

Travma Yaşamış Çocuk ve Gençlerin Ele Alınmasında Çocuk-Ergen Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Uygulamaları

Psychiatric Nursing Interventions and Child and Adolescent Mental Health Dealing with Traumatized Children and Teens

Fahriye OFLAZ^a

^aKoç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu,
İstanbul

Yazışma Adresi/Correspondence:

Fahriye OFLAZ

Koç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu,
İstanbul TÜRKİYE

foflaz@ku.edu.tr

ÖZET Bu makale çocukluk çağında yaşanan travmatik olaylar arkasından gelişebilecek travma sonrası stres bozukluğu belirtilerini ve bu çocuklara yaklaşımda önemli olan özellikleri özetlemektedir. Çocukluk dönemi travmatik olaylara sık maruz kalınan bir dönemdir. Travmatik olayların şiddetine ve çevresel faktörlere bağlı olarak bu yaşantılar kendiliğinden kolayca hafiflemeyen Travma Sonrası Stres Bozukluğu semptomlarını ortaya çıkarmaktadır. Travmatik stres tepkilerinin uzun vadede yetişkin yaşamı da etkilemesi ve eşlik eden başka ruhsal bozukluklara neden olması açısından önemsenmesi gerekmektedir. Çocuklarda görülen travmatik stres tepkileri çok çeşitlidir. Olayın şiddeti ve tipine, çocuğun gelişimsel dönem özelliklerine, cinsiyetine, yaşına, aile öyküsüne ve kültürel altyapısına göre farklı davranışsal özelliklerle kendini göstermektedir. Bu nedenle tanılamada ve tedavide gelişimsel özellikler göz önünde bulundurulmalıdır. Travma yaşayan çocukların temel gereksinimi güven duygusunu yeniden kazanmaktır. Bu ancak ilgili, yargılamayan ve anlayışlı bir tutumla gerçekleştirilebilir. Hemşireler akut dönemde çocuklarla çalışan önemli bir meslek grubudur ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu belirtilerinin tanınması ve erken müdahalenin sağlanmasında sorumluluk almalıdırlar.

Anahtar Kelimeler: Çocuk sağlığı; stres bozuklukları, post-travmatik; hemşirelik

ABSTRACT This paper reviews the post traumatic stress disorder symptoms in children and the interventions for the child who had traumatic experience. Traumatic events are frequent during the childhood. Depending on the severity of the event and environmental factors, these events cause persistent Post-Traumatic Stress Disorder symptoms. These symptoms must be addressed carefully and treated well because of their adverse effects on adult life later and causing comorbid psychiatric disorders. Symptoms of Post-Traumatic Stress Disorder vary according to the type and degree of the traumatic event, gender, age, level of development, family and cultural background of the children. These factors should be considered during the assessment and treatment. The basic need of traumatized children is safety. A nonjudgemental and understanding manner might help to feel safe again. Nurses are at the important position to help the child during the acute stage of the traumatic experience and have responsibilities to early diagnosis and treatment of Post-Traumatic Stress Disorder.

Key Words: Child welfare; stress disorders, post-traumatic; nursing

Türkiye Klinikleri J Psychiatr Nurs-Special Topics 2015;1(2):46-51

ÇOCUKLUK DÖNEMİ VE TRAVMALAR

Travmaların çocukluk dönemindeki ölüm nedenlerinin %49'unu oluşturduğu ve yaşam boyu travmaların %25'inin çocukluk yıllarında görüldüğü belirtilmektedir. Büyüme yıllarında çocuklar %14-43 oranında en azından bir travmatik olaya maruz kalmaktadır. Bu istatistiklerin gösterdiği gerçek, çocukluk

çağının, travmalar yönünden riskli olduğu ve bu yaşantılar ruhsal açıdan baş edilemez olduğunda etkilerinin yetişkinlik dönemlerine kadar süren ve yetişkin yaşamı da olumsuz etkileyen ruhsal ve davranışsal sorunlara neden olabildiğidir.^{1,2}

Çocuklarda ruhsal travmaya neden olabilecek yaşantılardan bazıları okullarda yaşanan şiddet olayları, fiziksel ve cinsel istismar, trafik kazaları, aile içi şiddet, kanser gibi önemli hastalıklar, hayvan ısırıkları, doğal afetler, terörizm, savaş ve akran zorbalığı gibi durumlardır. Bunlar içinde "istismarlar" önemli bir yer tutmaktadır.¹⁻⁴ Ayrıca, çocukluk döneminde, model çocuk olarak yetiştirilme, yaratıcılığın kısıtlanması, duygu ve paylaşımından yoksun aile ortamı gibi, görünüşte travmatik stres gibi görünmeyen durumlar da yaşanabilmektedir. Bu tip yaşantıları ele alırken stres verici olayın şiddetinin, örselenen bireyin yaş ve benlik gücünün ve /veya olayın ortaya çıktığı aile ve çevre koşullarının olumsuzluğunun bu tür yaşantıları da travmatik bir sürece dönüştürebileceği unutulmamalıdır.⁵

Çocuklukta bu durumlarla baş etmek, yaşanan olayla mücadele etmek ve acı veren olayı yorumlamak genellikle zordur. Çocuklar yaşadıkları olaylardan yaş ve gelişimsel dönem özelliklerine göre farklı şekillerde etkilenir ve farklı tepkiler verirler. İki yaşındaki bir çocuğun babasının annesini dövmesini algılamasıyla, 14 yaşındaki bir çocuğun çok farklıdır. Hangi yaşta olursa olsun çocuğun gösterdiği stres reaksiyonlarının yetişkinliğe kadar süren bazı sorunlara yol açabilecek olması ve yetişkin yaşamı olumsuz etkilemesi nedeniyle dikkate ele alınması gerekir.^{3-5,6-8}

Çocuklar bu tür olaylara maruz kaldıklarında, çaresizlikten aşırı korkuya kadar değişen nitelikte farklı tepkiler yaşayabilir. Bu duygular kaybolmadığında ya da yoğunlaştığında Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) çocuğun yaşamının bir çok alanını etkilemeye başlar. Ayrıca TSSB tanısı alan çocukların çoğunda, eşlik eden başka bir hastalığın varlığı ve bunların en az yarısının travmatik olaydan sonra başladığı da gösterilmiştir.^{2-4,9-11}

ÇOCUKLARDA TSSB BELİRTİLERİ VE TEDAVİ YÖNTEMLERİ

TSSB, travmatik olarak tanımlanan nitelikteki bir olay sonrasında, bir aydan uzun süren, aşırı uyarılmışlık, yeneden yaşantılama, kaçınma, dış dünyaya ilginin azalması, tepkilerde yavaşlama ve yabancılaşma gibi özgül belirtilerle seyreden, klinik açıdan belirgin bir sıkıntı ve toplumsal alanlarda ya da işlevselliğin diğer alanlarında

bozulmaya neden olan psikiyatrik bir bozukluk şeklinde tanımlanabilir. Çocuklarda da travmatik bir yaşantının ardından TSSB belirtilerini kapsayan bir tablo görüldüğü belirtilmektedir.^{10,12,13}

Bebeklerde ve erken çocukluk yıllarında, gelişimsel özelliklere uygun değerlendirme ve ölçümler yapıldığında, TSSB oranının yetişkin popülasyona benzer olduğu bulunmuştur.^{2,3,9} Erken çocukluk döneminde TSSB tanısı konulmuş çocuklarda semptomların 18 -21 ay yatışmadan seyrettiği gözlenmiştir.^{5,9,10} Bulut (2009) ergenlerde depresyon sonrası yaptığı çalışmada, %92 oranında travmatik reaksiyonların görüldüğünü, küçüklerin daha fazla olumsuz etkilenme yaşadığını belirtmiştir. Sevdiği birinin kaybını yaşayan ergenlerin ise %52'sinin TSSB kriterlerini karşıladıkları görülmüştür.^{5,6,11,14}

TSSB tanısı ile ilgili en önemli problem, çocukların gelişimsel dönem özelliklerine göre ortaya konuluş şeklinin de değişiyor olmasıdır (Tablo 1). Bu nedenle TSSB tanılanmasında çocuğun yaşı, gelişimsel durumu, aile ve sosyal koşulları dikkate alınarak travma ve travmatik olay tanımı yapılmalı ve travmatik olaya verilen tepkilerdeki öznel öğelerin rolü değerlendirilmelidir.⁹

Bebekler ve küçük çocuklar istismarlara ve travmatik diğer yaşantılara maruz kaldıklarında çok geniş spektrumda gelişimsel problemler ve gelişme gerilikleri gösterirler. Çocuklarda genel olarak düzenleme sorunları olarak adlandırılabilir olan; duyguları düzenleme bozuklukları, bağlanma örüntülerinde bozulma, hızlı davranışsal regresyon ve emosyonel durumlarda kaymalar, özerk uğraşlarda kayıp, kendine ve başkalarına yönelik agresif davranışlar, gelişimsel görevleri yerine getirmede başarısızlık, uyku, beslenme ve öz bakım alanlarında bedensel kontrolde kayıp, dünya algısı ve şemasında değişim, beklenti davranışı ve travmatik beklentiler, çoğul somatik şikayetler, tehlike duyarlılığında azalma, kendinden nefret etme ve kendini suçlama, kronik yetersizlik duygusu görülebilir. Bu düzenleme sorunları yeni karşılaşılan durumları yanlış yorumlama nedeniyle ortaya çıkabilir ya da tehlikesiz uyranlara aşırı tepki verme olarak görülebilir. Bu kendi kendini düzenleme güçlükleri gelişimsel evreye göre ve çocuğun yeterliliklerine göre değişecektir. Örneğin; altı yaşındaki çocuğun mesane kontrolünü kaybetmesi bir semptom sayılabilirken, iki yaşındaki çocuk için bu düşünülemez.^{9,10,15}

Daha büyük yaşta çocukların aksine, 0-6 yaş grubu çocuklar korkularını, heyecanlarını ve çaresizliklerini kelimelere dökemezler. Bu yaş grubu çocuklar

TABLO 1: Çocuklarda yaşına göre travmatik yaşantı ardından ortaya çıkabilecek tepkiler.

0-2 Yaş	3-6 Yaş	Okul Çağı
Çabuk irkilme	Dikkati toplamada zorlanma	Dikkati toplamada zorlanma
Aşırı ağlama veya çığlık atma	Beceri geliştirmede gerilik	Çevresel uyanlara karşı tetikte olma, gerginlik
Travmayı hatırlatan yetişkinlerden korku	Sinirli, korkak veya vurdumduymaz tavırlar; huysuzluk, küfür etme	Çocuğun tipik özelliği olmayan terbiyesizlik ya da yaramazlık davranışları
Uyku, beslenme vb. örüntülerde değişiklik	İlgi çekme davranışları (olumlu ya da olumsuz)	Belirgin bir nedeni olmayan fiziksel yakınmalar (mide ağrısı, baş ağrısı, baş dönmesi)
Anne / babadan ayrılma korkusu	İçe kapanma / aşırı suskunluk	Sınıf arkadaşlarından / arkadaşlarından ve aktivitelerden uzaklaşma
Ayrıldığında aşırı tepkiler verme	Özgüven kaybı	
İlgi çekme davranışları (olumlu ya da olumsuz)	İstismar veya travmayı taklit etme	Davranış değişiklikleri (aktivite artması ya da azalması)
Hırçınlık, kendine ve başkalarına yönelik agresif davranışlar	Sosyal ortamlarda rahatsız edici davranışlar	Kayıtsızlık, duyarlılıkta azalma ya da ani ve aşırı emosyonel tepkiler
Bağımsız uğraşlarda kayıp	Çabuk irkilme	Sinirlilik ve öfke patlamaları
İçe kapanma ve dalgınlık /Aşırı suskunluk	Travmadan kendini suçlama	Kendinden nefret etme ve kendini suçlama
Tedirginlik ve travmatik yaşantı beklentisi	Travmayı hatırlatan yetişkinlerden korku	Sıkıntılı ve huzursuz görünüm (mızımız, düşün, huysuz, dengesiz, yapışkan)
Gelişimsel görevleri yerine getirmede başarısızlık	Anne / babadan ayrılma korkusu ve aşırı tepki verme	Öğrenme problemleri
Tehlike duyarlılığında azalma	Öğrenme problemleri	Kronik yetersizlik duygusu
	İçeriği belirli olmayan korkutucu rüyalar	Tedirginlik ve travmatik yaşantı beklentisi
	Tedirginlik ve tekrar olmasından korkma	Olayı rüyalarda tekrar yaşama

daki, davranış değişiklikleri, travmadan nasıl etkilendiklerini görmemize yardımcı olur. Normalde TSSB'nin belirgin semptomları hafızaya dayalıdır ve 0-1 yaş bebeğinin hafızasının gelişimsel durumuna özel olarak değerlendirilmez. Beyin çalışmaları altı ay öncesinde otobiyografik bellek oluşmadığı için, travmatik yaşantıların anlatımlarının yapılamayacağını göstermektedir. Bununla birlikte bebekler geçmiş deneyimlerle ilgili hatırlamalarını davranışsal olarak gösterebilirler. Altıncı ay ve sonrası bebeklerde travmatik olayı tekrarlama kapasitesi görülebilir. Bu dönemde belirtiler, daha çok koşullara bağlıdır, yani ağırlı uyaran durduğunda semptom da göreceli olarak yok olur. Bununla birlikte 0-1 yaş bebeklerde farkında olmayarak yapılan sık davranış tekrarları yanında terleme, taşikardi, solunum sayısında artış gibi belirtiler görülebilmektedir.⁹

Diagnostic and Stistical Manual of Mental Disorder (DSM-V), yetişkinler için belirtilen TSSB tanı ölçütlerinin çok küçük farklılıklarla altı yaş üstü çocuklara da uygulanabileceğini öngörmüştür ve çocuklar için küçük ayrıntılar kriterlere eklenmiştir. DSM-V'de travmatik olayın yineleyici, istemsiz ve istenç dışı gelen sıkıntı veren anılarının yaşanmasının, altı yaşından büyük çocuklarda yineleyici oyunlar şeklinde görülebileceği ve içeriği belirsiz rüyalar görme ile kendini gösterebileceği; yeniden yaşamanın oyun sırasında yeniden canlandırma şeklinde olabileceği belirtilmektedir. Altı yaş altı çocuk-

larda ise, istenç dışı yineleyici anıların sıkıntı veriyor gibi görünmesi gerekmediği ve oyunda yeniden canlandırma şeklinde görülebileceği belirtilmiştir. Bu yaş çocuklarda sıkıntılı içeriği olan rüyalar görme olabilir, ancak rüyanın içeriğinin olayla doğrudan ilişkisi kurulamayabilir. Çocuğun travmatik olay yeniden oluyormuş gibi hissettiği ya da davrandığı çözülme tepkileri (örn; geçmişe dönüşler) olabilir. Bu tür belirtiler belirli aralıklarla ortaya çıkabilir ve çevresinde olup bitenlerin tam olarak ayırında olmadığı gözlenebilir. Çocuk travmatik olayların anımsatıcılarına karşı belirgin fizyolojik tepkiler gösterebilir.¹⁶

Yetişkinlerde olduğu gibi çocuklarda da olaydan sonra başlayan ya da kötüleşen; anımsatıcılardan kaçınma, anıları uyandıran insanlar, konuşmalar ya da kişiler arası durumlardan kaçınma ya da bunlardan uzak durma çabası olabilir. Olumsuz duygusal tepki sıklığının artması (korku, suçluluk, üzüntü, utanç, şaşkınlık), önemli etkinliklere yönelik ilgi ve istenç azalması, oyun oynamada azalma ile kendini gösterir. Toplumsal geri çekilme, içe kapanma, olumlu duyguları sürekli olarak daha az gösterme gözlenebilir. Yine aynı şekilde olaydan sonra başlayan ya da kötüleşen; olayla ilişkili uyarılma ve tepki gösterme; insanlara ya da nesnelere yönelik sözel olmayan saldırganlıkla dışa vurulan kızgın davranışlar, öfke patlamaları (bir kışkırtma olmadan ya da çok az kışkırtma ile) aşırı huysuzluk yapma, her an

tetikte olma, abartılı irkilme tepkisi, odaklanma güçlükleri, uykuya dalmakta ve uykuyu sürdürmekte güçlük ve dinging olmayan, huzursuz uyuma görülebilir. Bu belirtiler bir aydan fazla sürer; klinik açıdan belirgin sıkıntıya ya da ana babasıyla, kardeşleriyle, yaşlılarıyla ya da diğer bakım verenlerle ilişkilerinde ya da okulda davranışlarında bozulmaya neden olur. Belirtiler olaydan hemen sonra başlayıp en az üç gün olmak üzere, en çok bir ay sürmüş ise akut stres bozukluğu tanısı alır.¹⁶

Yaşanan travmatik olaylar 0-6 yaş grubu çocukların duyularını da büyük ölçüde etkiler. Yüksek çığlık veya patlama tarzında sesler çıkarma, korkutucu ve ani hareketler, kabuslar, değişik korkular veya travmanın oyunlara yansıtılması şeklinde kendilerini gösterirler. Sebep sonuç ilişkilerini kuramayan bu yaş grubu çocuklar kendilerinin ve anne babalarının düşünceleri, korkuları ve isteklerinin gerçekleşebileceğini düşünürler. Bu nedenle olayları önlemekten veya sonuçlarını değiştirmekten dolayı kendilerini ve ebeveynlerini suçlarlar. Bu hatalı algılama veya düşünce tarzı, travmanın bu yaş grubundaki çocuklar üstündeki etkisini artırır.

Çocukluk çağı travmalarının günlük yaşamda görülen en hafif sonucu klinik olmayan düzeyde bir çözümlenmez ve ileri tablolarda klinik bir çözülmeye dönüşebilir. Bunun belirtisi olarak kendi kendine konuşma, iç dünyasında kendisine yabancı görüşler ve duygular dile getiren taraflar, giderek içinde bir başka kişi ya da kişiliğin varlığını hissetme gibi durumlar görülebilir. Bu gibi durumlar psikiyatride “dissosiyatif bozukluk” olarak adlandırılır ve bunlar çocukluk çağı travmalarının yarattığı psikiyatrik bozukluklar içerisinde önemli bir yer tutar. Bazen çocuklar travmatik olaylar karşısında etkilenmemiş gibi görünebilirler. Fakat olayın etkisini içlerinde yaşarlar. Olayın gerçekliğine inanmak istemeyebilirler. Eğer bir ölüm ya da kayıp varsa o kişiyi arama davranışı ve gelmesini bekleme davranışı görülebilir. Geri dönme olmadığını fark ettiklerinde duruma ve kaybettikleri kişiye karşı öfkelenebilirler. Ergenlikte ise yaşanan belirtileri yok sayarak geçmesini bekleme, sık görülen davranışlardandır.¹⁷

TSSB TEDAVİSİ

Çocukların travma odaklı Bilişsel Davranışçı Terapilerden (BDT) ve EMDR uygulamalarından yararlandıkları belirtilmektedir. Anksiyete ve depresyonla birlikte seyreden tablolarda ilaç tedavileri de önerilmektedir. Genel olarak okul gibi ortamlarda çocuğun zorbalığa maruz kalma, isim takılması, etiketlenmesi gibi psikolojik zararlardan korunması önemlidir. Yakınlarının ve öğret-

menlerinin yargısız dinlemesi ya da yazı, resim gibi aktivitelerle kendini ifade etmesinin sağlanması yararlı olur. Travmalar kontrol kaybı duygusu yarattığı için çocuğun kontrol ve güvenlik duygularını yeniden kazanmasına yardım etmek önemlidir. Okulda akademik başarısını artıracak önlemler (kısa ödevler-odaklanmayı sağlar; hatırlama ve organize etmeyi kolaylaştıracak listeler, grafikler; anksiyete ve stresi azaltmasına yardım edecek şekilde zaman verme/ayırma vb) alınmalıdır.^{18,19}

TRAVMA YAŞAMIŞ ÇOCUK VE HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ

North Atlantic Nursing Diagnosis Association (NANDA) hemşirelik tanılama kitabında *Travma Sonrası Stres Sendromu* (TSS) olarak; bir ya da daha fazla sindirilememiş /özümsemememiş yıkıcı travmatik olaylar yaşamış olan bireyin sürekli olarak sıkıntı verici tepkiler yaşadığı, uyuma dönük olmayan davranışların görüldüğü durumu tanımlar.²⁰ Ancak bu tanım yapılırken çocuklar için ayrıca bir tanılama kriteri konulmamıştır. Bu nedenle veri toplama sırasında hemşire travmatik bir yaşantının olup olmadığını sorguladıktan sonra, yukarıda bahsedilen belirtilerin olup olmadığına dikkat etmelidir. Bu belirtiler ve DSM-V’ de belirtilen süreler de dikkate alınarak, TSS sendromu tanısı konulabilir.

Hemşirelik yaklaşımlarında en temel unsur çocuğun erken tanılanmasının sağlanmasıdır. Travmatik durumlarda yaklaşım olarak distresi azaltma, emosyonel destek sağlama ve aileyi destekleme (D-E-F) ve psikolojik ilk yardım modelleri önerilmektedir. Erken müdahalede (olaydan hemen sonraki bir ay içinde) travma ile ilgili maladaptif atıflar, aşırı erken kaçınma ve sosyal/kişilerarası süreçlerin hedeflenmesi gerekmektedir.^{21,22} Bu üç faktör, peri-travma döneminde TSSB etyolojisinden sorumlu tutulan en temel faktörlerdir.

Olayın hemen arkasından çocukla birlikteyenez;^{17,20,22,23}

- Olay anından hemen sonra yeniden kendisini güvende hissetmesi için onu sakinleştirin ve yanında olduğunuzu hissettirin.

- Ailesi ulaşılabilir ise ailesi ile birlikte olmasını sağlayın.

Olaydan hemen sonra çocuğa güvende olduğu hissettirilmelidir. Küçük çocuklar duygusal ve fiziksel olarak büyüklerin korumasına ve desteğine muhtaçtırlar. Bir yetişkinin desteği olmadan 0-6 yaş grubu çocuklar güçlü duyguları kontrol edemez. Ayrıca çocuk anne ve

babamın tepkilerini örnek aldığından anne-babanın tepkileri çok önemlidir. Ancak çocukları etkileyen travmaların ebeveynlerini de etkilediği durumlarda, çocuklarla ebeveynleri arasındaki ilişkiler olumsuz etkilenebilir. Böyle durumlarda (ebeveynin yardım edemeyecek durumda olması halinde) çocuklar aşırı stres belirtileri göstermeye başlar; nasıl hissettiklerini veya neye gereksinimleri olduğunu anlatamazlar. Bu yaş grubundaki çocuklar böyle durumlarda ebeveynlerin anlamadığı, alışık olmadığı veya ne yapacağını şaşıracağı davranış tarzları geliştirebilirler.

■ Çocuğun duygu ve düşüncelerini sizinle paylaşmasını sağlayacak ortamlar yaratın.

■ Çocuğun zihnindeki belirsizlikleri gidermek için yaşına uygun bir şekilde bilgi vermek ve sorularını cevaplamak gerekir. Olay hakkında kısa ve net bilgiler verilmeli, herşeyin düzeleceği belirtilmelidir.

Olay hakkında sessiz kalmak, çocuğun olay hakkında kendi senaryolarını üretmesine neden olabilir. Aile üyeleri orada ise bunu onların yapması için teşvik edin. Aileden kimse yoksa siz yapın.

Ergenler travmatik yaşantıyı olmamış gibi sayarak/belirtileri görmezden gelerek bunların kendiliğinden geçmesini bekleme eğilimi gösterebilirler. Ergenlerde kendi akranlarını ve eğer mevcutsa saygı duydukları yetişkinleri dinleme davranışı ve ardından olay /durum hakkında kendi fikirlerini oluşturma tipiktir. Bu nedenle akran eğitimi ya da güvendikleri yetişkinlerin bilgi vermesini sağlama önemli olabilir.

■ Çocuk hissettiklerini sizinle paylaşırken, “Güçlü ol”, “ağlama”, “üzülme sakın” gibi ifadeler yerine “evet, üzüldüğünü biliyorum” gibi ifadelerle yaklaşın. *Bu şekilde konuşmak onu rahatlatır ve kendini ifade etmesine yardımcı olur.*

■ Çocuğun olayı açıklamasına ve kabul etmesine, olayla ilgili kederini ifade etmesine yardım edin.

■ Çocuklar bazen etkilenmemiş gibi görünür ve duygularını yansıtmayabilir. Bu durumlarda oyunlarına, çizimlerine ve anlattıkları öykülere dikkat edilmelidir.

■ Yaşadıklarını resim yaparak ya da oyun oynayarak ifade etmesini sağlayın. *Çocuklar duygularını genellikle resim yaparak ya da oyunlarda ifade ederler.*

■ Aileden birini ya da birkaçını kaybetmişse, ona yeniden huzurlu bir yaşamı olması için çalıştığınızı ifade edin. Kendini güvende hissetmesini sağlayın.

■ Okul çocuğu ise öğretmenini yaşanan olay veya durum hakkında bilgilendirin.

■ Şiddete ya da travmatik bir yaralanmaya şahitlik eden veya maruz kalan çocuklara koruma ve izlem sağlayın. *Ebeveynlerinde alkol ve madde kötüye kullanımı olan, şiddete maruz kalmış adölesanlar daha yüksek oranda psikiyatrik morbidite gösterir.*

■ Anksiyete bozuklukları açısından tıbbi öykü alın. *Anksiyete bozukluğu olan gençlerde TSSB riski artmaktadır.*

■ Travmatik olayların ardından TSSB’yi önleme ve azaltma amaçlı kullanılacak okul temelli programlar hazırlayın. *Travmatik stresler ardından uygulanan öz-yeterlilik ve sosyal desteği artırıcı programların TSSB belirtilerini azalttığını gösteren çalışmalar vardır.*

■ Gürültülü ortam ve yüksek volümlü sesler, küçük çocukları genellikle korkutur. Travma yaşamış ve TSSB olan çocuklar bu tür seslere akranlarına göre daha abartılı tepkiler verirler. Eğer gürültünün olacağı tahmin ediliyorsa (örn; okulda yangın alarmı vb) bu çocukların önceden bilgilendirilmesi önemlidir.

■ TSSB olan çocuklarda (özellikle de fiziksel ve cinsel istismara uğrayanlarda) dokunma önemli bir problem olabilir. Öğretmenler ve hemşireler çocukların bu hassasiyetini bilmelidir. Bu çocuklar genellikle uygun sınırlar koymada yetersiz olabilirler ya da dokunma onları ürkütebilir. Çocuğa dokunmadan önce söylenmesi ve izin alınması gerekir.

■ TSSB olan çocuklarda bir diğer problem kendini güvende/emniyette hissetmemektir. Güvenin tekrar oluşturulması, bedensel kontrole odaklanma ile başlayıp sonra çevrenin kontrolüne doğru gitmelidir. Bu sorun öncelikle temel fiziksel ihtiyaçların karşılanması, beden fonksiyonlarının düzenlenmesi (uyku, yeme, tuvalet vb), TSSB belirtileri ile baş etme ve kendine zarar verme davranışını kontrol etmeyi içerir. Güvenli çevreye destekleyici kişilerin dahil edilmesi de önemlidir.

Yenidoğanın temel ihtiyaçlarının ilgili bir şekilde karşılanması yoluyla temel güveni öğrenmesi gibi çocuklara da güveni tekrar adım adım öğretmek gerekir.

■ Çocuğun kendini ifade etmesini ve travmatik yaşantıyı anlatmasını sağlayan basit bir görüşme çocuğun travmayı işleme ve başkaları ile bütünleşmesine kapıyı açan bir girişim olabilir.

■ Olaya ilişkin işaretler varsa ve olayın etkisi ile başlayan olumsuz tepkiler altı aydan fazla sürerse uzman desteği gerekir.

Özetle çocuklar sıklıkla travmatik olaylara maruz kalmaktadır ve bu yaşantılar kendiliğinden kolayca ha-

fiflemeyen TSSB semptomlarına neden olabilmektedir. Bu semptomların erken dönemde ve tam tanılanabilmesi önemlidir. Bebeklik ve erken çocukluk döneminde TSSB

tanınması ve tedavisinde gelişimsel özellikler dikkate alınmalıdır. Travma yaşamış çocuklarla yapılan çalışmaların etkinliğini gösteren araştırmalara ihtiyaç vardır.

KAYNAKLAR

1. Bingöl-Koloğlu M. Çocukluk travmalarında erken değerlendirme ve acil yaklaşım. *Türkiye Klinikleri J Pediatr Surg-Special Topics* 2008; 1(1): 9-19.
2. Ray J. Post-Traumatic Stress Disorder in Children: What elementary teachers should know? *Kappa Delta Pi Record* 2014; 50:109-13.
3. Calitz FJW., de Jongh NJ, Horn A, Nel ML, Joubert G. Children and adolescents treated for post-traumatic stress disorder at the Free State Psychiatric Complex. *S Afr J Psych* 2014; 20(1): 15-20.
4. Örsel S, Karadağ H, Karaoğlan-Kahiloğulları A, Akgün-Aktaş E. Psikiyatri hastalarında çocukluk çağı travmalarının sıklığı ve psikopatoloji ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2011; 12:130-6.
5. Scheeringa MS, Zeanah CH, Cohen JA. PTSD in children and adolescents: toward an empirically based algorithm. *Depress Anxiety* 2011;28(9):770-82.
6. Bulut S. Depremden Sonra Çocuklarda Görülen Travma Sonrası Stres Tepkilerinin Yaş Ve Cinsiyetler Açısından Karşılaştırılması. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi* 2009;4(31):43-51.
7. Roberts YH, Ferguson M, Crusto CA. Exposure to traumatic events and health-related quality of life in preschool-aged children. *Qual Life Res* 2013;22(8):2159-68.
8. Yargıç İ, Ersoy E, Batmaz-Oflaz S. Çocukluk çağı travmalarının intihar girişimi ve kendine zarar verme davranışı ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2012; 13(4): 277-84.
9. Simonelli A. Posttraumatic stress disorder in early childhood: classification and diagnostic issues. *Eur J Psychotraumatol.* 2013;4.
10. Tierney JA. Post-traumatic stress disorder in children: Controversies and unresolved issues. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs* 2000;13(4):147-58.
11. Trickey D, Siddaway AP, Meiser-Stedman R, Serpell L, Field AP. A meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Clin Psychol Rev.* 2012; 32(2):122-38.
12. Bolu A, Erdem M., Öznur T. Travma Sonrası Stres Bozukluğu. *Anatol J Clin Investig* 2014;8(2):98-103.
13. Ofiaz F, Özcan CT, Taştan T, Çiçek H, Aslan Ö, Vural H. Hemşirelerin Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirtilerini Tanıma Durumları. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2010;1(1):1-6.
14. Boelen AP, Spuij M. Symptoms of post-traumatic stress disorder in bereaved children and adolescents: factor structure and correlates. *J Abnorm Child Psychol* 2013;41(7):1097-108.
15. Cohen JA, Scheeringa MS. Post-traumatic stress disorder diagnosis in children: challenges and promises. *Dialogues Clin Neurosci* 2009;11(1):91-9.
16. Amerikan Psikiyatri Birliği; Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El kitabı, Beşinci Baskı (DSM-V) Tanı ölçütleri Başvuru El kitabı (Çev: E.Köroğlu), Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2014.
17. Barry PD. Psychosocial Nursing Assessment and Intervention. 3rd ed. Philadelphia : Lippincott; 1996. p.505-9.
18. Ray J. Posttraumatic Stress Disorder in Children: What Elementary Teachers Should Know. *Kappa Delta Pi Record* 2014;50(3): 109-13.
19. Karakaya I. Çocukluk çağı travmalarında travma odaklı bilişsel davranışçı tedavi modeli. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2014; 15(4): 350-7.
20. Herdman TH, Kamitsuru S. NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions & Classification, 2015-2017. Oxford: Wiley Blackwell; 2014. p.315-8.
21. Kassam-Adams N. Design, delivery and evaluation of early interventions for children exposed to acute trauma. *Eur J Psychotraumatol* 2014;5.
22. Ofiaz F. Hasta çocuk ve ebeveynlerinin pediatrik yoğun bakım deneyimi ve travmatik stres. *CU. Hemsirelik Yüksekokulu Dergisi* 2008; 12(1):53-9.
23. Townsend MC. Nursing Diagnoses in Psychiatric Nursing: Care Plans and Psychotropic Medications. 8th ed. F.A. Davis Company, 2011. p.313-5.