Katılımcılar, büyüklerce tavsiye edilmesinden yoğun olarak bahsetmişlerdir. Katılımcılar, yöntemler konusunda aile büyüklerinin tecrübelerine güvendiklerini belirtmişlerdir. K43, K46 ve K47 kodlu katılımcıların büyüklerce tavsiye edilmesi ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“O zamanlar öyleydi. Sağlıklı olsun diye mi, iyi olsun diye mi... Onlar dedi, aile büyüklerimiz, biz de ettik.” (K43)

“Annelerimiz de bize yapmış. Biz de anne babalarımızdan gördüğümüzü yapacağız.” (K46)

“Büyüklerden aldığım bütün gelenek görenekleri uyguladım. Onların, büyüklerimizin elbette bir bildiği vardır.” (K47)

Katılımcıların ifadeleri doğrultusunda geleneksel yöntemleri uygulama nedeni olarak ifade edilen diğer kod ise faydalı olduğuna inanılmasıdır. Katılımcılar, büyükler tarafından baskı gördükleri için değil, gerçekten geleneksel yöntemlerin daha yararlı olduğunu düşündükleri için uyguladıklarını belirtmişlerdir. K31 ve K32 kodlu katılımcıların faydalı olduğuna inanılması ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Ben inanıyorum, hani eskiden yaşayan insanların yaptıkları şeylerin çocuklar için daha yararlı olduğuna. Mesela kundak olayını kullandık. Daha sonra çocuğu kayıinvalidem tuzla yıkamıştı. Bir de mesela ilk doğduğunda doktorlar çocuğun göbeği düşene kadar yıkamayın derlerdi. Ama üç çocuğumda da annem hemen doğar doğmaz yıkadı. Hiçbir zararını da görmedim. Hatta daha iyi oldu. Çocukların göbeklerinin daha çabuk düştüğünü tecrübe ettik.” (K31)

“Uygulama konusunda baskı görmedik, faydalı olduğuna inanıyorduk.” (K32)

Katılımcıların ifadeleri doğrultusunda geleneksel yöntemleri uygulama nedeni olarak ifade edilen diğer kod ise modern yöntemlere/doktorlara güvensizliktir. Katılımcılar günümüz doktorlarının yeterli olmadığına ve kimi zaman maddi kaygılar ile hastaların yararını düşünmediklerine inanmaktadırlar. K23 ve K53 kodlu katılımcıların modern yöntemlere/doktorlara güvensizlik ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Kamu hastanesine gittiğimizde oradaki hekimlerin yetersiz olduğunu düşündüğüm için. Mesela bir onların dediğini yaptım, bir de çevremdeki insanların söylediklerini yaptım. Çevremdeki insanların söyledikleri daha yararlı oldu.” (K23)

“Günümüzdeki doktorlar insanların psikolojisiyle oynuyor. İşte 15 günde gelin, ayda bir gelin muayene ettirin diye...Niye? Çünkü doktor her seferinde muayene parası alıyor.” (K53)

Bu araştırmada çocuk bakımında geleneksel yöntemlerin uygulama nedenleri temasının altında en büyük yoğunluğun büyüklerce tavsiye edilmeden kaynaklandığı ortaya çıkmaktadır. Diğer bir nedeni geleneksel yöntemlerin faydalı olacağına inanılması olmuştur. Katılımcıların yıllardır süregelen geleneksel çocuk bakım metotlarına aşina olmaları, rastlantısal olarak geleneksel yöntemlerin bazılarının çocuğa iyi gelmesi, kadınların çocuk bakımında farklı bilgi ve beceriye sahip olmamaları ve bu yöntemlerin katılımcıların kendilerine de uygulanmış olması diğer nedenler arasında sayılabilir. Bazı geleneksel yöntemlerin bir gelenek olarak çeşitli ritüellerle kutlanıyor olması da uygulama yoğunluğunu açıklayan başka bir neden olarak düşünülmektedir.

Geleneksel yöntemleri tercih etmede en çok dikkat çekilmesi gereken cevaplardan bir tanesi modern yöntemlere/doktorlara güvenilmemesi olmaktadır. Bunun derinlemesine araştırma gerektiren bir konu olduğu düşünülmektedir. Tıbbın ön gördüğü modern yöntemlere/ sağlık çalışanlarına neden güvenilmemektedir sorusuna cevap aranması, altında yatan nedenin daha detaylı sorgulanması gerekmektedir. Modern yöntemlere/doktorlara güvenilmemesinin sebebinin çocuk bakımında destek ve tavsiyenin sağlık kurumlarından daha çok çevreden alınması olduğu düşünülmektedir. Katılımcıların geleneksel yöntemleri uygulamama nedenini en düşük oranda sağlık çalışanlarının tavsiye etmemesi, sağlık kurum ve kuruluşlarının ve çalışanlarının çocuk bakımında daha fazla yönlendirme/bilgilendirme yapması açıklamaktadır. Bu sonuç

araştırmanın sonucunda ortaya çıkan önerilerin gerekliliğini dolayısıyla bu araştırmanın ihtiyaç duyulan bir alanı karşıladığını ortaya koymaktadır.

3.7.3. Geleneksel Yöntemleri Uygulamama Nedeni

Katılımcıların ifadeleri doğrultusunda çocuk bakımında geleneksel yöntemler temasında geleneksel yöntemleri uygulamama nedeni kategorisi 2 farklı kod ile tanımlanmıştır. Bunlar; mantıklı olmaması ve sağlık çalışanlarının tavsiye etmemesidir. Katılımcılar, mantıklı olmamasından yoğun olarak bahsetmişlerdir. Kimi katılımcılar geleneksel yöntemlerin somut bir yararı olmadığını ve bunların batıl inançlardan kaynaklandığını vurgulamıştır. K22 ve K50 kodlu katılımcıların mantıklı olmaması ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Batıl inançlar var. Bana mantıklı gelenleri yaptım ama mantıklı gelmeyenleri yapmadım.” (K22)

“Mesela tuzlama yöntemi, vücut kokusu oluşmasın diye yapıliyormuş ama bana çok mantıklı gelmiyor.” (K50)

Katılımcıların ifadeleri doğrultusunda geleneksel yöntemleri uygulamama nedeni olarak ifade edilen diğer kod ise sağlık çalışanlarının tavsiye etmemesidir. K19 kodlu katılımcının sağlık çalışanlarının tavsiye etmemesi ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Kundaklama, kalça çıkıklığına neden olabilir diye bir yazı okumuştum. Doktorlar da zaten tavsiye etmiyordu.” (K19)

Katılımcılar çocuk bakımında geleneksel yöntemleri uygulamama nedenlerini yoğunlukla geleneksel yöntemlerin mantıklı gelmemesi olarak ifade etmişlerdir. Dolayısıyla çocuğa nasıl bakacakları sorunsalında sağlık çalışanlarının tavsiyelerinin sağlığın korunmasındaki önemi görülmektedir. Diğer bir taraftan şunu belirtmek gerekir ki geleneksel yöntemlerin bir kısmı iyi gelirken bir kısmı zarar vermektedir. Geleneksel yöntemlerin tamamını yanlış ve işe yaramayan yöntemler olarak değerlendirmek de doğru olmamaktadır. Yüzyıllardır devam eden çocuğa iyi gelen ve hastalıklardan koruyan geleneksel yöntemlerin olduğu göz ardı edilmemelidir. Geleneksel yöntemlerden eski model diye vazgeçmenin yanlış bir değerlendirme olduğu düşünülmektedir. Bunun yerine tıbbi doğrulamalarla geleneksel yöntemlerin varsa iyileştirici etkilerinin ortaya konulmasının daha doğru olduğu söylenebilir.

Tablo 30: Büyüklerden Uygulamalara Yönelik Baskı Görme Durumuna Göre Çocuk Bakımında Geleneksel Yöntemler

	Baskı Görme	Baskı Görmeme
Çocuk Bakımında Geleneksel Yöntemler		
Büyükler Tarafından Tavsiye Edilen Geleneksel Yöntemler		
Kundaklama	23	24
Tuzlama	12	19
Sarı Örtü Kullanma	8	6
Toprak Kullanma	7	4
Sallama	5	4
Bağlama (hamur, kuşak)		8
Pamuklu Bez/Kıyafet Kullanma	4	3
Doğal Karışımlar	3	3
Kulağa Üfleme	3	
Umon/Süt Damlatma		3
Yağlama	1	2
Zenzem-Hurma Verme		2
Doğal Alçı Yapma	1	1
Şekerli Su İçirme	1	1
Kumaş Yakma	1	1
Göbek Bağının Okula/Camiye Gömülmesi	1	1
Altınlar ile Yıkama	1	1
Kulağa Ezan/İsim Okuma		1
Dağlama		1
Geleneksel Yöntemleri Uygulama Nedeni		
Büyüklerce Tavsiye Edilmesi	5	4
Faydalı Olduğuna İnanılması	1	7
Modern Yöntemlere/Doktorlara Güvensizlik	3	3
Geleneksel Yöntemleri Uygulamama Nedeni		
Mantıklı Olmaması	2	3
Sağlık Çalışanlarının Tavsiye Etmemesi		1
# N = Belgeler	22 (41,5%)	31 (58,5%)

Çocuk bakımında geleneksel yöntemleri, büyüklerden uygulamalara yönelik baskı görme durumuna göre incelediğimizde uygulamalara yönelik büyüklerden herhangi bir baskı görmediğini belirten katılımcıların kundaklama ve tuzlama yöntemleri üzerine yoğun olarak görüş bildirdikleri Tablo 30'da görülmektedir. Baskı görmediğini belirten katılımcıların geleneksel yöntemleri uygulama nedenlerini incelediğimizde yoğun olarak bu yöntemlerin faydalı olduğuna inanılması üzerine görüş bildirdikleri görülmektedir. Geleneksel yöntemleri uygulamama nedenlerini incelediğimizde yoğun olarak bu yöntemlerin mantıklı olmaması üzerine görüş bildirdikleri görülmektedir. Büyüklerden uygulamalara yönelik baskı gördüğünü

belirten katılımcılar da benzer şekilde kundaklama ve tuzlama yöntemlerinden daha yoğun bir şekilde bahsetmişlerdir. Baskı gören katılımcılar da bu yöntemleri uygulamama nedeni olarak yoğun bir şekilde yöntemlerin mantıklı olmamasını belirtmişlerdir. Ancak bu yöntemleri uygulama nedenleri incelendiğinde büyüklerce tavsiye edilmesi üzerine yoğun olarak görüş bildirdikleri görülmektedir.

Tablo 31: İstenilen Eğitimin Alınma Durumuna Göre Çocuk Bakımında Geleneksel Yöntemler

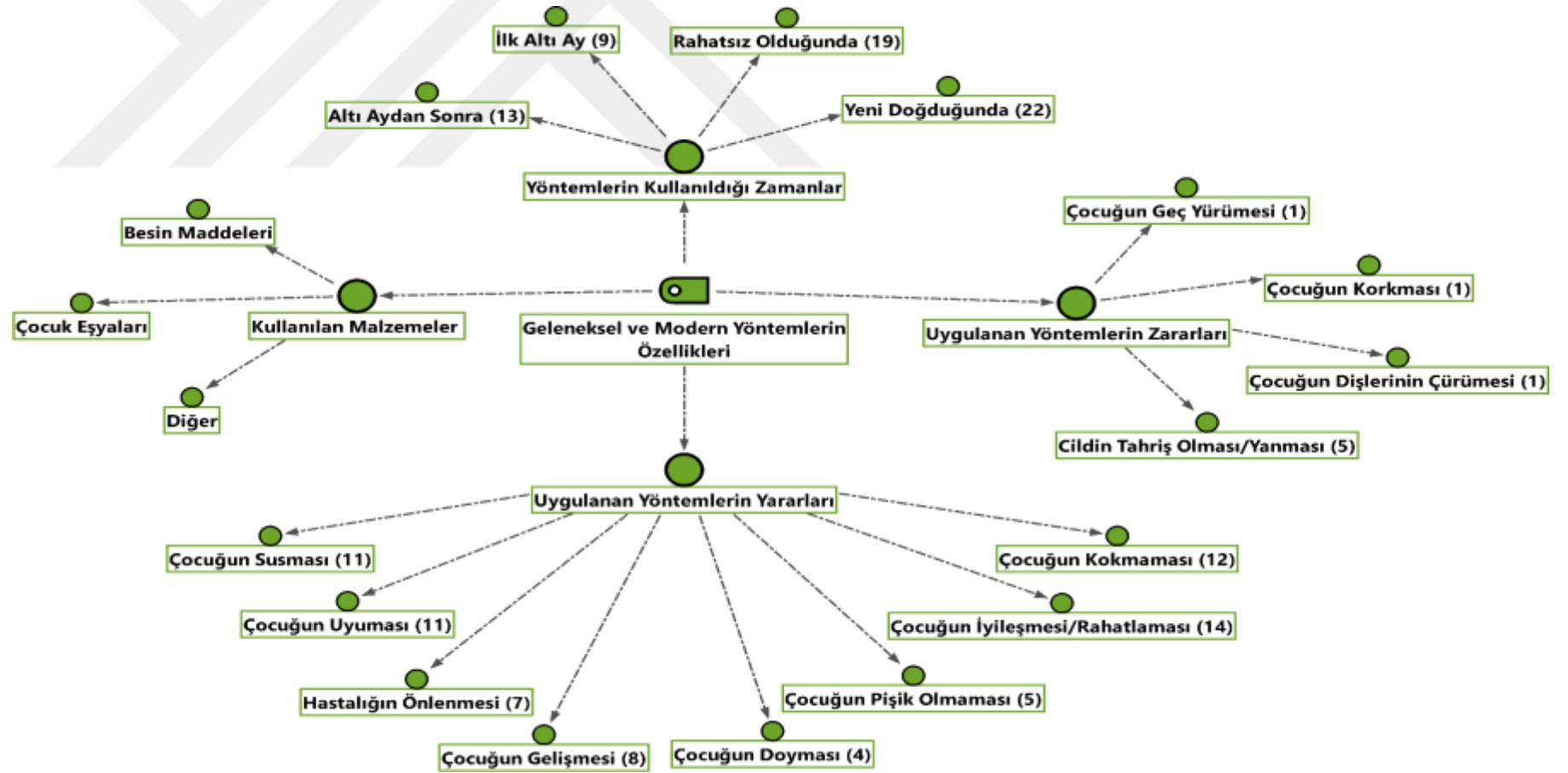
	Evet	Hayır
Çocuk Bakımında Geleneksel Yöntemler		
Büyükler Tarafından Tavsiye Edilen Geleneksel Yöntemler		
Kundaklama	23	24
Tuzlama	13	18
Sarı Örtü Kullanma	6	8
Toprak Kullanma	2	9
Sallama	2	7
Bağlama (hamur, kuşak)	1	7
Pamuklu Bez/Kıyafet Kullanma	2	5
Doğal Kanşimler	3	3
Kulağa Üfleme	2	1
Limon/Süt Damlatma	1	2
Yağlama	2	1
Zemzem-Hurma Verme	2	
Doğal Alçı Yapma	1	1
Şekerli Su İçirme	1	1
Kumaş Yakma	1	1
Göbek Bağının Okula/Camiye Gömülmesi	1	1
Altınlar ile Yıkama	1	1
Kulağa Ezan/İsim Okuma	1	
Dağlama		1
Geleneksel Yöntemleri Uygulama Nedeni		
Büyüklerce Tavsiye Edilmesi	1	8
Faydalı Olduğuna İnanılması	1	7
Modern Yöntemlere/Doktorlara Güvensizlik	2	4
Geleneksel Yöntemleri Uygulamama Nedeni		
Mantıklı Olmaması	2	3
Sağlık Çalışanlarının Tavsiye Etmemesi	1	
# N = Belgeler	20 (37,7%)	33 (62,3%)

Çocuk bakımında geleneksel yöntemleri, istenilen eğitimin alınma durumuna göre incelediğimizde istediği eğitimi almadığını düşünen katılımcıların kundaklama ve tuzlama üzerine yoğun olarak görüş bildirdikleri Tablo 31’de görülmektedir

Geleneksel yöntemleri uygulama nedenine baktığımızda ise istediği eğitimi aldığını düşünmeyen katılımcıların yoğun olarak büyüklerce tavsiye edilmesi; uygulamama nedenine baktığımızda ise yoğun olarak mantıklı olmaması üzerine görüş bildirdikleri görülmektedir. İsteddiği eğitimi aldığını düşünen katılımcılar da benzer şekilde kundaklama ve tuzlama yöntemleri üzerinde yoğun olarak görüş bildirmişlerdir. Ancak geleneksel yöntemleri uygulama nedeni incelendiğinde modern yöntemlere/doktorlara güvensizlik; uygulamama nedeni incelendiğinde mantıklı olmaması üzerine yoğun olarak görüş bildirdikleri görülmektedir.

Kundaklama yöntemi yaygın olarak kullanılan ve büyükler tarafından sıklıkla tavsiye edilen bir yöntem olduğundan hemen hemen tüm katılımcılar bu konuda görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar diğer yöntemler ile ilgili de görüş bildirmişlerdir. Katılımcıların farklı yöntemler ile ilgili görüş yoğunlukları da tabloda detaylı olarak verilmiştir.

3.8. GELENEKSEL VE MODERN YÖNTEMLERİN ÖZELLİKLERİ



Şekil 5: Geleneksel ve Modern Yöntemlerin Özellikleri Teması Kod Alt Kod Bölümler Modeli

Araştırmanın üçüncü teması olan geleneksel ve modern yöntemlerin özellikleri temasının hiyerarşik kod alt kod bölümler modeli Şekil 5'te görülmektedir. Geleneksel ve modern yöntemlerin özellikleri teması 4 kategori altında incelenmiştir. Bunlar; kullanılan malzemeler, uygulanan yöntemlerin yararları, uygulanan yöntemlerin zararları ve yöntemlerin kullanıldığı zamanlardır.

3.8.1. Kullanılan Malzemeler

Katılımcıların ifadeleri doğrultusunda geleneksel ve modern yöntemlerin özellikleri temasında kullanılan malzemeler kategorisi 3 farklı kod ile tanımlanmıştır. Bunlar; besin maddeleri, çocuk eşyaları ve diğerdir. Katılımcılar çeşitli geleneksel ve modern yöntemlerden bahsederken bu yöntemleri uygulamak için çeşitli malzemelere ihtiyaçları olduğunu vurgulamışlardır. Bu malzemeler yoğun olarak her evde bulunan besin maddeleridir. Besin maddelerine su, yağ, tuz, baharatlar, şekerli gıdalar, sirke, süt/mama, yumurta, un, limon, zenzem ve soğan örnek olarak verilmiştir. Katılımcılar aynı zamanda yöntemleri uygularken çocuk eşyalarına da ihtiyaç duyulduğunu belirtmişlerdir. Çocuk eşyalarına bez/tülbent, beşik, emzik, oyuncak, biberon ve pudra örnek olarak verilmiştir. Son olarak diğer kategorisinde katılımcılar tarafından bahsedilen malzemeler ilaç, toprak, kil ve sabundur. Malzemeler Şekil 6'da detaylı bir şekilde görülmektedir. K2, K18, K33, K51 ve K52 kodlu katılımcıların kullanılan malzemeler ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

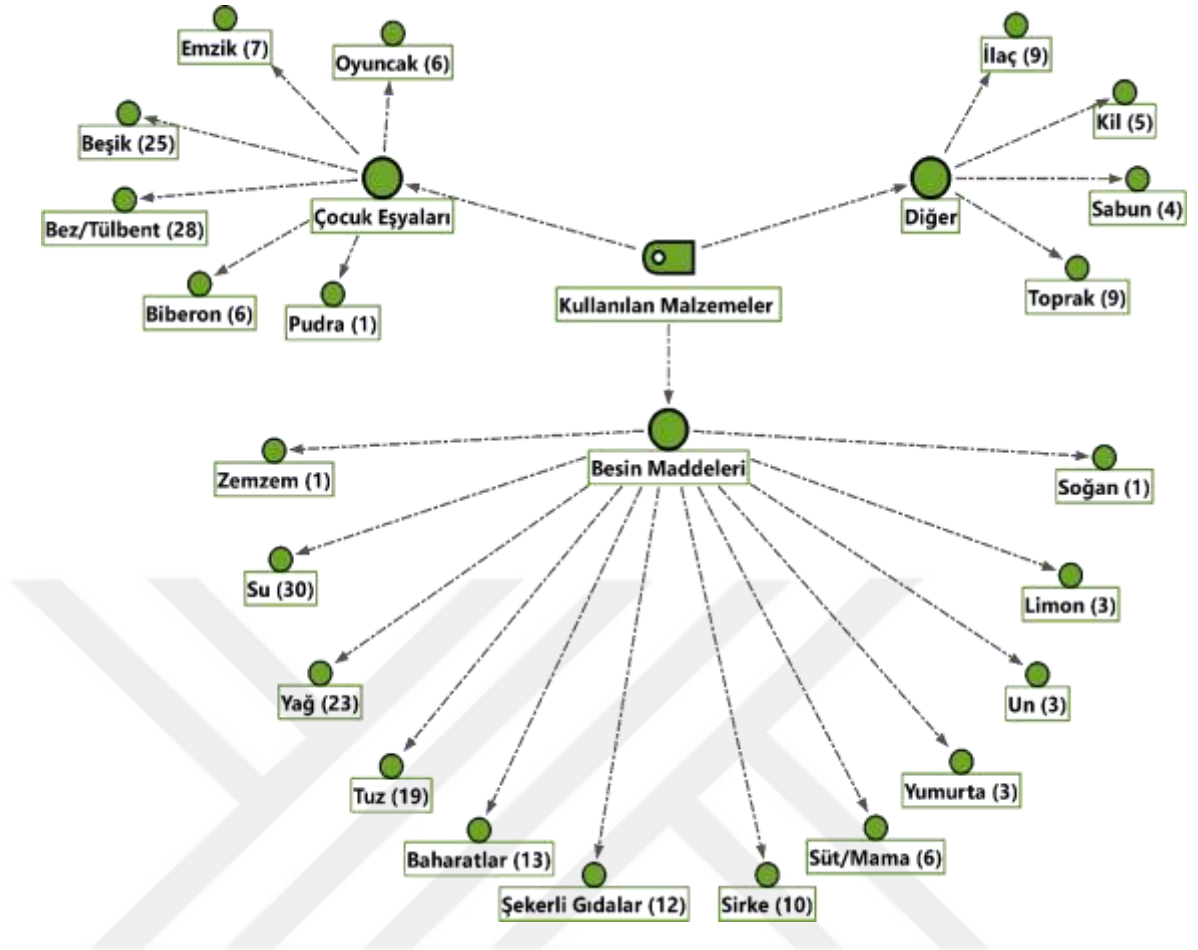
“Beşik, ondan sonra çocuk bezi, mama, biberon kullanılır.” (K2)

“Sirkeli su, tuz, bir bez kundaklamak için, sarı tülbent... Bunlar kullanılıyor.” (K18)

“Evinde bir kere sancı damlası, gaz damlası, ağrı kesici olacak.” (K33)

“Beşiği vardı, beşikte sallardım.” (K51)

“Çocuğun altına toprak koyardık, bez bağlardık. Bez de bulunmazdı.” (K52)



Şekil 6: Kullanılan Malzemeler Kod Alt Kod Bölümler Modeli

3.8.2. Uygulanan Yöntemlerin Yararları

Katılımcıların ifadeleri doğrultusunda geleneksel ve modern yöntemlerin özellikleri temasında uygulanan yöntemlerin yararları kategorisi 8 farklı kod ile tanımlanmıştır. Katılımcılar kendi uygulama sonuçlarından elde ettikleri kişisel yararları ifade etmişlerdir. Bu yararlar katılımcıların öznel ifadelerini içermektedir. Bunlar; çocuğun iyileşmesi/rahatlaması, çocuğun kokmaması, çocuğun susması, çocuğun uyuması, çocuğun gelişmesi, hastalığın önlenmesi, çocuğun pişik olmaması ve çocuğun doymasıştır. Katılımcılar yoğun olarak çocuğun iyileşmesi/rahatlaması ile ilgili görüş bildirmişlerdir. Katılımcılara göre çocuk bakımında uygulanan geleneksel ve/veya modern yöntemler çocuğun iyileşmesini ve böylece rahatlamasını sağlamaktadır. K9 ve K15 kodlu katılımcıların çocuğun iyileşmesi/rahatlaması ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Evet, faydalı oluyordu bu yöntemler. Biz de rahat ediyorduk, çocuk da rahat ettiği için faydalıydı uygulamalar.” (K9)

“Kayınvalidem ‘Sarı tül bent var kızım, onu çocuğun yüzüne ört.’ demişti. Çocuğun sarılığını alıyormuş ve işe yaradı.” (K15)

Katılımcıların uygulanan yöntemlerin yararları kategorisinde ifade ettikleri diğer kod ise çocuğun kokmamasıdır. Katılımcılar özellikle tuzlama yönteminden bahsederken bu yöntemin ter kokusunu önlediğini ve yararlı olduğunu savunmaktadırlar. K31 ve K50 kodlu katılımcıların çocuğun kokmaması ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Kayınvalidem hani ter kokusu olmaz, ileride kokmaz diye yapıyordu.” (K31)

“Mesela çocuğun vücudu kokmasın diye banyo sırasında tuzlu su yapıp son yıkama suyunu tuzlu suyla yapardık.” (K50)

Katılımcıların uygulanan yöntemlerin yararları kategorisinde ifade ettikleri diğer kod ise çocuğun susmasıdır. Katılımcılar çocukları ağladığında çeşitli yöntemler kullanmaktadırlar. Bu yöntemler daha önce de bahsedildiği gibi gezdirme, emzik verme, sallama, temel ihtiyaçlarını giderme ve iletişim kurma gibi yöntemleri kapsamaktadır. Katılımcılar bu yöntemlerin çocukların susması için faydalı olduğunu savunmaktadırlar. K24 kodlu katılımcının çocuğun susması ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Bu yöntemi uygularken beklediğim fayda onun bana ağlamayarak bir şeyleri anlatmasıydı. Ağladığında kesinlikle cevap vermiyorum. Onun sakinleşip benimle güzelce konuşmasını bekliyorum. Ve artık güzelce konuşarak söylüyor, ağladığında yapmayacağımı bildiği için ağlamıyor.” (K24)

Katılımcıların uygulanan yöntemlerin yararları kategorisinde ifade ettikleri diğer kod ise çocuğun uyumasıdır. K22 kodlu katılımcının çocuğun uyuması ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Kundağı da çevremdekiler önerdi bana. Bunu yaparsam bebeğimin daha uzun süre uyuyacağını, daha rahat uyuyacağını falan söylediler. Elleri falan çok hareket etmezse daha rahat uyur dediler.” (K22)

Katılımcıların uygulanan yöntemlerin yararları kategorisinde ifade ettikleri diğer kod ise çocuğun gelişmesidir. Katılımcılar, kullanılan geleneksel ve modern yöntemlerin çocukların gelişimine katkı sağladığını vurgulamaktadırlar. K30 kodlu katılımcının çocuğun gelişmesi ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Tabi ki gelişimi için... Yemek ye yese, uyku da uyusa, onun büyümesi ve gelişmesi için yapılan şeyler bunlar.” (K30)

Katılımcıların uygulanan yöntemlerin yararları kategorisinde ifade ettikleri diğer kod ise hastalığın önlenmesidir. Yani geleneksel veya modern yöntemler sadece çocuk hasta olduğunda değil, bu hastalıkları önlemek amacıyla da uygulanmaktadır. K40 kodlu katılımcının hastalığın önlenmesi ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Beklediğim fayda çocuğumun sağlığıydı. Beklediğim faydayı da sağladı, her bakımdan sağladı. Çocuğumu sağlıklı büyüttüm, eğitimini de verdim.” (K40)

Katılımcıların uygulanan yöntemlerin yararları kategorisinde ifade ettikleri diğer kod ise çocuğun pişik olmamasıdır. Katılımcılar aynı zamanda tuzlama işleminin çocuğun pişik olmasını engellediğini belirtmişlerdir. K47 kodlu katılımcının çocuğun pişik olmaması ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Pişik falan olmasın diye, özellikle zaten bikini bölgesinde, koltuk altında sıkça kullanıyorlar tuzu.” (K47)

Katılımcıların uygulanan yöntemlerin yararları kategorisinde ifade ettikleri diğer kod ise çocuğun doymasıdır. Katılımcıların belirttiği besleme yöntemleri anne sütünü, ek gıdaları, mamaları ve doğal ürünleri kapsamaktaydı. Katılımcılar bunların çocuğun doyması ve gelişmesi için gerekli olduğunu vurgulamaktadırlar. K9 kodlu katılımcının çocuğun doyması ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Çocuğun uyuması, dengeli beslenmesi için... Dengeli beslenirse çocuk daha iyi gelişir. Beklentimiz buydu.” (K9)

Katılımcılar çocuklara zeytinyağı ile masaj yaptıklarını belirtmişlerdir. Aromaterapi bitkilerin kök, yaprak ve çiçeğini çeşitli işlemlerden geçirerek elde edilen yağların tedavi edici, iyileştirici ve güzelleştirme özelliğinden faydalanmaktır. İlk kez mumya yapımında 6000 yıl önce Mısır Uygarlığı'nda kullanılmıştır. Roma imparatorluğu döneminde ise banyo sonrası masaj yöntemiyle birleştirilmiştir (Şar, Kahya ve Ataç, 2011: 32). Aromaterapi son yıllarda oldukça yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır. Özellikle çocuğun başında oluşan konakların önlenmesi için banyodan önce zeytinyağı ile yağlanması daha sonra banyo yaptırılmasının iyi geldiği bilinmektedir. Bu da daha önce yapılan araştırmalarla uyumluluk göstermektedir (Güzel, Uçan Yavaş ve Kara; 2017: 155). Ayrıca konak için badem yağı ile yağlayıp yarım saat bekledikten sonra tarakla hafifçe taramanın veya banyo yaptırmanın da iyi

geldiği ifade edilmiştir (Doğan, Yiğit, Erdoğan, 2013: 10). Bu uygulamalar için kaliteli yağların seçilmesi ve uygulama yapılmadan önce cildin küçük bir yerinde denenip alerji yapıp yapmayacağını beklenilmesi tavsiye edilmektedir.

Dikkat çekilmesi gereken diğer bir durum ise bebeği uyutma yönteminde gezdirme/kucağa almanın yoğun çıkmasının bebeğin avantajına bir sonuç olmasıdır. Çünkü anne çocuk bağlanmasının sağlıklı olması çocuğun gelişiminde önemlidir. Çocuğun uykusu geldiğinde uykuya dalamamasının sebebi kendini güvende hissetmemesinden kaynaklanmaktadır. Çocuklar kucağa alışmasın diye yalnız bırakmak doğru bir davranış değildir. Anne karnındaki güvenli ortamından yeni çıkan çocuk annesinin teni, kokusu, sıcaklığı ve kalp atışını özlemektedir. Kucağa alınan çocuk kendini güvende hissetmekte dolayısıyla sakinleşmektedir. Uzmanlar tarafından verilen çocuk bakım eğitimlerinde doğru bilgiler aktarıldığından anneler çocuklarının kendilerine duygusal olarak ihtiyaç duyduklarını öğrenmektedirler. Sağlıklı kurulan anne çocuk ilişkisinin çocuğun tüm yaşamını etkilediği ve çocuğun kucağa alışmayacağını öğrendiklerinden annelerin çocuklarını daha çok kucağa aldıkları düşünülmektedir (Karakaş ve Dağlı, 2018: 76, Tüzün ve Sayar, 2006: 24).

3.8.3. Uygulanan Yöntemlerin Zararları

Katılımcıların ifadeleri doğrultusunda geleneksel ve modern yöntemlerin özellikleri temasında uygulanan yöntemlerin zararları kategorisi 4 farklı kod ile tanımlanmıştır. Katılımcılar kendi uygulama sonuçlarından elde ettikleri, gözlemledikleri kişisel zararları dile getirmişlerdir. Bu zararlar katılımcıların öznel ifadelerini içermektedir. Bunlar; cildin tahriş olması/yanması, çocuğun dişlerinin çürümesi, çocuğun korkması ve çocuğun geç yürümesidir. Katılımcılar yoğun olarak cildin tahriş olması/yanması ile ilgili görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar bazı yöntemlerde kullandıkları tuz ve kahve gibi malzemelerin çocuğun cildine zarar verdiğini vurgulamaktadırlar. Ayrıca kumaş yakma yöntemi ile cildin yanma tehlikesinin olduğunu belirten katılımcılar da bulunmaktadır. K24 ve K41 kodlu katılımcıların cildin tahriş olması/yanması ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Kıyafet bile giydiren kızarıyor daha yeni doğduğu için çocuk. Dışarıdaki bütün her şeye yabancı vücudu. Yani bilmiyorum artık alerji mi yapar, şişer mi, kabarıp mı?” (K24)

“Göbek düşürmek için kahve ve tuz karışımı yap dediler. Onu yaptım. O da bayağı... Acı çeken çocuk oldu yani.” (K41)

Katılımcıların uygulanan yöntemlerin zararları kategorisinde ifade ettikleri diğer kod ise çocuğun dişlerinin çürümesidir. Özellikle şekerli gıdaların diş çürüklerine neden olduğu vurgulanmaktadır. K28 kodlu katılımcının çocuğun dişlerinin çürümesi ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Beklediğim faydayı sağlamadı. Dişlerinin erken çürümesine yol açtı.” (K28)

Katılımcıların uygulanan yöntemlerin zararları kategorisinde ifade ettikleri diğer kod ise çocuğun korkmasıdır. Bazı yöntemlerin çocuğun korkmasına yol açabileceği ve çocukta iz bırakabileceği vurgulanmaktadır. K29 kodlu katılımcının çocuğun korkması ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Çok hafif zarar verdi. Daha sonra unutturdum. Çocuk korkarak uyumuştı.” (K29)

Katılımcıların uygulanan yöntemlerin zararları kategorisinde ifade ettikleri diğer kod ise çocuğun geç yürümesidir. Özellikle kundaklama yönteminin çocuğun yürümesinde ve gelişmesinde zararlı bir yöntem olabileceği vurgulanmıştır. K47 kodlu katılımcının çocuğun geç yürümesi ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Benim çocuğum altı aylıkken emeklemeye başlamıştı. Kesinlikle bacaklarını hareket ettiremiyordu. Yürüdüğünde topal yürüyordu. Belki bu çocuk kundaklamaya girmeseydi daha iyiydi dedim. Onlara göreyse de yeteri kadar kundaklamadığım için çocuk böyle oldu.” (K47)

Katılımcılar yenidoğan çocuk bakımında büyükler tarafından kendilerine tavsiye edilen 19 tane yöntemden bahsetmektedirler. Geleneksel yöntemlerden çocuğa zarar veren uygulamaların tamamının tıbben uygun olup olmadığı bu başlık altında bu alanda yapılmış önceki araştırmalarla tartışılarak yazılacaktır. Bunlardan en yoğun alınan cevap kundaklamadır. Kundaklama çocuk kıyafeti olmakla birlikte aynı zamanda omurga ve bacak deformitesini engellediğine inanılan bir uygulamadır. Katılımcılar çocuğun anatomisinin düzgün olacağı inancıyla kundağın çocukların hareketini kısıtlayacak şekilde sıkıca bağlandığını ifade etmişlerdir. Kundaklamanın Türklerde yaygın olduğu tarihlerde Romalılar, Yunanlılar ve Yahudiler tarafından da uygulandığı bilinmektedir. Kundaklamanın doğru uygulama yapıldığında çocuğa fayda sağlayan yanlış uygulama yapıldığında ise kalça çıkıklığı gibi çeşitli sorunlara neden olan ve

günümüzde tekrar gündeme gelen bir uygulama olduğu görülmektedir (Erkut ve Yıldız, 2017:268).

Annelerin en çok yaşadığı problemlerden biri de çocuk uyutmadır. Çocuklarını uyutmak için ayağında veya bir bezin içine koyarak salladıklarını belirtmişlerdir. Bebeğin uyku düzeninin tam olgunlaşmamış olması ve sık beslenme ihtiyacı çocuklarda uyku sorunlarına neden olmaktadır. Uykusunu alamayan çocuk ise huzursuzlaşmakta ve ağlamaktadır. Bebeği uyutmak için onu hafifçe sallamanın uyku üzerinde olumlu etkisi olduğu söylenmektedir (Arun Özer vd. 2003: 174). Bebeğin karnı doyduğundan ve memeyi emmesiyle enerji harcayıp yorulduğundan emzirme, uykuya geçişte kullanılan uyumanın kolaylaşmasını sağlayan yöntemlerden biridir. Ninni/masal/müzik gibi yöntemlerin çocuğun rahatlamasını sağladığından dolayı sıkça tercih edildiği düşünülmektedir. Mevsime uygun bir bezle bebeğin üstünün örtülmesinin, uykuya geçişte kucakta hafifçe sallanarak uyutulmasının ve yatağına yatırılarak uyutulmasının tıbben herhangi bir sakıncası olmadığını belirtmek gerekmektedir.

Araştırma kapsamında topraklama ve sallama yönteminin bebeklerin rahat uykuya geçmesi için kullanıldığı görülmektedir. Bazı bebekler uykuya rahat geçerken bazı bebekler zorlanmakta ve desteğe ihtiyaç duymaktadır. Isıtılan toprağın üzerine yatırılan çocuk sıcaklığın etkisiyle rahatlamakta ve uykuya geçişi kolaylaşmaktadır. Önceki araştırmalarda anneler çocuklarının uykuya geçişlerini kolaylaştırmak için çeşitli yöntemleri kullandıklarını belirtmiştir. Çocukları bir bezin arasında, kucakta, salıncakta, beşikte, ayaklarına yastık koyarak salladıkları ve bu yöntemin yaygın olarak görüldüğü belirtilmektedir. (Çınar vd. 2015: 378). Bu araştırmanın sonucu literatürle uyumludur. Yenidoğan bebeğin başı tutan boyun kasları henüz gelişmediğinden çocuk başını tam olarak tutamamaktadır. Sallamayla birlikte çocuğun başı sallanır ve beyne giden damarları hasar görebilir ve bu da körlük, sağırılık, öğrenme güçlüğü, beyin hasarı ve hatta ölümle sonuçlanabilmektedir (Hacıhasanoğlu Aşılar ve Bekar, 2018: 12). Topraklama yönteminin günümüz koşullarında uygulamasının oldukça zor olduğu tahmin edilmektedir. Diğer taraftan sallama hala yaygın olarak kullanılan bir yöntem olduğundan bu konuda öncelikli bilgilendirilmesi gereken yöntem olarak ortaya çıkmaktadır.

Anadolu'da hala yaygın olan geleneksel bir diğer uygulama ise çocuk büyüyüp yetişkin olduğunda ter kokmasını önlemek için yapılan tuzlamadır. Tuzlama yöntemi

bebek doğduğu ilk günden itibaren tuzla 1 kez ovalanıp daha sonra banyo yaptırılması veya banyo suyuna bir tutam tuz katılması şeklinde uygulanmaktadır. Aile büyüklerinin tavsiye ettiği bu yöntemin bebeklerin gelecekteki kişisel bakımlarına çocuk yaşlardan itibaren destek vermelerinin büyüklerin çocuğa karşı görevi olduğu inancından kaynaklandığı düşünülmektedir. Katılımcılar bu uygulamanın çocuğun 40'ı (doğumdan sonraki 40 gün) çıkana kadar yapılması gerektiğini 40 gün içinde yapılırsa artık ter kokusunun olmayacağına inandıklarını belirtmişlerdir. Bebeklerde tuzlama yöntemi düşünüldüğü gibi çocuğa fayda sağlamamaktadır. Yapılan çalışmalar tuzlamanın sonucunda olumsuz hatta çocukta tedavi gerektiren bir sonucu olduğunu ortaya koymaktadır (Peker vd. 2010: 204). Önceki araştırmalar tuzlama yönteminin çocuğun cildinde tedavi gerektiren durumlara neden olduğunu göstermektedir. Dolayısıyla doğum öncesi ve sonrası kadınların bu konuda bilgilendirilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Çocuklar tuvalet alışkanlığını henüz kazanmadıkları için çocuk bezi tercih edilmektedir. Çocuk bezi kullanımında yaşça büyük kişilerin pamuklu bez/kumaşların tercih edildiği görülmektedir. Eski zamanlarda hazır çocuk bezinin maliyetli olması, yaygın olmaması, olsa da hazır bezin pişik yapmasına inanılması gibi nedenlerden dolayı pamuklu kumaşlardan yapılan bezlerin tercih edildiği düşünülmektedir. Yapılan araştırmada günümüzde daha ileri teknoloji ile üretilen tek kullanımlık ve hijyenik çocuk bezlerinin emiciliği ve cilt tahrişini önleyiciliği çocuk sağlığı açısından daha etkili olduğu belirtilmektedir (Uyanık ve Duru Baykal, 2016: 327). Çocukların kıyafetleri içinde pamuklu kumaşların tercih edilmesi önerilebilir.

Bu araştırma da bahsedilen diğer bir yöntem ise bebekler için hazırlanan doğal karışımlardır. Bunlar nane çayı, kekik, ıhlamur çayı gibi içeceklerdir. Katılımcılar bunları nezle, grip ve soğuk algınlığı gibi hafif seyreden hastalıklarda kullanıldığını belirtmektedirler. Geleneksel yöntemlerden bitkisel yöntemlerin tercih edilme nedeninin güvenli ve doğal bir yöntem olmasından, tıbbi ilaçlar gibi yan etkisinin olmadığından düşünülmelerinden ve ayrıca maliyet açısından daha ucuz ve yapımının kolay olmasından kaynaklanıldığı düşünülmektedir. Şunu belirtmekte fayda vardır ki sağlıklı koşullarda üretilmeyen bitkilerde zirai ve kimyasal atıklar olmakta ve bunlar çocuğa zarar verebilmektedir (Efe, Öncel Ve Yılmaz, 2012: 74). Yenidoğan çocuklara ilk 6 ay anne sütüne ek herhangi bir besin verilmemesi gerekmektedir. Anne sütünün içeriği bebeğin

yaşına ve gereksinimine göre zamanla değişim gösterebilmektedir (Uraş, 2017) Yenidoğan çocukta doğal karışımlar kullanmadan bunun yerine bebeğin sık sık emzirilmesinin daha faydalı olduğu düşünülmektedir.

Katılımcılar çocukların kulağı ağrıdığında sigara içen birinin sigara dumanını çocuğun kulağına üflettirdiklerini, göze süt veya limon damlattıklarını belirtmişlerdir. Yapılan daha önceki çalışmalarda katılımcıların kulağı ağrıyan çocuklara alternatif uygulamalar yaptıkları görülmektedir (Polat, 1995). Kasımpatı, karabiber, meyankökü, papatya gibi bitkilerin verildiği görülmektedir (Vessey ve Rechkemmer, 2001: 61). Yapılan bir diğer araştırmada katılımcıların %30,3'ü kulağı ağrıyan çocuğun kulağına anne sütü damlattıklarını ifade etmişlerdir. Yine aynı çalışmada sigara dumanından bahsedilerek çocukta astım, solunum ve alerjik reaksiyonlara neden olacağından bebeklere uygulanmaması gerektiğinden bahsedilmektedir (Efe, Öncel ve Yılmaz, 2012: 74). Kulağa sigara dumanın çocuklar için zararlı bir yöntem olduğu görülmektedir.

Katılımcılar bebeğin ağzında pamukçukların oluşmaması için şekerli su verildiğini belirtmişlerdir. Pamukçuk, mantarların ağızın mukozasında oluşturduğu tekrarlayıcı bir enfeksiyondur. Anne sütü alan çocukların ağzında olan pamukçuk annenin memesine bulaşmakta ve tekrar anneden bebeğe bulaşmaktadır. Pamukçuk şikayeti memede batma şikayeti veya çocuğun emmeyi reddetmesinden dolayı anneden gelebilmektedir (Kitiş ve Karaçam, 2004: 46). Bu araştırmanın sonucundaki karbonatlı su yöntemi pamukçuğun tedavi edilmesinde işe yarayan bir yöntemdir. Pamukçuk için kullanılan diğer geleneksel yöntemler, karbonatlı su ile ağzının içini silme (Güzel, Uçan Yavaş ve Kara; 2017: 111), karadut suyu sürme, rezene çayı içirme, temizliğe dikkat etme, dut pekmezi verme (Hacıhasanoğlu Aşılar ve Bekar, 2018: 12) olarak uygulanmaktadır. Diğer yöntemlerin klinik araştırmalarla denenmesi gerekmektedir. Ayrıca şekerli su ile diğer açıklamalar pekmez verme yönteminde tekrar ele alınacaktır.

Yenidoğan bebekler açlık, susuzluk, altının kirlenmesi, vb. değişik fizyolojik ihtiyaçlarını ağlayarak ifade etmektedirler. Bebekler acıktığında, bir yeri ağrıdığında ya da sakinleşmek istediğinde (annesini özlemesi, oyun oynama isteği, çevresindeki kişilerle iletişimi, korkması gibi nedenlerle) farklı şekillerde ağlarlar. Anneler genellikle hangi ihtiyacı için ağladıklarını tahmin etmekte ve bu ihtiyacı karşılayarak bebeklerini avutmaktadırlar. Tüm bunlara rağmen susturulamayan bir ağlama varsa ve 3gün 24 saat

içinde 3 saati aşkın bir süre devam ediyorsa bebek hemen bir sağlık kuruluşuna götürülmelidir (Aydın ve Karaca Çiftçi, 2018: 173; Karabayır ve Oğuz, 2009: 16). Bu araştırmada ortaya çıkan diğer yöntemlerden biri olan pekmez/şekerli bir şeyler verme yöntemi ise ek gıdaya geçiş dönemi olan 6 aydan önce çocuğa verilmemelidir (Konak vd. 2018: 62).

Araştırmaya katılan katılımcılarda çocuğun beslenmesinde ilk 6 ay sadece anne sütünün verildiği görülmektedir. Tıbben de bunun dışında çocuğa su dahil ek hiçbir gıda verilmemelidir. Anne sütü en taze, doğal, temiz, mikropsuz ve maliyetsiz besindir (İrmak, 2016: 28; Akşit, Kuşku, Oktay ve Demirsoy, 2017: 73; Soylu, 2018). Kaya ve Pirinçci (2009: 479)'in yaptığı çalışmada yenidoğana ilk aylarda anne sütünün tek besin olması gerektiği 6 aydan sonra ek gıdaya geçilmesiyle birlikte anne sütünün devam etmesi gerektiği belirtilmiştir. Bebeğin beslenmesinde uygulanan anne sütünün verilme şeklinin bu araştırılmalarla desteklendiği görülmektedir. Bu arada altının çizilmesi gereken önemli nokta ise 6 aydan sonra yani ek gıdaya başladıktan sonra da anne sütüyle devam edilmesi gerektiğidir.

3.8.4. Yöntemlerin Kullanıldığı Zamanlar

Katılımcıların ifadeleri doğrultusunda geleneksel ve modern yöntemlerin özellikleri temasında uygulanan yöntemlerin kullanıldığı zamanlar kategorisi 4 farklı kod ile tanımlanmıştır. Bunlar; yeni doğduğunda, rahatsız olduğunda, ilk altı ay ve altı aydan sonradır. Katılımcılar özellikle tuzlama, kundaklama gibi yöntemlerin bebeğin doğumundan hemen sonra yapılması gerektiğini vurgulamışlardır. Bazı yöntemler ise çocuğun hastalandığı zamanlar kullanılmaktadır. Ateşi yükseldiğinde ılık duş aldirmek, kıyafetini çıkartmak gibi yöntemler bunlara örnek olarak verilebilir. Bunlara ek olarak, özellikle bebeğin beslenmesinde ilk altı ay anne sütünün önemi vurgulanırken ancak altı aydan sonra ek gıdalara geçiş yapılabileceği katılımcılar tarafından belirtilmiştir. K23, K28 ve K38 kodlu katılımcıların yöntemlerin kullanıldığı zamanlar ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Hasta olduğunda, mesela gripte, soğuk algınlığında, ateşi çıktığında... Ateşi çıktığında mesela muhakkak duş alması gerekiyor.” (K23)

“Altı ay emzirme süresi var. Ondan sonra yavaş yavaş sıvı yiyeceklerden, çorbalardan başlayarak ek gıdaya geçtik.” (K28)

“Yeni doğduğunda tuzlarsın, belersin, yatırırsın, kundaklarsın.” (K38)

Tablo 32: Büyükler Tarafından Tavsiye Edilen Yöntemleri Uygulama Durumuna Göre Geleneksel ve Modern Yöntemlerin Özellikleri

	Uygulama	Uygulamama
 Geleneksel ve Modern Yöntemlerin Özellikleri		
 Kullanılan Malzemeler		
 Besin Maddeleri		
 Su	24	6
 Yağ	21	2
 Tuz	17	2
 Baharatlar	13	
 Şekerli Gıdalar	11	1
 Sirke	7	3
 Süt/Mama	3	3
 Yumurta	3	
 Un	3	
 Limon	3	
 Zencefil	1	
 Soğan		1
 Çocuk Eşyaları		
 Bez/Tülbent	22	6
 Beşik	23	2
 Enzik	4	3
 Oyuncak	4	2
 Biberon	4	2
 Pudra	1	
 Diğer		
 İlaç	6	3
 Toprak	8	1
 Kıl	5	
 Sabun	4	
 Uygulanan Yöntemlerin Yararları		
 Çocuğun İyileşmesi/Rahatlaması	10	4
 Çocuğun Kolkarması	12	
 Çocuğun Susması	7	4
 Çocuğun Uyuması	8	3
 Çocuğun Gelişmesi	7	1
 Hastalığın Önlenmesi	5	2
 Çocuğun Pışık Olmaması	5	
 Çocuğun Doyması	1	3
 Uygulanan Yöntemlerin Zararları		
 Cildin Tahriş Olması/Yanması	3	2
 Çocuğun Dişlerinin Çürümesi	1	
 Çocuğun Korkması	1	
 Çocuğun Geç Yürümesi	1	
 Yöntemlerin Kullanıldığı Zamanlar		
 Yeni Doğduğunda	20	2
 Rahatsız Olduğunda	15	4
 Altı Aydan Sonra	11	2
 İlk Altı Ay	6	3
# N = Belgeler	42 (79,2%)	11 (20,8%)

Geleneksel ve modern yöntemlerin özellikleri temasını büyükler tarafından tavsiye edilen yöntemlerin uygulanma durumuna göre incelediğimizde, büyükler tarafından tavsiye edilen yöntemleri uygulayan katılımcıların bu yöntemleri uygularken yoğun olarak besin maddelerini kullandıkları Tablo 32’de görülmektedir. Bu katılımcılar çocuk eşyalarından beşiği, diğer eşyalardan ise toprağı yoğun olarak belirtmişlerdir. Uygulanan yöntemlerin yararına baktığımızda büyükler tarafından tavsiye edilen yöntemleri uygulayan bireylerin çocuğun kokmaması üzerinde yoğun olarak görüş bildirdikleri görülmektedir. Uygulanan yöntemlerin zararında ise cildin tahriş olması/yanması üzerine yoğun olarak görüş bildirmişlerdir. Bu katılımcılar, bu yöntemlerin çoğunlukla çocuk yeni doğduğunda yapıldığını belirtmişlerdir. Büyükler tarafından tavsiye edilen yöntemleri uygulamayan katılımcılar da benzer şekilde yöntemleri uygularken daha çok besin maddelerine ihtiyaç duyduklarını belirtmişlerdir. Çocuk eşyalarından bez/tülbent, diğer eşyalardan ilaç üzerine yoğun olarak görüş bildirmişlerdir. Uygulanan yöntemlerin yararında çocuğun iyileşmesi/rahatlaması ve çocuğun susması, uygulanan yöntemlerin zararında cildin tahriş olması üzerine yoğun olarak görüş bildirmişlerdir. Büyükler tarafından tavsiye edilen yöntemleri uygulamayan katılımcılar yöntemlerin uygulanma zamanını çoğunlukla çocuk rahatsız olduğunda olarak belirtmişlerdir.

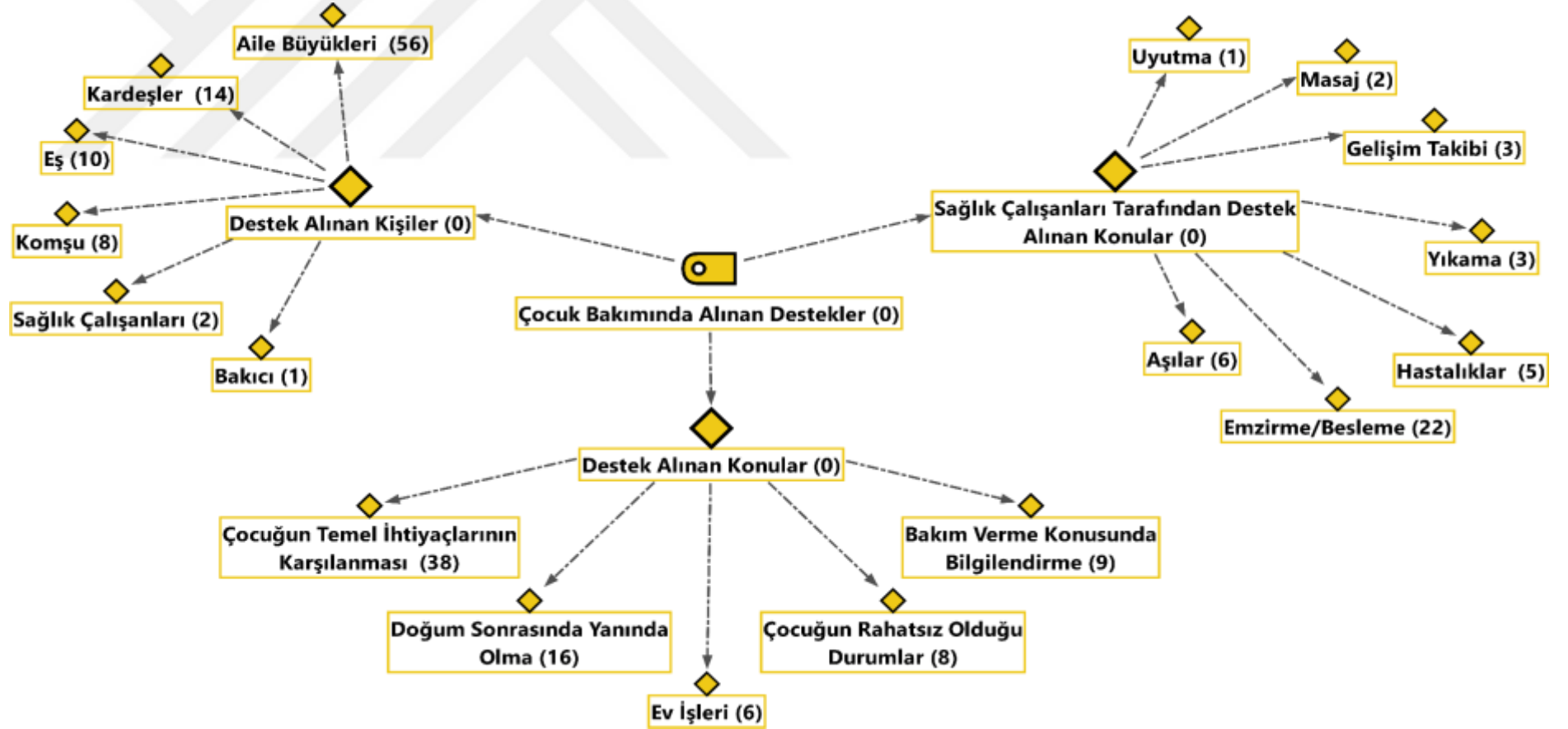
Tablo 33: Katılımcı Profiline Göre Geleneksel ve Modern Yöntemlerin Özellikleri

Kod Sistemi	Kadın	Erkek
- Geleneksel ve Modern Yöntemlerin Özellikleri - Kullanılan Malzemeler - Besin Maddeleri - Su - Yağ - Tuz - Baharatlar - Şekerli Gıdalar - Sirke - Süt/Mama - Yumurta - Un - Limon - Zemzem - Soğan - Çocuk Eşyaları - Bez/Tülbent - Beşik - Emzik - Oyuncak - Biberon - Pudra - Diğer - İlaç - Toprak - Kil - Sabun - Uygulanan Yöntemlerin Yararları - Çocuğun İyileşmesi/Rahatlaması - Çocuğun Kokmaması - Çocuğun Susması - Çocuğun Uyuması - Çocuğun Gelişmesi - Hastalığın Önlenmesi - Çocuğun Pişik Olmaması - Çocuğun Doyması - Uygulanan Yöntemlerin Zararları - Cildin Tahriş Olması/Yanması - Çocuğun Dişlerinin Çürümesi - Çocuğun Korkması - Çocuğun Geç Yürümesi - Yöntemlerin Kullanıldığı Zamanlar - Yeni Doğduğunda - Rahatsız Olduğunda - Altı Aydan Sonra - İlk Altı Ay		

Geleneksel ve modern yöntemlerin özellikleri ile ilgili katılımcı görüşlerini katılımcı profiline göre incelediğimizde Tablo 33’de görüldüğü üzere erkek ve kadın katılımcılar çok geniş bir yapıda değerlendirme yapmışlardır. Tablo 33’e göre en yoğun ifadeler yöntemlerde kullanılan besin maddeleri üzerinedir. Bu konuda en fazla ifade bulunanlar kadınlardır. Buna ek olarak, çocuk eşyalarından bez/tülbent, beşik; yöntemlerinin kullanıldığı zamanlar kadınlar tarafından yoğun olarak ifade edilmiştir.



3.9. ÇOCUK BAKIMINDA ALINAN DESTEKLER



Şekil 7: Çocuk Bakımında Alınan Destekler Teması Kod Alt Kod Bölümler Modeli

Araştırmanın dördüncü teması olan çocuk bakımında alınan destekler temasının hiyerarşik kod alt kod bölümler modeli Şekil 7’de görülmektedir. Çocuk bakımında alınan destekler teması 3 kategori altında incelenmiştir. Bunlar; destek alınan kişiler, destek alınan konular ve sağlık çalışanları tarafından destek alınan konulardır.

3.9.1. Destek Alınan Kişiler

Katılımcıların ifadeleri doğrultusunda çocuk bakımında alınan destekler temasında destek alınan kişiler kategorisi 6 farklı kod ile tanımlanmıştır. Bunlar; aile büyükleri, kardeşler, eş, komşu, sağlık çalışanları ve bakıcıdır. Destek alınan kişiler kategorisinde katılımcılar, aile büyüklerinden yoğun olarak bahsetmişlerdir. Aile büyükleri çoğunlukla katılımcıların anneleri ve kayınvalideleridir. Buna ek olarak, kardeşler hala ve teyzeleri kapsamaktadır. K5, K6, K17, K21, K34 ve K40 kodlu katılımcıların destek alınan kişiler ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Burada komşulardan vb. yardım aldık. İşe gittiğimizde çocuklarımızla ilgilendiler.” (K5)

“Yeri geliyor ben yardım ediyorum yani çocuğun babası olarak. Yeri geliyor çocuğun halası, babaannesi annenin yükünü bir nebze azaltmış oluyor.” (K6)

“Eşim de çok yardım etti.” (K17)

“Çocuk bakımında yardıma ihtiyaç duydum. Çalıştığım için bir bakıcımız vardı.” (K21)

“Annem, kayınvalidem falan, onlar yardımcı oldu. Onlar söylediler. Ona göre ben de bebeğime baktım.” (K34)

“Yardıma ihtiyaç duydum. O zaman hemşireler yardım etti.” (K40)

Katılımcılar yoğun olarak destek aldıkları kişilerin aile büyükleri yani kendi anneleri ve kayınvalideleri olduğunu belirtmişlerdir. Aile ve çalışma bakanlığının yaptığı araştırmada, aile içi ilişkilerde anne-baba katılımlarının önemli bir yere sahip olduğu söylenmektedir. Türk aile yapısı işlevselliği bakımından çekirdek aile görünümlü geniş aile görüntüsü olarak karşımıza çıkmaktadır (Türkiye’de Aile Değerleri Araştırması, 2010: 60). Dolayısıyla torunun dünyaya gelmesiyle anneanne, babaanne ve kayınpederlerin hem toruna hem lohusaya bakma sorumluluğunun olduğu düşünülmekte geleneğin de bu düşüncenin sonucu olarak aktarıldığı düşünülmektedir.

3.9.2. Destek Alınan Konular

Katılımcıların ifadeleri doğrultusunda çocuk bakımında alınan destekler temasında destek alınan konular kategorisi 5 farklı kod ile tanımlanmıştır. Bunlar; çocuğun temel ihtiyaçlarının karşılanması, doğum sonrasında yanında olma, bakım verme konusunda bilgilendirme, çocuğun rahatsız olduğu durumlar ve ev işleridir. Katılımcılar, çocuğun temel ihtiyaçlarının karşılanmasından yoğun olarak bahsetmişlerdir. Katılımcılara göre, destek olan kişiler bebeğin beslenmesi, yıkanması, altının değiştirilmesi gibi temel ihtiyaçlarının giderilmesi konularında destek olmuşlardır. K40 ve K41 kodlu katılımcıların çocuğun temel ihtiyaçlarının karşılanması ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Çocuğu emzirmesini, yıkamasını, üstünü değiştirmesini, altını değiştirmesini öğretiler. Bir hafta öğretiler, ondan sonra bana teslim ettiler.” (K40)

“Bebek bakımında yardımları oldu, özellikle banyo yaptırmada yardımları oldu.” (K41)

Katılımcıların destek alınan konular kategorisinde ifade ettikleri diğer kod ise doğum sonrası yanında olmadır. Katılımcılara göre destek olan kişiler doğum anından itibaren yanlarında olmaktadır. Katılımcılar, özellikle doğumdan sonra yeni anne olan bireyin de bakımının önemli olduğunu vurgulamaktadırlar. K30 ve K36 kodlu katılımcıların doğum sonrası yanında olma ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Doğum yaptıktan sonra haliyle kalkamıyorsun, yatıyorsun. Birinin bebekle ilgilenmesi lazım. Tabi hastayla da ilgilenmesi lazım.” (K30)

“Doğum biraz riskliydi. Kayınvalidem de annem de yanımda kaldı. Biri benimle ilgilendi, biri çocukla ilgilendi.” (K36)

Katılımcıların destek alınan konular kategorisinde ifade ettikleri diğer kod ise bakım verme konusunda bilgilendirmedir. Katılımcılar, çocuk bakımı hakkında bilgi anlamında eksik oldukları noktalarda aile büyüklerinden destek aldıklarını vurgulamışlardır. K3, K4 ve K29 kodlu katılımcıların bakım verme konusunda bilgilendirme ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Mesela biz çocuğun kırkı çıkmadan dışarı çıkartılmaması gerektiğini bilmiyorduk. Çocuk daha hassas ve nazik olduğu için o dönemlerde. Çocuğun dış etkenlerden ve hastalıklardan korunması için kırkı çıkana kadar dışarı çıkmamamız gerektiğini öğretiler.” (K3)

“Tecrübelerini aktardılar işte. Çocuk bakımında yapacağımız şeyleri söylediler. Biz de o tavsiyelere uyarak olumlu, olumsuz taraflarını değerlendirerek uygulamaları yaptık.” (K4)

“Her şekilde yardımları oldu. Bebek bakımı konusunda bilmediklerimi öğrettiler.” (K29)

Katılımcıların destek alınan konular kategorisinde ifade ettikleri diğer kod ise çocuğun rahatsız olduğu durumlardır. Katılımcılar, çocukları hasta olduğunda veya çocuklarının özel bakım gerektirdiği durumlarda özellikle aile büyüklerinden destek istediklerini belirtmişlerdir. K13 kodlu katılımcının çocuğun rahatsız olduğu durumlar ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Şimdi şöyle benim ilk çocuğum doğduğunda hasta doğdu. Onun için daha ziyade özel bir bakıma ihtiyaç duyduk. O da hanımla annesi, benim annem, aile içinde oldu yani.” (K13)

Katılımcıların destek alınan konular kategorisinde ifade ettikleri diğer kod ise ev işleridir. Katılımcılar, destek olan kişilerin kimi zaman ev işlerini yaparak kendilerine destek olduklarını ve bu sayede bebekleri ile daha çok zaman geçirebildiklerini belirtmişlerdir. K24 kodlu katılımcının ev işleri ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Bir yemek yapıyordu, bir de çamaşırları yıkıyordu. Ben sadece çocuk ile ilgileniyordum. Çok güzeldi yani.” (K24)

Çocuk bakımında aile büyüklerinden alınan destek yoğunlukla çocuğun ihtiyaçları olarak görülmektedir. Çocuğun bakımında annenin yalnız bırakılmaması hatta en çok bu alanda destek verilmesi geleneksel yöntemin devam etme nedeni olarak açıklanabilmektedir. Katılımcılardan alınan cevaplardan çocuğun banyosu, beslenmesi, altının değiştirilmesi, hastalandığında müdahale edilmesi gibi bakımların aile büyüklerince yapıldığı anlaşılmaktadır. Burada yeni anne olan kadın çocuk bakımını ve annelik becerisini usta çırak ilişkisi gibi kendi aile büyüklerinden öğrenmektedir. Aile büyükleriyle geçirilen zamanlarda çocuk bakımında göster-yap şeklinde uygulamanın olduğunu ve kadınların çocuk bakım becerilerini kazanana ve aile büyüklerinden uygulamaları tam öğrenene kadar destek aldıkları söylenebilir.

3.9.3. Sağlık Çalışanları Tarafından Destek Alınan Konular

Katılımcıların ifadeleri doğrultusunda çocuk bakımında alınan destekler temasında sağlık çalışanları tarafından destek alınan konular kategorisi 7 farklı kod ile tanımlanmıştır. Bunlar; emzirme/besleme, aşılar, hastalıklar, yıkama, gelişim takibi, masaj ve uyutmadır. Katılımcılar, sağlık çalışanlarından genellikle doğumdan hemen sonra bebeğin emzirilmesi, uyutulması ve yıkanması konularında yardım aldıklarını belirtmişlerdir. İlerleyen dönemde, hastalık zamanlarında veya gelişim dönemine göre uygulanması gereken aşılar hakkında sağlık çalışanlarından bilgi aldıklarını belirtmişlerdir. K20, K24, K47 ve K50 kodlu katılımcıların sağlık çalışanları tarafından destek alınan konular ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Söylüyorlardı o zaman işte. Aşılarının mesela düzenli yapılmasını, beslenmesini falan anlatıyorlardı.” (K20)

“Sağlık çalışanları bilgilendirme yaptılar. Nasıl emzirmem gerektiğini falan gösterdiler.” (K24)

“Topuk kanı alınmasını, aşıların günü gününe yapılmasını, çocuklarım hastalandığında hastaneye başvurulmasını öneriyorlardı.” (K47)

“Mesela bebeğin emzirme sürecinde göğsüne süt birikiyormuş. Ben bunu bilmiyordum. Kayınvalidem tecrübelidir diye ne derse onu yaptım. Karnını sıkmam gerektiğini söyledi. Ben sıktım, çocuğun sıktıkça daha da sancısı arttı. Sancısı artınca doktoru aradım. Kesinlikle sıkmamam gerektiğini, eğer sıkarsam ileride göğsünün büyük olacağını söyledi. Sancı anında masaj yapmam gerektiğini söyledi. Masaj yapınca çocuğum bayağı rahatladı.” (K50)

Sağlık çalışanları çocuk bakımında aşı, topuk kanı gibi tıbbi tahlil ve yöntemlerin kullanıldığı alanları takip etmektedirler. Çocuk bakımında derinlemesine ve yeterince herhangi bir eğitim hizmeti ve tıbbi sosyal çalışmacılar tarafından psikososyal destek sunulmadığı görülmektedir.

Tablo 34: Büyüklerin Yönlendirmeleri ile Sağlık Çalışanlarının Yönlendirmelerinin Örtüşme Durumuna Göre Çocuk Bakımında Alınan Destekler

	Evet	Hayır
Çocuk Bakımında Alınan Destekler		
Destek Alınan Kişiler		
Aile Büyükleri	21	35
Kardeşler	3	11
Eş	2	8
Komşu	5	3
Sağlık Çalışanları	1	1
Bakıcı		1
Destek Alınan Konular		
Çocuğun Temel İhtiyaçlarının Karşlanması	14	24
Doğum Sonrasında Yanında Olma	6	10
Bakım Verme Konusunda Bilgilendirme	6	3
Çocuğun Rahatsız Olduğu Durumlar	4	4
Ev İşleri	4	2
Sağlık Çalışanları Tarafından Destek Alınan Konular		
Emzirme/Besleme	5	17
Aşılar	1	5
Yıkama	2	1
Gelişim Takibi	1	2
Hastalıklar	2	3
Masaj		2
Uyutma	1	
# N = Belgeler	21 (39,6%)	32 (60,4%)

Çocuk bakımında alınan destekleri, büyüklerin yönlendirmeleri ile sağlık çalışanlarının yönlendirmelerinin örtüşme durumuna göre incelediğimizde aile büyüklerinin yönlendirmeleri ile sağlık çalışanlarının yönlendirmelerinin örtüşmediğini belirten katılımcıların destek alınan kişilerde yoğun olarak aile büyüklerinden bahsettikleri Tablo 34’de görülmektedir. Benzer şekilde, aile büyüklerinin yönlendirmeleri ile sağlık çalışanlarının yönlendirmelerinin örtüşmediğini belirten katılımcılar yoğun olarak aile büyüklerinden çocuğun temel ihtiyaçlarının karşılanması konusunda; sağlık çalışanlarından ise yoğun olarak emzirme/besleme konusunda destek aldıklarını belirtmişlerdir. Aile büyüklerinin yönlendirmeleri ile sağlık çalışanlarının yönlendirmelerinin örtüştüğünü belirten katılımcılar da benzer yanıtlar vermişlerdir.

Aile büyüklerinden çocuk bakımında destek aldıkları konulardan çocuğun temel ihtiyaçlardan çocuğa zarar veren uygulamalar bulunmaktadır. Sağlık çalışanlarından alınan destekler aşı, gelişim takibi, hastalanma gibi tıbbi yöntemlerin ve ölçümlerin uygulandığı çocuk bakım yöntemleridir. Aile büyüklerinden aldıkları destekler ise daha sıklıkla ve yoğunlukla alınan destekleri kapsamakta ve bu desteklerin modern tıp eğitimi almış ve mesleği icra eden sağlık çalışanlarının verdiği tavsiyeyle uyuşmaması mercek altına alınıp incelenmesi gerektiğini düşündürmektedir.

Kadim kültüre ait olan ve çocuğa zarar vermeyen geleneksel çocuk bakımı aile büyüklerden öğrenileceği için kültürün aktarımında yaşça büyük ve tecrübeli kılavız kişiler kültürün korunması anlamında önemli görevi yerine getirmektedir.



Tablo 35: Katılımcı Profiline Göre Çocuk Bakımında Alınan Destekler

Kod Sistemi	K1	K2	K3	K4	K5	K6	K7	K8	K9	K10	K11	K12	K13	K14	K15	K16	K17	K18	K19	K20	K21	K22	K23	K24	K25	K26	K27
▼ Çocuk Bakımında Alınan Destekler																											
▼ Destek Alınan Kişiler																											
Aile Büyükleri																											
Kardeşler																											
Eş																											
Komşu																											
Sağlık Çalışanları																											
Bakıcı																											
▼ Destek Alınan Konular																											
Çocuğun Temel İhtiyaçlarının Karşlanması																											
Doğum Sonrasında Yanında Olma																											
Bakım Verme Konusunda Bilgilendirme																											
Çocuğun Rahatsız Olduğu Durumlar																											
Ev İşleri																											
▼ Sağlık Çalışanları Tarafından Destek Alınan Konular																											
Emzirme/Besleme																											
Aşılar																											
Hastalıklar																											
Yıkama																											
Gelişim Takibi																											
Masaj																											
Uyutma																											

Tablo 36: Katılımcı Profiline Göre Çocuk Bakımında Alınan Destekler (devam)

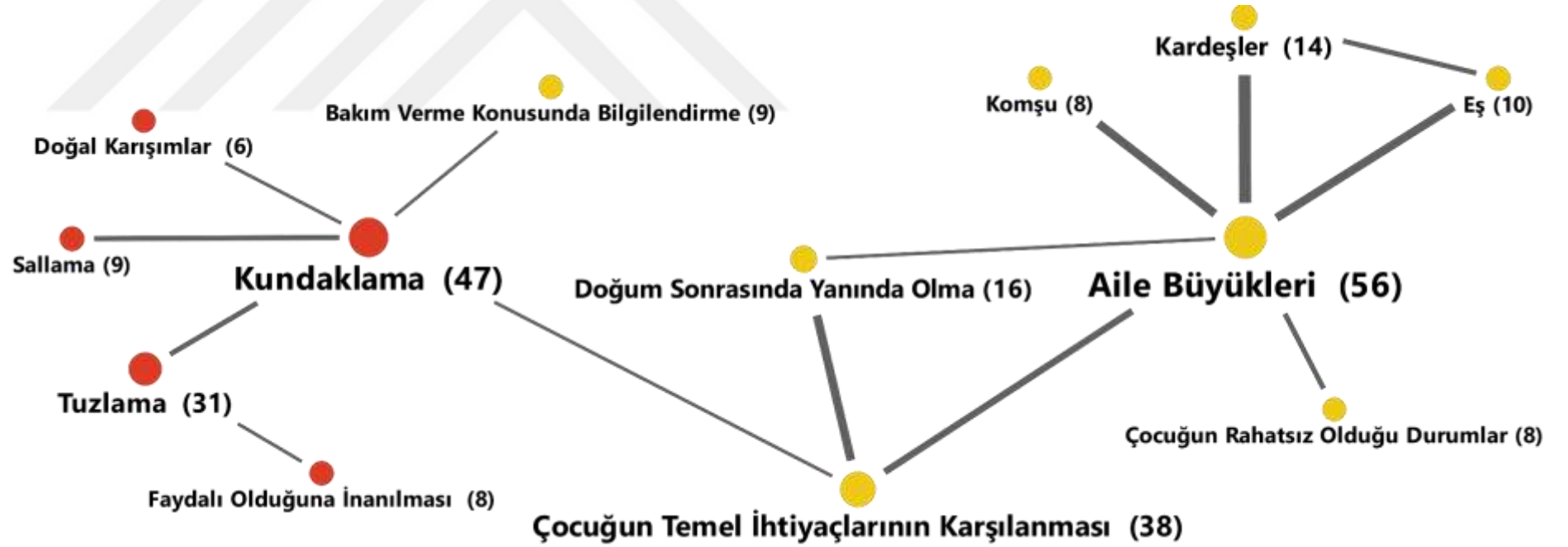
Kod Sistemi	K28	K29	K30	K31	K32	K33	K34	K35	K36	K37	K38	K39	K40	K41	K42	K43	K44	K45	K46	K47	K48	K49	K50	K51	K52	K53
Çocuk Bakımında Alınan Destekler																										
Destek Alınan Kişiler																										
Aile Büyükleri	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Kardeşler	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Eş	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Komşu	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Sağlık Çalışanları	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Bakıcı	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Destek Alınan Konular																										
Çocuğun Temel İhtiyaçlarının Karşıllanması	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Doğum Sonrasında Yanında Olma	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Bakım Verme Konusunda Bilgilendirme	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Çocuğun Rahatsız Olduğu Durumlar	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Ev İşleri	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Sağlık Çalışanları Tarafından Destek Alınan Konular																										
Emzirme/Besleme	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Aşılar	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Hastalıklar	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Yıkama	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Gelişim Takibi	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Masaj	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Uyutma	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•

Çocuk bakımında alınan destekler ile ilgili katılımcı görüşlerini katılımcı bazlı incelediğimizde Tablo 36’te görüldüğü üzere katılımcılar çok geniş bir yapıda değerlendirme yapmışlardır. Katılımcılar tüm kodlar ile ilgili farklı farklı noktalarda görüş bildirmişlerdir. Tablo 36’ya göre, en yoğun ifadeler aile büyükleri, çocuğun temel ihtiyaçlarının karşılanması, bakım verme konusunda bilgilendirme ve emzirme/besleme üzerinedir. Bu konularda K2, K6, K8, K9 ve K44 kodlu katılımcılar en fazla ifade bulunan katılımcılardır

Çocuk bakımı bir bütündür. Temel ihtiyaçlar, beslenme, uyutma, alt değiştirilmesi, banyo yaptırılması gibi tüm bu uygulamalar her gün düzenli olarak uygulanmaktadır. Katılımcılar çocuk bakımında her gün düzenli olarak bu uygulamaları çocuğa uygulamaktadır. Aile büyükleri en çok çocuğun bakımı konusunda destek vermekte destek verenler arasında kardeş, eş ve komşular da bulunmaktadır. Çocuk bakımında yaşça büyükler kişiler önderliğinde yürütülen çocuk bakımına yaşça daha küçük kardeşler, eş ve komşular yani yakın çevre de eşlik etmekte özellikle geleneksel çocuk bakım yöntemlerinin uygulamalı olarak tüm özellikleriyle öğrenildiği kısaca geleneksel çocuk bakımı kültürünün kuşaklar arasında öğrenilmesinin sağlandığı söylenebilir. Burada altını tekrar çizmek gerekirse çocuğa zarar veren geleneksel çocuk bakım yöntemlerinin de doğal ortamda aktarıldığını belirtmek gerekmektedir. Bu konuda geleneği ve kültürü bozmadan çocuğun sağlığını da koruyan önleyici ve geliştirici bir müdahalenin gerekliliği açıkça ortadadır.

Çocuk hakları çocuk sağlığının öncelikli olarak korunmasını savunur. Sağlık imkanlarına ulaşma, hastalık durumlarında tedaviye erişme ve sağlığı tehdit eden unsurları ortadan kaldırma sorumluluğu çocuk sağlığına dair bir haktır. Bu hak tüm çocuklar için geçerlidir. Çocuk hakları sözleşmesinde yer alan çocuğa yönelik geleneksel uygulamaların tamamı başta olmak üzere bu çalışmanın konusunu oluşturan geleneksel çocuk bakım uygulamalarından korumak bir kamu sorumluluğu olduğunu unutmamak gerekir. Özellikle bu araştırma sonuçları başta olmak üzere diğer araştırma sonuçlarında da çıkan ve ölümcül riski bulunan tüm geleneksel uygulamalar toprak kullanma (höllük) başta olmak üzere hastalık yapan diğer uygulamalar kulağa sigara üfleme, kumaş yakma, tuzlama ve sallama gibi sağlığı tehdit eden geleneksel çocuk bakım yöntemlerin tamamından çocukları korumak çocuk hakları bağlamında çocuğun korunmasını sağlamaktır. Çocuk hakları sözleşmesinin ilgili maddelerinde 18 yaş altı tüm çocukların zararlı geleneklerden korunmaları gerektiğini vurgulayarak devletlere politikalar oluşturma sorumluluğunu yüklemişlerdir. Çocukları korumak devletlerin, yasaların, politikaların, toplumların, ailelerin ve tüm bireylerin görevi olduğu unutulmamalıdır.

3.10. İLİŞKİSEL ANALİZLER



Şekil 8: Kod Haritası

“Bu noktada annemden çok destek alıyoruz. Büyüklerden destek alıyoruz. İşte çocuğu tutuş şekli... İşte biz gençler çocuğun nasıl tutulacağını, uyurken nasıl sabitleneceğini, mamasının nasıl yedirileceğini bilmiyoruz, bezinin değişiminde... Birçok noktada destek aldık.” (K7)

Emzirme/Besleme Yeni Doğduğunda
Çocuğun İyileşmesi/Rahatlaması Doğal Karışımlar
Çocuğun Temel İhtiyaçlarının Karşıllanması
Kundaklama Hastane/İlaç Tedavisi Sağlık Çabaları Tuz
Karnes Yakma Toprak Kullanma Masaj Yağlama Gelişim Takibi Bakıcı Ön Çocuğun Susması Evlileri
Büyüklere Tavsiye Edilmesi Bağlama (hamur, kışak) Kardeşler Çocuğun Kokmaması Beşik
Tatagında Oyumaya Bırakma Sabun Süt/Mama Sallama Dikkatini Çekme/Duyun Oyuncak Biberon Eş Bez/Tülbent Toprak
Temel İhtiyaçları Giderme Su Limon Sirke Doğal Karışımlar Evde Bakım Eş Bez/Tülbent Toprak
Mantıklı Olmaması Kırıncı Altı Aydan Sonra Aile Büyükleri Doğal Açı Yapma Kucakta Uyutma
Çocuğun Boyması Şekerli Gıdalar İlaç Su Limon Sirke Doğal Karışımlar Evde Bakım Eş Bez/Tülbent Toprak
Masaj/Yağlama Şekerli Gıdalar İlaç Su Limon Sirke Doğal Karışımlar Evde Bakım Eş Bez/Tülbent Toprak
Limon/Süt Damlatma Hastahıklar Yağ Emzirme İlk Altı Ay Emzik Verme Süt Bıranetme Gökbeç Başına Okula/Çamaşı Güdenilmesi
Tuzlama Çidin Tahris Olması/Yanması Mama İlk Duş Islak/Sirkeli Bez Ek Gıda Sallama Beşikler Be Yakaama
Sakım Verme Konusunda Bilgilendirme Baharatlar Gezdirmeye/Kucağa Alma Yumurtu Ninni/Masal/Müzik Zorlama-Bırakma Verme
Doğum Sonrasında Yanında Olma Rahatsız Olduğunda Faydalı Olduğuna İnanılması
Modern Yöntemlere/Doktorlara Güvenisizlik Beşikte/Ayakta Sallama Çocuğun Pışık Olmaması Anne Sütü Çocuğun Gelişmesi
Sarı Örtü Kullanma Pamuklu Bez/Kıyafet Kullanma Çocuğun Rahatsız Olduğu Durumlar

Katılımcı ifadelerinin yoğunluğa göre dağılımı Şekil 9’da gösterilmektedir. Daha büyük puntolu olarak gösterilen kodlar daha yoğun olarak kullanılan ifadeleri gösterirken, daha küçük puntolu olan ifadeler, kodların daha az yoğunlukta kullanıldığını göstermektedir.

Kod bulutunda görüldüğü gibi çocuk bakımında aile büyükleri göze çarpmaktadır. Kod bulutu incelendiğinde geleneksel ve modern yöntemlerin önde çıkan sonuçlar olması bu konuda yaşanan ikileme işaret ederek karma bir yöntemin uygulandığı söylenebilir. Geleneksel çocuk bakım yöntemlerinden bazıları örneğin kundaklama, beşikte sallama, tuzlama gibi yöntemler zararlı geleneksel çocuk bakım uygulamalarıdır. Bu uygulamalar kod bulutunda da belirgin şekilde ön plandadır.



SONUÇ VE ÖNERİLER

Nitel araştırma desenine göre yürütülen bu araştırma, Kahramanmaraş ilinde yaşayan kartopu örneklem stratejisiyle belirlenen yaşları 18 yaş ve üzeri olan 13 erkek ve 40 kadın toplam 53 kişiden oluşmaktadır. Araştırmanın amacı, Kahramanmaraş ilinde yeni doğan çocuğa uygulanan geleneksel çocuk bakım yöntemlerinin tespit edilmesi, tıbben uygun olanlarının doğrulamalarla teyit edilmesi, uygun olmayanlarının ayrıştırılması ve tıbbi sosyal hizmet müdahalesi gerekliliğinin ortaya çıkarılması ve yeni doğan çocuklar için ailelere yönelik bir perinatal sosyal hizmet müdahale planının ortaya konulmasıdır.

Yukarıda belirtilen amaç doğrultusunda alanyazın incelemesinden sonra yarı yapılandırılmış görüşme formu oluşturulmuş ve Adıyaman Üniversitesi Etik Kurulundan onay alınarak Kahramanmaraş ilinde yaşayan araştırmaya katılmaya gönüllü olan kişilerle görüşmeler yapılarak gerçekleştirilmiştir. Elde edilen veriler MAXQDA 2020 programında analiz edilerek temalar ve temalara bağlı kodlar elde edilmiştir. Yapılan görüşmelerden sonra Miles ve Huberman (1994) modelinde içsel tutarlılık olarak adlandırılan ve kodlayıcılar arası görüş birliği olarak kavramsallaştırılan benzerlik için : $\Delta = C \div (C + \partial) \times 100$ formülü kullanılmıştır. Uzman görüşünden istifade ile kodlar arası benzerlik yani görüş birliği oranının %81.25 olduğu görülmüştür. Bu araştırmanın veri setine yapılan kodlamanın içsel tutarlılığının uygun düzeyde olduğu söylenebilir.

Çocuk bakımı konulu bu araştırmaya katılmada gönüllü olan erkek katılımcıların kadın katılımcılara oranla sayısal azlığı iki farklı yorumla açıklanabileceği düşünülmektedir. İlki erkek katılımcıların kaynak ve kılavuz kişiler olarak görülmesinin toplumun genelinde çocuk bakımına yönelik iyiye giden tablo çizerken diğer taraftan diskalifiye edilen katılımcıların yoğunluğunun erkek katılımcılar olmasıyla çocuk bakımına yönelik derinlemesine bilgi sahibi olmadıkları görüşünü güçlendirmektedir. Erkek katılımcıların sayılarının kadın katılımcılara oranla düşük olması çocuk bakımında tutum farklılığını bulma olasılığını azalttığını düşündürmektedir. Bu sonucun bir başka değişle kadınların çocuk bakımı konusunda erkeklerden çok daha fazla rol ve sorumluluk aldığını anlaşılmaktadır. Çocuk bakımında yoğunlukla erkek katılımcılardan oluşan örneklemle daha derinlemesine bir başka araştırma yapılabileceği düşünülmektedir. Bu araştırmaya katılan erkek katılımcılardan tamamının evlilik

deneyiminin olması, bir tanesinin evlenip ayrılmış diğerlerinin hala evli olması ve erkek katılımcıların tamamının en az 1 çocuk sahibi olması ve en dikkat çekici kısmının ise hiç evlilik yapmamış ve çocuk sahibi olmayan erkeklerin araştırmada kaynak kişiler olarak gösterilmemesi erkeklerin çocuk bakımını evlenerek ve çocuk sahibi olarak yani babalık rol ve deneyimleriyle öğrendiklerini düşündürmektedir.

Katılımcılardan 6'sı hariç diğerlerinin Kahramanmaraş doğumlu olduğu, katılımcıların tamamının son 5 yılda Kahramanmaraş' ta yaşadığı ve çoğunluğunun Kahramanmaraş' ta ikamet ettiği görülmektedir. Bu da geleneksel yöntemleri bildiklerini ve en azından kültüre ve törenlere aşina olduklarını göstermektedir.

Araştırmaya katılan katılımcıların aile ile birlikte yaşama durumlarına bakıldığında %92,45 oranı ile aile yanında yaşadıklarını belirtmişlerdir. Erkek katılımcıların 'Ailenizle birlikte mi yaşıyorsunuz?' sorusuna '*Hayır karım ve çocuklarımla yaşıyorum*' ya da '*Anne-babamla yaşamıyorum*' diye cevap verdikleri fark edilmiştir. Erkek katılımcıların anne-baba ve kardeşleriyle yaşadığı aileyi kendi aileleri olarak gördükleri eşleri ve çocuklarıyla kurdukları yuvayı aileleri olarak görmedikleri veya ilk olarak akıllarına gelmediği görülmektedir. Görüşmelerin yapıldığı süreçte araştırmacı '*Karınız ve çocuklarınızın olduğu aile ile mi yaşıyorsunuz diye?*' soruyu tekrar açıklayıcı ifade ile tekrar sormak durumunda kalmıştır. Dikkat çeken nokta ise aynı soruda kadınlar için böyle ikilem yaşanmamıştır. Eşlerinden boşanmış, eşi vefat etmiş hatta çocuklarının hepsi evlenip yanında olmayıp yalnız yaşayan kadın katılımcılarında, kendi kurdukları evliliği ve yaşadıkları kişileri ailesi olarak kabul ettiği görülmüştür. Erkek ve kadın katılımcıların üyesi olduğu ailenin anlamını farklı algıladığı, erkeklerin geçmişe kadınların ise bugüne ait aile kavramı algısının olduğu fark edilmiştir.

Katılımcılardan ilkokul mezunu olanların sayısının en yüksek oranda olması eğitimin önemi ve gerekliliği açısından bakıldığında rahatsız edici bir veri olarak görülmektedir. Sevindirici olan sonuç ise katılımcıların istedikleri eğitimi alamadıklarını belirterek bu durumun eksikliğinin farkında olduklarını ifade etmiş olmalarıdır. Dikkat çekilmesi gereken diğer sonuç ise istedikleri eğitimi alamayıp ilkokul mezunu olan katılımcıların annelerinin çoğunluğunun (%33) okur-yazar olmadığının görülmesidir. Ülkemizde kadınların eğitim durumu düşünüldüğüne Kahramanmaraş için bu sonuç oldukça rahatsızlık vericidir. Temel eğitimden mahrum

kalmış annelerin çocuklarının çeşitli eğitim ve gelişim ihtiyaçlarını öngörmede geride kalacağını düşündürmektedir. Bu durumdaki katılımcıların babalarının okuryazar olmama oranı ise %28,30 çıkmıştır. Tüm bu bilgiler sonucunda Kahramanmaraş ilinin eğitim seviyesinin Türkiye'nin çok gerilerinde olduğu söylenebilir. Kahramanmaraş ili için eğitim seviyesini iyileştirici acil eylem planlarının hazırlanması önerilebilir.

Katılımcıların ekonomik açıdan oldukça büyük oranı kendilerini orta gelir mensubu olarak tanımlamışlardır. Gelirle ilgili rakamsal sorular sorulmamış kişilerin kendilerini kategorilere yerleştirilmesi istenmiştir. Kadın katılımcıların yoğun olduğu bu araştırmada katılımcıların yarısı ev hanımı olduğundan ailede gelir getiren kişilerin çoğunlukla erkekler olduğu görülmektedir. Gelirlerinin ihtiyaçlarını karşıladığını söyleyen katılımcıların %84,90 (45) gibi yüksek bir oranı oluşturmaktadır. Ekonomik açıdan değişkenlerin birbirine paralellik gösterdiği ve buradan katılımcıların gelir gider dengelerini kontrol edebildiği düşünülmektedir.

Katılımcıların tam yarısının evlilik yaşlarının 18-25 arasında olduğu saptanmıştır. Bunun ideal bir aralık olduğu söylenebilirken 18 yaş altı evliliğin %26,41 gibi çok yüksek oranda çıkması ise bu ilde çok büyük ölçüde çocuk evliliklerin yapıldığını göstermektedir. Kahramanmaraş ili için eğitim seviyesinin düşük olduğu da düşünülürse eğitim seviyesi ile çocuk evlilikler arasındaki ilişki oranı burada bir kez daha eğitimin gerekliliğini gözler önüne sermektedir (TÜİK,2021). Çocuk ebeveynliğinin önüne geçilebilmesi için çocuk evliliklerin önlenmesi, çocuk evliliklerin önlenmesi ise temel eğitimin zorunlu olması ile mümkün olacağı aşıkardır. Eğitim seviyesinin yükseltilmesi adına bir kez daha acil müdahalenin ortaya konulması gerektiği söylenebilir. Çocuk evliliklerin bu kadar yüksek olması beraberinde çocuk (adölesan) ebeveyn oranını da yükseltmektedir. Evlilik yaşı 18 yaş altı olan katılımcılardan %18,86 (10) oranındaki katılımcıların ilk ebeveynlik yaşının da 18 yaş altında olduğu tespit edilmiştir. Çocuk yaşta yapılan evliliklerin çocuk ebeveynlere neden olduğu gerçektir. Araştırmadaki katılımcıların tamamında ilk ebeveynlik yaşı 30 yaş ve altındadır. İlk ebeveynliğin 30 yaş ve altında olması evlilik eğiliminin daha erken yaşlarda gerçekleştiğinin göstergesidir denilebilir. Bir kez daha altını çizmek gerekirse çocuk evlilikler çoğunlukla çocuk gelinler için değil çocuk damatlar için de toplumun kanayan bir yarası olduğunun bilinmesidir. Katılımcılardan 13 kişilik erkek grubundaki 1 katılımcının çocuk damat olduğunu da belirtmek gerekir.

Çocuk sayıları incelendiğinde ailelerin genelde 2 çocuk sahibi olduğu görülmektedir. Katılımcılardan 4 ve üzeri çocuğu olan katılımcılar ise erken yaşlarda evlenmişlerdir. Ayrıca 4 çocuğu olanların yaşları 30 ve yukarısidir. Katılımcılardan 6 ve üzeri çocuğu olanların yaşları ise 40 yaş ve üzeridir. Yaşları daha küçük olan katılımcıların yaşları büyük olanlara oranla daha az çocuk sahibi olduğu görülmektedir. Bunun günümüz koşullarında yaygın bir durum olduğu söylenebilir. Bu durumun yaşları büyük olan kişilerin gerek doğum kontrol yöntemlerini bilmemelerinden veya kullanmamalarından gerekse çocuk sayısının aileye güç ve kolaylık sağladığı düşüncesinden kaynaklandığı ve bunun o dönemde normal kabul edilen bir durum olduğuyula açıklanabilir. Diğer taraftan yaşça büyük kişilerin yaptığı evliliklerde aile planlanmasının yapılmadığını da söylemenin çokta yanlış olmayacağı düşünülmektedir.

Katılımcıların çocukları arasındaki yaş farkına bakıldığında %60,37'sinin çocukların yaş farkının 1-10 yaş aralığındadır. Birden fazla çocuk sahibi olan katılımcıların çocuklarının yaş farkının 10 yıldan fazla olmamasına dikkat ettikleri söylenebilir. Herhangi bir işte çalışan kadın katılımcıların neredeyse tamamına yakınının çocuklarının yaş aralığının 1-10 yaş aralığında olduğu görülmektedir. Çalışan kadın katılımcılar, çocukları için bakıcı tutması gerektiği düşünülürse bu durumun bakıcının her iki çocuğa birden bakacağı, okula başladıklarında beraber gidip gelineceği veya birbirlerine göz kulak olunacağı düşüncesinden kaynaklandığını düşündürmektedir.

Araştırmanın çocuk bakımına dair sorularının sonucunda elde edilen bulgular 4 ana temada toplanmıştır bunlar; 'Çocuk bakımında ebeveynlerin uyguladıkları yöntemler' , 'Çocuk bakımında geleneksel yöntemler' , 'Geleneksel ve modern yöntemlerin özellikleri' ve ' Çocuk bakımında alınan destekler' dir.

Çocuk bakımında ebeveynlerin uyguladıkları yöntemlere bakıldığında çocuk uyutma yöntemleri, çocuk hastalandığında kullanılan yöntemler, çocuk besleme yöntemleri ve çocuk ağlarken kullanılan yöntemler tespit edilmiştir.

Katılımcılar çocuk uyutma yöntemlerinden beşikte sallama, emzirme, ninni/masal söyleme, emzirerek uyutma, kucakta uyutma ve yatağında uyumaya bırakma uygulamalarını kullandıklarını dile getirmişlerdir. Çocuk bakımında ebeveynlerin çocuk uyutma yöntemi için en yüksek oranda beşikte/ayakta sallamayı, üstünü örtmeyi ise genel olarak tercih etmişlerdir. Katılımcılar yatağında uyumaya

bırakmayı ise en düşük oranda tercih etmişlerdir. Beşikte-ayakta sallama çocuğa zarar veren en yaygın çocuk uyutma yöntemidir. Bu duruma sarsılmış çocuk sendromu denmektedir. Sallama ile baş, kuvvetlice geri ve ileri itilir ve bebeğin beyinde ince kan damarları yırtılarak kanar (Hacıhasanoğlu Aşılar ve Pınar Bekar; 2018:11). Bu durum ise körlük, sağırılık, öğrenme güçlüğü, beyin hasarı, felç, koma ve kusma görülebilir hatta ölümle sonuçlanabilmektedir. Özellikle anne dışındaki kişilerin çocuğu beşikte ya da ayaklarında sallayarak uyuttuğu tespit edilmiştir. Çocuk ağlamaya devam ettiğinde ise sallanmanın hızı artırılmakta, sersemleyen çocuk bir süre sonra uykuya dalmaktadır. Çocukları uyutmada en fazla emzirerek uyutma sonucu çıkmıştır. Bunun nedenini ise çocuğun karnının doyması ve emdiği için yorulması sonucunda uyumaya geçmesiyle açıklanabilir.

Çocuk hastalandığında kullanılan yöntemler ise evde bakım vererek veya hastane/ilaç tedavisi uygulanması şeklinde ifade edilmiştir. Evde bakım verme uygulamasının geleneksel yöntemler açısından daha yoğun kullanılan bir yöntem olduğu görülmektedir.

Çocuk besleme yöntemlerinde ise katılımcılar organik ürünler, mama, ek gıda ve anne sütü ile beslediklerini ifade etmişlerdir. Anne sütünün en yoğun olarak kullanılan çocuk besleme yöntemi olduğu ortaya çıkmıştır. Anne sütünün hazır, kolay erişilebilir ve maliyetsiz olması ve insan doğasının gereğiyle açıklanabilir. Çocuk beslenmesinde sezaryenle gerçekleşen doğumlarda mamanın yoğunlukta olması ise doğumun gerçekleştiği ilk günlerde anne sütünün geç veya az gelmesinden kaynaklanabilir. Sezeryan doğumu sırasında gerçekleşen komplikasyonlardan dolayı annenin ilaç kullanması gerekebilir bu da emzirmeye ara verdirebilir veyahut anne sütünün hiç gelmemesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu durum normal doğum için görecelilik arz edebilir.

Çocuk ağlarken katılımcıların kullandıkları yöntemler en yoğun olandan en az yoğun olana göre çocuğun ihtiyaçlarını gidermek, gezdirme/kucağa almak, sallama, dikkatini/çekme/oyun, iletişim kurma, emzik verme, şarkı/ninni/ilahi söyleme, masaj yapma ve şeker/pekmez verme şeklinde sıralandığı görülmektedir. Görüldüğü katılımcılar çocuk ağlarken çok fazla yöntem uygulamaktadırlar. Bu da ebeveynlerin çocuklar ağladığında daha çeşitli çözüm yollarını denediklerini göstermektedir. Çocuk ağlarken her türlü ihtiyaç ve gereksinimleri karşılanan çocukların annelerinin yine de

çocuklarının ağlamalarıyla başa çıkamamasının, bu konuda çözüm arayan anneleri yukarıda bahsedilen yöntemleri denemeye yönelttiğini göstermektedir.

Çocuk bakımı konusunda eğitim alma durumuna göre çocuk bakımında eğitim alan katılımcıların zararlı yöntemlerden süt damlatma, şeker/pekmez verme, sallama ve doğal karışımlar içirmeyi uyguladıkları görülmüştür. Çocuğa zarar veren yöntemleri uygulamanın bir kaç sebebinin ve açıklamasının olduğu düşünülmektedir. Alınan eğitimlerde bu uygulamalardan bahsedilmemesi veya annelerin yaşadıkları sorunlarla baş edememesi neticesinde zararlı olan yöntemleri de belki işe yarar düşüncesiyle denemeye yönlenmesidir. Bazı geleneksel uygulamaların sadece belli bir bölgeye ait olması bu zararlı yöntemlerin çeşitliliğini açıklamaktadır. Dolayısıyla geleneğe ait bölgesel ve yöresel çocuk bakım yöntemlerinin sağlık, sosyoloji, tıbbi antropoloji gibi diğer bilim dalları içinde araştırılması başka araştırmaların konusu olabilir. Diğer taraftan eğitim alan katılımcıların çocuğa iyi gelen anne sütü, gezdirme/kucağa alma, temel ihtiyaçlarını zamanında karşılama, vb. gibi yöntemleri uyguladıkları görülmüştür. Çocuk bakımında verilen eğitimlerin içeriklerinin güncellenmesi gerekliliği bu alanda eğitim veren uzmanlara yönelik öneri olduğu söylenebilir.

Çocuk hastalandığında ebeveynlerin hastane/ilaç tedavisinin evde bakımdan daha yoğun uyguladığı görülmektedir. Çocuk bakımı eğitimi almayan ebeveynlerin çocuklarını hastaneye götürüp ilaç tedavisini uygulamaları çocuklar için oldukça iyimser bir tablodur. Ayrıca ebeveynlerin çocukların tedavi almalarında sorumluluklarını yerine getirdikleri anlamına da gelebilir. Burada bu kadar yoğun hastane ve ilaç kullanımının olması akıllara şu soruları da getirmektedir. Gerçekten gerekli durumlarda mı hastaneye başvurup ve ilaç almaktadırlar yoksa çocuk bakımında herhangi bilgi sahibi olmadıkları için aslında olağan ve stabil olan durumlar içinde mi hastaneye yönelmektedirler? Çünkü çocukların yetişkinlere benzemeyen ihtiyaçları ve gelişimsel özellikleri vardır. Çocuk bakımında bilgisiz ve deneyimsiz katılımcıların hastaneye gitme konusunu tartışmaya açabilir. Örneğin bebekler bez değişimlerinde altları her açıldığında hapsirirler veya yeni doğduklarında günün 18-20 saatini uyuyarak geçirirler. Bebeklerin günün büyük kısmında uyumaları çok uyudukları, uykucu oldukları anlamına gelmemektedir ya da çocuklar çok uyur diye uzun süre uyumaya bırakılmasını normal görerek ‘Beslenmesiyle ilgili gözden kaçırdıkları bir şey olabilir mi?’ sorusunu akıllara getirmektedir. Bunun da çocuğun sağlığı açısından tehlikeli

sonuçları olabilir. Her alt değiştirmede hapşırması hasta olduğu anlamına gelmemektedir. Çocuğa ait bilgilendirmeler yapılarak bu karışıklıkların son bulacağı düşünülmektedir.

Katılımcılar çocuk bakımında geleneksel yöntemleri uygulamada zorluk çektikleri ve çekmedikleri yöntemler olduğunu ifade etmişlerdir. Uygulamada zorluk çekilen yöntemlerden biri beşikte/ayakta sallamaktır. Katılımcılar zorluk çekilen ve çekilmeyen yöntem olarak eşit oranda hastane/ilaç tedavisini ifade etmişlerdir. Bu sonucun çocukların ve katılımcıların bireysel özelliklerinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Ayrıca belirtmek gerekir ki katılımcılar çocuğa zarar veren geleneksel çocuk bakım uygulamalarının bazılarının zorluk çekmeden yapıldığını belirtmişlerdir. Bu durumda zararlı çocuk bakım yöntemleri açısından ayrıca bir risk barındırmaktadır. Tekrar söylemek gerekirse geleneksel çocuk bakım yöntemlerinin çocuğa zarar veren uygulamaların durdurulması, çocuğa fayda sağlayan geleneksel yöntemlerin ise uygulamaların devam ettirilmesi gerekmektedir.

Yenidoğan çocuğa uygulanan geleneksel çocuk bakım yöntemleri olarak yürütülen bu araştırmada çocuk bakımında 19 tane geleneksel yöntem tespit edilmiştir. Araştırma sonucunda elde edilen geleneksel çocuk bakım yöntemlerinden kundaklama, tuzlama, sallama, toprak kullanma (höllük), doğal karışımlar, kulağa üfleme, limon/süt damlatma, zemzem hurma verme, doğal alçı yapma, şekerli su içirme, kumaş yakma, dağlama ve sarı örtü kullanma uygulamalarının daha önce yapılan araştırma sonuçlarıyla incelendiğinde tıbben uygun olmadıkları görülmüştür. Pamuklu bez kullanma, kıyafet kullanma ve yağlama uygulamalarının ise daha önce yapılan araştırma sonuçlarıyla incelendiğinde yararlı olduğu görülmektedir.

Geleneksel yöntemlerin yoğun olarak büyükler tarafından tavsiye edildiği ortaya çıkmıştır. Çocuk bakımında aile büyüklerinden destek alınmasının altında onların çocuk bakımına dair bilgi ve beceriyle hareket ettiklerinin ön kabulü olduğu söylenebilir. Katılımcılardaki geleneksel uygulamaların fayda sağladığına yönelik kanaatin, kendilerini büyüten annelerine güvenin ve kendilerini büyüten annelerinin çocuk bakımında tecrübeli oldukları için her şeyi bileceklerine dair inancın sonucu olduğu düşünülmektedir. Ayrıca henüz doğum yapmış ve iyileşme sürecindeki lohusaların kendi tedavileriyle ilgilenmeleri nedeniyle çocuklarının bakımında iyileşene kadar aile büyüklerine güvenmek zorunda kaldıkları ya da bu sorumluluğu paylaştıkları

söylenbilir. Büyüklerce tavsiye edilen çocuk bakım yöntemlerinden en yoğun olanın kundaklama olduğu görülmektedir. Neredeyse katılımcıların tamamının kundaklamayı kullandıkları ortaya çıkmıştır. Kundaklamadan sonra en çok tekrar edilen yöntemler ise sırasıyla tuzlama, toprak kullanma, sarı örtü kullanma, sallama ve bağlamadır. Çocuk bakımında kullanılan diğer geleneksel yöntemler ise pamuklu bez/kıyafet kullanma, doğal karışımlar, kulağa üfleme, limon/süt damlatma, yağlama, zemzem-hurma verme, doğal alçı yapma, şekerli su içirme, kumaş yakma, göbek bağının okula/camiye gömülmesi, altınlar ile yıkama, kulağa ezan/isim okuma ve dağlama yöntemleridir. Diğer taraftan katılımcılar geleneksel yöntemleri uygulamama nedenlerini ise mantıklı olmamaları ve sağlık çalışanlarınca tavsiye edilmemelerinden kaynaklandığını söylemişlerdir. Burada tıbbi yönlendirmelerin davranışları etkilediği görülmektedir. Dolayısıyla bu araştırma sonucunda elde edilen verilerle PSHU'nın hizmet sunumunu gerçekleştirmeye yönelik model ve görüşme plan oluşturulmasıyla sunulacak hizmetin çocuk sağlığını korumadaki gerekliliğini ve önemi ortaya çıkardığı düşünülmektedir. Bu sonuç araştırmanın en can alıcı sonucudur denilebilir. PSH, kadını, çocuğu ve aileyi güçlendirme misyonunda olup her çocuk için sağlık vizyonunu barındırmaktadır.

Araştırmadan elde edilen nitel bulguların üçüncüsü geleneksel ve modern yöntemlerin özellikleridir. Geleneksel yöntemlerin özellikleri, yöntemlerin kullanıldığı zamanlar, kullanılan malzemeler, uygulanan yöntemlerin yararları ve uygulanan yöntemlerin zararları başlığında toplanmıştır.

Geleneksel yöntemleri en yoğun şekilde kullandıkları zamanı çocuk yeni doğduğu zamanda kullandıklarını ifade etmişlerdir. Katılımcılar diğer geleneksel yöntemleri, ihtiyaç olduğunda, ilk altı ay ve altı aydan sonra kullandıklarını ifade etmişlerdir. Geleneksel yöntemler sadece yeni doğan çocuğa değil, ilk 6 ay ve altı aydan sonra da uygulandığı sonucu çıkmıştır. Ayrıca bazı uygulamaların çocuk rahatsız oldukça tekrarlanıp kullanılabileceğini dolayısıyla zamanını ihtiyaç duyulduğu her zaman olarak tarif etmişlerdir.

Geleneksel yöntemleri uygularken kullanılan malzemelerin çocuk eşyaları ve besin maddeleri olduğu tespit edilmiştir. Geleneksel ve modern yöntemlerin özelliklerinin çocuğa sağladığı faydaya bakıldığında çocuğun iyileşmesi ve rahatlaması, korkmaması, susması ve uyuması sonucuna ulaştıklarını ifade etmişlerdir. Aynı

zamanda hastalığı önlediği, çocuğun gelişimine katkı sağladığı, pişliği önlediği, çocuğun karnının doyduğu, şans ve uğur getirildiği gibi diğer faydalardan da bahsedilmiştir.

Katılımcıların çocuk bakımında aldıkları desteklere bakıldığında bunların; ‘destek aldıkları kişiler’, ‘destek alınan konular’ ve ‘sağlık çalışanları tarafından destek alınan konular’ başlığı altında toplandığı görülmektedir. ‘Destek alınan kişiler’ in başında aile büyükleri daha sonra kardeş ve sırasıyla, eş, komşu, sağlık çalışanları ve bakıcı olduğunu belirtmişlerdir. Bu araştırma da en dikkat çekilmesi gereken bulgu ‘Destek alınan konular’ da çocuğun temel ihtiyaçlarının karşılanmasının en yüksek düzeyde olmasıdır. Katılımcılar çocuğa bakım verme konusunda bilgilendirme yapılmasına, doğum sonrasında lohusanın yanında olunmasına, çocuğun rahatsız olduğu durumlarda ve ev işlerinde destek verilmesine ihtiyaç duyduklarını belirtmişlerdir. bu sonuç şöyle de açıklanabilir. Kadın ve çocuk birçok konuda desteğe gereksinim duymakta bunun bazılarının ailelerle karşılanması bazılarının ise profesyonel destekle karşılanması gerektiğini göstermektedir. Çocuk bakımıyla ilgili kadına ve aileye destek vermenin ailenin içinde bulunduğu bu yeni duruma uyum sağlamada yardımcı olabilir.

Araştırmanın son teması olan geleneksel ve modern yöntemlerin özelliklerinden zararlı olanlara bakıldığında cildin tahriş olması ve yanması ve yenidoğanın sarılığının artması en tehlikeli ve zararlı sonuçlar olarak karşımıza çıkmaktadır. Geleneksel yöntemlerin uygulanması sonucunda şu olumsuz sonuçlar da doğmaktadır: çocuğun geç yürümesi, korkması ve dişlerinin çürümesidir.

Günümüz sağlık sistemleri hasta olduktan sonra tedavi etmeye odaklanmış, önleyici tıp henüz yaygınlaşmaya başlamıştır. Alışkanlıklarımız, günlük rutinlerimiz, sağlığa dair inancımız ve uygulamalarımız, beslenme alışkanlıklarımız hastalığı ve tedavi süresini etkilemektedir. Sağlıkla ilgili sorumlulukların bireylerin kendilerine ait olduğunun farkına varmaları gerekmektedir (Zastrow, 2013: 719). Çocuklar için ise bu sorumluluk farklıdır. Ebeveynler hem kendi sağlıklarından hem de çocuklarının sağlığından sorumludurlar. Ebeveynlere çocuk bakımı konusunda çeşitli eğitimler ve destekler verildiğinde çocuğun sağlığının ve ailenin güçleneceği ve toplumun daha sağlıklı olacağı düşünülmektedir.

Ülkemizde 2003 yılında sağlıkta dönüşüm programı uygulanmaya başlanmıştır. Bu programda çocuk sağlığı konusunda çok büyük iyileştirmeler yapılmıştır. Bu program sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştırılması, hizmet kalitesinin artırılması,

genel sağlık sigortası, sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştırılması ve hizmet kalitesinin artırılması hedefiyle uygulamaya konulmuştur. Koruyucu ve temel sağlık hizmetlerinde anne-çocuk sağlığına yönelik cinsel sağlık ve üreme, yenidoğan taramaları, yenidoğan bakımı ve aşılar konusuna ek kadınlara doğurganlık davranışları, aile planlaması ve riskli gebelikler ve hakkında bilgilendirme, yenidoğan çocuklara yönelik ilk 6 ay anne sütünü teşvik, ücretsiz demir ve D vitamini desteği verilmeye başlanmıştır. Yukarda sayılan tüm hizmetler modern tıbbın sunduğu hizmetlerle ilgilidir. Bu araştırmanın ve PSH'in de konusu olan çocuk bakımında kadına, çocuğa ve aileye psikososyal destek verilmesi konusunun da eklenmesi gerektiği düşünölmektedir.

Dünyada perinatal sosyal hizmet, 1970'li yıllarda yaklaşık 50yıl öncesinde anne çocuk sağlığı konulu bir çalıştayın sonucu olarak başlamıştır. Sosyal hizmetin perinatal sağlık bakımındaki rolünü teşvik etmek, genişletmek ve güçlendirmek için çalışmaları bulunmaktadır. Perinatal sosyal hizmet uzmanları, ailelerin işlevselliğini artırmaya yönelik savunuculuk ve eğitici/öğretici hizmetleri ile doğrudan ailenin ve çocuğun sağlığı başta olmak üzere birçok konuda sağlığı güçlendirici çalışmalar yürötmektedirler.

Ölkemizde tıbbi sosyal hizmet uygulamalarının çoğunun hastanelerde gerçekteşmesi önemli bir kısıt ve güçlük olarak karşımıza çıkmaktadır. Müracaatçılar hasta olduktan sonra hastaneye başvurmakta, koruyucu ve önleyici hizmetlerin gerçekteşmesi mümkün olamamaktadır (Duyan, Özgür Sayar ve Özbek, 2008: 187). Koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerinden halk sağlığının her bir bireyin tamamına yayılması için hastalanmayı beklemeden sağlık tedbirleri alınması gerekmektedir.

Tıbbi sosyal hizmet uzmanlarının terapi yaklaşımlarının çoğalması nedeniyle yeni teknik yaklaşımlarını hızla öğrenmeleri gerekmektedir. Sağlık alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının hastalara nasıl danışmanlık yapacağı konusunda bilgi ve beceriye sahip olması gerekmektedir. Bunun yanı sıra hastanın haklarını savunabilmek ve ihtiyaçlarını karşılamayabilmek için avukat gibi davranmak zorunda kalabilmektedir (Zastrow, 2013: 713).

Mesleği icra eden tıbbi sosyal hizmet uzmanları mesleğin henüz yaygın biçimde bilinmemesi, başvuru yapılacak ve bilgi alınacak kişiler olarak sosyal hizmet servislerinin tanınmaması, sadece ekonomik yetersizliği olan kişilerin başvuracağı bir birim olarak düşünölmesi psikososyal desteğin göz ardı edilmesiyle karşı karşıya

kalmaktadır. Bununla beraber müracaatçıların ihtiyaç duydukları desteği nereden ve nasıl alınacağı konusunda da bilgi eksiliği mevcuttur.

Bu araştırmanın konusu olan PSH, uluslararası alanyazınında birçok araştırmacının dikkatini çekmesine rağmen ulusal bağlamda çok yeni bir çalışma alanı olduğu görülmektedir. PSH alanında ülkemiz için öncü çalışma olduğu düşünülen bu araştırmayla alana perinatal sosyal hizmet kavramını kazandırarak bu yönde katkı sağlamaktadır. Özetlemek gerekirse bu araştırma uluslar arası alanyazınında ise çocuk bakımında doğum sonu (postpartum) kültürü kavramına dikkat çekerek yeni doğan çocuk bakımının da geleneksel çocuk bakım uygulamalarıyla yeni bir çalışma konusu olarak alana kazandırdığı, ulusda ise PSH kavramını alana kazandırdığı düşünülebilir.

PSH doğum öncesi, doğum sırası ve doğum sonrası birçok müdahalesi bulunmaktadır. Aşağıda yer alan çalışma konuları PSH uygulama konularına örnek verilebilir.

Greenfeld (2008)'in 'Kısırlık ve Yardımcı Üreme Teknolojisi' isimli çalışmada İnfertilite ve tedavisinin etkisi, perinatal sosyal hizmet uzmanlarına bu hastalara danışmanlık yapmak, onları eğitmek ve desteklemek için yeni bir alan açtığından bahsetmektedir. Yeni bir alan açma kapsamında bizim araştırmamız da perinatal sosyal hizmete yenidoğan çocuk bakımı konusunda yeni bir alan açmaktadır. Doğumun psikolojik, sosyolojik ve ekonomik birçok etkisi bulunmaktadır. Bu çalışma bizim çalışmamızda olduğu gibi alana yeni bir çalışma konusu kazandırdığı düşünülmektedir.

Carter'in 2002 yılında 'Bağımlılık Yapan Kadınlarda Perinatal Bakım: Güçlendirmenin Etkileri' isimli çalışmada sağlık çalışanlarının hamilelik sırasında uyuşturucu kullanan kadınlara yönelik damgalayıcı tutum ve davranışları da dahil olmak üzere, perinatal uyuşturucu kullanımına karşı toplumsal tepkileri incelemektedir. Sosyal hizmet uzmanları ve müracaatçıların perinatal dönemde uyuşturucu kullanımını yasal bir sorundan ziyade bir sağlık sorunu olarak yeniden tanımlayabilecekleri ve perinatal bakımın sağlandığı ortamı iyileştirebilecekleri güçlendirme stratejileri bu çalışmada önerilmektedir. Carten'in bu çalışmasıyla alışkanlıklardan doğan perinatal dönemdeki sağlık sorunlarına getirdiği çözüm önerisiyle bizim araştırmamızdaki alışkanlıklardan kaynaklanan sağlık sorunlarına sosyal hizmetin sağlığı güçlendirme yaklaşımıyla benzerlik göstermektedir.

Adams ve Kocik (1997), ‘Doğurganlık Çağındaki Ergenlerle Perinatal Sosyal Hizmet’ isimli çalışmasında ergenlerin çocuk doğurmanın sağlık, sosyal ve gelişimsel sonuçlarını tartışarak ve çocuk doğuran ergenlerle sosyal hizmet uygulamasına genel bir bakış sağlamaya yönelik bir çalışma yürütmüştür. Dorrel (1994)’in ‘Risk Altındaki Bir Gelecek: Çocuk Sahibi olan Çocuklar’ isimli çalışmada ise genç ebeveyn olan annelerin yaşadığı benzer sorunlara dikkat çekerek annelerin gerek doğum öncesi gerek doğumdan sonra hem kendilerinin çocuk olmasından hem de doğurdukları çocukların bakımına ihtiyaç duyduklarını belirtmiştir. Bizim çalışmamızda 10 tane çocuk ebeveyn bulunmaktadır. Bunlardan çoğunluğu kadınlar iken 18 yaş ebeveyn olan erkek katılımcımızda mevcuttur. Çocuk bakımı adölesan ebeveynler başta olmak üzere bütün evlilik dışı, terk edilmiş, tecavüz sonucu ve sağlıklı doğan tüm çocukların ve ailelerin ihtiyacıdır. Çocuk bakımı konusunda eğitim ve destek almak bir haktır. Dorrel’in araştırma sonuçları bu araştırmanın önemini desteklemektedir.

Mahan’ın 1997 yılında ‘Perinatal Sosyal Hizmette Sosyal Politika Hususları’ isimli çalışmasında devam eden yüksek bebek ölüm oranının nedenlerinden bazılarını tartışırken, özellikle bebek ölüm oranlarının sebeplerinin ve engellerinin kaldırılması durumunda yeni doğan bebeklerin sağlığını iyileştirebileceğine dikkat çekmektedir. Sosyal hizmet uzmanlarının bu bilgiyi savunuculuk çabalarında nasıl kullanabilecekleri, sosyal hizmet uzmanlarını bu acil ulusal soruna daha doğrudan dahil etme çabasını ortaya koymaktadır. Mahan’ın araştırması, bu araştırmanın öneriler bölümüyle ilişkili görülmektedir. Ayrıca iki araştırmanında çocuk ölümlerinin önlenmesi amacına yönelik benzerliği bulunmaktadır.

Barret ve Robinson (1990)’ın ‘Ergen Babaların Ebeveynlik ve Çocuk Yetiştirmedeki Rolü’ isimli çalışmada ergen babaların okulu bırakma, düşük gelir, çocuk yetiştirme ve çocuk gelişimi konusundaki cehalet, ergenlik ve erken babalık ile birlikte gelen stres de ebeveyn başarısızlığı sorunlarına çözüm önerdiği bir çalışma ortaya koymuştur. Araştırmanın sonucunda, genç babaların çocuk bakmaya gönüllü olduklarını belirtmektedir. Ergen babalar çocuk yetiştirmede görev alan ve baba desteğini olumlu algılayan annelerin çocukları, baba desteğini olumsuz algılayan ve çocuk-baba iletişimi olmayan annelerin çocuklarına göre daha iyi bilişsel yetenek ve davranış sergilediğini ortaya koymuştur. Barret ve Robinson’ın araştırma sonucunda babalık rollerinin gelişmesin de babanın çocuk bakımına katılması da desteklerle

mümkün olabileceğini ortaya koymuştur. Bizim araştırmamızda babalarla yapılan görüşmelerde babaların çocuk bakımı konusunda ilgili oldukları bulunmuştur. Araştırmamızdaki babalar çocuk bakımına dair derinlemesine bilgi sahibi olmadıklarını belirtmişler soruların çoğuna evet hayır cevabını vermişlerdir. Bu yüzdem örneklemimizdeki erkek katılımcıların sayısı kadın katılımcılardan daha azdır. Bu araştırma sonucunda bilgi ve beceri desteğine ihtiyaç duyan ebeveynlerin bu desteği aldıklarında babalarında çocuk bakımına daha etkili katılabileceği ve var olan sorunların çözüme kavuşturulabileceği görülmektedir. Bu araştırmayla bizim araştırmamızın sonuçlarının örtüştüğü görülmektedir.

Freeman (1989)'ın 'Kentsel Topluluklardaki Ergen Babalar: Hamileliği Önlemedeki Rollerini Keşfetme ve İhtiyaçları' isimli çalışmasında SHU, belirli bir toplulukta ergen babaların gelişimsel ihtiyaçlarını karşılamak için mevcut tüm kaynakların bir değerlendirmesini yapmaya yönelik önemli boşlukları belirleyen ve mevcut kaynakların ne ölçüde uygun kullanıldığını belirlemeye ve geliştirmeye yönelik bir çalışma yapmıştır. Bu konu ergen babaların ebeveynlik düzeylerinin tespit edilmesi üzerine olan çalışma bizim araştırmamızla uyumluluk göstermektedir. Tekrar söylemek gerekirse araştırmamızdaki erkek katılımcıların çocuk bakımı konusunda yeteri kadar bilgiye sahip olmadıklarını görülmüştür.

Noble ve Hamilton (1984) 'Stres Altındaki Aileler: Perinatal Sosyal Hizmet' isimli çalışmalarında bir ailenin hasta bir bebekle nasıl başa çıkması gerektiğini inceleyerek perinatal bir sosyal hizmet uzmanının aileye nasıl yardımcı olabileceğini önermektedir. Araştırma oldukça eski bir çalışma olmasına rağmen, çocuk bakımının evrensel olması bu konudaki gereksinimi o yıllardan beri ortaya koymaktadır. Noble ve Hamilton araştırma konusuyla bu araştırmanın konusu çocuk bakımında çeşitli desteğin her zaman var olacağını ve güncelliğini göstermektedir. İki çalışma örtüşmektedir.

Yukarıda görüldüğü gibi dünyada 50 yılı aşkın süredir perinatal sosyal hizmetle ilgili çalışmalar ve uygulamalar devam etmektedir. Bu araştırma Türkiye için alanda ilk kez kullanılan ve araştırması yapılan perinatal sosyal hizmetin hasta güvenliği, hasta hakları, haysiyeti, hukuk ve kanıta dayalı bakımın sağlanması da dahil olmak üzere çocuk bakımının temellerini kapsamaktadır. Yeni doğmuş bir bebek, istismara ve ihmale karşı savunmasızdır. Buradaki kasıt zaman zaman iyi niyetle yapılan uygulamaları da

kapsamaktadır. Profesyonelin rolü, bebek doğmadan öncesinden başlayarak yaşamın devam ettiği süreç boyunca sağlığı değerlendirmeyi içermektedir. Annenin ruh ve akıl sağlığı, bağımlılığı, eğitimi, ekonomik ve kültürel durumu, çocuğa bakışı öncelikle olmak üzere bilgi toplanması, incelenmesi ve göz önünde bulundurulması gereken bir konu olduğu düşünülmektedir. Bu bilgilerin doğum sürecinde ve sonrasında çocuğun sağlığına bütüncül müdahaleye olanak sağlayacağı görülmektedir. Perinatal sosyal hizmetin, kanıta dayalı, aileyi merkeze alan, kültürü önemseyen, ‘çevresi içinde birey’ odağına alan multidisipliner ve bütüncül bir yaklaşımla olması gerektiği açıktır diyebiliriz.

PSHU, olumsuz gelişen ve değişen durumların önlenmesi ile birlikte mevcutta var olan olumsuzlukların ve belirsizliklerin önlenmesine yönelik değişim ajanı rollerine devam etmeleri gerekmektedir. Sağlık, sağlığın sosyal belirleyicileri olarak adlandırılan çok çeşitli tıbbi olmayan faktörlerden toplu olarak etkilenmektedir. Bu faktörlerin sağlık ve hastalıkları etkilediği mekanizmalar ortaya çıkarılmaya devam ettikçe, sağlık sistemleri hastanın sosyal ihtiyaçlarını karşılamadaki rollerini değerlendirmeye başlamaktadır (Reyes, Akanyirige ve Wishart, 2021).

Bu araştırma sonucunda alandan görüşmeler yaparak toplanan bilgiler kayıt altına alınarak sonuçları kanıta dayalı çalışmalarla teyit edilerek yeni kanıtlar oluşturmakta ve çocuk hakları savunuculuğuyla diğer araştırmacılara ışık tutmaktadır.

Geleneksel çocuk bakımı konusunda yapılan araştırma sonuçlarına göre çocuk hakları temelinde mikro, mezzo, makro düzeyde perinatal sosyal hizmet bağlamında şu öneriler geliştirilmiştir:

- Makro sosyal hizmet, kendine özgü sosyo-politik ve kültürel değerleri içerisinde ülkelerin yeniden şekillenip vücut bulmasını sağlamaktadır. PSHU, makro düzeyde Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, İl Sağlık Müdürlükleri, hastaneler ve sivil toplum kuruluşları ile koordine ve uyum halinde çalışarak kurumları bilinçlendirici uygulamalar hazırlayıp, çocuk bakımı konusunda çocuk sağlığını korumaya yönelik çocuk hakları savunuculuğunu yapan politikalar üretebilirler. Çocuk bakımında Türkiye için oluşturulacak perinatal dönemde sağlık politikalarının bu ülkeye özgü olması gerekmektedir. Bilindiği gibi sosyo-kültürel yapılar özellikle doğum ve aile gibi hassas konular

için kendine özgü mahremiyet taşıdıklarından toplumsal ve kültürel yapısı dikkate alınarak yapılmalıdır.

- PSH alanı konusunda sivil toplum kuruluşlarından çocuk ve ailelerle çalışan gruplara mesleği ve hizmetlerini tanıtmaya yönelik çalışmalar yapılabilir. Çocuk Acil Tıp ve Yoğun bakım Derneği, Türkiye Milli Pediatri Derneği, Çocuk Sağlığı Derneği, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Derneği, Çocuk Romatizma ve Böbrek Hastalıkları Derneği, Çocuk Hemşireleri Derneği, Çocuk Acil Tıp ve Yoğun Bakım Derneği, Türk Neonatoloji Derneği, Neonatoloji Hemşireliği Derneği, Anne Çocuk Eğitim Vakfı, Lösemili Çocuklar Vakfı gibi vakıf ve derneklerle toplantılar düzenlenebilir. Bu toplantılarla sosyal hizmet uzmanlarının istihdam edilmesine olanak sağlanabileceği düşünülmektedir.
- NAPSW ve diğer ülkelerin mevzuatlarından ilham alınarak Türkiye için akreditasyon ve standardizasyon çalışmaları yapılabilir. Bu akreditasyon ve standardizasyon çalışmaları ise ülkemizde perinatal alanda veri elde edilen bu ve benzeri çalışma sonuçlarıyla şekillenebilir.
- Türkiye’de uygulanmaya başlamayan bir an önce tanınması ve hayata geçirilmesi için bilimin lokomotifleri olan üniversitelerde Perinatal sosyal hizmetin bir ders olarak müfredata eklenerek başlangıcının yapılabilceği düşünülmektedir.
- ASPB’nda konuyla ilgili araştırma sonuçlarının sunulmasıyla PSH mesleğinin tanınması sağlanabilir, mesleğe ilişkin mevzuat oluşturmaya yönelik çalışmalara başlanılabilir. Diğer taraftan şuan halihazırda mesleği icra eden SHU için konuya ilgi duyanlara sertifikalı eğitimler verilebileceği düşünülmektedir. Yeri gelmişken belirtmek gerekirse; uluslar arası düzeyde PSH alanında yüksek lisans veya sertifika almak mesleğin bu alandaki icrasının önkoşulu olmakta ve bu eğitimlerden sonra Perinatal Sosyal Hizmeti Uzmanı olarak tanımlanmaktadır.
- Tüm bu öneriler ışığında ilk olarak Mesleki Yeterlilik Kurumu’nda ulusal meslek standardı oluşturularak perinatal sosyal hizmet mesleğinin tanımlanması bilgi, beceri, tavır ve tutumların neler olduğunu gösteren asgari normlar belirlenerek sosyal çalışmacıların perinatal dönemde hizmet sunumuna başlanabilir. Perinatal sosyal hizmetin eğitici ve planlayıcı rolüyle sağlıkla ilgili hemşire, ebe ve çocuk doktorlarından sağlık kuruluşlarında kadına ve aileye yönelik aşağıda önerilen

bilgi-beceri-değer temeli ve görüşme formuyla eğitimlerin planlanabileceği düşünülmektedir.

- Sosyal hizmet uzmanları, üniversite eğitimlerinde sağlık alanında sınırlı uygulama yapabilmekte veya uygulama sosyal hizmetin hizmet sunduğu tüm alanlarda uygulama şansı elde edememektedirler. Bunun sonucunda göreve başladıklarında atandıkları alandaki eksikliklerinin tamamlanması zaman kaybına neden olduğu düşünülmektedir. Üniversite eğitimlerinde sağlıkla ilgili uygulamalara daha çok yer verilerek deneyim kazanmasına yardımcı olunarak mesleki bilgi ve becerinin gelişmesine olanak sağlanmalıdır.
- Mezzo düzeyde, çocuk ve refahını yükseltmeye yönelik Türkiye’de henüz bir kavram ve meslek olarak tanımı yapılmamış ve uygulama alanı olmayan PSH insan hayatının özel bir dönemi olan yenidoğan çocuklar için sosyoekonomik, kültürel ve etnik çeşitliliğe sahip bireylere, ailelere ve gruplara uygun nitelikte hizmetleri oluşturabilirler.
- Günümüzde çocuk bakımı ile araştırma sonuçlarına bakıldığında çocuk sağlığı özelinde halk sağlığının korunması adına etkili ve yetkin olabilmesi için kadınlar, aileler, hastalar, sağlık bakım uzmanları ve tedavi ekibi, tıbbi bakım sistemi bir bütün olarak değerlendirilmesi gerektiği düşünülmektedir. Bu bütünün içerisinde toplumun geleceği olan çocuğa yönelik yenidoğan bakımında sosyal hizmetin ön plana çıkması nitelikli, kendini iyi yetiştirmiş, gelişime ve değişime açık perinatal sosyal hizmet uzmanlarının sayesinde sunulabilir. Perinatal sosyal hizmet uzmanları, çocuk gelişimciler ve ebeleler ev ziyaretlerinde bulunabilir. Emziren annelerle grup çalışmaları yapılabilir. Bu bağlamda broşürler, afişler hazırlanıp eğitimlerde dağıtılabilir ve çeşitli kamu spotları yayınlanabilir.
- PSHU’larının sadece çocuk bakım modellerinin geliştirilmesi değil eş zamanlı uygulama ve müracaatçı ve müracaatçı grupları için hangi program ve müdahalelerin en etkili olduğunu belirleyen değerlendirme çalışmaları da yapması gerekir. Çocuk bakımında kanıta dayalı çocuk bakım uygulamaları ancak tüm insanlar için erişilebilir olduğunda sosyal hizmet müdahalesinin sosyal yararlarının yükseleceği bilinmelidir.
- PSHU, teknolojiyi etkin ve verimli kullanma becerisine sahip olmalıdır. Güncel çalışmaları takip etmesi adına teknolojiyle barışık bir meslek elemanı olabilirler.

Kitle iletişim araçlarının sağlık davranışları üzerindeki etkisi dikkate alındığında PSHU olumlu sağlık davranışlarının çoğaltılmasında teknolojiden üst düzeyde yararlanılmasını düşünülmelidir.

- Teknolojiyle ilgili PSHU, çocuk bakımında Türkiye için sosyal medyada çevrimiçi gruplar oluşturarak anne-babaların kullanıma sunup bu grupların yöneticisi olabilirler. Güncel bilgilerin ve yaşam tecrübelerinin paylaşımının sağlanmasına öncülük edebilirler. Bunun çocuk sağlığı adına devlet eliyle yapılması uygun iken sosyal hizmetin gönüllük çalışmalarıyla başladığı düşünüldüğünde birçok topluluk ve alanında uzman kişilerin katılımıyla sosyal medya grupları oluşturularak PSHU'na da başlatılabileceği düşünülmektedir. Ayrıca yurt dışında da benzer çevrimiçi grupları örnek alabilirler.
- Diğer taraftan bu gruplardan konuyla uzmanlar davet edilerek konuyla ilgili webinarlar düzenlenebilir. Bilginin paylaşımında PSHU'na, ailelere etkili ve kaliteli çocuk bakım hizmetleri sunabilmek için sosyal hizmet temel eğitimi hazırlayan uzmanlara sürekli mesleki gelişim fırsatları sağlanması gerekliliği de unutulmamalıdır.
- Mikro düzeyde, perinatal alanda doğum öncesi, doğum sırası ve sonrasında riskli ve adölesan gebelikler, erken doğum, evlat edinme, doğum sonu destek, anne-baba ruh sağlığı, kısırlık, koruyucu aile gibi konuları içeren çalışmalar yapılabilir (NAPSW,2006). PSHU, hizmet verdikleri toplumun kültürünü tanımalı, geleneksel uygulamalara olan hassasiyetini bilmeli, mutlaka değiştirilmesi gereken sağlığa zararlı uygulamalar üzerinde durmalıdır. Bizim çalışmalarımızdaki kulağa sigara üfleme, kundaklama, tuzlama, limon, sallama, toprak kullanma (höllük),)süt damlatma, kumaş yakma ve dağlama uygulamaları zararlı geleneksel çocuk bakım yöntemlerine örnek gösterilebilir. Sadece anneler değil babalar da bebek sağlığı ve hastalıkları konusunda PSHU'nun çalışma hedefleri olmalıdır. Babalarında çocuk bakımında eğitime ihtiyaç duyabilecekleri unutulmamalıdır. Kültürel inançların sağlık bakımı davranışlarına olan etkisine bakıldığında PSHU tıbbın öngördüğü bakım yöntemlerine yöneltme çabası içinde olmalı, sağlıkla ilgili zararlı geleneksel çocuk bakım uygulamalarının düzeltilmesi konusunda disiplinler arası işbirliğine gidilmelidir. Geleneksel yöntemlerin tamamının zararlı olmadığı bilinmeli, bu konuda hem PSHU'larının hem de aile

ve kadın ya da diğer ifadeyle çocuğa bakım veren kişilerin yıllardır süregelen kadim kültürün değerli ve kıymetli olduğunun altı çizilmelidir.

- Perinatal sosyal hizmet uzmanları çocuk bakımı konusunun yeni bilgi ve beceriler eklenerek geliştirilmesinde sadece ülkemiz için değil tüm dünyadaki çocukları geleneksel çocuk bakım yöntemlerinin zararlı etkilerinden korumak için gelişmesine öncülük edebilir.
- PSHU, medya, devlet görevlileri, sağlık uzmanları ve halk dahil olmak üzere başkalarını çocuk bakımı konusunda eğitmek için zaman ayrılmalı, planlamalar yapılmalıdır. Bazı geleneklerin ve törenlerin çocuk bakımında yenidoğanın sağlığına ne ölçüde tıbbi sorunlara dönüştüğünü veya ne ölçüde etkilediğini anlamalarına yardımcı olunmalıdır.
- PSHU, annelik ve yenidoğan hizmetleri bağlamında ifade edilen çocuk bakımı konusundaki bilgisizlik ve deneyimsizliğin oluşturduğu kaygıların, çocuk bakımında yeterli güce sahip olunacağı düşünülerek eyleme geçilmelidir. Çocuğu reddetme, evlat edinme, koruyucu aile, vb gibi konularda önceliğin çocuğu yüksek yararı göz önünden bulundurularak yetişkine daha odaklı destek verilebilir.
- PSHU, sürecin bazen kısa veya uzun süreli bir görüşmeyle bazen de birçok kez bir araya gelinmesiyle sürdürülebileceğini doğum öncesinden başlanılarak destek verilebilecek esnek program uygulamalıdır.
- PSHU, kültürel faktörlerin etkisini anlamak için sorarak, öğrenerek ve dinleyerek kültürel alçakgönüllülük oluşturmalıdır.
- Perinatal sosyal hizmette müracaatçı, sosyal hizmet uygulamasının bir nesnesi değil öznesidir. Hangi uygulamaların yapıldığını nedenleri ile belirterek görüşmenin sonunda süreç hakkındaki izlenimleri ve nasıl sonuçlandığını kaydederek değerlendirme tamamlanabilir. Tüm bunları kapsadığı düşünülerek önerilen bu form aracılığıyla hem sosyal hizmet uygulaması kayıt altına alınmış hem de derli toplu bilgi alınmış olacaktır. Hastanın yüksek yararı gözetilerek yapılan müdahalenin işlevsel olması sağlanarak uzman kendi sürecini eleştirel olarak kontrol etme imkanı da bulacaktır. Araştırma sonucunda geliştirilen model önerisi ile ‘Perinatal sosyal hizmet uzmanlarının çocuk bakımı konusunda aileye nasıl hizmet sunabileceği’ sorusunun cevabını vermektedir. Bu model önerisinin

sonraki araştırmalar için bir başlangıç noktası olma ve perinatal sosyal hizmetin diğer alanlarında da çalışma yapılması önerilebilir.

Tablo 37. Sosyal Hizmetin Bilgi-Beceri-Değer Temeli Perspektifinden Perinatal Sosyal Hizmet

	Çocuk Odaklı Çocuk Bakımı ve Perinatal Sosyal Hizmet Müdahalesi	Aile Odaklı Güç Dengesizliklerinin Yönetilmesi	Perinatal Sosyal Hizmetin Roller	Perinatal Sosyal Hizmet Müdahalesinde Çıkmazlarla baş etme
Bilgi	Tıbbın ön gördüğü yenidoğan çocuk bakım yöntemleri, çocuğa zarar veren, çocuğa fayda sağlayan, kültüre ve dini geleneksel çocuk bakım yöntemleri bilinmelidir. Güncel tedavi ve terminoloji bilgisi güncel olmalıdır. Yeni gelişen teknoloji ve tedavi seçenekleri takip edilmelidir. Çocuk koruma hizmetlerini kapsayan hukuki konularda bilgi sahibi olunmalıdır. Kültür ve çeşitlilik, ailenin sağlık sorununa ilişkin algısını, bakım planını, taburculuk ihtiyaçlarını ve/veya yaşam sonu kararlarını etkileyecektir.	Perinatal sosyal hizmet uzmanı, çocuk sahibi olan herkesin az ya da çok güce sahip olduğunu, çocuk bakımı veren kişilerin çocuk bakımını bilmemelerinin, ilk kez ebeveyn olanların ya da geleneksel yöntemleri uygulamayı tercih edenlerin her zaman olumsuz sonuçlar doğurmayacağını bilmelidir. Perinatal sosyal hizmet uzmanı kendi güçlerini ve güçsüzlüklerini bilerek sürece başlamalıdır.	Danışmanlık hizmeti konusunda mesleki bilgi ve becerilerini güncellemelidir.	Perinatal sosyal hizmet uzmanı çıkmaza neden olabilecek ideoloji, değer farklılıkları, ilişki çatışmaları, çapraz uyumsuzluklar, önyargılar, finansal engeller, görüşmeyi reddetme vb konular hakkında bilgi sahibi olmalıdır.
Beceri	Yeni karşılaşılan geleneksel çocuk bakım uygulamalarını alanyazındaki bilgilerle teyit edebilme ve bilgiyi sentezleme becerisine sahip olunmalıdır. Ailelerle iletişim kurma, sabırlı ve empatik olma, bireysel ve grup ilişkisi kurabilme becerisine sahip olunmalıdır.	Perinatal sosyal hizmet uzmanının güç dengesizliklerini yönetirken sahip olması gereken ilk beceri güçlendirmedir. Perinatal sosyal hizmet uzmanı güçsüz olan tarafın yani çocuğun sağlığını koruma amaçlı bilgi paylaşımına açık olmalıdır. Çevresel ve ailesel faktörleri dikkatle izleme ve kayıt altına almalıdır. Perinatal sosyal hizmet uzmanı karşılıklı bilgi alışverişinin gerçekleşmesini sağlayarak tek yönlü bilgi akışını önleyecek beceriye sahip olmalıdır. Perinatal sosyal hizmet uzmanı görüşmenin saygılı, iletişime ve empatiye açık olarak gerçekleşmesini sağlayacak gerekli tedbirleri almalıdır. Tıbbi sosyal hizmet uzmanı çocuğun sağlığının öncelik hedef olduğunu hissettiren bir güven ortamı oluşturmalıdır.	PSHU'nın, uygulama sürecinde aktif olması ve sorumluluk sahibi olması beklenmektedir. PSHU, müracaatçı ile sorunun ve müdahale planının ne olduğunu tespit ederek ihtiyaç duyulan desteği planlayabilirler. Bireyle, grupla ve toplumla çalışma becerilerini uygulamalıdır. Sağlık çalışanları, aileler, kadın ve çocuk bakımı veren diğer kişilerle Konsültasyon yapabilmelidir. Sağlığın çocuk hakları bağlamında savunuculuğunu yapmalıdır. Arabulucu rolü.	Çıkmazları yönetmek için perinatal sosyal hizmet uzmanı sağlıklı görüşmeleri sürdürürebilmek için soru sorma, sorunları anlamlı parçalara ayırma, çözüm odaklı iletişim becerilerini kullanmalıdır. Sorun çözme yöntemlerini kullanabilirler. Perinatal sosyal hizmet uzmanı müracaatçıların düşünme çerçevesini değiştirebilme becerisine sahip olmalıdır. Kişinin bulunduğu yerden başlayarak hizmet vermeye başlanıldığı unutulmamalıdır.
Değer	Çocuk hakları sözleşmesi madde 24/3: çocukların sağlığı için zararlı geleneksel uygulamaların kaldırılması amacıyla uygun ve etkili her türlü önlem alınmalıdır (https://www.unicef.org/turkey/%C3%A7ocuk-haklar%C4%B1na-dair-s%C3%B6zle%C5%9Fme , E.T.:) Çocuk Hakları, Türk Medeni Kanunu, Çocuk Koruma Kanunu'nda değerler benimsenmelidir.	Perinatal sosyal hizmet insan onuruna ve değerine önem veren bir meslektir.	Perinatal sosyal hizmetin etik ilkeleri ve değerlerini benimsemelidir. Hak temeli yaklaşımla güçsüzlükleri yönetebilmelidir.	Sorun çözme yöntemlerini kullanmalıdır. Kaynaklara ulaşmayı ve onları önermeyi bilmelidir. İhtiyaç sahibi insanların ihtiyaçlarının karşılanmasında yardımcı olmalıdır.

➤ **Perinatal Sosyal Hizmet Perspektifinden Postpartum Döneminde Yenidoğan Çocuk Bakım Model Önerisi**

Kahramanmaraş için yenidoğan çocuğa uygulanan geleneksel çocuk bakım yöntemi tespit edilerek Perinatal sosyal hizmet perspektifinden perinatal sosyal hizmet modeli geliştirilmiştir. Bu model bağlamında görüşme formu oluşturulmuştur.

Bu model yenidoğan çocuğa uygulanan geleneksel çocuk bakım yöntemlerini tespit etmek, bu yöntemlerin tıbben uygun olup olmadıklarını alanyazınından doğrulamalar yaparak ortaya koymak, çocuğa fayda sağlayanlar ile zarar veren uygulamaları tespit etmek ve bunlardan kültüre ait olanları betimlemek amacıyla yapılmaktadır. Obsestrik ve neonatal ortamlar başta olmak üzere anne ve çocuğa yönelik hizmet sunan tüm birimlerde perinatal sosyal hizmetin güçlendirici müdahalesinin ne zaman ve nasıl uygulanması gerektiği betimlemeye çalışılmıştır. Araştırmanın sonucunda elde edilen veriler ve alandan yapılan doğrulamalarla perinatal sosyal hizmet uzmanlarından psikososyal destek alınması için görüşme planı hazırlanmıştır. Ayrıca katılımcıların hangi nedenlerle çocuk bakımında geleneksel yöntemleri uyguladıklarını saptamak, uygulamadan beklenen faydayı belirlemek, çocuk bakımında kimden destek aldıklarını ve çocuk bakımı eğitimi alma durumlarını yaşa ve cinsiyete göre tespit ederek açıklamaya çalışmak bu araştırmanın diğer amaçlarını oluşturmaktadır. Buna ek olarak, geleneksel yöntemleri tespit ederek alana bilgi sağlarken yenidoğan çocuklar için perinatal sosyal hizmet müdahale önerilerini ortaya çıkarmayı hedeflenmektedir.

Perinatal Sosyal Hizmet Perspektifinden Postpartum Döneminde Yenidoğan Çocuk Bakım Model Önerisi

Yeni Doğan Çocuğa Uygulanan Bakım Yöntemlerini Destekleme Planı

Yeni Doğan Çocuğa Uygulanan Bakım Yöntemlerini Destekleme Planı'nın Amacı:

İnsanın hayatı boyunca fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak sağlıklı olması çocuğun gebelik ve gebelikten sonraki ilk yılları içerisinde çocuğa bakım veren kişilerin çocuğa uyguladığı bakım uygulamalarıyla yakından ilişkilidir. Bebeğin hızla büyüdüğü bu süreçte bakımının doğru yapılması; bebeği ruhsal, bedensel ve sosyal olarak etkilemektedir. Yeni doğan çocuk, doğumdan itibaren 0-29 günlük süreci

kapsamaktadır. Bebek ve anneye sağlık alanında destek veren birinci basamak sağlık hizmetleri mevcuttur.

Yeni Doğan Çocuğa Uygulanan Bakım Yöntemlerini Destekleme Planı, hastanede bulunan perinatal sosyal hizmet uzmanları tarafından verilir. Doğum sonrası kadın doğum servisinde taburculuk işlemi gerçekleşmeden önce anne, baba ve/veya çocuğa bakım veren kişilere psikososyal destek olarak 15-20 dakikalık görüşmeler yapılarak gerçekleştirilir. Gebelik sürecinde aileler içinde uygundur. Amacı, çocuk bakımı konusunda bilgi vermek, çocuk bakımında çocuğa zarar veren geleneksel uygulamaları önlemek, çocuğa fayda sağlayacak uygulamaları desteklemek, çocuk bakımı konusunda aileyi desteklemektir.

Yeni Doğan Çocuğa Uygulanan Bakım Yöntemlerini Destekleme Planı Görüşme Formunun Amacı:

Yeni Doğan Çocuğa Uygulanan Bakım Yöntemlerini Destekleme Planı görüşme formu sosyal hizmet uzmanlarının yapacağı görüşmelerde çocuk bakımında tıbben uygun olmayan olumsuz uygulamaların altını çizerek ayırtırmak, yanlış uygulamaları önlemek ve perinatal sosyal hizmet uzmanlarına mesleki yol gösterici olmaktır. perinatal sosyal hizmet uzmanlarınca mutlaka dile getirilmesi gereken konuları düzenlemek, işini kolaylaştırmak ve daha etkili bir görüşme gerçekleştirilmesini sağlamak amacıyla hazırlanmıştır. Görüşme düzenlenirken sağlığın fiziksel, ruhsal ve psikolojik boyutlarını beraber değerlendirmeye özen gösterilmelidir. Öncelikle yeni doğan çocuğun ve çocuğun doğrudan etkilendiği annenin sağlığını etkileyebilecek uygulamaların, ailesel ve çevresel faktörlerini belirginleştirmektir.

Yeni Doğan Çocuğa Uygulanan Bakım Yöntemlerini Destekleme Planı Görüşme Formu yalnızca tarama yapıp, bilgi kaydetmek amaçlı bir form değildir. Aynı zamanda bebeğin bakımıyla ilgili yanlış uygulamaları önlemek ve bu uygulamalarla ilgili aileye bilgi vermek suretiyle kamu yararı sağlanması amacı taşımaktadır.

Görüşme Formunun Uygulanması Esnasında Dikkat Edilmesi Gereken Unsurlar:

Görüşmenin sağlıklı bir şekilde gerçekleşebilmesi için görüşülen kişiyle etkili bir iletişim kurmak çok önemlidir. Etkili bir iletişim kurmak için aşağıda belirtilen uygulamaların yapılması tavsiye edilmektedir.

- Görüşmeye başlamadan önce görüşme yapılacak odanın kapısının kapalı

olduğundan emin olunması gerekmektedir. Görüşmenin bölünmemesi için kapıya görüşme yapıldığına dair bir yazı asılabilir.

- Görüşme formu, düzenleyici bakım broşürleri, kalem, varsa görüşülen kişiye ait bilgi formlarını yanınızda getirilebilir.
- Yaptığınız görüşmenin her hangi bir kişiyle ya da kurumla paylaşılmayacağını, gizli kalacağını söyleyin.
- Görüşülen kişileri selamlayarak, kendinizi tanıtarak görüşme konusu hakkında bilgi vererek konuşmaya başlanabilir. Bu sayede görüşülen bireylerin rahat olmaları sağlanabilir.
- Görüşmeye başlamadan önce odada bulunan telefonların kapalı olmasına dikkat edilmelidir.
- Görüşme yapacağınız kişiyle aranızda bir engel olmayacak şekilde, 1-1,5 metre mesafede, aynı yükseklikteki sandalyede, yüz yüze bakacak şekilde oturulmalıdır ve göz teması kurulmalıdır.
- Görüşme anne-baba ve/veya çocuğa bakım verecek kişilerle eş zamanlı olarak yapılmalıdır.
- Yapacağınız görüşme esnasında görüştüğünüz kişilere vakit ayırdığınızı ve dinlemeye hazır olduğunuzu hissettirin.
- Sorularınızı sorduktan sonra görüşme yapılan bireylerin kendisini ifade edebilmesi için zaman tanınmalıdır.
- Ses tonuna, jestlere ve mimiklere dikkat edilmelidir. Sorgulayıcı ifadelerden kaçınılmalıdır.
- Görüşme sonunda her hangi bir sorun olduğunda size ulaşabilmesi için telefon numarası verilebilir.
- Bir sorunla karşılaştığında veya psikososyal desteğe ihtiyaç duyduğunda sizinle iletişime geçebileceklerini hatırlatın.

GİRİŞ

Giriş bölümünün amacı ailenin demografik bilgisi, sosyoekonomik durumu ve fiziki çevresi hakkında bilgi almaktır. Bu bilgiler annenin ruhsal, psikolojik ve fiziksel sağlığını, buna bağlı olarak da çocuğun sağlığını korumak adına yapılan çalışmalar için veri toplamaktır.

“ ... Hanım/Bey, bu görüşmeyi gerçekleştirme amacım sizin ve çocuğunuzun karşılaşabileceği zararlı geleneksel uygulamaları siz karşılaşmadan engelleyerek çocuğunuzun ve sizin sağlığınızı koruyacak bilgiler vermektir.”

SORU 1: Şu anda kendinizi nasıl hissediyorsunuz?

Amaç: Anne ve babanın duygularını anlamak.

PSİKOSOSYAL İZLEM SIRASINDA YAPILACAKLAR:

- Anne-babayı dinleyin.
- Duygularını not edin.

SORU 2: Kaç yıllık evlisiniz?

Amaç: Evlilik süresi hakkında bilgi almak.

PSİKOSOSYAL İZLEM SIRASINDA YAPILACAKLAR:

- Anne-babayı dinleyin.
- Evlilik sürelerini not edin.

SORU 3: İlk çocuğunuz mu?

Amaç: Ailenin çocuk sayısı ile ilgili bilgi almak.

Cevap hayır ise;

SORU 4: İlk kez kaç yaşında anne-baba oldunuz?

Amaç: Bebek bakımı konusundaki bilgileriyle ilgili bilgi edinmek.

PSİKOSOSYAL İZLEM SIRASINDA YAPILACAKLAR:

- Anne-babayı dinleyin.
- Çocuk sayısı ile ilgili bilgileri not edin.
- İlk çocukları değilse ilk kez kaç yaşında anne-baba oldukları konusunda bilgi alın.

SORU 5: Evinizde kaç kişi yaşıyorsunuz?

Amaç: Evin fiziki yapısı hakkında bilgi edinmek.

PSİKOSOSYAL İZLEM SIRASINDA YAPILACAKLAR:

- Anne-babayı dinleyin.
- Evde kaç kişi yaşadıklarını not edin.

SORU 6: Planlanan bir bebek miydi?

Amaç: Bebeği isteyip istememe durumu hakkında bilgi almak.

PSİKOSOSYAL İZLEM SIRASINDA YAPILACAKLAR:

- Anne-babayı dinleyin.
- Aile planlaması yapıp yapılmadığına dair not alın.

SORU 7: Size kimler bakacak?

Amaç: Annenin ve çocuğun bakımıyla ilgili bilgi edinmek.

PSİKOSOSYAL İZLEM SIRASINDA YAPILACAKLAR:

- Anne-babayı dinleyin.
- Çocuğun bakımında yardımcı olacak kişileri not edin.

SORU 8: Bu süreçte baba, annenin yanında mı olacak?

Amaç: Bakım sürecinde babanın rolü hakkında bilgi edinmek.

PSİKOSOSYAL İZLEM SIRASINDA YAPILACAKLAR:

- Anne-babayı dinleyin.
- Babanın ikamet ettiği yeri not edin.

SORU 9: Herhangi bir işte çalışıyor musunuz?

Amaç: Ailenin sosyoekonomik durumu hakkında bilgi edinmek.

Anne için cevap evet ise;

SORU 10: Ne kadar izin kullanmayı düşünüyorsunuz? Doğum izni ve ücretsiz izin hakkında bilgi sahibi misiniz?

Amaç: Annenin çocuğun bakımında ne kadar etkin olacağıyla ilgili bilgi almak.

PSİKOSOSYAL İZLEM SIRASINDA YAPILACAKLAR:

- Anne-babayı dinleyin.
- Yaptıkları işleri not edin.
- Eğer anne çalışıyorsa 2. Soruyu sorun.
- Cevapları not edin.
- Cevap hayır ise aşağıdaki bilgileri anneye aktarın.

BİLGİ: Doğum izni, doğumdan önce 8 ve doğumdan sonra 8 hafta olmak üzere toplam 16 haftadır.

İş Kanunu'nun 74. maddesine göre; "Kadın işçilerin doğumdan önce sekiz ve

doğumdan sonra sekiz hafta olmak üzere toplam on altı haftalık süre için çalıştırılmamaları esastır. Çoğul gebelik halinde doğumdan önce çalıştırılmayacak sekiz haftalık süreye iki hafta süre eklenir. Ancak, sağlık durumu uygun olduğu takdirde, doktorun onayı ile kadın işçi isterse doğumdan önceki üç haftaya kadar işyerinde çalışabilir. Bu durumda, kadın işçinin çalıştığı süreler doğum sonrası sürelerle eklenir.”

Anne adayları, doktorunun izni dâhilinde doğum öncesi 8 haftalık izninin 5 haftasını doğumdan sonra kullanabilir. Ancak doğuma 3 hafta kala izne çıkmak zorunludur. Bu durumda anne adayı 8+5 yani toplamda 13 haftalık izin süresi kullanma hakkına sahip olur, bu süre de 91 güne eş değerdir.

Çalışan kadınlara, 16 haftalık izin süresi tamamlandıktan sonra 6 aya kadar ücretsiz izin verilebilir. Ancak bu süre, işçinin yıllık ücretli izin hakkının hesabında dikkate alınmaz. (<https://ilkadimlarim.com>)

SORU 11: Kalıtsal bir hastalığınız var mı?

Amaç: Çocuğun hastalık risklerini belirlemek.

PSİKOSOSYAL İZLEM SIRASINDA YAPILACAKLAR:

- Anne-babayı dinleyin.
- Herhangi bir hastalık var ise not edin.

SORU 12: Gebelik sırasında çocuğunuza bir hastalık teşhisi konuldu mu?

Amaç: Çocuğun sağlık durumuyla ilgili bilgi almak.

PSİKOSOSYAL İZLEM SIRASINDA YAPILACAKLAR:

- Anne-babayı dinleyin.
- Çocuğun herhangi bir hastalığı var ise not edin.

SORU 13: Annenin psikolojik, fiziksel ya da ruhsal bir hastalığı var mı?

Amaç: Annenin sağlık durumuyla ilgili bilgi almak.

PSİKOSOSYAL İZLEM SIRASINDA YAPILACAKLAR:

- Anneyi dinleyin.
- Annenin herhangi bir hastalığı var ise not edin.

SORU 14: Kullandığınız bir ilaç var mı?

Amaç: Kullanılan ilaçlar hakkında bilgi almak.

PSİKOSOSYAL İZLEM SIRASINDA YAPILACAKLAR:

- Anneyi dinleyin.

- Kullandığı herhangi bir ilaç varsa not edin.

SORU 15: Ailenizin herhangi bir sağlık güvencesi var mı?

Amaç: Herhangi bir sağlık sorunuyla karşılaştıklarında nasıl çözecekleriyle ilgili bilgi edinmek.

PSİKOSOSYAL İZLEM SIRASINDA YAPILACAKLAR:

- Anne-babayı dinleyin.
- Ailenin sağlık güvencesi olup olmadığını not edin.

SORU 16: Evinizde sigara veya alkol kullanan biri var mı?

Amaç: Ailede anne ve çocuk için risk oluşturacak bir durum olup olmadığı hakkında bilgi almak. Çocuğa risk oluşturacak herhangi bir durum var ise önlemek veya bilgi vermektir.

PSİKOSOSYAL İZLEM SIRASINDA YAPILACAKLAR:

- Anne-babayı dinleyin.
- Evde sigara veya alkol kullanan biri veya birileri varsa not edin.

BİLGİ: Sigara kullanımı anne ve çocuk sağlığı için çok zararlıdır. Düşük yapma, erken doğum, düşük ağırlıklı bebek doğmasına neden olur. İçinde bulunan kimyasallar nedeniyle anne sütünü etkiler. Gebelik esnasında kullanımı bebeğin gelişimini olumsuz yönde etkiler. Bebeğe ilerleyen dönemlerde astım görülme riskini artırır. Bebeğe zekâ geriliği görülebilir.

Sigara dumanına maruz kalan bebeklerde solunum fonksiyonlarında azalma görülebilir, zatürre ve bronşit gibi rahatsızlıklar görülebilir, astım görülebilir, alerjik rahatsızlıklar belirebilir, kulak enfeksiyonları yaşanabilir, geceleri uyumama ve huzursuzluk görülebilir. Anne babanın sigara kullanması çocuğun ileriki hayatında sigara kullanmasına yatkın bir birey olmasına sebep olabilir. Bu gibi durumlarla karşılaşmamak için en temiz yöntem sigarayı bırakmaktır. Eğer bırakmak gibi bir durum söz konusu değilse, dışarıda veya balkonda kullanılmalıdır. Bu davranış tam bir çözüm vermez çünkü içen kişinin üzerinde kalan koku, çocuğa sarılma-öpme gibi davranışlar gerçekleştiğinde çocuğun pasif içici bir hal almasına sebep olur.

Alkol kullanımının çocuğa ve aileye etkileri, çocukta davranıl bozukluklarına sebep olabilir. Çocuk ilerleyen yaşlarında alkol kullanmaya eğilimli olabilir. Aile içi şiddete sebep olabilir. Ailenin sosyoekonomik durumunu kötü etkileyebilir.

SORU 17: Ailenizin temel ihtiyaçlarını karşılayabiliyor musunuz?

Amaç: Yeni doğan ocuk için en önemli şeylerden bir tanesi beslenmedir. Annenin dolayısıyla çocuğun beslenmeyle ilgili bir sorun yaşayıp yaşamayacağı konusunda bilgi almaktır. Eğer böyle bir sorun varsa ilgili kurumlara yönlendirilmelidir.

PSİKOSOSYAL İZLEM SIRASINDA YAPILACAKLAR:

- Anne-babayı dinleyin.
- Ailenin sosyoekonomik durumu hakkındaki bilgileri not edin.

SORU 18: Çocuğun ilk yıllarında nasıl beslenmeniz gerektiği hakkında bilgi sahibi misiniz?

Amaç: Çocuğun ilk yıllarında anne sütü çok önemlidir. Bu sebepten dolayı annenin düzenli ve dengeli beslenmesi gerekmektedir. Anne bu konuda bilgi sahibi değil ise bilgi almak ve desteklemek.

PSİKOSOSYAL İZLEM SIRASINDA YAPILACAKLAR:

- Anneyi dinleyin.
- Konu hakkında bilgi sahibi olup olmadığı hakkında bilgi edinin.

BİLGİ: Çocuğun 0-2 yaş aralığında anne style beslenmesi gerekmektedir. Bu durumda dolaylı olarak annenin beslenmesini etkilemektedir. Eğer anne bu dönemde düzgün ve yeterli beslenmezse çocukta gelişim geriliği yaşanabilir. Bu gibi durumların yaşanmaması için annenin beslenmesiyle ilgili aşağıdaki durumlara dikkat ediniz;

Bu dönemde anne; günlük 2-3 bardak süt veya yoğurt, 5-6 porsiyon meyve, 5-6 porsiyon sebze, tahıl grubundan 5-6 porsiyon, et, yumurta gibi protein içeren gıdalardan 3-4 porsiyon tüketmelidir.

SORU 19: Bebeğinize ne kadar süre ile anne sütü vermeyi düşünüyorsunuz?

Amaç: Anne sütünün ne kadar süre ile verilmesi gerektiği hakkında bilgi almak.

PSİKOSOSYAL İZLEM SIRASINDA YAPILACAKLAR:

- Anneyi dinleyin.
- Çocuğa ne kadar anne sütü verileceğiyle ilgili bilgileri not edin.

SORU 20: Bu süreçte endişe duyduğunuz bir konu var mı?

Amaç: ocuk için risk oluşturacak bir durum varsa, bununla ilgili bilgi edinmek.

PSİKOSOSYAL İZLEM SIRASINDA YAPILACAKLAR:

- Anne-babayı dinleyin.
- Herhangi bir endişe varsa not edin.

SORU 21: Sizin içinde bulunduğunuz ruhsal durum aileniz için önem arz ediyor.

Kendinizi bu süreçte kötü hissettiğiniz oldu mu? Olduysa ne kadar süre?

Amaç: Annenin ruhsal durumu hakkında bilgi almak.

PSİKOSOSYAL İZLEM SIRASINDA YAPILACAKLAR:

- Anneyi dinleyin.
- Annenin duygusal durumunu not edin.

SORU 22: Çocuk bakımıyla ilgili eğitim aldınız mı?

Amaç: Çocuğa uygulanacak yöntemlerle ilgili bilgi edinmek.

PSİKOSOSYAL İZLEM SIRASINDA YAPILACAKLAR:

- Anne-babayı dinleyin.
- Eğitim alınıp alınmadığı hakkındaki bilgileri not edin.

SORU 23: Çocuğa zararlı olan geleneksel çocuk bakımı uygulamalarıyla ilgili bilgi sahibi misiniz?

Amaç: Çocuk gelişimi için risk oluşturan zararlı uygulamaların önüne geçmek.

PSİKOSOSYAL İZLEM SIRASINDA YAPILACAKLAR:

- Anne-babayı dinleyin.
- Zararlı olan geleneksel uygulamalar hakkında bilgileri not edin.

SORU 24: Çocuğun bakımıyla ilgili zorlanacağınızı düşündüğünüz bir konu var mı? Varsa nedir?

Amaç: Anneye doğru bilgiler vererek, annenin endişelerini gidermek.

PSİKOSOSYAL İZLEM SIRASINDA YAPILACAKLAR:

- Anne-babayı dinleyin.
- Çocuk bakımıyla ilgili zorlanacaklarını düşündükleri konuları not alın.
- Bu konular hakkında bilgi verin.

SORU 25: Geleneksel çocuk bakım uygulamaları hakkında ne düşünüyorsunuz?

Amaç: Ailenin zararlı olan geleneksel uygulamalara karşı bakış açısını anlamak.

PSİKOSOSYAL İZLEM SIRASINDA YAPILACAKLAR:

- Anne-babayı dinleyin.
- Geleneksel bebek bakım uygulamaları hakkında neler düşündüklerini not edin.

SORU 26: Daha önce geleneksel uygulamalarla karşılaştınız mı? veya uyguladınız mı? Karşılaştıysanız neler?

Amaç: Bu uygulamalarla ilgili görüşlerini öğrenmek.

PSİKOSOSYAL İZLEM SIRASINDA YAPILACAKLAR:

- Anne-babayı dinleyin.
- Karşılaştıkları geleneksel uygulamaları not edin.

BİLGİ: Bu sorudan elde edilen cevaplar sosyal çalışmacı için bir sonraki görüşmelere bilgi oluşturabilir.

SORU 27: Geleneksel uygulamaları çocuğunuza uygulamayı düşünüyor musunuz?

Amaç: Bu uygulamalarla ilgili görüşlerini öğrenmek.

PSİKOSOSYAL İZLEM SIRASINDA YAPILACAKLAR:

- Anne-babayı dinleyin.
- Karşılaştıkları geleneksel uygulamaları not edin.

Görüşme formu uygulandıktan sonra, aileye çocuğa uygulanan geleneksel uygulamalarla ilgili bilgi almak isteyip istemedikleri sorulur. Eğer cevap evet ise aşağıda bulunan bilgiler aileye anlatılır.

BİLGİ:

Çocuğa Zarar Veren Geleneksel Uygulamalar:

- Tuzlama
- Kundaklama
- Kulağa üfleme
- Sarı örtü-battaniye bağlama
- Yeni doğan bebeğe zemzem-şekerli su vb. şeylerin verilmesi
- Zeytinyağı ile masaj yapmak
- Beslenme için ilk üç ezan beklemek
- Höllük (topraklama)
- Doğal karışımlar
- Şekerli su
- Limon süt damlatma
- Kumaş yakma
- Altınla yıkama
- Dağlama
- Poposunu karbonatla silme

Yöreyle ait geleneksel çocuk bakım yöntemleri

Göbek bağının cami-okul gibi yerlere gömülmesi

Dini uygulamalar

Bebeğin kulağına ezan-isim okunması

KAYNAKÇA

- AASW. (2008). Australian Association of Social Workers. *Practice Standards for Mental Health Social Workers*. AASW.
- Abay, A. R. ve Güngör, F. (2016). *Yaşlılarla Sosyal Hizmet*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Adams, D., Kocik, S.M. (1997). Doğurganlık Çağındaki Ergenlerle Perinatal Sosyal Hizmet. *Sağlık Hizmetlerinde Sosyal Hizmet*, 24 (3-4), 85-97.
- Akkuş, B, Alevok İzci, N. (2018). Sistem Yaklaşımı, Kavramları ve Yönetim. *Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 4 (7), 223-237.
- Akşit, M. A. Kuşku, M., Oktay, G. ve Demirsoy, N. (2017). Emzirilme Bebeğin Doğal Hakkıdır. *Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Yenidoğan Dergisi*, 2 (2) , 72-77. Retrieved from <https://dergipark.org.tr/tr/pub/estudamyenidogan/issue/46692/585481>
- Aktaş, M. C. Şimşek, Ç. ve Aktaş, S. (2017). Postpartum Depresyonun Etiyolojisi: Kültür Etkisi. *JAREN/Hemşirelik Akademik Araştırma Dergisi*, 3(Supp: 1), 10-13.
- Akyüz, E. (2001). Çocuk Hakları Sözleşmesinin Temel Işığında Çocuğun Eğitim Hakkı. *Milli Eğitim Dergisi*.(151).
- Alparslan, Ö. ve Demirel, Y. (2013). Traditional Neonatal Care Practices in Turkey. *Japan Journal of Nursing Science*, 10(1), 47-54.
- AÖF., Anadolu Üniversitesi., (2017). *Tıbbi ve Psiko-sosyal Hizmet*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi.
- Arabacı, Z., Yıldırım, J. G., DüNDAR, B. N. ve Kadam, Z. (2016). Bebeklerde Uygulanan Geleneksel Yöntemler. *Çocuk ve Medeniyet*, 1 (1), 61-86. Retrieved from <https://dergipark.org.tr/en/pub/cm/issue/57206/807838>.
- Arı, A. (2019). Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri (9. Baskıdan Çeviri). (Çev.: Howard Lune ve Bruce L. Berg). Konya: Eğitim Yayınevi.
- Arısoy, A., Canbulat, N., Ayhan, F. (2014). Karaman İlindeki Annelerin Bebeklerinin Bakımında Uyguladıkları Geleneksel Yöntemler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*; (17)1-23.
- Arslan, E. (2008). Erikson'un Psikososyal Gelişim Dönemleri Ölçeğinin İngilizceye Uyarlama, Güvenirlik ve Geçerlik Çalışması. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* , (19), 53-60.
- Arslandaş, H., Ergin, F., Akdolun Balkaya, N. (2009). Aydın İl Merkezinde Doğum Sonrası Depresyon Sıklığı ve İlişkili Risk Etmenleri. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*. 10(3): 13-22.

Arun Özer, E., İşeri, B., Aydın, Y., Tellioglu, M., Sözen, G. ve Bakiler, A.R.(2003). Süt Çocukluğu Döneminde Uyku Bozuklukları, SSK Tepecik Hastanesi Dergisi 2003;13(3):171-175 https://jag.journalagent.com/terh/pdfs/TERH_13_3_171_175.pdf.

Aslan-Açan, B. ve Özbesler, C. (2020). Farklı Sosyal Hizmet Kurumlarında Çalışan Sosyal Hizmet Uzmanlarının İş Doyumu ve Tükenmişlik Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 31(1), 106-130.

ATA.,AÖF.,(2015).http://www.ataaof.com/ow_userfiles/plugins/forum/attachment_1347_54438f87d6587_54438f7a1e77b_T%C4%B1bbi-Sosyal-Hizmet-%C3%96zet.pdf
Erişim Tarihi: 17.07.2015.

Atıcı, İ. (2000). Doğum Sonu Dönemde Erken Taburculukta Lohusalara Verilecek Sağlık Eğitimi ve Evde Bakımın Postpartum Komplikasyonlara ve Anksiyete Düzeyine Etkisi. Bilim Uzmanlığı Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Erzurum, Türkiye.

Aydemir, İ. (2003). Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Hastanelerde Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulamaları. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Aydemir, İ. (2003). Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Hastanelerde Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulamaları. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Ankara.

Aydın, D.ve Karaca-Çiftçi E. (2018). Annelerin Sarsılmış Bebek Sendromu ve Aşırı Ağlama Hakkında Bilgi ve Tutumları. *G.O.P. Taksim E.A.H. Jaren*; 4(3):172-8.

Babaoğlu, Ö.M., Yaşar, Ü., Dost, T. ve Kayalp, O. (2009). Kanıta Dayalı Tıp: Kavramlar, Örnekler ve Görüşler. *Türkiye Klinikleri*, 29(5), 1298-305.

Baltacı, A. (2017). Nitel Araştırmalarda Örneklem Yöntemleri ve Örnek Hacmi Sorunsalı Üzerine Kavramsal Bir İnceleme. *Bitlis Eren Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 7(1), sayfa 231-274.

Baltacı, A. (2017). Nitel Veri Analizinde Miles-Huberman Modeli. *Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi (AEÜSBED)*, 3(1), sayfa 1-15.

Baltacı, A. (2018). Nitel Araştırmalarda Örneklem Yöntemleri ve Örnek Hacmi Sorunsalı Üzerine Kavramsal Bir İnceleme. *Bitlis Eren Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*,7(1),231-274 <https://dergipark.org.tr/tr/pub/bitlissos/issue/38061/399955>

Barbara Berkman. (1996). The Emerging Health Care World: Implications for Social Work Practice and Education, *Social Work*, Volume 41, Issue 5, September, Pages 541–551, <https://doi.org/10.1093/sw/41.5.541>.

Barcus, F. E. (1959). Communications Content: Analysis of the Research, 1900-1958, Unpublished Doctor's Dissertation, University of Illinois.

Barker, L. R. (1999). *The Social Work Dictionary*. USA, NASW Press.

Barret, R. L. ve Robinson, B. E. (1990). The Role of Adolescent Fathers in Parenting and Childrearing. *Advances in Adolescent Mental Health*, 4, 189–200.

Başkale, H. (2016). ‘Nitel Araştırmalarda Geçerlik, Güvenirlik ve Örneklem Büyüklüğünün Belirlenmesi’. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 9 (1), 23-28.

Baykan, Z., Kondolot, M. ve Baykan, A. (2017). Sağlıklı Bebeklerde Yaşamın İlk Dört Ayında Ağlama Davranışı, Ailelerin Ağlamaya Yaklaşımları ve Bebeklerini Sarsma Durumları. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi*, 11(3), 159-164.

Beinempaka, F., Tibanyendera, B., Atwine, F., Kyomuhangi, T. ve Macdonald, N.E. (2014). The Practice of Traditional Rituals and Customs in Newborns by Mothers in Selected Villages in Southwest Uganda. *Paediatr Child Health* 19:72.

Bekiroğlu, S. (2016). Türkiye’de Tıbbi Sosyal Hizmet Alanında Sosyal Çalışmacı İstihdamı. https://www.researchgate.net/publication/330354561_Turkiye'de_Saglik_Hizmetleri_Kapsaminda_Tibbi_Sosyal_Hizmet_Uygulamalari.

Beresford, P. (2005). Social Work and a Social Model of Madness and Distress: Developing a Viable Role for the Future. *Socail Work & social Sciences Rewiev*, 12(2).59-73.

Berkman B. (1996). The Emerging Health Care World: Implications for Social Work Practice and Education. *Social Work*, 41(5), 541–551.

Bertalanffy, L. V. (1969). *General System Theory*. Newyork: George Braziller Inc. Publishing.

Bilaloğlu, P., Ünlübay D.G., Tunçbilek I. (2001). Doğumsal Kalça Çıkığı Tanısında Ultrasonografi. *STED*, 10(5): 183-6.

Bilgen Sivri, B. (2012). 12 Aylık Bebeği Olan Annelerin Anne-Bebek Bakımına İlişkin Geleneksel Uygulamaları. (Yüksek Lisans Tezi). Kayseri: Erciyes Üniversitesi.

Biltekin, Ö. ve Boran, D. (2004). Naldöken Sağlık Bölgesinde 0-11 Aylık Bebeği Olan Annelerin Doğum Öncesi Dönem ve Bebek Bakımında Geleneksel Uygulamaları. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 13(5), 166-168.

Bölükbaş, N., Erbil, N., Altunbaş, H. ve Arslan, Z. (2009). 0- 12 Aylık Bebeği Olan Annelerin Çocuk Bakımında Başvurdıkları Geleneksel Uygulamalar. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 6(1), 164- 176.

Buz, S. Ve Akçay. S. (2015.). Sosyal Hizmet Araştırmasında Etik. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 26, 1, 149-62.

Ceylan, H., Gül, N. Ve Öksüz, M. (2016). Sosyal Çalışmacılarda İş Doyumu ve Tükenmişliğe Etki Eden Faktörlerin Sosyal Hizmet Alanlarına Göre Karşılaştırmalı İncelenmesi. *Yalova Sosyal Bilimler Dergisi*, 6 (11) , 43-69. Retrieved from <https://dergipark.org.tr/tr/pub/yalovasosbil/issue/27310/286898>.

Çetinkaya A, Özmen D. ve Cambaz S. (2008). Manisa’da Çocuğu Olan 15-49 Yaş Kadınların Doğum Sonu Dönemde Yenidoğan Sağlığı İle İlgili Geleneksel Uygulamaları. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(2): 39-46.

Copur, E. O., Kuru, N. Ve Seyman, C. C. (2015). Hemşirelikte Kanıta Dayalı Uygulamalara Genel Bakış. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 1(2), 51-55.

Creswell, J. W. (2013). *Nitel Araştırma Yöntemleri*. (Çev.: Mesut Bütün ve Selçuk Beşir DEMİR). Ankara: Siyasal Kitabevi.

Çalışkan, Z. ve Bayat, M. (2011). Annelerin Bebek Bakımı Uygulamaları ve Etkileyen Faktörler: Bir Kapadokya Örneği. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*; (14)23-30.

Çay, M. ve Daşbaş, S. (2020). Kanıta Dayalı Uygulama Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması: Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 31 (4), 1514-1546 . DOI: 10.33417/tsh.733462.

Çelik Sis A., Çapık A. ve Engin R. (2012). Erzurum’da gebelik ve doğum sonu dönemde yapılan geleneksel uygulamaların belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*; 262-267.

Çetinkaya, A., Özmen, D. Ve Cambaz, S. (2008). Manisa’da çocuğu olan 15-49 Yaş Kadınların Doğum Sonu Dönemde Yenidoğan Sağlığı İle İlgili Geleneksel Uygulamaları. *Cumhuriyet Üniversitesi, Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(2), 39-46.

Çınar, İ. Ö., Aslan, G. K., Kartal, A., İnci, F. H., Koştu ve N. A. (2015). Annelerin 0-1 Yaş Bebek Bakımında Uyguladıkları Geleneksel Yöntemlerin İncelenmesi. *TAF Prev Med Bull*, 14(5), 378-386.

Çoban, M. A. İ. ve Özbesler, C. (2016). Hastanelerde Çalışan Sosyal Hizmet Uzmanlarında Tükenmişlik ve İş Doyumu. *Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi-BÜSBİD*, 1(2).

Danış, Z.M. ve Sülü, C. (2016). Modernleşme Sürecinde Aile Ve Sosyal Hizmet: Güçlendirme Yaklaşımı Perspektifinden Yapısal Bir Analiz’. *Tarih Okulu Dergisi (TOD)*, XXV, 215-230.

Dankner R., Goldberg R.P. ve Fisch R.Z. (2000). Crum R.M. Cultural Elements of Postpartum Depression: A study of 327 Jewish Jerusalem Women. *J Reprod Med.*, 45: 2

Dedeoğlu Özkan, S. ve Beyazlı, D. (2018). Bölgesel Gelişmişlik Düzeyinin Belirlenmesine İlişkin Veri Seti Sorunsalı: Eleştiri ve Öneriler. *Planlama Dergisi*, 28(1), 22-39.

Demirci, E. ve Karaatlı, M. (2019). Ülkelerin Gelişmişlik Seviyelerinin Tahmininde Kullanılan Sınıflandırma Algoritmalarının Karşılaştırılması. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 24(3), 703-714.

Denzin, N. K.ve Lincoln, Y. S. (2012). *The Landscape Of Qualitative Research*, New York: Sage.

Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (Eds.). (2011). *The Sage Handbook of Qualitative Research*. Sage.

Deveci, B. ve Deveci, B. (2018). "Örnek Olay" Çalışmasına İlişkin Teorik Bir Değerlendirme. *Social Sciences Studies Journal (SSSJournl)*, 13, p. 126-135. DOI: 10.26449/sssj.319.

Dinç D. D. L. (2010). Bakım Kavramı ve Ahlaki Boyutu. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2010; 17(2): 74-82.

Dinç, S. (2005). Şanlıurfa Merkezde Bulunan 4 Numaralı Sağlık Ocağına Kayıtlı 0-1 Yaşında Çocuğa Sahip Annelerin Çocuklarının Bakımında Kullandıkları Geleneksel Uygulamalar. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 7(1/2), 53-63.

DKDSH. (2021). <https://worldebhcd.org/>, E.T.: 10/12/2021.

DKDSH. (2021). <https://worldebhcd.org/about-world-ebhc-day>, E.T.: 10/12/2021).

Doğan, N., Yiğit, R. ve Erdoğan, S. (2015). Annelere Doğum Öncesinde Verilen Yenidoğan Bakımı ile İlgili Eğitimin Doğum Öncesi ve Doğum Sonrasında Değerlendirilmesi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6 (3) , 10-18. Retrieved from <https://dergipark.org.tr/tr/pub/mersinsbd/issue/19534/207985>.

Dudu Karaman, E. ve Doğan, N. (2018). Annelik Rolü Üzerine: Kadının “Annelik” Kimliği Üzerinden Tahakküm Altına Alınması. *Gümüşhane Üniversitesi İletişim Fakültesi Elektronik Dergisi*, 6 (2) , 1475-1496 . DOI: 10.19145/e-gifder.443214.

Duyan, V. (1992). *Ankara Hastanelerinde Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulamaları*. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Duyan, V. (1996). Sağlıkta Psiko-Sosyal Boyut. *Tıbbi Sosyal Hizmet*. Ankara: 72TDFO Ltd Şti.

Duyan, V. (2014). *Sosyal Hizmet Temelleri Yaklaşımları Ve Müdahale Yöntemleri*. Ankara: Sosyal Çalışma Yayınları.

Duyan, V., Özgür Sayar, Ö. ve Özbulut, M., (2008). *Sosyal Hizmeti Tanımak ve Anlamak*. Ankara: Öncü Basımevi.

Dünya Sağlık Örgütü. (2021). <https://www.euro.who.int/en/home>

Efe, E., Öncel, S. Ve Yılmaz, M. (2012). Women’ Approach to Child That Teeth, Abdomen and Ear Ache. *Ağrı*; 24(2): 69-76.

Eğri, G. (2006). Tokat İli Bir Sağlık Ocağı Bölgesinde 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınların Doğum Sonu Dönemde Anne ve Bebek Bakımına Yönelik Geleneksel

Uygulamaları, Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Eğri, G. ve Gölbaşı, Z. (2007). 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınların Doğum Sonu Dönemde Bebek Bakımına Yönelik Geleneksel Uygulamaları. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6(5), 313-320.

Eğri, G.B, Konak, A. (2011). Doğum Sonu Dönem ile İlgili Geleneksel İnanç ve Uygulamalara Dünyadan ve Türkiye’den Örnekler. *Journal of World of Turks*; 3:143-5.

Erbay, E. (2019). Güç ve Güçlendirme Kavramları Bağlamında Sosyal Hizmet Uygulaması. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 19 (42), 41-64. DOI: 10.21560/spcd.vi.546674.

Erkoç, B. ve Aslan, A. (2021). Perinatal Sosyal Hizmet Uzmanı. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 0 (18) , 216-226. DOI: 10.46218/tshd.1009569.

Erkut, Z. ve Yıldız, S. (2017). Bebek Bakımında: Geleneksel Kundaklama mı?, Güvenli Sarmalama mı? (In Baby Care: Is Traditional Swaddling?, Is Safe Swaddling?). *International Refereed Journal of Nursing researches*. 268-283.10.17371/UHD2017.2.13.

Eryut, M.A., Koç, İ. (2009). Yoksulluk ve Çocuk Ölümleri: Hanehalkı Servet Durumunun Çocuk Ölümleri Üzerindeki Etkisi. *Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü*, 51: 113-121

Eyüboğlu, D. ve Eyüboğlu, M. (2018). Erken Yaşta Evlenmek İstenen Çocuklarda Psikiyatrik Bozukluklar ve Sosyodemografik Özellikler. 21(2): 122-129

Fidan, T. ve Öztürk, İ. (2015). Perspectives and Expectations of Union Member and NonUnion Member Teachers on Teacher Unions. https://www.researchgate.net/publication/280642982_Perspectives_and_Expectations_of_Union_Member_and_Non-Union_Member_Teachers_on_Teacher_Unions, Erişim Tarihi: 05.01.2021.

Freeman, E. M. (1989). Adolescent Fathers in Urban Communities: exploring their needs and role in preventing pregnancy. *Journal of social work & human sexuality*, 8(1), 113–131. https://doi.org/10.1300/J291v08n01_09.

Geçkil, E., Şahin, T. ve Ege, E. (2009). Traditional Postpartum Practices of Women and Infants and The Factors Influencing Such Practices in South Eastern Turkey. *Midwifery*, 25, 62-71.

Gehlert, S.ve Browne, T. (2019). *Handbook of Health Social Work*. Third Edition. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Gilgün, JF., (2005). Sosyal Hizmette Kanıta Dayalı Uygulamanın Dört Köşe Taşı. *Sosyal Hizmet Uygulaması Üzerine Araştırma*, 15 (1), 52-61.

Gözüm, S. ve Çapık, C. (2014). Sağlık Davranışlarının Geliştirilmesinde Bir Rehber: Sağlık İnanç Modeli. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 7(3), 230-237.

Gehlert, S., Andrews, C. ve Browne, T. (2019). Sağlık Sosyal Hizmetinin Yerinin Belirlenmesi. *Sağlık ve Sosyal Hizmet*, 44 (2), 69-71.

Greenfeld, D.A. (1997). İnfertilite ve Yardımcı Üreme Teknolojisi, *Sağlık Bakımında Sosyal Hizmet*, 24:3-4, 39-46, DOI: [10.1300/J010v24n03_04](https://doi.org/10.1300/J010v24n03_04).

Güçlü, S. (2016). Çocukluk ve Çocukluğun Sosyolojisi Bağlamında Çocuk Hakları. *SoSyoloji Dergisi*, (10zel), 1-22.

Gülşen, Ç. ve Doğan Merih, Y. (2018). Doğum Sonu dönemde Anneler Kimden Hangi Desteği Bekliyor?. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 4(1), Retrieved from <https://dergipark.org.tr/tr/pub/kashed/issue/37442/322051>.

Gürses, İ. Ve Kılavuz, M.A. (2011). Erikson'ın Psikolojik-Sosyal Gelişim Süreçleri.

Güzel, A., Uçan Yavaş, S. ve Kara, F. (2017). İlk Kez Bebek Sahibi Olan Annelerin Bebek Bakımında Kullandıkları Uygulamaların Değerlendirilmesi. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(3),108-117. Retrieved from <https://dergipark.org.tr/tr/pub/balikesirsbd/issue/38442/452765>.

Hablemitoğlu, Ş. Ve Özmete, E. (2012). Sosyal Çalışmacıların İş Yaşamı Kalitesi: Şefkat Yorgunluğu, Tükenmişlik, Stres Kaynakları, İş Tatmini ve Kariyer Olanakları. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1 (1) , 171-213 . DOI: 10.1501/Asbd_00000000013

Hacıhasanoğlu Aşlar, R. ve Bekar, P. (2018). 0-24 Aylık Çocuğu Olan Annelerin Çocuk Bakımına İlişkin Bilgi, *Geleneksel İnanç ve Uygulamaları. Güncel Pediatri*, 16 (2) , 1-18. Retrieved from <https://dergipark.org.tr/tr/pub/pediatric/issue/38632/448549>.

Hasgül, E. (2017). Tıbbi Sosyal Hizmet Ortamlarında Sosyal İnceleme Raporunun Hazırlanması. *Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği Yayını*, Temmuz-Aralık, 110-120.

Hassan S. M. (2016). Medical Social Work: Connotation, Challenges and Prospects. *Pakistan Journal of Social Sciences*,(36)1,495-504.

Hoppe, D. J. Ve Bhandari, M. (2008). Evidence-Based Orthopaedics: a Brief History. *Indian Journal of Orthopaedics*, 42(2), 104.

http://auzefkitap.istanbul.edu.tr/kitap/sosyalhizmetler_ao/bakimvesoshiz.pdf.

http://hbogm.meb.gov.tr/meb_iys_dosyalar/2021_04/15135611_hbom_klavuz.pdf
kitapçık.

<https://behcetuzch.saglik.gov.tr/TR,106148/cocuk-haklarina-dair-sozlesme.html>.

https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/12026676/Packer_book_intro.pdf, Erişim Tarihi: 16.01.2021.

https://dhgm.meb.gov.tr/yayimlar/dergiler/Milli_Egitim_Dergisi/151/akyuz.htm makale akyüz.

<https://docplayer.biz.tr/122600490-T-c-saglik-bilimleri-enstitusu-tokat-ili-bir-saglik-ocagi-bolgesindeki.html> tez linki.

https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/cocuk_ergen_db/dokumanlar/istatistikler/mortalite_hzlar.pdf . Erişim Tarihi:11.02.2021.

<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/cocukergen-anasayfa> kısım.

<https://muratcay.com/wp-content/uploads/2020/11/Kanita-Dayali-Uygulama-Olcegi-CAY.pdf>

<https://sozluk.gov.tr>, E.T.: 14/12/2021).

https://www.anayasa.gov.tr/Kararlar/GenelKurul/Basvuru_Karari/2016-119.pdf.

https://www.childwelfare.gov/pubPDFs/cw_educators.pdf, E.T.: 07/12/2021.

https://www.childwelfare.gov/pubPDFs/cw_educators.pdf, E.T.: 07/12/2021.

<https://www.iassw-aiets.org/about-iassw/constitution/> , E.T.: 07/12/2021.

<https://www.iassw-aiets.org/about-iassw/constitution/>, E.T.: 07/12/2021.

<https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/>.Erişim Terihi 25/10/2020.

<https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/>,E.T.: 25/10/2020.

<https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/>,E.T.: 07/12/2021).

https://www.labswe.org/assets/Docs/NASW_ASWB_Std_for_Tech_and_SW_Practice.pdf.

https://www.newworldencyclopedia.org/entry/Child_welfare#Definition,E.T.: 07/12/2021).

https://www.newworldencyclopedia.org/entry/Child_welfare#Definition,E.T.: 07/12/2021).

<https://www.socialworkers.org/Practice/Clinical-Social-Work>, E. T.: 25/10/2020.

<https://www.socialworkers.org/Practice/Clinical-Social-Work>, E. T.: 25/10/2020.

<https://www.unicef.org/turkey/bas%C4%B1n-b%C3%BClenleri/bm-raporu-g%C3%BCn%C3%BCm%C3%BCzde-%C3%B6ncesine-g%C3%B6re-daha-fazla-kad%C4%B1n-ve-%C3%A7ocuk-hayatta-kal%C4%B1yor>, E.T.: 08/07/2021).

<https://www.unicef.org/turkey/bas%C4%B1n-b%C3%BCltenleri/bm-raporu-g%C3%BCn%C3%BCm%C3%BCzde-%C3%B6ncesine-g%C3%B6re-daha-fazla-kad%C4%B1n-ve-%C3%A7ocuk-hayatta-kal%C4%B1yor>.

IASSW, IFSW., (2021). <https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/>, <https://www.iassw-aiets.org/about-iassw/constitution/>, E.T.: 07/12/2021.

Ife, J. (2017). *İnsan Hakları ve Sosyal Hizmet*. Nika Yayınevi 1. Baskı Eylül 2017.

IFSW. (2021). <https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/>, E.T.: 07/12/2021.

Irmak, N. (2016). Anne Sütünün Önemi ve İlk 6 Ay Sadece Anne Sütü Vermeyi Etkileyen Unsurlar. 7. 27-31. 10.15511/tjtfp.16.02627.

Işık, T. Akçınar, M. ve Kadioğlu, S. (2010). Mersin İlinde Gebelik, Doğum ve Loğusalık Dönemlerinde Anneye ve Yenidoğana Yönelik Geleneksel Uygulamalar. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, (7)63-4.

Işıkkhan, V. (2016). Palyatif Bakım Hizmetlerinde Sosyal Hizmet Mesleğinin Yeri ve Geleceği. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 27 (2), 97-113.

IFSW. (2020). <https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/>, E.T.: 25/10/2020).

İntepeler, Ş.S. ve Dursun, M.N. (2012). Tıbbi Hatalar ve Tıbbi Hata Bildirim Sistemleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15, 129-135.

İstanbul Üniversitesi Açık ve Uzaktan Eğitim Fakültesi. (2017). Sosyal Hizmette Uygulama Alanları. İstanbul: İstanbul Üniversitesi.

İstanbul Üniversitesi. (2010). *Sosyal Hizmet Kuramları*. İstanbul Üniversitesi Açık Ve Uzaktan Eğitim Fakültesi.

http://auzefkitap.istanbul.edu.tr/kitap/sosyalhizmetler_ao/sosyalhizkur.pdf. Erişim tarihi: 07.03.2021.

Kahriman, İ. (2007). Trabzon İl Merkezinde 6-12 Aylık Çocuğu Olan Annelerin Bebek Bakımına İlişkin Geleneksel Uygulamaları (Yüksek Lisans Tezi). Trabzon: Karadeniz Teknik Üniversitesi.

Kara, M. ve Babadağ, K. (2004). Kanıta Dayalı Hemşirelik. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 6 (3): 96-104.

Karabayır, N. ve Oğuz, F. (2009). İnfantil Kolik. *Çocuk Dergisi*, 9(1), 16-21. Retrieved from <https://dergipark.org.tr/tr/pub/jchild/issue/57110/805495>.

Karabulutlu Kars Ö. (2014). İlinde Doğum Sonu Dönemde Yenidoğan Bakımına Yönelik Yapılan Geleneksel Uygulamaların Belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*; 7(4): 295-302.

- Karakaş, N. M. ve Dağlı, F. Ş. (2019). Bebeklerde Bağlanmanın Önemi ve Etkileyen Etmenler. *Türk Pediatri Arşivi*, 54(2), 76-81.
- Karataş, Z. (2015). Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri. *Manevi Temelli Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi*, 1(1), 62-50.
- Kaya, D. ve Prinçci E. (2009), 0-24 Aylık Çocuğu Olan Annelerin Anne Sütü ve Emzirme ile İlgili Bilgi ve Uygulamalar. *TAF Preventive Medicine Bulletin*; 8(6): 479-484.
- Keenan, K.E. ve Cameron, M. (2000). The Common Factors Model: Implications for Transtheoretical Clinical Social Work Practice. *Social Work*, 55 (1) , 63-73.
- Khalaf, Y. ve Cohen, J. (2013). Introduction to Evidence-Based Reproductive Medicine Symposium. *Reproductive Biomedicine online*, 26(3), 199-200.
- Kılıç, S. (2013). Örneklem Yöntemleri . *Journal Of Mood Disorders*, 3(1), 44-6. DOI: 10.5455/jmood.20130325011730
- Kırlioğlu, M. (2019). Güçler Temelli Yaklaşım ve Güçlendirme: Kolektif Kimlik, Bilgi-Beceri, Benlik Kavramı, Eleştirel Farkındalık, Harekete Geçme. *OPUS Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 14 (20), 2248-2277. DOI: 10.26466/opus.597190.
- Kitiş, Y. ve Karaçam, Z.(2004). Emzirmeyi Olumsuz Etkileyen Bir Faktör Olarak Pamukçuk; Önleme, Tanı ve Tedavide Hemşire/Ebenin Rolü. *C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 8(1), 46-52.
- Koçak, A. ve Arun, Ö. (2013). İçerik Analizi Çalışmalarında Örneklem Sorunu. *Selçuk İletişim*, 4(3),21-28.
- Konak, M., Ünver, E., Sündüs Uygun, S., Yorulmaz, A. ve Soylu, H. (2018). Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde İzlenmiş Nöral Tüp Defektli Vakaların Sosyodemografik Özellikleri. *Çağdaş Tıp Dergisi*, 8 (3) , 218-222. DOI: 10.16899/gopctd.439737.
- Krippendorff, K. (1980). *Content Analysis: An Introduction to is Methodology*, Sage, Beverly Hills.
- Lehman, B., Davird, D. ve Gruber,J. (2017). Rethinking The Biopsychology Model Of Health: Understanding Health As a Dynamic System. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/spc3.12328>, Erişim Tarihi:07.03.2021.
- Lotfi, S. (2019). Tıbbi Sosyal Hizmet. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, 52. 24-27.
- Luzolo, M., Ndolo, U., Sitawa, M., (2018). Challenges Facing Medical Social Work Practice In Goma Provincial Hospital, Democratic Republic Of Congo (DRC) Editing Oversight Impericals Consultants International Limited. 2524-1478.
- Mahan, C. K. (1997). Social Policy Considerations in Perinatal Social Work. *Social Work in Health Care*, 24(3-4), 135-140.

Margolin, V. ve Margolin, S. (2002). A “Social Model” of Design: Issues of Practice and Research. *Massachusetts Institute of Technology Design Issues*, 18(4). 24-30.

MEB, Milli Eğitim Bakanlığı. (2016). Bebek Bakımı. Mesleki ve Teknik Eğitim: Milli Eğitim Bakanlığı.

MEGEP.(2021).http://megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller/Bebek%20Bak%C4%B1m%C4%B1.pdf, E.T.: 10.01.2021).

Memona, Z.A., Khanb, M.I., Soofic S., Muhammad, S. ve Bhuttac, Z.A. (2013). A Cross Sectional Survey of Newborn Care Practices in Rural Sindh, Pakistan: Implications For Research and Policy. *J Neonatal Perinatal Med*; (6)137-44.

Meriç, M. ve Elçioğlu, O. (2004). *Halk Tababetinin Çocuklara Yönelik Uygulamaları*. I. Halk Bilim Sempozyumu. Osmangazi Üniversitesi Basımevi. 133-141. Eskişehir.

Miles, M. B. Ve Huberman, A. M. (1994). *Qualitative Data Analysis: An Expanded Sourcebook*. Sage.

Murat, G. (2001). Çağdaş Bir Yönetim Yaklaşımı: Personel Güçlendirme. *Öneri Dergisi*, 4 (16), 113-126. DOI: 10.14783 / maruoneri.728080.

NAPSW. (2016). <https://www.napsw.org/what-is-a-perinatal-social-worker>.

NAPSW. (2016). <https://www.napsw.org/what-is-a-perinatal-social-worker>.

Noble, D.N. ve Hamilton, A.K. (1981). Stres Altındaki Aileler: Perinatal Sosyal Hizmet. *Sağlık ve sosyal hizmet*, 6 (1), 28-35.

Okpomeshine, C. (2011). Traditional Birthing Practices in Igbo Land, Nigeria. *Int J Interdisciplinary Social Sciences*; (6)193-8.

Oral, M. ve Tuncay, T. (2012). Ruh Sağlığı Alanında Sosyal Hizmet Uzmanlarının Rol ve Sorumlulukları. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 23 (2) , 93-114. Retrieved form <https://dergipark.org.tr/tr/pub/tsh/issue/48425/613543>.

Özbesler, C. (2013). ‘Hasta Yaşam Kalitesinde Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulamalarının Önemi’. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, (2), s.7-17. Erişim adresi, <http://www.saglik.gov.tr/SHGM/TSH/2/index.html>. Erişim Tarihi, 16.01.2021.

Özbesler, C. (2013). Farklı Gelişimsel Özellikleri Olan Çocuğa Sahip Ailelerin Sorunları. *Ufuk Ötesi Bilim Dergisi* , (1), 25-36.

Özbesler, C. ve İçağasioğlu Çoban, A. (2010). Hastane Ortamında Sosyal Hizmet Uygulamaları: Ankara Örneği. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 21(2).

Özcebe, H., Küçük Biçer, Çetin, E., Yılmaz, M. ve Zakirov, F. (2011). 0-10 Yaş Aralığında Çocuğu Olan Babaların Çocuk Sağlığı ve Bakımındaki Roller. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 54(2), 70-8.

Özdemir, M. (2010). Nitel veri analizi: Sosyal Bilimlerde Yöntembilim Sorunsalı Üzerine Bir Çalışma. *Eskişehir Osman Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 11(1), 323-343.

Özdemir, S. (2020). Bebek Bakımında Geleneksel Uygulamalar. *Sağlık ve Toplum*, 30(3), 3-10.

Özen, M. ve Özgür, B. (2006). Höllük; Bir Anadolu Gerçeği. *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi*, 13(2), 131-133. <https://dergipark.org.tr/en/pub/totm/issue/13113/158002> adresinden erişildi..

Özen, F. ve Arslan Hendekçi, E. (2016). The Descriptive Analysis of Academic Studies Published in Turkey about Education Supervision between the Years of 2005-2015 . *OPUS International Journal of Society Researches*, 6 (11) , 619-650. DOI: 10.26466/opus.255105

Özer, E. A., İşeri, B., Sözen, G., Aydın, Y., Tellioğlu, M. ve Bakiler, A. R. (2003) Süt Çocukluğu Döneminde Uyku Bozuklukları. *SSS Tepecik Hastanesi Dergisi*. 13(3): 171-175.

Özkan, Y. ve Çiftçi, E.G. (2012). Sosyal Hizmette Kanıta Dayalı Uygulamalar: Sosyal Hizmet Eğitimi Açısından İrdelenmesi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 23(1). 187-199.

Öztürk, R. ve Kavlak, O. ve Sevil, Ü. (2012). Postpartum Depresyonda Kültürel Faktörlerin Önemi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 28(3), 107-116.

Ozturk Copur, E., Kuru, N. Ve Canbolat Seyman, C. (2015). Overview of The Evidence Based Practices in Nursing. *Journal of Health and Nursing Management* 1(2): 51-55.

Patton, M. Q.U. (2002). Two Decades of Developments in Qualitative Inquiry: A Personal, Experiential Perspective. *Qualitative Social Work*, 1(3), 261-283.

Peker, E., Temel, H., Tuncer, O., Başaranoğlu, M., Acar, M. N., Ceylan, A. ve Kırımı, E. (2010). Yenidoğanda Tuzlamaya Bağlı Gelişen Fournier Gangreni: Vaka Sunumu. *Çocuk Dergisi*, 10(4), 204-206.

Poggenpoel, M. ve Myburgh, C. (2003). The Researcher as Research Instrument in Educational Research: A Possible Threat to Trustworthiness? (A: research_instrument). *Education*, 124 (2), p. 418-450. Gale Academic One File.

Polat, F. (1995). İşitme Engellilerin Eğitiminde Kullanılan Yöntemler. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi*, 2 (01). DOI: 10.1501/Ozlegt_0000000025.

Polat, G. (2007). Kanıta Dayalı Sosyal Hizmet Uygulaması. *Sağlık ve Toplum Dergisi*. 17(3). 34-42.

Reyes, A. M., Akanyirige, P. W., Wishart, D., Dahdouh, R., Young, M. R., Estrada, A., Ward, C., Cruz Alvarez, C., Beestrum, M. ve Simon, M. A. (2021). Interventions Addressing Social Needs in Perinatal Care: A Systematic Review. *Health Equity*, 5(1), 100–118. <https://doi.org/10.1089/heq.2020.0051>.

Saban, A. ve Özden, M. (2017). *Nitel Araştırmalarda Paradigma ve Teorik Temeller*. Ahmet Saban ve Ali Ersoy (Ed.), Eğitimde Nitel Araştırma Desenleri (5) Ankara: Anı Yayıncılık.

Sackett, D. L. ve Straus, S. E. (1998). Finding and Applying Evidence During Clinical Rounds: the "evidence cart". *JAMA*, 280(15), 1336–1338. <https://doi.org/10.1001/jama.280.15.1336>.

Scurlock, Evans L. ve Upton, D. (2015). The Role and Nature of Evidence: A Systematic Review of Social Workers' Evidence-Based Practice Orientation, Attitudes, and Implementation. *Journal of Evidence-Informed Social Work*, 12, 4, 369-99.

Seren İntepeler Ş. Ve Dursun M. (2012). Tıbbi Hatalar ve Tıbbi Hata Bildirim Sistemleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 15(2): 129-135.

Shah H.M. ve Chung K.C. (2009). Archie Cochrane and His Vision For Evidence-Based Medicine. *Plast. Reconstr. Surg*; 124:982–988.

Silva, E.A. ve Clarke, K. C. (2005). Complexity, Emergence and Cellular Urban Models: Lessons Learned From Applying Sletuh to Two Portuguese Metropolitan Areas, *European Planning Studies*, 13:1, 93-115, DOI: [10.1080/0965431042000312424](https://doi.org/10.1080/0965431042000312424)

Simpson, B. (1996). Evidence-Based Nursing Practice: The State of The Art. *The Canadian Nurse*, 92(10), 22–25.

Sivri, B. B. ve Karataş, N. (2015). Toplumun Kültürel Yönü: Doğum Sonu Dönemde Anne ve Bebek Bakımına Yönelik Yapılan Geleneksel Uygulamalar ve Dünyadan Örnekler. *Güncel Pediatri*, 13 (3) , 183-193. DOI: 10.4274/jcp.50479.

Soylu, H. (2018). Yenidoğanın ve Yaşamın İlk Aylarındaki Bebeklerin Beslenmesi. *Klinik Tıp Aile Hekimliği*, 10(4), 0-0. <https://dergipark.org.tr/en/pub/ktah/issue/47239/593604>

Subaşı, M. ve Okumuş, K. (2017). ‘Bir araştırma Yöntemi Olarak Durum Çalışması’. Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 21(2), 419-426.

Şahin, F. (2002). Özürlülük ve Medikal Model. *Toplum ve sosyal Hizmet Dergisi*, 13(2), 70-76.

Şanlıer, N. (2019). *Anne Çocuk Sağlığı ve Beslenmesi*. E. Şanlıer, N. (Ed.), Sunuş (3). Ankara: Hedef CS Basın Yayın.

Şar, S. , Kahya, E.ve Ataç, A. (2011). Aromaterapinin Tarihçesi ve Bu Alanda Kullanılan Tıbbi Bitkilerden Örnekler. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman*

Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi, Lokman Hekim Journal 2011; Supplement, 32-33. Retrieved from <https://dergipark.org.tr/tr/pub/mutftd/issue/46993/589939>.

Şeker, A. (2015). 101 Soruda Sosyal Çalışma ve Sosyal Hizmetler. Ankara. SABEV.

Şenol, V., Ünalın, D., Çetinkaya, F. ve Öztürk, Y. (2004). Kayseri İlinde Halk Ebeliği ile İlgili Geleneksel Uygulamalar. *Klinik Gelişim*, 17(3-4): 47-55.

Şenses, M. Ve Yıldızoğlu, İ. (2002). Sekiz Ayrı İldeki Kaynana ve Gelinlerin Loğusalık ve Çocuk Bakımında Geleneksel Uygulamaları. *Çocuk Forumu*, 5(2), 44-48.

Şimşek, G. ve Altun, F. (2021). Kurumsal Sosyal Sorumluluğun İşyerinde Sosyal Hizmet Bağlamında Değerlendirilmesi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 32 (3) , 1061-1077. DOI: 10.33417/tsh.868998.

TDK. (2021). <https://sozluk.gov.tr/>(E.T.: 14/12/2021).

Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi. (2011). Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi. T.C. Sağlık Bakanlığı, B.10.0.THG.0.58.00.01.020/, 16 Şubat 2011. E.T.: 28/02/2021.

Tokur Kesgin, M. ve Özcebe, H. (2004). Türkiye'de Çocuk Bakımındaki Geleneksel İnanç ve Uygulamalar. *Hacettepe Üniversitesi Türkiyat Araştırmaları (HÜTAD)*, (1), 43-56 . Retrieved from <https://dergipark.org.tr/tr/pub/turkiyat/issue/16660/329768>.

Topuz, S. ve Özkan, Y. (2017). Sosyal Yardım ve İnceleme Görevlilerinin Sosyal Yardım Alanına İlişkin Görüşleri ve Kanıta Dayalı Uygulama İle İlişkisi. *SGD-Sosyal Güvenlik Dergisi*, 7 (1), 169-189. Retrieved from <https://dergipark.org.tr/tr/pub/sgd/issue/29767/319944>.

TÜİK. (2019).<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Cocuk-2019-33733>.

Tuncay, T. (2013). Yaşam Sonu Bakımda Sosyal Hizmet Uzmanının Rollerı. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 24 (2), 145-154. <https://dergipark.org.tr/en/pub/tsh/issue/48480/614182>

Tuncay, T. (2016). Sosyal hizmet müdahalesini araştırmak: Uygulama Kanıtlarla Nasıl Güçlendirilebilir? *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 27, 2, 115-30.

Tuncay, T. (2006). Sosyal Hizmetin Temel Hedefi: Sosyal Adalet Güçlendirmeyle Retorikten Pratiğe. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 17 (1), 53-70. <https://dergipark.org.tr/en/pub/tsh/issue/48416/613442>.

TÜİK. (2020). <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Evlenme-ve-Bosanma-Istatistikleri-2020-37211>.

TÜİK. (2021). <https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?kn=130&locale=tr>.

Tüzün, O. ve Sayar K. (2006). Bağlanma Kuramı ve Psikopatoloji. *Düşünen Adam*, 19 (1), 24-39.

- Uğurlu, E. S., Başbakkal, Z., Dayılar, H., Çoban, V. ve Zeynep, A. D. A. (2013). Ödemiş'te Bulunan Annelerin Bebek Bakımında Uyguladıkları Geleneksel Yöntemlerin İncelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(3), 342-360.
- Uraş, N. (2017). Anne Sütünün Oluşumu ve İçeriği. *Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Yendoğan Dergisi*, 2(2), 130-153. Retrieved from <https://dergipark.org.tr/tr/pub/estudamyenidogan/issue/46692/585954>.
- Uyanık, S. ve Duru Baykal, P. (2018). Effects of Fiber Types and Blend ratios on Murata Vortex yarn properties. *The Journal of The Textile Institute*, 109(8), 1099-1109.
- Vessey, J. A. ve Rechkemmer, A. (2001). Natural Approaches to Children's Health: Herbs and Complementary and Alternative Medicine. *Pediatric Nursing*, 27(1), 61.
- Walther, V. N. (2008). Emerging Roles of Social Work in Perinatal Services. *Social Work in Health Care*, 15(2), 35-48. https://doi.org/10.1300/j01015n02_04.
- Wang .., Jiang X.Y., Jan W.C. ve Chen C.H. (2003). A comparative Study of Postnatal Depression and Its Predictors in Taiwan and Mainland China. *Am J Obstet Gynecol*. 189, 1407-12.
- Weiss, J.A. (2005). Bütünsel Büyümede Bir Yolculuk. *Bütünsel Hemşirelik Dergisi*, 23 (4), 434-440. <https://doi.org/10.1177/08980110105280891>.
- WHO. (2021). <https://tr.wikipedia.org/wiki/Sa%C4%9Fl%C4%B1k>, E.T.:24/02/2021.
- WHO. (2022). <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/updating-recommendation-postnatal-care-women-and-newborns/en/>, E.T.:24/02/2021.
- Yalçın, H. (2012). Gebelik, Doğum, Lohusalık ve Bebek Bakımına İlişkin Geleneksel Uygulamalar (Karaman örneği). *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 55, 19-31.
- Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği., (1973). T.C. Resmi Gazete, 14724. 26 Kasım 1973.
- Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği., (1982). T.C. Resmi Gazete, 17927.13 Ocak 1983.
- Yavuz Erdal B., Çakın E., Çalgı B., Doğan S. ve Özüçelik D. N. (2020). Hastanede Sosyal Hizmet Uzmanı ve Tıbbi Sosyal Hizmet Farkındalığının Değerlendirilmesi. *Journal of ADEM*; 1(3): 23-38.
- Yelboğa, N. ve Bayır Aslan, Ş. (2020). Sosyal Sorun Olarak Salgın Hastalılar ve Sosyal Çalışmanın Halk Sağlığını Koruma/Geliştirme Görevi. *Türkiye Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi*, COVID-19 Özel Sayısı, 43-49. Retrieved from <https://dergipark.org.tr/en/pub/tushad/issue/54680/726256>
- Yıldırım, B., Acar, M. ve Tuncay, T. (2013). Onkoloji Alanında Sosyal Hizmet Uzmanlarının Görevleri ve Kanıta Dayalı Değerlendirme. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 24(1). 169-190.

Yıldırım, K., (2010). ‘Nitel Araştırmalarda Niteliği Artırma’. *İlköğretim Online*, 9(1), 79-92. <https://app.trdizin.gov.tr/makale/TVRBeE1EZzJOZz09/nitel-arastirmalarda-niteliği-artırma>, (Erişim Tarihi: 04.01.2021).

Yıldız, Ö. (2008). Küreselleşme, Sağlık ve Toplum, *Gaziantep Tıp Dergisi*, 30-34.

Yıldız, H. ve Turan, M. (2010). Küreselleşme ve Sağlık, *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 36, 39-41.

Yılmaz, T, S., Demirhan, İ., Şahin, S. ve Kaplan, S., (2019). Sağlık İnanç Modeli Örneği: Tütün Bağımlısı Gebe’. *Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*. 2(1), 38-46.

Yin, R.K., (2012). *Designing Case Studies*. Maruster, L. Ve Gijzenberg, M.J. (Ed.), *Qualitative Research Methods* (ss.359-368). Los Angeles: Sage.

Zastrow, C. (2014). *Sosyal Hizmete Giriş*. Ankara: NikaYayınevi.

Zengin, O. (2011). Sosyal Hizmetin Sağlık Hizmetlerinin Sunumundaki Rolü. *Konuralp Tıp Dergisi*; 3(3), 29-34.

Zengin, O. ve Altındağ, Ö. (2016). Bir İnsan Hakları Mesleği Olarak Sosyal Hizmet. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 27 (1), 179-190. Retrieved from <https://dergipark.org.tr/tr/pub/tsh/issue/38633/448515>.

Zengin. N. (2010). Sağlık Hakkı Ve Sağlık Hizmetlerinin Sunumu. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 44-52.

EKLER

Ek-1: Araştırmada Kullanılan Görüşme (Mülakat)Formu

GÖRÜŞME (MÜLAKAT) FORMU

YENİDOĞAN ÇOCUĞUN BAKIMINDA UYGULANAN GELENEKSEL YÖNTEMLERE TIBBİ SOSYAL HİZMET AÇISINDAN İNCELENMESİ: KAHRAMANMARAŞ İLİ ÖRNEĞİ

Tarih:

Saat (Başlangıç-Bitiş) :

Gönüllü Katılım Formu;

Merhaba;

Benim adım Esra Ağyar, Adıyaman Üniversitesi'nde Sosyal Hizmet Anabilim Dalı'nda doktora yapmaktayım. Kahramanmaraş' ta 'Yeni doğan çocuğa uygulanan geleneksel çocuk bakım yöntemleri inceleme' konulu araştırma yapmaktayım. Yeni doğan çocuğa uygulanan geleneksel çocuk bakım yöntemlerinin neler olduğunu tespit etmek, nasıl uygulandıklarını öğrenmek, varsa yeni doğan çocuğa sağladığı yararları ve zararları ortaya çıkarmak ve uygulanma biçimini tarif ederek kuşaktan kuşağa aktarılmasını sağlamayı hedeflemekteyim. Ayrıca uygulama sonucunda ortaya çıkan varsa çocuğa verdiği zararları veya tehlikeleri de ortaya çıkararak oluşacak olumsuz uygulamaları da önlemeyi hedeflemekteyim. Bu amaç doğrultusunda sizin görüş ve tecrübelerinize ihtiyaç duymaktayım. Sizin katılımınızla yenidoğan çocuğa uygulanan geleneksel çocuk bakım yöntemlerini perinatal sosyal hizmet müdahale yöntemleriyle çocuklara, anne-babalara ve çalışan meslek elemanlarına katkı sağlamayı ümit ediyorum. Konuyla ilgili tecrübe ve deneyimlerinizi öğrenmek istiyorum.

☐ Görüşme sürecinde söyleyeceklerinizin tümü gizlidir. Bu bilgileri araştırmacıların dışında herhangi bir kimsenin görmesi mümkün değildir. Ayrıca, araştırmacı sonuçlarını yazarken görüştüğümüz bireylerin isimleri kesinlikle rapora yansıtılmayacaktır.

☐ Başlamadan önce, bu söylediklerimle ilgili belirtmek istediğiniz bir düşünce ya da sormak istediğiniz bir soru var mı?

☐ Görüşmeyi izin verirsiniz (ses kaydı/video) kaydetmek istiyorum. Bunun sizce bir sakıncası var mı?

☐ Bu görüşmenin yaklaşık bir saat süreceğini tahmin ediyorum. İzin verirsiniz sorulara başlamak istiyorum (Yıldırım ve Şimşek, 1999).

(Görüşme kabul edildikten sonra görüşme sorularını geçilir.)

GÖRÜŞME YAPILAN KİŞİNİN:

1. Cinsiyeti: Kadın () Erkek ()
2. Doğum yeri:.....(son beş yılda yaşanılan yer)
3. Yaşı:
4. Medeni Durumu:
5. İsteddiğiniz eğitimi aldığınıza inanıyor musunuz? Hayırsa neden?
6. Bitirdiğiniz lise ve dengi okul
 - a. Resmi
 - b. Özel
 - c. Fen-Anadolu gibi
 - d. Diğer Açıklise gibi
7. Annenizin eğitim durumu nedir?
İlkokul () Ortaokul () Lise () üniversite () Diğer ()
8. Babanızın eğitim durumu nedir?
İlkokul Ortaokul Lise üniversite Diğer
9. Ailenizle birlikte mi yaşıyorsunuz? Evet () Hayır ()
Hayırsa kiminle yaşıyorsunuz?
Aileniz nerede ikamet etmektedir?
10. Ailenizin gelirini sınıflayacak olursanız olsanız hangi sınıfa koyarsınız.
Dar () Orta () Üst düzey ()
11. Çalışıyor musunuz?
12. Geliriniz İhtiyaçlarınızı karşılıyor mu?
13. Mesleğiniz?
14. Evlilik yaşıınız?
15. İlk gebelik yaşıınız?
16. Çocuk sayınız?

17. Çocuklarınızın yaş aralığı nedir?
18. Çocuk bakımıyla ilgili herhangi bir eğitim aldınız mı? Çevrenizde reklam / broşür/afiş vb gördünüz mü?
19. Çocuk bakımıyla ilgili aldığınız eğitimler nelerdir?
20. Çocuk bakımı eğitiminin faydalı olduğuna inanıyor musunuz?
21. Aldığınız çocuk bakımı eğitimini uyguladınız mı? Neden uyguladınız/uygulamadınız?
22. Çocuğunuz ilk doğduğu zamanlarda onun bakımında yardıma/desteğe ihtiyaç duyduunuz mu? Bunlar nelerdi?
23. İhtiyaç duyduğunuz yardım ve destekleri örnekleyerek açıklayabilir misiniz?
24. Yardım ve desteğe niye ihtiyaç duymadığınızı açıklayabilir misiniz?
25. Çocuğunuzun ilk doğduğu zamanlarda çocuğunuzun bakımında size yardım eden veya destek veren kişiler kimlerdi?
26. Bu kişilerin size ne gibi yardımları/destekleri oldu?
27. Bu yardımlar/destekler yeterli miydi?
28. Daha başka hangi desteklere/yardımlara ihtiyaç duyduunuz?
29. Çocuğunuz ilk doğduğu zamanlarda onun bakımında yaşça büyük kişilerin veya aile büyüklerinin tavsiye ettiği çocuk bakım yöntemlerini kullandınız mı? Neden kullandınız/kullanmadınız? Yerine neleri tercih ettiniz?
30. Çocuğunuza uyguladığınız bakım yöntemleri nelerdir?
31. Çocuk hastalandığında nasıl bir yöntem uyguladınız?
32. Çocuğu uyuturken nasıl bir yöntem uyguladınız?
33. Çocuğun beslenmesinde/emzirmesinde nasıl bir yöntem uyguladınız?
34. Çocuğunuz ağladığında/husursuzlandığında nasıl bir yöntem uyguladınız?
35. Bu yöntemleri uygularken beklediğiniz fayda nelerdi?
36. Bu yöntemler beklediğiniz faydayı sağladı mı? Ne gibi faydalar sağladı/sağlamadı?
37. Bu yöntemlerin nasıl uyguladığını tarif eder misiniz?
38. Bu yöntemleri uygularken zorluk çektiniz mi?
39. Çocuk bakım yöntemleri kimden öğrendiniz?
40. Çevrenizden bu yöntemleri uygulamada baskı gördünüz mü?

41. Kullandığınız bakım yöntemleri hangi sıklıkla uygulanır? Uygulama süresi ne kadardır?
42. Kullandığınız bakım yöntemleri ne zaman uygulanır? Uygulanma zamanı veya süresi var mı?
43. Kullandığınız bakım yöntemleri sıklık ya da tekrar gerekir mi? Neden tekrar edilmesi gerekir?
44. Bu yöntemler uygulanırken hangi malzemelere ihtiyaç duyulur?
 - a. Bu malzemeler ne için kullanılır?
 - b. Malzemeler nerden temin edilir?
45. Uyguladığınız bakım yöntemleri çocuğa zarar verdi mi?
46. Ne gibi zararlar verdi?
47. Doktora götürmek zorunda kaldınız mı?
48. Doktor tedavi uyguladı mı?
49. Çocukta kalıcı iz ya da hasar bıraktı mı?
50. Uyguladığınız yöntemleri diğer çocuklarınıza uyguladınız mı? Neden uyguladınız/uygulamadınız?
51. Aile büyüklerinin söyledikleri ile sağlık çalışanlarının söylediklerinin örtüştüğü ya da tam tersi zıt düşen uygulamalar oldu mu? Cevabız evetse bunlar nelerdir?
52. Sağlık çalışanları (doktorun, ebe, sağlık memurları) çocuk bakımında size gerekli olan bilgileri verip yönlendirme yaptı mı?
 - a. Bu yönlendirmeler nelerdir?
 - b. Bu yönlendirmelere uydunuz mu? Neden uydunuz?/ Neden uymadınız?
53. Aile büyüklerinizin size söylediği/gösterdiği çocuk bakım yöntemlerinin uygulanmasında çevreden baskıya maruz kaldınız mı?
 - a. Nasıl bir baskıya maruz kaldınız?
54. Çocukluğunuzda size uygulanan bakım yöntemlerinin neler olduğunu biliyor musunuz? Size kim uygulamış? Sizde çocuğunuza uygular mısınız/uyguladınız mı? Neden?
55. Ekleme istediğiniz görüşleriniz var mı?