

Kişilerarası İlişkilerde Problem Yaşayan Çocuk ve Gençlerin Davranışlarını Düzenlemeye Yönelik Bir Müdahale Modeli: İş Birliğine Dayalı ve Proaktif Çözümler

An Intervention Model for Behavioral Regulation of Children and Young Having Problem in Interpersonal Relations: Collaborative and Proactive Solutions

© Banu Karaahmetoğlu, © Çığıl Aykut

Gazi Üniversitesi Gazi Eğitim Fakültesi, Özel Eğitim Bölümü, Ankara, Türkiye

ÖZ

Hem okul hem de ev ortamında çocukların kendi aralarında ya da yetişkinlerle çocuklar arasında ortaya çıkan problem durumlarına yetişkinin müdahale etmesi alışlagelmiş bir durumdur. Alışlagelen bu süreç ise öğretmenin ya da ebeveynin çocukla geçirdiği zamanın önemli bir kısmını yaşanan bu problemlere ayırmasına neden olmaktadır. Bununla birlikte problemin çözümüne katılmayan çocuklar yaşanan olumsuz durumlar karşısında nasıl davranacaklarını öğrenememekte, çözüm sürecinde söz sahibi olamamakta ve bu da problemin çözümünün başarıya ulaşmasını olumsuz etkileyebilmektedir. Bu makalenin amacı problem durumlarında kendi sorunlarını bağımsız bir şekilde çözebilen bireyler yetiştirilmesine katkı sağlayan İş Birliğine Dayalı ve Proaktif Çözümler Modeli'ni tanıtmak ve aşamalar halinde nasıl uygulanması gerektiği hakkında bilgi vermektir. Yapılan araştırmalar bu modelin çocukların bağımsız problem çözme becerileri üzerinde etkili olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte bu model sadece yetişkin çocuk arasında yaşanan problemlerin değil, çocukların kendi aralarında yaşadıkları problemlerin çözümünde de etkili olmakta ve çocuklar karşısındaki kişinin kaygılarını anlayabilmektedirler. Böylece çocuklar problem çözmede daha bağımsız bireyler haline gelmektedirler.

Anahtar Kelimeler: İş birliğine dayalı ve proaktif çözümler modeli, davranış düzenleme, iş birliği, problem durumu

ABSTRACT

Interventions by adults are habitually observed for problematic situations between children or between adults and children in school and home environment. This habitual process leads teachers and parents to spend a significant part of their time with children addressing those problems. However, children excluded from participation in problem solving process are not able to learn appropriate behaviors in adversity and could not express their concerns in solutions. This may hinder successful solutions to those problems. The aim of this study is to introduce the Collaborative and Proactive Solutions Model which helps train youth in independent, individual problem solving and provide information in sequential applications. The studies show that this model is effective on children's independent problem-solving skills. Furthermore, this model is effective not only for the problems experienced between adults and children, but also for the solution of problems that children may experience among themselves and this help them understand the concerns of the other people. In this way, children become more independent individuals in problem solving.

Keywords: Collaborative and proactive solutions model, behavioral regulation, collaboration, problem situation

Giriş

Bilişsel-davranışçı bir model olan¹ İş Birlikçi ve Proaktif Çözümler [(İPÇ) Collaborative and Proactive Solutions], ilk kez "The Explosive Child"² kitabında yayınlanan şekilde davranış bozukluğu olan gençlere yönelik psikososyal bir müdahale yöntemi olarak ortaya çıkmıştır. İPÇ hem yetişkinlere hem de çocuklara, davranış problemlerine neden olacak sorunları birlikte ve proaktif olarak çözme konusunda yardımcı olmaya odaklanmaktadır.³ Proaktif çözümlerde problemi ortaya çıkaran sebeplerin belirlenmesi ve bu sebeplerin iş birliği içinde ortadan

kaldırılmasıyla olası sorunların önüne geçilmesi hedeflenmektedir. Proaktif çözümlerde tek taraflı olarak yetişkinin müdahale ettiği ve problem ortaya çıktığında uygulanan çeşitli müdahalelerin tersi bir durum söz konusudur. Modelin amacı yetişkinler ve çocuklar arasında iş birliğine dayalı bir ortaklık oluşturmak ve çocukları yaşamlarını etkileyen problemleri çözmeye teşvik etmektir.

Problemlerin çözümünde A planı ve B planı olmak üzere iki yöntem söz konusudur. A planı problemlerin çözümünde yetişkin müdahalesini içerirken, B planı ise çözüme çocuğun da dahil edilmesini içermektedir. Çocukların kendi problemlerini

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Banu Karaahmetoğlu, Gazi Üniversitesi Gazi Eğitim Fakültesi, Özel Eğitim Bölümü, Ankara, Türkiye

Tel.: +90 312 202 36 72 E-posta: banuunver90@gmail.com ORCID: orcid.org/0000-0003-4205-0586

Geliş Tarihi/Received: 10.07.2020 Kabul Tarihi/Accepted: 31.05.2021

©Telif Hakkı 2022 Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği / Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, Galenos Yayınevi tarafından yayınlanmıştır.



çözme sorumluluğunu edinebilmeleri için atılacak adımlardan birisi bu modelde uygulanan B planını kullanmaktır. İPÇ modelinin kullanıldığı problem çözme sürecinde B planı kullanılmakta, problem hakkında bilgi toplama ve problemi anlama süreci ile problemin çözümü için ilk adım atılmaktadır. B planı herhangi bir problem karşısında sorunun yalnızca yetişkin tarafından değil, çocuk ve yetişkinin ortak sorumluluk ve işbirliği içindeki girişimleri ile çözümünü gerektirmektedir. A planında gözlenen bir probleme yalnızca yetişkin müdahale etmekte ve problemin nasıl çözüleceğine yetişkin karar vermektedir. B planında A planının aksine çocuk-yetişkin iş birliği yapmakta ve ortak sorumluluk almaktadır. A planında yetişkin problemin çözümüne ilişkin çocuğa neler yapması gerektiğini söylemekte ve çocuğun problemi yetişkinin belirlediği şekilde çözmesi beklenmektedir. A planında çocuk problem çözme sürecine katılmamakta ve ona kendi yaşamını etkileyen problemleri çözme sorumluluğu verilmemektedir. Özellikle özel eğitim ortamlarında ortaya çıkan problemlerin çözümüne öğretmenler müdahale etmekte ve çocukların söyleneni yapmalarını beklemektedir. Bu durum da çocukların davranışlarının sorumluluğunu almalarını engellemekte ve öğretmenlerin aynı şekilde devam eden durum karşısında yorgunluk hissetmelerine neden olmaktadır. Bununla birlikte yetişkinlerin sınır koyabileceği tek mekanizmanın A planı olduğu düşünülmemeli, B planında da bunun uygun şekillerle yapılabileceği göz ardı edilmemelidir. Bu nedenle geliştirilen İPÇ modeli cezalandırıcı ve muhalif değil, çatışma olasılığını azaltan, empatiyi artıran, iletişimi geliştiren bir görüş ile anlaşmazlıkların çatışma içermeyen yollarla, başkalarının bakış açılarını da dikkate alan dürüst bir biçimde çözülmesini temel almaktadır. Sonuçta yöntem hem çocuklar hem de yetişkinlerin, olumlu becerileri öğrenip sergilemelerini desteklemektedir.

Son 20 yılda, İPÇ modeli ailelerle,⁴⁻⁹ genel ve özel eğitim okulları¹⁰, psikiyatri servisleri,¹¹⁻¹⁴ çocuk bakımevleri ve çocuk cezaevleri¹⁰ de dahil olmak üzere çeşitli ortamlarda uygulanmış ve etkileri incelenmiştir. Modelin etkinliğini ve 'kanıta dayalı' statüsünü destekleyen çok sayıda çalışma yayınlanmıştır.^{10,15} 2013 yılına kadar, İPÇ modeli "İş Birlikçi Problem Çözme (Collaborative Problem Solving)" olarak adlandırılmış ve 2013'ten önce yayınlanan çalışmalarda bu isim kullanılmıştır. Ancak Massachusetts Genel Hastanesi ile yaşadıkları anlaşmazlığın ardından 2013 yılında bu modelin kurucusu olan Ross Greene'nin modelin ismini "İş Birlikçi Problem Çözme" olarak kullanmaya devam etmesi mahkeme tarafından engellenmiş ve Greene modelin adını "İş Birlikçi ve Proaktif Çözümler" olarak değiştirmiştir.¹⁰

Bu modele göre çocuğun olumsuz davranışı, kendisinden beklenenler ile çocuğun sahip olduğu beceriler arasındaki uyumsuzluğun bir sonucudur.¹ İPÇ modelinde karşılanmayan bu beklentiler çözülmemiş problemler olarak adlandırılmaktadır.¹⁶ Sorunları iş birliği içinde çözerken, çocukla ilgilenen kişiler genellikle çocuğun belirli bir beklentiyi karşılamasını zorlaştıran faktörler hakkında çocuktan yeni bilgiler elde ederler. Yetişkinler kendilerinin belirlediği tek taraflı çözümleri (A planı) uygulamak yerine durum hakkındaki endişelerini dile getirdiklerinde, çocuklar yetişkinlerin bakış açılarının

daha fazla farkına varmaktadırlar. Bu durum empati ve iletişimi teşvik etmektedir.^{10,16} Oysa ki B planında çocuklar ve çocuklarla ilgilenen kişiler gerçekçi ve karşılıklı olarak tatmin edici çözümler üzerinde iş birliği yaptıklarında, birbirlerinin endişelerini gidermek, yaşanan sorunlar için kullanılacak çözüm önerileri geliştirmek, yetişkin-çocuk ilişkisini geliştirmek ve iki taraf da birbirlerine olan güveni sonlandırmamak için uğraşmaktadırlar.¹⁰ Her iki taraf da endişelerinin dinleneceği ve ele alınacağından emin olmakta ve üzerinde anlaşılacak çözümlerin üretilmesine ve onaylanmasına katılmaktadır. Sorunlar çözüldükçe, yaşanan uyumsuzluk azalmaktadır.¹⁰

Bu modelin cevaplamaya çalıştığı sorular şunlardır:

- Beklentileri karşılamayan çocuklar bunları neden karşılayamamaktadır?
- Beklentileri karşılamayan çocuklar bunları hangi zamanlarda/durumlarda karşılayamamaktadır?
- Beklentileri karşılayamayan çocuklar belirli taleplere uygun yanıt verme becerilerine sahip olmadıklarında hangi davranışları sergilemektedirler?
- Bu çocuklara yardım edebilmek için şu anda yapılanlardan farklı olarak onlara daha iyi neler yapılmalıdır?

Bu sorulara cevap verebilmek için model 1998 yılından bu yana güncellenmekte ve farklı araştırmalar yapılmaya devam edilmektedir.

İPÇ modeli ailelerle evlerde, uzmanlar aracılığıyla okullar ya da tedavi merkezlerinde de uygulansa mutlaka iki temel bileşeni içermektedir. Birinci bileşen çocukla ilgilenen kişilerin çocuğun desteklenmeye ihtiyaç duyduğu becerileri lagging skills ya da çözemediği problemleri belirlemesidir. Bu problemlerin genellikle yürütücü işlev, iletişim becerileri, zihinsel esneklik, dil işleme, duygu düzenleme ve sosyal becerilerdeki eksikliklerden kaynaklandığı düşünülmektedir.^{5,17-20} İkinci bileşen ise çocukla ilgilenen kişilere ve/veya gençlerin kendisine belirlenen bu sorunları iş birliği içinde ve proaktif olarak çözebilmeleri için yardımcı olmaktır.^{10,21} Çocukların desteklenmeye ihtiyaç duyduğu becerileri ve çözemedikleri sorunları belirlemek için kullanılması gereken bir araç önerilmektedir (Assessment of Lagging Skills and Unsolved Problems). Bu araç bir davranış kontrol listesi ya da bir derecelendirme ölçeği değildir. Çocuk ya da genç için üzerinde çalışılması gereken beceri ya da davranışı belirlemeye yarayan bir tartışma kılavuzu olarak kullanılmaktadır.¹⁶ Bu araçla değerlendirme yapıldığında üzerinde çalışılması gereken birçok beceri ya da problem davranış ortaya çıkabilmektedir. Burada müdahaleden sorumlu kişinin en önemli rolü, çocukla/gençle ilgilenen kişinin öncelikle çocuğun/gençin gereksinim duyduğu beceri ya da davranışa uygun karar verebilmesi için rehberlik etmesidir. Bir çocuğun ya da gencin desteklenmeye ihtiyaç duyduğu becerileri ve çözülmemiş sorunları belirlendikten sonra, çocuğun/gençin problem davranışı oldukça öngörülebilir olmakta ve müdahale neredeyse tamamen proaktif hale gelebilmektedir.¹⁶ Bundan sonraki aşama bu problemlerin çözülmesidir, ancak bu aşamada yetişkinler genellikle çözüme kendileri tek taraflı olarak karar vermekte ve çocuktan bu

çözüm üzerinde çalışmasını istemektedirler. Bununla birlikte yetişkinlerin kendi dünyalarında tek tarafın dayattığı çözümler çatışma ve olumsuz etkileşimlere neden olmaktadır ve aynı durum çocukların dünyası için de geçerlidir. İPÇ modelinde, hem çocuklar hem de yetişkinler problemin çözümüne katılmaktadır ve iş birliği içinde problemler çözülmektedir.¹⁶

İş Birliğine Dayalı ve Proaktif Çözümler Modeli

Problemi iş birliği içinde çözmenin üç aşaması bulunmaktadır: Empati aşaması, yetişkin endişelerini belirleme aşaması ve davet aşaması.^{2,16}

1. Empati Aşaması: Bilgi Toplama ve Problemi Anlama

Empati aşaması, bir problem karşısında çocuğun yaşadığı endişe veya problemin kaynağı olan ve karşılamakta zorlandığı özel bir beklentiye ilişkin düşünceleri hakkında bilgi toplama sürecidir. Bu süreç çoğu zaman proaktif olarak yapılmaktadır. Yorgunluk, endişe, belirli şeyleri yapma veya yapmama tercihi ile korkutucu olan, kendilerini rahatsız eden veya kendilerini yetkin hissetmedikleri şeylerden kaçınma eğilimi gibi çocuklar da yetişkinler gibi önemli ve anlaşılabilir kaygılara sahiptir. Empati aşamasındaki görev, çocukla gerçekten ilgilenildiğini ve endişelerinin anlaşıldığını ona göstermektir. Empati aşamasının başlangıcında genellikle "... fark ettim" ifadesi kullanılmakta ve "Sorun ne?" ifadesi ile sonlandırılmakta ve bunların başına çözülmemiş bir problem durumu eklenmektedir.

Aşağıda çözülmemiş problem durumları kullanarak girişin nasıl olması gerektiğini gösteren bazı örnekler verilmiştir:

- "Boyamayı tamamlamakta zorlandığımı fark ettim. Sorun ne?"
- "Teneffüs bitince sınıfa girmekte zorlandığımı fark ettim. Sorun ne?"
- "Arkadaşınla legoları paylaşmak istemediğini fark ettim. Sorun ne?"
- "Hayat bilgisi ödevine başlamakta zorlandığımı fark ettim. Sorun ne?"

Şimdiye kadarki süreç oldukça basit olmakla birlikte zor olan kısımlara geçmeden önce birkaç noktayı gözden geçirmek gerekmektedir. Öncelikle, empati aşamasında telkinle hiç yer verilmemelidir. Aslında, üç aşamanın hiçbirinde de telkin verilmemelidir. Yetişkinler yargılayıcı olmamalı ve ayrıca çocukların kaygılarına cevap olarak söyledikleri standart şeylerin birçoğunu da söylememeye dikkat etmelidirler. Yani "Ahmet'in yanında oturmaktan hoşlanmıyorum" söylemine "Yapma canım, bu o kadar da kötü bir şey değil!" diye cevap verilmemelidir. "Çarpım tablosunu ezberlemek çok zor" söylemine "Başarabilirsin. Bunun için biraz daha fazla çabalamaya ihtiyacın var" diye cevap verilmemelidir. "Kukla köşesinde Fatma ile oynamak istemiyorum" cevabına "Başarılı olmanın bir parçası sevmediğimiz insanlarla bir arada olmayı öğrenmektir" cevabı verilmemelidir. Bu cevaplar çocukların endişelerinin göz ardı edildiğini, dikkate alınmadığını, reddedildiğini, küçümsendiğini hissetmelerine neden olabilir ve erişkinle iletişim kesilebilir. Böyle durumlarda yetişkin problem çözen bir ortak olmamakta ve problemler çözülmemektedir.

Yetişkinler çoğunlukla, çok da gerçekçi olmayan bir biçimde, çocuğun nasıl davranması gerektiğini bildiklerini düşünürler. Halbuki çocuklar problem çözme zaman ve uygulama ile adım adım öğrenir. Problem çözme öğrenemeyen bir çocukta ise gelecekte daha çok problemin görülmesi ve bu sorunlar için erişkinin daha çok çaba harcaması doğaldır.

Bazı yetişkinler, çocuğun endişesi, bakış açısı veya görüşleriyle ilgili bilgi toplamayı ve bunun üzerinde durmayı kesinlikle önemsiz görmektedirler. Bu yüzden belki de birçok çocuk ne yazık ki endişelerinin göz ardı edilmesine ve bunlara değinilmemesine alışkın olmaktadır. Yetişkinlerin çocukların kaygılarıyla ilgili varsayımları yanlış temelde olabilmektedir. Bu nedenle, bu varsayımlara dayanan çözümlerin çoğu zaman etkisiz kaldığı ortaya çıkmakta ve sorunun çözülmesi için fazladan çaba harcamak durumunda kalabilmektedirler. Daha da kötüsü, endişelerinin göz ardı edilmesine alışkın olan çocuklar, yetişkinlerin endişelerini dikkate almakta çok daha az duyarlı olabilmektedirler. Empati aşamasında yetişkinlerin iyi bir zihin okuyucu olması gerekli değildir, aksine yetenekli ve becerikli olmaları gereken konu çocuklardan bilgi toplama konusudur.

Yetişkinlerin çocukların endişelerini göz ardı etme eğiliminin bir başka nedeni de kendi endişelerini ifade etmeye daha fazla istek duymalarıdır. Yetişkinler çoğu zaman yalnızca kendi endişe ve isteklerine hitap eden bir çözüme karar vermektedirler. Bunlar yetişkinlerin vazgeçmesi gereken alışkanlıklarıdır.

Yaşanan problem durumu karşısında çocuklara "Sorun nedir?" diye sorulduğunda, çocukların vermeleri olası beş tepki şu şekildedir:

Olasılık 1. Çocuklar bir şeyler söyler: Problemin ortaya çıkmasından sonra çocuğun konuşmaya başlaması istenen bir durumdur. Çocuğun bu ilk tepkisi onun endişesini, bakış açısını veya görüşünü net bir şekilde anlamaya imkan vermediğinden, bu aşamada daha fazla bilgi almak için çocuğun konuşturulmasına devam edilmeli ve problem irdelenmelidir. "Bilgiye ulaşmak" (en doğru bilgiye ulaşmak için irdelemek) olarak adlandırılan daha derine inme süreci, özellikle başlangıçta çoğu yetişkin için oldukça zor olmakta ve bu süreçte ne söylemeleri gerektiği konusunda kafa karışıklığı yaşamaktadırlar. İrdelemenin (derinlemesine bilgi edinme) zor olması birçok B planının başarısız olmasına neden olmakta, yetişkin B planını yarıda bırakmaktadır, ancak bu sürecin başarıyla atlatılması için problemin irdelenmesi konusunda ustalaşmaya yardımcı olacak bazı stratejiler bulunmaktadır. Bu stratejiler İPÇ modelinin her sürecinde ve tüm olası cevaplarda çocuktan daha doğru ve net bilgiler almak için kullanılabilir.

İrdeleme Stratejisi 1: Yansıtıcı dinleme kullanımı: Yansıtıcı dinleme, temel olarak çocuğun söylediklerini tekrarlayarak, söyledikleri hakkında sorular sorarak veya ifadeleri netleştirerek, çocuğu ek bilgiler vermesi için teşvik etmektir. "Nasıl yani?", "Tam olarak anlamadım", "Kafam karıştı", "Bununla ilgili aklına gelen başka bir şey var mı?", "Ne demek istiyorsun?" gibi ifadeler açıklayıcı soru ve ifadelerdir. Yansıtıcı dinleme her durumda ve genellikle ilk kullanılabilen

irdeleme stratejisidir. Hangi stratejinin kullanılacağını veya daha sonra ne söyleneceğinin bilinmediği durumlarda bu strateji kullanılmaktadır.

İrdeleme Stratejisi 2: 5N1K sorularının sorulması (ne, ne zaman, nerede, nasıl, neden, kim): “Ayakkabılarını kim dalga geçti?”, “Fen bilgisi ödevini nasıl tamamlayabilirsin?” ve “Arda size nerede bağırıyor?” soruları buna örnektir.

İrdeleme Stratejisi 3: Çözümlemeyen problemin doğal durumu hakkında soru sorulması: Örneğin; “Elif ve sen matematik dersinde gerçekten iyisiniz, ama sosyal bilgiler dersinde matematikteki kadar aktif değilsin. Sosyal bilgiler dersine daha az katılmanın nedeni sence nedir?”

İrdeleme Stratejisi 4: Çözümlemeyen problemin ortasında çocuğa ne düşündüğünün sorulması: Bu stratejinin çocuğa ne hissettiğinin sorulmasından farklı olduğuna mutlaka dikkat edilmelidir. Bu stratejide çocuğun çözülmemiş bir problemle ilgili endişesi veya bakış açısı hakkında genellikle fazla bilgi elde edilememektedir. Örneğin; “Sen kamyonla oynarken, Çağrı kamyonu izinsiz aldığında ne düşündün?”

İrdeleme Stratejisi 5: Çözümlemeyen problemi parçalarına ayırma: Örneğin; “Matematik sınavları senin için zor ama seni zorlayan şeyin ne olduğuna bir bakalım. Sınavdaki soruları bir düşünelim. İlk önce, sorunun ne sorduğunu anlamalısın. Bu kısım senin için zor mu? Daha sonra, sorunun çözüm yolunu düşünmen gerekir. Bu kısmı zor mu? Sonra da çözümün aşamalarını hatırlayarak çözümü kağıda yazman gerekli. Bu kısımda mı sorun yaşıyorsun? En sonunda cevabı yazıp bitirmelisin. Bu kısımla ilgili herhangi bir sorun var mı?”

İrdeleme Stratejisi 6: Söylenenden farklı/tutarsız gözlem yapma: Bu strateji, çocuğun belirli bir durum hakkında tarif ettiği durumdan farklı bir gözlemi içermektedir. Çocuğun konuşmayı bırakmasına neden olması açısından, tüm irdeleme stratejileri arasında en riskli olanı budur. Örneğin; “Son zamanlarda oyun alanında Melike ile hiçbir sıkıntı yaşamadığımı söylüyorsun ancak geçen hafta köşe kapma oyununda kurallar konusunda büyük bir anlaşmazlık yaşadığımız için grubunuzu dört defa uyarmak zorunda kaldım. Sence neden böyle oldu?”

İrdeleme Stratejisi 7: Durumu masaya yatırma ve anlamak için daha fazla soru sorma: Bu stratejide çocukların bilinenden farklı kaygılarının tespiti için bilinen kaygıları rafa kaldırılmaktadır. Örnek: “Ahu sana çok yakın oturmadıysa, Aslı ses yapmadıysa, yerler de kirli değilse ve pantolonunun düğmeleri de seni rahatsız etmediyse, sabahki kitap okuma etkinliğine katılmayı senin için zorlaştıran başka bir şey var mıydı?”

İrdeleme Stratejisi 8: Özetleme ve daha fazla bilgi için soru sorma: Şimdiye kadar bahsedilen ya da daha önceden bilinen endişelerin özetlenmesi ve daha önce konuşulmamış başka endişelerin olup olmadığının ele alındığı stratejidir. Modelin ikinci aşaması olan yetişkin endişelerini belirleme aşamasına geçmeden önce kullanılması önerilen bir stratejidir. Örneğin; “Tüm bunları doğru anladığımdan emin olalım. Sosyal bilgiler ödevinin olan çalışma sayfasını yapmakta zorlandığını çünkü bazen soruyu anlamadığını söylüyorsun ve önceki çalışma sayfalarına

öğretmenin henüz not vermedi. Bunların dışında ev ödevinin olan sosyal bilgiler çalışma sayfasını doldurmakta seni zorlayan başka bir şey var mı?”

Olasılık 2. Çocuklar hiçbir şey söylemez ya da “Bilmiyorum” derler: Bu durum, çocuğun çözülmemiş bir problemle ilk kez karşılaştığında verebileceği olası bir başka cevaptır. Bir çocuğun hiçbir şey söylememesinin ya da “bilmiyorum” demesinin birçok nedeni vardır. Bunlardan bazıları şöyledir:

- Yetişkinin soruları açık değildir,
- Zamanlama uygun değildir,
- Yetişkinin tartışmaya çalıştığı problemle ilgili çocuk kendi endişesinin gerçekten ne olduğunu bilmiyordu,
- Çocuğun yaşamında çok fazla A planı vardır ve hala yetişkin müdahalesi ile ilgili plan yapıyor,
- Aklında ne olduğunu söyleme konusunda isteksiz olabilir,
- Zaman kazanıyor olabilir.

Olasılık 3. “Problem yok” derler: Çocuklar “Problem yok” dediğinde birçok yetişkin problem çözme sürecinin sonuna gelindiğini düşünür. Yetişkinler çocuğun bir problem olmadığını söylemesi üzerine, çocukla “olmayan” bir problem hakkında nasıl konuşabileceği karmaşasını yaşasa da bu cevap bir son değildir. Hatta bu durum genellikle çocuğun endişesi, bakış açısı veya düşüncesi hakkında daha fazla şey öğrenmek için bir sıçrama noktasıdır. Problem durumunda çocuğun yetişkinin sorduğu sorularla hiç ilgilenmiyor olması gerçekten olası olsa da bu B planına devam edilemeyeceği anlamına gelmemektedir. Tüm olasılıklarda olduğu gibi burada da uygun irdeleme stratejileri kullanılmalıdır.

Olasılık 4. “Şu anda bunun hakkında konuşmak istemiyorum” derler: Çocuklar o anda konu hakkında konuşmak zorunda değildir ve konuşmak zorunda olmadıklarının kendileri tarafından bilinmesine izin vermek gerçekten iyi bir fikirdir. Genelde çocuklar konuşmama isteklerine saygıyla yaklaşıldığında kendiliğinden konuşmaya başlarlar. Eğer çocuk şu an konu hakkında konuşmak istemiyorsa, muhtemelen iyi bir nedeni vardır ve belki biraz sonra bunun hakkında konuşacak olabilir. Genellikle çocuklar konuşmaya başladıklarında kendileri ile ilgili fazlaca bilgi içeren bir şey hakkında neden konuşmak istemediklerinden de bahsedebilirler. Bundan bahsettikten sonra, ilk başta konuşmak istemedikleri problem hakkında konuşmaya başlamak için kendilerini yeterince rahat hissetmektedirler.

Olasılık 5. Kendini savunmaya başlar ve “Seninle konuşmak zorunda değilim” gibi ifadeler kullanır: Çocuğun konuşmanın iyi bir seçenek olmadığını düşünmesine neden olacak iletişim tarzı ve yetişkin tepkileri kullanılmamaya özen gösterilmelidir. Çocuğun kendini savunduğu durumlarda en uygun yetişkin yaklaşımı dürüstlüktür ve karşılıklı savunmaya geçme veya yaşanan durumun sonuçlarına ilişkin çocukları tehdit etmek uygun bir yaklaşım değildir. Çocuğun “Seninle konuşmak zorunda değilim” ifadesine iyi bir cevap, “Evet, benimle konuşmak zorunda değilsin” olacaktır. “Sen benim patronum değilsin” ifadesine iyi bir cevap, “Sana patronluk

taslamıyorum ki” olacaktır. “Beni konuşturamazsın” ifadesine iyi bir cevap “Evet sen istemezsen seni konuşturamam” olacaktır. “Sana ne yapıp yapmayacağını söylemiyorum”, “Bir sorunun var (ya da yok)” gibi yetişkin müdahalesinin kullanılmadığına dair bazı ifadeler de yararlı olabilir “Sana kızgınım/kızgın değilim” ve “Sadece seni anlamaya çalışıyorum” gibi ifadeler de yardımcı olabilir. “Sadece senin için en iyisini istiyorum” ve “Problemine yardımcı olmaya çalışıyorum çünkü seni seviyorum” gibi ifadeler ideal değildir.

2. Yetişkin Endişelerini Belirleme Aşaması: Gerçek Etki

Modelin bu aşaması, yetişkinlerin bazı problemlere ilişkin hiç endişe duymadıkları gerçeğine dayanarak oluşturulmuştur. Şöyle ki, yetişkinler sık sık geçmişte yaşadıkları endişeleri hatırlar, bu tecrübelerinden faydalanarak çözüm önerileri sunmaya başlar ve çoğu zaman bunu çocuğa dayatmaya çalışırlar. Yetişkinler iyi niyetle bunu yapmış olsa bile her iki tarafın da endişelerini belirlemeden önce önerilen çözümler işe yaramayacaktır. Çünkü taraflar birbirlerinin gerçekten ne için endişelendiklerini anlamayacaklardır. Taraflar birbirlerinin endişeleri üzerinde düşünmeden rekabetçi çözümler önerdiklerinde ortaya güç mücadelesi çıkmaktadır. Buna karşın bu aşamada tarafların birbirine rakip kaygıları yoktur, yalnızca ele alınması gereken farklı kaygılar vardır. Burada amaç hangi tarafın endişelerinin daha çok olduğunu veya kimin doğru kimin yanlış olduğunu saptamak değildir. Her iki tarafın kaygıları tamamen eşit haklılıktadır. Endişeleri olan tek taraf çocuklar değildir ve tecrübe, bilgi ve edindikleri değerlere dayanarak, yetişkinlerin geçerli ve önemli endişeleri olabilir. Bununla birlikte çocukla iş birliği içinde problem çözmek isteniyorsa, yetişkinlere oranla çocuğun endişelerinin daha az geçerli ve daha az anlamlı olduğu düşünülmesi de terk edilmelidir.

3. Davet Aşaması: Çözümler Üzerine İş Birliği Yapmak

Bu son adım, ilk iki adımda tespit edilen ve tarafların birbirlerine aktarmış olduğu endişeler ele alınarak, potansiyel çözümlerin değerlendirildiği aşamadır. Çocukların yetişkinler tarafından muhtemel çözümler üzerinde iş birliği yapmaya davet edilmesi nedeniyle bu aşamaya davet aşaması denilmektedir. Problemin çözümüne çocukların davet edilmesinin amacı, problemin tek taraflı olarak yalnızca yetişkinin çözeceği bir süreç olmadığını ve çözümün iş birliği gerektirdiğini çocukların kavramalarını sağlamaktır. Bu adıma başlamak için, “Bu sorunu nasıl çözebileceğimizi düşünelim” veya “Buna nasıl çözüm üretebileceğimizi düşünelim” gibi ifadeler kullanılabilir. Bu ifadeler yerine her iki tarafın da endişelerini giderecek çözümlerin değerlendirilmesini kolaylaştırmak için genellikle ilk iki adımda belirlenen endişeler için “(Endişe durumunu belirterek) bunu nasıl çözebileceğimizi düşünelim” ifadesini kullanmak daha fazla tercih edilebilir. “Oynadığınız oyunda sınıftaki bütün blokları kullanmak istiyorsun, bunu nasıl çözebileceğimizi düşünelim” ifadesi örnek olarak verilebilir.

“Herhangi bir önerin var mı?” şeklinde sorular sorularak bir çözüm önermesi için ilk fırsatın çocuğa verilmesi önemlidir. Bu durum problemi çözmeye yükünün yalnızca çocuğa verildiği anlamına gelmemektedir. Problemi çözmeye yükü, eşit olarak

problem çözmeye ekibine, yani yetişkin ve çocuğa aittir. Ancak çözüm önerme sürecinde ilk fırsatın çocuğa verilmesi, onun fikirleriyle gerçekten ilgilenildiğini bilmesi açısından iyi bir stratejidir. Bu durum aynı zamanda çocuğun çözümler üzerinde düşünmesi için pratik yapmasını sağlamaktadır. Probleme iyi bir çözüm getirebilecek tek kişinin genellikle yetişkin olduğu düşünülse ve çocukların herhangi bir çözüm üretmeyeceği ihtimali olsa da çocukların uygun çözümler düşünebilmesi ve ortak endişeleri hesaba katabilmeleri de oldukça muhtemeldir.

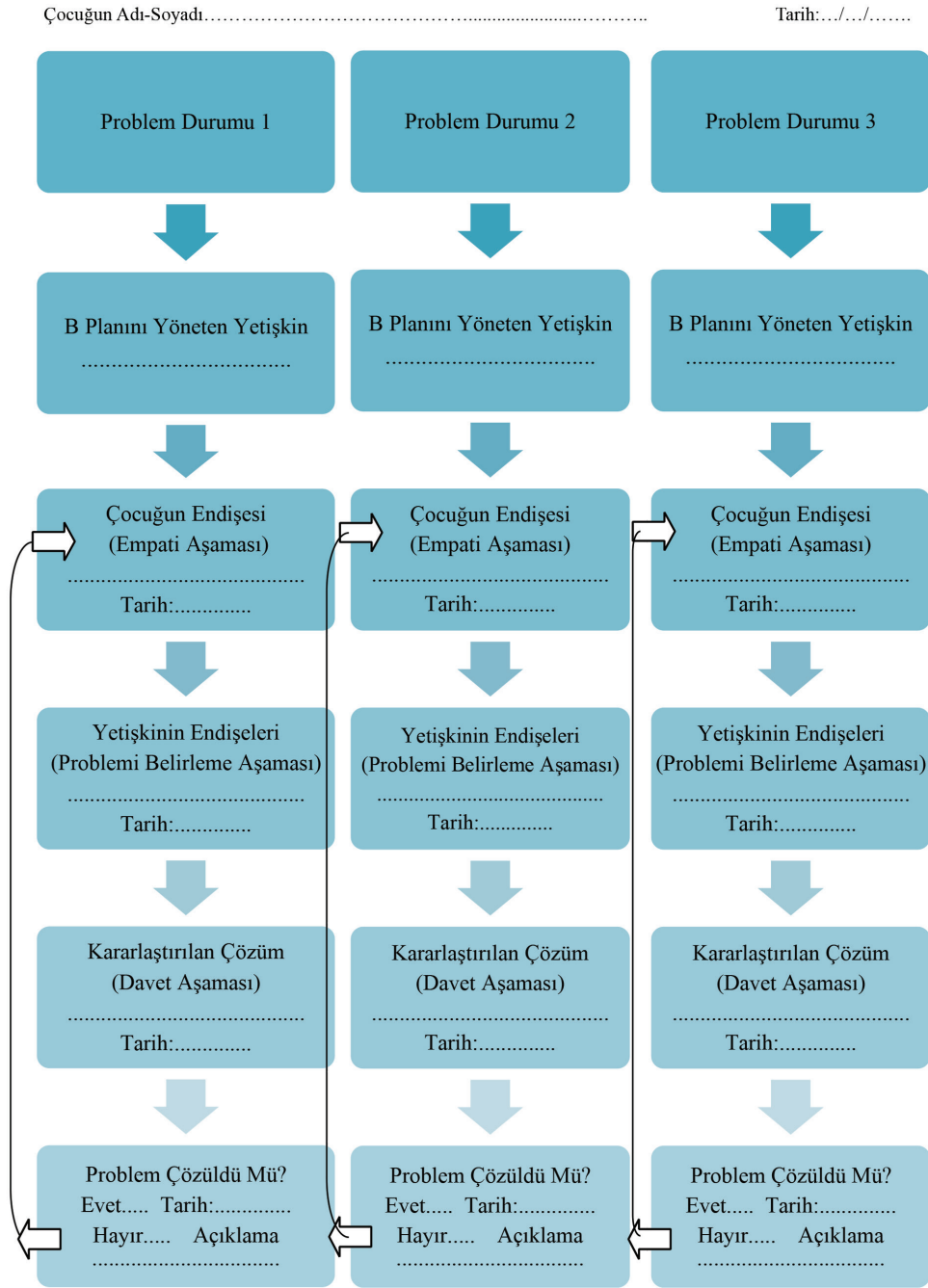
Bu aşamada gerçekçi olmak önemlidir. Yetişkin eğer çözüm sürecinde kendi payına düşenleri uygun şekilde yürütemeyecekse davet sürecini sonlandırmak için bu görevi kabul etmemelidir. Aynı şekilde bu süreçte çocuğun kendi üzerine düşen sorumluluğu yerine getiremeyeceği düşünülüyorsa, o zaman çocuğun yapmayı kabul ettiği şeyi gerçekten yapıp yapamayacağını düşünmesi için bir dakika gibi düşünme süreleri verilebilir. Bu aşamada çocuğa, “Bunu yapabileceğinden emin misin? Hadi ikimizin de daha kolayca yapabileceği bir çözüm bulalım” gibi sorular sorulabilir ve yönlendirmeler yapılabilir.

Bu aşamanın karşılıklı tatmin edici olması önemlidir ve yetişkin ile çocuğun, belirledikleri endişelere göre çözümü bilinçli ve kasıtlı düşünmeleri gerekmektedir. Başka bir deyişle, önerilen tüm çözümler, B planının ilk iki adımında belirtilen endişeleri ele alıp almadıklarına göre değerlendirilmelidir. Kararlaştırılan çözüm karşılıklı olarak tatmin edici ise o zaman doğal olarak endişeler de giderilmiş demektir.

Çocukların yetişkinin duyduğu endişeleri anlamaları ve yetişkinlerin de çocukların endişelerini giderme konusunda onlara destek olduklarını çocuklara hissettirmeleri gereklidir. Sürecin karşılıklı tatmin edici olabilmesi açısından bu önemlidir. Bu şekilde çatışan taraflar olmaktan kurtulup, problem çözen ortaklar olunabilmektedir. Böylece rakip taraflarda yer alan kişiler olmaktan, takım arkadaşlığına doğru bir geçiş sağlanmaktadır. Modelin uygulama süreci Şekil 1’de gösterilmiştir.

Sonuç

İş birliği içinde problemlerin nasıl çözüleceğini öğrenen çocuk ve gençler kendi endişelerinin farkına varmakta, başkalarının endişelerini nasıl dinlemeleri gerektiğini öğrenmekte, bunların sonucunda kendi yaşamlarındaki sorunları çözmekte ve sonuç olarak bunlardan fayda görmekteyiz. Çeşitli çalışmalarda İPÇ modelinin uygulanması ile çocukların gösterdikleri karşıt gelme bozukluğu belirtilerinde azalmalar olduğu, öfkeli ve yıkıcı davranışların ve bunun sonucu olarak da annelerin stres düzeylerinin azaldığı görülmüştür. Karşıt gelme bozukluğu olan çocuklarla sıklıkla uygulanmakta olan bu model, problem davranışı olan diğer yetersizlik gruplarındaki çocuk ve gençler için de oldukça uygundur. Ayrıca, İPÇ modelinin uygulanması ile birlikte çocuk ve ergen psikiyatrisi servislerinde cezalandırıcı strateji ve tekniklerin daha az kullanılmaya başlandığı, çocukların kendilerine zarar verme davranışlarının ve güvenlik personelinin katılımına gereksinim duyulan olayların azaldığı da görülmüştür. Burada bahsedilen araştırma sonuçlarına



Şekil 1. İşbirliğine Dayalı ve Proaktif Çözümler Modeli'ne göre problem çözme plan basamakları

göre İPÇ modelinin kullanılmasıyla birlikte hem çocukların hem de çevresindeki insanların bu modelden yararlandıkları sonucuna ulaşılmaktadır. Tüm bireylerin hayatlarının bazı dönemlerinde çözülmemiş sorunları olduğu, çatışma yaşadıkları ya da beklentileri karşılayamadıkları düşünüldüğünde; uygun olmayan davranışlarda bulunan, ailesi veya arkadaşlarıyla çatışma yaşayan, özel gereksinimi olan çocuk ve gençlerin yanı sıra İPÇ modelinin tüm çocuklar ve gençler ile uygulanması düşünülebilir. Ayrıca bu model sadece yetişkin çocuk arasında meydana gelen anlaşmazlıklarda değil, çocukların kendi

aralarında yaşadıkları anlaşmazlıklar için de uygulanabilir.

Hem okul hem de ev ortamında kullanılabilen İPÇ modeli problemin taraflarına eşit haklar sunması açısından çocukların çözüme katılımını artırmaktadır. Bu modelin kullanımı ile çocuklar kendi endişelerinin yetişkinler tarafından dikkate alındığını ve yetişkinin dayatmasının olmadığı çözüm sürecinde kendisinin de söz sahibi olduğunu bilmektedir. Bu durum da çocukların problem çözümünde yer almalarını teşvik etmekte, dolayısıyla kendi problemleri ve hayatları hakkında söz sahibi olmalarını desteklemektedir. Modelin bu yapısı sınıf ortamında

çocuğun sınıf arkadaşları ve öğretmeni ile olumlu ilişkiler kurmasını desteklemekte ve bu da olumlu sınıf iklimi oluşmasını sağlamaktadır. Çocuğun hem öğretmeni hem de arkadaşlarıyla iş birliği yaptığı ve eşit söz hakkının olduğu çözümler sayesinde yaşanan problemler derin krizlere dönüşmeden sonuçlandırılmakta ve olumlu sınıf iklimi sürdürülmektedir. Aynı özel eğitim uygulamaları yerine kaynaştırma eğitiminin tercih edildiği günümüzde, farklı ihtiyaçları olan çocukların da sorunlarını yapıcı yollarla çözmeleri olumlu sınıf iklimine katkı sağlayacaktır. Aynı durum ev ortamı için de geçerli olmaktadır. Aile ortamında kendi endişelerinin dikkate alındığını bilen ve çözüme katılması teşvik edilen çocuklar da problemleri daha yetkin şekilde çözen bireyler olmaktadır. Ebeveynler ve kardeşlerle iş birliği içinde çözülen problemler olumlu ev ortamının oluşmasına katkı sağlamaktadır. Sayılan bu faydaları göz önüne alındığında problem yaşanan okul ve ev ortamlarında İPÇ modelinin kullanılması önerilmektedir. Modelin okul ve evlerde uygulanması ile birlikte olumlu okul ve sınıf iklimi oluşabilir ve sürtüşmeli olan çocuk ve ebeveyn ilişkileri daha olumlu ve sıcak hale gelebilir.

Etik

Hakem Değerlendirmesi: Editörler kurulu tarafından değerlendirilmiştir.

Yazarlık Katkıları

Konsept: B.K., Ç.A., Dizayn: B.K., Ç.A., Literatür Arama: B.K., Ç.A., Yazan: B.K., Ç.A.

Çıkar Çatışması: Yazarlar tarafından çıkar çatışması bildirilmemiştir.

Finansal Destek: Yazarlar tarafından finansal destek almadıkları bildirilmiştir.

Kaynaklar

- Greene RW, Ablon JS, Goring JC. A transactional model of oppositional behavior Underpinnings of the Collaborative Problem Solving Approach. *J Psychosom Res.* 2003;55:67-75.
- Greene RW. *The Explosive Child.* Harper Collins; 1998.
- Booker JA, Capriola-Hall NN, Greene RW, Ollendick, TH. The Parent – Child Relationship and Posttreatment Child Outcomes Across Two Treatments for Oppositional Defiant Disorder. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2020;49:405-419.
- Booker JA, Capriola-Hall NN, Dunsmore JC, Greene RW, Ollendick TH. Change in Maternal Stress for Families in Treatment for their Children with Oppositional Defiant Disorder. *J Child Fam Stud.* 2018;27:2552-2561.
- Dedousis-Wallace A, Drysdale S, Murrihy RC, Remond L, McAloon J, Greene RW, Ollendick TH. Predictors and Moderators of Parent Management Training and Collaborative Proactive Solutions in the Treatment of Oppositional Defiant Disorder in Youth. in Ninth World Congress of Behavioural and Cognitive Therapies. 2019.
- Dedousis-Wallace A, Sophia D Murrihy RC, Reymond L, Ollendick TH. Moderators and Mediators of Parent Management Training and Collaborative Proactive Solutions in the treatment of Oppositional Defiant Disorder for children and adolescents. in Eighth World Congress of Behavioural and Cognitive Therapies. 2016.
- Dunsmore JC, Booker JA, Atzaba-Poria N, Ryan S, Greene RW, Ollendick TH. Emotion Coaching Predicts Change in Family Functioning Across Treatment for Children with Oppositional Defiant Disorder. in Poster presented at the biennial meeting of the Society for Research in Child Development, 2015.
- Epstein T, Saltzman-Benaiah J. Parenting Children with Disruptive Behaviours : Evaluation of a Collaborative Problem Solving Pilot Program. *Journal of Clinical Psychology Practice.* 2010;2010:27-40.
- Miller-Slough RL, Dunsmore JC, Ollendick TH, Greene RW. Parent – Child Synchrony in Children with Oppositional Defiant Disorder: Associations with Treatment Outcomes. *J Child Fam Stud.* 2016;25:1880-1888.
- Greene R, Winkler J. Collaborative & Proactive Solutions (CPS): A Review of Research Findings in Families, Schools, and Treatment Facilities. *Clin Child Fam Psychol Rev.* 2019;22:549-561.
- Ercole-Fricke E, Fritz P, Hill LE, Snelders J. Effects of a Collaborative Problem-Solving Approach on an Inpatient Adolescent Psychiatric Unit. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs.* 2016;29:127-134.
- Greene RW, Ablon JS, Hassuk B, Regan KM, Martin A. Use of Collaborative Problem Solving to Reduce Seclusion and Restraint in Child and Adolescent Inpatient Units. *Psychiatr Serv.* 2006;57:610-612.
- Martin A, Krieg H, Esposito F, Stubbe D, Cardona L. Reduction of Restraint and Seclusion Through Collaborative Problem Solving : A Five-Year Prospective Inpatient Study. *Psychiatr Serv.* 2008;59:1406-1412.
- Sams DP, Garrison D, Bartlett J. Innovative Strength-Based Care in Child and Adolescent Inpatient Psychiatry. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs.* 2016;29:110-117.
- Ollendick TH, Booker JA, Ryan S, Greene RW. Testing Multiple Conceptualizations of Oppositional Defiant Disorder in Youth. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2018;47:620-633.
- Greene RW. Transforming School Discipline : Shifting from power and control to collaboration and problem solving. *Childhood Education.* 2018;94:22-27.
- Aebi M, Müller UC, Asherson P, Banaschewski T, Buitelaar J, Ebstein R, Eisenberg J, Gill M, Manor I, Miranda A, Oades RD, Roeyers H, Rothenberger A, Sergeant J, Sonuga-Barke E, Thompson M, Taylor E, Favaone SV, Steinhausen H-C. Predictability of oppositional defiant disorder and symptom dimensions in children and adolescents with ADHD combined type. *Psychol Med.* 2010;40:2089-2100.
- Dunsmore JC, Booker JA, Ollendick TH. Parental emotion coaching and child emotion regulation as protective factors for children with oppositional defiant disorder. *Soc Dev.* 2013;22. doi: 10.1111/j.1467-9507.2011.00652.x.
- Greene RW, Biederman J, Zerwas S, Monuteaux MC, Goring JC, Faraone SV. Psychiatric comorbidity, family dysfunction, and social impairment in referred youth with oppositional defiant disorder. *Am J Psychiatry.* 2002;159:1214-1224.
- Hamilton SS, Armando J. Oppositional defiant disorder. *Am Fam Physician.* 2008;78:861-866.
- Ollendick TH, Greene RW, Austin KE, Fraire MG, Halldorsdottir T, Allen KB, Jarrett MA, Lewis KM, Smith MW, Cunningham NR, Noguchi RJP, Canavera K, Wolff JC. Parent Management Training and Collaborative & Proactive Solutions : A Randomized Control Trial for Oppositional Youth. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2016;45:591-604.

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 Yayılcı

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

ÖZ

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

ABSTRACT

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, suça 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'unun 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 tanıları 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.