

DOI: 10.17986/blm.1657

Adli Tıp Bülteni 2023;28(3):267-272

Sağlık Tedbiri Uygulaması Kapsamında Takip Edilen Çocuk ve Ergenlerin Psikososyal Değerlendirme Sonuçları

Psychosocial Evaluation Results of Children and Adolescents Followed within the Scope of Health Measure

© Müslüm Kul¹, © Pelin Dağ¹, © Berhan Akdağ², © Gülşin Canoğulları Kul¹

¹Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Mersin, Türkiye

²Silifke Devlet Hastanesi, Mersin, Türkiye

ÖZ

Amaç: Bu çalışma çocuk mahkemeleri tarafından haklarında sağlık tedbiri kararı verilen çocuk ve ergenlerin klinik ve sosyodemografik özelliklerini incelemeyi amaçlamaktadır.

Yöntem: Mart 2017 ile Haziran 2022 tarihleri arasında Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'nde takip ve tedavileri sürdürülen 351 olgunun verileri geriye dönük olarak incelenmiştir.

Bulgular: Olguların ortalama yaşı $12,71 \pm 3,61$ idi ve çoğunluğunu (%66,1) kızlar oluşturmaktaydı. Sağlık tedbiri kararlarının en sık nedeni ailenin bakım konusunda yetersiz kalmasıydı (%35,3). Çocuk ve ergenlerin %54,7'si evlilik birliği bozulmuş ailelere mensuptu. En az bir psikiyatrik tanı alma oranı %63,2 iken, en sık tanı %23,9 ile anksiyete bozukluğu idi. Olguların yaklaşık yarısı (%46,7) sağlık tedbiri kapsamında takiplerine düzenli olarak devam etmemekteydi.

Sonuç: Sonuçlarımız sağlık tedbir kararı verilen çocuklardaki yüksek psikopatoloji oranlarını ve aile yapısına dair sorunları göstermiştir. Bu olguların takip ve tedavi süreçlerinde aile ve sosyal çevreyi de içine alan bütüncül bir yaklaşım geliştirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık tedbiri, çocuk ve ergen, psikososyal değerlendirme



Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Pelin Dağ, Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Mersin, Türkiye
E-posta: drpelindag@yahoo.com
ORCID ID: orcid.org/0000-0002-5051-3459

Geliş tarihi/Received: 05.04.2023
Kabul tarihi/Accepted: 05.06.2023

ABSTRACT

Objective: This study aimed to examine the clinical and sociodemographic characteristics of children and adolescents whom juvenile courts have given health measures.

Methods: The data of 351 cases that were followed up and treated in the Child and Adolescent Mental Health and Diseases Outpatient Clinic of Mersin City Training and Research Hospital between March 2017 and June 2022 were retrospectively analyzed.

Results: The mean age of the cases was 12.71 ± 3.61 , and the majority (66.1%) were girls. The family's inadequacy in care was the most common reason for health measure decisions (35.3%). 54.7% of children and adolescents belonged to broken families. While the rate of having at least one psychiatric diagnosis was 63.2%, the most common diagnosis was anxiety disorder, with 23.9%. Nearly half of the cases (46.7%) were not followed up regularly within the scope of health measures.

Conclusion: The frequency of health measure decisions for children and adolescents is increasing. This study exhibited the high rates of psychopathology and family problems in children with health measure decisions. A holistic approach that includes the family and social environment should be developed in these cases' follow-up and treatment processes.

Keywords: Health measure, children and adolescents, psychosocial evaluation

GİRİŞ

Gelişmiş ülkeler başta olmak üzere tüm dünyada, çocuk haklarının korunmasına yönelik çabalar artmakta ve bu doğrultuda yasal düzenlemeler yapılmaktadır. Ailelerin çocuklar ile ilgili yükümlülüklerini yerine getiremediği durumlarda çocuk koruma mekanizmaları devreye girmektedir. Çocuk Koruma Kanunu ülkemizde 2005 yılında yürürlüğe girmiş olup; çocuklara yönelik koruyucu, önleyici ve tedavi edici hizmetlerin düzenlenmesi hedeflenmiştir (1). Temel amaç, mevcut aile yapısının sağlıklı işler hale getirilmesi ve çocukların temel gereksinimlerinin karşılanmasıdır (2). Birçok çalışmanın da gösterdiği gibi aile yapısındaki süregelen sorunlar ihmal ve istismar başta olmak üzere çocukların karşı karşıya kaldığı riskleri artırmaktadır (3-5). Ülkemizdeki sağlık tedbir kararlarının sayısı son yıllarda artmakta olup bu nedenle sağlık kurumlarına başvuran çocuk sayıları da artmıştır. Bu durumun başlıca nedeni yapılan hukuksal düzenlemelerin de desteklediği konu ile ilgili hassasiyet artışıdır.

Sağlık tedbir kararı, çocuğun hem fiziksel hem de ruhsal sağlığının korunması amacıyla verilmekte olup başlıca nedenleri ihmal, istismar, suçta sürüklenme ve örselleyici yaşam olaylarıdır. Çocuğun maruz kaldığı olumsuz yaşantıların etkisini azaltmak ve ruhsal etkilenmeyi en aza indirmek için tedbir kararı verilebilir. Tedbir kararlarının en önemli noktası kararları uygulaması gerekli olan kurumlar ve aile için yasal olarak bağlayıcı olmasıdır. Yerine getirilmediği takdirde çeşitli yaptırımlarla karşılaşılması durumu bu kararların uygulanması konusundaki en önemli motivasyondur. Fakat ülkemizde yapılan çeşitli çalışmaların sonuçları incelendiğinde bu yasal bağlayıcılığın bile sağlık tedbiri olgularının takip ve tedavilerinde yeterli devamlılığa yol açmadığını göstermiştir. Bu konuda yaşanan eksikliklerin tespiti ve giderilmesi, sağlık tedbir uygulaması ile hedeflenen amaçlara ulaşmada önemlidir.

Bu çalışmada, Çocuk Koruma Kanunu kapsamında haklarında sağlık tedbiri kararı verilerek çocuk ve ergen ruh sağlığı ve

hastalıkları polikliniğine yönlendirilen çocuk ve ergenlerin klinik ve sosyodemografik özellikleri sunularak bu konudaki sınırlı yazın bilgisine katkı sunulması amaçlanmıştır.

GEREK VE YÖNTEMLER

Mevcut çalışmaya Mersin İl Sağlık Müdürlüğü tarafından Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sosyal Hizmet Birimi'ne yönlendirilen ve Mart 2017-Haziran 2022 yılları arasında çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları polikliniğinde değerlendirmeleri yapılan çocuklar dahil edildi. Veriler, hastane bilgi sistemindeki mevcut hasta dosyaları, mahkeme kararları ve sosyal inceleme raporları geriye dönük taranarak elde edilmiştir. Söz konusu süre zarfında değerlendirilen 394 olgudan, dosya bilgilerinde eksiklik bulunmayan 351 olgu çalışmaya dahil edildi. Çalışma için 23.09.2022 tarihinde 144 sayı numarası ile Toros Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulu'ndan onay alındı.

İstatistiksel Analiz

Analizler için SPSS 28.0 paket programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler ortalama (\bar{x}), frekans (n) ve yüzde (%) değerleri olarak verildi.

BULGULAR

Çalışmaya 351 çocuk dahil edilmiş olup çocukların ortalama yaşı $12,71 \pm 3,61$ idi. Sağlık tedbiri kararı alınan çocuk ve ergenlerin 232'si (%66,1) kız çocuklarıydı. Olguların 21'i (%6) okul öncesi dönemde iken, 330'u (%94) örgün eğitim yaş aralığındaydı. Çocuk ve ergenlerin %19,1'i (n=67) okula devam etmiyordu. Evlilik birliği, olguların 159'unda (%45,3) korunmuşken %45,3'ünde boşanma, %9,4'ünde ebeveyn kaybı nedeni ile devam etmiyordu. Evlilik birliği devam etmeyen ailelerdeki çocukların %47,9'u anne ile, %27,1'i ise kurum bakımında kalmaktaydı. Olguların annelerinde ruhsal hastalık öyküsü %16,2 ve madde kullanım öyküsü %3,4 iken olguların babalarında ruhsal hastalık öyküsü %27,6 ve madde kullanım

öyküsü %12,5 olarak bulundu. Olguların annelerinin %71,5'i ilkokul ve altı eğitim düzeyine sahip iken, babalarda bu oran %52,1 idi. Yüksekokul veya üniversite eğitimi alma oranı olguların annelerinde %2, babalarda ise %5,4 olarak bulundu. Ebeveynlerde düzenli olarak gelir getiren bir işte çalışma oranı olguların annelerinde %6,6 iken babalarında %53,4 idi. Olguların demografik özellikleri Tablo 1'de özetlendi.

Yalnızca sağlık tedbiri kararı alınan çocukların oranı %27,9 (n=98) idi. Sağlık tedbiri kararı alınan çocukların 117'si (%33,3) için danışmanlık tedbiri kararı, 47'si (%13,4) için bakım tedbir kararı, 17'si (%4,9) için eğitim tedbir kararı da verilmişti (Tablo 2).

Çalışmamızda sağlık tedbir kararı için talebin kimler tarafından yapıldığı da incelendi. Yüz yirmi sekiz olgu (%40,2) ile en sık talebin sosyal hizmetler birimine bağlı kuruluşlarca yapıldığı bulundu. Yüz on altı olguda (%33) ise ailenin talebi sonucu sağlık tedbir kararı verilmişti (Tablo 3).

Çalışmamızda çocuklar için verilen sağlık tedbirlerinin en sık nedeni, 124 olguda (%35,3) ailenin bakım yetersizliği idi. Anne ve/veya babanın yaşadığı ve ebeveynlik becerileri konusundaki işlevselliklerini etkileyen zihinsel problemler, psikiyatrik hastalıklar, fiziksel hastalıklar ile ağır yoksulluk gibi tablolar bu başlık altında toplanmıştır. Çocukların maruz kaldığı cinsel istismar 53 olguda (%15,1) ve fiziksel istismar 47 olguda (%13,4) diğer sık nedenler arasındaydı (Tablo 4).

Çocukların %63,2'si (n=222) bir psikiyatrik tanıya sahip idi. Psikiyatrik tanı alan olgularda medikal tedavi oranı %80,2 iken, tüm sağlık tedbiri olgularında medikal tedavi oranı %50,7 idi. Çocukların aldıkları tanılara bakıldığında; anksiyete bozukluğu %23,9 (n=53) ile en sık tanı olurken birden fazla psikiyatrik tanı (komorbid durumlar) alan olgular %19,8 (n=44) ise ikinci en sık tanı grubu oldu. Çalışmamızda sağlık tedbiri olgularının %46,7'sinin önerilen şekliyle düzenli takiplere devam etmediği tespit edildi. Olguların %32,8'inin en az bir kez sigara denediği, %14,5'inin sigara bağımlısı olduğu bulundu. Ayrıca olguların %14'ünün en az bir kez madde kullanımını denediği, %10,4'ünün madde kullanım bozukluğu tanısı aldığı ve %8'inin madde bağımlılığı tedavisi için çocuk alkol madde tedavi merkezinde (ÇEMATEM) ayaktan veya yatarak tedavi gördüğü tespit edildi (Tablo 5).

TARTIŞMA

Ülkemizde sağlık tedbiri nedeni ile takip edilen çocuklara dair son yıllarda çeşitli çalışmalar yayınlanmakla beraber çalışmamız, olgu sayısı dikkate alındığında en kapsamlı çalışma olma özelliğine sahiptir. Çalışmamızın en önemli kısıtlılığı verilerin geriye dönük inceleme ile elde edilmiş olmasıdır. Bu konudaki güçlüğün aşılması için sağlık tedbiri mahkeme kararları, dijital hastane kayıt sistemi ve sosyal hizmet birimi tarafından düzenlenen sosyal inceleme raporları ayrıntılı olarak incelenerek doğrulanan bilgiler çalışmaya dahil edildi.

Tablo 1. Sağlık tedbiri uygulanan çocukların (n=351) sosyodemografik özellikleri

	Ortalama	Standart sapma
Yaş (yıl)	12,71	3,61
	n	%
Cinsiyet		
Kız	232	66,1
Erkek	119	33,9
Eğitim durumu		
Okul öncesi	21	6,0
İlkokul-lise	263	74,9
Okul terki	67	19,1
Yaşadıkları yer		
İl merkezi	248	70,7
İlçe merkezi	99	28,2
Köy	4	1,1
Evlilik birliği		
Birlikte	159	45,3
Ayrılmış	159	45,3
Ebeveyn ölümü	33	9,4
Evlilik birliği devam etmeyen olgular kimlerle birlikte yaşıyor?		
Anne	92	47,9
Baba	36	18,7
Diğer (anneanne, babaanne, dede vb.)	12	6,3
Kurum bakımında	52	27,1
Annede ruhsal hastalık öyküsü		
Var	57	16,2
Yok	294	83,8
Annede madde kullanım öyküsü		
Var	12	3,4
Yok	339	96,6
Babada ruhsal hastalık öyküsü		
Var	97	27,6
Yok	254	72,4
Babada madde kullanım öyküsü		
Var	44	12,5
Yok	307	87,5
Anne eğitim düzeyi		
İlkokul ve altı	251	71,5
Ortaokul ve lise	93	26,5
Yüksekokul-üniversite	7	2
Baba eğitim düzeyi		
İlkokul ve altı	183	52,1
Ortaokul ve lise	149	42,5
Yüksekokul-üniversite	19	5,4
Ebeveyn düzenli çalışma durumu		
Anne	23	6,6
Baba	187	53,4

Tablo 2. Çocuklar için verilen tedbir kararları (n=351)

	n	%
Sağlık tedbiri	98	27,9
Sağlık + Danışmanlık tedbiri	117	33,3
Sağlık + Danışmanlık + Bakım tedbiri	72	20,5
Sağlık +Bakım tedbiri	47	13,4
Sağlık + Eğitim tedbiri	17	4,9

Tablo 3. Çocuklar için verilen sağlık tedbir kararını (n=351) talep eden birimler

	n	%
Sosyal hizmetlere bağlı kuruluşların talebi	141	40,2
Ailenin talebi	116	33,0
Adli makamların talebi	33	9,4
Sağlık birimlerinin talebi	23	6,6
Eğitim birimlerinin talebi	21	6,0
Sosyal çevrenin talebi	17	4,8

Tablo 4. Çocuklar için verilen sağlık tedbir kararı (n=351) nedenleri

	n	%
Ailenin bakım yetersizliği	124	35,3
Cinsel istismar	53	15,1
Fiziksel istismar	47	13,4
Ruh sağlığının desteklenmesi	34	9,7
Madde kullanımı	24	6,8
Ruhsal hastalığın tedavisi	21	6,0
Suçta sürüklenen çocuk	20	5,7
Fiziksel hastalık	15	4,3
Özkıyım girişimi	13	3,7

Çalışmamızda polikliniğimizde takip ve tedavileri yapılan 351 olgunun %33,9'unun erkek, %66,1'inin kız çocuğu olduğu bulundu. Ülkemizde yapılan çalışmaların çoğunluğunda çalışmamıza benzer olarak, haklarında sağlık tedbiri kararı verilenlerin büyük çoğunluğunun kız çocuğu olduğu bildirilmiştir (6-9). Buna karşın Şahin ve ark. (10) ile Nasıroğlu (11) tarafından yapılan çalışmalarda ise erkek çocuklarının sayısının daha fazla olduğu bulunmuştur. Kız çocuklarının sayısının fazla olmasını cinsel istismar olgularının mağdurlarının büyük oranda kız çocukları olması ile ilişkilendirilmiştir (12,13). Ülkemizde yapılan çalışmalarda kız çocuklarının erkek çocuklara oranla cinsel istismara 2 ila 5 kat daha fazla maruz kaldığını raporlamışlardır (9,14). Fakat bizim çalışmamızda cinsel istismar nedeni ile sağlık tedbiri kararı verilen olguların sayısı çalışmadaki toplam olgu sayısına göre azdı. Kız çocuklarının sayısının fazla olmasının nedeni toplumsal cinsiyet eşitsizliği ile ilişkili olabilir. Kız çocukları başta eğitim olmak üzere sosyal haklar yönünden dezavantajlı konumda olmaları sebebiyle her türlü ihmal ve istismara erkek çocuklarına oranla daha fazla

Tablo 5. Sağlık tedbiri olan çocukların (n=351) klinik özellikleri

Psikiyatrik tanı	n	%
Var	222	63,2
Yok	129	36,8
Psikiyatrik tanıları ve oranları	n	%
Anksiyete bozukluğu	53	23,9
Madde kullanım bozukluğu	23	10,4
Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB)	19	8,6
Davranım bozukluğu	17	7,6
Depresif bozukluk	17	7,6
Uyum bozukluğu	15	6,8
Mental retardasyon	14	6,3
Post travmatik stres bozukluğu	12	5,4
Birden fazla psikiyatrik tanı (komorbid durumlar)	44	19,8
Diğer (konuşma bozukluğu, otizm spektrum bozukluğu vb.)	8	3,6
Yok	129	36,8
Medikal tedavi oranları		
Medikal tedavi alıyor	178	50,7
Medikal tedavi almıyor	173	49,3
Madde kullanım öyküsü		
Var	49	14,0
Yok	302	86,0
Sigara bağımlılığı		
Var	51	14,5
Yok	300	85,5
ÇEMATEM öyküsü		
Var	28	8,0
Yok	323	92,0
Tedbir sürecinde düzenli takip		
Evet	187	53,3
Hayır	164	46,7

açtırlar. Ayrıca tam da bu nedenle adli süreçlerde pozitif ayırım ile desteklenmiş olabilmeleri de diğer bir neden olabilir. Çalışmamızda sağlık tedbiri kapsamında değerlendirilen olguların %36,8'inin herhangi bir tanı almadığı, %63,2'sinin ise en az bir tanı aldığı bulundu. Çalışmamızda en sık konulan tanıları sırasıyla anksiyete bozukluğu, madde kullanım bozukluğu, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ve davranım bozukluğu idi. Ülkemizde yapılan çalışmalarda sağlık tedbiri ile takip edilen olgularda herhangi bir psikiyatrik tanı almayan olguların oranı en yüksek %26 ve en düşük ise %14 olarak bildirilmiştir (6,11). Bizim çalışmamızda psikiyatrik tanı almama oranı ülkemizdeki çalışmalara oranla daha yüksek bulundu. Bu durumun en önemli nedeni, çalışma grubumuzun önemli bir oranının, ruhsal hastalık gelişimi açısından daha az

riskli olan, ailenin bakım yetersizliği nedeni ile haklarında sağlık tedbiri verilen grup olması olabilir. Çalışmamızın sonuçları psikiyatrik tanılar açısından değerlendirildiğinde diğer çalışma sonuçlarına benzerlik göstermektedir (6,8,9,11). Farklı olarak travma sonrası stres bozukluğu tanısı diğer çalışmalara kıyasla daha düşük oranda bulundu. Bu sonucun, çalışmamızdaki cinsel istismar olgularının oranının diğer çalışmalardakilere göre düşük olması ile ilişkili olabileceği düşünüldü.

Çalışmamızda sağlık tedbiri kapsamında takip edilen olguların %50,7'sinin ilaç tedavisi aldığı, herhangi bir psikiyatrik tanı alan olgularda ise bu oranın %80'e ulaştığı bulundu. Çalışmamızın bu sonucuna benzer olarak Nasıroğlu (11) çalışmasında sağlık tedbiri ile takip edilen çocukların %79'unun ilaç tedavisi aldığı bulunmuştur. Bu sonuç beklendiği üzere tedbir kapsamı ile değerlendirilen olguların normal poliklinik olgularına göre psikiyatrik tedavi ihtiyaçlarının daha belirgin olması ile ilişkilendirildi.

Çalışmamızda sigara ve madde deneme ve bağımlılığı da incelendi. Olguların %32,8'inin en az bir kez sigara denediği bulunurken, %14,5'inin sigara bağımlısı olduğu ve halen kullanmaya devam ettiği bulundu. Yapılan değerlendirmede olguların %14'ünün en az bir kez madde kullanımını denediği ve %10,4'ünün madde kullanım bozukluğu tanısı aldığı ve %8'inin madde bağımlılığı tedavisi için ÇEMATEM'de ayaktan veya yatarak tedavi gördüğü tespit edildi. Ülkemizde yapılan çalışmalarda sağlık tedbiri olgularında madde kullanımı oranının arttığına dair sonuçlar bildirilmiştir (6,9). Literatürde sigara bağımlılığı ile ilgili sonuçlarımızı karşılaştırabileceğimiz verilere ulaşamadı. Sonuçlarımız, sağlık tedbiri kapsamında değerlendirilen çocukların artmış bağımlılık riskini göstermesi açısından dikkate değerdir. Takip ve tedavi süreçlerinde bu durumun göz önünde bulundurulması ve bağımlılık riskini azaltmaya dönük müdahalelerin zaman kaybetmeksizin uygulanması gereklidir.

Çalışmamızda sağlık tedbiri kapsamında takip edilen ve örgün eğitim yaş aralığında olan olguların %20,3'ünün örgün eğitime devam etmediği bulundu. Ayrıca çalışmamızda okula devam eden grubun %35'lik kısmında okula devamlarının düzensiz olduğu, geçerli mazeretler dışında okul devamsızlıklarının sık olduğu tespit edildi. Bu sonuçlar konu ile ilgili yazın bilgisi ile uyumludur. Ülkemizde yapılan çalışmalarda sağlık tedbiri ile takip edilen çocukların okul terki oranları en yüksek ise %40,2 ve en düşük %15,3 olarak bildirilmiştir (6,8). Bir eğitim kurumuna düzenli devamin çocukların hem eğitimine katkısı olacağı hem de olumsuz yaşantılardan uzak tutacağı bilindiğinden olguların yarıdan fazlasının eğitim kurumuna devamında problem yaşamaları anlamlı bulundu. Çocukların örgün eğitim kurumlarına devamında yaşanan problemlerin sağlık tedbirine giden süreçleri kolaylaştırdığı düşünüldüğünde tedbir uygulamalarında eğitim devamının ısrarla takip edilmesi gerektiği düşünüldü.

Çalışmamızda ebeveynlerin eğitim ve çalışma durumları da sorgulandı. Annelerin %71,5'inin ilkökul ve altı eğitime sahip oldukları bulunurken babalarda bu oran %52,1 idi. Üniversite veya yüksekokul düzeyinde eğitim alma oranı annelerde %2 babalarda ise %5,4 olarak bulundu. Ayrıca babaların %53,4'ünün düzenli bir işe sahip olduğu bulunurken bu oran annelerde %6,6 düzeyindeydi. Ülkemizde yapılan iki ayrı çalışmada ebeveynlerin çoğunlukla ilkökul mezunu olduğu ve düşük ekonomik düzeye sahip olmaları bildirilmiştir (6,8). Çalışmamıza dahil edilen olguların %45,3'ünün anne baba arasında evlilik birliğinin devam ettiği bulunurken, %45,3'ünde boşanma, geri kalan %9,4'ünde ise anne ve/veya babasının vefatı nedeniyle devam etmediği bulundu. Er Fazlıoğlu (6) tarafından yapılan çalışmada boşanma oranı %26,2 olarak bildirilmiştir. Ayrıca çalışmamızda izlenen olguların ebeveynlerinde psikiyatrik takip varlığı da araştırıldı. Yapılan inceleme sonucunda babaların %21,6'sının annelerin ise %16,2'sinin çeşitli psikiyatrik tanılar ile erişkin ruh sağlığında takip edildikleri bulundu. Ebeveynlerdeki düşük sosyoekonomik seviye, düşük eğitim düzeyi, düzenli bir iş/meslek yaşamının bulunmaması ve psikopatoloji varlığı çocukların tedbir kararları için risk faktörleri olarak öne çıkmaktadır. Birçok çalışmada aile yapısının bozulması sonrasında ailenin çocuk üzerindeki koruyucu ve destekleyici işlevindeki azalmanın çocuklar arasında bağımlılık başta olmak psikiyatrik tablolar ve suça sürüklenme ile ilişkili olduğunu ortaya koymuştur (15-17).

Çalışmamızda çocuklar için verilen sağlık tedbiri kararlarının en sık nedeni %35,3 oran ile ailenin bakım yetersizliği idi. Bu sonuç ülkemizde yapılan ve sıklıkla cinsel ve fiziksel istismarın en sık sağlık tedbir kararı nedeni olduğunu bildiren diğer çalışma sonuçlarından farklıdır (8,9,11). Ayrıca başta boşanma süreci olmak üzere aile için zorlayıcı olabilecek durumlarda çocuğun ruh sağlığının desteklenmesi için ayrıca fiziksel hastalık, öz kıyım girişimi, ruhsal hastalığın tedavisi amacıyla da tedbir kararı verildiği görüldü. Ülkemizde yasal düzenlemenin yapıldığı ilk yıllara oranla sağlık tedbiri kararları verme nedenlerindeki bu çeşitlilik konu ile ilgili hassasiyet artışının bir yansıması olarak düşünülmüştür.

Çalışmamızda sağlık tedbiri olgularının %46,7'ünün düzenli takiplere devam etmediği bulundu. Düzenli takiplere gelmeme oranı, Er Fazlıoğlu (6) çalışmasında %54,9 iken Karadağ ve Çavdar Kolbükten'in (8) çalışmalarında %38,7 olarak bildirilmiştir. Adli süreçler gibi zorlayıcı faktörlere ve kendilerinin takip ve tedavilerine ayrılmış birimler gibi kolaylaştırıcı faktörlere rağmen olguların yaklaşık yarısının düzenli takibe devam etmemesi düşündürücüdür. Bu konudaki en önemli neden sağlık tedbiri kararının gerekliliğine inanmamaları ve bu konuda tepkili olmaları, sağlık tedbiri nedeni ile yapılan takiplerin yararını görmediklerini düşünmeleri olabilir. Nitekim ülkemizde yapılan bir çalışmada, ailelerinin büyük bir bölümünün sağlık tedbiri uygulamasının çocukları ve kendileri

için yararlı olmadığını düşündükleri bulunmuştur (6). Ayrıca olguların büyük kısmında görülen aile yapılarına dair sorunlar takip ve tedavi için gerekli koşulları sağlamalarını güçleştirmiş olabilir.

SONUÇ

Sonuçlarımız sağlık tedbir kararı verilen çocuklardaki yüksek psikopatoloji oranlarını ve aile yapısına dair sorunları göstermiştir. Ailelerin birçoğunda ekonomik zorluklar, parçalanmış aile yapıları, ebeveynlerin ruhsal problemleri gibi birçok psikososyal tablonun iç içe geçtiği görülmektedir. Sağlıklı işleyen bir aile yapısı olmadığında çocukların maruz kaldığı riskler açıktır. Bu nedenle çocuk ve ailenin bir bütün olarak değerlendirilmesi ve aile yapısını düzenleme odaklı girişimler oldukça önemlidir. Sağaltıma dönük yapılacak çalışmalar ruh sağlığı alanında hizmet üreten bütün paydaşlar ile koordineli olarak yürütülmeli ve farklı kurumların iş birliğine açık olmalıdır. Ayrıca bu olgularla ilgili karar alma süreçlerine Adli Tıp, Sosyal Pediatri başta olmak üzere ihtiyaç duyulan tüm branşların dahil edilmesine özen gösterilmelidir. Unutulmamalıdır ki çocuğu ait olduğu aile ve sosyal çevresinden bağımsız olarak ele alan yaklaşımlar ve tedavi çabaları beklenen sonuçları vermeyecektir.

ETİK

Etik Kurul Onayı: Çalışma için 23.09.2022 tarihinde 144 sayılı numarası ile Toros Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulu'ndan onay alındı.

Danışman Değerlendirmesi: İç ve dış danışmanlarca değerlendirilmiştir.

Yazarlık Katkıları

Dizayn: M.K., G.C.K., Veri Toplama veya İşleme: P.D., B.A., Analiz veya Yorumlama: B.A., Literatür Arama: G.C.K., Yazan: M.K.

Çıkar Çatışması: Yazarlar tarafından çıkar çatışması bildirilmemiştir.

Finansal Destek: Yazarlar tarafından finansal destek almadıkları bildirilmiştir.

KAYNAKLAR

1. Çocuk Koruma Kanunu (ÇKK). 5395 Sayılı Kanun. 03.07.2005
2. Balcı E. Türkiye'de Çocuk Hizmetleri ve Sosyal Hizmet. Sosyal Hizmet Dergisi. 2019;6-17. <http://shuder.org/Resimler/f90687d6-33a5-4768-a48f-52ead355ea1csosyal-hizmet-dergisi-temmuz-aralik-2019pdf.pdf>
3. van Berkel SR, Prevoo MJL, Linting M, Pannebakker FD, Alink LRA. Prevalence of child maltreatment in the Netherlands: An update and cross-time comparison. Child Abuse Negl. 2020;103:104439. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104439>
4. Strathearn L, Giannotti M, Mills R, Kisely S, Najman J, Abajobir A. Long-term Cognitive, Psychological, and Health Outcomes Associated With Child Abuse

and Neglect. Pediatrics. 2020;146(4):20200438. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-0438>

5. Güney SA, Bağ Ö. Features of Childhood Sexual Abuse During Initiation Period of Lockdown due to COVID-19 Pandemic in Turkey. Turk J Child Adolesc Ment Health. 2021;28(1):27-34. <https://doi.org/10.4274/tjcamh.galenos.2021.06025>
6. Er Fazlıoğlu A. Sağlık tedbiri kapsamında tedavisi yürütülen çocukların ve ailelerinin psikososyal özelliklerinin sosyal hizmet perspektifinden değerlendirilmesi. J Int Soc Res. 2019;12(64):735-742. <https://doi.org/10.17719/jisr.2019.3394>
7. Okur K, Aktaş U, Kuday Kaykısız E. Evaluation of the children and adolescents taking health care measure in terms of mental health. Bitlis Eren University Journal of Science and Technology. 2019;9(1):41-45. <https://doi.org/10.17678/beuscitech.540437>
8. Karadağ F, Çavdar Kolbükten Y. Sağlık tedbiri kararı bulunan çocukların koruyucu/önleyici hizmetler kapsamında değerlendirilmesi. Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi. 2022;19:86-102. <https://doi.org/10.46218/tshd.1074232>
9. Güller B, Yaylacı F. Socio-demographic and Clinical Characteristics of Children and Adolescents Followed for Court-mandated Treatment. Turk J Child Adolesc Ment Health 2022;29(2):67-74. <https://doi.org/10.4274/tjcamh.galenos.2021.38257>
10. Şahin T, Tosun B, Aydın G, Kara H, Aksoy M. Sağlık Tedbiri Uygulamaları Kapsamında Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Ruh Sağlığı ve Sosyal Hastalıklar Şube Müdürlüğü Sahibi Yürütülen Faaliyetler, 2010. https://www.academia.edu/51186047/SA%C4%9ELIK_TEDB%C4%B0R%C4%B0_UYGULAMALARI_KAPSAMINDA_ANKARA_%C4%B0L_SA%C4%9ELIK_M%C3%9CD%C3%9CRL%C3%9C%C4%9E%C3%9C_RUH_%C4%9ELI%C4%9E_I_VE_SOSYAL_HASTALIKLAR_%C5%9EUBE_M%C3%9CD%C3%9CRL%C3%9C%C4%9E%C3%9C_TARAFINDAN_Y%C3%9CR%C3%9CT%C3%9CLEN_FAAL%C4%B0YETLER
11. Nasroğlu S. Sağlık tedbiri alınan çocuk ve ergenlerin ruhsal açıdan değerlendirilmesi. Cukurova Medical Journal. 2017;42(3):484-489. <https://doi.org/10.17826/cutf.296421>
12. Bükeçik E, Özkan B. Kadına Yönelik Şiddet: Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliğinin Kadın Sağlığına Etkisi. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2018;3(2):33-37. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/513025>
13. Küçükkaraca N, Albayrak H. Child sexual abuse and the sense of hegemonic masculinity: a discussion on the cause and effect relationship. J Soc Sci. 2016;1(4):85-108. <https://dergi.neu.edu.tr/public/journals/7/yazardizini/kucukkaraca-n-albayrak-h-2016-nisan.pdf>
14. Bağ Ö, Alşen S. The evaluation of child sexual abuse in a child advocacy center: one year experience of a center. Anatolian Journal of Psychiatry. 2017;18(1):62-68. <https://alpha-psychiatry.com/Content/files/sayilar/89/62-68.pdf>
15. Şahbaz M. Parçalanmış ve Parçalanmamış Ailelerden Gelen Ergenlerin Riskli Davranışlarının Bazı Demografik Değişkenlere Göre İncelenmesi (yüksek lisans tezi). 2020. Doğu Akdeniz Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Araştırma Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, 2020. <http://i-rep.emu.edu.tr:8080/xmlui/bitstream/handle/11129/5228/Sahbazmuhammet.pdf?sequence=1>
16. Tanrıverdi D, Özgüç S. Parçalanmış ve tam aileye sahip çocukların/ergenlerin şiddete yönelik tutumları ve saldırganlık davranışlarının karşılaştırılması. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 2019;10(3):165-172. <https://doi.org/10.14744/phd.2019.47450>
17. Bilginer Ç, Karadeniz S, Hızarcı S, Yılmaz BC, Kandil S. Forensic psychiatric evaluation and reports of juvenile pushed to crime: A two-year retrospective chart review. Turkish Journal of Clinical Psychiatry. 2021;24(2):217-227. <https://doi.org/10.5505/kpd.2020.02360>