



# Sağlık Tedbiri Kapsamında Takibi Yapılan Çocuk ve Ergenlerin Klinik Özelliklerinin İncelenmesi

## Investigation of Clinical Characteristics of Children and Adolescents Followed under Health Precaution

© Duygu Karagöz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Muğla Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Muğla, Türkiye

### ÖZ

Bu çalışmada, Çocuk Koruma Kanunu'nun koruyucu ve destekleyici tedbirlerinden biri olan sağlık tedbiri kapsamında çocuk psikiyatrisi polikliniğinde takip edilen çocuk ve ergenlerin sosyodemografik ve klinik özelliklerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Çalışmaya çocuk psikiyatrisi polikliniğine 01.01.2020 ve 01.01.2022 tarihleri arasında sağlık tedbiri kapsamında yönlendirilen, takibi yapılan 112 çocuk ve ergen dahil edilmiştir. Olguların poliklinik dosyaları ve sosyal inceleme raporları geriye dönük incelenmiştir. Sağlık tedbiri kararı alınmasında en sık nedenlerin cinsel istismar, temel bakım eksiklikleri/ihmal ve davranış sorunları olduğu belirlenmiştir. Cinsel istismar nedeni ile sağlık tedbiri alınma oranının kızlarda, suça sürüklenme nedeni ile sağlık tedbiri alınma oranının erkeklerde daha sık olduğu görülmüştür. Sağlık tedbiri kapsamında takibi yapılan çocukların %72,3'ünde psikiyatrik bozukluk olduğu, en sık görülen psikiyatrik bozuklukların sırasıyla dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, major depresif bozukluk, özgül öğrenme güçlüğü ve anlıksal yeti yitimi olduğu saptanmıştır. Psikiyatrik bozukluk tespit edilen grupta sağlık tedbiri kararı alınma nedenlerinden temel bakım eksiklikleri/ihmalin anlamlı oranda yüksek olduğu tespit edilmiş olup psikiyatrik bozukluk tespit edilen grubun annelerinde daha yüksek oranda psikiyatrik bozukluk tanısı olduğu saptanmıştır. Sağlık tedbiri kararı uygulanma nedenleri içerisinde istismar ve ihmalin ilk sırada geldiği düşünüldüğünde çocukları ihmal ve istismardan korumak için erken müdahale programları geliştirmenin önemli olduğu görülmektedir. İhmal ve istismarın çocuklar üzerindeki etkileri yıkıcı ve uzun süreli olabilmekte birlikte birçok psikiyatrik bozukluk için risk faktörü olduğu bilindiğinden sağlık tedbiri kapsamındaki çocukların düzenli takip ve tedavisi önem arz etmektedir.

**Anahtar sözcükler:** Çocuk koruma hizmetleri, ruhsal hastalıklar, çocuk, önleyici tedbirler

### ABSTRACT

The aim of this study was to evaluate the sociodemographic and clinical characteristics of children and adolescents who were followed in the child psychiatry clinic in the scope of the health precaution, which is one of the protective and supportive measures of the Child Protection Law. 112 children and adolescents who were followed up at the child psychiatry clinic between 01.01.2020 and 01.01.2022 in the scope of health precaution, participated in this study. The clinic files and social examination reports of the participants were examined retrospectively. It was determined that the most common reasons for taking a health precaution decision are sexual abuse, deficiencies of basic needs/neglect and behavioral problems. Moreover, it showed that the rate of taking health precaution due to sexual abuse was higher in girls however the rate of that due to delinquency was more common in boys. It was determined that 72.3% of the children, who were followed up in the scope of health precaution, were diagnosed with psychiatric disorders, and the most common psychiatric disorders were attention deficit and hyperactivity disorder, major depressive disorder, specific learning disability and intellectual disability, respectively. In the group with psychiatric disorders, it was determined that the deficiencies of basic needs/neglect as a reason for taking health precaution, was significantly common and that the mothers of the children and adolescents in the group with psychiatric disorders had a higher rate of diagnosed psychiatric disorders. Given the fact that abuse and neglect come first among the reasons for the implementation of health precaution; it is vital to develop early intervention programs to protect children from neglect and abuse. Since the effects of neglect and abuse on children can be devastating and long lasting and as it is known that they are risk factors for many psychiatric disorders, regular follow-up and treatment of these children in the scope of health precaution is important.

**Keywords:** Child protective services, mental disorders, child, preventive measures

## Giriş

Türkiye’de çocukların korunmasına ilişkin düzenlemeler; 2828 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Yasası ve 5395 sayılı Çocuk Koruma Kanunu (ÇKK) hükümlerince yapılmaktadır (Resmi Gazete 2005). Çocuk Koruma Kanunu’nda korunma ihtiyacı olan çocuk, “Bedensel, zihinsel, ahlaki, sosyal ve duygusal gelişimi ile kişisel güvenliği tehlikede olan, ihmal veya istismar edilen ya da suç mağduru çocuk” olarak tanımlanmıştır. Korunma ihtiyacı olan çocuklar ÇKK’nin koruyucu ve destekleyici tedbir kararları ile korunmaktadır. Koruyucu ve destekleyici tedbirler, çocuğun öncelikli olarak kendi ailesi yanında kalmasını sağlayacak şekilde alınan sağlık, danışmanlık, eğitim, bakım ve barınma konularındaki tedbir kararlarıdır (Resmi Gazete 2005). Çocuk mahkemesi koruyucu ve destekleyici tedbir kararı vermeden önce çocuk hakkında sosyal inceleme raporu hazırlanmasını talep eder ve düzenlenen rapora göre çocuk hakkında tedbir kararına ya da herhangi bir tedbire yer olmadığına karar verir. Tedbirlerin uygulanmasına ilişkin izlem, tedbir kararı kaldırılıncaya veya çocuk 18 yaşını tamamlayıncaya kadar çocuk mahkemeleri tarafından yapılmaya devam edilmektedir (Resmi Gazete 2006).

Sağlık tedbiri çocuğun ruhsal ve fiziksel açıdan korunması ve tedavisi için gerekli sürekli veya geçici bakım ve rehabilitasyonuna, bağımlılık yapan maddeleri kullananların tedavilerinin yapılmasına yönelik tedbirlerdir (Resmi Gazete 2005). Yapılan çalışmalarda sağlık tedbiri kararı uygulanmasının temel nedenlerinin sıklıkla cinsel istismar, ihmal, fiziksel istismar, duygusal istismar ve madde bağımlılığı olduğu görülmekle birlikte çoğunluğunun ergenlik dönemindeki çocuklardan oluştuğu belirtilmektedir (Nasıroğlu 2017, Fazlıoğlu 2019). Bu temel nedenler dışında aile işlevlerinde bozukluk, çocukta eşlik eden diğer önemli psikiyatrik bozuklukların olması da sağlık tedbiri kapsamında yer almaktadır (Şahin ve ark. 2011, Fazlıoğlu 2019). Bu nedenle sağlık tedbiri olan çocuklarda aileyi de kapsayan planlı bir tedavi süreci gerekmektedir.

Koruma altındaki çocukların, genel topluma göre daha sık davranışsal ve psikiyatrik bozuklukları olduğu çalışmalarda gösterilmiştir (Woods ve ark. 2013). İhmal ve istismarın çocuklar üzerindeki etkileri yıkıcı ve uzun süreli olabilmekte birlikte anksiyete bozukluğu, duygudurum bozuklukları ve yıkıcı davranım sorunları dahil olmak üzere birçok psikiyatrik bozukluk için risk faktörü olduğu belirtilmektedir (Nemeroff 2016). Yapılan çalışmalarda çocuklarını istismar ve ihmal eden ebeveynlerde de bedensel ve psikiyatrik sorunlarının daha fazla olduğu, madde-alkol bağımlılığı ve antisosyal davranışların daha fazla görüldüğü bildirilmektedir (Powers ve ark. 1990, Ünal 2008).

Sağlık tedbirinin çocuğun ruhsal ve bedensel olarak iyilik hali açısından önemli bir uygulama olması nedeni ile usulüne uygun ve etkin bir biçimde uygulanması önem arz etmekte olup ülkemizde bu alanda yapılan çalışmalar halen çok kısıtlı sayıdadır. Çalışmamızda sağlık tedbiri kapsamında çocuk psikiyatrisi polikliniğinde takip edilen çocuk ve ergenlerin sosyodemografik ve klinik özelliklerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

## Yöntem

### Örneklem

Bu çalışmaya Muğla Eğitim ve Araştırma Hastanesi çocuk psikiyatri polikliniğine 01.01.2020 ve 01.01.2022 tarihleri arasında sağlık tedbiri kapsamında yönlendirilen ve daha öncesinde takip altında olan, 112 çocuk ve ergen dahil edilmiştir. Olguların poliklinik dosyaları ve sosyal inceleme raporları geriye dönük incelenmiştir. 18 yaşını tamamlaması sebebi ile sağlık tedbiri kararı sonlanan, poliklinik takibinde sağlık tedbiri kararının sonlandırılması uygun görülen ya da dosyası eksik olan 20 olgu çalışmadan dışlanmıştır. Sağlık tedbiri kapsamında olan olguların sosyodemografik bilgileri, Amerikan Psikiyatri Birliğinin (American Psychiatric Association, APA) sınıflandırma sistemine (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM) göre aldıkları psikiyatrik tanıları, uygulanan tedavileri, klinik özellikleri poliklinik dosya bilgilerinden elde edilmiştir (APA 2013). Çocukların ve gençlerin psikiyatrik değerlendirmesi öğretim üyesi danışmanlığında araştırma görevlisi ve uzman hekim tarafından yapılmıştır. Yaklaşık 30 dakika süren DSM-5’e göre yapılandırılmış klinik görüşme ile değerlendirme tamamlanmıştır. Ebeveynlerin psikiyatrik değerlendirmeleri sosyal inceleme raporlarında yer alan veriler doğrultusunda kaydedilmiştir. Olguların sağlık tedbiri kararı alınma nedenleri, sağlık tedbiri dışında diğer koruyucu ve destekleyici tedbir kararlarının olup olmadığı ve poliklinik dosyalarında yer almayan aile ve sosyodemografik özellikleri sosyal inceleme raporlarının incelenmesi sonucu ile elde edilmiştir. Çalışmada olguların dosyalarında ve sosyal inceleme raporlarında yer alan veriler araştırmacı tarafından hazırlanan bir form ile kaydedilmiştir. Çalışma ile ilgili etik kurul onayı Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulundan 17.05.2022 tarih ve 220048/65 sayılı karar ile alınmıştır.

### Veri Toplama Araçları

#### Sosyo-Demografik Bilgi Formu

Çocukların dosyalarından ve sosyal inceleme raporlarından elde edilen veriler bu forma kaydedilmiştir. İçeriğinde çocuğa ve aileye ait sosyodemografik veriler, sağlık tedbiri kararı alınma nedenleri, ek diğer tedbir kararlarının olup olmadığı, mevcut klinik tanı ve tedavileri yer almaktadır.

#### Sosyal İnceleme Raporu

Raporda çocuğun kimlik bilgileri, çevre ve aile ilişkileri, kültürel özellikleri, sağlık, eğitim durumu, aile öz geçmişi, çocuğun sorununu oluşturan nedenler, çocuğun sağlık tedbiri kararı alınma nedeni, varsa diğer tedbir kararları belirtilir (SHÇEK 2000).

#### İstatistiksel Analiz

Sürekli değişkenler ortalama±standart sapma, kategorik veriler sayı ve yüzde şeklinde ifade edilmiştir. Kategorik verilerin karşılaştırmaları Ki-Kare Testi ve Fisher’in Kesin Testi ile yapılmıştır. Analizler için anlamlılık düzeyi p<0.05 olarak kabul

edilmiştir. Verilerin analizinde IBM SPSS versiyon 26.0 (IBM Corporation, Armonk, NY, USA) istatistik programı kullanılmıştır.

## Bulgular

Çalışmamıza 67'si kız (%59,8), 45'i erkek (%40,2) olmak üzere 112 çocuk ve ergen dahil edilmiştir. Çocukların yaş ortalaması 13,8±4,05 yıl (min=2,7 mak=18) olarak saptanmış olup %75'inin 12-18 yaş aralığında olduğu görülmüştür. Çocukların %34,8'inin 1 ay-1 yıl aralığında, %23,2'sinin 1 yıl-2 yıl aralığında, %42'sinin 2 yıl ve üzerinde bir süre ile sağlık tedbiri kararı ile poliklinik takibinde olduğu, %64,3'ünün düzenli poliklinik takibine geldiği, %45,5'inin sağlık tedbiri kararından önce de psikiyatri başvurusu olduğu tespit edilmiştir. Daha önce psikiyatri başvurusu olan çocukların (%45,5 n=51) başvuru nedenleri değerlendirildiğinde; en sık sağlık kurulu (%23,6 n=12) ve adli psikiyatrik muayene (%23,6 n=12) kapsamında başvurularının olduğu, sonrasında sırasıyla davranış sorunları ve dikkat eksikliği (%9,8 n=5), depresif yakınmalar (%7,8 n=4), kaygı belirtileri (%7,8 n=4), kendine zarar verme davranışı (%7,8 n=4), sinirlilik (%5,9 n=3) ve diğer nedenler ile (%13,7 n=6) başvurularının olduğu görülmektedir.

Çocukların %84,9'unun okula gittiği, %54,5'inin (n=61) lise eğitimi aldığı, %28,6'sının (n=32) ilk/orta eğitimde olduğu, %1,8'inin (n=2) açıköğretime devam ettiği, tüm çocukların yaklaşık dörtte birinin (n=29) özel eğitim/rehabilitasyon hizmetlerinden yararlandığı belirlenmiştir.

Çocuklara sağlık tedbiri kararı uygulanmasının en sık nedeninin cinsel istismar olduğu (%36,6 n=41), ardından temel bakım eksikleri/ihmal (%18,8 n=21) ve davranış sorunlarının (%18,8

n=21) geldiği görülmüştür. Çocukların %17,9'unun (n=20) diğer sebeplerden dolayı (intihar girişimi, diğer psikiyatrik belirtiler) tedbir altında oldukları belirlenmiştir. Sağlık tedbiri kararı alınma nedenleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

Çocukların ailesel özelliklerine bakıldığında; annelerin %49,1'inin (n=55), babaların %61,6'sının (n=69) ilköğretim mezunu olduğu, annelerin %70,5'inin (n=79), babaların ise %33'ünün (n=32) bir işte çalışmadığı tespit edilmiştir. Sosyal inceleme raporlarında yer alan veriler doğrultusunda ebeveynlerin bedensel ve psikiyatrik durumu değerlendirildiğinde; annelerin %11,6'sında (n=13) fiziksel bir hastalık, %20,5'inde (n=23) psikiyatrik bir bozukluk (n=14 depresif bozukluk, n=9 zihinsel kısıtlılık), babaların %13,4'ünde (n=15) fiziksel bir hastalık, %25,9'unda (n=29) ise psikiyatrik bir bozukluk (n=12 öfke-kontrol zorlukları, n=9 alkol bağımlılığı, n=5 depresif bozukluk, n=3 zihinsel kısıtlılık) olduğu belirlenmiştir. Çocukların aile yapısına bakıldığında; %44,6'sında (n=50) ebeveynlerin boşandığı, %9,8'inde ebeveynlerinden birinin vefat ettiği (n=11) görülmüştür. Çocukların %86,6'sının en az bir kardeşinin olduğu, %20,5'inin (n=23) kardeşinin de sağlık tedbiri kararı olduğu saptanmıştır.

Çalışmadaki çocukların %14,3'ünde (n=16) fiziksel bir hastalık, %72,3'ünde (n=81) ise psikiyatrik bozukluk olduğu tespit edilmiştir. Çocukların aldıkları psikiyatrik tanıları gözden geçirildiğinde; en sık Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) (%20,5 n=23) tanısının olduğu, sonrasında sırasıyla Major depresif bozukluk (MDB) (%18,8 n=21), Özgül öğrenme güçlüğü (ÖÖG) (%10,7 n=12), Hafif düzeyde anlıksal yeti yitimi (%10,7 n=12), Sınır düzeyde mental işlevsellik (%9,8 n=11), Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) (%8,9 n=10) ve Davranım

**Tablo 1. Sağlık Tedbiri Kararı Alınma Nedenleri**

		n	%
Cinsel İstismar	Var	41	36,6
	Yok	71	63,4
Temel bakım eksiklikleri/ihmal	Var	21	18,8
	Yok	91	81,2
Davranış sorunları	Var	21	18,8
	Yok	91	81,2
Fiziksel/duygusal istismar	Var	12	10,7
	Yok	100	89,3
Suça sürüklenme	Var	11	9,8
	Yok	101	90,2
Ebeveyn ayrılığı/boşanması sonrası ruhsal destek	Var	8	7,1
	Yok	104	92,9
Ebeveyn kaybı sonrası ruhsal destek	Var	7	6,3
	Yok	105	93,7
Madde kullanımı	Var	6	5,4
	Yok	106	94,6
Diğer sebepler (intihar girişimi, diğer psikiyatrik belirti-bozukluklar...)	Var	20	17,9
	Yok	92	82,1
TOPLAM		112	100,0

bozukluğu (DB) (%8,9 n=10) tanılarının olduğu belirlenmiştir. Çocukların aldıkları psikiyatrik tedaviler gözden geçirildiğinde; %31,3'ünün (n=35) tek ilaç tedavisi aldığı, %21,4'ünün (n=24) ikili ilaç tedavisi aldığı, %47,3'ünün ilaç kullanmadığı (n=53) tespit edilmiştir. İlaç tedavilerinde en sık risperidon (%25,9 n=29), sertraline (%17,9 n=20), metilfenidat (%13,4 n=15), aripiprazol (%7,1 n=8) ve fluoksetin (%6,3 n=7) reçete edildiği görülmüştür.

Çalışmadaki çocukların %80,4'ünde (n=90) diğer tedbir kararlarının olduğu tespit edilmiştir. Çocukların %51,8'inde (n=58) danışmanlık tedbiri kararı olduğu, %6,3'ünde (n=7) eğitim tedbiri kararının olduğu, %25'inde (n=28) hem eğitim hem danışmanlık tedbiri kararının birlikte olduğu, %6,3'ünde (n=7) bakım tedbiri kararı olduğu görülmüştür. Çalışmadaki çocukların %19,6'sının (n=22) geçmişinde kurum bakımı öyküsü olduğu, %28,6'sının (n=32) kendine zarar verme davranışı öyküsü olduğu, %21,4'ünün (n=24) intihar girişimi öyküsü olduğu, %9,8'inin (n=11) bir suçta karışma öyküsü olduğu tespit edilmiştir.

Sağlık tedbiri kararı alınma nedenlerinin cinsiyetle ilişkisi değerlendirildiğinde; cinsel istismar öyküsünün kızlarda anlamlı derecede daha yüksek olduğu ( $p<0.001$ ) suçta sürüklenme oranlarının ise erkeklerde anlamlı derecede daha yüksek olduğu gözlenmiştir ( $p=0.007$ ). Diğer nedenler açısından cinsiyetler arası farklılık saptanmamıştır. Cinsiyete göre diğer tedbir kararları karşılaştırıldığında; eğitim tedbiri ile eğitim ve danışmanlık tedbiri oranlarının erkeklerde, danışmanlık tedbiri oranlarının ise kızlarda daha yüksek olduğu, ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir. Çocukların sağlık tedbiri kararı alınma nedenlerinin cinsiyete göre karşılaştırılması tablo 2'de gösterilmiştir.

Sağlık tedbiri kararı olan çocuklarda psikiyatrik bozukluk tespit edilen grup ile psikiyatrik bozukluk tespit edilmeyen grup sağlık tedbiri kararı alınma nedenleri açısından karşılaştırıldığında, temel bakım eksiklikleri/ihmalin psikiyatrik bozukluk tespit edilen grupta anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $p=0.009$ ). Çocukların diğer sağlık tedbiri alınma nedenlerinin psikiyatrik bozukluk olan ve olmayan grup arasında benzer

**Tablo 2. Cinsiyete Göre Sağlık Tedbiri Kararı Alınma Nedenlerinin Karşılaştırılması**

	CİNSİYET				P
	KIZ (n=67)		ERKEK (n=45)		
	n	%	n	%	
Cinsel İstismar					<0.001*
Var	35	52,2	6	13,3	
Yok	32	47,8	39	86,7	
Temel bakım eksiklikleri/ ihmal					0.079*
Var	9	13,4	12	26,7	
Yok	58	86,6	33	73,3	
Ailenin fiziksel duygusal istismarı					0.218**
Var	5	7,5	7	15,6	
Yok	62	92,5	38	84,4	
Ebeveyn ayrılığı / boşanma					0.712**
Var	4	6	4	8,9	
Yok	63	94	41	91,1	
Ebeveyn kaybı					1.000**
Var	4	6	3	6,7	
Yok	63	94	42	93,3	
Davranış sorunları					0.440*
Var	11	16,4	10	22,2	
Yok	56	83,6	35	77,8	
Madde kullanımı					0.683**
Var	3	4,5	3	6,7	
Yok	64	95,5	42	93,3	
Suçta sürüklenme					0.007**
Var	2	3,0	9	20,0	
Yok	65	97	36	80	
Diğer sebepler					0.627*
Var	11	16,4	9	20,0	
Yok	56	83,6	36	80	
TOPLAM	67	100	45	100	

\* Ki-kare Testi

\*\* Fisher'in Kesin Testi

olduğu görülmüştür. Sağlık tedbiri dışındaki diğer tedbir kararlarının psikiyatrik bozukluk tespit edilen ve edilmeyen grupta farklılaşmadığı tespit edilmiştir. Sağlık tedbiri alınma nedenlerinin ve tedbir kararlarının psikiyatrik bozukluk tanısı olma durumuna göre karşılaştırılması Tablo 3'te gösterilmiştir.

Psikiyatrik bozukluk tespit edilen grup ile tespit edilmeyen grup karşılaştırıldığında, psikiyatrik bozukluk tespit edilen grubun daha düzenli poliklinik takibine geldiği (p=0.041) görülmektedir. Psikiyatrik bozukluk tespit edilen grubun annelerinde daha yüksek oranda psikiyatrik bozukluk tanısı olduğu (p=0.005)

**Tablo 3. Sağlık Tedbiri Kararı Alınma Nedenlerinin ve Diğer Tedbir Kararlarının Psikiyatrik Bozukluk Olma Durumuna Göre Karşılaştırılması**

	Psikiyatrik Bozukluk Yok (n=31)		Psikiyatrik Bozukluk Var (n=81)		P
	n	%	n	%	
Temel bakım eksiklikleri / ihmal					
Var	1	3,2	20	24,7	<b>0.009*</b>
Yok	30	96,8	61	75,3	
Ailenin fiziksel -duygusal istismarı					
Var	3	9,7	9	11,1	1.000**
Yok	28	90,3	72	88,9	
Cinsel istismar					
Var	11	35,5	30	37	0.879*
Yok	20	64,5	51	63	
Ebeveyn ayrılığı / boşanma					
Var	3	9,7	5	6,2	0.683**
Yok	28	90,3	76	93,8	
Ebeveyn kaybı					
Var	4	12,9	3	3,7	0.091**
Yok	27	87,1	78	96,3	
Davranış sorunları					
Var	4	12,9	17	21	0.327*
Yok	27	87,1	64	79	
Madde kullanımı					
Var	2	6,5	4	4,9	0.668**
Yok	29	93,5	77	95,1	
Suçta sürüklenme					
Var	3	9,7	8	9,9	1.000**
Yok	28	90,3	73	90,1	
Diğer sağlık tedbiri alınma nedenleri					
Var	5	16,1	15	18,5	0.768*
Yok	26	83,9	66	81,5	
Diğer tedbir kararları					
Var	25	80,6	65	80,2	0.962*
Yok	6	19,4	16	19,8	
Eğitim tedbiri					
Var	3	9,7	4	4,9	0.393**
Yok	28	90,3	77	95,1	
Danışmanlık tedbiri					
Var	18	58,1	40	49,4	0.411*
Yok	13	41,9	41	50,6	
Eğitim ve danışmanlık tedbiri					
Var	7	22,6	21	25,9	0.715*
Yok	24	77,4	60	74,1	
Bakım tedbiri					
Var	0	0	7	8,6	0.187**
Yok	31	100	74	91,4	

\* Ki-kare Testi

\*\* Fisher'in Kesin Testi

saptanmıştır. Psikiyatrik bozukluk varlığına göre risk etmenlerinin karşılaştırılması Tablo 4’de gösterilmiştir.

## Tartışma

Muğla ilinde sağlık tedbiri kapsamında takibi yapılan çocuklarla yapılan bu çalışmada sağlık tedbiri kararı alınmasının en sık nedenlerinin cinsel istismar, temel bakım eksiklikleri/ihmal ve davranış sorunları olduğu belirlenmiş, cinsel istismar nedeni ile sağlık tedbiri alınma oranının kızlarda, suça sürüklenme nedeni ile sağlık tedbiri alınma oranının erkeklerde daha fazla olduğu görülmüştür. Sağlık tedbiri kapsamında takibi yapılan çocukların büyük oranda psikiyatrik bozukluk tanısı aldığı belirlenmiştir. Psikiyatrik bozukluk tespit edilen grupta sağlık tedbiri kararı alınma nedenlerinden sadece temel bakım eksiklikleri/ihmalin anlamlı oranda yüksek olduğu tespit edilmiş olup psikiyatrik bozukluk tespit edilen grubun annelerinde daha yüksek oranda psikiyatrik bozukluk tanısı olduğu saptanmıştır.

Çalışmamızda sağlık tedbiri kararı alınmasının en sık nedeninin cinsel istismar olduğu saptanmıştır. Diğer önemli neden olarak temel bakım eksiklikleri, çocuğun aile ortamındaki ihmali ve çocuğun davranış sorunları olarak belirlenmiştir. Yapılan bir çalışmada en sık neden olarak cinsel istismar ve ihmal nedenleri ile sağlık tedbiri kararı uygulandığı belirtilmiş, diğer nedenler fiziksel istismar, boşanma ve ebeveyn kaybı sonrası psikolojik destek alma, davranış sorunları ve madde kullanımı olarak belirtilmiştir (Fazlıoğlu 2019). Yapılan diğer bir çalışmada en sık davranış bozuklukları ve cinsel istismar nedenleri ile sağlık tedbiri kararı uygulandığı gösterilmiş, diğer nedenler olarak ihmal ve psikiyatrik belirtilerin varlığı belirtilmiştir (Nasıroğlu 2017). Yakın zamanlı yapılan bir çalışmada en sık nedenin

cinsel istismar olduğu, ardından bakım yetersizliklerinin geldiği belirtilmiştir (Güller ve Yaylacı 2022). Çalışmalarda en sık nedenlerin cinsel istismar, ihmal olduğu dikkat çekmektedir. Çalışmamızın bu alanda yapılan çalışmalar ile uyumlu sonuçlar içerdiği görülmektedir. Çalışmamızda cinsel istismar, ihmal ve davranış sorunlarından sonra diğer önemli bir neden olarak çocukların var olan psikiyatrik belirtilerine bağlı sağlık tedbiri kararı alındığı görülmektedir. İhmal ve istismara maruz kalmanın duygudurum bozuklukları ve yıkıcı davranım sorunları dahil olmak üzere pek çok psikiyatrik bozukluk açısından risk faktörü olduğu bilinmektedir (Nemeroff 2016). Çalışmamızda en sık cinsel istismar ve ihmal nedenleri ile çocuklara tedbir kararı alınması ve çocukların yaklaşık yarısının sağlık tedbiri kararı alınmadan önce psikiyatri başvurusunun olması bu sonucu destekler niteliktedir.

Çalışmamızda sağlık tedbiri kararı olan çocukların çoğunluğunun 12-18 yaş aralığında ergenlerden oluştuğu, çoğunluğunun en az 1 yıldır sağlık tedbiri kararı ile poliklinik takibinde olduğu, yarısından çoğunun düzenli poliklinik takibine geldiği tespit edilmiştir. Yapılan bir çalışmada sağlık tedbiri kararı olan çocukların sıklıkla 14-18 yaş aralığında olduğu, çocukların yarısına yakınının sağlık tedbiri kapsamında düzenli kontrollerine geldiği, büyük kısmının en az 1 yıldır sağlık tedbiri kararı ile takip edildiği gösterilmiştir (Fazlıoğlu 2019). Sağlık tedbiri kararı olan çocuk ve ergenlerin psikososyal özelliklerinin değerlendirildiği diğer bir çalışmada çocukların yaş ortalaması 12,3±4,2 yıl olarak belirtilmiştir (Güller ve Yaylacı 2022). Yazında bu alanda kısıtlı veri olduğu gözlenmiş olup sonuçların yeni verilerle desteklenmesine ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda aile özelliklerine bakıldığında; anne ve babaların çoğunluğunun ilkökul mezunu olduğu, annelerin çoğunun, babaların ise üçte birinin bir işte çalışmadığı, ailelerin yarısına yakınının parçalanmış yapıda olduğu görülmektedir. Yapılan

**Tablo 4. Poliklinik Takibinin, Ailede Psikiyatrik Bozukluk Varlığının, Aile Yapısı ve Tedbir Kararı Öncesi Psikiyatri Başvurusunun Psikiyatrik Bozukluk Tanısı Olma Durumuna Göre Karşılaştırılması**

	Psikiyatrik Bozukluk Yok (n=31)		Psikiyatrik Bozukluk Var (n=81)		P
	n	%	n	%	
Düzenli poliklinik takibine geliyor					
Var	15	48,4	56	69,1	<b>0.041*</b>
Yok	16	51,6	25	30,9	
Annede psikiyatrik bozukluk					
Var	1	3,2	22	27,2	<b>0.005*</b>
Yok	30	96,8	59	72,8	
Babada psikiyatrik bozukluk					
Var	6	19,4	23	28,4	0.328*
Yok	25	80,6	58	71,6	
Parçalanmış aile yapısı					
Var	14	45,2	36	44,4	0.946*
Yok	17	54,8	45	55,6	
Sağlık tedbiri kararından önce psikiyatrik başvuru					
Var	11	35,5	40	49,4	0.186*
Yok	20	64,5	41	50,6	
TOPLAM	31	100	81	100	

\*Ki-kare Testi

çalışmalar ebeveynlerin çoğunluğunun eğitim düzeylerinin düşük olduğunu, parçalanmış aile yapısına sahip olduğunu, ailelerin çoğunun düzenli bir işi olmadığını göstermektedir (Nasıroğlu 2017, Fazlıoğlu 2019, Güller ve Yaylacı 2022). Özellikle ülkemiz gibi ekonomik zorlukların ve işsizliğin fazla olduğu ülkelerde var olan sosyoekonomik sorunlardan en çok çocukların olumsuz etkilendiği düşünülmekte, çocukların temel gereksinimleri karşılanamamakta ve ihmal edilebilmektedir (Tuncer ve Erdoğan 2018). Ailedeki işsizlik, ekonomik sorunların dışında ebeveynlerin eğitim seviyelerinin düşük olması, parçalanmış aile yapısı ve psikiyatrik bozukluklarının olması aile işlevini bozan önemli risk faktörleri olup çocuğun ihmal ve istismar edilmesine neden olabilmektedir (Putnam 2003, Berger 2005, Örsel ve ark. 2011). Çalışmamızda annelerin beşte birinde psikiyatrik bir bozukluğun olduğu ve sıklıkla depresif bozukluk, zihinsel kısıtlılık tanımlandığı, babaların dörtte birinde bir psikiyatrik bozukluk olduğu, sıklıkla alkol bağımlılığı, öfke kontrol sorunları tanımlandığı tespit edilmiştir. Yapılan çalışmalarda çocuklarını istismar ve ihmal eden ebeveynlerde bedensel ve psikiyatrik sağlık sorunlarının daha fazla olduğu, madde-alkol bağımlılığı ve antisosyal davranışların daha fazla görüldüğü bildirilmektedir (Powers ve ark. 1990, Ünal 2008). Yapılan bir çalışmada sağlık tedbiri kararı olan çocukların ebeveynlerinin dörtte birinin psikiyatrik destek aldığı belirtilmiş olup hangi konuda destek aldıklarına, mevcut psikiyatrik bozukluklarına yer verilmediği görülmüştür (Fazlıoğlu 2019). Diğer bir çalışmada, çalışmamıza benzer şekilde anne ve babaların yaklaşık dörtte birinde psikiyatrik bozukluk olduğu; annelerde en sık depresyon, babalarda en sık madde ile ilişkili bozukluklar ve bağımlılık tespit edildiği belirtilmiştir (Güller ve Yaylacı 2022). Tanımlanan tüm bu ailesel özelliklerin çocuğun ihmali ve istismarı için risk oluşturabileceği ve sağlık tedbiri kararı alınmasına neden olmuş olabileceği söylenebilir.

Cinsel istismar ve cinsiyet ilişkisiyle ilgili yapılan çalışmalarda kızlarda cinsel istismarın daha fazla olduğu, suça sürüklenme ve cinsiyet ilişkisi ile ilgili yapılan çalışmalarda da erkeklerde suça sürüklenmenin daha fazla olduğu bildirilmektedir (Fiş ve ark. 2010, McReynolds ve ark. 2010, Uytun ve Öztop 2016, Bilginer ve ark. 2019). Çalışmamızda sağlık tedbiri kararı alınma nedeni olarak cinsel istismarın kız cinsiyette anlamlı olarak daha fazla olduğu, suça sürüklenme nedeni ile sağlık tedbiri kararı alınma oranının ise erkeklerde anlamlı derecede daha yüksek olduğu gözlenmiş olup yapılan çalışmalarla uyumlu sonuçlar olduğu görülmüştür.

Çalışmamızda sağlık tedbiri kararı ile takibi yapılan çocukların büyük bir kısmında psikiyatrik bozukluk olduğu tespit edilmiştir. Çocukların aldıkları en sık psikiyatrik bozukluklar sırasıyla DEHB, MDB, ÖÖG, Anlıksal yeti yitimi, TSSB, DB olarak belirlenmiştir. İhmal ve istismarın çocuklar üzerindeki etkileri yıkıcı ve uzun süreli olabilmekle birlikte duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, yıkıcı davranım sorunları ve öğrenme güçlükleri dahil olmak üzere birçok psikiyatrik bozukluk için risk faktörü olarak belirtilmektedir (Nemeroff 2016). Cinsel istismara uğrayan çocuklarda en sık TSSB, MDB tanılarının tespit edildiği bildirilmektedir (Özbaran ve ark. 2009, Örsel ve ark. 2011, Taner

ve ark. 2015). Koruma altındaki çocukların genel topluma göre daha sık davranışsal ve psikiyatrik bozuklukları olduğu, sıklıkla DB, MDB, DEHB tanılarının olduğu belirtilmektedir (Woods ve ark. 2013). Sağlık tedbiri kararı ile poliklinik takibinde olan çocuklarla yapılan bir çalışmada çocukların %15'inde herhangi bir psikiyatrik bozukluk tespit edilmediği, psikiyatrik bozukluk tespit edilen grupta en sık DEHB, DB, anlıksal yeti yitimi, TSSB tanılarının olduğu görülmüştür (Nasıroğlu 2017). Diğer bir çalışmada çocukların %21,5'inde herhangi bir psikiyatrik bozukluk tespit edilmediği, psikiyatrik bozukluk tespit edilen grupta sırasıyla en sık TSSB, DEHB, DB, MDB tanılarının olduğu belirtilmiştir (Güller ve Yaylacı 2022). Sosyal hizmetler alanında sağlık tedbiri kararı olan çocuklarla yapılan diğer bir çalışmada çocukların sıklıkla MDB, TSSB, anlıksal yeti yitimi, DB tanıları aldığı belirtilmiştir (Fazlıoğlu 2019). Bu çalışmada ailelere sorularak çocukların aldıkları psikiyatrik tanılarının öğrenildiği belirtildiğinden sonuçların güvenilirliği etkilenmektedir. Bu alandaki az sayıdaki çalışmaların ortak sonucu olarak sağlık tedbiri kararı olan çocukların sıklıkla TSSB, anlıksal yeti yitimi, DEHB ve DB tanılarını aldığı söylenebilir. Çalışmamızda sıklıkla cinsel istismar ve ihmal nedeni ile çocukların tedbir kararı olduğu, ihmal ve istismarın nörobiyolojik gelişimi de etkilediği ve cinsel istismar sonrası en sık saptanan tanılarının TSSB, MDB olduğu düşünüldüğünde; çalışmamızda en sık saptanan tanılarının MDB ve DEHB olması yazını destekler niteliktedir.

Çalışmamızda çocuklarda saptanan en sık psikiyatrik bozukluğun DEHB olduğu görülmektedir. DEHB tanısı olan çocuklarda olumsuz aile ortamı, parçalanmış aile yapısı, anne ve babada psikiyatrik bozukluk öyküsü sağlıklı kontrollere göre daha fazla tanımlanmaktadır (Doğangün ve Yavuz 2011). Aile işlevinin bozulması çocuğun ihmaline neden olabilmektedir (Berger 2005, Örsel ve ark. 2011). İhmal ve istismarın ruhsal gelişimin yanı sıra nörobiyolojik gelişimi etkilediği bilinmekte, ihmal ve istismara uğrayan çocuklarda nörogelişimsel bozuklukların daha sık görülebileceği bildirilmektedir (McLaughlin ve ark. 2014, Barone ve ark. 2015). Ayrıca annenin eğitim seviyesinin düşük olduğu durumlarda çocuklarda öğrenme, dikkat ve zihinsel sorunların daha fazla olduğu belirtilmektedir (Shonkoff ve Phillips 2000). Çalışmamızda annelerin eğitim seviyesinin düşük olması, annelerde psikiyatrik bozukluk tanısının varlığı, ailelerin yaklaşık yarısına yakınının parçalanmış yapıda olması dikkat çekmektedir. Çalışmamızda en sık DEHB tanısı olmak üzere diğer ÖÖG ve Anlıksal yeti yitimi gibi nörogelişimsel bozuklukların da en sık tanılar olarak karşımıza çıktığı ve çocukların neredeyse dörtte birinin özel eğitim desteği aldığı görülmektedir. DEHB tanısının nörogelişimsel bozukluklar arasındaki yüksek prevalansı, etyolojisinde genetik, nöronal, çevresel ve psikososyal etkenlerin birlikte rol oynadığı düşünüldüğünde en sık saptanan tanının DEHB olması beklenir niteliktedir (Cortese ve Barbu 2017).

Çalışmamızda sağlık tedbiri dışındaki diğer tedbir kararları incelendiğinde; çocukların yarısına eş zamanlı danışmanlık tedbiri kararı alındığı, dörtte birine ise danışmanlık ve eğitim tedbiri kararının birlikte uygulandığı, düşük bir kısmının halen bakım tedbiri kararı ile kurum bakımında olduğu tespit edilmiştir. Yapılan çalışmalarda sağlık tedbiri kararı olan

çocukların yaklaşık yarısının diğer koruyucu ve destekleyici tedbir kararları ile takip edildikleri, en sık danışmanlık tedbirinin eklendiği, en az bakım ve barınma tedbiri kararı alındığı görülmektedir (Fazlıoğlu 2019, Güller ve Yaylacı 2022). Suça sürüklenen çocukların aldığı tedbir kararlarının incelendiği diğer bir çalışmada en sık danışmanlık tedbiri kararının olduğu, sonrasında sağlık ve eğitim tedbirinin geldiği, en az bakım ve barınma tedbiri kararı alındığı bildirilmektedir (Saruç ve Güneş 2015). Sosyal inceleme raporlarında danışmanlık tedbiri kararının uygulanma nedenleri ailelerin ebeveyn-çocuk iletişimi, çocuk gelişimi hakkında bilgilerinin yetersiz olması, ergenlik dönemine özgü sorunların çözümünde yeterli bilgi ve beceriye sahip olmaması olarak nitelendirilmiştir. Çalışmamızda anne ve babaların sıklıkla eğitim seviyelerinin düşük olduğu düşünüldüğünde çocuk gelişimi hakkında beklenen bilgi düzeyine sahip olamaması ve bu nedenle danışmanlık tedbiri oranlarının fazla olması beklenir niteliktedir. Çalışmamızda çocukların büyük çoğunluğunun okula gittiği, tek başına eğitim tedbiri kararı alınan çocuk sayısının az sayıda olduğu görülmektedir. Örgün eğitime devam etmenin, sağlıklı ve kurallı bir ortamda, uygun rol model olabilecek ve rehberlik edebilecek ortam sağlamanın çocuklar için koruyucu olduğu bilinmektedir. Okulu terk etmenin, fazla boş zamana sahip olmanın, denetimsiz bir ortamda vakit geçirmenin riskli davranışlar, suça sürüklenme ve alkol madde kullanımına zemin hazırladığı bilinmektedir (Finkelhor ve ark. 2015, Cook ve Kangs 2016). Çalışmamızda suça sürüklenen ve alkol-madde kullanımı olan çocuk sayısının çok az olduğu görülmekte olup okula gitmenin bu anlamda koruyucu etkisi olduğu düşünülebilir.

Çalışmamızda sağlık tedbiri kapsamında takibi olan ve psikiyatrik bozukluk tespit edilen çocukların annelerinde daha yüksek oranda psikiyatrik bozukluk olduğu gözlenmiş, annelerde en sık depresyon ve zihinsel kısıtlılık tanılarının olduğu tespit edilmiştir. Çocuğun sağlıklı aile işlevleri olan bir aileye sahip olmasının ruh sağlığı ve davranışları üzerinde koruyucu etkisi vardır (Kaya ve Eroğul 2013). Aile işlevini bozan en önemli sorunlardan biri olan ebeveynlerdeki psikopatoloji varlığı çocukların ruh sağlığını olumsuz etkileyebilmektedir. Ailelerin mevcut psikiyatrik bozuklukları çocuğa yönelik uygunsuz disiplin yöntemlerine ve sağlıksız bir iletişime neden olabilmekte, çocukların duygusal ve davranışsal problemler yaşamasına ve çocukta davranış sorunları görülme riskinin artmasına neden olabilmektedir (Rauh ve Margolis 2016). Çocuk yetiştirme konusunda annelerin babalara kıyasla birincil bakım veren kişi olduğu bilinmektedir. Bunun doğal sonucu olarak çocuklar, babalarına kıyasla anneleri ile daha fazla duygusal etkileşime girebilmekte ve bu etkileşimler çocukların duygu düzenleme becerilerinin şekillenmesinde önemli bir rol oynamaktadır (Brand ve Klimes-Dougan 2010). Yapılan çalışmalarda kendi duygularını düzenlemede güçlük yaşayan depresif annelerin çocuklarına karşı reddedici davranışlarının daha fazla olduğu, çocuklarında daha fazla duygu düzenleme zorlukları olduğu belirtilmiştir (Saritaş ve ark. 2013). Duygu düzenleme becerileri iyi olan annelerin çocuklarında daha az depresyon ve dışsallaştırma sorunlarının tespit edildiği bildirilmiştir (Katz ve Hunter 2007). Annedeki

zihinsel becerilerdeki eksikler ise çocukların gelişim süreçlerinde uyarıların azlığına ve çocuğa yönelik düşük duygusal tepkilere neden olabilmektedir. Çalışmamızda annelerdeki mevcut psikiyatrik bozukluklar benzer mekanizmalarla çocukların ruhsal gelişimini etkilemiş ve çocuklarda daha fazla psikiyatrik bozukluk tespit edilmesine neden olmuş olabilir.

Sağlık tedbiri kararı olan çocuklarda psikiyatrik bozukluk tespit edilen grup ile psikiyatrik bozukluk tespit edilmeyen grup, sağlık tedbiri kararı alınma nedenleri açısından karşılaştırıldığında temel bakım eksiklikleri/ihmalin psikiyatrik bozukluk tespit edilen grupta anlamlı derecede yüksek olması dikkat çekmektedir. Cinsel istismar, duygusal-fiziksel istismar, davranış sorunları gibi diğer sağlık tedbiri alınma nedenlerinin psikiyatrik bozukluk olan ve olmayan grupta benzer olduğu görülmektedir. Bu bağlamda çocuğun temel bakım eksiklikleri ve ihmalinin psikiyatrik bozukluklar için önemli bir risk faktörü olabileceği söylenebilir. Yapılan çalışmalarda annede psikopatoloji varlığının, özellikle de depresyon ve madde kullanım bozukluklarının, çocuğun ihmali ve kötü muamele görmesi ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (Berger 2005, Alltucker ve ark. 2006). Psikiyatrik bozuklukları olan ebeveynlerin işlevsellikleri bozulduğu için çocuk yetiştirme ile ilgili zorlukları olabilmekte, bu durum çocuğun ihmali ile sonuçlanabilmektedir. İhmal çocuğa yönelik kötü muamele içerisinde en sık görülen tip olmakla birlikte tanımlanması ve yasal olarak kanıtlanması zorluğu nedeniyle uzun dönemde etkileri ortaya çıkabilmektedir (Glaser 2002, Jacobi ve ark. 2010). İhmale maruz kalan çocuklarda depresif bozukluk, anksiyete bozukluğu, davranış problemleri gibi içe atım ve dışavurum sorunları gibi birçok psikiyatrik bozukluk ve nörogelişimsel bozukluklar görülebilmektedir (Norman ve ark. 2012, Gardner ve ark. 2019). Çalışmamızda çocukların annelerindeki psikiyatrik bozukluklarının varlığı, var olan bozukluğun çocuğun ihmali için risk etmeni olması, sağlık tedbiri alınma nedenlerinde ihmalin ilk sıralarda gelmesi, ihmalin çocuk ruh sağlığı üzerine yıkıcı etkilerinin fazla olması psikiyatrik bozukluk gelişimine zemin hazırlamış olabilir. Sonuç olarak çocuğun ruhsal anlamda sağlıklı ebeveynlerinin varlığının ve temel bakımının sağlanarak ihmali edilmediği sağlıklı aile işlevleri olan bir aile ortamında büyümesinin ruh sağlığı açısından koruyucu olabileceği söylenebilir.

Çalışmamızda tüm çocukların neredeyse üçte birinin düzenli poliklinik takibine gelmediği, psikiyatrik bozukluk tespit edilen çocukların psikiyatrik bozukluk tanısı olmayanlara göre daha düzenli poliklinik takibine geldiği görülmektedir. Yapılan bir çalışmada sağlık tedbiri kararı olan çocukların ailelerinin çoğunluğunun tedaviye ve hastaneye gelme konusunda isteksiz olduklarını beyan ettikleri belirtilmiştir (Fazlıoğlu 2019). Bu noktada ailelerin sağlık tedbiri kararı hakkındaki bilgilerinin eksik olabileceği akla gelmektedir.

Çalışmamız Muğla iline ait bir örnekleme sınırlıdır. Çalışmamızın geriye dönük, dosya taraması şeklinde yapılması, kontrol grubunun olmaması, ölçek içermemesi önemli kısıtlılıklardır. Ek olarak ebeveynler için psikiyatrik değerlendirmenin yapılamamış olması, sosyal inceleme raporlarında yer alan veriler kapsamında



ebeveynlerin psikiyatrik tanılarının değerlendirilmesi diğer bir kısıtlılıktır. Alandaki mevcut çalışmaların az olması, örneklemin Muğla ili ile sınırlı olması ve sağlık tedbiri kapsamında oldukça heterojen bir grubun çalışmaya alınması nedeniyle sonuçların genellenemeyeceği düşünülmektedir. Çalışmamızın kısıtlılıklarına rağmen toplum ruh sağlığı alanında, koruyucu ve destekleyici tedbir kararları olan çocuk ve ergenler ile yapılan az sayıda çalışmadan biri olması nedeniyle literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Çalışmamızın güçlü yanı ise dosya bilgileri dışında sosyal inceleme raporlarının da taranarak daha ayrıntılı aile bilgilerine ulaşılmasıdır.

## Sonuç

Sonuç olarak çocuklara yönelik koruyucu ve destekleyici tedbir alınma nedenlerinde istismar ve ihmalin ilk sırada geldiği düşünüldüğünde; çocukları ihmal ve istismardan korumak için erken müdahale programları geliştirmenin önemli olduğu görülmektedir. Bu amaçla çocukların ve ailelerin yaşam koşulları iyileştirilmeli, ailelerin ekonomik ve sosyal yönden desteklenmesini hedef alan aile odaklı hizmetler artırılmalı, ailelerin çocuk gelişimi hakkında bilgi ve becerilerini arttırmaya ve bilinçlendirmeye yönelik programlar geliştirilmeli, var olan danışmanlık hizmetleri daha etkin hale getirilerek ailelerin çocuklara yönelik tutum ve davranışları düzenlenmelidir. İhmal ve istismarın çocuklar üzerindeki etkileri yıkıcı ve uzun süreli olabilmekle birlikte duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, yıkıcı davranım sorunları ve öğrenme güçlükleri dahil olmak üzere birçok psikiyatrik bozukluk için risk faktörü olduğu bilindiğinden çocukların uzun dönem takip ve tedavisi önem arz etmektedir. Sağlık tedbiri kararı olan çocukların önemli bir kısmının düzenli takibe gelmediği görüldüğünden ailelerin sağlık tedbiri kararı hakkında bilgilerinin eksik olabileceği unutulmamalıdır. Bu amaçla ailelere sağlık tedbiri kararının amacının ne olduğu aktarılmalı, etkin bilgilendirme yapılmalı, çocuğun ve ailenin tedavi sürecine katılımının artırılmasının çocuğun ruh sağlığı açısından koruyucu olduğunun önemi vurgulanmalıdır. Sağlık tedbiri kararı olan çocukların bireysel ve ailesel özelliklerinin belirlenmesinin çocukların sağlıklarının korunması ve tedavisi için gerekli tıbbi bakım, rehabilitasyon süreçlerine yardımcı olacağı düşünüldüğünde bu alanda yapılacak çalışmaların yol göstereceği söylenebilir.

## Teşekkür

Sosyal hizmet uzmanlarımız Çağrı Öncül ve Özlem Serinesen'e katkılarından ötürü teşekkür ederim.

## Kaynaklar

Alltucker KW, Bullis M, Close D, Yovanoff P (2006) Different pathways to juvenile delinquency: characteristics of early and late starters in a sample of previously incarcerated youth. *J Child Fam Stud*, 15:475-488.

APA (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed. (DSM-5) Washington, DC, American Psychiatric Association.

Barone L, Dellagiulia A, Lionetti F (2015) When the primary caregiver is missing: Investigating proximal and distal variables involved in institutionalized children's adjustment. *Child Abuse Rev*, 25:454-468.

Berger LM (2005) Income, family characteristics, and physical violence toward children. *Child Abuse Negl*, 29:107-133.

Bilginer Ç, Karadeniz S, Hızarcı S, Yılmaz BC, Kandil S (2019) Suça sürüklenen çocukların adli psikiyatrik değerlendirme ve rapor sonuçları: İki yıllık retrospektif dosya taraması. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 24:217-222.

Brand AE, Klimes-Dougan B (2010) Emotion socialization in adolescence: The roles of mothers and fathers. *New Dir Child Adolesc Dev*, 128:85-100.

Cook PJ, Kang S (2016) Birthdays, schooling, and crime: regression-discontinuity analysis of school performance, delinquency, dropout, and crime initiation. *Am Econ J Appl Econ*, 8:33-57.

Cortese S, Barbui C (2017) Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): from randomised controlled trials to evidence-based clinical services. *Epidemiol Psychiatr Sci*, 26:445-447.

Doğangün B, Yavuz M (2011) Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu. *Türk Ped Arş*, 46 (Özel Sayı):25-28

Fazlıoğlu AE (2019) Sağlık tedbiri kapsamında tedavisi yürütülen çocukların ve ailelerinin psikososyal özelliklerinin sosyal hizmet perspektifinden değerlendirilmesi. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 12:735-742.

Finkelhor D, Turner HA, Shattuck A, Hamby SL (2015) Prevalence of childhood exposure to violence, crime, and abuse: results from the national survey of children's exposure to violence. *JAMA Pediatr*, 169:746-754.

Fis NP, Arman A, Kalaca S, Berkem M (2010) Psychiatric evaluation of sexual abuse cases: A clinical representative sample from Turkey. *Child Youth Serv Rev*, 32:1285-1290.

Gardner MJ, Thomas HJ, Erskine HE (2019) The association between five forms of child maltreatment and depressive and anxiety disorders: A systematic review and metaanalysis. *Child Abuse Negl*, 96:104082.

Glaser D (2002) Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): a conceptual framework. *Child Abuse Negl*, 26:697-714.

Güller B, Yaylacı F (2002) Sağlık tedbiri nedeniyle takip edilen çocuk ve ergenlerin sosyodemografik ve klinik özellikleri. *Turk J Child Adolesc Ment Health*, 29:67-74

Jacobi G, Dettmeyer R, Banaschak S, Brosig B, Herrmann B (2010) Child abuse and neglect: diagnosis and management. *Dtsch Arztebl Int*, 107:231-240.

Katz LF, Hunter EC (2007) Maternal meta-emotion philosophy and adolescent depressive symptomatology. *Soc Dev*, 16:343-360.

Kaya İ, Eroğul ARÇ (2013) Ergenlerde çocukluk dönemi istismar yaşantılarının yordayıcısı olarak aile işlevlerinin rolü. *Eğitim ve Bilim*, 38:386-397.

McLaughlin KA, Sheridan MA, Winter W, Fox NA, Zeanah CH, Nelson CA (2014) Widespread reductions in cortical thickness following severe early-life deprivation: a neurodevelopmental pathway to attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry*, 76:629-638.

McCreynolds LS, Schwalbe CS, Wasserman GA (2010) The contribution of psychiatric disorder to juvenile recidivism. *Crim Justice Behav*, 37:204-216.

Nasıroğlu S (2017) Sağlık tedbiri alınan çocuk ve ergenlerin ruhsal açıdan değerlendirilmesi. *Cukurova Med J*, 42:484-489.

Nemeroff CB (2016) Paradise lost: The neurobiological and clinical consequences of child abuse and neglect. *Neuron*, 89:892-909.

Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T (2012) The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*, 9:e1001349.

Örsel S, Karadağ H, Kahiloğulları KA, Aktaş AE (2011), Psikiyatri hastalarında çocukluk çağı travmalarının sıklığı ve psikopatoloji ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Derg*, 12:130-136.

Özbaran B, Eremis S, Bukusoglu N, Bildik T, Tamar M, Ercan ES et al. (2009) Social and emotional outcomes of child sexual abuse: a clinical sample in Turkey. *J Interpers Violence*, 24:1478-1493.

Powers JL, Eckenrode J, Jaklitsch B (1990) Maltreatment among runaway and homeless youth. *Child Abuse Negl*, 14:87-98.

Putnam FW (2003) Ten-year research update review: child sexual abuse. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 42:269-278.

Rauh VA, Margolis AE (2016) Research Review: Environmental exposures, neurodevelopment, and child mental health—new paradigms for the study of brain and behavioral effects. *J Child Psychol Psychiatry*, 57:775-793.

Sarıtaş D, Grusec JE, Gençöz T (2013) Warm and harsh parenting as mediators of the relation between maternal and adolescent emotion regulation. *J Adolesc*, 36:1093-1101.

Saruç S, Güneş DK (2014) Suça sürüklenen çocuklar hakkında hazırlanan sosyal inceleme raporlarının mahkeme kararlarına etkisi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 25:109-132.

Shonkoff JP, Phillips DA (2000) *From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Childhood Development*, Washington DC, National Academic Press.

Şahin TE, Tosun B, Aydın ÖG, Kara H, Aksoy M (2011) Sağlık tedbiri uygulamaları kapsamında Ankara il sağlık müdürlüğü ruh sağlığı ve sosyal hastalıklar şube müdürlüğü tarafından yürütülen faaliyetler. *Uluslararası Katılımlı 1.Ulusal Gelişimsel Pediatri Kongresi*, 7-9 Nisan 2011, Ankara, Türkiye.

Taner HA, Çetin FH, Işık Y, İşeri E (2015) Cinsel istismara uğrayan çocuk ve ergenlerde psikopatoloji ve ilişkili risk etkenleri. *Anadolu Psikiyatri Derg*, 16:294-300.

Resmi Gazete (2005) Çocuk Koruma Kanunu, 15.07.2005. Ankara, TC Başbakanlık.

Resmi Gazete (2006) Çocuk koruma kanununa göre verilen koruyucu ve destekleyici tedbir kararlarının uygulanması hakkında yönetmelik, 24.12.2006. Ankara, TC Başbakanlık.

SHÇEK (2000) Korunmakta olan çocuklar hakkında düzenlenen raporlar formları ve diğer belgeler Genelgesi (07.06.2000). Ankara, TC Başbakanlık Sosyal Hizmetler Ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü.

Tuncer B, Erdoğan T (2018) Korunmaya muhtaç çocuklar ve korunmaya muhtaç çocuklara sağlanan bakım yöntemleri. *Uluslararası Bilimsel Araştırmalar Dergisi*, 3:515-527.

Uytun M, Öztop DB (2016) Cinsel istismar mağduru çocuk ve ergenlere konulan psikiyatrik tanıların ve uygulanan tedavilerin devamlılığının değerlendirilmesi. *Yeni Symposium*, 54:18-24.

Ünal F (2008) Ailede çocuk istismarı ve ihmali. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 12:9-18.

Woods SB, Farineau HM, McWey LM (2013) Physical health, mental health, and behaviour problems among early adolescents in foster care. *Child Care Health Dev*, 39:220-227.