

a i l e h e k i m l e r i i ç i n

Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığına Temel Yaklaşımlar

Editörler
Celale Tangül Özcan
Hatice Çiçek
Salim Özenç

Haziran 2013

Copyright © 2013

ISBN : 978-605-5121-04-4

Eser : Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığına Temel Yaklaşımlar

Editörler : Celale Tangül Özcan, Hatice Çiçek, Salim Özenç, Şirzat Yeşilkaya

Editör İletişim Bilgileri : Celale Tangül Özcan, GATA Hemşirelik Yüksek Okulu Etlik, Ankara, Türkiye.
T.: +90 3123043948 GSM: +905305275659 E-Mail: ctozcan@gata.edu.tr

Basım Tarihi : Haziran 2013

Matbaa/Yayınevi/ : Derman Tıbbi Yayıncılık, Kartaltepe Mahallesi, Atatürk Bulvarı, Belediye İş Hanı, No: 9/9,
Satış/Dağıtım Bala, Ankara, Türkiye. T.: +905303042583, E-posta: info@ jcam.com.tr

Bu kitabın her türlü yayın hakkı Derman Tıbbi Yayıncılığa aittir. Yazılı olarak izin alınmadan kaynak gösterilmeden kısmen veya tamamen kopya edilemez; fotokopi, teksir veya diğer yollarla çoğaltılamaz.

Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığına Temel Yaklaşımlar

Yazar ve Adresleri

Uzm.Dr. Adem Parlak

Ağrı Asker Hastanesi, Aile Hekimliği Servisi, BBM ve ASM, Ağrı

Yrd.Doç.Dr. Berna Fidancı

GATA Hemşirelik Yüksek Okulu, Çocuk Sağlığı Hemşireliği BD, Etlik, Ankara

Doç.Dr. Celale Tangül Özcan

GATA Hemşirelik Yüksek Okulu, Psikiyatri Hemşireliği BD, Etlik, Ankara

Dr. Çiğdem Yüksel

GATA Hemşirelik Yüksek Okulu, Psikiyatri Hemşireliği BD, Etlik, Ankara

Uzm.Dr. Galip Erdem

Ardahan Asker Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Servisi, Ardahan

Doç.Dr. Hatice Çiçek

GATA Hemşirelik Yüksek Okulu, İç Hastalıkları Hemşireliği, Etlik, Ankara

Uzm.Dr. Hüseyin Günay

Hava Harp Okulu, Sağlık Amirliği, İstanbul

Uzm.Dr. Kürşat Fidancı

GATA Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Etlik, Ankara

Uzm.Hem. Medine Ardic

Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Hizmet-İçi Eğitim Hemşireliği, Ankara

Dr. Meltem Meriç

GATA Hemşirelik Yüksek Okulu, Psikiyatri Hemşireliği BD, Etlik, Ankara

Uzm.Dr. Nadir Korkmazer

Merzifon Asker Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Servisi, Merzifon

Uzm.Hem. Neşe Uğurlu

GATA Hemşirelik Yüksek Okulu, Psikiyatri Hemşireliği BD, Etlik, Ankara

Uzm.Dr. Salim Özenç

GATA Aile Hekimliği AD, Etlik, Ankara

Yard.Doç.Dr. Sevinç Mersin

Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü, Bilecik

Uzm.Dr. Şirzat Yeşilkaya

GATA Aile Hekimliği AD, Etlik, Ankara

Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığına Temel Yaklaşımlar

İçindekiler

1	Çocuk Yaş Dönemlerine Göre Ruh Sağlığı ve Zihinsel Gelişim Dönemleri
5	Çocuğun Ruhsal Gelişiminde Ailenin Rolü
9	Çocukla İletişimin Önemi
12	Özel Durumlarda İletişim ve Yaklaşım Yöntemleri
16	Çocukluk Çağında Disiplin, Ödül ve Ceza
20	Gelişim Dönemlerine Göre Cinsel Eğitim
23	Okul Sorunları ve Çocuğun Psikososyal Gelişiminde Okulun Rolü
27	Yüksek Riskli Çocuk ve Ergen
31	Çocuk İstismar ve İhmali
35	Çocuk ve Ergenlerde Travma
40	Çocuk ve Ergenlerde İntihar
44	Çocukluk Çağı Obezitesine Psikososyal Yaklaşım
47	Çocuklarda Nonfarmakolojik Tedavi Yöntemleri
53	Kronik Hastalığı Olan Çocuk, Ergen ve Ailelerine Psikososyal Yaklaşımlar
57	Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planında Çocuk ve Ergen
63	Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığında Etik İlkeler
66	Palyatif Bakım Gereken Çocuk ve Ergenlerde Psikososyal Yaklaşım

Çocuklarda Yaşlara Göre Gelişim Dönemleri

Salim Özenç, Adem Parlak

Çocukların ruh sağlığı ve zeka gelişimiyle ilgili çalışmalar sorunların teşhisini kolaylaştırır ve koruyucu hekimlik hizmetinin neleri içereceğini bilmeye imkan sağlar. Bu yazıda çocukların yaş dönemlerine göre ruhsal ve motor gelişimlerinin aile hekimlerine yönelik tanımlanmaları amaçlanmıştır.

Çocukluk Dönemleri

- İlk 28 gün, yeni doğan dönemi
- 1 ay -1 yıl arası, bebeklik dönemi
- 1-3 yaş, erken çocukluk dönemi
- 3-6 yaş arası, oyun çağı, okul öncesi dönem
- 7-11 yaş arası, ilkökul dönemi, geç çocukluk dönemi
- 12-14 yaş; erken ergenlik dönemi
- 14-17 yaş, orta ergenlik dönemi
- 17-19 yaş, geç ergenlik dönemi olarak adlandırır.

Yeni Doğan Dönemi (0-28 gün): Yenidoğan, biyolojik mental, gelişimsel, duygusal ve sosyal becerilerle bütünleşmiş, aldığı uyarılar yoluyla çevre ile etkileşim halinde olan bir canlıdır. Yenidoğanın aktif eylemlerle (annesini emme, sarılma gibi) davranışsal kontrolü doğumla başlar.

İnsan beyninin özellikle prefrontal bölgesi hayvanlara göre çok gelişmiştir. En erken motor bölge gelişmeye başlar ve 2 yaşa dek hızla gelişir. Sinirlerin miyelinizasyonu ise ergenlik dönemi bitimine dek sürer.

Bebeklik Dönemi (1 ay-1 yaş): Bu dönemde sevgi, ilgi görme en temel gereksinimdir. Bu dönemin temelini güven ve güvensizlik kavramları oluşturur. Bebeğin 6. ve 12. aylar arası annesinden ve/veya kendisine bakan kişiden ayrı kalması sonucu ortaya çıkacak ilgisizlik; duygusal geri çekilmeye ve gelişiminin durmasına neden olur. Açlık susuzluk doyma ve zevk veya dokunmalı uyarılar 18.aya kadar önde giden ruh-

sal düzenleyicilerdir.

Yaşamın ilk 1 yılı boyunca bebekte temel güven duygusu gelişir. Annesinin yokluğunda bebek aşırı bunaltıya düşer. Annenin geçici olan yokluğunun tolere edilebilmesi için annenin geri döneceğine ve yeniden kendisiyle ilgileneceğine güvenmesi gerekir. Bebeğin annesiyle olan ilişkisindeki güven ve doyum annenin geleceğine inanma-güvenme ilerde kendisinde umut haline dönüşecektir. Umut şimdi olmasa da gelecekte isteklerinin karşılanacağına ve doyuma ulaşacağına inanmasıdır. Bu güven duygusu, daha sonraki yıllarda yakın ilişkilere güçlü temel oluşturur. Güvensizlik ise ilerde yakın ilişkilere kaçınma ve içe kapanmayla sonuçlanır. Bebeklik dönemindeki aşırı doyum veya doyumsuzluk ilerde aşırı iyimserlik, narsizm, kötümserlik veya isteyicilik gibi sonuçlar doğurabilir ve bu kişiliklerini etkileyebilir.

Bebeğin güven duygusunu alamadığı durumlarda; örneğin, annede sağlık sorunların varlığı veya birden çok bakım verenin bulunması gibi durumlarda (bakım evlerinde) özel bağlanma gerçekleşmez. Bu ilerde kendisini empati eksikliği yakın ve sıcak ilişki kurmada yetersizlik şeklinde gösterir.

Erken Çocukluk Dönemi (1-3 yaş): Bu dönemin temel noktası oral dönemden (açlık, susuzluk, zevk) anal döneme geçmesidir. En önemli özelliği çocuğun anal ve üretral kontrolüyle kakasını çıkışını tutmayı ve yapmayı öğrenmesidir. Tuvalet eğitimiyle birlikte; çocukta ayrılma, bireyselleşme ve bağımlılığın da eşlik ettiği ambivalans yaşanır. Çocuk kakasını annesi için bir hediye gibi görebilir. Çocuk bu dönemde özerklik kazanır, tuvalet eğitimi alanında ve başka alanlarda da bağımsız iradeye sahip bir birey gibi kendini ortaya koymak ister, özerklik denemeleri yapar. Kendi iradesini annesinin önüne geçirmeye çalışır.

Bu dönemde utanç duygusu gelişir. Çocuk utanç duygusuna yenik düşerse özerklik denemelerinden de kaçınabilir. Örneğin; tuvalet eğitimi sırasında yine kontrolü anneye bırakır. Bu dönemden kaynaklanan sorunlar, inatçılık, düzensizlik, tutumluluk, cimrilik gibi olumsuz kişilik özelliklerinin oluşmasına neden olabilir. Anal işlevlere karşı yetersiz savunmaları olan çocuklarda ambivalans, düzensizlik, kirlilik, öfke, meydan okuma ve sadomazoistik eğilimler oluşabilir. Bu dönemin iyi aşılması sonucu çocuk; kendinden emin olma ve bireysel özerklik duygusunu, iş birliği yapma ve suçluluk duygudan karar verme yetisini kazanır. Üretral yeterlilik, gurur duygusu ve bireysel yeterlilik duygusunun temelini oluşturur. Yetersiz üretral eğitim ise, ilerde rekabet ve hırs şeklinde ortaya çıkar.

Oyun Çağı (3-6 Yaş): Çocuk bu dönemde edinmiş olduğu zihinsel ve motor becerileri deneyerek geliştirme çabası içindedir. Yürüme yetisi onun çevresindeki nesneleri araştırmasını sağlar, tüm nesneler ilgisini çeker. Konuşmayla; etrafını, olup bitenleri nasıl algılandığını ve kendisinin neler düşündüğünü ve neler hissettiğini ifade etmeye çalışır. Ne isteyip ne istemediğini anlatmaya çalışır. Çocuklar 5 yaşından sonra doktora gittiğinde babadan ayrılıp görüşme odasına yalnız gidebilir. 5 yaşından önce yalnız girmeye direnebilir. Bu dönemde anne baba tutarlı bir disiplin sergilemelidir. Çocuk bu dönemde mevsimleri, ayları, saat olarak zamanı da bilemez. Ama gece ve gündüzü ayırt edebilir. Oyun çocuğu kendi başına yürür, tek ayaküstünde durur. Oyuncakları amacına yönelik kullanır. Kalem tutar, küpleri üst üste koyar (4 yaştan sonra daha iyidir). 5 yaş üzerindeki çocuklar kitaptaki şekli taşımadan boyayabilir. İnce motor becerisi gelişmiştir. İki el parmağını oyuncakların, küçük parçalarını takip ve

sökmeye kullanır. Zaman zaman mastürbasyon görülebilir. Dikkatini istediği oyuna ve nesneye yönlendirir. 3 yaşına dek renkleri bilmeyebilir. 4 yaşında 4-5 renk bilir. 5-6 yaşlarında tüm renkleri bilebilir ve 10 veya 20'ye dek sayı sayabilir. Rakamları ve harfleri tanır. Cansız nesnelere can katma (canlıymış gibi davranma) davranışı vardır. Oyunda daha sık gördüğümüz, mantıklı düşüncenin yerini soyut şeyler alır.

Latans dönemi (7-11 yaş): Bu dönemin en büyük özelliği çocuğun zihinsel işlemler üretmesidir. Bu işlemler için temel özellikler, sınıflandırma ve kavramadır. Örnek sınıflandırmayla çocuk zihnindeki kavramları birleştirebilir. Üçgen denildiğinde farklı boyut ve renkte de olsa aynı şeyi düşünür.

Korumayı bilme becerisi; nesneler biçim değiştirse de kaybolmazlar aslını korurlar düşüncesidir. Bu dönemde kazanılan bu beceri sayesinde çocuk nesnelerin birbirine dönüştüğünü kavrar. Örneğin; suyun buharlaşması şekil değiştirmesidir. Su, buhar, buz birbirine dönüşür.

Bu dönemde çocuk kurallarla, anlaşmalarla ve kısıtlamalarla yüzleşir. Ölümün kaçınılmaz olduğunu kavrayabilir. 8 yaşında ki çocuk ardı ardına söylenen 5 farklı rakamı tekrar edebilir. On yaşındaki çocuk ise 6 farklı rakamı tekrarlar. Okula başlanılan ilk yıllarda yazı yazma, becerisi, sayfa düzenleme becerilerinin ve, işitme, görme ve el kordinasyonunun henüz henüz tamamlanmamış olması normaldir. İkinci sınıfa kadar bunlar olabilir. Zor sesleri bazı harfleri çıkarmaması 7 yaşına kadar normaldir.

Erken Ergenlik Dönemi (12-14 yaş): Bu dönem genelde ergenlik fırtınası olarak bilinir. Bağımsız olma mücadelesi, soyut düşüncenin gelişmeye başlaması, bedeniyile ilgili uğraşlarda artış vardır. Aynı cinsten kişilerle arkadaşlık kurma daha yaygındır. Özellikle kızlarda daha sık olmak üzere çocukluktan ergenliğe geçerken depresif bir duygu durumu vardır. Anne babayla sorunlu ilişkiler varsa bu durum daha da artar. Bedenin görüntüsünde değişiklikler başlar. Çocuk görünümü kaybolur. Ebeveyn otoritesine karşı gelme vardır. Kendini daha çok eylemlerle anlatmayı tercih eder. Konuşma yeteneği iyidir. Anne babaya zaman zaman kabalık gösterebilirler, onların mü-kemmellik imajları yıkılmıştır, ebeveynler dışında sevecek kimseler ararlar. Yakın arkadaşlığa önem verirler. Arkadaş gruplarının aktiviteleri ve giyim tarzlarından etkilenirler. Alçakgönüllülük, utangaçlık, mahcubiyet eğilimleri vardır (aynı zamanda gösteriş yapma eğilimleri de olabilir). Normal olma kaygıları olabilir. Sigara, alkol ve uyuşturucu gibi maddeleri deneyebilirler.

Orta Ergenlik Döneminin Gelişim Özellikleri (14-17 yaş): Bu dönemde karşı cinsle ilgi başlar. Cinsel dürtülerin artmasının yanında ahlaki düşüncelerin gelişmesi de artar. Tutarsızlık sergileyebilirler. Örneğin bir konuda düşünceli ve empatik olabilen genç başka bir konuda kaba ve düşüncesiz olabilir. Kimi zaman sırlarla dolu kimi zaman da açık ve samimi olabilirler. Cinsel ve agresif dürtülerini yapıcı alanlara dönüştürebilirler. Entelektüel alanlara ilgileri artar. Amaçlarını belirlerler ve kendileri için ideal rol modelleri seçerler. Bağımsızlıklarının anne ve babalarınca kısıtlandığından yakınır. Dış görünüşleriyle aşırı uğraşırlar. Ebeveynleri küçümseme çabaları olur ve duygusal olarak onlardan uzak kalmak isterler. Karşı cinsle arkadaşlığa yönelme vardır. Arkadaş grup kimliğinin önemi giderek artar, ancak ilişkiler yüzeyseldir. Sık değişen ilişkiler görülebilir.

Geç Ergenlik Döneminin Özellikleri (17-19 yaş): Daha sağlam bir kişilik yapısı oluşur. Duygularını sözle güçlü bir şekilde anlatabilirler. Mizah yetenekleri artmıştır. Geniş düşünürler, mesleklerine yönelmeyi kalıcı ilgiler geliştirmeyi tercih ederler. Amaçları doğrultusundan bağımsız kararlar alırlar. Başka insanlara ve geleceğe ilgileri artar ve yaşamdaki rollerini sorgulamaya başlarlar. Kişiliklerine saygıya ve kendilerine olan güvenlerine önem verirler. Sosyal ve kültürel kuralları kabul etme eğilimindedirler. Genç, bu dönemde meslek seçim aşamasına geldiğinden, karar verme aşamasında aileden de ayrılacağı için artık kendi yeterliliklerini sorgular. Aynı zamanda önceki dönemlerde müzakeresini yapamadığı konuları bu dönemde ele alabilir. Son zamanlarda ergen beynindeki olgunlaşmanın davranışlarla olan ilişkisi araştırılmaktadır. Beynin çocukluk döneminde gelişmesini tamamlamış olduğu bilgisinin aksine, erken ve geç ergenlik dönemlerinde anatomik, fizyolojik ve biyokimyasal değişiklikler gösterdiği görülmüştür. Bu değişim frontal lobda daha belirgindir. Unutulmamalıdır ki dürtü kontrolü, karar verme, plan yapma gibi beynin prefrontal kısmını ilgilendiren hususlar ergenlik döneminde erişkin düzeyine ulaşmadığından; ergenlerin halen daha erişkinlerin rehberliğine ihtiyaçları vardır.

Kaynaklar

1. Şenol S, İçeri E, Şener Ş (2006) Ruhsal ve Fiziksel Gelişim: in yüksel N(ed) Ruhsal Hastalıklar 3.baskı.
2. Thomas A, Chess S (1997) Temperament and Development. Newyork: Knopf
3. Zeanah CH, Boris NW, Larrieu JA (1977) Infant Development and Developmental Risk: a review of the past 10 years. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.
4. Motavallı Mukaddes N (2000) Çocuk ve Ergenlerin Psikiyatrik Değerlendirilmesi. Polven Ö(ed) Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi İstanbul:Nobel Tıp Kitabevi
5. Brendgen M, Wanner B, Norin AJS, Vitaro F (2005) Relations With Parents and with peers, Temperament and Trajectories of Depressed Mood During early adolescence J Abnorm Child Psychol.
6. Young JG, Kaplan D, Pascualvaca D, Brasic JR (1995) Psychiatric Examination of the Infant Child and Adolescent in: Sadock BJ, Sadock VA (eds) Comprehensive Textbook of Psychiatry, 4th ed. Maryland.
7. Aysev SA, Tamer IY, Çocuk ve Ergen Ruhsağılığı ve Hastalıkları . Ankara 2006 sayfa 155-206

Çocuğun Ruhsal Gelişiminde Ailenin Rolü

Meltem Meriç, Şirzat Yeşilkaya

Aile; içinde bulunduğu toplumun özelliklerini taşıyan, bununla birlikte kendi iç dinamikleri ve kendine ait kuralları olan bir yapıdır. Ailenin en önemli işlevleri arasında çocuk yetiştirmek ve bu çocuğun topluma kazandırılmasını sağlamak gelmektedir. Çocuğun gelişiminde içinde büyüdüğü ailenin birbirleriyle ya da başkaları ile olan ilişkileri, anne babanın tutumu, rollerini yerine getiriş tarzları önemli yer tutar. Çocuk, ilk sosyalleşmeye ailesi içinde başlar, ebeveylere onun için birer rol modelidir, onlar gibi olmak ister. O yüzden aile içindeki ilişkiler, özellikle de anne babanın birbirleriyle ilişkisi çocuğun ruhsal gelişiminde belirleyici bir rol oynar.

Anne ve babanın kendi kişilik özelliklerinin bir araya gelmesiyle ailenin sadece kendilerine özgü bir yapısı oluşur. Ebeveynlerinin kendisine sundukları bu yapı içinde yetişen çocuğun güven, korunma, sevgi, bağımsızlık, beslenme, barınma gibi ihtiyaçlarının karşılanması ya da karşılanmaması çocuğun kişiliğinin belirlenmesinde önemlidir. Çocuğun kendine güvenmesi, kendine ve diğer bireylere sevgi duyması, kimlik kazanması, çevreye uyumu, sosyal hayatta başarılı olması sağlıklı bir aile içinde yetiştiği zaman gerçekleşir. Aile içinde demokratik bir yapı hakim olduğunda çocuk kendisini ifade edebilme özgürlüğüne sahip olur ve böylece yetişkin yaşamında kullanacağı yaratıcılık, girişkenlik, hakkını savunabilme değerlerini kazanır.

Aile içinde bulunduğu toplumun özelliklerinden etkilenen, değişkenlik gösterebilen, diğer sosyal sistemlerle etkileşim halinde olan dinamik bir yapıdır. Aile kendi yapısını her zaman korumaya çalışmakla birlikte dış çevreden gelen uyarılara da tepkisiz kalmaz. Çocuk ilk başlarda sadece ailenin kurallarını tanımakla birlikte büyüdüğü ve sosyalleştikçe, aile dışından kişiler ve durumlardan da etkilenir. Bu nedenle ailenin çocuğa özellikle küçük yaşlarda temel değerleri öğretmesi kişilik gelişimi için önemlidir. Aile farkında olarak ya da olmayarak çocuğa pek çok şeyi öğretir, çünkü çocuk aile üyelerinin her yaptığı davranışı gözlemler ve ileriki yaşamında kullanmak üzere depolar. Ailenin bilinçli olması bu anlamda önemlidir. Aile üyelerinin birbirlerine karşı açık ve dürüst oldukları, karşılıklı iletişimin sürekli ve doğrudan olduğu, her bir aile üyesinin kendisini değerli hissettiği sağlıklı bir aile ortamı yaratmak önemli-

dir. Böyle bir ortamda yetişen çocuk, güven duygusu gelişmiş, sosyalleştiği ortama uyum sağlayabilen, sorun yaşadığında aile içinde çözüm arayabilen bir yetişkin olarak karşımıza çıkar.

Her anne babanın çocuklarına yönelik tutumları farklılıklar gösterir, ancak en yaygın davranış şekilleri şöyle sıralanabilir:

Hoşgörülü ana-baba tutumu; ailenin uyulması gereken kuralları vardır ancak çocuk bu sınırlar içinde dilediklerini yapmada özgürdür. Bu ortam çocuğa birey olma şansı verir, öz güveni sağlamdır.

Kabul edici ana-baba tutumu; ebeveynler çocuklarını oldukları gibi sevgi ile kabul ederler. Kabul edilen çocuk sevgi dolu, sosyalleşmeye hazır ve öz güven sahibidir.

Otoriter ana-baba tutumu; bütün kontrol anne babanın elinde olup, çocuğun istekleri gözardı edilir. Çocuk sürekli olarak ebeveynin isteklerini yerine getirme çabası içinde olduğundan kendini ifade etme de sıkıntılar yaşar, içine kapanık ve isyankâr olabilir.

Aşırı koruyucu ana-baba tutumu; ebeveynler çocuklarının zarar görmesini, başına kötü bir şey gelmesini engelleme çabası ile onlara aşırı özen gösterirler. Çocuğun sürekli birilerine bağımlı olması, kendine güveninin azalmasına neden olabilir.

Reddedici ana-baba tutumu; ailenin çocuğa adeta düşmanca davranışlar sergilemesi olarak tanımlanabilir. Çocuğa sevgi, ilgi gösterilmez, sürekli eleştirilir. Bu tarz ortamda büyüyen çocuklar, kaygılı, öfkeli, tutarsız olurlar.

Serbest ana-baba tutumu; çocuk evde dilediğince davranır, ailenin çocuğun davranışları üzerinde bir denetimi, söz hakkı yoktur. Anne babaya karşı saygısız, sınırsız çocuklar olarak yetişirler ve sosyal hayatta da başkalarından ailelerindeki boyun eğiciliği bekledikleri için ilişkilerinde başarılı olamazlar.

Kayıtsız ana-baba tutumu, ilgisizlik ve hoşgörüyü birbirine karıştıran aileler için çocuk onlara sorun çıkarmadıkça bir problem yoktur. Bu tarz ortamda büyüyen çocuklar, sosyal ortama uyumda zorlanırken sürekli ilgi çekme çabası içindedirler.

Aile dinamik bir yapıya sahip olup, sürekli bir değişim içindedir. Çocukların bu aile dinamiklerinden etkilenmemesi mümkün değildir. Ailede kronik bir hastalığın var olması (engelli bir kardeşe sahip olma), yaşanan kayıplar, aile olma sürecinin sarsılması (boşanma vs.) gibi çocuğun gelişiminde etkili olan bu durumları kısaca ele almak önemlidir.

Boşanma

Aile ilişkilerinin bozulması sonucu aile işlevlerini yerine getiremeyen ebeveynlerin birtelikteliklerini sona erdirmesi olan boşanma, çocuğun sağlıklı aile ortamının bozulması anlamına gelir ve çocuk için stresli geçebilecek bir süreçtir. Boşanmanın çocuklar üzerindeki etkileri, çocuğun boşanmadan önceki aile içinde yaşadıklarına göre farklılıklar gösterir. Örneğin sürekli şiddetin ve çatışmaların yaşandığı bir aile ortamında boşanmadan olumsuz etkilenme oranı evliliğin sürdürülmesine göre daha az olabilir. Çocuğun gelişim dönemine göre farklılıklar göstermekle birlikte boşanma sürecindeki çocukların tepkileri; bu olayı kabul etmeme, anne ya da babaya aşırı kızgınlık, anne babayı birleştirmeye çalışma ve sonrasında çökkünlükle birlikte süreci kabullenme olmaktadır. Çocuk bu aşamaları yaşarken duygusal gelişimi açısından mutlaka bir duraklama/ gerileme yaşamaktadır. Boşanma ile birlikte çocuğun yaşamında mutlaka değişiklikler yaşanmaktadır. Anne ya da babanın yanında kalması sonucu yaşadığı evi, okulu değiştirmesi, kardeşlerinden ayrı kalması gibi durumlar çocukta stres yaratır. Boşanmış aileye sahip çocuklarda, kekemelik, altını ıslatma, sosyal uyumda bo-

zulma, akademik başarısızlık, dikkat eksikliği görülebilmektedir.

Boşanma tüm aile için bir kriz dönemidir. Anne ve babalar gerçekten zor olan bu dönemde kendi aralarında yaşadıkları çekişmeler yüzünden çocuklarının yaşadıklarını ve duygularını göz ardı edebilirler. Bu dönemde çocuklar her zaman ön planda tutulmalıdır. Gelişimlerini en az etkileyecek şekilde tutum sergilenmelidir. Boşandıktan sonra da çocuklarıyla ve birbirleriyle sağlıklı ilişkiler içinde olabilen, çocuklarına nitelikli ve kaliteli bir ilgi ve sevgiyi verebilen anne babaların çocukları sosyal hayata daha kolay uyum sağlamaktadırlar.

Boşanma ile birlikte eşlerin, karı koca ilişkisini bitirebileceklerini ancak anne baba olma sorumluluklarının hala devam ettiğinin farkına varmaları, çocuğun ruhsal gelişimi için önemlidir.

Hasta veya Engelli Kardeşe Sahip Olma

Aynı anne babaya sahip olma, kardeşlik ilişkisinin başlangıcıdır. Kardeşler, aynı kalıtsal, fiziksel özellikleri taşımakla birlikte, çoğu zamanda birbirlerinden çok farklı bireyler olabilmektedir. Kardeşlik uzun süreli ve dinamik bir deneyimdir. Çocuk anne babanın davranış ve tutumlarından etkilendiği gibi kardeşleriyle de bir etkileşim içinde olduğundan birbirlerinden etkilenmemeleri mümkün değildir. Ailede engelli bir çocuğun varlığı, anne baba için olduğu kadar kardeş için de zor bir deneyimdir. Hasta/Engelli bir kardeşe sahip olmaya verilen tepkiler, çocuğun yaş dönemlerine göre farklılaşır. Okul öncesi dönemde, hasta/engelli bir kardeşe sahip olma çocukta kaygıya, korkuya, şaşkınlığa neden olabilir. Anne babanın ona daha fazla ilgi gösterdiğini düşünerek gelişim dönemine göre gerileme gösterebilir, kardeşinin davranışlarını taklit ederek onun gibi davranmaya başlayabilir. Okul döneminde çocuk sosyalleşmeye başladığı için arkadaşlarının, başkalarının tepkisinin nasıl olacağını kestiremeyebilir. Bazen kardeşinden utanma, ona karşı bir kızgınlık hissederken bazen de kendisini suçlayarak kardeşine karşı aşırı korumacı olabilir. Çocuğun yaşı ilerledikçe sorumluluk duygusu gelişmeye başlar ve engelli kardeşi ile ilgili gelecek kaygısı yaşayabilir. Anne baba, hasta/engelli çocuk ve normal gelişim gösteren çocukları arasında dengede bir ilişki kurmak zorundadır. Anne babalar, hasta/engelli çocuklarına ihtiyacından dolayı daha fazla ilgi gösterebilir, sağlam kardeşe aşırı sorumluluk yükleyebilir ya da onu ihmal edebilirler. Aileler, bu konuda sağlam çocuğun ihtiyaçlarının farkında olmalıdırlar. Hasta/engelli kardeş ile ilgili her gelişmeyi paylaşmalı, hastalığı tam olarak anlatılmalı belirsizlik ortadan kaldırılmalıdır. Kardeşiyle ilgili hissettiği kırgınlık, suçluluk, öfke, korku, utanma gibi tüm duyguları konuşma fırsatı verilmeli, yargılanmamalı, bu duygular kabul edilmeli ve birlikte geçirilen zaman arttırılmalıdır.

Ebeveyn Kaybı

Anne ya da babanın ölümü, çocuk için üzücü ve hayatını derinden etkileyen bir olaydır. Çocukların ebeveyn kaybına tepkisi gelişim dönemine göre farklılıklar gösterir. Okul öncesi dönemde ölüm olgusu tam olarak şekillenemeyebilir. Ölen birisinin geri dönüşünün olmayacağını anlayamazlar. Çocuklar, ölen kişi için gitti, uzun bir uykuya daldı gibi düşünür, bunun sürekliliğini ayırt edemez ve geçici bir durum gibi algırlar. Bu yüzden anne ve babasının kendisini terk ettiğini düşünür, neden hala gelmediklerini sorgular onlara karşı kızgınlık duyabilirler. Bu dönemde, ölümün sadece hasta ya da yaşlı olanların başına gelen bir durum olduğunu düşünürler ve aileden biri hastalandığında öleceği endişesi yaşayabilirler. Daha sonraki yaşlarda, çocuklar ölümü daha

çok bedensel olarak anlamaya çalışırlar. Öldüğün zaman nefes alınamayacağı, hareket edilemeyeceğini bilirler.

Anne ya da babadan biri öldüğünde, diğer ebeveyni de kaybetmekten korkar, endişeleri artar. Çocukla ölüm konusu konuşulmalı ve durum açıklığa kavuşturulmalıdır. Ölüm olayından sonra bu konu ve ölen kişi hakkında hiç konuşulmaması çocuğun endişelerini arttırır. Çocuğa ebeveyninin neden öldüğü, bundan sonra nasıl yaşayacakları, yaşamlarında ne gibi değişiklikler olacağı açıklanmalıdır.

Çocuk, yaşanan kayıp sonrası bulantı, kusma, ağlama, çarpıntı, yorgunluk, uykusuzluk ve yemek yememe gibi fiziksel tepkiler de gösterir. Sosyal açıdan bakıldığında, akademik başarısı düşebilir, arkadaşlarından uzaklaşabilir.

Çocuk ebeveynlerden birinin kaybıyla karşı karşıya kaldıysa, öncelikle mutlaka çocuğun yasını tutmasına izin verilmelidir. Ağlamanın durdurulması, kaybettiği kişi hakkında konuşulmaması, sorularına yanıt verilmemesi, susturulması gibi tepkiler çocuğun sıkıntılarını paylaşmamasına neden olur.

Çocuk için olduğu kadar anne ya da baba için de eşini kaybetmek çok zor bir durumdur, o nedenle kendi hissettiklerini çocuğuyla paylaşmak kişiyi de rahatlattığı gibi, bu duyguları çocuğuyla paylaşmak çocuğa tek başına olmadığı duygusunu verir.

Kaynaklar

1. Michael E. (Ed) The role of the father in child development. 3rd ed. Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc.;1997
2. Günindi Y,Giren S. Aile kavramının değişim süreci ve okul öncesi dönemde ailenin önemi. Selçuk Üniversitesi Ahmet Keleşoğlu Eğitim Fakültesi Dergisi. 2011; 31:349-361.
3. Yavuzer H. Çocuk Psikolojisi.34. Baskı. İstanbul, Remzi Kitapevi;2011
4. Cole P,Martin S, Dennis T. Emotion regulation as a scientific construct: methodological challenges and directions for child development research. Child Development. 2004;75 (Suppl.2):317-333
5. Siklos S, K. A. Kernes. Assesing need for social support in parents of children with autism and down sendrome, autism developmental. Disorder. 2006; 36:921-933.
6. Marks, S.U.A, Matson, L. Barraza. The impact of siblings with disabilities on their brothers and sisters pursuing a career in special education. Research and Practice for Persons with Severe Disabilities.2005;30 (Suppl.2): 205-218.
7. Er R. Aile ve kardeş eğitimi programının engelli çocuğa yönelik tutum ve davranışlara etkisi. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çocuk Gelişimi ve Ev Yönetimi Anabilim Dalı Çocuk Gelişimi ve Eğitimi Bilim Dalı, Konya,2011.
8. Sandler, I., Miles, J.,Cookston, J,and Braver, S. Effects of father and mother parenting on children's mental health in high- and low-conflict divorces. Family Court Review.2008;46 (Suppl.2):282-296.
9. Ünal N. Zihinsel engelli çocukların annelerinin çocuk yetiştirme tutumları ile normal gelişim gösteren çocukların zihinsel engelli kardeşlerine yönelik davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesi. Kastamonu Eğitim Dergisi.2012;20(Suppl.3): 783-792.
10. Özdal F, Aral N. Baba yoksunu olan ve anne-babası ile yaşayan çocukların kaygı düzeylerinin incelenmesi. Gazi Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi.2005;6(Suppl.2):255-267.
11. Landry S. Developmentthe role of parents in early childhood learning. Encyclopedia on early childhood.2008;1(Suppl.6):1-6.

Herhangi bir sebeple sağlık kuruluşuna gelen çocuk ile doğru bir iletişim kurabilmek sağlık personeli için çok önemlidir. Her şeyden önce çocuk ile iletişimde dikkat edilmesi gereken özellikleri bilmek ve ailenin çocukla sağlıklı bir iletişim sürdürüp sürdüremediğini anlamak gerekir. Çocuğun kendisiyle ve çevresiyle barışık, uyum içinde olabilmesi, kendisini doğru ifade edebilmesi, ailesiyle olan iletişime ve verdikleri eğitime bağlıdır. Ayrıca anne-baba ve çocuk arasındaki iletişimin gücü, sevgi ve güven duygusu ile doğru orantılıdır.

Çocuk ile sağlıklı bir iletişimi kurup sürdürebilmek için öneriler aşağıda yer almaktadır.

1.Çocuğu Dinlemek: İletişimin temel şartı çocuğun her türlü sorununu dinlemektir. Bu gerçekten çok iyi dinlemek, dinliyormuş gibi yapmamaktır. Her yaştaki çocuk gerçekten çok iyi dinlenilmeli ve bu ona hissettirilmelidir.

Çocuğu dinlerken şu noktalara özen gösterilmelidir

- Zihinde sizi meşgul eden diğer olaylar bir süre için ertelenmelidir.
- Çocukla konuşurken, onun boyuna göre eğilerek, aynı seviyeye gelinmelidir.
- Çocuğun söyledikleri mimiklerle, baş hareketleri ile onaylanmalıdır. Söylenenleri duyduğunuzu belirten bir tekrar, özümleme yapılmalı ve duyguları isimlendirilmelidir.
- Çocuğun sözü kesilmemeli ve anlatacaklarını bitirene kadar sabırla dinlenmelidir.
- İsteği ya da söylediği çok mantıksız gelse de olumsuz tepki gösterilmemelidir.
- Onun duygularını paylaştığınız ona dokunarak, sarılarak ifade edilmelidir.
- Söylemek istediklerinin bittiğine emin olunca, olayın niteliğine göre, onun anlayabileceği bir dille, ebeveynler de konu hakkındaki düşünce ve duygularını ona anlatmalıdır.
- Çocuğun kendini ifade edebilme özgürlüğü ona hissettirilerek sosyal gelişimine yardımcı olunmalıdır.

2.Çocuğun kendi sorunlarını çözmesi için desteklenmesi: Çocuğun bağımsız bir birey olabilmesi için, bir sorun olduğunda çözüm üretmesine, üzüntüyle baş etmesine, sıkıntısını gidermesine izin verilmelidir. Sorumluluğunu alması konusunda teşvik edilmelidir.

3.Çocuğun duygularını tanıması: Çocuğun duygularını tanımasına yardımcı olunmalı, öfke, kıskançlık, yetersizlik, hayal kırıklığı, heyecan, sevinç, sevgi ve gurur gibi duygular yaşanabileceği anlatılmalıdır. Çocuğa “muayene sırasında ne hissettin?” gibi sorular yöneltilerek duyguları değerlendirmesi sağlanabilir.

4.Çocukla konuşma (ben dilinin kullanılması): Ben dili, kişinin o anda karşılaştığı durum ya da davranış karşısında, kişisel tepkisini duygu ve düşüncelerle açıklayan bir ifade tarzıdır. Ben mesajları, başkaları hakkında değerlendirme ve yorumları değil, kişinin kendi duygu ve yaşantılarını açıklar. “Ne korkak çocuksun, insan iğneden korkup kaçır mı? “ gibi bir mesaj yerine, “Böyle ağladığın zaman çok kırılıyorum, ben senin hastalığını iyileştirmek için çalışıyorum, benden kaçınca üzülüyorum” diyen bir ben mesajı duygularımı, düşüncelerimi açıkladığı gibi, sen mesajının içerdiği saldırıyı da kaldırdığından, tartışmanın büyümesine engel olur. Ben dili ile konuşmak, duygu ve düşünceleri anında ilettiği için kullanılan kişiyi rahatlatır. Bazı iletişim türleri ise çocuk ile ilişkiyi zedeler, çocuğun kendisini ifade etmesini sınırlandırır.

- Suçlama: “Sen zaten her zaman böyle davranıyorsun” Bu davranış çocuğu etiketler ve bir süre sonra yaptığı her davranıştan suçluluk duyar.
- Emir verme-yönetme: “Hemen dışarıya çık ve çağırmanı bekle”. Bu yaklaşım çocukta direnç oluşturabilir, isyankâr davranışlar geliştirmesine sebep olabilir.
- Tehdit etme: “Bir daha ilacı tükürürsen, gizli gizli diyetini bozarsan iğne yaparım” Çocuk, böyle bir davranış sonucu tehdit edilmemek için yalan söyleyebilir ya da yaptıklarını inkâr edebilir.
- Eleştirme: “Ayakkabını kendin bağlamayı hala öğrenemedin mi” Bu davranış çocuğu pasifleştirebilir. Çocuğun kendine olan güveni gelişemez, yaratıcılığını ortaya çıkaramaz.
- Uyarma-gözdağı verme: “Bir daha anneni senin yanında muayene odasına almam” Bu davranış çocuğu korkutabilir, onun zamanla her şeye boyun eğmesine neden olabilir.
- Utandırma: “Her zaman aynı hatayı yapıyorsun” Bu davranış çocuğun kendisini yetersiz ve beceriksiz hissetmesine sebep olabilir.
- Yargılama: “Sen hep böylesin, diyetine uymazsan daha çok hasta olacaksın” Sevil-meme, takdir edilmeme kaygılarından dolayı, kendini kırılmış ve üzgün hisseder.
- Aşağılama: “Küçük elinle bandajları açabileceğini mi sanıyorsun?” Bu yaklaşım çocuğun kendini mahcup ve önemsiz hissetmesine yol açabilir.
- Alay etme: “Evet bayan bilmiş, ilaçlarını içmeden iyileşeceğini mi sanıyorsun?” Bu yaklaşım çocuğun kendini değersiz hissetmesine ve sevilmediğini düşünmesine neden olur.
- İnceleme-Araştırma-Soruşturma: “Neden? Niçin? Kimler geldi?” vb. şeklindeki yaklaşımlar, çocuğun kendini sorgulanyormuş gibi hissetmesine neden olabilir.

5. Çocuğun empati yeteneğinin geliştirilmesi: Empati kurmak; insanın kendisini baş-

kasının yerine koyup onun hissettiklerini hissetmeye, gördüklerini görmeye çalışmaktır. Olaylara onun dünyasından, onun gözüyle bakmaya çaba göstermektir. İletişimi kolaylaştıran faktörlerden biridir. Çocukla empati kurmanın ilk şartı, diz çökerek onun bakış açısından dünyayı görmektir. Çocuğu kucağa almak, sarılmak da çok önemlidir. Çocukla empati kurabilmek için, onun o andaki duygularını hissedebilmek gerekir. Duygularda “yargı” ya da “doğru-yanlış” olmayacağı için, çocuğun duygularını anlamaya çalışmak daha kolay olacaktır. Çocuğun saçları kesilmek zorunda kaldığında “Ne var bu kadar üzülecek, şapka takarız olur biter” sözleri ile yaklaşmak, onunla empati kurulamadığını gösterir. Bu tür bir yaklaşım çocukla iletişimi engeller.

6. Çocuğun olumlu davranışlarının övülmesi: Çocuğun başarılarının, olumlu davranışlarının fark edildiği gösterilmelidir. Örneğin, çocuk pansuman sırasında ağlamadığında davranışı övülürse, ilgiyi sürdürmek için bu olumlu davranışa devam edecektir.

7.Çocuğa ilgi ve sevgi gösterilmesi: Çocuklara mümkün olduğu kadar çok sevgi ve ilgi gösterilmelidir. Çocuklarının sevebileceği oyuncaklar polikliniklerde bulundurulabilir.

8.Çocuğa güven verilmesi: Çocuklar sağlık personeline güvenebileceğini bilmelidir. Çocuğa verilen sözler mutlaka tutulmalı, tutulamayacak sözler verilmemelidir. Çocukla iletişimde hoşgörölü ve esprili olunmalıdır.

9.Çocukla iletişimde pozitif disiplinin kullanılması: Çocuğun davranışlarını değiştirmek için ceza sisteminden çok ödöl sistemi kullanılmalıdır. Cezalandırılmış çocuklar, cesareti kırılmış, kendilerine güvenmeyen çocuklardır. Ceza verilmesi gereken durumlar da olabilir. Ama bu, çocuğun gururu kırılmadan yapılmalıdır. Çocuk başkalarının yanında eleştirilmemelidir. Çocuğun doğru, güzel yaptığı davranışlarının görüldüğü, beğenildiği ona hissettirilmelidir.

Kaynaklar

1. Yavuzer H. Anne ve babaların dikkat etmeleri gereken başlıca noktalar, Çocuk Psikolojisi, Remzi kitabevi, İstanbul, 2003, sf: 138-140.
2. Yavuzer H. İletişim, Çocuk Eğitimi El Kitabı, Remzi kitabevi, İstanbul, 2003, sf: 9-37.
3. Desai PP, Pandya SV. Communicating with Children in Healthcare Settings. Indian J Pediatr. 2013 Feb 3. [Epub ahead of print].
4. Moschis, GP, The role of family coommunication in consumer socialization of children and adolescent. Journal of Consumer Research, 1985;11(4): 898-913.
5. Baumrind D. Parental Disciplinary Patterns and Social Competence in Children, Youth & Society, 2008;9(3): 239-76,
6. Collins WA. & Laursen B. (2004). Parent-adolescent relationships and influences. In R. Lerner and L. Steinberg (Eds.), Handbook of adolescent psychology. New York: Wiley.
7. Rodgers KB.&Small SA. (1997). Living with your teenager: The changing parent-child relationship from [http:// www. extension.iastate.edu/Publications/PM944B.pdf](http://www.extension.iastate.edu/Publications/PM944B.pdf)

Çocuk dünyaya geldiğinde ilk önce iletişim kurduğu kişiler doğal olarak anne ve babasıdır. Anne, babanın sevgi, ilgi ve bakımı çocuğun bir birey haline gelmesini sağlar. Anne baba için önemli olan sağlıklı bir kişiliğe sahip bir bireyi yetiştirip topluma kazandırmaktır. Çocuk bebeklikten başlayarak gelişiminin her döneminde yaşamını etkileyebilecek farklı durumlarla başa çıkmaktadır. Bu durumlardan bazıları evlat edinme, ebeveyn kaybı ve ebeveynlerin boşanmasıdır. Çocuklar ruhsal ve fiziksel gelişimlerini henüz tamamlamadıklarından bu gibi durumlarla başedebilmeleri için desteklenmek zorundadırlar. Yeterince maddi, manevi ve psikolojik destek alamayan çocuklar bu dönemlerinde yaşadıkları sorunlarla tüm ömür boyunca mücadele etmek zorunda kalırlar. Bu bölümde çocukların maruz kaldıkları özel durumlar ve başa çıkma yöntemlerinden bahsedilecektir.

Evlat edinme: Evlat edinme, çok eski tarihlere dayanan ve günümüzde de devam etmekte olan sosyal bir durumdur. Böylece çocuk sahibi olamayan aileler bir çocuk yetiştirme mutluluğuna erişirken kimsesiz çocuklar da sıcak bir aile ortamında yetişme şansı yakalamaktadırlar.

Evlat edinen aile, çocuğun idealindeki modele uyamayabileceğini baştan kabul etmelidir. Çocukta istemediği ve beklemediği özelliklerin varolabileceğini unutmamalı, olumlu yönleri geliştirebileceği, olumsuz yönlerin de uygun bir eğitimle üstesinden gelebileceğini bilmeli ve bu konuda desteklenmelidir.

Çocuğa evlat edinildiği küçük yaşta ve sade bir dille en uygun zamanda söylenmelidir. En uygun zaman ise okul öncesi dönemdir. Anne ve baba çocuğa gerçeği söylerken onca çocuk içerisinde onu seçtiklerini, kendilerine çok sıcak ve yakın geldiği, onunda kendilerine güldüğü gibi 'karşılıklı seçimi' tarif eden ifadeler kullanabilirler. Çocuğun bu durumu hemen anlaması ve adapte olması beklenmemelidir. Bu süreçte doğal davranılmalı ve aşırı duygusallıktan kaçınılmalıdır. Bir çocuğun gerçek ailesinin, onu büyüten, eğiten, yetiştiren, ihtiyaçlarını karşılayan, ona ilgi ve sevgi gösteren ebeveynler olduğu açıklanmalıdır. Çocuğun kendisini aile ortamında hissetme-

si sağlanmalıdır.

Evlat edinilen çocuğun, biyolojik anne ve babasının kim olduğunu, sağ olup olmadıklarını, neden terkedildiğini sorabileceği akıldan çıkarılmamalıdır. Bu sorulara verilen cevaplar gerçeğe uygun olmalı, çocuğun yaşına ve anlama düzeyine hitap etmelidir. Anne ve baba benzer cevaplar vermelidirler. Çocuğun içinde hiç bir şüphe kalmamalıdır. Biyolojik anne ve babası kötülenmemelidir. Yaşıyorlarsa öldükleri söylenmemelidir. Çocuğun gerçeği arkadaşından, öğretmeninden veya tanımadığı bir kişiden öğrenileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Bu gibi durumların çocukları daha çok etkilediği, saldırgan yaptığı, okul başarısını düşürdüğü, uyum ve davranış bozukluklarıyla psikolojik sorunlara yol açtığı, evlat edinmiş olan aileye karşı sevgi ve güveni azalttığı gözlenmiştir.

Gerek anne baba gerekse de diğer aile bireyleri çocuğa doğal davranmalı, ona ayrıcalıklı da davranmamalıdır. Evlat edinilen çocuk ile eğer varsa diğer çocuklar eşit görünmeli ve eşit davranılmalıdır. Diğer kardeşlere de evlat edinilen çocuğun durumu anlatılmalıdır. Evlat edinilen çocuk ile eğer varsa diğer çocuklar eşit görülmeli ve eşit davranılmalıdır.

Boşanmış Aile Çocuğu: Yapılan araştırmalar, boşanmış ailelerin çocuklarının uyum sorunları olduğunu, gelişimi açısından risk altında olduklarını ve akademik, psikolojik, davranışsal ve sosyal yönden daha fazla sorun yaşadıklarını göstermektedir.

Bireyin psikolojik gelişimi üzerinde çok önemli bir dönem olan çocukluk ve bu dönemdeki ebeveyn - çocuk ilişkileri yapılan araştırmalarla ortaya çıkarılmıştır. Her çocuk için özellikle yaşamının ilk yıllarında anne - babasıyla olan ilişkisi çok önemlidir. Anne - babanın boşanması, hem çocuklar hem de ebeveynler için oldukça zor ve stresli bir süreçtir. Çocuk açısından bakıldığında, o güne kadar en fazla bağlı olduğu anne ve babasına, bundan sonra eşit olarak ulaşamayacak ve dünyası bir anlamda parçalanacaktır.

Yapılan araştırmalar, boşanmış ailelerin çocuklarının uyum sorunları, gelişimi açısından risk altında olduklarını ve akademik, psikolojik, davranışsal ve sosyal yönden daha fazla sorun yaşadıklarını göstermektedir. Özellikle boşanmayı izleyen ilk iki yıl içinde, çocuklar yoğun uyum sorunları yaşamakta ve bu süreç bazen 15-20 yıla kadar uzayabilmektedir. Boşanma sonrası dönemde çocukların yaşadığı sorunlar kısa ve uzun süreli olmak üzere iki grupta ele alınmaktadır. Kısa sürede öfke, utangaçlık, umutsuzluk, güvensizlik ve somatik yakınmalar; uzun sürede alkolizm, depresyon, kaygı ve intihar eğiliminde artma, ergenlik çağına geldiklerinde ise üniversiteye girme veya tamamlama oranında düşme ve işsizlik oranında artma gözlenmektedir.

Boşanma, ailenin yaşam döngüsü içinde gelişen, aile bireylerinin rollerinde değişime yol açan ve ruh halini bozan bir kriz durumudur. Çocuklar için stresli, kafa karıştırıcı, baş etmesi zor ve karmaşık bir dönemdir. Çocukların boşanmayla ilgili olumsuz duygularını, yanlış anlamalarını en aza indirmek, boşanma sonrasında yaşanan sorunlarla baş etmelerine destek olmak için profesyonel yardım gerekebilmektedir.

Boşanmış çiftlerin çocuklarını ebeveyn desteği, denetleme ve şiddet içermeyen disiplin yöntemleri ile yetiştirmeleri çocukların okul başarısının yükselmesine, daha az davranış problemleri yaşamalarına ve madde kullanmamalarına, daha iyi ruh sağlığı ve benlik algılarında olumlu gelişmeler oluşmasına katkı sağlamaktadır.

Boşanmanın çocukların üzerindeki olumsuz etkilerini azaltmaya yönelik çeşitli uygulamalar mevcuttur. Özellikle gelir düzeyi düşük ve psikolojik hizmetlerden yararlan-

ması zor olan aileler desteklenmeli, boşanma davaları süresince ailelere hukuki ve psikolojik destek sağlanmalıdır. Boşanma sonrası dönemde ebeveynler arasındaki çatışmanın azaltılması ve işbirliğinin artırılması için uygulanacak bir program ebeveynlerin boşanma sonrasındaki ilişkilerini iyileştirerek çocuklarının boşanma sonrasındaki uyumlarını artıracaktır.

Ebeveyn Kaybı: Kayıp, bireylerin yaşamında önemli yer tutan bir yaşam olayıdır. Kayıp, kaybedilen kişi anne ya da baba olduğunda çocukların ruh sağlığını etkilemektedir. Ebeveyn kaybı ruhsal bir travmadır. Böyle çocuklar psikolojik, davranışsal ve duygusal açıdan problemler yaşamaktadırlar.

Anne baba kaybının çocuklar üzerindeki etkileri çocuğun yaşı ile ilişkilendirilmiştir. Daha küçük yaşlarda anne baba kaybı yaşayan çocuklar bakım veren kişinin, bağlandığı figürün kaybını hissetmekte ve bir akraba yanına yerleşerek, üvey anne, baba, kardeşler ile yaşamaya başlamaktadırlar.

Bir ebeveynin kaybı ile kalan ebeveynin kendi yası ile meşgul olurken evin düzeni ile ilgili sorumlulukları tek başına karşılamaya vermiş olduğu duygu, durum ve hareket tarzı nedeniyle çocuk her iki ebeveynini de kaybetmiş gibi yalnız kalabilir. Ebeveynlerin çocuklarının tepkilerini bilmeleri ve sorularına hazırlıklı olmaları bu dönemin daha iyi yönetilmesine yardımcı olacaktır.

Ölüm üzerinde konuşurken ebeveyn olabildiğince açık, sade ve basit bir dil kullanmalıdır. Çocuklara verilen cevaplar onları ikna edebilir. Bazen tekrar tekrar aynı soruları yöneltebilirler. Bazen çocuklar ölüm kavramının arkasındaki duygusal süreçlerle de ilgilenirler. Burada çocuğun endişesinin giderilmesi gerekir. Ölüm kavramı tam olarak anlaşılmadığından, çocuk tarafından bu durum ayrılık gibi algılanabilir ve çocuk kısa süreli de olsa ebeveyninden ayrı kalmak istemeyebilir. Bir başka sorun da çocuğun ölüme ilişkili bildiği yanlışlardır; ölümün uykuyla karıştırılması ve ölen kişinin uyuduğunun zannedilmesi çocuklarda uykuyla ilgili problemlere; uzağa gitmek ile ilişkilendirilmesi ise çocuklarda terk edilmişlik duygusuna yol açabilmektedir. Çocukla yaşanan olayları, duyulan yalnızlık ve üzüntüyü, geçmişte yaşanan mutlu anları, geleceğe ilişkin planları konuşmak yardımcı olabilir. Yaşayan ebeveyn için çocuğa babasını veya annesini kaybettiğini söylemek oldukça zordur. Çocuğa bu durumun geciktirmeden, sakin ve anlayabileceği bir şekilde, hayatta kalan ebeveyni tarafından açıklanması en uygun olanıdır. Çocuklar bulunduğu gelişim dönemiyle ilgili olarak ebeveyn kayıplarına reaksiyon vermektedirler. Ayrıca çocuğun yaşı, kişiliği, önceki yaşam deneyimleri, ölen kişiyle ilişkisi, kayıp sonrası ailenin tavrı, çocuğun ihtiyaçları ve bunların karşılanması, duygu, düşünce ve anıların paylaşılıp paylaşılmaması çocuğun yasını etkileyen faktörlerdir. Kayıp yaşayan çocuğun; okul performansındaki değişiklik ve çok çabalamasına rağmen başarısız olması durumları dikkatli takip edilmesi ve yardım alınması gerektiğini hatırlatan ip uçlarıdır.

Kaynaklar

1. Razon N. Evlat Edinilmiş Çocuk ve Eğitimi. Yaşadıkça Eğitim Dergisi. 1991;17
2. The effects of divorce on children, working document. Department of Justice Ministre Canada. 1997. URL: <http://www.canada.justice.gc.ca/en/ps/rs/wd98-2a-e.pdf>.
3. Kelly JB. Risk and protective factors associated with child adolescent adjustment following separation and divorce. In: Kuehnle K, Drozd L, editors. Parenting Plan Evaluations: Applied Research for the Family Court. New York: Oxford University Press; 2012.
4. Amato PR. Research on divorce: continuing trends and new developments. J Marriage Fam. 2010;72,650-666.
5. Butler I. Divorcing Children: Children's Experience of Their Parents' Divorce. Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers; 2003.

6. Isaacs A. Children's adjustment to their divorced parents' new relationship. *J Paediatr Child Health*. 2002;38:329-331.
7. Lamb ME, Sternberg KJ, Thompson RA. The effects of divorce and custody arrangements on children's behaviour, development and adjustment. *Exp Evidence*. 1997;5:83-88.
8. Woodward L, Fergusson DM, Belsky J. Timing of parental separation and attachment to parents in adolescence: results of a prospective study from birth to age 16. *J Marriage Fam*. 2000; 62:162-174.
9. KKTC mahkemeler, 2005 Yılı Faaliyet Raporu, Yüksek Mahkeme Genel Sekreterliği. 2006. S 9-S11.
10. Amato PR. Children's adjustment to divorce: Theories, hypotheses and empirical support. *Journal of Marriage and the Family*. 1993;55:23-38.
11. Hootman J, Houck GM, King MC. Increased mental health needs and new roles in school communities. *J Child and Adolescent Psychiatric Nursing*. 2003;16(3):93-101.
12. Wolchik SA, West SG, Westover S, Sandler IN, Martin A, Lustig J, Tein J, Fisher J. The children of divorce parenting intervention: outcome evaluation of a empirically based program. *American Journal of Community Psychology*. 1993;21(3):293-331.
13. Hetherington EM, Hagan MS, Anderson ER. Marital Transitions: A child's perspective. *American Psychologist*. 1989;44(2):303-312.
14. Amato PR. Children and Divorce: Outcomes for Children and Young Adults, 2000. URL: [http:// www.icvf.msu.edu](http://www.icvf.msu.edu).
15. Simons RL, Lin KH, Gordon LC, Conger RD, Lorenz FO. Explaining the higher incidence of adjustment problems among children of divorce compared with those in two-parent families.
16. Marriage and the Family. 1999;61:1020-1033.
17. Wood JJ, Repetti RL, Roesch SC. Divorce and children's adjustment problems at home and school: The role of depressive / withdrawn parenting. *Child Psychiatry and Human Development*. 2004;35(2):121-141.
18. Boyd MA. Psychiatric nursing contemporary practice. 2nd ed. USA: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.
19. Arifoğlu B, Öz F. Boşanmış Aile Çocuklarına Hemşirelik Yaklaşımı. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*. 2008;76-84.
20. Wang H, Amato PR. Predictors of divorce adjustment: stressors, resources, and definitions. *J Marriage Fam*. 2000;62:655-668.
21. Cowan CP, Cowan PA, Pruett MK, Pruett K. An approach to preventing coparenting conflict and divorce in low-income families: strengthening couple relationships and fostering fathers' involvement. *Fam Process*. 2007;46:109-121.
22. Deutsch RM. Divorce in the 21st century: multidisciplinary family interventions. *J Psychiatry Law*. 2008;36:41-66.
23. Amato PR, Cheadle JE. Parental divorce, marital conflict and children's behavior problems: a comparison of adopted and biological children. *Soc Forces*. 2008;86:1140-1161.
24. Öngider N. Boşanmanın çocuk üzerindeki etkileri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2013;5(2):140-161.
25. Uluğ ÖŞ. Üniversite Öğrencilerinde Depresyon Düzeyine Ebeveyn Kaybının ve Anne Baba Ayrılığının Etkisi. Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi (Yüksek Lisans Tezi). Kocaeli; 2008.
26. Nolen-Hoeksema S ve Larson J. Coping with Loss, Lawrence Erlbaum Associates. New Jersey; 1999.
27. Attepe S. Anne baba kaybının çocuklar üzerindeki etkileri. *Aile ve Toplum Eğitim Kültür ve Araştırma Dergisi*. 2010;3:23-28.
28. Corr CA and Corr DM. Handbook of Childhood Death and Bereavement. New York: Springer; 1996.
29. Fitzgerald H. The Grieving Child: A Parent's Guide. New York: Touchstone; 1992.
30. De Spilder S, Strickland AL. The Last Dance: Encounter Death and Dying. 8th ed. McGraw-Hill; 2011.
31. Dyregrov A. Çocuk, Kayıplar ve Yas: Yetişkinler İçin El Kitabı. Çeviren: Güvenç G. Türk Psikologlar Derneği Yayınları. İstanbul; 2000.
32. Yıldız A. Çocuk, ölüm ve kayıp. Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2004;11: 125-144.

Aile, çocuğun kişilik özelliklerini, tutum ve davranışlarını biçimlendiren, onu toplum içinde gelecek yıllardaki rolüne hazırlayan toplumun en küçük ve önemli yapı taşıdır. Çocuk gelişiminin multifaktöryel etkenlerinin içinde en önemli basamaklardan biri, çocuğun ruh sağlığı ve işlevselliğinin özünü oluşturan bir kurumdur. Dolayısı ile bu kurumda çocuğun topluma doğru adaptasyonunu sağlayacak tutarlı bir yaşam öğretisi, aile içinde yaşına uygun bir disiplin ve bunu sağlayacak ideal ödül ve ceza kavramları ile sağlanabilir. Sıklıkla tarihsel, kültürel ve bazen sosyoekonomik koşullara göre birçok farklılıklar taşıyan bu kavramların bilimsel ve güncel yaşamın gerçeklerine uygun tanımlanması, örneklerle sunulması önem taşımaktadır.

Çocukluk Çağında Disiplin

Çocukta disiplin, çocuk eğitiminin bir parçası olarak, onu izleyen biri olmadığı zamanlarda da olumlu davranma alışkanlığı kazanmış olmasıdır. Disiplinin önde gelen ilgi alanı, davranışı etkili bir şekilde ele almaktır. Bu sebeple çocuğun gelişiminde etkili bir rol oynar. Fiziksel ya da sözel olarak horlanarak, baskıyla olumlu davranışlar kazanmasını sağlamak, çocuğun tutarsız davranış göstermesine neden olur. Bu durum özellikle çocuk tek başına kaldığında daha belirgindir.

Disiplinin çocukta beklenen üç temel amacı olmalıdır. Bunlar; sevgi, güven ilişkisi geliştirmek, benlik değerinin temelini atmak, başkalarını anlayarak ve onların kişiliklerine saygı göstererek model görevini gerçekleştirmektir. Aile yaşamında denge ve düzenin oluşturulmasında disiplinin büyük önemi vardır. Disiplinin baskı ve zor kullanma şeklinde algılanması hatta dayak ve zor kullanımının olması halinde çocuklarda aileye karşı kızgınlık, öfke ve korku duyguları, çevresine karşı saldırganlık ve şiddet gibi olumsuz etkiler oluşabilmekte, düşük benlik algısı ve özgüven eksikliği görülebilmektedir.

Ailede disiplin, aile bireylerinin belirli bir düzende yaşamalarıdır. Her ailenin farklı bir düzeni ve farklı bir disiplin anlayışı vardır. Bazı aileler daha katı bir disiplin uygularken, bazı aileler daha esnek olabilir ya da kurallara fazla yer vermeyebilir. Çocuğa di-

siplin genellikle ödüller ve cezaların uygulanması ile denenir. Anne ve baba, çocuk onların istediği gibi davranmadığı zaman ne yapmaları gerektiği konusunda çoğunlukla kararsızdırlar. Bazen şiddetli tepki gösterirler, cezalar birbirini izler, bazen de yapılan hatayı görmezlikten gelirler.

Ödül ve Ceza

Ödül ve ceza normal hayatın içinde, davranışların doğal sonuçları olan kavramlardır. Bu sonuçların alındığı deneyimler hangi davranışların bırakılıp hangilerinin sürdürüleceğini belirler. Ödül ve cezanın dozu ve dengesinin ayarlanması çocuk büyüdüğünde “ödül ve cezanın hayat içerisinde doğal olduğu” sonucuna ulaşabilmesini sağlamalıdır. Abartılı ya da kısıtlı ödül veya ceza beklentileri ile değil yaşamdaki doğru dengeyle algılanmasını içermelidir.

Ödül ve ceza uygulanırken ailede tutarlılık olmalı ve annenin cezalandırdığı davranışı baba ödüllendirmemelidir. Örneğin çocuk küfür ettiğinde anne çocuğa kızıyor ve azarlıyor; ama babanın yanında küfür eden çocuğa baba “Aferin oğluma, büyümüşte küfür ediyor” şeklinde bir tepki gösteriyorsa, çocuk hangi davranışın doğru olduğunu ayırt edemez ve duruma göre hareket eder. Sadece annesinin yanında küfür etmez. Ancak ebeveynlerde tutarlılık olursa ve aynı duruma farklı tutumlar sergilemezlerse çocuk hangi davranışın yanlış olduğunu bilir ve çelişki yaşamaz.

Ceza yalnızca hoş görülme-yen davranışa verilen tepkidir. Ancak hangi davranışı yapması gerektiği belirtilmez ise çocuk hangi davranışın doğru, hangi davranışın yanlış ve yapmaması gereken davranış olduğunu bilemez. Cezanın etkisi uzun süreli olmaz. Sadece uygulanan zamanda etkili olur ve ortadan kalkar. Cezayı uygulayan kişinin olmadığı durumda da tekrar ortaya çıkar. Çünkü alternatif davranış sunulmamış ve neden yapmaması gerektiği açıklanmamıştır. Çocuğa hangi davranışından dolayı ceza verildiği ve hangi davranışları sergilemesi gerektiği söylenmelidir.

Ceza sonucunda çocukta yalan söyleme, aldatma, geri çekilme gibi cezadan kaçmak için kullanılan davranışlar ortaya çıkabilir. Anne babalar çocukları için önemli bir modeldir. Çocuğa şiddet uygulanması çocuğun da şiddete yönelmesine ve aynı yöntemleri uygulamasına sebep olur.

Ödül istenilen bir davranışı ortaya çıkarma olasılığını artırır, ceza ise istenmeyen davranışın ortamdaki çekilmesini sağlar. Bu yüzden ebeveynlerin ödül ve ceza mekanizmalarının uygulanmasını kesinlikle iyi bilmeleri gerekmektedir.

Anne, baba ve çocuk arasındaki iletişimi yönlendiren temel noktalardan birisi ödül ve ceza vermenin zamanlamasıdır. Bu nedenle çok küçük yaşlardan itibaren olumlu bir hareket yapıldığı zaman ödüllendirme mekanizması çalıştırılmalıdır. Çocukla iletişimde ödül mekanizmasını kullanırken, ödülün miktarı, yeri ve zamanı iyi ayarlanmalıdır. Ödüllendirme abartılmamalı, sürekli maddi ödüller kullanılmamalıdır. Çocuk her olumlu davranışından sonra ödüllendirilirse zamanla yalnızca ödüle ulaşmak için çalışır. Ödül verilmediği zaman ise istenilen davranışı yapmaz. Zaman zaman maddi ödülün yanında, yaptığı işin kendi sorumluluğu olduğu anlatılmalı ve çocuğa sorumluluklarını yerine getirmesi gerektiği vurgulanmalıdır. Ödül anne-babanın verebilecekleri miktarı aşacak derecede abartılmamalıdır. Çocuğa yapacağı herhangi bir davranışın sonucunda bir ödül vaat edilmiş ise kesinlikle yapılmalıdır. Yerine getirilmeyecek büyüklükte vaat edilen bir ödül verilmediğinde, çocukta ebeveynlerine karşı güvensizlik duygusu gelişecektir.

Çocuğun her davranışının ödüllendirilmesi gerekmez, eğer çocuk her istediğini fark-

lı yollarla elde etmeyi öğrenirse bunu suistimal etmeye başlayacaktır. Bu yüzden çok küçük yaşlardan itibaren çocuklar, elde edemeyecekleri şeylerin de olduğunu öğrenmelidir.

Yaşa Göre Ödüllendirme

Çocukların ödüllendirilmesi yaşa göre farklılık göstermekle beraber basit bir sevgi gösterisinden başlayarak geniş bir spektrum gösterir. Bebeklik dönemine özgü ödüllendirme şekli: Öpme, okşama, sevmeye, kucaklama, onunla oynama, onu besleme, gezdirmeye, onunla meşgul olma, onunla konuşma, onu sevdiğini hissettirmedir. Bu davranışların normal zamanda yapılması zaten gereklidir. Ancak ödüllendirilmek istendiğinde özellikle yapılması önem taşır.

Okul öncesi dönemde ödüllendirme şekli: Öpme, okşama, sevmeye, kucaklama, onunla oynama, onunla gezme, birlikte vakit geçirme, sözlü olarak onaylandığını vurgulama, onun hoşuna gidecek iltifatlarla bulunma, sevildiğini hissettirme, gelişim dönemine uygun oyuncak veya hediyeler almadır. Alınan hediyelerin manevi önemi vurgulanmalıdır.

Okul döneminde ödüllendirme şekli: Öpme, okşama, sevmeye, onunla oynama, birlikte gezme, birlikte ders çalışma, onaylandığını hissettirme, yeteneklerini ön plana çıkaracak program ve aktivitelere yönlendirme, hoşuna gidecek iltifatlarla bulunma vb.

Verilen Ödül veya Cezanın Nedenini Açıklama

Ödül vermede olduğu gibi cezanın da yeri, zamanı ve miktarının iyi belirlenerek kullanılması gerekir. Kesinlikle fiziksel ceza kullanılmamalı, genel olarak mahrum bırakma şeklinde olmalıdır. Örneğin, “dersini çalışmazsan televizyon izlemene izin vermem, odanı toplamazsan arkadaşlarınla oynamaya gidemezsin” gibi.

Ödülde olduğu gibi yapılamayacak cezanın da verilmemesi ve cezanın nedeninin mutlaka çocuğa açıklanması gerekir. Çocuk hem ödülü hem de cezayı niçin aldığını bilmelidir. Sürekli olarak açıklayıcı olunmalıdır. “Sana şu cezayı veya ödülü veriyorum çünkü sen şu davranışta bulundun ve bunu hak ettin” gibi.

Teşvikin Çocuk Üzerindeki Etkileri

Çocuk eğitiminde önemli bir mekanizma da teşviktir ve çoğu zaman ödülde daha etkilidir. Zamanla ödülün etkisi kaybolabilir ancak, çocuklar ebeveynin takdirini (teşvik) duymak için o davranışı tekrarlamak isterler. Aslında teşvik, çocuklara verilecek en iyi ödüldür.

Teşvik çocukların özgüvenini artırır. Teşvikin verilebilmesi için kazanmak şart değildir, her olumlu adım için verilebilir. İlk şart, çocuklara olumsuz eleştiri yapmamaktır. Uygun yapılan teşvik, çocukları olduğu gibi kabul edip normal yaşamın gereklerini daha kolay kavramasını sağlar. Kusur, hata gibi kavramlara karşı daha cesur ve düzeltici olmasına yardımcı olur. Olumlu teşvik yapıldığında çocuklar, hataları ile değil olumlu davranışları dile getirilerek desteklenir.

Çocukları Cezalandırma

Çocukların ilk yaptığı hatalar genelde sonuç doğurmayacak şekildeyse, ebeveynler uyararak yetinmelidir. Uyarının da bir cezalandırma olduğu unutulmamalıdır. Yeri geldiğinde anlık bir kaç çatılması şeklinde de olabilir. Bu çocuğa yaptığı davranışın onaylanmadığı mesajının iletilmesidir.

Çocukla yaşına uygun bir şekilde diyalog kurmak önemlidir. Özellikle yapılan hata-

nın şiddeti artmış ise, bu durumun hatalı olduğu ve doğrusunun ne olduğu, davranışın tekrarı halinde zararının neler olabileceği konuşulmalıdır. Bu davranışın onaylanmadığı çocuğa uygun bir şekilde belirtilmelidir. Israrla yapılan hatanın devamı durumunda, hatanın büyüklüğü ne olursa olsun ebeveyn tekrar çocuğu ile sevgi ve ılımlı bir ortam oluşturmalıdır. Çocuğa yönelik aşırı tepki ve yargılamadan kaçınarak diyalog ortamı oluşturmali ve çocuğa bu davranışın tekrarı halinde ne türlü cezalar alabileceği belirtilmelidir. Gerginlik ve tartışma ortamı oluşturulmamalı ve ebeveynin konuşma tarzı ve üslubu çocuğun yaşına uygun olmalıdır. Aksi durum ilişkileri zedeleyip onarılması zor, komplike hale getirebilir. Konuşma ve söylenen cezalandırma ikazlarına rağmen devam eden ısrarlı yanlışlarda, bahsedilen cezanın uygulanması gerekir. Bu konuda tutarlılık önemlidir, uygulanamayacak cezalandırma yönteminden bahsedilmemelidir. Ancak cezalandırmayı yapmak istemedikleri veya yapamadıkları zamanlarda hafifletici sebeplere karşılık olarak, sık olmamak kaydıyla cezadan cayma önerilebilir. Örneğin ceza olarak parkta oynamaya götürülmeyecek çocuğa “oyuncaklarını toplarsan cezayı affedebilirim” denilebilir.

Cezalandırmanın şekli çok önemlidir. Önerilen cezalandırma yöntemi, çocuğun sevdiği şeylerden bir süre mahrum edilmesi şeklindedir. Dayak gibi fiziksel cezaların çocuklara uygulanması son derece sakıncalı ve ilişkileri zedeleyen bir durumdur. Dayak yiyen bir çocuk yetiştikine kızar. Çocuk kendi yaptığı şeyin kötü olduğunu anlayıp kendine kızmak yerine kendisini dövene kızar, onu suçlar ve yaptığıının yanlışlığını düşünecek zaman bulamaz. Ayrıca çocuk yetiştikinden daha güçsüz ve acizdir. Bu şekilde kendinden güçlü birinden dayak yemek onu utandırır, özgüvenini sarsar, kendini aşağılanmış hissetmesine neden olur. Bu yüzden erken yatma, odasında yalnız olarak iki-üç dakika beklemesi gibi basit cezalandırma tekniklerinin kullanılması daha uygun olur. Cezalandırma sırasında, çocukların gururu incitilmemeli ve özgüvenlerini zedelemeyen uygun bir dil kullanılmalıdır.

Ödül ve cezanın etkili olabilmesi için şunlara dikkat edilmelidir

- Ödül ve ceza rastgele değil, öğrenmenin bir sonucu olarak kullanılmalıdır.
- Ödül ve ceza yapılan bir işin hemen arkasından uygulandığı zaman etkilidir.
- Ödül her zaman öğrenme üzerinde cezadan daha çok etkilidir. Cezalandırılan davranışlar daha sık ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle özellikle şiddetli cezadan sakınmak gerekir. Hafif cezalar güdüleyici rol oynar. Çocuğun cezadan kurtulmak için doğru yolu aramasını sağlar.
- Ödül ve ceza, çocuk tarafından yapılan bir işin, gerçek ya da mantıklı bir sonucu olarak kabul edildiği oranda değerlidir. Aksi takdirde etkisi çabuk unutulur, olumsuz tutumların gelişmesine neden olur. Ödül ve ceza uygulanırken çok dikkatli olunmalıdır.

Kaynaklar

1. Yavuzer H. Anne ve babanın uyguladığı disiplin, Çocuk Psikolojisi, Remzi kitabevi, İstanbul, 2003, sf: 137-138.
2. Yavuzer H. Disiplin, Çocuk Eğitimi El Kitabı, Remzi kitabevi, İstanbul, 2003, sf: 89-103.
3. Dökmen Ü, Pinokyo'nun Arketipler ve Ana-Baba-Çocuk İlişkileri Açısından İncelenmesi, dergiler.ankara.edu.tr/dergiler/40/514/6416.pdf
4. Straus AM. Discipline and Deviance: Physical Punishment of Children and Violence and Other Crime in Adulthood. Social Problems. 1991;38(2): 133-154.
5. Dadds M, Salmon K. Punishment Insensitivity and Parenting: Temperament and Learning as Interacting Risks for Antisocial Behavior, Clinical Child and Family Psychology Review. 2003;6(2): 69-86.
6. Socolar, R. S., Savage, Eric, Evans, H. A Longitudinal Study of Parental Discipline of Young Children Southern Medical Journal. 2007;100(5): 472-477
7. Kircaali G, How do Turkish mothers discipline children? An analysis from a behavioural perspective. Child: Care, Health and Development 2005; 31(2):193-201.

Gelişim Dönemlerine Göre Cinsel Eğitim

Meltem Meriç, Celale Tangül Özcan

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre cinsellik; fiziksel, duygusal, entelektüel ve sosyal yönlerin kişiliği, iletişimi ve aşkı zenginleştirici etkilerinin bileşiminden oluşur. Cinsellik, bireyin doğumundan itibaren yaşamında varolan kişiliğinin ayrılmaz bir parçasıdır. Cinselliğin sadece fizyolojik değil, zihinsel ve duygusal yönden de ele alınması gerekir.

Birey için cinsellik, yaşam boyu her zaman merak uyandıran, sürekli hakkında öğrenme arayışı içinde olduğu ancak bir o kadar da bu öğrenme sürecinde neyi ne kadar bilmesi gerektiği kaygılarını taşımaktan kendini alıkoyamadığı bir konudur. İçinde yaşadığı toplumun kültürü, aile yapısı, ailenin tutumu, cinselliğe bakış açısı gibi etkenlerin yanı sıra din, medya gibi çevresel unsurlar da bireyin cinselliğe bakış açısını etkiler. Bu nedenle, çocuklukla başlayan cinsel öğrenme sürecinin sağlıklı bir şekilde devamını sağlayabilmek için cinsel eğitim kavramı önem kazanır.

Cinsel eğitim, ailede başlayan ve yaşam boyu süren, bireyin kendisi ya da farklı cinsle ait fizyolojik özellikleri/değişiklikler, cinsel dürtüler, ilişkiler, üreme sağlığı gibi konuları kapsayan bir bilgilenme sürecidir. Çocukluk çağında başlayan yeterli, iyi bir cinsel eğitim sağlıklı bir cinsel gelişim için önemlidir. Bu nedenle cinsel eğitimin yaş dönemlerine göre ele alınması ve eğitimin temel taşı olan ailenin bu konu hakkında bilinçlenmesi çocuğun cinsellikle ilgili bilgi, tutum ve davranışlarını olumlu yönde etkileyecektir. Aileler çoğu zaman çocuklarıyla cinsellik hakkında konuşulması gerektiğini bilseler bile bu konuyu konuşmaktan çekinirler. Yanlış bir şey söyleme kaygısı, ne diyeceğini bilememe, bilgi eksikliği, sahip olduğu değer yargıları (bu konuların ayıp olduğunu düşünmesi, utanması vb.) ailelerin çocukla cinsellik hakkında konuşmalarına engel olur. Bu nedenle, ancak çocuk tarafından sorulan bir soruyla karşı karşıya kaldıklarında bu durumla yüzleştirebilir ve genellikle de kaçamak cevap vermeyi tercih ederler. Oysa günümüzde çocukların cinsellik hakkında sağlıklı bilgiye erişebilecekleri en güvenilir ortam aileleridir. Aileler çocuklarının sorularına yanıt veremiyorlarsa bile, karşılaştığı sorular ya da gözlemlediği davranışlarından çocuğunun kaygılarını ve bu konuda bilgiye ihtiyacı olduğunu fark edebilmesi önemlidir. Bu se-

bepile konuyu yaş dönemleri özellikleriyle ele almak faydalı olacaktır.

0-1 Yaş: Bu dönemde en önemli organ ağızdır. Çocuk çevreyi ağız ile tanır. Meme emmekten haz duyar, tatmin olur. Emzirme ile anne ve çocuk arasında duygusal bir köprü oluşur ve güven duygusu gelişir. Bu dönemin en önemli özelliği, çocuğun sadece kendi bedeninin önemli olması ve haz duygularının hemen karşılanmasıdır. Kasıtlı olmadan, tesadüfen cinsel organlarına dokunduklarında haz aldıklarını keşfederler.

1-3 Yaş: Bu dönemde haz ve ilgi özellikle anal bölgeye yoğunlaşmıştır. Çocuk idrar ve dışkı yapmanın, dışkı tutma ve bırakmanın farkına varır ve bundan haz alır. Kendi iradesini kullanmaya, çevreyi kontrol etmeye başlamıştır. Bu dönemde özellikle tuvalet eğitimi konusunda aile sabırlı olmalı, erken davranmamalıdır. Çocuk için dışkısının onun için ne kadar önemli olduğu unutulmamalıdır.

3-6 Yaş: Bu dönemde haz ve ilgi cinsel organına yönelmiştir. Kendi organıyla diğerlerini karşılaştırır, çıplak dolaşmak hoşuna gider. Cinsiyetini fark ettiği için karşı cinsi merak eder, kız ya da erkek olmak ne demek, nasıl davranırlar, nelerle oynarlar ayırımı yapar ve sürekli gözlem halindedir. Kreş, anasınıfı gibi sosyal ortamlarda bulunmaya başladıklarından arkadaşlarını iyi gözlemler, daha çok kendi cinsiyile yakın arkadaşlıklar kurar.

Çocuk artık soru sormaya başlar. “Ben nasıl oldum, nereden geldim”, “neden senin pipin yok, benim var”, “kızların pipisi yok, onlar çişini nasıl yapıyor” gibi cinsiyet farklılıklarıyla ilgili sorular sorduğu gibi, “ben büyüyünce babam/annemle evleneceğim” gibi kadın/erkek rolleri ile ilgili tepkilerle de bu dönemde sıklıkla karşılaşılır. Bu sorulara maruz kalındığında çok ayrıntılı olmayacak şekilde ancak onun merakını giderecek şekilde açıklamalar yapılmalıdır. Örneğin sorabilecekleri sorulara “kızlarla erkeklerin çiş yaptıkları organın aynı olmadığı, o yüzden farklı şekilde çiş yaptıkları”, “ben babanla evliyim, ama sen büyüyünce de ben senin yanında olacağım” gibi cevaplar verilebilir. Çocuğun sorularına cevap alabilmesi ve merakını gidermesi önemlidir, “sen bunları boş ver, büyüyünce anlarsın” gibi cevaplarla çocuk durdurulmamalıdır.

5-6 yaşlarında çocuk başkalarının yanında giyinip soyunmak, çıplak görünmek istemez. Örneğin tuvalete giderken, üzerini değiştirirken anne, baba ya da bakım verenin dışında kendisine kimsenin dokunmaması gerektiği gibi konularda çocuk bilgilendirilebilir. Bu yaştaki çocuk “hayır” demeyi artık bildiğinden kimlere sınır koyması gerektiğini anlayabilecektir.

6-12 Yaş: Bu dönemde çocuğun cinsel konulara olan ilgisi azalmaya başlar. Anne babanın yanında öğretmenler, arkadaşlar gibi başkaları ile de özdeşim kurmaya başlar. Genellikle enerjisini oyun oynama, arkadaşlarla vakit geçirme, yeni şeyler arama çabası için kullanır. Ancak tamamen cinsellikten uzaklaştığı söylenemez, kendi cinsiyet özelliklerini araştırmaya ve karşı cinsle ilgili gözlemlerine devam eder. Ancak bu alanla ilgili sorular ya da olaylarla çok ilgili değildir.

12-18 Yaş: Bu dönemde çocuk fizyolojik, psikolojik ve biyolojik açıdan hızlı bir gelişim ve değişim içine girer. Özellikle cinsel organlardaki değişim, cinsel dürtülerin artması söz konusudur. Boy uzaması, göğüs büyümesi, vücutta kıllanmanın başlaması, kızlarda menstruasyon dönemine geçiş, erkeklerde ilk meninin gelmeye başlaması gibi değişiklikler ergende, cinsel rol, cinsel kimlik arayışlarını beraberinde getirir. Birçok iç çatışmanın yaşandığı ergenlik döneminde, genç kendi cinselliği, cinsel kimliği, cinsel davranışları, bu konuda yeterli ya da yetersiz oluşu gibi pek çok endişe yaşar. Endişelerini gidermek, kendisini denemek istemesi ya da merakı sonucu cinsel davranışların yaşanmasında sabırsız davranıp yaşadığı durumu yeterince değerlendiremeyebilir.

Erken yaşanan ilk cinsel deneyim, farklı cinsel yönelimler, cinsel yolla bulaşan hastalıklarla karşılaşma gibi birçok riskli durumlarla karşılaşabilmektedirler. Bu nedenle ergenlerin cinsellik ve cinsel sağlık konusunda bilgilendirilmeleri mutlaka gerekmektedir. Özellikle ailelere önemli sorumluluklar düşmektedir. Aile ergenin gelişimsel bir kriz içinde olduğunu, gereksinimlerini olduğunu bilmeli ve destekleyici bir tutum içinde olmalıdır. Ergen mutlaka cinsellik konusunda bilgi arayışı içinde olacaktır, bu bilgi aileden sağlanmazsa arkadaşlar, medya, internet gibi doğru ya da tam bilgi edinemeyebileceği ortamlara kayabilir. Aileler tarafından, çocuğa ergenlikte yaşayacağı bedeninde olabilecek değişimler, karşı cinsle ilişkiler gibi konularda bilgi verilebilir. Ancak asıl önemli olan çocuğun bu konularla ilgili bir endişesi ya da sorusu varsa özgürce ailesine bunları sorabileceğini, kendisine kızılmayacağını, ayıp denerek susturulmayacağını bilmesidir. Aileye verilmesi gereken en önemli mesaj ise, cinsellikle ilgili konuşulduğunda çocuğun cinselliğe ilgisinin daha artacağı ve cinsel deneyimleri daha çabuk yaşayacağı korkusunun yersiz olduğudur.

Sonuç olarak, cinselliğin ele alınırken mutlaka yaş dönemleri özelliklerinin bilinmesi, her yaş döneminde karşılaşılabilecek cinsellik yaşantılarının farklı olduğu, cinselliğin konuşulmasının bir tabu olmadığı bilinmelidir. Çocuk sürekli soru soran ve merak eden bir yapıya sahiptir ve hangi yaş döneminde olursa olsun sorduğu sorunun bir cevabı olduğunu bilir. Cinsellik konusunda anne baba cevaplayamayacağı bir durumla karşılaştığında geçiştirmemelidir. Anne babanın mutlaka çocuğun yaşına uygun bir cevabı vardır. Sorgulanması gereken neden ona bunu söyleyemediğinin farkına varılmasıdır.

Kaynaklar

1. Çalışandemir F, Bencik S, Artan İ. Çocukların cinsel eğitimi: geçmişten günümüze bir bakış. Education and Science.2008;33(Suppl.150):14-27.
2. Çetin S, Bildik T, Erermiş S, Demiral N, Özbaran B, Tamar M, Aydın C. Erkek ergenlerde cinsel davranış ve cinsel bilgi kaynakları: sekiz yıl arayla değerlendirme. Türk Psikiyatri Dergisi.2008;19(Suppl.4):390-397
3. Yavuzer H. Çocuk Psikolojisi.34. Baskı. İstanbul, Remzi Kitapevi;2011
4. Moitra T, Mukherjee I. Parent – adolescent communication and delinquency: A Comparative study in Kolkata, India. Europe's Journal of Psychology.2012;8(Suppl.1):1-7.
5. Miller P, Lee S. Adult behavioral developmental stages of attachment. Behavioral Development Bulletin.2008;13:7-14.
6. Özbay Y, Serkan E. Eğitim Psikolojisi. 4. Baskı. İstanbul, Pegem Kitapevi;2012.
7. Xiao Z, Li X, Stanton B. Perceptions of parent-adolescent communication within families: it is a matter of perspective. Psychol Health Med. 2011;16(Suppl.1):53-65.
8. Eroğlu K, Gölbaşı Z. Cinsel eğitimde ebeveynlerin yeri: ne yapıyorlar, ne yaşıyorlar?. Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi.2005;8 (Suppl.2):18-24.
9. Taşçı İ. Cinsel Eğitim. 1. Baskı. İstanbul, İz Yayıncılık;2010.
10. Özdemir O, Özdemir P, Kadak M.T, Nasıroğlu S. Kişilik gelişimi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2012; 4(Suppl.4): 566-589

Çocuğun Psikososyal Gelişiminde Okulun Rolü ve Okul Sorunları

Neşe Uğurlu, Salim Özenç

Herkes için Sağlık hedeflerinden biri “Gençlerin 2020 yılına kadar daha sağlıklı olmalarını ve toplum içindeki rollerini sağlıklı bir biçimde yerine getirebilmelerini sağlamaktır”. Bu hedef çocuk ve gençlerin sağlığını koruyan ve geliştiren okul sağlığı hizmetlerinin önemini vurgular. Okul sağlığı; öğrencilerin, öğretmenlerin ve okul personelinin, ruhsal, bedensel ve sosyal açıdan tam iyilik halinde olmalarını tanımlar. Çocuk ve ergen ruh sağlığında okulun önemli bir yeri vardır. Okullarda psikososyal destek ve önleme çalışmaları yapılmalıdır. Ruhsal sorunların erken fark edilmesi ile çocuk ve ergenler sağlıklı gelişir ve sağlıklı bir toplum oluşur.

Okul sağlığı hizmetleri, Türkiye’de ilk kez 1930 yılında yürürlüğe giren Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ile devletin yükümlülüğüne verilmiştir. 1961 tarihli 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun’a göre okul sağlığı hizmetleri sağlık ocaklarının sorumluluğundayken günümüzdeki sağlık politikasına göre aile hekimlerinin alanına girmektedir. Ulusal ruh sağlığı eylem planında (2011-2023) çocuk-ergen toplum temelli ruh sağlığı modeli dört bacaklı bir sistem olarak düşünülmüş ve bu sistemin bir parçasında da okul sağlığı ele alınmıştır.

Dünya Sağlık Örgütü okul sağlığı kapsamına alınacak yaş gruplarını 5-9, 10-14, 15-19 ve 20-25 olarak sıralamıştır. Okul çağı 5-19 yaşlarını kapsar ve bu yaş grubu çocuklar, genel nüfusun %40’ını oluşturur. Okul dönemi, geleceğin sağlıklı toplumunu oluşturmada çok önemli bir dönemdir. Bu dönemde çocuklar sürekli büyüme ve gelişme içindedirler. Kötü beslenme, alkol ve uyuşturucu kullanma gibi tehlikeli alışkanlıklar okul çağına başlamaktadır. Çocukların bir arada bulunmaları ve sağlıklı ilgili bilgi, değer ve davranışları daha çok burada kazanmaları bu dönemin önemini artırmaktadır.

Okul sağlığı hizmetleri, birey, aile, toplum ve sağlık profesyonelinin işbirliğini gerektiren halk sağlığı hizmetleridir. Okul sağlığı hizmetleri disiplinler arası ve sektörler arası ilişkilerle yürütülür. Bu hizmetlerdeki başarı, ekip çalışması ile olanaklıdır. Okul sağlığı ekibinde okul hekimi, okul hemşiresi, öğretmen, okul yöneticileri, veliler, sosyal hizmet görevlisi, okul rehberlik ve psikolojik danışmanların, diğ hekimi ve odiyolog

yer alır. Bu ekibin çocuk ve ergen ruh sağlığı konusunda bilgilendirilmeleri ile sağlık sorunları erken dönemde belirlenebilir ve tedavi edilebilir. Önleme çalışmalarının da yapılabileceği en uygun yerlerden biri olan okul, çocuklar için doğal bir mekândır ve çocuğun ruh sağlığını ve uyumlu davranışlarını geliştirmek için hem ekonomik hem de uygun bir çevredir.

Okul çağındaki çocuk ve ergenler için ruh sağlığı önemli bir konudur. Öğrenciler okula gelirken beraberinde kültürleri, aile yapıları, sağlık-hastalıkları, öğrenme yetenekleri gibi sayısız faktörü de beraberinde getirirler. Bütün bu etkenler çocukların bir şekilde ruh sağlığını etkilemektedir. Okullar öğrencilerin ruh sağlığını destekleyen alanlar olmalıdır. Özellikle de ailelerinden destek alamayan çocuklar için okul son derece önemlidir.

Okul ruh sağlığı alanında hizmet veren ekibin çocukta oluşabilecek çalma, yalan söyleme, saldırganlık, okul fobisi ve benzeri sorunlara dikkat etmesi gerekmektedir. Sorun saptanan çocukta bazı olumsuz davranışlar görülmektedir. Böyle bir durumda karşılaşıldığında öğretmen, rehberlik ve psikolojik danışman, çocuk ve aile ile sağlıklı iletişim ve etkileşim kurmalıdır. Çocuğun davranışı doğrudan yargılanmamalı ve bu olumsuz davranışların nedenleri belirlenmelidir. Olumsuz davranışı olan çocuğa kendine güven duygusu aşılanmalıdır. Ebeveynin çocuğa çelişkili tutumları olması engellenmelidir. Çocuğun çevresinde uygun model alabileceği kişiler olmalıdır. Olumsuz davranışının doğru olmadığını açıklamanın yanı sıra çocuğun okul ve sosyal yaşamda başarısı için çocuğun yetenekleri ön plana çıkarılmalıdır. Okul ortamındaki kurallar, verilen sorumluluklar ve beklentiler çocuğun başarabileceği düzeyde olmasına dikkat edilmeli ve takip edilmelidir.

Okul çağı çocuklarda görülen sorunlardan biri çalma davranışıdır. Ekip çalma davranışının düzelmesine yönelik önlemleri almalıdır. Çocuk başkalarına ait eşyaları aldığı anda anne babanın bu durum karşındaki tutumu çok önemlidir. Aileyle işbirliği içinde olunmalı ve çocuğa ağır suçlamalar yapılmamalı ve örseleyici cezalar verilmemelidir. Ebeveynin çocuğa olan sevgi ve ilgisini her zaman göstermelerine yardımcı olunmalı ve çocuğun bunu hissetmesi sağlanmalıdır. Çocuğun yaptığı bu olumsuz davranış karşısında duyarsız kalınmayıp çocukla açık olarak konuşulmalıdır. Çocuğun her istediği şeyi anında yapmak yerine kendi isteklerini erteleyebilmesini ve kontrol etmesini öğretmek destek olunmalıdır. Anne baba alınan eşyaların özür dileyerek sahibine verilmesi konusunda çocuğu teşvik etmelidir. Çocuğun çaldığı eşyanın sahibi ile empati kurması sağlanmalıdır.

Bazı okul çağı çocuklarında okul fobisi oluşabilir. Bu gibi durumlarda çocuğun okula gitmek istememesinin nedenleri öğrenilmelidir. Çocuğa karşı tutumlarda aşırı koruyucu ve esnek olunması okul fobisine neden olabilir. Çocuğun bağımlı olduğu ebeveyn yerine okula diğer ebeveynin götürmesi veya okul servisi ile gitmesi okula gitmesini kolaylaştırabilir. Çocuğun okul ile ilgili kaygılandığı konular olabilir. Bu konular çocuk ile konuşulmalı ve güven kazandırılmaya çalışılmalıdır. Çocuğun okula gitme konusunda suçlanmaması ve aile üyelerinin kararlı ve ısrarlı olması bu sorunun çözümüne yardımcı olabilir. Sınıf içi etkinliklerin çocuğun düzeyine uygun ve zevkli olması ile okula gitme isteği arttırılabilir. Ayrıca okula gitmek istememesinde organik kökenli bir rahatsızlık olabilir bu durumda göz ardı edilmemelidir.

“Okulda şiddet” kavramı gelişme ve öğrenmeyi engelleyen, okul atmosferine zarar veren suça yönelik eylemler ve saldırgan davranışlar olarak tanımlanır. Çocuklarda saldırgan davranışlar, yıllar boyunca devam edebilir. Şiddette maruz kalan ve saldır-

gan çocukların olumsuz davranışlara, sosyal ve akademik problemlere yönelik riskleri artmaktadır. Ayrıca okulda şiddete maruz kalan çocuk ve ergenlerde anksiyete, depresyon, fobiler ve özellikle travma sonrası stres bozukluğu görülme riski bildirilmektedir. Bu öğrenciler kendilerini güvende hissetmedikleri ve öğrenmeye odaklanamadıkları okul ve sınıf ortamında yaşamaktadırlar. Okulda şiddetin önlenmesi ve azaltılmasında multidisipliner bir yaklaşıma ihtiyaç vardır. Kanun koyucular, hukukçular, emniyet görevlileri, hekim, hemşire, okul yöneticileri, öğretmenler ve okul rehberlik ve psikolojik danışmanlar şiddeti önlemede ve müdahalede rol oynar. Saldırgan davranışları olan öğrencilere ekip işbirliği ile tedavi edici uygulamalar yapılabilir. Çocukların aile içindeki dengesiz ve olumsuz ilişkilerden korunması gerekir. Çocuk saldırganlık dürtüsünü, üstünlük sağlamak için kullanmamalı ve bu dürtüyü yeteneklerini ve zekasını kullanarak yararlı aktivitelere yönlendirmelidir. Çocuğun güven duygusu geliştirilirse bekleme ve tepkisini dizginlemeyi öğrenir. Çocuğa saldırganlık davranışının kendi zararına olduğunu göstermeliyiz. Bunların yanı sıra çocuğu spor gibi çeşitli faaliyetlere yönlendirmek, hareketli oyunlar veya etkinliklere hazırlanmak çocuğun saldırgan dürtüsünü boşaltmak için yararlı olacaktır. Çocuk ile iletişimde çocuğun kendi davranışını eleştirmesini ve empati kurmasını sağlamalıyız. Bunlara benzer birçok tedavi edici uygulamalarda bulunulduğu zaman çocukların antisosyal davranışlarının azaldığı dolayısıyla sosyal yeterliliklerinin ve akademik performanslarının arttığı bilinmektedir.

Okul çağı çocukların eğitsel ve psikososyal sorunlarını, tanıma, önleme ve çözümünde öğretmenlerin, okul rehberlik ve psikolojik danışmanların, hekim ve hemşirenin görevleri vardır. Öğretmen gözlemleri yolu ile sorunları olan öğrenciyi tespit eder ve bu öğrenci ile iletişime geçer. Öğretmen sorunun çözümü için uygun önlemleri alır ve öğrenci hakkında okul rehberlik ve psikolojik danışma servisini bilgilendirir. Okul rehberlik ve psikolojik danışmanlarının bütün öğrencilerin fiziksel, sosyal, duygusal, davranışsal ihtiyaçlarını ve gelişimlerini değerlendirerek hizmet sunmaları önemlidir. Doğal olarak, bu öğrencilerin içinde davranışsal ve duygusal olarak sorun yaşayan öğrenciler de bulunmaktadır. Okullardaki psikolojik danışma ve rehberlik hizmetlerinde krize müdahale edici, çare bulucu, gelişimsel ve önleyici olmak üzere dört temel yaklaşım vardır. Psikolojik danışmanlar öğrencilerin sosyal, duygusal, zihinsel, bilişsel değişimleri ve özellikleri konusunda bilgi sahibi olabilmelidir. Psikolojik danışman; ciddi bozuklukları olmayan kişilere odaklaşmak, bozukluğun derecesi ne olursa olsun olumlu ruh sağlığını ve kişilerin güçlü yanlarını vurgulamak, kişi ve çevre etkileşimine dikkat etmek, bireylerin mesleki ve eğitsel gelişimlerine dikkati çekebilmelidir. Okul psikolojik danışmaları ruh sağlığı problemleri karşısında diğer ekip üyeleri ile işbirliği içinde olmalıdırlar. Okul sağlığı hemşiresi, okulda çocukların sağlığını korumak ve yükseltmek için sağlık eğitimini uygulayacak en önemli kişidir. Hemşirenin verdiği sağlık eğitimi ile çocuğun bilgilenmesi, olumlu tutum ve davranışlarının desteklenmesi ve olumsuz ve yetersiz olanların değiştirilmesi sağlanmaktadır. Çocuğun yaşadığı sorunun çözümünde okul dışı girişime karar verilmesi halinde ilgili kurumun belirlenmesi gerekmektedir. Aile ile iletişime geçilerek ilgili kuruma psikososyal sorunu olan çocuğun gönderilmesine karar verilir. Okuldan sağlık kuruluşlarına doğrudan yönlendirilecek olgular, intihar düşüncesi ya da girişi olanlar, ihmal ve istismar (cinsel-fiziksel-duygusal), alkol ve madde kullanımı, okul reddi (özellikle > 2 haftadır devam eden), akut psikotik ve manik belirtiler, davranım sorunları (tekrarlayan evden ya da okuldan kaçma, kendine ve/veya çevreye zarar verici davranışlar), kriz durumlara-

rı (kayıplar, ölüm ve ya ek yaşam stresleri ile tetiklenen, ciddi düzeyde yeme sorunlar, kendi yaş grubuna ya da kapasitesine göre belirgin düzeyde öğrenme ve uyum sorunları yaratan davranışlar olabilir. Sağlık kuruluşları sorun yaşayan çocuk ile karşılaştığı anda çocuğun ruhsal ve tıbbi değerlendirmesini yapmalı ve tedavisi ile ilgilenmelidir. Ülkemizde hem erişkin hem de çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları alanında uzman açığının olduğu, buna ek olarak psikiyatrik hastalıkların sıklığının ve hastalık yükünün fazla olduğu göz önüne alındığında, bazı ruh sağlığı hizmetlerinin birinci basamakta verilmesinin daha uygun olacağı düşünülmektedir. Bu nedenle birinci basamaktaki sağlık çalışanlarının okul çağında çocukta görülen psikososyal sorunları ve psikiyatrik hastalıklarının tanımlamalarını bilmelerinde yarar vardır. Sağlık sistemi içerisinde çocuk ve ergen ruh sağlığı hizmetleri birinci basamaktan ayrı bir hizmet olarak düşünülmemelidir, sunulan hizmetler içerisinde bütüncül olarak verilmelidir. Birincil basamakta, okul çağında çocuklarının psikolojik açıdan sağlıklı, kendini tanıyan, güven duyan, kendine uygun eğitsel ve mesleki kararlar alabilen, kişilerarası iletişim becerileri gelişmiş, kendini doğru ifade edebilen, üretken ve yaşamdan zevk alan bireyler olmalarına yardımcı olabilecek uygulamaların yapılması gerekmektedir.

Kaynaklar

1. Aycan S, Afşar O, Demirören M, Evci D. Sağlık 21. yüzyılda herkes için sağlık. T.C.S.B Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara, 2000.
2. Pekcan H. Okul Sağlığı. Bertan M Güler Ç, Editörler: Halk Sağlığı, Ankara: Güneş Kitabevi; 1995: 210-224.
3. Promoting Health Through Schools, WHO Technical Report Series, No:870, 1997.
4. Özmen B, Sahip Y, Baysal SU, Bulut A, Gökçay G. Okul sağlığı hizmet projesi. II. Ulusal Ana Çocuk Sağlığı Kongresi, 4-6 Haziran, İstanbul, 2003.
5. Kemper AR, Fant KE, Bruckman D, Clark SJ. Hearing and vision screening program for schooled children. Am J Prev Med. 2004;26 (2): 141-146.
6. Linda T, Howard S. Toward Ending the Marginalization and Fragmentation of Mental Health in Schools", Journal of School Health. 2000; 70 (5): 20-26.
7. Igoe JB, Speer S. Community Health Nurse in the Schools. In: Stanhope M, Lancaster J, editors: Community Health Nursing. Boston: Mosby; 1996:880-82.
8. Fittion D, Elliman D. The School Health Service. Current Paediatrics 2001; 11: 109-112.
9. Furlong MJ, Morrison G. The school in school violence: Definitions and facts. Journal of Emotional & Behavioral Disorders. 2000; 8:71-82.
10. Türk Standardı 12014. Çevre Sağlığı - Okullar. Türk Standartları Enstitüsü, Ankara, 1996.
11. Children's Health and Environment Developing Action Plans. WHO Regional Office for Europe. 2005.
12. Türk Standardı 9518. İlköğretim Okulları Fiziki Yerleşim Genel Kurallar. Türk Standartları Enstitüsü, Ankara, 2000.
13. Tekbaş ÖF, Vaizoglu SA. Okul Çevre Sağlığı. Çevre Dizisi:16. Birinci baskı. Ankara. Özkan Matbaacılık. 2008: 5-44.
14. Aviles A.M, Anderson T.R, Erica R, Davila E.R. Child and adolescent social-emotional development within the context of school. Child and Adolescent Mental Health. 2006; 11(1): 32-39.
15. Begun R.W, Huml FJ. Ready to use violence prevention skills lessons and activities for elementary students. The Center for Applied Research in Education, New York: West Nyack. 1999.
16. Çinkır Ş, Karaman-Kepenekçi,Y. Öğrenciler arası zorbalık. Kuram ve Uygulamada EğitimYönetimi. 2003; 34: 236-253.
17. Eisenbraun KD. Violence in schools: prevalence, prediction and prevention. Aggression &Violent Behavior. 2007; 12 (4): 459-469.
18. Flannery DJ, Vazsonyi AT, Liao AK, Guo S, Powe, KE, Atha H, Vesterdal W, Embry D. Initial behavior outcomes for the peace builders universal school-based violence prevention program. Developmental Psychology. 2003;39(2): 292-308.
19. Bahar Z. Okul Sağlığı Hemşireliği. deuhyo Ed 2010, 3 (4), 195-200
20. Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023) Www.Saglik.Gov.Tr/Tr/Dosya/1-73168/.../Ulusal-Ruh-Sagligi-Eylem-Planı.Pdf
21. Okul Öncesi Ve İlköğretim Çağı Çocuklarında Eğitsel Ve Psikososyal Sorunlarını, Tanıma, Önleme Ve Çözümlemede Kurumlar Arası İşbirliğini Geliştirme Yönergesi . Mebk12.Meb.Gov.Tr.

Giriş

Risk altındaki veya yüksek riskli çocuklar, özellikle gelişmiş ülkelere nazaran gelişmekte olan ülkelerde daha yaygın bir şekilde görülen ve giderek artan bir sağlık sorunudur. Çocukluk döneminde yaşaması gereken olayların yerine, yaşlarına uygunluk göstermeyen risk ve tehlike içerisinde yaşamlarını sürdürmek zorunda kalan veya bu şekilde ki bir yaşama maruz bırakılan çocuklar, risk altındaki çocuklar veya yüksek riskli çocuklar olarak tanımlanmaktadır. Tehlike ve riskli durumlar genel olarak alkol kullanımı, madde kullanım bozukluğu, şiddet, istismar, riskli seksüel ilişki ve adolesan gebeliklerdir.

Yüksek riskli çocukların mağduriyetlerini önleme ve destek olmak amacıyla ülkemizde “Çocuk Koruma Kanunu” çıkarılmıştır. Unicef (Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu) de bu konuda etkin bir şekilde faaliyetlerine devam etmektedir. Ayrıca psikososyal açıdan yüksek riskli çocukların desteklenmesi için okul aile birliği, çocuk ve ergenin yaşadığı çevrenin düzenlenmesi, okullarda rehberlik ve psikolojik danışma biriminin etkin hale getirilmesi ve gerekli psikolojik ve psikiyatrik uzmanlara başvurulması olarak tanımlanabilir.

Yüksek Riskli Davranış Gösteren Çocuk ve Ergenler için Yasal Mevzuat ve Alınması Gereken Önlemler

Yüksek riskli çocuk ve ergenlerin ortaya çıkışını engellemek veya oluşan bu gruba karşı gerekli destek ve yardımın sağlanması için bazı çalışmalar yürütülmektedir. Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi yasal olarak çocuklara yönelik riskli davranışlara karşı koruyucu bir çerçeve çizmektedir. Türkiye Cumhuriyeti de Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesine taraf olan ülkelerden biridir. 15.07.2005 tarihinde resmi gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren 5395 sayılı Çocuk Koruma Kanunu ile korunma ihtiyacı olan veya suça sürüklenen çocukların korunmasına, haklarının ve esenliklerinin güvence altına alınmasına ilişkin usul ve esasları düzenlemiştir.

Yüksek riskli çocuk ve ergen davranışları tedavisinde çocuğun, ailenin ve çevresinin

değerlendirildiği çok yönlü bir inceleme yapılmalıdır. Öncelikle çocuğu maruz kaldığı şiddet veya tehlikeli durumdan kurtarıp, maruz kaldığı bu durumun bir daha tekrar etmemesi için çocuğun üzerinde yarattığı fiziksel ve ruhsal yıpranmalara karşı gerekli önlemler alınmalıdır. Özellikle şiddet eğilimli ailelerin tedavi sürecine alınarak bu davranışlarının ortadan kaldırılması hedeflenmelidir. Tedavi sürecinde çocuk veya ergenin maruz kaldığı şiddet ve benzeri tehlikeli durumların çocuğun kendi hatası yüzünden gerçekleşmediği vurgulanmalıdır.

Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu

Günümüzde önemli sağlık problemleri arasında yer alan alkol kullanımı ve madde kullanım bozukluğu çocuk ve ergenlerde de sık görülen bir rahatsızlık olarak karşımıza çıkmaktadır. Alkol kullanımı ve madde kullanım bozukluğu da gelişmiş ülkelere nazaran gelişmekte olan ülkelerde daha sık görülmektedir. Ülkemizde 2001 yılında yapılan bir araştırmaya göre ilköğretim çağındaki çocuklarda görülen yaşam boyu madde kullanım yaygınlığı esrar için %0.4, uçucu madde için %3, diğer uyuşturucu ve uyarıcı maddeler içinse %0.4 bulunmuş olup ortaöğretim çağındaki çocuklar için bu oran esrar için %3, uçucu maddeler için %4.3, eroin için % 2.1, ecstasy için %1.3 ve koka-in içinse %1.2'dir.

Alkol veya madde kullanımı tespit edilen çocuklar ciddiye alınarak açıkça konuşulmalıdır. Konuşma sırasında acımasız ve yargılayıcı davranılmamalı ve çocuğa destek olunmalıdır. Ailenin suçlayıcı, sinirli ve azarlayıcı tavrı çocuğun aileden uzaklaşmasına yol açabilir. Çocukla iletişim kurulamıyor ise bu konuda uzmanlaşmış personelden (çocuk doktoru, psikolog veya psikiyatrist) yardım alınmalıdır.

Uygulanacak tedavi yöntemi madde bağımlılığının seviyesine göre değişmektedir. Çocuk madde kullanımını denemişse ve bu durumu sizinle açıkça konuşuyorsa madde kullanımını bırakması yönünde telkinde bulunulmalıdır. Madde kullanımı bağımlılık düzeyinde ise doktor kontrolü gerekir. İlaç kullanımı ile birlikte uygulanacak psikoterapi faydalı olmaktadır. Yine uygulanacak tedavi yöntemine hekimin karar vermesi daha uygun olacaktır. Tedavi sonrası tekrar maddeye başlama görülebilmektedir. Bağımlılık tedavisi zor olup zaman alabilir. Bu konuda çocuk desteklenmelidir.

Şiddet

Çocuğa yönelik şiddet ve istismar; çocuğun ebeveynleri, bakıcı ya da erişkin bir kişi tarafından uygun olmayan, çocuğun gelişimini kısıtlayan, ruhsal ve fiziksel anlamda hasar veren hareketlerin bütünü olarak tanımlanmaktadır. ABD'de 1998 yılında yapılan bir araştırmaya göre 2.8 milyon çocuğun istismara maruz kaldığı bildirilmiştir. Ne yazık ki günümüzde sürekli karşılaşılan sorunlar arasında kendine yer bulan ve gün geçtikçe daha fazla gözlenen çocuğa yönelik şiddet; fiziksel, cinsel, duygusal ve ihmal şeklinde karşımıza çıkmaktadır.

Maruziyetin şiddeti ve sıklığına bağlı olarak çocukların olaylar karşısındaki tepkileri de değişmektedir. Yaş, başa çıkma yöntemleri, aldıkları duygusal destek ve mağduriyetin şekli çocukların gösterdiği tepkilerin şiddetini ve tipini belirleyen unsurlardır. Yakın zamanda şiddete maruz kalmış çocuklar duygusal ve davranışsal problemleri daha yoğun yaşamaktadırlar. Bununla birlikte böyle ortamlarda bulunmuş fakat ayrılmış olan ve artık bu ortamda yaşamayanlarda bu sorunlar daha az ortaya çıkmaktadır. Çocuklara daha güvenilir alanlar sağlanması, akrabaları ve öğretmenleri tarafından desteklenmeleri, şiddet içeren ortamlarda daha az vakit geçirmeleri çocukla-

rın bu süreci daha çabuk atlattıklarında etkili olacaktır.

Adolesan Gebelik

Yüksek riskli çocuk ve ergen oluşumuna neden olan diğer bir problem adolesan gebeliktir. Dünya Sağlık Örgütü adolesan gebeliği; 10-19 yaş arası gebe kalan kız çocukları grubu olarak tanımlamaktadır. Adolesanların güvenli bir cinsel yaşam sürmeleri, cinsel yolla bulaşan hastalıklardan kendilerini korumaları, korunmasız cinsel ilişki sonucu oluşabilecek durumlar hakkında bilinçlenmelerine yönelik gerekli eğitimler verilmelidir. Bu yüzden yüksek riskli çocuk ve ergen oluşumunda adolesan gebelik önemli bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Adolesan gebelik gelişmekte olan ülkelerde daha sık görülmektedir. Gebenin kendisinin, eşinin, partnerinin, ailesinin düşük eğitim seviyesi adolesan gebelik riskini artırmaktadır. Bunun yanında gelişmemiş vücut yapıları, yoksulluk, çalışmama/ işsizlik, sağlık hizmetlerine ulaşamama adolesan gebeliklerde oluşabilecek komplikasyonlar açısından risk taşımaktadır.

Adolesan gebeliklerde; anne ölümüne neden olan belirtilerin tanımlanması ve gerekli sağlık yardımı açısından destek sağlanmalıdır. Doğum sonrasında, kontrasepsiyon, postpartum depresyon ve emzirme konularında bilgilendirilmelidir.

Adolesanların güvenli bir cinsel yaşam sürmeleri, cinsel yolla bulaşan hastalıklardan kendilerini korumaları, korunmasız cinsel ilişki sonucu oluşabilecek durumlar hakkında bilinçlenmelerine yönelik gerekli eğitimler verilmelidir.

Adolesan gebelik ile mücadele de öncelikle birinci basamakta görev yapan sağlık personeli tarafından gençlere güvenli cinsellik hakkında eğitim verilmesi sağlanmalı ve toplum adolesan gebeliğin taşıdığı riskler hakkında bilgilendirilmelidir.

Kaynaklar

1. Herken H, Özkan İ, Çilli A.S, Bodur S. Öğrencilerde Alkol Kullanım Sıklığı ve Sosyal Öğrenme ile ilişkisi. *Düşünen Adam*. 2000;13(2):87-91.
2. Ögel K, Çorapçıoğlu A, Sır A ve ark. Türkiye'de Dokuz ilde ilk ve Ortaöğretim Öğrencilerinde Tütün, Alkol ve Madde Kullanım Yaygınlığı. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2004;15:112-118.
3. Taner Y, Gökler B. Çocuk İstismarı ve İhmali: Psikiyatrik Yönleri. *Hacettepe Tıp Dergisi*. 2004;35:82-86.
4. U. S. Department of Health and Human Services; 2000.
5. Tıraşçı Y, Gören S. Çocuk istismarı ve ihmali. *Dicle Tıp Dergisi*. 2007;35:70-74.
6. Runyan D, Wattam C, Ikeda R, Hassan F, Ramiro L. Child abuse and neglect by parents and other caregivers. In: Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, editors. *World report on violence and health*. WHO, Geneva; 2002.
7. Walrath C, Ybarra M, Holden EW, et al. Children with reported histories of sexual abuse: utilizing multiple perspectives to understand clinical and psychosocial profiles. *Child Abuse Negl*. 2003;27:509-524.
8. Glaser D. Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): a conceptual framework. *Child Abuse Negl*. 2002;26:697-714.
9. Şahiner ÜM, Yurdakök K, Kavak US ve ark. Tıbbi açıdan çocuk istismarı. *Katkı Pediatri Dergisi*. 2001;22:276-285.
10. Unal F. Predisposing factors in childhood masturbation in Turkey. *Eur J Pediatr*. 2000; 159:338-342.
11. Kaplan S, Pelcovitz D, Labruna V. Child and adolescent abuse and neglect research: a review of the past 10 years. Part I: Physical and emotional abuse and neglect. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1999;38:1214-1222.
12. Muhomadiye S. Social factors detemining the development of reproductive behaviour in adolescent. *Entre Nous*. 1998;40-41:14-15.
13. Sağlık Bakanlığı, H.Ü.N.E.E. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Sağlık Bakanlığı AÇS ve AP Genel Müdürlüğü. Ankara; 1998.
14. Kaplan S. Physical abuse and neglect. In: Lewis M, editors. *Child and adolescent psychiatry. A comprehensive textbook*. 2nd ed. Baltimore: MA, Williams & Wilkins; 1996. p. 1033-1041.
15. Öner S, Yapıcı G. Adolesan Gebeliklere Bakış. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*. 2010;8(1):30-39.
16. TC Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı No: 5B, Gençlere Yönelik Üreme Sağlığı Hizmetleri Katılımcı Kitabı, Ankara: TC Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Basımevi; 2009.
17. Gökce B, Ozsahin A, Zencir M. Determinants of adolescent pregnancy in an urban area in Turkey: a population-based case control study. *J Biosoc Sci*. 2007; 39(2):301-311.
18. Ozsahin A, Zencir M, Gokce B, Acimis N. Adolescent pregnancy in West Turkey. Cross sectional survey of married ado-

lescents. Saudi Med J. 2006; 27(8):1177-82.

19. İbiloğlu AO. Aile İçi Şiddet. Psikiyatriye Güncel Yaklaşımlar. 2012; 4(2):204-222.

20. Kaufman J, Zigler E. Do abused children become abusive parents? Am J Orthopsychiatry. 1987; 57:186-192.

21. Blum J, Ireland M, Blum RW. Gender differences in juvenile violence: a report from Add Health. J Adolesc Health. 2003; 32:234-240.

22. Widom CS. Childhood victimization: early adversity, later psychopathology. National Institute of Justice Journal. 2000; 242:1-9.

23. Peled E. The experience of living with violence for preadolescent witnesses of woman abuse. Youth Soc. 1998; 29:395-430.

24. Kerouac S, Taggart ME, Lescop J, Fortin MF. Dimensions of health in violent families. Health Care Women Int. 1986; 7:413-426.

25. Dutton DG, Hart SD. Risk markers for family violence in a federally incarcerated population. Int J Law Psychiatry. 1992;15:101-112

26. Folkman S, Lazarus RS. An analysis of coping in a middle-aged community sample. J Health Soc Behav. 1980; 21:219-239.

27. . Wolfe DA, Zak L, Wilson S, Jaffe P. Child witnesses to violence between parents: critical issues in behavioral and social adjustment. J Abnorm Child Psychol. 1985; 14:95-104.

28. Jaffe PG, Hurley DJ, Wolfe D. Children's observations of violence: I. critical issues in child development and intervention planning. Can J Psychiatry. 1990; 35:466-470.

29. Fantuzzo JW, DePaola LM, Lambert L, Martino T. Effects of interparental violence on the psychological adjustment and competencies of young children. J Consult Clin Psychol. 1991; 59:258-265.

30. Straus MA, Gelles RJ, Steinmetz S. Behind Closed Doors: Violence in American Families. Garden City, Doubleday/Anchor: New York; 1980.

31. Flannery DJ, Singer M, Williams L, Castro P. Adolescent violence exposure and victimization at home: coping and psychological trauma symptoms. Int Rev Victim. 1998; 6:29-48.

32. Mihalic SW, Elliot D. Short- and long-term consequences of adolescent work. Youth Soc. 1997;28:464-498

En küçük topluluk olarak tanımlanan ailenin en önemli unsuru olan çocukların sağlıklı yetiştirmeleri, hem içinde bulunduğu aile hem de parçası olduğu toplumun geleceği için büyük önem arz eder. Çocuğun içine doğduğu ailenin benimsediği temel değer yargıları, ilişkileri, çocuğun aile içinde ya da yaşadığı toplumda karşılaştığı olumlu/olumsuz karşı karşıya kaldıkları davranışlar, çocukların kişilik gelişimlerini ve ruhsal durumlarını etkiler.

Bu bağlamda, çocukların maruz kaldıkları en önemli olumsuz davranış, onların gelişimini büyük ölçüde engelleyen ya da kısıtlayan istismar ve ihmal edilme davranışlarıdır. Çocuk istismarı ve ihmali çok ciddi ve gittikçe yaygınlaşan, çocuğa duygusal açından ağır yük getiren tıbbi, hukuki ve toplumsal bir sağlık sorunudur.

Çocuk İstismarı

18 yaşın altındaki çocukların, kendilerine bakmakla yükümlü olan kimseler veya diğer yetişkinler tarafından kaza sonucu olmayan fiziksel, duygusal, zihinsel ve cinsel gelişimlerini engelleyen ya da beden veya ruh sağlıklarına zarar veren tutum ve davranışlara maruz kalmaları “Çocuk İstismarı” olarak tanımlanmaktadır. Çocuk istismarı; fiziksel, cinsel, duygusal istismar olarak üç boyutta ele alınır.

1. Fiziksel İstismar

Çocuğun kasıtlı bir şekilde fiziksel olarak zarar görmesidir. Fiziksel istismar, çocuk istismarının en sık görülen ve belirlenmesi en kolay olanıdır. Genellikle aile/bakım veren kişiler tarafından uygulandığı görülür. Çocuğu dövme, aşırı sallama, bir yerden atma gibi davranışlar sonucu gözlenebilen morarmalar, ısıırık izleri, el ya da kemer gibi kullanılan nesnelerin izleri, kırıklar görülebilir. Ayrıca, sıcak su ya da sigara yanıkları sık rastlanılan fiziksel istismar belirtileridir. Görünen zararların yanında aşırı durumlarda iç organ kanamaları, beyin sarsıntıları ile de sonuçlanabilmektedir.

Genellikle fiziksel istismar belirtileri görünür olduğundan birileri tarafından fark edilen bir durumdur. Aile/bakım verenin hastaneye geç başvurması, görülen morarma-

lar, izler hakkında aile/bakım verenin tam olarak neden açıklayamaması, bu yaralanmaların nasıl olduğuna dair anlatılanlarda tutarsızlık olması, çoğu zaman ailenin çocuğu suçlaması, başvuru sırasında çocuğun anne/babasından korkuyor gözükmesi, yanlarında bulunmak istememesi gibi davranışlar fiziksel istismarı düşündürmelidir.

2. Duygusal İstismar

Fark edilmesi fiziksel istismara oranla daha zor olan duygusal istismar; kendilerine bakmakla yükümlü olan kimseler veya diğer yetişkinler tarafından gerçekleştirilen, çocuğun duygusal kişilik gelişimine zarar veren davranışlar olarak tanımlanır. Çoğunlukla fiziksel istismar ile birlikte görülür.

Çocuğu görmezden gelme, reddetme, sevgi göstermeme, küçümseme, eleştirme, övgüden yoksun bırakma, çocuğa sözlü saldırılarda bulunma (küfür, hakaret, aşağılama) şeklinde görülmektedir.

Duygusal istismara uğramış çocukta, depresyon ve çevreye karşı ilgisizlik, ilişki kurmada zorlanma, bazen küfürlü konuşma, çevresine kaba davranma, abartılı korku, endişe hali, akademik başarısında azalma gibi duygusal ve sosyal alanlarda sorunlarla birlikte uyku ve konuşma bozuklukları da görülebilir.

Duygusal istismarın fark edilmesinde zorluklardan biride bunun çocuk tarafından normal kabul edilmesi olabilmektedir. Aile içinde de çocuğa karşı yapılan davranışlar, çoğu zaman anne ya da babanın huyu, kişilik özelliği gibi düşünülür.

3. Cinsel İstismar

Bir yetişkinin ya da kendisinden yaşça büyük başka bir çocuğun kendi cinsel tatmini sağlamak amacıyla, çocuğu kendi rızası olmadan ya da anlamadan kullanması durumudur. Cinsel istismar geniş bir spektrumu kapsar. Çocukla cinsel içerikli konuşma, teşhircilik, çocuğun pornografik amaçlı kullanılması, çocuğa dokunma, tecavüz etme gibi tüm davranışları kapsar. Kız çocuk olmak, engelli olmak, üvey anne/babaya sahip olmak gibi durumlar cinsel istismar için risk faktörleridir. Genellikle istismarı yapan çocuğun tanıdığı bildiği kişi olup istismar yıllarca sürebilmektedir. Bu yönüyle tespit edilir edilmez bu maruziyetin ortadan kaldırılmasına yönelik tedbirlerin alınmasını gerektiren aynı zamanda toplumsal ve sosyal boyutları da olan bir konudur.

Cinsel istismara uğramış çocuğun değerlendirilmesi kolay olmamaktadır. Çoğunlukla fiziksel belirtilerin dışında davranışsal olarak yaşına uygun olmayan cinsel davranışlar göstermesi, yaptığı resimler, oynadığı oyunlarda cinselliğe yer vermesi, arkadaşlarına bu konuyla ilgili bir şeyler öğretmeye çalışması gibi cinsellikle ilgili farkındalığının arttığına dair belirtiler, çevresindeki yetişkinlerden uzak durması, anne/baba gibi güvendiği bir yetişkine aşırı bağlanması, suskunlaşması, okul başarısının düşmesi dikkat edilmesi gereken noktalardır.

Cinsel istismarın tespit edilmesinin önemi kadar istismar durumunun hiç yaşanmaması için gerekli önlemlerin alınması ayrıca önemlidir. Ailenin farkındalığının artırılması, çocukları bu durumu ifade ettiklerinde dinlemeleri, gizlemeye çalışmadan gerekli yardım alma sürecini başlatmaları önemlidir. Aile ele alınırken ayrıca aile içi cinsel istismarın (ensest) olabileceği de göz ardı edilmemelidir. Aile içi cinsel istismar, toplumda bir tabu olarak görülmekte, ailenin parçalanması korkusu, toplumdan çekinme gibi nedenlerle bir aile ferdi tarafından fark edilmiş olsa bile genellikle aile içinde saklanmaktadır.

Çocuk İhmali

İhmal, çocuğun fiziksel, bilişsel ve duygusal gelişimi için gerekli olan barınma, beslenme, giyinme, tıbbi bakım, eğitim, sevgi, denetim ihtiyaçlarının karşılanmaması ve yaşına uygun olan bakımın verilmemesi olarak tanımlanır.

Besin, barınak, giyecek, tıbbi bakım, eğitim veya fiziksel olarak güvenli bir ortam hazırlanmaması fiziksel ihmal iken; çocuğun sevilmemesi, ihtiyacı olan duygusal ilgi ve yakınlığın gösterilmemesi duygusal ihmal olarak adlandırılır.

Çocuğun yaşitlarına göre kilosunun çok düşük olması, sağlıklı büyümesi için gerekli besinlerin sağlanmaması, çocuğun bakımsız ve pis olması, çocuğun tıbbi bakımının ertelenmesi, çocuğun okula gönderilmemesi, dersleriyle ilgilenilmemesi, çocuğun normalden uzun bir süre yalnız bırakılması, korunmaması, çocuğa vakit ayrılmaması ihmalî çağrıştırmaktadır.

İhmal konusu araştırılırken çocuğun ailesinin ekonomik şartları, sosyokültürel özellikleri de dikkate alınmalı ve uygun şartlar oluşu halde çocuğun gereksinimlerinin yerine getirilip getirilmediği değerlendirilmelidir.

İstismar/İhmale Uğrayan Çocuğa Yaklaşım

Hastanede çalışan bir profesyonel, karşılaştığı durumun bir istismar ve/veya ihmal olabileceğini hep aklında bulundurmalıdır. İstismar ve ihmal belirtilerini tanıyabilmeli, istismara uğrayan çocuğun yasal mercilere bildirimini yapmalı ve bu süre zarfında çocuğun güvence altında olmasını sağlayabilmelidir.

Çocuk nadir olarak istismara uğradığını kendisi açıklar. Kendisinin kötü bir şey yaptığını düşünmesi, dışlanma korkusu, anlattıklarına kimsenin inanmayacağını düşünmesi gibi nedenlerle bunu açıklamak istemezler. Bir çocuğun istismara uğradığı düşünüldüğünde fiziksel muayene ile birlikte iyi bir değerlendirme yapmak için;

- Öncelikle çocukla konuşmak için uygun bir ortam seçilmelidir.
- Konuşuklarınızı başkalarına anlatmayacağınızı ancak yardım almanız gerekirse bunu yetkili kişilerle paylaşabileceğinizi söyleyin
- Onu suçlamadığınızı, sadece onu dinlemek istediğinizi gösteren sakın bir ses tonu ve yüz ifadesiyle sadece başından geçenleri, yaşadıklarını anlatmasını isteyin
- “Nasıl oldu”, “Sonra ne oldu” “Niye izin verdin” gibi yargılayıcı soruları sormayın, anlattıklarını dinleyin
- “Senin hatan değil”, “Bunu anlatman çok iyi bir gelişme” gibi çocuğu cesaretlendirmeye yönelik ifadeler kullanın
- Görüşme yaparken istismarın olup olmadığı konusunda kendinizi karar verici kişi olarak görmeyin, bu nedenle görüşmeniz sırasında istismarın olduğuna dair bir ispat aramaya çalışmayın
- Çocuğun anlattıklarını not alın, raporunuzu yazın
- Hazırladığınız raporu hastane polisine teslim ederek olayla ilgili yasal sürecin başlamasını sağlayın
- Tüm bu süreç içerisinde çocuğun ve ailenin mahremiyetine saygı gösterin

Sonuç olarak, bir toplumun geleceği olarak görülen çocukların bilişsel, duygusal ve sosyal gelişimlerini tamamlayabilmeleri için çocuk istismarı ve ihmali konusunun bireysel ve toplumsal boyutta ele alınması ve önlenabilir bir olgu olduğunun bilinmesi gerekmektedir. Sağlık profesyonellerince risk gruplarının ve çocuk istismarının belirtilerinin bilinmesi, tespit edildiğinde çocuğun koruma altına alınması ve bildirim yükümlülüğünün yerine getirilmesi önemlidir.

Kaynaklar

1. Finkelhor D. The prevention of childhood sexual abuse. *The Future Of Children*. 2009; 19(Suppl.2):15-26.
2. Şahin F., Taşar M.A. Cinsel istismar ve ensest. *Türk Arch Ped*. 2012; 47: 159-64
3. Gündüz T, Karbeyaz K, Ayrancı U. Evaluation of the adjudicated incest cases in Turkey: difficulties in notification of incestuous relationships. *J Forensic Sci* 2011; 56(Suppl.2): 438-43
4. TC. Sağlık Bakanlığı Ulusal Ruh Sağlığı Eylem planı (2011-2023), Ankara, 2011.
5. Turhan E, Sangün Ö, İnandı T. Birinci basamakta çocuk istismarı ve önlenmesi. *STED*.2006;15(Suppl.9):153-157.
6. Güler N, Uzun N, Aydoğan S. Anneleri tarafından çocuklara uygulanan duygusal ve fiziksel istismar/ihmal davranışı ve bunu etkileyen faktörler Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Derg. 2002;24(Suppl.3):128 – 134.
7. Polat O. Çocuk İstismarı 1. 1.Baskı. İstanbul, Seçkin Yayıncılık, 2007.
8. Ivan Doolan I, Najman J, Mills R, Cherny A, Strathear L. Does child abuse and neglect explain the overrepresentation of aboriginal and torres strait islander young people in youth detention? Findings from a birth cohort study. *Child Abuse & Neglect*.2013;37(Suppl.1):14-21.
9. İbiloğlu A. Domestic Violence. *Psikiyatriye Guncel Yaklaşımlar*.2012; 4(2): 204-222.
10. Ersoy A.F. An Area Neglected in Citizenship Education: Children's Rights Education at Home and at School. *International Online Journal of Educational Sciences*, 2012;4(Suppl.2): 359-376.
11. Danielle N. Shapiro D, Kaplow B, Jackson L, Dodge K. Behavioral markers of coping and psychiatric symptoms among sexually abused children. *Journal of Traumatic Stress*.2012; 25 (Suppl.2):157-163.

Amerikan Psikoloji Birliğine göre travma; kaza, tecavüz veya doğal afet gibi korkunç bir olaya verilen duygusal tepkidir. Çocuk ve ergenlerde travma, beklenmeyen bir zamanda, beklenmedik bir şekilde gelişen, dayanma gücünü zorlayan/aşan, çocuk/ergenin yaşamını veya beden bütünlüğünü tehdit eden ve/veya başkasının yaşadığı bu tür bir olaya tanık olmak yolu ile açığa çıkan, dehşet kaygı ve panik yaratan bir durumdur.

Travma yaşantısı çeşitli şekillerde meydana gelebilir. Bu nedenler arasında insan eli ile açığa çıkmış travmalar ve doğal afet sonucu yaşanmış travmalar yer alır. Dünya Sağlık Örgütü insan eli ile açığa çıkan travmaları değerlendirirken çocuğun bakımı ile ilgilenen bireyler tarafından yapılan travmaları dört grup altında ele alır. Bunlar; fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal istismar ve ihmaldir. Bunlara ek olarak, hırsızlık, rehin alınma, mülteci olma, kazalar, vahşet içeren bir duruma (savaş, silahlı çatışma, cinayet) şahit olma gibi durumlar da insan eli ile gerçekleşen travmalar arasında yer alır. Doğal afet sonucu yaşanan travmalar ise; sel, yangın, deprem gibi çocuk/ergenin alışageldiği yaşantısının değişmesine çeşitli şiddetlerde neden olan travmaları içerir. Sevilen birinin kaybı da çocuk/ergeni etkileyen en önemli travmatik yaşantılardan biridir ve doğal yollarla veya insan eli ile gerçekleşebilir.

Travma yaşantısına çocuk/ergenin verdiği tepkiler çocuğun yaşı, gelişim dönemi özellikleri, travmayı nasıl algıladığı, nasıl anlamlandığı, duygularını ifade etme becerileri, kültürel farklılıklar, sosyal çevrenin travmatik yaşantıya verdikleri tepkiler ve travmatik olayın süresi, sıklığı, şiddeti, olayın kimin başına geldiği, olaydan çocuğun/ergenin ne kadar etkilendiği, olay sonrası etkinin niteliği, travma sonrasında sosyal destek sistemlerinin varlığı/yokluğu ile yakından ilgilidir.

Travmatik yaşantı çocuk ve ergenlerde genellikle yoğun korku, dehşet, çaresizlik ve fiziksel stres tepkilerine neden olur. Travmatik etki oluştuğunda bireyde aşırı uyarılmışlık, olayı yeniden yaşama ve kaçınma davranışları açığa çıkar. Bu çocuklar/ergenler yeni korkular geliştirebilirler, küçük çocuklar ayrılık anksiyetesi yaşayabilirler, uyku bozuklukları kabuslar açığa çıkabilir, üzüntü, öfke, iritabilite, günlük aktiviteler-

re olan ilginin kaybı, konsantrasyon güçlüğü, okul başarısında düşme ve somatik şikayetler açığa çıkabilir.

Çocuk/Ergenin Travmatik Yaşantıya Verdikleri Tepkiler ve Bu Tepkilere Yönelik Psikososyal Girişimler

0-2 yaş

Huzursuzluk, kaygılı görünme, ağlama, uyku sorunları, kabuslar, iştah kaybı, ayrılık anksiyetesi, yabancı kişilerden korkma, yalnız kaldıklarında hırçın davranışlar sergileme, kontrol edilemeyen saldırganlık.

Psikososyal Girişimler

- Bebek ile yumuşak bir ses tonu ile konuşmak
- Bebeğin fiziksel sağlığını sürdürmek (mümkünse ilk 6 ay anne sütü ile beslenmesini sağlamak, aşılarını yaptırmak, sağlık kontrollerini yaptırmak)
- Bebeğin günlük rutinleri korumak (düzenli beslenme, uyku programını uygulamak)
- Bakım veren kişinin sürekliliği sağlamak
- Bebeğin bulunduğu ortama alışmasını sağlayacak tedbirler almak (daha önce bulunduğu oyuncağını, biberonunu, battaniyesini kullanmak)
- Ayrılık anksiyetesini engelleyici tedbirler almak (mümkünse bebek ile anneyi bir arada tutmak)
- Güven duygusunu pekiştirmek maksadı ile fiziksel yakınlığı arttırmak (okşamak, sırtını hafifçe ovalamak)
- Bebeğin zihinsel ve duygusal gelişimini desteklemek (anne-bebek oyunları oynamak vs.)
- Bebeğin motor becerilerini geliştirmek (güvenli çevre sınırları dahilinde hareket etmesine izin vermek)
- Mümkün ise bebeğin akranları ile birlikte olabileceği güvenli ortamlar sağlamak
- Çevredeki işitsel ve görsel uyaranları azaltmak
- Anne ve babanın yatağına yatmasına izin vermek

3-6 yaş

0-3 yaş belirtilerine ek olarak

- Regresyon (önceki gelişim evrelerine özgü altını ıslatma, parmak emme, konuşma bozuklukları gibi davranışlara geri dönme)
- Ani heyecanlanma
- Anne babaya aşırı düşkünlük
- Tik ve uyku sorunları
- Tanıdığı nesnelere aşırı bağlanma
- Utanç
- Saldırganlık
- İç kapanma, sessizlik
- Duygularını ifade etmekten kaçınma
- Ani ve yüksek seslerden, yoğun görsel uyaranlardan korkma
- Yabancılardan ve hayvanlardan korkma
- Her fırsatta ağlama
- Travmatik olayla ilgili takıntılı düşünceler geliştirme
- Belirli bir davranışı saplantılı bir biçimde tekrarlama

- Sürekli travmatik olay hakkında konuşma, bu durumu anlamlandırmak maksadı ile çok soru sorma
- Travmatik olayla ilgili oyunlar oynama
- Travmatik olayın tekrarlanacağı endişesi taşıma
- Kendi hayal ettiği şeylerle gerçek olanları ayırt edememe
- Travmatik yaşantının kendi kötü düşüncelerinden, davranışlarından kaynaklandığını düşünme

Psikososyal Girişimler

- Rahatlık ve güven duygusu sağlamak
- Güven duygusunu pekiştirmek maksadı ile sözel ve fiziksel yakınlığı arttırmak (çocuğu sık sık sevip, dokunmak)
- Günlük rutinler oluşturulmak (yeme, içme, uyuma)
- Ayrılık anksiyetesini engelleyici tedbirler almak (örn: yalnız yatmak istemediğinde anlayış göstermek)
- Çocuğun akranları ile birlikte oynayabileceği güvenli ortamlar sağlamak
- Çocuğun sorduğu sorulara net, anlaşılabilir, doğru yanıtlar vererek belirsizlikleri ortadan kaldırmak
- Çocuğun travmatik yaşantı ile ilgili konuşmasını duygularını fark ve ifade etmesini sağlamak

7-12 yaş

- Okul öncesi dönemdeki davranışlara geri dönme
- Kabuslar, uyku bozuklukları
- Ayrılık anksiyetesini
- Doğal olaylara karşı gelişen korkular
- Okul başarısında düşüş veya okula gitmek istememe
- Erkeklerde dışarıya yönelik davranışlar (asabiyet, yaramazlık, isyankarlık), silahlarla, savaş oyunlarına karşı ilgi artışı
- Kızlarda içe yönelik davranışlar (geri çekilme ve depresyon)
- Saldırganlık ve/veya kendine zarar verme
- Anne-babayla olan ilişkilerde farklılık
- Aşırı talepkar olma ya da tamamen içine kapanma
- Kardeşlerle olan ilişkilerin daha olumsuz olması, kavgaların artması
- Başkalarının gereksinimlerini aşırı derecede önemseme/hiç önemsememe
- Dikkatte ve konuşmada azalma/bozulma
- Tekrarlanan hareketler, aşırı konuşma

Psikososyal Girişimler

- Çocuğun travmatik yaşantı ile ilgili duygu ve düşüncelerini fark etmesini ve ifade etmesini sağlamak
- Merak ettiği sorulara yanıt vermek
- Çocuk ile ilgili ilgi ve denetim sağlamak amacı ile aile düzenin yeniden kurulmasını sağlamak
- Çocuğun kendisine veya çevresine zarar vermesini engelleyecek tedbirler almak güvenli çevre/ortam sağlamak
- Çocuğun günlük rutinlerine geri dönmesini sağlamak (okul, arkadaş çevresi)

- Dikkatleri kolayca dağıldığından fazla çalışması konusunda ısrarcı olamamak
- Basit görevler vererek, ufak sorumluluklar almalarına fırsat tanımak
- İleride olabilecek başka travmatik olaylardan kendisini nasıl koruyabileceği konusunda bilgi vermek

13-18 yaş

- Gelecekleri hakkında endişeli ve olumsuz duygulara sahip olma
- Kendi korkuları ve travmaya verdikleri tepkiler konusunda endişe taşıma (örn: kendisini suçlu ve çaresiz hissetme gibi tepkilerin anormal olup olmadığını merak eder.)
- Küçük olaylara aşırı tepkiler verme, sık sık çatışma yaşama
- İştah ve uyku sorunları
- Sosyal ilişkilerde ve aile ilişkilerinde bozulma
- Günlük etkinliklere karşı ilgi kaybı
- Okul başarısında düşme, okuldan kaçma
- Kendisine ve çevresine zarar verme (madde kullanımı, silah/bıçak taşıma)

Psikososyal Girişimler

- Çocuğa ilgi ve denetim, güvenli bir ortam, güçlü bir destek ağı sağlamak
- Çocuğun günlük rutinlerine geri dönmesini sağlamak (okul, arkadaş çevresi, sosyal etkinlikler)
- Okul başarısı ile ilgili yüksek beklenti içerisinde olmamak
- Duygu ve düşüncelerini aile ve arkadaşları ile konuşarak ifade etmesini sağlamak
- Başkalarına yardım etmeleri için teşvik etmek.

Travmanın Sonuçları

Travmatik yaşantı sonrası neredeyse bütün bireyler stres tepkileri sergiler. Bu beklenmedik, travmatik olaya verilen stres tepkileri bir dönem için “anormal bir olaya verilen normal tepkiler” olarak görülebilir. Bu durumun süreklilik göstermesi halinde ise bireylerde bir takım psikopatolojiler açığa çıkabilir. Bunlar:

- Akut stres bozukluğu
- Travma sonrası stres bozukluğu
- Uyum bozuklukları
- Madde kötüye kullanımı ve bağımlılığı
- Kişilik bozuklukları (özellikle sınır kişilik bozukluğu)
- Depresyon
- Diğer anksiyete bozuklukları
- Disosiyatif bozukluklar
- Yeme bozukluklarıdır.

Tedavi ve Yaklaşım

Çocuk ve adolesana travma sonrası yaklaşımda bireysel, aile, grup terapileri yapılabilir ve bilinçlendirme, bilişsel davranışçı yaklaşım, oyun terapisi, sanat terapisi, EMDR (Eye Movement Desensitization Reprocessing/Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme yaklaşımları kullanılabilir.

- Bilinçlendirme: Travma ve etkileri konusunda çocuk ve ailesinin eğitilir ve bilinçlendirilir.
- Bilişsel-Davranışçı Yaklaşım: Bu yaklaşım kapsamında kullanılan alıştırma terapisi, anksiyete ile başa çıkma eğitimi, sistematik duyarsızlaştırma (desensitization), stres

aşılama (inoculation) eğitimi gibi yöntemlerle çocuk/ergendeki travmatik yaşantılar ele alınır.

- Oyun terapisi: Özellikle küçük yaştaki çocuklar için uygulanan oyun terapisi, çocuğun katarsız (duygu boşalımı) yaşaması, içgörü kazanma ve gerçekliği değerlendirme yolu ile travmatik yaşantıyı yeniden anlamlandırması sağlanır.
- Sanat Terapisi: Büyük yaştaki çocuklar için travmatik yaşantılarını yönetmek ve kişisel gelişimlerini arttırmak üzere bir profesyonel eşliğinde sanatı iyileştirici amaçlı kullanmaları ile uygulanan yöntemdir.
- EMDR (Eye Movement Desensitization Reprocessing/Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme): Travma yaşantısı olan, kendisini ifade edebilecek yaştaki bireylere uygulanan bir yöntemdir. Uygulama, çeşitli aşamalardan oluşmaktadır. Bireyin, travma yaşantısını hatırlaması, bu anıyla ilgili bir imaj geliştirmesi, bu imaja dair olumlu ve olumsuz yargılar belirlemesi ve her iki yargıyı da puanlaması ile başlayan bu yöntem, yeni tutum ve davranışların yerleştirilmesi ile sonlandırılmaktadır.

Kaynaklar

1. Afet ve travmatik olaylarda psikolojik destek, T.C. Milli Eğitim Bakanlığı, Ankara, 2011
2. Bayındır N. Aile içinde yaşanan şiddete karşı çocuğun gösterdiği tepkiler, Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2010;2/2:1-9.
3. Carey L. Death of grandparent or a parent. In:Webb, N. B.(Eds.), Helping bereaved children: A handbook for practitioners. New York: The Guilford Press; 2010.
4. Child Welfare International Gateway. Domestic violence and The Child Welfare System. U.S. Department of Health and Human Services Administration for children and families administration on children, Youth and Families Children's Bureau; 2009.
http://www.childwelfare.gov/pubs/factsheets/domestic_violence/domesticviolence.pdf (Erişim tarihi: 20.03.2013).
5. Children and Trauma, American Psychology Association, <http://www.apa.org/pi/families/resources/children-trauma-update.aspx> (Erişim tarihi: 20.03.2013).
6. Erden G, Gürdil, G. Savaş yaşantılarının ardından çocuk ve ergenlerde gözlenen travma, ve psiko-sosyal yardım önerileri. Türk Psikoloji Yazıları. 2009; 12:24:1-13
7. Greenwald, R. EMDR within a phase model of trauma- informed treatment. New York, 1st edition, pp. 8-11, The Hawthorth Press; 2007.
8. Harris, D. A. (2007). Dance/movement therapy approaches to fostering resilience and recovery among African adolescent torture survivors. Torture: Journal on Rehabilitation of Torture Victims and Prevention of Torture, 17(2): 134-155.
9. Kar, N. Psychological impact of disasters on children: depression and generalized anxiety disorder in adolescents after a natural disaster: A study of comorbidity. Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health. 2009;2:17.
10. Karakaya I, Agaoglu B, Coskun A, Sismanlar SG, Yildiz Ö: The symptoms of PTSD, depression and anxiety in adolescent students three and a half years after the Marmara earth-quake. Turk Psikiyatri Derg. 2004;15:4:257-263.
11. Kennedy VL& Lloyd-Williams M. How children cope when a parent has advanced cancer. Psycho- Oncology 2009;18:8:886-892.
12. Ofiaz F. Felaketlerin psikolojik etkileri ve hemşirelik uygulamaları, C.Ü. HYO Dergisi. 2008;12:3.
13. Van der Oord S, Lucassen S, Van Emmerik AAP & Emmelkamp PMG. Treatment of Post- Traumatic Stress Disorder in children using Cognitive Behavioral Writing Therapy. Clinical Psychology and Psychotherapy, 2010;17:3:240-249.
14. Webb NB. The child and death. In Webb, N. B. (Ed.). Helping Bereaved Children: A Handbook or Practitioners. New York: The Guilford Press; 2010.

Bireyin kendi hayatına son vermek maksadı ile eylemde bulunması anlamında kullanılan intihar terimi; hem intihar düşüncesini (istemli olarak kendine zarar verme ve ölüm düşünceleri), hem bu düşünce nedeniyle yapılan girişimi (istemli olarak kendine zarar verme girişimi), hem de girişimin sonuçlarını (ölüm) içerir. Girişim tamamlanmış ve kişi hayatını kaybetmişse intihar veya tamamlanmış intihar (fatal intihar), kişi kendine zarar vermiş fakat yaşam kaybı olmamışsa intihar girişimi (non-fatal intihar) olarak tanımlanır.

Epidemiyoloji

İntihar yaşam tehdidi içermesi nedeni ile önem taşıyan ciddi bir sosyal sorundur ve gelişmiş ülkelerdeki ölüm sebepleri arasında 8. sırada, adölesan yaş grubunda ölüm sebepleri arasında 3. sırada yer almaktadır. DSÖ verilerine göre dünyada her yıl, en az 100 000 adölesan intihar teşebbüsünde bulunmakta, yaklaşık bir milyon birey intihar nedeni ile ölmektedir. TÜİK 2011 verilerine göre 2011 yılında ülkemizde 15 yaş altında toplam 103 (45 E, 58 K), 15-19 yaş arasında 354 (175E, 179K), 20-24 yaş arasında 266 (176E, 90K) intihar girişimi gerçekleşmiştir.

Yol Açan Etkenler

Yaş: Çocuk ve adölesanlarda intihar kavramı, ölüm kavramının nasıl algılandığı ile yakından ilişkilidir. Bilişsel olarak ölüm kavramının algılanması, gelişim dönemlerine göre farklılık göstermektedir. Okul öncesi dönemdeki çocuklar hareket eden nesnelerin tamamının canlı olduğunu, ölümün geri döndürülebilir bir olay olduğunu, ölen bireyin o an için yok olduğunu ve geri döneceğini düşünürler. 6-9 yaş civarında ölümün geri döndürülemez bir durum olduğunu kavramaya başlarlar, bununla beraber kendisinin ve sevdiklerinin ölmeyeceğini düşünürler. 9-12 yaş arasındaki çocuklar, ölümün geriye dönüşü olmayan bir durum olduğunu anlayabilirler. Bu durumu anlamlandırmak için kendilerince bir mantık geliştirirler. Örn: “daha rahat yaşayabilmemiz için dünyadaki nüfusun azalması gerekir”. 12 yaşından sonra ancak ölüm algısı yetişkin-

lerinkine benzemeye başlar. Ölüme ve varoluşa ilişkin soyut düşünceler geliştirir, hayatın anlamını sorgularlar.

İntihar ve intihar girişimi oranları, yaşa bağlı olarak artış göstermektedir. Çocuklarda ve erken adölesan döneminde ender denilebilecek intihar girişimi oranları geç adölesan dönemde ve yirmili yaşlara doğru giderek artar ve ölümlle sonuçlanma olasılığı yükselir. İntihar girişiminin tamamlanmış intiharlara oranı, 14 yaşın altındaki bireylerde 1/50, 15-19 yaş grubundaki bireylerde ise 1/15'dir. Türkiye'de intihar edenler yaş grubuna göre incelendiğinde, kadınların 15-29, erkeklerin 15-35 yaş grubunda yoğunlaştıkları gözlenmektedir.

Cinsiyet: Yapılan araştırmalar, kızların erkeklere oranla daha fazla intihar düşüncesi taşıdıklarını ve girişiminde bulunduklarını, bununla beraber erkeklerin tamamlanmış intihar sıklılığının daha fazla olduğunu göstermektedir.

Ailesel etkenler: Çocuk ve adölesanlarda intihar ve intihar girişimi ile ilgili yapılan çalışmalarda belirlenen aileye ait risk faktörleri şunlardır:

- Ailede intihar veya psikiyatrik bozukluk öyküsü (Depresyon, davranış bozukluğu, madde kötüye kullanımı vs.)
- Aile statüsünün bozulması (göç, sosyoekonomik durum değişikliği; iflas, işsizlik)
- Aile bütünlüğünün bozulması (Boşanma veya vefat nedeni ile ebeveynlerden birinin veya her ikisinin kaybı)
- Ailede içi iletişimin bozulması (iletişim kalitesinin, süresinin, biçiminin yetersizliği vs.)
- Ailede içi şiddet öyküsü

f. Ailede olumsuz ebeveyn-ocuk ilişkisi (ocuğun kendisine saygısının azalmasına neden olan aşırı sert ve reddedici anne baba tutumları, sık verilen ve yersiz cezalar, çocuktan kapasitesinin üzerinde başarı beklentisi veya hiç beklentinin olmayışı)

Eğitim, meslek ve ekonomik durum: Literatürde intihar düşüncesi, eğilimi, davranışı sergileyen kişilerin eğitim düzeyinin ve/veya akademik başarılarının düşük olduğu gösterilmiştir. Ayrıca işsiz ve ekonomik bakımdan bağımlı geç adölesan dönemindeki bireylerde (öğrenci, ev hanımı/kızı) intihar prevelansı yüksektir.

Yerleşim yeri: İntihar ve intihar girişimi riski kır yaşantısına oranla kent yaşantısında, doğuya oranla batıda daha fazladır.

Durumsal risk etkenleri: İntihar edebilmeyi sağlayan koşulların kolay erişilebilir olması ocuk ve adölesanlarda intihar riskini arttırmaktadır. Türkiye'de 15 yaş altı ve 15-19 yaş ve 20-24 yaş aralığında bulunun bireylerin tamamında her iki cinsiyet için en sık kullanılan yöntem kendini asma, ikinci sırada gelen yöntem ise ateşli silahla kendini yaralamadır. Kullanılan diğer yöntemler arasında kimyevi madde kullanımı, yüksekten atlama, suya atlama, kendini yakma, kesici bir alet kullanma, doğalgaz, tüp gaz kullanma, tren veya başka bir motorlu araç altına atlama yer almaktadır. İntihar etme sıklılığı ve kullanılan yöntemlerin seçimi ile ilgili olarak kitle iletişim araçlarının ocuk ve adölesanlara taklit edilebilecek modeller sunduğu literatürde gösterilmiştir. Geçmişte intihar girişimi öyküsü: Gerek intihar sonucunda yaşamını kaybeden gerek sadece girişimde bulunan bireylerin öykülerinde intihar girişimlerinin bulunması, bir kez girişimde bulunmanın intihar etme riskini artırdığını düşündürmektedir. Yapılan araştırmalar intihar girişiminden sonraki ilk on iki aylık dönemin intihar riski açısından en tehlikeli dönem olduğunu göstermektedir.

Psikopatolojik etkenler: Sosyal izolasyon, sosyal desteğin yokluğu, cinsel/fiziksel/duygusal istismar ve ihmal öyküsü, stresli (kötü tecrübeler, şiddete maruz kalma) yaşam

olayları deneyimi, seksüel yönelim farklılıkları, stigmaya maruz kalma, sağlık bakımına ulaşma engelleri (özellikle ruh sağlığı ve madde kötüye kullanımı tedavisi), nörobilyolik faktörler, belirgin kültürel veya dini inanışlar gibi faktörler psikopatolojinin açığa çıkması ihtimalini ve intihar eğilimi riskini arttırmaktadır. Ölümle sonuçlanan intiharların ve intihar girişimlerinin ele alındığı araştırmalar bu gruplarda yer alan adölesanların %80-90'ında psikiyatrik bir bozukluğun olduğunu, bu bozukluklar arasında en yaygın olanların major duygudurum bozuklukları, yıkıcı davranış bozuklukları ve madde kullanım bozuklukları olduğunu göstermektedir.

Çocuk ve Adölesan İntihar Girişimine Tedavi Yaklaşımı

İntihar girişiminde bulunmuş çocuk ve adölesana yapılan akut müdahalelere ek olarak psikiyatrik bozukluklar da dikkatlice ele alınmalıdır. Bu bozukluklara yaklaşım, kimi zaman ayaktan takibi, intihar etme riskinin yüksek olduğu kimi hallerde ise hastaneye yatışı içerebilir. İntihar davranışı konusunda çocuk ve adölesana yardım eden hastanede görevli sağlık profesyonelleri aynı zamanda hastane dışında, örneğin okul rehberliği alanında çalışan psikolojik danışman ve okul hemşiresi ile de işbirliği yaparak bu kriz durumunu daha etkili yönetebilir. İntihar girişiminde bulunan çocuk ve adölesanların tedavisinde psikososyal tedaviler oldukça etkili bir rol oynamaktadır. Bu bireylerin problem çözme, baş etme, sosyal ilişki, iletişim becerileri alanlarında yaşadıkları güçlükler de dikkatlice ele alınmalıdır. Çocuk ve adölesanın intihar davranışı temelde aile ilişkilerinden de fazlaca etkilendiği için ebeveyn ruh sağlığı sorunları, intihar davranışları, ebeveyn çocuk ilişkisinde yaşanan güçlükler, aile işlevselliği ve süreçlerinin bozulması konuları da dikkatlice ele alınmalıdır. Çocuk ve adölesanda intihar konusunda çalışırken en sık kullanılan yöntemler psikodinamik psikoterapiler, bilişsel davranışçı terapiler, sorun çözme terapileri, grup terapileri ve aile terapileridir.

Çocuk ve Adölesan İntiharlarını Önlemek İçin Yapılması Gerekenler

Birincil Koruma (Topluma Yönelik Müdahaleler)

- İntihar eğiliminin artmasına neden olan etkenlerin ortadan kaldırılması,
 - Kişisel risk etkenlerinin ortadan kaldırılması (Örn: Problem çözme ve baş etme becerilerinin geliştirilmesi)
 - Çevresel risk etkenlerinin ortadan kaldırılması ve/veya etkilerinin azaltılması
- İntihar sıklığının azaltılması
 - İntihar eğilimli bireyler ile bir şekilde ilişkisi olan profesyonel (öğretmen, okul hemşiresi, psikolojik danışman vs.) veya profesyonel olmayan (aile, arkadaş vs.) veya onların tedavisi ile ilgilenen sağlık profesyonellerinin intihar davranışı ile ilgili belirtiler ve bulgular hakkında eğitim alması
 - Aile, arkadaş, sağlık çalışanları, işverenler, öğretmenler ve diğer eğitimciler ile işbirliği yapılması
 - İntihar davranışı etkileyen sosyo ekonomik koşulların düzeltilmesi
 - Psikiyatrik bozuklukların tedavisi
 - İntihar davranışını gerçekleştirmek için kullanılan yöntemlerin sınırlandırılması (örn: ateşli silah satışını kontrolünün sağlanması, silah kullanılanların uyarılması, letal doz sınırı düşük olan ilaçların denetim altında satılması)

İkincil Koruma (Özel risk gruplarına yönelik müdahaleler):

- Risk gruplarının ve risk yaratan faktörlerin belirlenmesi
- İntihar eğilimi olan bireylerin intihar etmeden önceki bilişsel, duygusal, davranışsal, kişiler arası ilişkiler alanında ortaya çıkan güçlükleri, intihar ön belirtilerini sap-tamak
- İntihara ilişkin işaret ve belirtilerin herhangi bir ruhsal sorun haline dönüşmesini engellemek

Üçüncül Koruma (Psikopatoloji sergileyen hasta gruplarına yönelik müdahaleler):

- İntihar tedavisi ve intihar davranışının tekrar etmesinin önlenmesi (tedavi ve yar-dım hizmeti sunumu)

Kaynaklar

1. AACAP Official Action. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescent with suicidal behavior. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2001;40:24-51.
2. Akın E, Berkem M. İntihar girişiminde bulunan ergenlerde öfke ve dürtüsellik, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Der-gisi, 2012;25:148-52.
3. Aktepe E, Kandil S, Göker Z, Sarp K, Topbaş M, Özkorumak E. İntihar girişiminde bulunan çocuk ve ergenlerde sosyode-mografik ve psikiyatrik özelliklerin değerlendirilmesi, TAF Preventive Medicine Bulletin, 2006;5(6).
4. Aktepe E. Ergenlerde kendine zarar verme davranışı, TAF Preventive Medicine Bulletin, 2011;10(2).
5. Anderson RN. Deaths: leading causes for 2000. Natl Vital Stat Rep 2002;50:1-85.
6. Batıgün AD. İntihar olasılığı ve cinsiyet: İletişim becerileri, yaşamı sürdürme nedenleri, yalnızlık ve umutsuzluk açısın-dan bir inceleme, Türk Psikoloji Dergisi, 2008;23:62:65-75.
7. Çelik GG, Yıldırım V, Metin Ö, Tahiroğlu A, Toros F, Avcı A ve ark. Özkiyım girişi olan ergenlerde ruhsal bozukluklar, benlik ve aile işlevselliği. Anadolu Psikiyatr, 2011; 12:280-6.
8. Çuhadaroğlu F. Çocuk ve ergen psikiyatrisi temel kitabı. Bölüm 50: İntihar davranışı. Ankara:Hekimler Yayın Birli-ği;2008;503-512.
9. Özgüven HD. İntihar davranışının epidemiyolojisi. Türkiye Klinikleri. 2008;1(3):1-7.
10. Dilli D, Dallar Y, Çakır İ. Psychological characteristics of adolescent suicide attempters presenting to a pediatric emergency service, Turk J Med Sci, 2010; 40 (3): 377-390.
11. Doruk A ve Özşahin A. İntihar. E Köroğlu, C Güleç (Ed). Psikiyatri temel kitabı, 2. Baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birli-ği; 2007. 556-561.
12. Ercan EE, Varan A, Aydın C. İntihar girişiminde bulunan ergenlerde sosyodemografik, psikiyatrik ve ailesel özelliklerin araştırılması. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi. 2000;7: 81-91.
13. Fidan T, Ceyhan HE, Kırkpınar İ. Çocuk ve gençlerde aile işlevselliği ve intihar girişi, Klinik Psikofarmakoloji Bülte-ni. 2009;19(Suppl. 1):220-222.
14. Fidan T, Ceyhan HE, Kırkpınar İ. İntihar girişi olan ve olmayan gençlerin başa çıkma tutumları ve aile işlevselliği açı-sından değerlendirilmesi, Nöropsikiyatri Arşivi. 2011; 48:195-200.
15. Hawton K and Heeringen K. Suicide. Lancet, 2009. 373: p:1372-1381.
16. Odabaşıoğlu G, Doğangün B, Kayaalp ML. Çocukta intihar girişimleri: olgu örnekleriyle gözden geçirme. Türkiye'de Psikiyatri, 2005;7(2):73-80.
17. Soykan Aysev A, Işık Taner Y. Çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları. İstanbul Golden Print, 856 s., 2007.
18. Temel M., İntiharların önlenmesinde hemşirenin sorumlulukları, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Der-gisi, 2009; 12: 2
19. Türkiye İstatistik Kurumu, İntihar istatistikleri 2011, ISSN 1300-1159, Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası, ANKA-RA, Haziran 2012
20. World Health Organization. Suicide rates and absolute numbers of suicide by country 2012. (cited March, 2013). Ava-ilable online: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/country_reports/en/index.html
21. Yalaki Z, Taşar M A, Yalçın N, Dallar Y, Çocukluk ve gençlik dönemindeki özkiyım girişimlerinin değerlendirilmesi, Ege Tıp Dergisi. 2011;50 (2): 125-128.

Çocukluk Çağı Obezitesine Psikososyal Yaklaşım

Kürşat Fidancı, Berna Fidancı

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından obezite “Sağlığı bozacak ölçüde yağ dokularında anormal veya aşırı miktarda yağ birikmesi” şeklinde tanımlanmıştır. Obezite sadece fiziksel değil aynı zamanda sosyal ve psikolojik komplikasyonları olabilen önemli bir sağlık sorunudur. Kilolu çocukların normal kilodaki çocuklara göre erişkin yaşamda obez olma risklerinin daha yüksek olduğu ve % 60- 80’ inin erişkinlik döneminde de obezitetlerinin devam ettiği ileri sürülmüştür.

Obezite nedenleri incelendiğinde; yaş, cinsiyet, ırk, sosyokültürel düzey, ailede obez bireylerin varlığı, beslenme alışkanlıkları (bebeğin beslenme şekli, ailenin beslenme durumu, öğünlerin düzeni), fiziksel aktivite düzeyi ve yaşam tarzının etkili olduğu saptanmıştır.

Obezite oluşumunda psikolojik faktörlerin yanı sıra çevresel ve kültürel faktörlerin de etkisi olduğu düşünülmektedir. Örneğin, bazı çocuklar gerginliklerini azaltmak için aşırı derecede yemek yiyebilirler. Bu çocuklarda yemek can sıkıntısına tepki olarak ortaya çıkabilir. Uyarıcı açısından yoksunluk çekilen dönemlerde de aşırı yeme davranışına rastlanabilir. Çocuk ve ergenler psikolojik sorunlar ya da anksiyete ile baş edebilmek için aşırı yeme davranışı gösterebilirler. Ancak obezite çoğunlukla genetik bir yatkınlığın ve ailenin yeme alışkanlıklarının sonucu olarak ortaya çıkmaktadır. Obezitenin fiziksel etkilerinin yanı sıra psikolojik ve sosyal etkileri de bulunmaktadır. Depresyon, ayrımcılık ve kiloya bağlı ikilemleri obezite ile ilişkili olarak ortaya çıkan sorunlar arasında yer almaktadır. Çocukluk çağındaki obezitede en yaygın olarak psikososyal sorunlar görülür. Çalışmaların çoğunda bu çocuklarda depresyon, düşük benlik saygısı ve algı bozukluğu olduğu belirtilmiştir. Çocukların psikolojik gelişimi sırasında benlik saygısı gelişimi çok önemli bir süreçtir. Benlik saygısı, kişilerarası ilişkilerden ve bireyin bu ilişkilere verdiği anlamdan etkilenmektedir. Çocuklarda obezite çevreden gelen olumsuz geri bildirimler sonucu sosyal dışlanmaya neden olabilmektedir. Aşırı kilo nedeni ile eleştirilme ve sosyal dışlanma çocuklarda utanç duygularının gelişimine neden olabilmekte; çocuğun okul başarısını, sosyal ilişkilerini ve fiziksel etkinliklere karşı olan tutumlarını etkileyebilmektedir.

Benlik saygısı ile sarmal bir ilişki içinde olan beden algısı, zihnimizde şekillendirdiği-miz kendi bedenimizin bize nasıl görüldüğüdür. Beden organlarının zihinsel tasarımı-larının tümü olan beden algısı, “ben” fikrini oluşturur ve egonun sonraki biçimlenme-sinde temel bir önemi vardır.

Beden algısı, çocuğun kendisini kendi olmayanlardan ayırt etmeye başladığı bir ya-şından itibaren ortaya çıkar ve yaşam boyu sürekli gelişerek değişir. Aslında birey fi-ziksel özelliklerin önemli olduğu görüşü ile çok erken yaşlarda karşılaşmaktadır. Ço-cukların öykü kitaplarındaki kahramanlar genellikle yakışıklı, güzel ve güçlü kişilerdir. İzlediğimiz filmlerdeki insanlar hep güzel bir fiziğe sahiptir.

Benlik saygısı ve beden algısı yakın ilişkisi olan kavramlardır ve sebep sonuç ilişkisi şeklinde birbirlerinden etkilenirler. Bireyin kendi bedenini ve beden parçalarını algıla-yarak onlara belli anlamlar vermesi kendilik algısı, kimlik ve kişilik kavramları ile iliş-kilidir. Kendini fiziksel açıdan olumlu değerlendirenler, kişilerarası ilişkilerde daha gü-venli, okul ve iş yaşantısında daha başarılıdır. Kendini beğenmeyen, kendinde birçok kusurlu yanın bulunduğunu düşünen insanlar ise yaşamlarının çeşitli dönemlerinde ya da sürekli olarak huzursuz, güvensiz ve değersizlik duyguları içindedirler. Obez birey-ler toplumsal alanlarda “etiketlenirler”. Ayrımcılık onların özsaygılarının azalmasına, depresyona eğilimlerinin artmasına yol açar. Benlik saygısının azalması obez birey-lerin disforik ve depresif olmalarına sebep olur.

Aşırı kilolu çocukların akranlarıyla olan ilişkilerinde de sorunlar olabilmektedir. Akran-ları tarafından alay edilme, aşağılanma, gruba kabul edilmeme ve ayrımcılığa maruz kalma obez çocuklar için önemli problemlerdir. Çoğu zaman obez çocukların anne ba-balarının, çocuklarını okulda ya da aile içinde alay edilmekten ya da aşağılamaktan korumak için tampon rolü oynadıkları görülmektedir.

Çocukluk çağında obezite ile ilişkilendirilen psikolojik sorunlar, üzerinde önemle du-rulması gereken bir konudur. Özgüven kaybı, akran ilişkilerinden kaçınma, içe kapan-ma, sürekli dışlanma hissi, hatta depresyon ve anksiyete obezite ile ilişkilendirilmiş-tir. Obezite yönetim planı oluştururken, psikolojik ve sosyal sorunların mutlaka göz önüne alınması, bu konuda aile, okul ve diğer disiplinlerle işbirliği içinde çalışılması, obezite ile mücadelede başarının gereğidir.

Çocuklarda obezite ile ilgili yapılan çalışmalarda çocuğa sağlıklı yaşam biçimi dav-ranışları kazandırmanın kilo verdirmekten önemli olduğu vurgulanmaktadır. Kilo ver-meye odaklı çalışmalarda verilen kiloların bir süre sonra geri alındığı ancak kazanı-lan sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ömür boyu sürdüğü görülmektedir. Dolayı-sıyla obez çocuğun hem fiziksel hem de psiko-sosyal yönden iyilik halini sürdürebil-mesi için aşağıdaki girişimler yararlı olabilir:

1.Çocukların tüm besin öğelerinden eşit miktarda tüketmeleri sağlanmalıdır. Besin türü ve miktarlarına göre enerji kısıtlaması yapılması gerekmektedir. (Ör: Hazır yiyeceklerin, fast-food tarzı yiyeceklerin kısıtlanması veya alınmaması, basit karbonhid-rat içeren ve aşırı yağlı besinlerin kısıtlanması vb.)

2. Beslenme alışkanlıkları düzeltilmelidir. Ana ve ara öğünlerin düzenli olması, öğün-lerde besin çeşitliliğinin sağlanarak tek yönlü beslenmenin önlenmesi, gece yatma-dan hemen önce veya uykusu arasında kalori bakımından yüksek yiyeceklerin alımının önlenmesi, hızlı yemek yemenin terk edilmesi oldukça önemlidir.

3. Sıfırlanmış besinlerden uzak durulmalıdır. Bu nedenle beslenmelerinde tam buğ-day/köy ekmeği, mısır ekmeği, çok tahıllı ekme, kepekli pirinç ve makarna, bulgur, kabuklu sebze ve meyve, kuru yemişlerin bulundurulması gerekmektedir.

4. Ailece aktif ve hareketli bir yaşam tarzı benimsenmelidir. Çocukların hem formalarını kazanma hem de sağlıklı büyüme süreçlerini tamamlamaları için mutlaka fiziksel aktivite yaptırılmalıdır. Ailece yapılacak fiziksel aktiviteler çocuğun sevdiği sporu seçmesine yardımcı olur. Bilgisayar ve televizyona bağlı olmak yerine yürümek, bisiklete binmek, koşmak, çocuklar arası popüler oyunlar oynamak, dans etmek gibi aktivitelerden birini her gün 60 dakika yapmaya çocuk teşvik edilmelidir.
5. Çocukların güne zinde bir başlangıç yapmaları için 'kahvaltı' yaptırılmalıdır. Kahvaltı yapmayan çocukların dikkat, öğrenme, aritmetik becerilerinde kayıp olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır.
6. Yeterince sıvı tüketimi sağlanmalıdır. Ayran, süt, taze sıkılmış meyve suyu tercih edilmesi gereken sıvılardır. Gazlı, şekerli içecekler, hazır yoğunlaştırılmış şekerli meyve suları, gazozlar az tüketilmeli, mümkün olduğunca fazla su tüketmesi sağlanmalıdır.
7. Çocuğun beslenme konusundaki yaratıcılığını desteklenmelidir. Sandviçlerini hazırlayabilir, salatasını doğrayabilir, sütünü kendi hazırlayabilir.
8. Ebeveynler örnek davranışlar sergilemelidir. Çocuklar bazı besinleri sevmeyebilir. Sebze yemeklerini masada herkese aynı anda servis yapmak, ara öğünlerde yenilecek besinin sağlık üzerine etkileri ile ilgili konuşmalar yapmak yararlı aktivitelerdendir.
9. Evde sağlıklı besin öğeleri bulundurulmalıdır. Çocuklar evde oldukları zamanlarda dolapları açıp kapamayı, bir şeyler atıştırmayı severler. Dolapta bulunan besinler ne kadar sağlıklı ise çocuğun tüketeceği besinler de o kadar sağlıklı olur.
10. Bu davranışların yaşam biçimi davranışları haline dönmesi gerekmektedir.

Kaynaklar

1. Osborn L, DeWitt T, First L, Zenel J, Pediatri, Yurdakök M, Editor. Güneş Kitabevi, Ankara, 2007, sf: 151-198.
2. Dallar, Y., Erdeve, S., Çakır, İ., Köstü, M., Obezite çocuklarda depresyon ve özgüven eksikliğine neden oluyor mu? Gülhane Tıp Dergisi 48, 1-3, 2006.
3. Committee On Nutrition, Prevention of pediatric overweight and obesity. Pediatrics, 112 (2), 424-430, 2003.
4. Merdol, T.K., Obezitede diyet tedavisi temel ilkeleri ve eğitim. Turkish Journal of Endocrinology and Metabolism, 2, 33-38, 2003.
5. Parizkova, J., Maffei, C., Poskitt, E.M.E., Management through activity. In Burnait, W., Cole, T., Lissau, I., Poskitt, E.M.E. (eds.), Child and adolescent obesity, causes and consequences; prevention and management. Cambridge: Cambridge University Press, 307-326, 2002.
6. Aslan, D., Beden algısı ile ilgili sorunların yaratabileceği beslenme sorunları. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 13 (9), 326-329, 2004.
7. Pehlivanürk, B., Çocuk ve ergenlerdeki obezitenin psikososyal yönleri. Katkı Pediatri Dergisi, 21(4), 574-581, 2000.
8. Hockenberry, M.J., Wong's Essentials of Pediatric Nursing (7th Ed.). Missouri: Elsevier-Mosby, 2005.
9. Phillips, R.G., Hill, A.J., Fat, plain, but not friendless: self-esteem and peer acceptance of obese pre-adolescent girls, International Journal of Obesity Related Metabolic Disorders, 22(4), 287-93, 1998.

Çocuklarda Nonfarmakolojik Tedavi Yöntemleri

Galip Erdem, Kürşat Fidancı

Çocuk psikiyatrisinde tedavinin amacı, çocuğun bozuk davranışlarını ve bu davranışları sürdüren nedenleri ilaçla, ruhsal olarak tedavi ve yeniden öğretim gibi yöntemlerle gidermektir.

Çocuklarda farmakolojik ve nonfarmakolojik olmak üzere iki çeşit tedavi yöntemi mevcuttur. Kelime olarak farmakolojik tedavi ilaç tedavisi anlamına gelmektedir. Çocukta ilaçlar; davranışı, aşırı taşkınlığı düzelterek, psikoterapi ve eğitim alanındaki tedavilere imkân hazırlamaktadır.

Nonfarmakolojik yöntem ise, çocuğun patolojik belirtilerini ruhsal tedavi yolu ile belirtilmesi ve çocuğun hastalığının nedeninin araştırılıp, çocuğun dinlenmesi gerektiği konularının üzerinde durur. Çocuk genel olarak bir büyük tarafından hekime götürüldüğünden, tedavinin kesilmeden sürdürülebilmesi için ailenin onayını kazanmak kaçınılmazdır. Çocuğa erişkinden farklı olarak önemli ölçüde eğitim, öğretim ve rehabilitasyon yöntemleri uygulanır. Çocuk hastalığının düzelmesi inancı ile hekime başvurmaz. Çoğu kez eğlenme, oyalanma niyetini taşır. Bu durum küçük çocuğun her türlü tedavi uygulamalarında oyun, öğretim ve bir işle uğraşı gibi oyalanmalarını da gerekli kılar. Tedavici, çocuğu dinleyerek davranışlarını ve kendini anlatmasına göre yaşam biçimi kazandırır. Bu işi çocuk psikolojisini, patolojisini ve psikanaliz bilimini bilen ve yeterli deneyime sahip olan sağlık personeli yapar.

Tedavici kişilik açısından olgun, dengeli, çocuğa karşı mesafeli olursa ilişki kurması kolay olur. Tedavi esnasında çocuğun önüne ilgileneceği, yaşına uygun yap-boz, defter-kalem vb. şeyler koymak tedavi için uygun olur.

Dinamik Tedaviler

Bunlar; psikoterapi temelinde olan oyun tedavisi ve grup psikoterapisi gibi dinamik ve interaktif olan çocuğun tedaviye birebir katıldığı tedavi modaliteleridir. Bu tedavi şeklinde oyun ilk sırada yer alır. Oyunlar bireysel olabileceği gibi gruplar halinde de olabilir.

Oyun Tedavisi

Genel olarak sözle ilişkinin yeterince yararlı olmadığı oyun çağındaki çocuklarla, çok çekingen, iyi konuşamayan çocuklara uygulanır.

• **Terapötik Oyunun Kullanım Amaçları**

1. Hastalık ve hastaneye yatmanın yol açtığı travmayı azaltmak.
2. Çocuğun tedavi ya da işlemlere ilişkin duygularını ve yanlış anlamaları değerlendirmek.
3. Stres yaratan olaydan önce, olay sırasında ve sonrasında çocuğun olumlu baş etme yöntemlerini geliştirmek.

• **Enerji harcanmasını sağlayan oyun;** Çocuklar anksiyetelerini, öfke ve agresif duygularını vurarak, yumruklayarak, koşarak ya da bağırarak ifade ederler.

• **Dramatik Oyun;** Özellikle okul öncesi dönemde çok etkili bir oyun tekniğidir. Dramatik oyun, çocuğun hastane ortamında kendisi için önemli olaylara ilişkin duygularını ifade etmesini sağlar. 9-10 yaşından büyük çocuklar, bebekle oynamayı çocuksu bulurlar. Onların hastanede kullanılan aletleri ellerine alıp incelemelerine izin verilmesi korkularının azalmasına yardım eder.

• **Yaratıcı Oyun;** Çocukların duygu ve düşüncelerini ifade etmelerini sağlamak için resim çizme, cümle tamamlama ve üç dilek testi gibi projektif kullanılmaktadır. Bu iletişim tekniklerine, üçüncü kişi tekniği ya da dolaylı iletişim teknikleri de denilmektedir. Resim çizdirme testi; Bu testin uygulanmasında çocuktan bir insan resmi çizmesi ve bununla ilgili bir öykü anlatması istenir. Bu teknikle, çocuğun duygu ve düşünceleri bilinç dışı ya da korkular nedeni ile engellenmeksizin ortaya çıkarılabilir.

Cümle Tamamlama Testi; Bu testte direkt olarak çocuğun duygularını sormak yerine onun endişe duyduğu alanlara ilişkin belirli ifadeler verilerek bunları tamamlaması istenir.

Üç Dilek Testi; Üç dilek testi, çocuğun bugüne ya da geleceğe ilişkin düşsel isteklerinin araştırılmasına dayanan projektif bir tekniktir. Çocukla iyi ve güvenli bir ilişki kurduktan sonra ona “eğer dünyada üç şeye sahip olabilseydin bunlar neler olurdu?” diye sorulur.

Hastaneye Yatırılan Çocuk ve Çocuk İçin Oyunun Yararları

Sıklıkla çocukların “iş” olarak tanımlanan oyun, hastanedeki bakımın son derece değerli bir yönünü oluşturur. Oyun çocuğun evrensel dili ve en etkili iletişim aracıdır. Hastane ortamında çocuğa oynayacağı bir yer ve oyun fırsatının sağlanması, onun kendisini güven içinde hissetmesini ve enerjisini harcamasını sağlar.

Eğer oyun, yapılan tedavi ve işlemlerle birleştirilebilirse, çocuğun bazı işlemleri tolere etmesine yardım edilebilir. Bu amaçla düzenlenen oyunlar belirli işlemler ya da çocuğu sıkıntıya sokan olaylar çerçevesinde oluşturulur. Oyun sırasında çocuğun tedavide kullanılan araçları eline alması ve tanıması, onları daha az tehdit edici olarak algılamasını sağlar.

Grup Psikoterapi

Grup psikoterapide, oyun çocuğunda 4-5, daha büyük çocuklarda 5-8 çocuklukta oyun uğraşı ya da sözlü biçimde psikoterapi uygulanır. Saldırgan ve pasif çocuklardan grup yapılabilir. Sorunlar açığa kavuşturulur, yeniden öğretti sağlanır.

Eğitsel Tedaviler

Eğitsel tedavilerde, davranış tedavisi çocuğun istenilmeyen davranışını söndürüp, çocuğa yeni davranış kazandırmaktır. Bu tedavide çocuğun uygunsuz davranışları görmezden gelinir, uygun olanları ise ödüllendirilir.

Davranış Tedavisi

Çocuğun istenilmeyen davranışını söndürüp, yeni ve uygun davranış kazandırmaktır. Örneğin çocuk köpekten korkuyorsa, köpeklerle karşılaştırıldığında gösterdiği telaşa hiç ilgi gösterilmez. Buna karşılık köpek diğer çocuklar tarafından okşanır. Daha sonra çocuk köpeğin olduğu yerde arkadaşları ile oynar.

Çevre Tedavisi ve Aileye Rehberlik

Çevre tedavisinde değişik uygulamalar denir. Bu uygulamalar sonuç vermediğinde, hastaneye yatırılması gerekebilir. Aileye rehberlikte, aileye ve çocuğa karşı tutumunu belirleyen gerekli yöntemler anlatılır. Aile ile görüşmede, çocuğun sıkıntıları hekim anlatılır. Ailenin çocuğa davranışı aşırı katı veya düşkün olduğu durumlarda aileye bilgilendirme yapılır ve rehberlik hizmeti verilir.

Psikoterapi

Eğitilmiş bir uzmanın hasta ile kurduğu profesyonel bir ilişki yolu ile var olan semptomların ortadan kaldırılması, değiştirilmesi veya durdurulması, bozulmuş davranış örüntülerinin düzeltilmesi ve olumlu kişilik geliştirmesinin sağlanması yolu ile tedavi etme sürecine psikoterapi denmektedir.

Psikodrama

Psikodramanın insanda üç temel özelliği vardır. Bunlar; yaratıcılık, eylem ve spontanlık olarak sıralanır. İnsan eylemsiz olamaz. Eylemsizliğin en uç noktası ise katatonidir. İnsan yaratıcılık özelliğinin tümünü kullanabildiği ve yansıtabildiği kadarı ile ve spontanlığının yardımı ile sağlıklı bir yaşam sürdürebilir. Moreno, insandaki ruhsal patolojileri rol gelişim kuramına göre açıklar. İnsanın sosyo-emosyonel gelişimi rol gelişim dönemleri içinde gerçekleşir. Bireyin ana rahmine düşmesinden hemen sonra başlayan rol gelişim aşamaları “somatik roller”, “psişik roller”, “sosyal roller” ve “transedent roller” olarak sıralanırlar. Rol gelişim aşamalarındaki saplanmalar, sıramalar ve regresyonlar, patolojilerin oluşmasında temel oluştururlar. Ayrıca patolojik spontanite ve yaratıcılık nevrozları, rol repertuarındaki daralmalar, rol esnekliği güçlükleri, rol yetersizliği, rol içi ve roller arası çatışmalar gibi birçok alt alanda incelenen rol kuramı patolojileri vardır. Psikodramanın rol patolojileri kuramının birçok ortamda yetersiz bir kuram olarak algılandığına tanık olunmuştur.

Psikodrama kuramı içinde tanımlanan ilişki biçimleri olan “empati”, “tele” ve “transferans” belki de Psikodramanın üç temel tekniği olan “eşleşme”, “rol değiştirme” ve “ayna” tekniklerinin kaynaklarıdır.

Çocuklar ve Felaket – Toparlanma Yöntemlerinin Öğretilmesi

İstenmediği halde tekrarlayan anılar hakkında yapılan grup çalışmasında; çocuklar, travmatik olaylara maruz kaldıktan sonra istemedikleri halde bu travmatik olayları hatırlayabilir, kâbus olarak görebilir veya yüksek bir ses hafif bir sarsıntıda (kamyon çarpması, korna sesi, kapı çarpması... gibi) büyük korkular yaşayabilir ve yaşadıkları

olayı tekrar hatırlayabilirler. Bu gibi durumlar, çocuklar için korkutucu, bunaltıcı olabilir ve denetimlerini kaybetmekten korkabilirler. Bu tepkilerin normal olduğunu, çıldırmamış olduklarını göstermek ve yeniden anılarını denetim altına almaları için yardım edilir. Grup çalışması yaparak aynı durumda olan çocukları bir araya toplayıp, onlara yardımcı olunarak, anılarını unutamayacakları, fakat bu anılardan kaygı duymamaları gerektiği öğretilmeye çalışılır.

Bu oturum yapılırken; çocukların birbirini tanımaları, yalnız olmadıklarını bilmeleri, grubun amaçlarını bilmeleri, istemsiz hatırlanan anıların ve korkuların kontrol altına alınması, bütün bunları evde de uygulayabilmeleri amaçlanmaktadır.

Psikososyal Müdahale

Çocuklar felaketlerden hem daha kolay etkilenirler, hem de felaketlerden sonra iyileşmeye daha dayanıklıdırlar. Sınıf temelli müdahale programının beş temel amacı vardır.

Uyum bozukluğu riskini azaltmak: Öğrencilerin orta ve uzun dönemde uyum bozukluğu, akut travmatik stres bozukluğu, uzun dönemde ruhsal bozukluklar ve performansında işlevsel bozukluk geliştirme riskini azaltmak.

Normale dönüş ve dayanıklılığı kolaylaştırmak: Öğrencilerin eğitim ve öğretime dikkatini verebilmesi için dayanıklılıklarının artırılması ve normal yaşamlarına geri dönmelerinin sağlanması, böylece felaketten kaynaklanan stres tepkilerindeki iyileşme sürecinin devamı sağlamak.

Kendini güçlendirme ve kontrol etmeyi kolaylaştırmak: Öğrencilerin aktif olarak kendilerini ifade edebilmeleri, kendilerini keşfedebilmeleri, travmatik deneyimlerini tanıyabilmeleri ve yeni başa çıkma yolları denemeleri için onların çeşitli yaratıcı aktiviteler içine girmesini sağlamak.

Doğal bir öğrenme ortamını kullanmak: Çocuğun deprem deneyimini normalize etmesi için müdahalelerin okul saatlerinde yer almasına ve okul personeli tarafından denetlenmesine olanak sağlamak.

Yüksek risk altındaki öğrencileri taramak: Travma sonrası kronik stres tepkileri geliştirme konusunda en riskli durumda olan öğrencileri belirleyip, bu öğrencilerin ek psiko-sosyal destek almalarını sağlamak.

Yöntemler

Psiko eğitim; travmanın insanı yıldıracı özellikleri, çocuk ve yetişkinlerin kendilerini karmaşık ve kontrol edemez durumda hissetmelerine neden olmasından dolayı, travma hakkında bilgi edinme, kontrol etme duygusunun yeniden kurulmasına ve dolayısıyla öğrencilerin daha çabuk iyileşmelerine yardımcı olabilir.

Sanat; görsel imgeleme yapılması, özellikle de travmatik hatıraların sık sık görsel hale getirilmesi travmatik deneyimlerden kurtulmak için en etkili başlangıç yaklaşımı olabilir. Görsel imgeleme ya da sessiz hikâye yoluyla, travmatize olmuş çocuklar vücut temelli deneyimlerini kullanmaya ve sözel olmayan öznel deneyimlerini dışa vurarak ve somutlaştırarak ifade etme yeteneklerini keşfetmeye davet edilirler.

Hareket; vücut hareketlerinin çocukların en alışık oldukları kendini ifade şekli olma-

ısı nedeniyle (bazen travmatize olmuş olanlar için tek yol olması nedeniyle), hareket kanalıyla yapılan iletişim, hakkında söylenebilecek kelimeler bulunmayan bir deneyimi ifade etmeye imkân tanır.

Müzik; sakinleştirerek, kendini güçlendirerek, temel oluşturarak ve ümit ya da güven duygusunu besleyerek tedaviyi ve eğitimsel çevreyi şekillendirebilir.

Ortak Oyunlar

Aşinalığı ve güveni arttıran tutarlı bir yapı ve üyelik hissiyle bağlanmış gruplar, gruba neşe ve enerji getirmek, üyeler arasındaki iletişimi geliştirmek ve grup içine güven ve empati oluşturmak üzere tasarlanmış, iş birliği gerektiren enerjik oyunlar oynanır. Bu ortak oyunlar, çocukların dikkatini çekmeye ve grup içine dahil etmeye yöneliktir. Her bir faaliyet katılım için birçok alternatif sunmaktadır ve her bir çocuğun katılım seviyesi kendi rahatlık düzeyi tarafından belirlenir. Kişisel ya da grup güvenliği açısından ters olmamak kaydıyla, danışmanlar bu seçimlere saygı duyarlar.

Ortak oyunların üç kriteri bulunmaktadır. Bunlardan ilki; tüm faaliyetler kazan/kazan şeklindedir, yani hiç kimse kaybetmez. Oyunlara sadece katılmak ve eğlenmek başarıyı getirir. İkinci olarak, bir çocuğun başarısı tüm diğer çocukların başarısını birbirine bağlar. Faaliyetler, başarıların grup çalışmasıyla kazanıldığı ve karşılıklı destek ve işbirliğinin gerektirecek şekilde tasarlanmıştır. Bunun karşılığında, kendilerini daha az yalnız hissederler, olumlu kendilik duygusu ve kişiler arası ilişkilerde saygınlık geliştirirler. Sonuç olarak, kendini güçlü hissetme, gurur ve kendine saygı duyguları ortaya çıkar. Üçüncü olarak fiziksel başarılar tüm katılımcılar tarafından kolayca elde edilebilir. Bu başarıları yaşayarak, katılımcı öğrenciler yetkinlik, ustalık ve bedenlerinden hoşnut olma hisleri geliştirirler. Her geçen gün kendilerini daha güçlü, güvenli ve yetenekli görürler.

Drama Oyunları

Drama oyunları, travmadan yani yayılmış olan güçsüzlük, ruhsal uyuşma, duygusal düzensizlik, soyutlanma ve ayrılık duygusuyla karşılaşmadan sonra, iyileşme için tedavi edici unsurların uygulanmasını amaçlayan psikodramatik alıştırmalardır. Psikolojik bilgilendirmeden sonra, özellikle de zorlukları yenme gücünün yeniden kurulması açısından doğal iyileşme sürecini arttırmada çok yararlı olabilirler.

Drama oyunları içsel kontrol odağını yeniden yerleştirmeye odaklanır. Çocukları kendi kaderlerinin yönlendiricileri olmaları, başka bir sonuç yaratmak ve uygulamak için kendi hayal güçlerini kullanma konusunda yüreklendiririz. Böylece onlar dış olaylara verdikleri duygusal cevapların farkına varmak, bunlardan anlam çıkarmak ve de bunları hafifletmeye yardımcı olmak amacıyla kendi iç diyaloglarını geliştirmeye başlarlar. Bu durum daha sonra, kendi duygularını bunların altında ezilmeden yaşamalarına, bu duygulardan anlam çıkarmalarına ve bir güç ve kontrol duygusuyla hareket etmeye devam etmelerine olanak tanır.

Drama aracını kullanmak, çocuğun bir seferde, birkaç seviyedeki yeni öğretileri yaşamasına olanak tanır. Çocuklar, bir eylem yoluyla kinestetik olarak hareket ederek duygularını ifade etmeyi, görsel bir imgedeki bu duyguları somutlaştırmayı ve yeni öğrenimi yaşamayı başarırlar. Buna ek olarak, her bir çocuğun hem oyunun yavaş yavaş ortaya çıkmasını izlemesine hem de farklı roller alarak buna katılımının sağlanmasına olanak tanımak amacıyla bu alıştırmalardan birçoğu tekrarlanır. "... gibi davranmak" çocuğa rol eğitimi ya da o anki duygusal ifade için hazırlık sağlar.

Son olarak, drama oyunları bir grup faaliyetidir. Grup üyeleri arasında önemli miktar-

da işbirliği ve etkileşim gerektirir. Drama oyunları, devamlı olarak çocukların diğer çocuklarla ve çevrelerindeki yetişkinlerle nasıl ilişkide oldukları, dünyayla ne şekilde bağlantıda oldukları ve bu bağlantıların kendi kişisel seçimlerinden ne şekilde etkilenebildikleri konusundaki dikkatlerine odaklanmaktadır.

Kaynaklar

1. Özaydın, S. Psikiyatri İstanbul Tıp Fakültesi Ders Kitapları. İstanbul Üniv. İst.Tıp Fak. Yayınları, İstanbul. 1984: 493 – 568
2. Finch S.M. Fundamentals of Child psychiatry W.W Norton N.Y, 1979.
3. Cebiroğlu R. Çocuk Akıl Sağlığı ve Hastalıkları. İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Ders Kitapları, İstanbul Üniv. Tıp Fak. Yayınları. İstanbul. 1982: 316 – 332.
4. Aktan, M.K. Toplum İçerisinde Ruh Hastalıklarının Sıklık ve Dağılımının Saptanması. Diyarbakır Tıp Fakültesi Yayınları. Diyarbakır. 1980.
5. Kum, N. Toplumsal Psikiyatri Hizmetleri ve Bu Hizmetlerde Hemşirenin Rolü. Hacettepe Tıp Cerrahi Bülteni. 1970:4:10.
6. Wasserman, J.H. Principles Of Dynamic Psychiatry. W.B. Saunders Company. 1974.
7. Adasal, R. Medikal Psikoloji. Yaylacık Matbaası, İstanbul. 1977.
8. Altınay, D. Psikodrama Grup Psikoterapisi 300 Isınma Oyunu. 10. 1998:4–7.
9. Savaşır I, Soygüt G, Kabakçı E. Bilişsel Davranışçı Terapiler. Türk Psikologlar Derneği Yayınları No:7, Baskı:3. Ankara. 2003: 1–15.
10. By Macy R.D, Macy D.J, Gross S, Rozele D, Brighton P. MEB–UNICEF Sınıf Temelli Müdahale İleri Düzey El Kitabı. Ankara: 6–13.
11. Elpern. E.H. Structural and Organizational Supports for Primary Nursing. Nursing Clinics of North America 1977: 2:12.
12. Apaydın N. Çocuk Psikiyatrisinde Tedavi ve Hemşirelik Bakımı. Atatürk Üniversitesi Tıp Bülteni. 1990, 22,(3): S: 533-543.

Kronik Hastalığı Olan Çocuk, Ergen ve Ailelerine Psikososyal Yaklaşımlar

Hatice Çiçek, Sevinç Mersin

Bir ya da daha fazla sistemde geriye dönüşsüz yapı ve fonksiyon bozukluğuna neden olan ve hastalıkların birbiri üzerine eklendiği uzun dönem sağlık sorunları kronik hastalıklar olarak isimlendirilir. Bu hastalıklar; yaşam boyu süren, kalıcı yetersizlik ya da engellere neden olan, uzun süreli gözlem ve kontrolün yanı sıra ailenin de içinde olduğu bir eğitim sürecini gerektiren durumlardır.

Kronik hastalıklar, hasta birey ve ailenin yaşantısında önemli değişiklikler ve biyopsikososyal sorunlara neden olur. Kronik hastalığı olan çocukların, normal yaşlılarına oranla daha fazla duygusal ve davranışsal sorunlar yaşadığı araştırmalarla gösterilmiştir. Her hastalığın ve hastaneye yatışın ruhsal örselenmeye neden olduğu düşünülmekle birlikte, gerek çocuğa gerekse hastalığa ait özellikler çocuğun hastalığa tepkisini etkilemektedir.

Gelişimsel düzeyleri ve yaşlarıyla bağlantılı olarak, çocukların sahip oldukları farklı düşünce ya da kaygılar olabilir. Kronik hastalığa sahip çocuğun, hastalığa ya da hastalığın tanısı, takip ve tedavisinin gerektirdiği uygulamalara tepkisini anlayabilmek için gelişimsel düzeyinin özellikleri göz önünde bulundurulmalıdır.

Bebeklik (0-1 yaş) döneminde birincil bağlanma ve güven ilişkisi önemlidir. Anne bebek birlikteliği devam ettirilmelidir. Bebeklerinde konjenital bir anomali olması ya da kronik hastalık tanısı alması ailede yoğun strese neden olacağından gerekli destek sağlanmalıdır.

Çocuk 1-3 yaşta ise motor becerileri ve otonomi duygusu gelişir, çevreyi keşfeder. Hastalandığında beslenme ve uyku sorunları yaşayabilir. Ağrı ve hastalıkların yarattığı sorunların giderilmesinde bakım veren kişilere tam bağımlıdır. Muayene ve uygulamalar sırasında çocuğa dokunarak, sakin bir ses tonu ile konuşulmalı, dikkatini başka yöne çekme teknikleri kullanılmalıdır. Ebeveyn mümkün oldukça çocuğun yanında tutulmalıdır.

Üç ila 6 yaş arası, çocukların bireyselleşmeyi öğrendikleri ve sözel ifadeleri kullanmaya başladıkları dönemdir. Çocuk, hastaneye yatışı ve ağırlı uygulamaları, yaptığı kötü davranışların cezası olarak algılar. Bedensel zarar görme, terk edilme, anne ba-

banın sevgisini kaybetme kaygıları vardır. Hastalandığında sahip olduğu becerilerde gerileme olabilir.

Anne baba hastalığın alevlenmesini veya tekrarlamasını önlemek için çocuğun aktivitelerini sınırlayarak, onları korkak, pasif ve bakım veren kişilere bağımlı hale getirebilir. Çocuğun kendi gereksinimlerini karşılayabilmesi için desteklenmesi hem kendi bağımsızlığını geliştirir, hem de bakım veren kişinin yükünü azaltır. Aile, küçük uygulama ve kararlara çocuğun dahil edilmesi, bağımsız hareket etmesinin desteklenmesi, düzenli, tutarlı bir rutin ve sınırlamalar oluşturmada konusunda bilgilendirilmelidir. Sağlık personeli, sözel ifadelerinin yeterli olmadığı durumlarda çocukların duyguları ve düşüncelerini öğrenmek için davranış, oyun veya resimlerden yararlanmalıdır.

Yedi ila 13 yaş arası dönemde çocuklarda kontrolü kaybetme ve ölüm korkusu gelişir. İnvaziv işlemlerden, vücut fonksiyonlarını kaybetmekten, ameliyat olmaktan korkarlar. Hastalığa ilişkin açıklamaları anlayabilir, tıbbi uygulamaları ve hastaneye yatma gereksinimi kabul edebilir, gerektiğinde aktif olarak katılabilirler. Ancak hastalığın, yanlış bir şey yapmaktan kaynaklandığını düşünebilir ve bulaşma sonucu edindiklerine, uygun bakım ve tedaviyle iyileşebileceklerine inanırlar. Hastaneye yatış halinde, yabancı bir ortam ve insanlarla birlikte olmak, aileden ayrılmak endişelendirebilir. Bu dönemde en önemli aktivite okul olduğu için devam edememek, başarısızlık yaşamak, arkadaşlarından ayrı kalmak üzüntü yaratabilir. Gereksiz kısıtlamalar yapılmamalı, evden çıkmadığı ya da hastanede kaldığı sürelerde iletişim araçları kullanarak arkadaşları ile iletişimlerini sürdürmeleri desteklenmelidir. Çocukların anlayabileceği kelimeler kullanılarak hastalıkları, tanı, tedavi ve bakım uygulamaları hakkında açıklama yapıp, soruları cevaplanmalıdır. Tedavi ya da işlem yapılırken gizliliğe dikkat edilmelidir. Çocuğun sınırlılıkları var ise (körlük, sağırılık vb.) uygun okul seçimi yapılmalı, özellikle olağan dışı durumlar ve kısıtlılıklar konusunda okul, aile ve sağlık çalışanları işbirliği içinde olmalıdır.

Ergenlik döneminde; akranlarıyla birlikte olmak, bağımsızlığını kazanmak, kimlik geliştirmek, geleceğini planlamak önemlidir. Hastalığı sorun olarak algılayabilirler. Kronik hastalığı olan gençlerin risk almaya yönelik davranışları olduğu, diyabetlilerin öğün atladığı ya da okulda insülini yapmadıkları bildirilmiştir. Hastalık ve tedavi nedeniyle fiziksel görünümündeki değişiklikler, bağımlılık ya da geleceğe ilişkin endişeler psikolojik problemlere neden olabilir.

Ergenin arkadaşlarından ayrılması, sıklıkla ailesinden ayrılmasından daha önemlidir. Bu dönemde hastalığa bağlı vücutta meydana gelen değişiklikler beden imajının bozulmasıyla anksiyeteye neden olur. Beden fonksiyonları konusundaki bilgi düzeyi belirlenerek korku ve anksiyetesi tanımlanmalıdır. Muayene ya da tanı, tedavi işlemlerinde mahremiyetlerine dikkat edilmelidir. Yapılan açıklamaları anlayabilirler. Hastalık ve tedaviye ilişkin açıklamalara aileyle birlikte ergen de dahil edilmeli, kararları paylaşması desteklenmelidir. Ayrıca benzer hastalığı olan akranlarıyla birlikte olmak, baş etmelerini ve duygularını ifade etmelerini kolaylaştırmaktadır.

Her ne kadar gelişimsel dönemler genel özellikleri verse de bilişsel beceriler açısından çocuklar arasında farklılıklar olabilir ve yaşlarına uygun davranış gösteremeyebilirler. Çocukların mizaçları, kişilik özellikleri hastalığa bakışlarını ve tedaviye uyumlarını etkiler. Kaygı düzeyi düşük dışa dönük çocuklar, içe dönük narsistik çocuklara göre hastalıktan daha az etkilenirler. İçe dönük çocuklar daha endişeli olabilir, çok ağlayıp saldırgan davranışlar gösterip, tanı testlerini, tedaviyi ve hastaneye yatışı

reddedebilirler. Pasif ve dış olaylara ilgisiz çocuklar anneye aşırı bağımlılık gösterebilirler. Benlik saygıları düşük çocuklarda da başarısızlık duygusu gelişebilir. Ayrıca gelişim gerilikleri ve sakatlıklar kişilik gelişimlerini olumsuz etkileyebilir.

Her yaştaki çocukta beden imgesi ve fiziksel görünüm çok önemlidir. Sıklıkla yapılan invaziv girişimler, ağrılı işlemler, kemoterapi gibi tedavilere bağlı bulantı, kusma, saç dökülmesi, kilo alımı gibi nedenlerle fiziki görünümünün bozulması anksiyeteye neden olabilir. Hareketleri kısıtlı, ağrısı olan, yaşıtlarından izole ve duyuşal yoksunluk yaşayan çocuklarda depresyon gelişebilir. Hastalığa ilişkin duygu ve düşüncelerini dile getirmesi için çocuğa ortam oluşturulmalı, soru sormaya cesaretlendirilmelidir. Her türlü uygulamadan önce, gelişim düzeyine uygun şekilde ayrıntılı açıklama yapılmalıdır. Böylece uzlaşmacı, yeterli ve açık iletişim ile çocukta güven ve yeterlilik duygusu geliştirilebilir.

Gerek hastalık gerekse tedaviye ait nedenlerle hasta çocuk okula düzenli devam edemeyebilir. Çocukların kendine güveninin gelişmesi, yaşıtları ile uyumlu iletişim kurabilmesi ve erişkinlikte başarılı olabilmesi için standart okul eğitimini almaları desteklenmelidir.

Hasta çocuğun ailesine yaklaşım: Çocuğun biyolojik, psikolojik yapısı ve sosyal çevresi ile olan bütünlüğünün en önemli parçası ailedir. Çocuk kendisiyle ilgili kararlara katılabileceği yetiye gelinceye kadar, her uyarıcı onların süzgecinden geçeceği için aile merkeze alınmalıdır.

Ailelerin çoğu öngörülemez değişiklikler, çeşitli sıkıntılar olsa da kronik hastalığa başarı ile uyum gösterip çocuklarının ihtiyaçlarını karşılamada düzenlemeler yapabilirler. Ancak hastalığa bağlı ölüm tehdidi içeren bir gidiş var ise aile ve çocuk için sıkıntı kaçınılmazdır. Şayet hastalık kalıtsal ise, bu özelliği taşıyan aile bireyi suçluluk duygusu ve suçlanma ile başa çıkması için desteklenmelidir.

Hastalık nedeniyle deformite ya da engellilik olursa aile ve bakım vericiler daha fazla zorlanırlar. Bu durum çocukların ve bakım vericilerinin yaşam biçimleri içinde değerlendirilmelidir. Hasta çocuk ile ailenin, rutinlerinin sürdürülebilmesi için gerek aile içinden gerekse dışardan desteğe ihtiyaçları olabilir. Büyük ebeveyn gibi geniş destek sistemlerinin belirlenmesine yardımcı olunmalıdır. Ayrıca hastalığa özgü destek gruplarıyla iletişimleri de kolaylaştırılmalıdır.

Anne babalar çocuklarının hastalanması karşısında çaresizlik, ebeveyn olarak bakım verme konusunda kendilerine güvenin azalması, eş ve diğer çocukların bakımıyla ilgilenememe, onlarda uzak kalma, çocuklarını kaybedecekleri korkusuyla baş edemeyebilirler. Özellikle anneler bakıma daha fazla katıldıkları için daha fazla depresyon riski taşırlar. Aileye yaklaşımda sabırlı olunmalıdır. Yetersiz ya da aşırı ilgi gösteren, öfke, üzüntü ve kaygı gibi olağandışı tepkileri olan ailelere karşı duyarlı olunmalıdır. Kişilik yapıları ve bireysel özellikleri de göz önünde bulundurularak stresle baş etmede kullandıkları sağlıklı savunma mekanizmaları desteklenmelidir. Hastalık ve tedaviye ilişkin bütün uygulamalar hakkında bakıma katılan herkesi bilgilendirmek belirsizliği, kişilerin anksiyetesini, aşırı koruyuculuğu azaltır ve tedaviye uyumlarını artırır.

Kaynaklar

1. Pekcanlar Akay A., İnal Emiroğlu FN. Kronik pediatrik hastalıklar ve hastaneye yatış, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı içinde, Çuhadaroğlu Çetin F. ve ark. , Editors. Ankara: HYB Basım Yayın Matbaası; 2008. p.723-730.
2. Akdemir N. Kronik Hastalıklar, İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı içinde, Akdemir N., Birol L., Editors. İstanbul: Vehbi Koç Vakfı SANERC Yayın No:2;2003.p. 193-217
3. Darendeliler F. Çocuk ve adolesan diyabetine psikososyal yaklaşım. Ben hasta değilim-Çocuk sağlığı ve hastalıklarının psikososyal yönü içinde. A Ekşi, editor. İstanbul: Nobel Kitabevleri; 1999. p.620-630.

4. Çavuşoğlu H. Kronik hastalığı olan çocuk, Çocuk Sağlığı Hemşireliği içinde. 10.Baskı. Ankara: Sistem Ofset. 2011. p.71-90.
5. Johnson SB. Chronic illness in children, Health Psychology A Lifespan Perspective içinde, Denny GN, Bernett P, Herbert M., Editors. Switzerland: Harwood Academic Publisher; 1994. p.31-51.
6. Brand PLP, Klok T, Kaptein AA. Using communication skills to improve adherence in children with chronic disease: The adherence equation, Paediatric Respiratory Reviews, <http://dx.doi.org/10.1016/j.prrv.2013.01.003>

Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planında Çocuklar ve Ergenler

Şirzat Yeşilkaya, Meltem Meriç

Dünya Sağlık Örgütü sağlığı; kişide herhangi bir hastalık ve güçsüzlük halinin olmaması ile beden, ruhen ve sosyal bakımdan tam bir iyi olma durumu olarak tanımlamıştır. Ruhsal açıdan iyi olma durumu, kişinin sağlıklılığının bir ölçütüdür. Günümüzde ruhsal bozuklukların dünya genelinde belirgin oranda yaygınlaşması, hastalık özelliklerinden dolayı kişinin yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilemesi ruhsal bozuklukların toplumsal olarak da ele alınması gerekliliğini doğurmuştur. Bu nedenle Dünya Sağlık Örgütü, ülkelere ruh sağlığı politikası, eylem planları ve programları oluşturmalarını önermektedir.

Ruh sağlığı politikası; ruh sağlığını geliştiren ve ruhsal bozuklukların toplumsal yükünü azaltan prensipler, değerler ve amaçlar kümesinin düzenlenmesi olarak tanımlanmaktadır. Ülkemizde ilk olarak 2006 yılında Sağlık Bakanlığınca Ulusal Ruh Sağlığı Politika Metni yayınlanmıştır. Politika metninde; ruh sağlığı sisteminin toplum temelli olması, genel sağlık sistemine ve birinci basamağa entegre edilmesi, ruh sağlığı hizmetlerinin kalitesinin artırılması, ruh sağlığı alanı ile ilgili yasaların çıkarılması, ruh sağlığı alanında eğitim, araştırma ve insan gücünün artırılması gibi öneriler yer almıştır. Daha sonrasında bu politika metni esas alınarak 2011 yılında Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı hazırlanmış ve ruhsal hastalığı olan kişilerin tedavi ve bakımlarında hasta merkezli yaklaşımın temel alınması, toplum temelli ruh sağlığı hizmet modelinin ülkemizde yerleşmesi hedeflenmiştir.

Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı hazırlanırken öncelikli olarak Türkiye'nin ruh sağlığı profili çıkarılmış ve sonrasında her bir grup için neler yapılacağı, eylem planları belirlenmiştir. Bu çerçevede çocuk ve ergen ruh sağlığı da ele alınan önemli konulardan birisidir.

Türkiye Ruh Sağlığı Profili Çalışması

Türkiye'de ruhsal hastalıkların sıklığı hakkında bilgi vermektedir. Bu çalışmada, Türkiye'de nüfusun %18'inin yaşam boyu bir ruhsal hastalık geçirdiği, çocuk ve ergenlerde klinik düzeyde sorunlu davranış oranının %11 olduğu bulunmuştur.

Dünyadaki uygulamalarda çocuk ruh sağlığı hizmetlerinde yataklı kurumlar ve gündüz hastaneleri de yer almaktadır. Ülkemizde de 50'si madde kullanımı ile ilişkili bozukluklara ayrılmış olmakla birlikte toplamda 199 çocuk-ergen psikiyatri yatağı bulunmaktadır. Akut durumlarda çocuk-ergen hastalar bazen ebeveynlerinin refakatleriyle erişkin servislerine yatırılmaktadır.

Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı Sağlık Bakanlığı verilerine göre Türkiye'de Mart 2011 itibariyle aktif olarak çalışan 206 çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı bulunmaktadır. Bu kişilerin 82'si Sağlık Bakanlığı, 87'si üniversitelerde çalışırken 37 çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı özel sektörde hizmet vermektedir. Ülkemizde 100 bin kişiye düşen aktif çalışan çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı sayısı 0.28'dir. Sağlık Bakanlığı eğitim hastanelerinin 2'inde çocuk ruh sağlığı uzmanlık eğitimi verilmektedir ancak uzmanlık eğitimi veren 21 üniversiteye Sağlık Bakanlığı kadroları açılarak sayısının artırılması girişiminde bulunulmuştur. Her yıl ortalama uzmanlık eğitimine başlayan asistan sayısı 70-80 civarına çıkartılabilirse bu alandaki açığımız makul bir sürede kapanacak gibi görünmektedir.

Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı içinde, 2011-2016 yılları için planlanan eylemler arasında hedefler ve aktiviteler içinde Ruh Sağlığının Geliştirilmesi ve Teşviki konusu kapsamında Çocuk İstismarının Önlenmesi konusu ele alınmıştır. Bedensel ruhsal ve cinsel gelişimin henüz tamamlanmadığı 0-18 yaş dönemindeki çocukların, kendilerine bakmakla yükümlü olan kimseler veya diğer yetişkinler tarafından kaza sonucu olmayan fiziksel, duygusal, zihinsel ve cinsel gelişimlerini engelleyen ya da beden veya ruh sağlıklarına zarar veren durumlarla karşı karşıya bırakılmasına "çocuk istismarı" denmektedir. Çocuğun bedensel olarak sağlıklı olmasına rağmen fiziksel veya psikolojik gelişimi için gerekli ihtiyaçlarının karşılanmaması ise "çocuk ihmali" olarak tanımlanmaktadır. Çocuk istismarı ve ihmali boyutları iyi bilinemeyen çok ciddi toplumsal bir sorun olmasının yanı sıra, yol açtığı bedensel, zihinsel ve psikolojik bozukluklar ile bireylerde yaşam boyu iş gücü yitimi, uzun süreli ve yineleyici tetkik ve tedaviler nedeniyle de önemli yükler getiren bir sağlık sorunudur. Ancak çocuk istismarı özellikle aile bireylerinden biri tarafından yapıldığında genellikle üstü örtüldüğü ve bildirimi yapılmadığından sorunun büyüklüğü tam tespit edilememektedir. Dünya Sağlık Örgütü yayınladığı raporda 18 yaşına kadar olan erkek çocukların %8'inin, kız çocukların ise %25'inin çeşitli şekilde cinsel istismara maruz kaldığını; çocuk istismarına bağlı ölümlerin %61'inin önlenabilir ölümler olduğunu; istismara uğrayan çocukların sıklıkla iyi bir değerlendirme yapılmadan evlerine geri gönderildiğini, ilerleyen dönemde bu çocukların %5- 10'unun öldürüldüğünü, %35-50'sinin hasara uğratıldığını bildirmiştir. Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planına göre, ülkemizde mevcut sistemde, istismara uğrayan, ihmal edilen çocukların tanı, tedavi, bildirim, izlem ve adli işlem süreçlerinde çeşitli aksaklıklar yaşanmakta, bunun sonucunda da istismara etkin bir biçimde müdahale edilememektedir. Tıbbi ve adli işlemler sırasında çocukların yaşantılarını uygunsuz koşullarda defalarca dile getirmesine neden olunmakta, bu da çocuğun uğradığı travmayı şiddetlendirmekte ve bazen yeni bir travma yaşamasına sebep olmaktadır. Bu kurumlarda çocukla görüşme yapan kişiler, çoğu zaman çocuğun ruhsal durumunu gözetebilecek görüşme yapma eğitimi almamış kişiler olmaktadır. Zaten mağdur olan bu çocukların bu konuda özelleşmiş kurumlarda değerlendirilmesi bu süreci daha az örselenme ile geçirmeleri için gereklidir. Bu özelleşmiş kurumların istismara uğrayan çocuklarla görüşme yapmak için eğitim almış kişileri istihdam

etmesi gereklidir. Konu ile ilgili kolluk kuvvetleri, adli merciler, sosyal hizmetler gibi kamu kurum temsilcilerinin istismara uğrayan çocukla mükerrer görüşmelerden kaçınması, çocukla uzman kişilerin yaptığı görüşmeyi izlemeleri, kendi kurum işleyişleri için gerekli olan raporları bu izlem sonucu oluşturmaları, mahkemeler ve ilgili diğer tüm kurumların mümkün olduğu ölçüde bu görüşme ve raporları esas kabul etmesi önemlidir. Bu amaçla, 2009 yılında Adalet Bakanlığı, İçişleri Bakanlığı, MEB, Sağlık Bakanlığı, SHÇEK, Yargıtay, Adli Tıp Kurumu, Emniyet Genel Müdürlüğü, Jandarma Genel Komutanlığı, Diyanet İleri Başkanlığı ve Baro'nun katılımları ile bir çalışma başlatılmış ve yapılan bir dizi toplantıdan sonra alınan kararların işlerliğini görmek amacıyla Ankara'da ilk pilot Çocuk İzlem Merkezi (ÇİM) 2010 yılında açılmıştır. Yapılan gözlemlerde uygulamanın çocuklar açısından oldukça faydalı olduğu tespit edilmiş ve ilgili kurumların ortak kararıyla çocuk izlem merkezi sayısının yakın zamanda 12'ye çıkarılmasına karar verilmiştir. Bu arada ilgili kurumlar tarafından bu konuyla ilgili yasal mevzuatta ihtiyaç duyulan yeni düzenleme çalışmalarına başlanmıştır. Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planında çocukluk ve ergenlik dönemine yönelik çalışmaların bu yaş dönemine hizmet verenler için çok önemli olduğu konusu vurgulanmıştır. Sağlık hizmeti verenler çocukların gelişimindeki aksamaları saptama, önleme ve gerektiğinde sağaltma gibi çok önemli bir olanağa sahiptirler. Yapılan araştırmalar yaşamın anne karnında geçen döneminde ve doğumdan sonraki ilk üç yılında beyin gelişiminin yaşamın başka dönemlerinden çok daha hızlı olduğunu göstermektedir. Yaşamın diğer yıllarında değişimler aylar ve yıllar almaktayken, bebeklik döneminde değişimler günler içinde olur. Aynı zamanda bebeklik dönemindeki gelişim ve ruh sağlığı daha sonraki dönemler için vazgeçilmez bir temel oluşturur. Bu dönemin ayrıca bireyin toplumsal bir varlık olarak benliğini kazanmasında büyük önemi vardır.

Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planında Sağlık sistemi içerisinde çocuk ve ergen ruh sağlığı hizmetleri birinci basamaktan ayrı bir hizmet olarak düşünülmemesi gerektiği ve sunulan hizmetler içerisinde bütüncül olarak verilmesi konusuna yer verilmiştir. Bu anlamda çocuk ve ergen ruh sağlığı hizmetleri, bebek – çocuk – adolesan izlemlerinin bir parçası olarak görülmeli ve ekip anlayışı içerisinde sunulmalıdır. Bu amaçla geliştirilen hizmet içi eğitimler birinci basamak çalışanlarına (hekimler başta olmak üzere tüm sağlık personeline) Sağlık Bakanlığı tarafından sağlanmalıdır. Günümüzde toplum merkezli çocuk ve ergen ruh sağlığı hizmetlerini dört bacaklı bir sistem olarak düşünmek gerekir.

Eylem Planında ayrıca, sağlık sistemi içinde çocuk ve ergen ruh sağlığı hizmetlerinin toplum bazında büyük oranda sağlığı geliştirici ve koruyucu ruh sağlığı hizmetleri kapsamı ve bu yaş grubuna yönelik tedavi hizmetlerinin de bu konuda uzmanlık eğitimi almış kişilerce verilmesinin hedeflenmesi vurgulanmıştır. Ancak yukarıda değinildiği gibi Ekim 2010 itibarıyla 81 ilin 45'inde çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı yoktur. Bu sebeple sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler birinci basamak hekimleri ve uzmanlığı olan ve akredite edilmiş psikolog, çocuk gelişimcisi gibi diğer sağlık meslek grupları tarafından verilebilir. Bu konuda meslek içi eğitim programları sistematik bir biçimde yaygınlaştırılmalı ve birinci basamakta çalışan öncelikle hekimler olmak üzere tüm sağlık personeli ruh sağlığı hizmetlerine entegre edilmelidir. Çocuk ve ergen ruh sağlığı alanında ikinci ve üçüncü basamak sağlık/tedavi hizmetleri ülkemizde çoğunlukla üniversite kliniklerinde ve bazı illerde Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde yürütülmektedir. Bu alanda tedavi hizmetlerinin, tüm dünya uygulamalarında da kabul edildiği üzere, mutlaka bir ekip çalışması için

de sürdürülmesi gerekir. Bu ekipte uzman hekimin yanı sıra klinik psikolog ve sosyal hizmet uzmanı, mümkünse bir hemşire ve eğitim uzmanının da yer alması uygun olur. Dünyadaki uygulamalarda ruh sağlığı hizmetlerinin üçüncü aşamasında yataklı kurumlar ve gündüz hastaneleri yer almaktadır. Aynı bir tedavi ekibi kadar, yaşa, gelişim dönemine ve gereksinimlere uygun, erişkin birimlerinden ayrı yataklı ve gündüz tedavi birimlerinin oluşturulması gerekmektedir.

Tüm eğitim kurumlarında rehberlik ve psikolojik danışma hizmetleri kapsamında yürütülen psikososyal destek ve önleme çalışmaları, hem çocuk ve ergenlerin sağlıklı gelişiminde hem de sağlıklı bir toplum oluşmasında önemli bir yere sahip olduğu vurgulanmıştır. Çocuk ve ergen ruh sağlığında eğitim sistemi çok önemlidir. Bu konuda yürütülen faaliyetler, ruhsal sorunların erken fark edilmesi açısından da kritik bir öneme sahiptir. Bu nedenle okul çalışanlarının çocuk ve ergen ruh sağlığı konusunda bilgilendirilmeleri çocukların hem sağlıklı gelişimleri ve hem de sorunlarının erken dönemde tedavi edilebilmesini sağlayan bir adım olmaktadır. Çocuk ve ergen ruhsal sorunlarının tedavi aşamasında önemli yeri olan özel eğitim merkezleri ülkemizde Milli Eğitim Bakanlığı'na bağlanmışsa da, bu kurumların eğitim işlevlerinin içeriği gözden geçirilmeli ve toplum temelli modele entegre edilmelidir.

Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planında, adalet sisteminin hem çocukların güvenliğinin ve bakıma muhtaç olanların koruma altına alınmasının sağlanması gibi işlevleri ve hem de çok önemli bir çocuk ve ergen ruh sağlığı koruma sistemi olan çocuk haklarının takibi yükümlülüğü olduğuna vurgu yapılmıştır. Özellikle ergenlik döneminde suça eğilimli ve suç işleyen gençler konusunda adalet ve emniyet teşkilatıyla tedavi kliniklerinin işbirliği içinde olması gerekmektedir. Krize müdahale konusunda bu birimlere sürekli hizmet içi eğitim planlanmalıdır.

Ruh sağlığının geliştirilmesi açısından daha önce Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK) bünyesinde çalışmakta olan “gençlik merkezleri” ve “toplum merkezleri” gibi oluşumların büyük öneminin olduğu ve sosyal hizmet sisteminin önemi vurgulanmıştır. Çocuk ve ergen ruh sağlığı açısından ailelerin bilgilendirilmesi, çocukların sağlıklı gelişimi ve hastalıkların erken teşhis ve tedavileri yönünden önem taşımaktadır. Sosyal sistemlerin işlev göreceği bir alan da kronik rahatsızlığı ve/veya engeli olan çocuklara yönelik rehabilitasyon hizmetleridir. Çalışmalar, hasta bir çocuğun diğer kardeşlerinin ve ebeveynlerinin ruhsal sağlığını olumsuz etkilediğini göstermektedir. Bu nedenle rehabilitasyon hizmetlerine çocuk ve ergenin ailesinin de dâhil edilmesi uygun olur. Her toplumda olduğu gibi ülkemizde de korunması gereken ve devletin bakımına muhtaç olan çocuklar vardır. 2007 yılında SHÇEK'e bağlı kuruluşlarda bu şekilde 12.092 çocuğun kalmakta olduğu bilinmektedir. Ancak çağdaş yaklaşım, bu durumdaki çocukların bakım kurumlarında kalmalarının yerine akra- ba veya koruyucu ailelerin yanında kalmalarının sağlanması şeklindedir. Ayrıca bu çocukların, yetişkinliğe geçişte toplum içinde bağımsız yaşamalarını destekleyecek düzenlemelere ihtiyaç vardır.

Özetlenecek olursa Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planında çocuk ve ergenler için 2011-2016 yılları için hedefler, stratejiler ve eylem planı şu başlıklar altında toplanmıştır:

Amaç: Ruh Sağlığını Teşvik Etmek ve Geliştirmek

Hedef: Çocuk istismarını önlemek

Stratejiler: Çocukluk çağı travmatik yaşantılarını önlemeye yönelik çalışmalar yapılması

Aktiviteler:

1. Sokakta yaşayan çocuklar, kurum bakımında olan çocuklar gibi risk gruplarına yö-

- nelik spesifik ruh sağlığı programlarının oluşturulması için çalıştay düzenlenmesi
- 2. Çalıştay sonucunda oluşturulan program temel alınarak sağlık personelinin ve ilgili diğer kamu personelinin eğitilmesi
- 3. İstismara uğrayan çocukların ikincil örselenmesini en aza indirmek amacıyla kurulan çocuk izlem merkezlerinin (ÇİM) ülke genelinde yaygınlaştırılması
- 4. İstismara uğrayan çocuklar konusunda ülke genelinde sağlık personelinin farkındalığının artırılması
- 5. Çocukluk çağı travmatik yaşantılar konusunda halkı bilinçlendirme ve farkındalık yaratma çalışmaları yapılması

Amaç: Ruh Sağlığı Alanında Çalışanların Sayı ve Niteliğini Artırmak

Hedef: Çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanlık öğrencisi kontenjanını yılda ortalama 34'den 70'e çıkarmak

Stratejiler: Çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanlık eğitimi verebilecek eğitim kliniklerinin açılması

Aktiviteler

- 1. Çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanlık eğitimi veren üniversitelerin asistan kontenjanlarının artırılması
- 2. Adana ve Manisa RSHH'lerinde çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanlık eğitimi verilmesinin sağlanması
- 3. Ankara Bilkent, Ankara Etlik, İstanbul Göztepe, İstanbul Okmeydanı, İstanbul Taksim ve İzmir Tepecik EAH'lerinde çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanlık eğitimi veren klinikler açılmasının sağlanması

Amaç: Çocukluk ve Ergenlik Dönemine Yönelik Ruh Sağlığı Hizmetlerini İyileştirmek ve Geliştirmek

Hedef 1: Sağlıklı çocuk takip programlarına psikososyal gelişim programlarını da entegre etmek

Stratejiler Çocuk ve ergenlerde psikososyal gelişimi destekleme programlarının sağlıklı çocuk takip ve destek programlarına entegre edilmesi

Aktiviteler:

- 1. 0-6 yaş Çocuğun Psikososyal Gelişimini Destekleme (ÇPGD) programı içeriğinin sağlıklı çocuk izlem protokolleri kapsamına alınması
- 2. Topluma dayalı ebeveyn destek programlarının (MEB ana-baba okulu programları vb.) mevcut erken çocukluk programları ile entegre biçimde çalışması için kurumlar arası işbirliğinin sağlanması
- 3. Önemli yaşam olayları sırasında çocukları destekleyen programlar geliştirilmesi için çalıştay düzenlenmesi
- 4. Ergen risk davranışlarını azaltmaya yönelik programların geliştirilmesi için çalıştay düzenlenmesi
- 5. Okul çağı çocukları için okul ruh sağlığı programları oluşturulması için çalıştay düzenlenmesi

Hedef 2: Gelişme geriliği veya zihinsel-ruhsal bozukluğu olan çocukların tedavi ve rehabilitasyon süreçlerini iyileştirmek

Stratejiler: Gelişme geriliği veya zihinsel-ruhsal bozukluğu olan çocukların eğitim ve rehabilitasyon süreçlerinin iyileştirilmesi için sektörler arası işbirliğinin artırılması

Aktiviteler:

1. Özürlü bakım hizmetlerinden yararlanan çocukların tedavisi için Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ile işbirliği protokolleri oluşturulması
2. Zihinsel ve/veya ruhsal özürlülük gibi özel eğitim kapsamında olan çocukların bakım, tedavi ve eğitimlerinde yaşanan sorunların çözümü için sektörler arası işbirliğinin artırılması
3. Otizm spektrum bozuklukları gibi çocukluk çağında başlayan kronik ruhsal bozukluklar konusunda erken tanılama-tedavi- rehabilitasyon hizmetleri için spesifik programlar geliştirilmesi

Kaynaklar

1. T.C. Sağlık Bakanlığı Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023) Ankara, 2011.
2. Yanık M Türkiye Ruh Sağlığı Sistemi Üzerine Değerlendirme ve Öneriler: Ruh Sağlığı Eylem Planı Önerisi. Reviews, Cases And Hypotheses in Psychiatry Özel Sayısı, 2007;1(3):9-78.
3. Yılmaz V. İnsan Hakları ve Karşılaştırmalı Sosyal Politika Yaklaşımı Işığında Türkiye'de Ruh Sağlığı Politikaları: Tespitler ve Öneriler. Karika Matbaacılık, İstanbul, Kasım 2012.

Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığında Etik İlkeler

Şirzat Yeşilkaya, Meltem Meriç

Etik sözcüğü, insan tutum ve davranışlarının iyi (doğru) ya da kötü (yanlış) yönden değerlendirilmesi şeklinde tanımlanmaktadır. Toplum yaşamında etiğin karşılığı, insanların birbirleriyle ilişkilerinde neleri yapmaları veya nelerden kaçınmaları gerektiğiyle ilgili bir kurallar kümesi; kısaca genel ahlaktır.

Bilim ve teknolojiadaki gelişmeler etik konusunun günümüzde daha güncel olmasına neden olmuştur. Kitle iletişim araçlarının hızla yaygınlaşması insanların gelişmelerden, haklar ve sorumluluklardan kısa sürede haberdar olması, insan hakları, hasta hakları, kadın hakları, tüketici hakları gibi eylemlerin ortaya çıkışı ve kamuoyunun etik konusundaki duyarlılığını artırmıştır. İletişim sektörünün hızla gelişmesi, insanların gelişmelerden çok kısa sürede haberdar olmasını sağlarken, aynı zamanda kişinin özel bilgilerinin de aynı hızla dağılmasına neden olabilmektedir. Ayrıca, tıbbın çok gelişme kaydetmesi, yeni ilaçların bulunması, cerrahi yöntemlerin, radyolojik ve nükleer görüntüleme yöntemlerinin gelişmesi, genetik mühendisliği alanındaki gelişmeler aynı zamanda etik sorunların doğmasına neden olmuştur.

Tıp alanında, çocuk hastalar özellikle önem arzeder. Sürekli bir gelişim ve değişim içinde olan çocuklar toplumun büyük bir kesimini oluşturmakla birlikte en hassas grubunu da oluşturur.

Çocukluk çağı ruhsal bozuklukların çoğunluğu ilaçla tedavi edilebilen hastalıklardır. Örneğin, Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunda kullanılan psikostimülan tedavinin aşırı kullanımı ve kötüye kullanım olasılığı, tanısı doğru konmamış çocuklara yeterince değerlendirme yapılmadan psikostimülan tedavi verilmesi gibi nedenler bu konunun etik boyutunu gündeme taşımıştır. Aynı zamanda yine dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunda 'Farklı' ya da 'hiper' olarak etiketlenmiş olma (Block 98) sonucunda çocukta olumsuz kendilik imgesi gelişebildiği, bu nedenle normalden farklı belirtilerin kolayca hastalık etiketi oluşturmasıyla çocukların gereksiz yere ilaç kullanımına maruz kalmalarında etik sorun olarak karşımıza gelebilmektedir. Bu nedenle çocuklar için özellikle tanı koyma ve tedaviye başlama etik açıdan üzerinde önemle durulması gereken bir durumdur.

Çocuk ihmal ve istismarıyla karşı karşıya kalındığında bildirim yapmak bir zorunluluktur. Ancak bildirim yapılmasında çocuğun gizlilik ve mahremiyetine önem vermek çok önemlidir. Özellikle bildirim sürecinde çoğu kez bir üslup sıkıntısının yaşandığı ve bazı davranışların etik açıdan sorun yarattığı bir görülebilmektedir. İstismara uğradığı tespit edilen çocuğun damgalanma endişesi yaşamaması, bu duruma maruz bırakılmaması bir tıp çalışanının dikkat etmesi gerektiği bir alandır. Örneğin çocuğun istismar edildiğine dair raporun sadece ilgili kuruma verilmesi, çocuğun fiziksel muayenesinin yapılması etik sorun olarak karşılaşılabilecek durumlar olabilmektedir.

Ruh sağlığı açısından çocuğun korunması önemlidir. Örneğin çok genç yaştaki ebeveyn, aile içinde ruhsal sorunlar, alkol ve madde bağımlılığı, aile içi şiddet, maddi sorunlar, düşük eğitim düzeyi, istenmeyen çocuk, engelli çocuk varlığı gibi çocuğun ruh sağlığını olumsuz etkileyebilecek durumların önceden tespiti etik ilkelerden adalet ve eşitliğin sağlanması ve aynı zamanda zarar vermeme/yararlılık ilkesi çerçevesinde ele alınabilecek konulardır.

Ülkemizde, Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planında geniş bir şekilde yer verilen çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları alanında uzman açığının olduğu, buna ek olarak psikiyatrik hastalıkların sıklığının ve hastalık yükünün fazla olduğu göz önüne alındığında, bazı ruh sağlığı hizmetlerinin birinci basamakta verilmesinin daha uygun olacağı ifade edilmiştir. Bu çözüm yolunun, tüm çocukların ruh sağlığının korunması geliştirilmesi açısından etik ilkelerden adalet ve eşitlik ilkesi göz önünde bulundurularak tıbbi haklardan yararlanmasının sağlanması anlamında önemli bir adım olabileceği düşünülebilir.

Çocuklarda aydınlatılmış onam etik konusunun içinde ele alınması gereken bir başka olgudur. Tedavi sırasında onam çocuğun ailesinden alınmaktadır. Genel olarak çocuğun karar verme yetisinin yetersiz olduğu varsayımıyla bu konu çoğu zaman sorun olmamakla birlikte çocuğun yaşı ilerledikçe daha sorun halini alabilmektedir. Örneğin 17 yaşında bir ergenin ailesi istemesine rağmen tedaviyi reddetmesi durumu bir etik sorunuda beraberinde getirecektir. Bu durumda yasal olarak 18 yaşına kadar aile onayı alınması gerektiği bilinsede çocuğun bilgilendirilme hakkının kullanılması ve çocuğun beklenti ve isteklerinin dinlenmesi son derece önem arz etmektedir. Ergen etiği tek başına ele alınabilecek kadar derin bir konudur. Özellikle, özerkliğe saygı, yarralılık ve adalet ilkeleri ergenler için sıklıkla gündeme gelen etik ilkelerdir. Örneğin ergenin tedavi izninin alınması, hangi durumlarda ergene ait bilgilerin açıklacağı gibi bir çok konu etik çıkmaz yaratabilir. Bazı durumlarda sağlık hizmeti verirken ki bu çoğu zaman sağlık eğitimi şeklinde olmaktadır, ergenin ailesinin izni olmasının gerekmeyeceği görüşünü savunanlar vardır. Aile planlaması, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, madde bağımlılığı konuları bunlardan bazılarıdır.

Sonuç olarak çocuk ve ergenlere yönelik sağlık hizmetlerinde genel etik kurallar göz önünde tutularak verilecek hizmetlerde özellikle, mahremiyet ve gizliliğe özen gösterilmesi gerektiği unutulmamalıdır.

Kaynaklar

1. Aras Ş., Şemin S. Çocuklarda psikostimülan tedavinin etik ve toplumsal boyutu. Klinik Psikiyatri. 2005;8:74-87.
2. Yörükoğlu A. Ulusal çocuk ve ergen ruh sağlığı politikaları çalıştay raporu. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi. 2008;15 (1).
3. Bülbül S. Ergen Etiği. Sürekli Tıp Etiği Dergisi. 2004;13(6).
4. Aydın E. Çocuklarda aydınlatılmış onam sorunu. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi. 2003;46:148-152.
5. Marks, S.U.A, Matson, L. Barraza. The impact of siblings with disabilities on their brothers and sisters pursuing a career in special education. Research and Practice for Persons with Severe Disabilities.2005;30 (2): 205-218.

6. Levinson W, Roter DL, Mullooly JP, Dull VT, Frankel RM. Physician-Patient Communication: The Relationship With Malpractice Claims Among Primary Care Physicians and Surgeons. JAMA 1997; 277 (7):553-559.
7. Clark W, Lipkin M, Graman H, Shorey J. Improving Physicians' Relationships with Patients. JGIM, 1999; 14 (1): S47 –S50.
8. Johnson RL, Roter D, Powe NR, Cooper LA. Patient Race/Ethnicity and Quality of Patient–Physician Communication During Medical Visits. American Journal of Public Health | December 2004; 94 (12): 2084-2090.

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2002 yılındaki tanımında palyatif bakım "yaşamı tehdit eden durumlarla birlikte görülen sorunlarla karşı karşıya olan hastaların ve ailelerin; yaşam kalitesini, ağrıyı ve fiziksel, psikososyal ve spiritüel boyuttaki diğer sorunları erken dönemde belirleyerek, kusursuz bir biçimde değerlendirerek ve tedavi ederek geliştiren bir yaklaşım" olarak ele alınmıştır.

Hangi yaşta olursa olsun, ölümcül hastalıkla karşılaşan çocuklar, anne babalarının ve çevresindeki diğer erişkinlerin endişeli tepkilerinden hastalıklarının ciddi ve tedavisinin zor olduğunu anlayabilirler. Böyle bir hastalığa yakalanana kadar yaşamını normal akışı içinde sürdüren çocuğa, bu hastalığın neden onu bulduğu, neden hastalandığı konusunda bir açıklama getirebilmek aile ve hekim için olanaksızdır. Çocuğun hastalığının çevresindeki erişkinlerde oluşturduğu rahatsızlık, huzursuzluk, tedirginlik ya da suskunluk onun kendi hastalığının düzelemez ve korkutucu bir hastalık olduğunu düşünmesine sebep olabilir. Okul çağındaki çocuklarda yaşam hareketle eş tutulduğundan, hastalıklarına ilişkin durağanlık bu yaş çocuklarında hastalıklarının ölümcül olduğu algısının doğmasına yol açar.

Çocuklarda ölüm kavramının gelişmesi yaşla ilgilidir. Ölüm kavramının oluşmasında çocuğun dil gelişimi ve soyut düşünce kapasitesi çok önemlidir. Çocuklar 10 yaşındayken dahi hala somut işlem dönemindeyler. Bu nedenle ölümün evrensel bir sona eriş olduğunu bilemezler. Yaşlara göre ölüm algısı;

- 3-5 yaş: Geçici, geri dönebilir
- 6-10 yaş: Geri dönelemeyen sona eriş
- 11-13 yaş: Evrenseldir ve kesin sona eriştir
- > 14 yaş: Ölümü erişkin düzeyinde kavrarlar

Palyatif bakım gereken hasta, hastalığı ile savaşıma çabasıyken zorunlu olarak birçok aşamadan geçer. Bu aşamalar inkâr, öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenme olarak sıralanmıştır.

• İnkâr: Bende böyle bir hastalık olmaz, söylenenler doğru değil şeklindedir. Bunda kişisel dokunulmazlığa olan inancın ve hastalığının ne şekilde söylendiğinin de rolü

vardır. İnkâr genellikle geçici bir savunmadır ve ardından yavaş yavaş kısmi kabul-
lenme başlar.

- Öfke: Hekese ve her şeye yönelebilir. Bu öfke sağlık ekibine de yönelebildiği gibi sağlıklı mutlu olup istediklerini yapabilen insanlara da yönelebilir.
- Pazarlık: Üçüncü evre olan pazarlık evresi gerçekte Allah'la ölümü erteleme konu-
sunda yapılan bir pazarlıktır. Hasta ile yapılan görüşmelerde pazarlık satır araların-
da kendini gösterir.

• Depresyon

- Kabullenme: Bu evrede artık hasta sessizce yatağında yatmaktadır. Klinikte genel-
likle bu evrede olan çocuklar, yüzlerini duvara döner kimseyle konuşmak istemezler.
Bu evreler, terminal dönemdeki tüm bireylerde bu kadar düzenli yaşanmayabilir. Hat-
ta hastaların çoğunluğu iki ya da üç evreyi aynı zamanda yaşayabilirler. Tanımla-
nan bu evrelerde kesin sınırlar yoktur. Palyatif bakım gerektiren, terminal dönemde-
ki hastaları anlayabilmekte önemli bir rehberdir. Bu evrelerde umut önemli ve sürekl-
li bir etken olarak görülmektedir. Yeni bir tedavi yöntemi, yeni bir ilaç, bir çalışma-
dan elde edilen başarılı sonuç gibi düşünceler hastaların son zamanlarına kadar ko-
rudukları düşüncelerdir. Bu umut sadece iyileşme umudu değil, aynı zamanda ölümü
kabul ederek ölme umududur. Palyatif bakım gereken hastalarda, kalan yaşam süre-
sinin kalitesinin artırılması amaçlanarak, hastanın fiziksel ve ruhsal yönden rahatlı-
ğının sağlanmasına odaklanılmalıdır.

Bütün hastalıkların tedavisinde hastanın biyopsikososyal bir varlık olarak ele alınma-
sı, unutulmaması gereken önemli bir noktadır. Özellikle ölümcül hastalıklarla uğraşır-
ken sağlık ekibi, aile, hasta çocuk birlikte ele alınıp değerlendirilmelidir. Hasta çocuk
ve ailesinin olduğu kadar sağlık ekibinin de psikolojik desteğe ihtiyacı vardır.

Palyatif bakım gereken hastaların bakımı ve ölüm olayı, sağlıkla ilgili mesleklerin en
zor yönlerinden biridir. Hiç istenmeyen bir durum olsa da terminal dönem hastala-
rı için önemli üç unsur söz konusudur. Bunlar; ağrı, yalnızlık ve izolasyondur. Ölümcül
hastalıklar her hastada farklı şiddet, düzey ve çeşitte psikolojik tepkilere yol açmala-
rına rağmen sıklıkla gösterilen psikolojik tepkiler kaygı, inkar, kızgınlık, hostilite, yan-
sıtma, depresyon, patolojik bağımlılık, agresif direnç, regresyon suçluluk duygusu ve
yas reaksiyonu şeklinde olmaktadır.

Palyatif bakım gereken hastada psişik morbiditeyi ve psikolojik acıyı azaltmak, uyumu
sağlayarak yaşam kalitesini arttırmak, kaygı, depresyon ve diğer psikiyatrik semp-
tomları düzeltmek, yalnızlık ve izolasyonu önlemek, ağrı ve diğer fizyolojik semptom-
larla baş etmeye yardım etmek, hastanın tedaviye etkin katılımını sağlamak ve has-
tanın umutlarını destekleyip güçlendirmek ele alınması gereken temel yaklaşımlardır.
Çocuklara yönelik palyatif bakım, çocuk ve ebeveynlerin isteklerine saygılı ve gerek-
sinimlerine duyarlı olmayı gerektirir. Çocukların ve ebeveynlerin gereksinimleri fizik-
sel, psikolojik, sosyal, spiritüel ve eğitimle ilgili olabilmektedir. Çocuğa gelişim döne-
mine uygun biçimde tedavinin beklenen sıkıntı ve yararları açıklanarak bakımına ola-
bildiğince katılımı sağlanmalıdır. Ağrı ve anksiyetenin giderilmesi palyatif bakımın
temel bir yönüdür ve hastalık boyunca sürdürülmelidir. Tedavi planı geliştirilirken sı-
kıntı veren bulguların giderilmesi için tüm seçeneklerin düşünülmesi ve esnek olun-
ması esastır.

Ebeveynler, hem hasta çocuğa bakım veren ekibin bir parçası, hem de ailenin bir par-
çası olup kendilerinin de bakıma gereksinimleri vardır. Çocuklarının birincil bakım ve-
ricileri olarak bakım ekibinde tam olarak yer almalıdırlar, tedavi planından haberle-

ri olmalı, onlara sürekli danışmanlık sağlanmalıdır. Ebeveynlerin çocuğun hastalığına bağlı görülen öfke, yas ve acı çekme gibi duygularının ifadesi desteklenmelidir. Ebeveynler tanıdan itibaren normal çocuk beklentisini kaybetmişlerdir. Yaklaşan ölüm gerçeğini kabullenmede güçlük yaşayabilirler. Tedavi umudunun sürmesi, önemli bir baş etme yöntemi olabilmektedir.

Maneviyat (Spirituality) ve Manevi Bakım

Maneviyat bireyin dünyaya verdiği anlamla ilgili algısı, düşünce ve duygularına ilişkin bilinç ya da bilinçsizliği olarak tanımlanır. Maneviyatın inanç ve var olma boyutları bulunur. Var olma boyutunun odağı yaşamın anlamı ve amacıdır. İnanç boyutunun odağı Tanrı/üstün güç ile olan ilişkidir. İnsanın manevi yönü fiziksel, duygusal, sosyal yönü kadar önemlidir ve tüm bu boyutlarla ilişkilidir. Manevi yönü gelişmiş hastaların fiziksel, duygusal ve sosyal yönden daha sağlıklı olduğu yönünde pek çok araştırma sonucu bulunmaktadır. Bu hastaların ümit düzeyleri yüksek, depresyon ve izolasyon eğilimleri düşüktür, stresle daha iyi baş ederler ve yaşam kaliteleri yüksektir. Hasta bireyler yaşam, hastalık, ölüm gibi olguların anlamını bulmaya odaklanan manevi yönlerinin desteklenmesinde bir danışmana gereksinim duyarlar. Bu danışman hekim, hemşire, psikolog, din adamı bir arkadaş veya akraba olabilir. Önemli olan hastaya manevi yönden destek olacak kişinin, bu konuda bilgi ve donanımının olmasıdır. Yapılan çalışmalarda hastaların, bu tür bir bakımı özellikle hemşirelerden bekledikleri belirlenmiştir.

Terminal Evre Hasta Bakımında Hospis

Çocuklara yönelik ve aile merkezli palyatif bakım hizmetleri dünyanın çeşitli ülkelerinde ev, hastane, hospisler ve bakımevleri gibi farklı kurumlarda giderek artmaktadır. Terminal dönemde yaşam kalitesinin olası en yüksek düzeyde tutulması ve semptomatik tedavi önemlidir. Bu dönemde ağrı ve semptomların giderilmesi gerekir. Terminal dönemde olan hastaların bakım verildiği kurumlara (hospis) tedavisi mümkün olmayan, ölümcül tanısı olan hastalar kabul edilmektedir. Bu kurumların ev ortamına uygun biçimde düzenlenmesine özen gösterilmektedir. Böylece, hastalar ev ortamı koşullarında, gerekli bakımı alarak, son dönemlerini ağrısız, huzur içinde geçirmektedirler. Modern hospis hareketi terminal hastalık yerine, aile ve hastanın duygusal ve fiziksel semptomlarına (ağrı kontrolü, konstipasyon, oral ülserasyonlar, dekübitüs ülserleri gibi) odaklanır. Hospis bakımı, ağrıyı azaltmak, hastayı rahatlatmak, aile ve arkadaşlarıyla kaliteli zaman geçirmelerini sağlamak için planlanmaktadır.

Çocuklarda palyatif bakımda ölüm hızlandırılmaz ya da ertelenmez. Temel amaç; çocuk ve aileye anlamlı bir yaşam sürdürmelerinde yardım ederek yaşam kalitesini en üst düzeye çıkarmaktır. “Palyatif bakımda hedef; çocuğun yaşamına yıllar eklemek değil, yıllarına yaşam eklemektir”.

Kaynaklar

1. World Health Organization. Definition of palliative care. Available at: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/print.html>
2. American Academy of Pediatrics (AAP). Palliative care for children. Pediatrics 2000;106:141-146.
3. Goldman A. Special problems of children. BMJ. 1998; 316: 49-52.
4. Algier L. Çocuklarda Palyatif Bakım. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası. 2005; 58:132-135.
5. Ekşi A. Çocukta Ölüm Algısı ve Terminal Dönemde Hasta Çocuk, Ben Hasta Değilim. Ed: A. Ekşi. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri. 1999: 476-489.
6. Birol L. Terminal Evredeki Hasta Bakımı. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, Ed. Nuran Akdemir, Leman Birol. Sistem Ofset, 2. Baskı, Ankara 2004.

7. Kostak MA. Hemşirelik bakımının spiritüel boyutu. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2007; 2(6): 105–115.
8. Meyer C. How effectively are nurse educators preparing students provide spiritual care. Nurse Educator. 2003; 28(4), 185-190.