

Sağlık Tedbiri Nedeniyle Takip Edilen Çocuk ve Ergenlerin Sosyo-demografik ve Klinik Özellikleri

Socio-demographic and Clinical Characteristics of Children and Adolescents Followed for Court-mandated Treatment

Barış Güller, Ferhat Yaylacı

Dörtçelik Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Çocuk Psikiyatri Kliniği, Bursa, Türkiye

Amaç: Bu çalışmada sağlık tedbiri kararı nedeniyle çocuk psikiyatrisi polikliniğinde takip edilen olguların sosyo-demografik özellikleri, sağlık tedbiri çıkartılma nedenleri, psikiyatrik tanıları ve risk faktörlerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Kliniğimizde Mart 2018-Ocak 2021 yılları arasında sağlık tedbiri nedeniyle takip edilen olgulara ait sosyo-demografik ve klinik özellikler, ebeveynlere ait özellikler, tedbir kararları ve nedenleri geriye dönük olarak incelenmiştir.

Bulgular: Çalışmaya ortalama 12.3±4.2 yaşında olan 135 çocuk (%55.6 kız) dahil edildi. Olguların %17.0'sinin örgün eğitime devam etmediği, sadece %21.5'inin psikiyatrik tanı almadığı görüldü. En sık tanılar travma sonrası stres bozukluğu (%14.1), dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (%11.1), davranış bozukluğu (%11.1) ve major depresif bozukluk (%11.1) olarak saptandı. Örgün eğitimi terk etme (P=0.000), düzensiz okul devamı (p=0.031), istismar mağduriyeti (p=0.033) ve psikiyatrik tanı varlığı (p=0.019) daha yüksek yaş grubunda anlamlı ölçüde sıklıkla. Babalarda ve annelerde sırasıyla %25.2 ve %21.5 oranlarında psikopatoloji bildirildi. Ebeveynlerden birinde psikopatoloji varlığı, daha yüksek oranda aile içi istismar (p=0.002) ve bakım tedbiri kararları (p=0.007) ile ilişkili bulundu.

Sonuç: Çalışmamız tedbir kararı ile takip edilen çocuklarda yüksek oranda ruhsal bozukluk tanısı, okul hayatından uzaklaşma ve aile işlevselliğinde bozulma varlığını göstermektedir. Bu çocukların ruh sağlığını etkileyen ve koruyucu faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmalar kısıtlıdır. Bu alanda geliştirilecek politikaların önleyici ve koruyucu nitelikte olması, toplumun genelini kapsayacak şekilde planlanması önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Zorunlu tedavi programları, adli çocuk ve ergen psikiyatrisi, adli psikiyatri, hukuk ve mevzuat

Objectives: In this study, it was aimed to evaluate the socio-demographic features of cases followed up at the child psychiatry department due to mandation of courts (i.e. "health measures"), the reasons of court orders, psychiatric diagnoses and risk factors.

Materials and Methods: Records of cases followed in our clinic between March 2018 and January 2021 under court-mandated treatment were evaluated retrospectively for socio-demographic and clinical characteristics of youth, parental characteristics and reasons for mandated treatment.

Results: One hundred thirty-five children (55.6% females) with a mean age of 12.3±4.2 years were included in the study. It was found that 17.0% of youth had left formal education while only 21.5 % did not fulfill criteria for a psychiatric diagnosis. Most common diagnoses were post-traumatic stress disorder (14.1%), attention deficit/ hyperactivity disorder (11.1%), conduct disorder (11.1%) and major depressive disorder (11.1%). Lack of attendance to formal education (p=0.000), irregular attendance to schools (p=0.031), being a victim of abuse (p=0.033) and presence of psychopathology (p=0.019) were significantly more common among older age group. Paternal and maternal histories of psychopathology were reported in 25.2% and 21.5%; respectively. Presence of mental illness in one of the parents was associated with elevated rates of domestic abuse (p=0.002) and court mandated foster placement (p=0.007).

Conclusion: Our study shows the presence of elevated rates of mental disorders, lack of attendance to formal education and impaired family functioning among youth under court-mandated treatment. Studies conducted to determine the protective factors affecting the mental health of these children are limited. It is important that the policies to be developed in this area are preventive and protective and planned in a way that covers the overall of public.

Keywords: Mandatory treatment programs, forensic child and adolescent psychiatry, forensic psychiatry, legislation and jurisprudence



Giriş

Çocuğun bedensel, zihinsel, duygusal, sosyal ve ahlaki alanlarda gelişimleri adına korundukları haklar çocuk hakları olarak adlandırılmaktadır.^{1,2} Çocuk koruma sistemi ise çocukların ihmal ve istismardan korunması amacıyla sağlanan hizmet veya yardımların bütünüdür.³ Çocuk Hakları Sözleşmesi'nde çocukların korunması ve gereksinimlerinin karşılanmasında aile ve devletin sorumluluğu kabul edilmektedir. Sözleşmeye taraf olan devletler, çocuğun haklarından yararlanabilmesi için gereken tedbirleri almak, ihtiyaç varlığında beslenme, barınma, eğitim ve sağlık gibi alanlarda destekleyici programları uygulamakla sorumludurlar.⁴ Ülkemizde 2828 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Yasası ve 5395 sayılı Çocuk Koruma Kanunu hükümleri ile çocukların korunmasına ilişkin düzenlemeler yapılmıştır.⁵ Ebeveynler çocukların ruh sağlığının korunmasında sorumluluk sahibi iken, bu anlamda başarısız olduklarında ya da ebeveynlerin bilinçli hataları ile çocuklarının tedavi alamadığı tespit edilirse devletler ebeveynlerin çocukları hakkındaki kararlarına müdahale edebilmekte ve çocuğun devlet gözetimi altında tedavi edilmesi kararı verilebilmektedir.⁶⁻⁸ Mahkeme tarafından çocuklar için danışmanlık, eğitim, bakım, sağlık ve barınma başlıkları altında koruyucu ve destekleyici tedbir kararları alınabilmektedir. Sağlık tedbiri, çocuğun ruhsal ve fiziksel sağlığının korunması ve tedavisi için tıbbi bakım ve rehabilitasyonunun sağlanmasına yönelik tedbir kararıdır.^{9,10} İhmal ve/veya istismar mağduru çocukların tıbbi bakımları, özellikle ruh sağlığı yönünde tedavilerinin sürdürülmesi sağlık tedbiri kapsamında yürütülür. Sağlık tedbiri kararı çıkarılan çocuklar için mahkeme tarafından ayrıca Sosyal İnceleme Raporu da talep edilmektedir. Bu raporda çocukların ve ailelerin ihtiyaçları tanımlanır, bu ihtiyaçların nasıl karşılanabileceği ve ailelerin nasıl güçlendirilebileceği belirlenir.¹¹

Haklarında koruma kararı olan ve istismar ve ihmale maruz kalan çocuklarda topluma kıyasla davranışsal sorunlarda artış ve ruh sağlığında bozulma daha sık bildirilmektedir.^{12,13} Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) 2008 yılına ait bir raporda çocuk koruma servislerine yapılan yaklaşık 3.3 milyon başvuruda içinde çocukların 772.000'inin istismar ya da ihmal mağduru olduğu saptanmıştır.¹⁴ Bakım evlerinde kalan çocuklar ile yapılan bir çalışmada örneklemin yarıya yakınında davranış sorunu bildirilmiştir.¹⁵ Şiddete maruz kalan çocuklar, fiziksel ve ruhsal gelişimlerini tamamlamada zorluk yaşayabilmektedirler. Bu olgularda uyum sorunları, özgüven eksikliği, yeme sorunları, madde kullanımı, intihar, mutsuzluk, uygunsuz cinsel davranışlar, suçta bulaşma, okul devamsızlığı, akademik başarısızlık, dikkat sorunları, kendine zarar verme davranışları, davranış problemleri riskinde artış olabilmektedir.¹⁶

Sağlık tedbiri kararı ile takip edilen olgular çocuk ve ergen psikiyatrisi klinik pratiğinde önemli yer tutmaktadır. Ancak ülkemizde bu olgular özelinde yapılan çalışmaların sayısı oldukça kısıtlıdır. Bu çalışmada sağlık tedbiri kararı alınarak çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğinde takip edilen çocuklarda sosyo-demografik ve klinik özellikler, ruhsal bozuklukların sıklıkları, alınan diğer tedbir kararları, ebeveynlere ait özellikler

ile koruyucu ve risk faktörlerini inceleyerek bu olgulara yönelik ileride planlanabilecek ruh sağlığı politikalarına katkıda bulunmak amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Bursa Dörtçelik Çocuk Hastanesi Çocuk Psikiyatrisi Birimi'nde Mart 2018-Ocak 2021 yılları arasında sağlık tedbiri nedeniyle takip edilen ve dosya bilgileri tam olan 135 olgu çalışmaya alınmıştır. Dosyalarında sosyal inceleme raporu eksik olan 18 olgu çalışmadan çıkarılmıştır. Olguların sosyo-demografik bilgileri, ebeveynlerine ait özellikler, ruhsal bozukluk tanıları, alınan tedbir kararları ve nedenleri poliklinik dosyalarından ve dosyalarında mevcut sosyal inceleme raporu bilgilerinden geriye dönük inceleme ile elde edilmiştir. Çalışma için onay Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınmıştır (karar no: 2021-4/21, tarih: 24.02.2021).

İstatistiksel Analiz

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS for Windows versiyon 25.0 (IBM Inc., Armonk, NY) paket programı kullanılmıştır. Kategorik değişkenler için tanımlayıcı veriler sayı ve yüzde olarak, sayısal veriler ortalama ve standart sapma şeklinde hesaplanmıştır. Sayısal değişkenlerin normal dağılıma uyup uymadığını kontrol etmek amacıyla Kolmogorov-Smirnov testi yapılmıştır. Verilerin normal dağılıma uymaması nedeniyle gruplar arasında ortalamaların karşılaştırılmasında non-parametrik test olan Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Kategorik değişkenler Pearson ki-kare testi ve Fisher's Exact testi ile karşılaştırılmıştır. Tüm analizlerde $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular

Çalışmaya 135 çocuk dahil edildi. Çocukların %55,6'sı (n=75) kız, %45,4'ü (n=60) erkek ve yaş ortalamaları $12,3 \pm 4,2$ yıldır. Çocukların %27,4'ü (n=37) ilkökul öğrencisiydi. Tüm olguların %26,4'ünün (n=33) sınıf tekrarı yaptığı, örgün eğitimden ayrılan ya da okula devam etmeyen olguların oranının ise %17,0 (n=23) olduğu saptandı. Annelerin yaş ortalaması $38,5 \pm 7,8$, babaların yaş ortalaması $43,2 \pm 7,2$ yıldır. Annelerin %74,1'i (n=100), babaların ise %67,4'ü (n=91) ilkökul veya altında eğitim düzeyine sahipti (Tablo 1).

Olguların %50,4'ünde (n=68) ailenin başvurusu sonrası, %19,3'ünde (n=26) okulun başvurusu ile sağlık tedbir kararı çıktığı saptandı. Sağlık tedbiri dışında çıkarılan en sık tedbir kararı %51,1 (n=69) oranıyla danışmanlık tedbiri idi. Sağlık tedbiri çıkarılmasında en sık neden %40,0 (n=54) ile cinsel istismardı (Tablo 2). Tedbir kararı sonrası çocukların %43,0'ünün (n=58) poliklinik takiplerine düzenli devam etmediği saptandı. Çocukların %21,5'i (n=29) herhangi bir psikiyatrik tanı almadı. Psikiyatrik tanı varlığı açısından kız ve erkekler arasında anlamlı farklılık yoktu ($p=0,708$). Çocukların %14,1'inde (n=19) Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB), %11,1'inde (n=15) dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB), %11,1'inde (n=15) davranım bozukluğu (DB), %11,1'inde (n=15) majör depresif

bozukluk (MDB) ve %8,1'inde (n=11) anksiyete bozukluğu (AB) tanıları mevcuttu. Çocukların %57'sine (n=77) psikiyatrik ilaç başlandığı, tüm olguların %18,3'ünde (n=25) ise en az iki ilaç kullanımı olduğu görüldü. Tek başına en sık verilen ilaç grubu selektif serotonin geri alım inhibitörleriydi (n=28, %20,7).

Olguların takip dosyalarında aileye yönelik bilgiler ve sosyal inceleme raporlarından elde edilen verilere göre babaların %25,2'sinde, annelerin ise %21,5'inde psikiyatrik hastalık öyküsü mevcuttu. Babalar için en sık tanının madde ile ilişkili bozukluklar ve bağımlılıklar (%11,9), annelerde ise MDB (%8,1) olduğu saptandı (Tablo 3).

Çalışmamızda eğitim tedbiri kararı olması, poliklinik takiplerinin düzenli olup olmaması ve psikiyatrik tanı varlığı açısından kız ve erkek cinsiyetler arasında anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$). Kızlarda örgün eğitime devam etmeme ($p=0,015$) ve istismar mağduru olma oranı ($p=0,000$) erkek olgulara kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksekti. Örgün eğitime devam etmeme

($p=0,000$), örgün eğitimde olan olgularda okula devanın düzensiz olması ($p=0,031$), istismar mağduru olma ($p=0,033$) ve psikiyatrik tanı varlığı ($p=0,019$) yüksek yaş grubu çocuklarda daha fazlaydı. Yine psikiyatrik tanısı olan çocuklarda, eğitim tedbiri kararı oranı daha yüksekti ($p=0,046$). Çalışmamızın bir diğer bulgusu da poliklinik takiplerine düzenli devam etme oranının düşük çıkmasıdır. Çocuklarda psikiyatrik tanı varlığı ile poliklinik takiplerinin düzensiz olması arasında anlamlı ilişki saptanmadı ($p=0,143$). Ebeveynlerle ilişkili değişkenler incelendiğinde ise ortaokul ve altı eğitim düzeyine sahip ebeveyn varlığının çocuklarda daha düşük oranda örgün eğitime devam etme ile ilişkili olduğu ($p=0,043$); ayrıca ebeveynlerden birinde ruhsal hastalık varlığının daha yüksek oranda aile içi istismar varlığı ($p=0,002$) ve daha yüksek oranda bakım tedbiri kararı çıkarılması ile ilişkili olduğu ($p=0,007$) görüldü (Tablo 4).

Tartışma

Çalışmamızda sağlık tedbiri kararı ile takip edilen çocuklarda sosyo-demografik ve klinik özellikler, tedbir kararlarına ilişkin

Tablo 1. Haklarında sağlık tedbiri kararı alınan ve çalışma merkezinde takip edilen olguların sosyo-demografik özellikleri

		n	(%)
Olgu cinsiyet	Kız	75	55,6
	Erkek	60	45,4
Olgu yaş ortalaması (ort ± SS)		12,31±4,17	
Ebeveyn yaş ortalaması	Anne (ort ± SS)	38,54±7,78	
	Baba (ort ± SS)	43,21±7,15	
Olguların eğitim durumu	Okul öncesi dönem/anaokulu/kreş	12	8,9
	İlkokul	37	27,4
	Ortaokul	32	23,7
	Lise	31	23,0
	Okula gitmiyor/örgün eğitimden ayrılmış	23	17,0
Örgün eğitimde olan olgularda okula devam durumu	Düzenli	61	61,0
	Düzensiz	39	39,0
Sınıf tekrarı var mı?	Evet	33	26,4
Özel eğitime gidiyor mu?	Evet	22	16,3
Anne eğitim düzeyi	İlkokul ve altı	100	74,1
	Ortaokul ve üstü	35	25,9
Baba eğitim düzeyi	İlkokul ve altı	91	67,4
	Ortaokul ve üstü	44	32,5
Anne çalışma durumu	Çalışıyor	39	28,9
Baba çalışma durumu	Çalışıyor	94	69,6
Aile gelir düzeyi	2.500 TL'nin altında	82	60,7
	2.500 TL ve üstünde	53	39,3
Anne-baba birlikteliği	Birlikte	76	56,3
	Ayrı	50	37,1
	Anne ya da baba vefat etmiş	9	6,7
Çocuk kiminle yaşıyor	Anne ve baba ile	63	46,7
	Anne ya da baba ile	41	30,4
	Yakın akraba yanında	11	8,1
	Kurum bakımında	20	14,8

Tablo 2. Haklarında sağlık tedbir kararı alınan ve çalışma merkezinde takip edilen olguların tedbir kararları ile ilgili özellikler

		n	(%)
Tedbir kararı çıkarılma şekli	Ailenin başvurusu	68	50,4
	Okul başvurusu	26	19,3
	Komşu, sosyal çevrenin başvurusu	16	11,8
	Hastane başvurusu	9	6,7
	Diğer	16	11,8
Eğitim tedbiri var mı?	Evet	33	24,4
Danışmanlık tedbiri var mı?	Evet	69	51,1
Bakım tedbiri var mı?	Evet	23	17,0
Aynı nakti yardım var mı?	Evet	18	13,3
Sağlık tedbiri çıkarılma nedeni nedir?	Cinsel istismar	54	40
	Fiziksel istismar	16	11,9
	Bakım yetersizliği	44	32,6
	Suçta sürüklenen çocuk	10	7,4
	Psikiyatrik hastalık	8	5,9
	Diğer	3	2,2

Tablo 3. Haklarında sağlık tedbir kararı alınan ve çalışma merkezinde takip edilen olgular ve ebeveynlerinin ruh sağlıkları ile ilgili veriler

		n	(%)
Sağlık tedbiri sonrası poliklinik takibi nasıl?	Düzenli	77	57,0
	Düzensiz	58	43,0
Travma sonrası stres bozukluğu		19	14,1
Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu		15	11,1
Davranım bozukluğu		15	11,1
Major depresif bozukluk		15	11,1
DEHB + DB		13	9,6
Anksiyete bozukluğu		11	8,1
Zihinsel yetersizlik		8	5,9
Madde ile ilişkili bozukluklar ve bağımlılık bozuklukları		6	4,4
Diğer		4	2,9
Psikiyatrik tanı yok		29	21,5
Olgularda psikiyatrik ilaç kullanımı	İlaç kullanımı yok	58	43,0
	En az iki ilaç birlikte kullanımı	25	18,3
	Selektif serotonin geri alım inhibitörü	28	20,7
	Aripiprazol	9	6,7
	Risperidon	6	4,4
	Metilfenidat	5	3,7
	Diğer	4	2,9
Babada ruhsal hastalık öyküsü	Tanı yok	101	74,8
	Madde ile ilişkili bozukluklar ve bağımlılık bozuklukları	16	11,9
	Antisosyal kişilik bozukluğu	8	5,9
	Diğer	10	7,4
Annede ruhsal hastalık öyküsü	Tanı yok	106	78,5
	Major depresif bozukluk	11	8,1
	Mental retardasyon	9	6,7
	Diğer	9	6,5

DEHB: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, DB: Davranım bozukluğu

Tablo 4. Olguların cinsiyet, yaş, psikiyatrik tanı varlığı ve ebeveynlere ait özelliklerin diğer değişkenlerle karşılaştırılması

		Kız N (%)	Erkek N (%)	P
Örgün eğitim varlığı		52 (74,3)	51 (91,1)	0,015*
Eğitim tedbiri varlığı		17 (22,7)	16 (26,7)	0,591*
Düzenli takip varlığı		43 (57,3)	34 (56,7)	0,938*
Psikiyatrik tanı varlığı		58 (77,3)	48 (80,0)	0,708*
İstismar varlığı		52 (69,3)	20 (33,3)	0,000*
Çocuk yaş ortalaması				
Örgün eğitim var mı?	Evet	12,14±3,66		0,000**
Okula devam durumu	Düzenli	12,23±3,77		0,031**
Çocukta psikiyatrik bozukluk var mı?	Evet	12,75±4,09		0,019**
İstismar var mı?	Evet	13,11±3,78		0,033**
Olguda psikiyatrik bozukluk var mı?				
		Evet N (%)	Hayır N (%)	
Eğitim tedbiri var mı?	Evet	30 (28,3)	3 (10,3)	0,046*
Düzenli takip var mı?	Evet	57 (53,8)	20 (69)	0,143*
Örgün eğitim var mı?				
		Evet	Hayır	
Ebeveyn eğitim düzeyi	Ortaokul altı	57 (55,3)	18 (78,3)	0,043*
	Ortaokul ve üstü	46 (44,7)	5 (21,7)	
Ebeveynde ruhsal hastalık var mı?				
		Evet	Hayır	
Aile içi istismar var mı?	Evet	20 (74,1)	26 (39,4)	0,002*
Bakım tedbiri var mı?	Evet	14 (60,9)	9 (39,1)	0,007*

*Ki-kare testi, **Mann-Whitney U testi

özellikler, ruhsal patoloji sıklıkları, ebeveynlere ait özellikler ile koruyucu ve risk faktörlerini inceledik. Çalışmamızda çocukların %55,6'sı kız, %45,4'ü erkekti. Sağlık tedbiri kararıyla çocuk psikiyatrisi kliniğinde takip edilen çocukların psikososyal özelliklerinin araştırıldığı bir çalışmada çocukların %67,2'sinin kız olduğu bildirilmiştir.¹⁷ Başka bir çalışmada da sağlık tedbiri ile takip edilen çocukların %53,0'ünün erkek, %47,0'sinin kız olduğu görülmüştür. Aynı çalışmada en sık sağlık tedbiri çıkarılma nedeninin davranış bozukluğu olduğu göz önüne alındığında ise erkek cinsiyetin daha yüksek olması anlaşılır bir bulgudur.¹⁸ Örneklemimizde sağlık tedbiri çıkarılmasının en sık nedeni ise cinsel istismardır. Dünya şiddet ve sağlık raporu'nda, özellikle yaşça büyük kız çocuklarının cinsel istismara daha fazla uğradıkları ifade edilmiştir.¹⁹ Literatürde cinsel istismarın kız çocuklarında daha fazla görüldüğü göz önüne alındığında çalışmamızda kız cinsiyetin daha yüksek oranda bulunması yazın bilgisi ile örtüşmektedir.

Çalışmamızda çocukların yaş ortalaması 12,3±4,2 yıldır. Sağlık tedbiri kararı alınan çocuk ve ergenlerin psikososyal özelliklerinin değerlendirildiği bir çalışmada da en sık yaş aralığının 14-18 olduğu bildirilmiştir.¹⁷ Cinsel istismara uğrayan çocuklarda psikopatoloji sıklığının araştırıldığı bir çalışmada da yaş ortalaması 13,9 yıl olarak saptanmıştır.²⁰ Çalışmamızda

ayrıca örgün eğitime devam etmeme (p=0,000), okula devamın düzensiz olması (p=0,031), istismar mağduru olma (p=0,033) ve psikiyatrik tanı varlığı (p=0,019) yüksek yaş grubu çocuklarda daha fazlaydı. Çalışmalar istismara uğrama ile yaş arasında bir ilişki olduğunu belirtmektedir. Çalışmamızda saptanan yaş grubu daha çok ergenlik dönemini içermekte olup bu yaş ortalaması cinsel istismarın da ergenlik döneminde daha sık görüldüğü bilgisi ile paralellik göstermektedir.¹⁹

Çalışmamızda tüm çocukların %26,4'ünün sınıf tekrarı yaptığı, %17,0'sinin örgün eğitimden ayrıldığı, örgün eğitimde olan olguların ise %39,0'unun okula düzenli olarak devam etmediği saptandı. Sağlık tedbiri kararı olan çocuklar ile ilgili başka bir çalışmada bu çocukların %28,0'inin okulu terk ettiği bildirilmiştir.¹⁸ Yine sağlık tedbiri ile takip edilen olguların değerlendirildiği bir çalışmada örgün eğitimi terk etme oranı %37,0 olarak saptanmıştır.¹⁷ Ergenlik döneminde örgün eğitimden uzaklaşma ile mesleki ve sosyal sorunlar artmakta ve ergenin biyo-psikososyal gelişimi olumsuz etkilenmektedir.²¹ Ergenlikte okula devam yıkıcı davranışlar ve şiddet içeren suçların düşük oranda olması ile ilişkilendirilmiştir.²² Okula devam etmemenin kendisi çocuklarda ruh sağlığında bozulmalara neden olabilirken, çocukların maruz kaldığı şiddet davranışı da ruh sağlığında bozulmalara, böylece okul

devamsızlığına, dikkat sorunlarına, okul başarısında düşüklüğe neden olabilmektedir.¹⁶ Yine okul hayatında aksaklıklar olması çocuk ve ergenlerde istismar ve ihmal riskini artırabilmektedir.²³ Yazın verileri ve çalışma bulgularımız göz önüne alındığında sağlık tedbiri ile takip edilen olguların eğitimlerine devamını desteklemenin, ruh sağlıklarının korunması adına önemli olduğu görülmektedir.

Çalışmamızda çocukların yalnızca %21,5'inin psikiyatrik tanısı olmadığı saptandı. En sık tanılar ise TSSB (%14,1), DEHB (%11,1), DB (%11,1), MDB (%11,1) ve AB (%8,1) idi. Nasıroğlu tarafından yapılan çalışmada sağlık tedbiri ile takip edilen olguların %15,0'inin tanı almadığı, %15,0'inde TSSB, %26,3'ünde DEHB + DB olduğu görülmektedir.¹⁸ Yazında ihmal ve istismara maruz kalmanın AB, duygudurum bozuklukları ve DB gibi pek çok hastalık riskini artırdığı bildirilmektedir.²⁴ ABD'de yapılan bir çalışmada çocuk koruma sistemine dahil olan çocuklarda ruhsal patoloji görülme sıklıkları DEHB, DB, AB ve duygudurum bozuklukları için; sırasıyla % 50,0, % 50,0, % 10,0 ve % 10,0 olarak saptanmıştır.²⁵ Çalışma bulgularımız yazınla uyumlu olarak haklarında sağlık tedbir kararı alınan olgularda ruhsal bozukluk oranlarının artmış olduğunu göstermektedir. Çalışmamızın bir başka bulgusu herhangi bir psikiyatrik tanı varlığında eğitim tedbiri kararı oranının daha yüksek saptanmış olmasıdır (p=0,046). Bir çalışmada 16-18 yaş aralığında emosyonel sorunlar yaşayan öğrencilerin %45,0'inin okuldan ayrıldığı belirtilmiştir.²⁶ Bulgularımız ruhsal ve akademik sorunların ilişkili olduğunu desteklemektedir.

Örnekleminizdeki çocukların % 43,0'ünün takiplerine düzenli olarak devam etmediği, düzenli poliklinik takiplerinin ise psikiyatrik tanı varlığı ile ilişkisiz olduğu görülmüştür (p=0,143). Sağlık tedbiri kararı ile takip edilen olguların değerlendirildiği bir çalışmada bu çocukların yalnızca %45,0'inin poliklinik takiplerine düzenli devam ettiği bildirilmiştir.¹⁷ Başka bir çalışmada adli değerlendirme sonrası ruh sağlığında bozulma saptanan ve poliklinik takibi önerilen olguların %21,4'ünün takiplerinin düzenli olduğu saptanmıştır.²⁷ Bulgularımız tedavi edilmesi gereken olguların takipleri ile ilgili sorunlar olduğunu göstermektedir. Bu nedenle ebeveynlere ve çocuklara, çocuklardaki ruh sağlığı sorunları ve tedavi seçenekleri konusunda psiko eğitim verilmesinin düzenli psikiyatrik takip oranını artırabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda çocukların yalnızca %46,7'sinin anne ve babası ile birlikte yaşadığı saptandı. Sağlık tedbiri kararı ile takip edilen olguların değerlendirildiği bir çalışmada bu çocukların %48,0'inin anne babasının boşanmış olduğu bildirilmiştir.¹⁷ Nasıroğlu¹⁸ tarafından yapılan çalışmada da ebeveynlerin yalnızca %59,0'unun birlikte yaşadığı saptanmıştır. Yazında parçalanmış ailelerin çocuk istismarı için bir risk etkeni olduğu bildirilmiştir.^{28,29} Çocuk istismarının olduğu ve olmadığı ailelerin karşılaştırıldığı çalışmalarda, ebeveynlerin ayrılmış olması veya tek ebeveynli yaşamak, ihmal ve istismarı artırıcı etkenler arasında ifade edilmektedir.^{30,31} Literatür verileri de dikkate alındığında çalışma bulgularımız aile bütünlüğü bozulmuş çocuk ve ergenlere yönelik ruh sağlığını koruyucu yaklaşımların önemini destekleyebilir.

Takip dosyalarında aileye yönelik bilgiler ve sosyal inceleme raporlarından elde edilen verilere göre babaların %25,2'sinde, annelerin ise %21,5'inde psikiyatrik hastalık öyküsü vardı. Nasıroğlu'nun¹⁸ çalışmasında ise sağlık tedbiri kararı olan çocukların babalarında %16,0 oranında ruhsal hastalık bildirilmiştir. Ebeveynlerinde ruhsal bozukluk olan çocukların, çocukluk dönemlerinin zor ve sıkıntılı geçebileceği, bu çocukların ergenlik dönemlerinde ise depresyon ve davranış sorunları için riskin artabileceği bildirilmiştir.^{32,33} Çalışmamızda ebeveynlerden birinde ruhsal hastalık varlığı, daha yüksek oranda aile içi istismar (p=0,002) ve bakım tedbiri kararı çıkarılması ile ilişkiliydi (p=0,007). Literatürde ruhsal sorunu olan ebeveynle yaşayan çocukların ihmal ve istismara maruz kalma ve psikiyatrik bozukluk açısından risk altında olabileceği bildirilmiştir.³⁴⁻³⁶ Bulgularımız ebeveyn ruh sağlığında bozulma durumunda tedaviye yönelik müdahalelerin, çocukların ruh sağlığını korumak ve ihmal/ istismar riskini azaltmak adına önemini destekleyebilir.

Çalışmamızda annelerin %74,1'i, babaların ise %67,4'ü ilköğretim ve altı eğitim düzeyine sahipti. Sağlık tedbiri ile takip edilen çocuklar ile yapılan başka bir çalışmada annelerin %63,0'ünün eğitim seviyesinin ilköğretim düzeyinde olduğu saptanmıştır.¹⁸ Benzer bir çalışmada ebeveynlerin yarısına yakınının ilköğretim mezunu olduğu tespit edilmiştir.¹⁷ Yazın verileri, düşük ebeveyn eğitiminin çocuklarda istismar riskini artırabileceğini desteklemektedir.^{37,38} Yine çalışmamızda ortaokul ve altı eğitim düzeyine sahip ebeveyn varlığının çocuklarda daha düşük oranda örgün eğitime devam etme ile ilişkili olduğu saptandı (p=0,043). Bulgularımız ebeveyn eğitim seviyesinin düşüklüğü ile olgularda okul hayatında aksama ve böylece ruh sağlığı için korucuyu bir faktör olabilen okul ortamı ve akran ilişkilerinden mahrum kalma riskinin ortaya çıkabileceğini göstermektedir. Çalışmamızda ailelerin %60,7'sinin aylık gelir düzeyi 2.500 TL ve altında idi. Yazında düşük ekonomik düzeyin çocuk istismarını artıran bir risk etmeni olduğu ifade edilmektedir.^{28,29} Muhtemelen düşük sosyoekonomik seviye çocukların fiziksel, duygusal ve sosyal gereksinimlerini karşılamada yetersizlik oluşturmakta, buna ebeveyn denetiminde yetersizlik gibi faktörlerin de eklenmesi ile çocuklarda istismar ve psikopatoloji riski artmaktadır.

Çalışmamızda olguların %50,4'ünde ailenin başvurusu sonrası, %19,3'ünde okulun başvurusu sonrası tedbir kararlarının çıktığı saptandı. Sağlık tedbiri dışında en sık tedbir kararı danışmanlık tedbiri (%51,1) iken bunu %24,4 ile eğitim tedbiri kararı izledi. Başka bir çalışmada sağlık tedbiri kararı olan çocukların %35,0'ünde ek danışmanlık, %14,0'ünde ise ek eğitim tedbiri olduğu bildirilmiştir.¹⁷ Bulgularımız, haklarında sağlık tedbir kararı alınan çocuklar ve ebeveynlerinin diğer alanlarda da koruyucu ve destekleyici tedbirlerden faydalanabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmanın Kısıtlılıkları

Çalışmamızın sonuçları kısıtlılıkları bağlamında değerlendirilmelidir. Çalışmamızın kesitsel bir çalışma olması, kontrol grubunun olmaması, geriye dönük dosya inceleme

yöntemiyle yapılması, ölçek kullanılmaması ve tek merkezli yürütülmüş olması kısıtlılıklar arasında sayılabilir. Çalışmaya dahil edilen olgu sayısının önceki çalışmalara göre yüksek olması, olgunun sosyal çevresi, ailenin sosyoekonomik koşulları hakkında önemli bilgiler veren sosyal inceleme rapor bilgilerinin çalışmaya dahil edilmiş olması ise güçlü yanlarıdır. İleride yapılacak çok merkezli, kontrol grubu dahil edilen, izlem çalışmaları sağlık tedbiri çıkarılan olgular hakkında daha fazla bilgi sahibi olmamızı sağlayacaktır.

Sonuç

Çalışmamızda çocuk ve ergen psikiyatrisi klinik pratiğinde önemli bir yer kaplayan sağlık tedbiri kararı ile takip edilen çocuklar değerlendirildi. Ülkemizde bu alanda yapılan çalışmaların kısıtlı sayıda olduğu göz önüne alındığında çalışma sonuçlarımızın literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Çok yönlü ve kapsamlı bir değerlendirme ve müdahale gerektiren bu alandaki önemli adımlardan bazıları ise; eğitim altyapısının güçlendirilmesi, çocukların örgün eğitime devamının sağlanması, ruhsal bozukluğu olan çocukların takip ve tedavisinin yapılandırılıp düzenlenmesi, ailenin tedavi sürecine katılımının artırılması, ebeveynlik becerilerine yönelik eğitimler ve ebeveyn ruh sağlığını koruyucu müdahaleler olacaktır.

Etik

Etik Kurul Onayı: Çalışma için onay Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınmıştır (karar no: 2021-4/21, tarih: 24.02.2021).

Hasta Onayı: Retrospektif çalışma.

Hakem Değerlendirmesi: Editörler kurulu dışında olan kişiler tarafından değerlendirilmiştir.

Yazarlık Katkıları

Konsept: B.G., F.Y., Dizayn: B.G., F.Y., Veri Toplama veya İşleme: B.G., F.Y., Analiz veya Yorumlama: B.G., F.Y., Literatür Arama: B.G., Yazan: B.G.

Çıkar Çatışması: Yazarlar tarafından çıkar çatışması bildirilmemiştir.

Finansal Destek: Yazarlar tarafından finansal destek almadıkları bildirilmiştir.

Kaynaklar

1. Akyüz E. Ulusal ve Uluslararası Hukukta Çocuğun Haklarının ve Güvenliğinin Korunması, Ankara, Milli Eğitim Basımevi, 2000.
2. Uğurlu Z, Gülsen İA. Çocuk hakları ve hukuki bağlamda çocuğun ihmal ve istismardan korunması. *International Journal of Social and Educational Sciences*. 2014;1:1-24.
3. Hetherington R. Learning from difference: Comparing Child Welfare Systems. In: *Towards Positive Systems of Child and Family Welfare International Comparisons of Child Protection*. Family Service and Community Caring Systems. Toronto: University of Toronto Press. 2006;28:27-50.
4. Yolcuoğlu İG. Türkiye'de çocuk koruma sisteminin genel olarak değerlendirilmesi, *Aile ve Toplum*. 2009;5:43-57.

5. Aldemir V. Çocuk Koruma Kanununun Sosyal Hizmetler Ve Çocuk Esirgeme Kurumunda Uygulanmasına İlişkin Bir Değerlendirme, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Ankara: Hacettepe Üniversitesi. 2011. (Yüksek lisans tezi).
6. Finkelhor D, Turner HA, Shattuck A, Hamby SL. Prevalence of childhood exposure to violence, crime, and abuse: results from the National Survey of Children's Exposure to Violence. *JAMA Pediatr*. 2015;169:746-754.
7. Colgrove J, Bayer R. Manifold restraints: liberty, public health, and the legacy of Jacobson v Massachusetts. *Am J Public Health*. 2005;95:571-576.
8. Takaoka K, Mizoguchi F, Wada I, Nakazato M, Shiraishi T, Ando S, Iyo M, Shimizu E. How parents suspected of child maltreatment change their cognition and behavior: a process model of outreach and child protection, generated via grounded theory. *Children and Youth Services Review*. 2016;71:257-265.
9. Çocuk Koruma Kanunu, T. C. Resmi Gazete, sayı: 25876, 15 Temmuz 2005.
10. Karakuş Ö, Tekin HH. Çocuk koruma kanunu uyarınca haklarında danışmanlık tedbiri uygulanan çocukların özellikleri (Konya örneği), *Sosyal Politika Çalışmaları*. 2012;7:29-44.
11. Uluğtekin S. Çocuk Mahkemeleri ve Sosyal İnceleme Raporları. (2. baskı). Ankara; Türkiye Barolar Birliği Yayınları; 2004;89-92.
12. Woods SB, Farineau HM, McWey LM. Physical health, mental health, and behaviour problems among early adolescents in foster care. *Child Care Health Dev*. 2013;39:220-227.
13. Herrenkohl TI, Hong S, Klika JB, Herrenkohl RC, Russo MJ. Developmental impacts of child abuse and neglect related to adult mental health, substance use, and physical health. *J Fam Violence*. 2013;28:191-199.
14. Hussey DL, Falletta L, Eng A. Risk factors for mental health diagnoses among children adopted from the public child welfare system. *Children and Youth Services Review*. 2012;34:2072-2080.
15. Jee S, Szilagyi M, Blatt S, Meguid V, Auinger P, Szilagyi P. Timely identification of mental health problems in two foster care medical homes. *Children and Youth Services Review*. 2010;32:685-690.
16. Skinner D, Tsheko N, Mtero MS, Segwabe M, Chibatamoto P, Mfecane S, Chitiyo G. Towards a definition of orphaned and vulnerable children, *AIDS Behav*. 2006;10:619-626.
17. Er Fazlıoğlu A. Sağlık tedbiri kapsamında tedavisi yürütülen çocukların ve ailelerinin psikososyal özelliklerinin sosyal hizmet perspektifinden değerlendirilmesi. *Journal of International Social Research*. 2019;12:735-742.
18. Nasıroğlu S. Mental assessment of child and adolescents in health measure. *Cukurova Med J*. 2017;42:484-489.
19. Mian M. World report on violence and health: what it means for children and pediatricians. *J Pediatr*. 2004;145:14-19.
20. Taner HA, Çetin FH, Işık Y, İşeri E. Psychopathology in abused children and adolescents and related risk factors. *Anatolian Journal of Psychiatry*. 2015;16:294-300.
21. Alikashiçoğlu M. Ergenlerde davranışsal sorunlar. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Adolesan Sağlığı II Sempozyum Dizisi. 2008;63:5-59.
22. Frey A, Ruchkin V, Martin A, Schwab-Stone M. Adolescents in transition: school and family characteristics in the development of violent behaviors entering high school. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2009;40:1-13.
23. Cook PJ, Kang S. Birthdays, schooling, and crime: regression-discontinuity analysis of school performance, delinquency, dropout, and crime initiation. *American Economic Journal: Applied Economics*. 2016;8:33-57.
24. Nemeroff CB. Paradise lost: the neurobiological and clinical consequences of child abuse and neglect. *Neuron*. 2016;89:892-909.

25. Garland AF, Hough RL, McCabe KM, Yeh MAY, Wood PA, Aarons GA. Prevalence of psychiatric disorders in youths across five sectors of care. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001;40:409-418.
26. Lingenfelter N, Hartung S. School Refusal Behavior. *NASN Sch Nurse*. 2015;30:269-273.
27. Gökçen C, Dursun OB. Bir Eğitim Hastanesi Çocuk Psikiyatri Birimine Gönderilen Adli Olguların İncelenmesi. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*. 2012;25:238-243.
28. Putnam FW. Ten-year research update review: child sexual abuse, *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry*. 2003;42:269-278.
29. Berger LM. Income, family characteristics, and physical violence toward children. *Child Abuse Negl*. 2005;29:107-133.
30. Ayan S. Aile İçinde Çocuğa Yönelik Şiddet (Sivas İlköğretim İkinci Kademe Öğrencileri Üzerine Bir İnceleme), Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyoloji Anabilim Dalı, Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi, 2007, (Doktora tezi).
31. Horton CB, Cruise TK. *Child Abuse and Neglect. The School's Response*. New York, The Guilford Press, 2001.
32. O'Connell KL. What can we learn? Adult outcomes in children of seriously mentally ill mothers. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*. 2008;21:89-104.
33. Mowbray CT, Bybee D, Oyserman D, Allen-Meares P, MacFarlane P, HartJohnson T. Diversity of outcomes among adolescent children of mothers with mental illness. *J Emot Behav Disord*. 2004;12:206-221.
34. Mahoney L. Children living with a mentally ill parent: The role of public health nurses. *Nurs Prax N Z*. 2010;26:4-13.
35. Korhonen T, Pietila AM, Vehvilainen-Julkunen K. Are the children of the clients' visible or invisible for nurses in adult psychiatry? a questionnaire survey. *Scand J Caring Sci*. 2010;24:65-74.
36. Akdemir D, Gökler B. Bipolar duygudurum bozukluğu olan anne babaların çocuklarında psikopatoloji. *Turk Psikiyatri Dergisi*. 2008;19:133-140.
37. Örsel S, Karadağ H, Karaoğla Kahiloğulları A, Akgün Aktaş E. The frequency of childhood trauma and relationship with psychopathology in psychiatric patients. *Anatolian Journal of Psychiatry*. 2011;12:130-136.
38. Oral R, Can D, Kaplan S, Polat S, Ates N, Cetin G, Miral S, Hanci H, Ersahin Y, Tepeli N, Bulguc AG, Tiras B. Child abuse in Turkey: an experience in overcoming denial and a description of 50 cases. *Child Abuse Negl*. 2001;25:279-290.