

Sağlık Tedbiri Nedeniyle Bir Eğitim Araştırma Hastanesinde Takipli Olan Çocukların Sosyodemografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi: Üç Yıllık Retrospektif İnceleme

Evaluation of the Sociodemographic Characteristics of Children Followed Due to a Health Measure in a Training and Research Hospital: A Three-Year Retrospective Review

Seda Bozduman Çelebi¹, Serkan Güneş², Gupse İnal Ulutaş²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Başakşehir Çam and Sakura Şehir Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul, TÜRKİYE

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Adana, TÜRKİYE

Öz

Amaç: Bu çalışma, sağlık tedbiri kapsamında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde takip ve tedavisi sürdürülen çocukların klinik ve sosyodemografik özelliklerini değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

Materyal ve metod: Bu çalışmaya 01 Haziran 2020-23 Aralık 2022 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Psikiyatrisi Polikliniği'nde sağlık tedbiri nedeniyle takip edilen çocuklar alınmıştır. Çalışma için gerekli veriler, kliniğin kendine ait arşivinde yer alan sağlık tedbiri hastalarının dosya kayıtlarının geriye dönük incelenmesi ile elde edilmiştir. Sağlık tedbiri kararı verilmiş olan çocukların yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu; ebeveynlerine ait yaş, eğitim ve ruhsal hastalık bilgileri; çocuğun IQ düzeyi, sağlık tedbiri kararı verilme sebebi ve verilen diğer tedbir kararları incelenmiştir.

Bulgular: Çocuk Psikiyatrisi Polikliniği'ne sağlık tedbiri nedeniyle yönlendirilmiş 50 çocuk ve ergen dâhil edilmiştir. Katılımcıların %58'i (n=29) kız, %42'si (n=21) erkek olup, ortalama yaşları 13,8±4,5 yıldır. Sağlık tedbiri kararıyla birlikte en sık verilen tedbir danışmanlık tedbidir. Sağlık tedbiri kararının en sık nedeni "cinsel istismar", ikinci sırada "ebeveynin bakım verememesi" yer almaktadır. Cinsel istismar olgularında mağdurların çoğunluğu kız çocuklarıdır. Katılımcıların %64'ü bir psikiyatrik tanıya sahip olmakla birlikte en sık travma sonrası stres bozukluğu görülmektedir. Katılımcıların %56'sı psikofarmakolojik tedavi almaktadır.

Sonuç: Araştırma sonuçları, çocuk istismarı ve ihmalinin önlenmesi için erken müdahale programlarının güçlendirilmesi, risk altındaki ailelere yönelik destek hizmetlerinin artırılması ve sağlık çalışanlarının bu konudaki farkındalık ve becerilerinin geliştirilmesi gerektiğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Çocuk koruma kanunu, Sağlık tedbiri, Çocuk psikiyatrisi

Abstract

Background: This study aimed to evaluate the clinical and sociodemographic characteristics of children monitored and treated under health protection orders at University of Health Sciences Türkiye Adana City Training and Research Hospital.

Materials and Methods: The study included children who were followed up due to a health protection order at the Child and Adolescent Psychiatry Outpatient Clinic of the University of Health Sciences Türkiye Adana City Training and Research Hospital between June 1, 2020, and December 23, 2022. Data were collected retrospectively from the medical records archived in the clinic. Variables examined included the child's age, sex, educational status, parental age and education level, presence of psychiatric disorders in parents, the child's IQ level, the reason for the health protection order, and any additional protective or supportive measures implemented.

Results: A total of 50 children and adolescents referred due to health protection orders were included in the study. Of these, 58% (n=29) were female and 42% (n=21) were male, with a mean age of 13.8±4.5 years. The most common additional measure alongside the health protection order was counseling. The most frequent reason for the health protection order was sexual abuse, followed by parental neglect or inability to provide care. In sexual abuse cases, the majority of victims were female. Overall, 64% of participants had a psychiatric diagnosis, with post-traumatic stress disorder being the most common. Additionally, 56% were receiving psychopharmacological treatment.

Conclusions: The findings of this study highlight the need to strengthen early intervention programs for the prevention of child abuse and neglect, increase support services for at-risk families, and enhance the awareness and competencies of healthcare professionals in this area.

Keywords: Child protection law, Health measure, Child psychiatry

Sorumlu Yazar: Seda Bozduman Çelebi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Başakşehir Çam and Sakura Şehir Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul, TÜRKİYE

E-mail: sedabozduman@gmail.com / **ORCID ID:** 0000-0003-0419-3252

Geliş Tarihi: 28.05.2025 / **Kabul Tarihi:** 28.08.2025

Nasıl Atıf Yapılır?: Bozduman Çelebi S, Güneş S, İnal Ulutaş G. Sağlık Tedbiri Nedeniyle Bir Eğitim Araştırma Hastanesinde Takipli Olan Çocukların Sosyodemografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi: Üç Yıllık Retrospektif İnceleme. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi (Journal of Harran University Medical Faculty) 2025;22(4):x-x. DOI: 10.35440/hutfd.1708415.



Giriş

Çocuklar, bazen yasalara göre suç olarak tanımlanan bir eylemi gerçekleştirdikleri için, bazen de mağdur veya tanık olarak adli sürece dahil olmaktadır. Devletler hem ulusal hem de uluslararası düzeyde hukuki düzenlemelerle suça sürüklenen veya mağdur durumda olan çocukları koruma altına almıştır (1,2). Ülkemizde çocukların haklarını korumak ve düzenlemek için 5395 sayılı “Çocuk Koruma Kanunu (ÇKK)” uygulanmaktadır. ÇKK, çocukların korunması ve tekrar topluma kazandırılması adına beş önemli tedbir öngörmektedir. Bunlar; danışmanlık, bakım, sağlık, eğitim ve barınma tedbirleridir. Danışmanlık tedbiri, çocuğun bakımından sorumlu olan kişilere çocuk yetiştirme konusunda rehberlik etmektedir. Eğitim tedbiri, çocuğun eğitime devam etmesini veya bir meslek edinmesi için kursa ya da iş yerine yönlendirilmesini sağlamaktadır. Bakım tedbiri, çocuğun bakımından sorumlu olan kişinin herhangi bir nedenle görevini yerine getirememesi durumunda, çocuğun bakım yurdu ya da koruyucu aile hizmetlerinden faydalanmasını kapsamaktadır. Bu tedbirlerin tamamı, çocukların korunması ve gelişimlerinin desteklenmesi adına önemli düzenlemeler sunmaktadır (3).

Sağlık tedbiri, çocuğun fiziksel ve ruhsal sağlığının korunması için gerekli geçici veya sürekli tıbbi bakım, rehabilitasyon ve tedavilerinin sağlanmasına yönelik tedbirdir (3). Bu tedbir kararı, ihmal, istismar, suça sürüklenme ve travmatik yaşam olayları gibi durumlar sonucunda çocuğun maruz kaldığı öreleyici deneyimlerin etkilerini hafifletmek ve ruhsal sağlığını korumak amacıyla alınmaktadır (4). Sağlık tedbiri kararları, çocuk hâkimi tarafından verilmekte ve Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastaneler tarafından uygulanmaktadır. Sağlık tedbiri uygulamaları, çocuk psikiyatristlerinin klinik pratiğinde önemli yer tutmaktadır (5,6). Bu süreçte, çocuğun ve ailenin düzenli olarak takip edilmesi, tedavi planının hazırlanması ve uygulanması, ayrıca diğer kurumlarla koordinasyon içinde çalışılması gerekmektedir (4). Sağlık tedbiri uygulamalarında karşılaşılan zorlukların ve eksikliklerin tespit edilerek giderilmesi, bu tedbirlerle ulaşılmak istenen hedeflere ulaşılması açısından büyük önem taşımaktadır. Bu çalışma, sağlık tedbiri kapsamında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Psikiyatrisi Polikliniği’ne yönlendirilen çocukların sosyodemografik özelliklerini, tedbir kararlarının nedenlerini ve tedbir sürecinde saptanan ruhsal bozuklukları incelemeyi amaçlamaktadır. Çalışmamızın sonuçlarından yola çıkarak, çocuk koruma politikalarının etkin şekilde uygulanmasına ve mevcut hizmetlerin iyileştirilmesine yönelik yapılabilecek yeni araştırmalara ışık tutmak amaçlanmıştır.

Materyal ve Metod

Bu çalışmaya 01 Haziran 2020-23 Aralık 2022 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Psikiyatrisi Polikliniği’nde sağlık tedbiri nedeniyle çalışmacı tarafından takip edilen çocuklar alınmıştır. Çalışma için gerekli veriler, kliniğin kendine ait arşivinde yer alan sağlık tedbiri hastalarının dosya kayıtlarının geriye dönük incelenmesi ile elde edilmiştir. Ruhsal hastalık tanıları, çocuk ve ergen psikiyatristi tarafından DSM-5 tanı kriterlerine göre yüz yüze klinik görüşme ile konulmuştur. Hastaların zihinsel kapasiteleri Wechsler Çocuklar için Zeka Ölçeği-Gözden Geçirilmiş Formu (WISC-R), Porteus Labirentleri Testi ve Kent-Egy Zeka testleri kullanılarak değerlendirilmiştir. Sağlık tedbiri kararı verilmiş olan çocukların yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, ebeveynlerinin yaşı, eğitim düzeyi ve ruhsal hastalık öyküsü, çocuğun IQ düzeyi, sağlık tedbiri kararı verilme nedeni ve verilen diğer tedbir kararları incelenmiştir.

Bu çalışma için, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Bilimsel Araştırmalar ve Yayın Etiği Kurulu’ndan 29.12.2022 tarih ve 2335 karar numarası yazı ile izin alınmış olup Helsinki Bildirgesi kriterleri göz önünde bulundurulmuştur.

İstatistiksel analiz

Verilerin analizinde SPSS 28.0 (IBM Inc.) paket programı kullanılmıştır. Kategorik değişkenler sayı ve yüzde olarak verilmiştir. Çocuk ve ergenlerin ruhsal tanıları ile cinsiyet arasındaki ilişki, sağlık tedbiri nedenleri ile psikiyatrik tanıları arasındaki bağlantı ve psikofarmakolojik tedavi alan ve almayan grupların tanı dağılımı arasındaki fark ki-kare testi ile analiz edilmiştir. Tanı gruplarına göre yaş değişkeninin farklılık gösterip göstermediği One-way ANOVA testi ile değerlendirilmiştir.

Bulgular

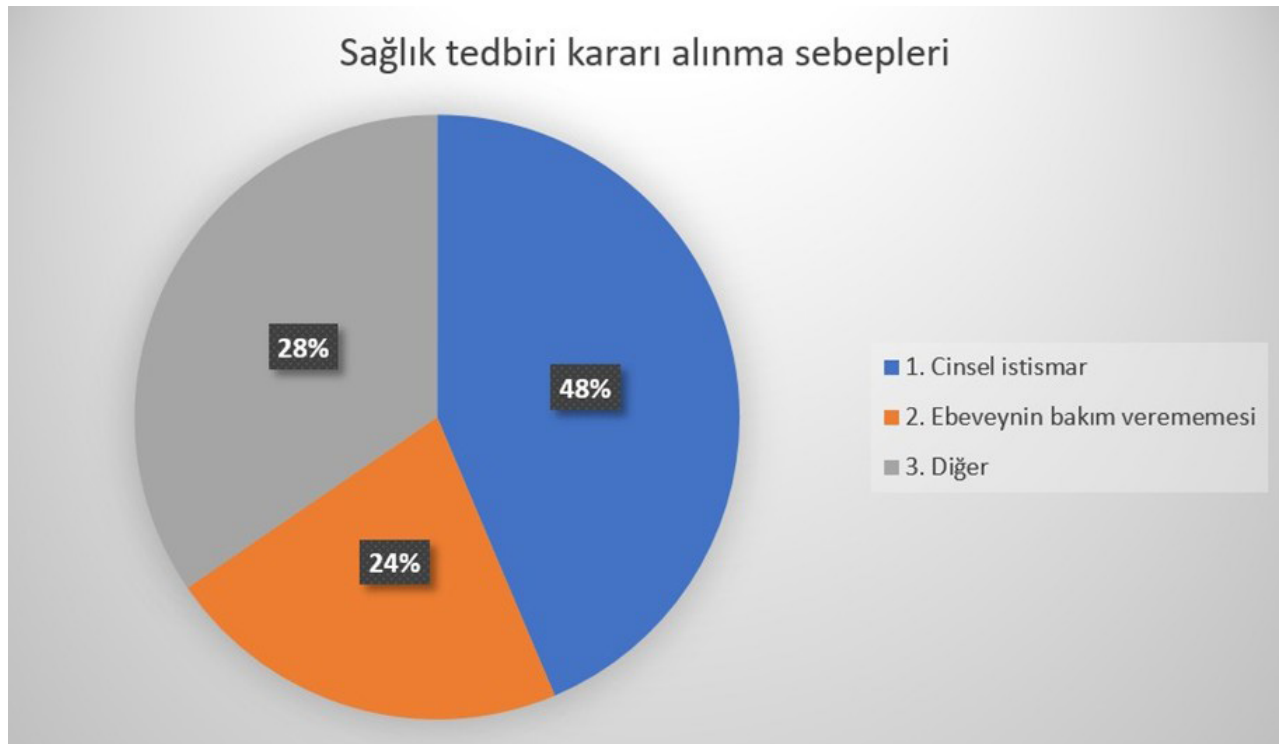
Çalışmaya, 01 Haziran 2020-23 Aralık 2022 tarihleri arasında sağlık tedbiri nedeniyle yönlendirilmiş 50 çocuk ve ergen dâhil edilmiştir. Katılımcıların %58’i (n=29) kız olup, ortalama yaşları 13,8±4,5 yıldır.

Sağlık tedbiri nedeniyle takip edilen çocuk ve ergenlerin sosyodemografik özellikleri Tablo 1’de sunulmuştur.

Sağlık tedbiri nedeniyle takip edilen çocuk ve ergenlere, sağlık tedbiri kararına ek olarak en sık %84 (n=42) danışmanlık tedbiri, ikinci sıklıkta ise %16 (n=8) bakım tedbiri kararı verilmiştir. Sağlık tedbiri kararlarının gerekçelerine ilişkin dağılım Şekil 1’de sunulmuştur.

Tablo 1. Sağlık tedbiri nedeniyle takipli çocuk ve ergenlerin (n=50) sosyodemografik özellikleri

Çocukların cinsiyeti	Sayı (n)	Yüzde (%)
Kız	29	%58
Erkek	21	%42
Çocukların eğitim durumu		
İlköğretim	27	%54
Lise	11	%22
Okuryazar değil	6	%12
Okul öncesi eğitim	3	%6
Öğrenim çağında değil	2	%4
Bilgi bulunamayan	1	%2
Okula devam durumu		
Okula devam ediyor	33	%66
Okula devam etmiyor	15	%30
Öğrenim çağında değil	2	%4
Özel eğitime gitme durumu		
Özel eğitime gitmiyor	44	%88
Özel eğitime gidiyor	6	%12
Anne vefatı	4	%8
Baba vefatı	1	%2
Annede ruhsal hastalık	7	%14
Babada ruhsal hastalık	4	%8
Aile yapısı		
Anne baba ayrı	28	%56
Anne baba birlikte	22	%44

**Şekil 1.** Sağlık tedbiri alınma sebepleri

Diğer *(çocuk işçiliği, fiziksel istismar, suça sürüklenme, erken yaşta evlilik, akran zorbalığı, eğitimden alıkoyulma, suisid girişimi, aile içi şiddet)

Cinsel istismar nedeniyle sağlık tedbiri kararı verilen olguların tamamı mağdur çocuklardan oluşmaktadır. Cinsel istismar nedeniyle sağlık tedbiri kararıyla takip edilen katılımcıların %20'sinde (n=10) cinsel istismar türü aile içi istismar şeklindedir. Cinsel istismar sonucunda çocuk sahibi olma oranı %4 (n=2) şeklindedir. Katılımcıların %12'sinde (n=6) erken yaşta evlilik saptanmıştır.

Cinsel istismara maruz kalan çocuklar ile diğer nedenlerle sağlık tedbiri uygulanan çocuklar, yaş, cinsiyet ve zekâ düzeyi açısından karşılaştırılmıştır. Cinsel istismar grubunda ortalama yaş daha yüksek olmakla birlikte, bu fark istatistiksel olarak anlamlılığa yakın düzeydedir ($p=0,091$). Bu grupta cinsiyet dağılımı incelendiğinde, mağdurların büyük çoğunluğunu kız çocuklarının oluşturduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu

saptanmıştır ($\chi^2=11,92$, $p=0,001$). Zeka düzeyleri açısından ise gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($\chi^2=1,12$, $p=0,29$).

Katılımcıların %36'sında (n=18) herhangi bir ruhsal bozukluk saptanmazken, %18'inde (n=9) Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) tanısı konulmuştur.

Sağlık tedbiri uygulanan çocuk ve ergenlerin ruhsal hastalık tanıları Tablo 2'de özetlenmiştir.

Sağlık tedbiri nedeniyle takip edilen çocuk ve ergenlerin %92'sinin (n=46) bilişsel düzeyi normal, %6'sının (n=3) sınır zeka düzeyinde, %2'sinin (n=1) ise hafif düzeyde zihinsel yetersizlik gösterdiği saptanmıştır.

Tablo 2. Sağlık tedbiri uygulanan çocuk ve ergenlerin (n=50) ruhsal hastalık tanıları		
Ruhsal hastalık tanısı	Sayı (n)	Yüzde (%)
Ruhsal hastalık tanısı bulunmayanlar	18	%36
TSSB	9	%18
DEHB	6	%12
Majör Depresif Bozukluk	6	%12
Davranım bozukluğu	5	%10
Diğer*	6	%12
TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu DEHB: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu *Diğer (zihinsel yetersizlik, anksiyete bozukluğu, fonolojik bozukluk, enkoprezis, trikotillomani, bipolar bozukluk)		

Çocuk ve ergenlerin ruhsal hastalık tanı dağılımları ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($\chi^2=9,47$, $sd=5$, $p=0,090$). Tanı türlerine göre yaş ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmış, en yüksek yaş ortalaması TSSB grubunda gözlemlenmiştir ($p=0,047$).

Sağlık tedbiri nedenleri ile psikiyatrik tanıları arasında istatistiksel olarak anlamlılığa yakın bir ilişki saptanmıştır ($\chi^2=18,26$, $p=0,051$). Alt analizde, cinsel istismar nedeniyle izlenen çocuklarda TSSB tanısı anlamlı düzeyde daha sık görülmüştür ($\chi^2=5,74$, $p=0,017$). Psikofarmakolojik tedavi alan ve almayan gruplar arasında tanı dağılımı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık göstermiştir ($\chi^2=14,82$, $p=0,011$). TSSB, MDB ve DEHB tanıları, ilaç tedavisi alan grupta daha sık gözlemlenmiştir.

Sağlık tedbiri kapsamındaki çocuk ve ergenlerin %80'i (n=40) takip randevularına düzenli devam etmiş, %20'si (n=10) ise takip sürecine düzenli katılım göstermemiştir.

Örneklemin %12'sinde (n=6) fiziksel istismar öyküsü olduğu bildirilmiştir.

Tartışma

Bu çalışma, bir eğitim ve araştırma hastanesinin çocuk psikiyatrisi polikliniğinde sağlık tedbiri kapsamında izlenen olguların

sosyodemografik özelliklerini ve tedavi süreçlerini analiz etmeyi amaçlamaktadır. Çocuk koruma sistemi kapsamında yer alan çocuklar, genellikle karmaşık psikososyal risk faktörlerine maruz kalmakta ve çok boyutlu sağlık hizmetlerine ihtiyaç duymaktadır. Bu bağlamda, çalışmanın temel hedefi, sağlık tedbiri kararıyla takip edilen çocuk ve ergenlerin klinik özelliklerini ve tedavi süreçlerini değerlendirerek, hem çocuk ruh sağlığı alanında mevcut uygulamaların güçlendirilmesi hem de koruyucu-önleyici hizmetlerin geliştirilmesine katkı sağlamaktır.

Çalışmamızda sağlık tedbiri ile takip edilen çocukların çoğunluğunu kız çocukları oluşturmaktadır. Benzer şekilde, çeşitli çalışmalarda da sağlık tedbiriyle izlenen çocukların çoğunluğunun kız olduğu belirtilmiştir. Ancak, Nasıroğlu'nun çalışmasında erkek çocuk oranı %53 olarak rapor edilmiştir (4-7). Bu farkın, sağlık tedbiri nedenleri ve psikiyatrik tanılarıdaki değişikliklerden kaynaklandığı düşünülmektedir. Literatürde, cinsel istismarın kız çocuklarında daha sık görüldüğü belirtilmektedir (8). Çalışmamızda da cinsel istismarın, sağlık tedbiri uygulanmasının en yaygın nedeni olduğu ve bunun sonucunda izlenen çocukların çoğunluğunu kızların oluşturduğu görülmüştür. Nitekim, örneklemimizde kız çocuklarının oranının yüksek olması, bu bulgunun önceki araştırmalarla tutarlı

olduğunu göstermektedir. Cinsiyet dağılımındaki bu belirgin farkın, toplumdaki cinsiyet eşitsizliği ve ataerkil aile yapısından kaynaklanarak kız çocuklarını daha savunmasız hale getirdiği düşünülmektedir (8,9). Bu bulgular, cinsiyete dayalı şiddet ve istismarın toplumsal yapılarla ilişkili olduğunu göstererek, cinsiyet eşitliği politikalarının önleyici müdahalelerdeki önemini vurgulamaktadır.

Çocuk cinsel istismarına ilişkin literatürde, faillerin aile üyesi olma oranlarında farklılıklar görülmektedir. 2006-2019 yılları arasında adli rapor için sevk edilen 1.785 çocuk cinsel istismarı olgusunun değerlendirildiği bir çalışmada, faillerin aile üyesi olma oranı %11,1 olarak belirlenmiştir (10). Sağlık tedbirlerinin incelendiği başka bir çalışmada ise cinsel istismar olgularının yarısında istismarcının aile içinden olduğu bildirilmiştir (7). Çalışmamızda ise, sağlık tedbiri uygulanan vakalarda aile içi istismar prevalansı %20 olarak saptanmıştır. Bu sonuçlar, aile içi cinsel istismarın metodolojik yaklaşımlar ve kültürel farklılıklardan etkilenerek değişkenlik gösterebileceğini düşündürmektedir. Elde edilen bulgular, çocuk koruma politikalarında öncelikli hedef grupların yeniden tanımlanması gerekliliğine işaret etmektedir. Çocuk cinsel istismarını önlemek ve mağdurları korumak için aile içi dinamiklere odaklanan özel müdahale programlarının geliştirilmesi ve uygulanması gerekmektedir. Özellikle aile içi istismar vakalarında, erken tanı mekanizmalarının güçlendirilmesi kritik öneme sahiptir. Bu nedenle, sağlık çalışanlarının ve eğitimcilerin aile içi istismar belirtilerini erken tespit etmelerine yönelik eğitimler düzenlenmeli ve toplumsal farkındalığı artırmak için kapsamlı programlar yürütülmelidir. Ayrıca, çocuk koruma sistemlerinin güçlendirilmesi ve multidisipliner bir yaklaşımla mağdurlara yönelik psikolojik destek hizmetlerinin artırılması, bu sorunla mücadelede kritik öneme sahiptir.

Çalışmamızda sağlık tedbiri verilen çocuklarda en sık TSSB görülmüştür. Bunu dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB), davranım bozukluğu (DB) ve majör depresif bozukluk (MDB) izlemiştir. Benzer şekilde, literatürde yapılan bir çalışmada da TSSB'nin en yaygın tanı olduğu, ardından DEHB, DB, MDB ve anksiyete bozukluğunun sıklıkla görüldüğü bildirilmiştir (5). Çalışmamızda elde edilen psikiyatrik tanıları, bu bulgularla benzerlik göstermektedir. Bulgularımızda cinsel istismarın en yaygın sağlık tedbir nedeni olması ve bu grupta TSSB'nin anlamlı düzeyde daha sık görülmesi, TSSB'nin en sık rastlanan tanı olmasını açıklamaktadır. Çocuk istismarı ve ihmalinin, TSSB, MDB ve davranım bozukluğu gibi pek çok ruhsal hastalık açısından risk faktörü oluşturduğu bilinmektedir (11). Çocuk istismarının olumsuz etkileri sadece çocukluk dönemi ile sınırlı kalmayıp yetişkinlik döneminde de devam etmektedir. Çocuklukta istismara uğrayan yetişkinlerde daha fazla ruhsal sorun ve işlevsellik kaybı görüldüğü vurgulanmıştır (12). Bu nedenle, istismara uğrayan çocukların izlenerek erken müdahale ve destek sağlanması, bu çocukların yetişkinlik dönemindeki ruhsal sağlığı ve işlevselliği açısından önem taşımaktadır. Sağlık tedbiri

uygulanan çocuklarda farklı tanı sıklıklarının bildirildiği çalışmalar da mevcuttur. Nasıroğlu'nun çalışmasında, sağlık tedbiri ile takip edilen çocuklarda en sık görülen tanıların DEHB ve DB olduğu belirlenmiştir (6). 351 sağlık tedbiri olgusunun incelendiği başka bir çalışmada ise en yaygın tanıları %23,9 ile anksiyete bozukluğu, %10,4 ile madde kullanım bozukluğu, %8,6 ile DEHB ve %5,4 ile TSSB olarak bildirilmiştir. Bu çalışmada, en sık sağlık tedbiri nedeninin ailenin bakım yetersizliği olması nedeniyle TSSB tanısının daha düşük olduğu öne sürülmüştür. Bu bulgular, sağlık tedbiri kapsamındaki çocuklarda psikiyatrik tanı dağılımının farklı çalışmalar arasında değişebileceğini göstermektedir. Bu durum, sağlık tedbiri kararına yol açan nedenlerin, çocuklarda gelişen psikiyatrik tanıları üzerinde belirleyici bir etkisi olabileceğini düşündürmektedir (4).

Çalışmamızda, hastaların yarısından fazlasına psikofarmakolojik tedavi uygulandığı tespit edilmiştir. Benzer şekilde, Çocuk Psikiyatri Polikliniği'nde takip edilen 76 çocuğun değerlendirildiği bir çalışmada %78,9, 135 çocuğun yer aldığı başka bir çalışmada ise %57 oranında psikofarmakolojik tedavi kullanıldığı bildirilmiştir (5,6). Bu bulgumuz, sağlık tedbiri kapsamında izlenen çocukların önemli bir kısmının psikofarmakolojik tedavi aldığını ortaya koymaktadır. Sağlık tedbiri verilen çocuklarda psikofarmakolojik tedavinin yaygın kullanımı, bu grubun ruhsal belirtilerinin yönetiminde ilaç tedavisinin önemli bir müdahale aracı olduğunu göstermektedir. Sağlık tedbiri ile takip edilen 52 çocuğun incelendiği bir diğer çalışmada ise, yalnızca %25'inin psikofarmakolojik tedavi aldığı belirtilmiştir. Bu oranın çalışmamıza kıyasla daha düşük olmasının, bu çocukların %51,9'unda psikiyatrik tanı saptanmamış olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir (7). Yaşadıkları travmalar, bu çocuklarda psikiyatrik hastalıkların gelişmesine zemin hazırladığından, tedavi sürecinde psikofarmakolojik müdahaleye daha fazla gereksinim duyulmaktadır. Ayrıca, sağlık tedbiri kararıyla izlenen çocuklar daha yoğun bir tedavi sürecine dahil edildiklerinden, bu grup arasında ilaç kullanım oranı da daha yüksek olmaktadır.

Çalışmamızda, sağlık tedbiri kararıyla takip edilen çocukların büyük bir kısmının düzenli takiplere devam ettiği tespit edilmiştir. Önceki araştırmalarda ise sağlık tedbiri kapsamında izlenen çocukların %43'ünün düzenli takiplere devam etmediği, bir diğer çalışmada ise bu oranının %46,7 olduğu belirlenmiştir (4,5). Çalışmamızda daha yüksek oranda düzenli takip görülmesinde, diğer araştırmaların örneklem sayısının daha fazla olmasının etkili olmuş olabileceği düşünülmektedir. Bununla birlikte, kurumumuzda sağlık tedbiri uygulama süreçlerinin etkin bir şekilde yürütülmesinin de bu duruma katkı sağladığı düşünülmektedir. Sağlık tedbiri olgularında takip devamlılığını etkileyen faktörler incelendiğinde, ailelerin sosyoekonomik durumu, eğitim düzeyi, ulaşım zorlukları, tedaviye olan inançları ve çocuğun istismar türü gibi sebepler öne çıkmaktadır (10,13). Bu nedenle alınabilecek önlemler açısından bu faktörlere dikkat

etmek gereklidir. Özellikle ailelere yönelik eğitim programları düzenlemek, ulaşım desteği sağlamak ve tedavi sürecinin önemini vurgulamak gibi müdahaleler takip devamlılığını artırabilir.

Çalışmamızda çocukların %30'unun örgün eğitimden ayrıldığı belirlenmiştir. Bu oran, literatürdeki benzer çalışmalarda bildirilen %27,6-34,6 aralığıyla uyumlu olup, eğitimden kopuşun bu grupta yaygın bir sorun olduğunu doğrulamaktadır (6,7). Eğitimden erken ayrılmanın çocuklar üzerindeki etkileri çok boyutludur. Okulu bırakan bireylerde suça sürüklenme riski ve cinsel istismara maruz kalma olasılığı anlamlı ölçüde artmaktadır (14-17). Bu nedenle, sağlık tedbiri uygulanan çocukların örgün eğitimlerine devam edebilmeleri için önlemler alınması kritik öneme sahiptir. Sağlık tedbiri altındaki çocukların eğitime yeniden entegrasyonu, çok yönlü ve sistematik müdahaleler gerektirmektedir. Sağlık tedbiri altındaki çocukların eğitime yeniden kazandırılması, okul temelli psikososyal destek sistemleri ve disiplinlerarası iş birliği ile mümkündür. Bu entegre yaklaşım, eğitimsel sürekliliği sağlarken sosyo-duygusal iyileşmeyi destekleyerek suça sürüklenme ve tekrarlayan istismar risklerini azaltır.

Çalışmamızda sağlık tedbiri kararı çıkarılmış olan çocukların ebeveynlerinin yarısından fazlasında boşanma ya da diğer sebeplerle evlilik birliğinin bozulmuş olduğu görülmektedir. Sağlık tedbiri kararı ile takip edilen olguların değerlendirildiği benzer bir çalışmada evlilik birliğinin %45,3'ünde boşanma, %9,4'ünde ebeveyn kaybı nedeni ile devam etmediği görülmüştür (4). Boşanmış aile çocuklarında ve tek ebeveyni kaybetmiş olgularda cinsel istismar mağduru olma oranlarının yüksek olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur (15). Aile birliğinin bozulmasından etkilenen çocuğun hayatında psikolojik, sosyal ve ekonomik zorluklar oluşmaktadır. Çocuğun yaşadığı bu zorluklar, duygusal ve davranışsal uyumunu olumsuz yönde etkilemektedir. Ayrıca, aile içindeki destek mekanizmalarının zayıflaması, çocuğun ihmal ve istismara maruz kalma riskini artırmaktadır. Yapılan araştırmalar, aile birliğinin bozulması sonrası çocuğun karşılaştığı sosyal destek sisteminin niteliğinin, yaşadığı olumsuzlukların şiddetini belirlediğini göstermektedir. Ergenlerde suç davranışını inceleyen bazı araştırmalar, aile yapısındaki bozulmanın suç eğilimiyle doğrudan ilişkili olduğunu öne sürerken, bazı çalışmalar bu ilişkiyi desteklememektedir. Bu farklı bulguların temelinde, aile birliğinin bozulmasının ardından çocuğun aldığı sosyal desteğin niteliği ve yeterliliği yatmaktadır. Güçlü bir destek sistemi, çocuğun olumsuz koşullarla baş etmesini kolaylaştırırken, yetersiz destek mekanizmaları riskli davranışlara yönelme olasılığını artırmaktadır (18). Bu nedenle, multidisipliner bir yaklaşımla çocuklara ve ebeveynlere yönelik özel destek programları geliştirilmeli, ayrıca okullarda sosyal hizmet faaliyetleri artırılarak bu çocukların eğitim ve sosyal yaşama entegrasyonu güçlendirilmelidir.

Çalışmamızda sağlık tedbirine ek olarak en sık verilen tedbir kararı danışmanlık tedbiri, ikinci sırada ise bakım tedbiri

kararıdır. Bu bulgu, literatürdeki benzer çalışmalarla uyumludur; örneğin, bir araştırmada sağlık tedbiri kararı alınan çocuklar için en sık danışmanlık tedbiri kararı verildiği, bunu bakım ve eğitim tedbir kararlarının izlediği görülmüştür (4). Örneklemimizde sağlık tedbiri kararı olan çocuklarda parçalanmış aile yapısının sık görülmesi nedeniyle ebeveynlik becerilerini güçlendirmek için en sık danışmanlık tedbiri kararı çıkarıldığı düşünülmektedir. Sonuç olarak, sağlık tedbiri kararlarında danışmanlık tedbirinin ön planda olması, aile odaklı müdahalelerin kritik rolünü ortaya koymaktadır. Bu doğrultuda, gelecekteki uygulamalarda ebeveyn destek programlarının kapsamının genişletilmesi, ebeveynlerin çocuklarıyla sağlıklı bir ilişki kurmasını destekleyecek eğitim ve rehberlik hizmetlerinin artırılması önem taşımaktadır. Ayrıca, bu programların etkinliğinin değerlendirilerek sürekli iyileştirilmesi, çocukların psikososyal gelişimini olumlu yönde etkileyecek sürdürülebilir çözümler sunulmasına katkı sağlayacaktır.

Çalışmamızın sonuçları, birtakım kısıtlılıklar bağlamında değerlendirilmelidir. Öncelikle, araştırmamızın kesitsel bir tasarıma sahip olması, nedensel ilişkilerin kurulmasında sınırlılıklar oluşturmaktadır. Kontrol grubunun bulunmaması, karşılaştırmalı analizler yapılmasını engellemektedir. Ayrıca, çalışmanın retrospektif niteliği, geçmişe dönük veri toplamanın getirdiği bazı bilgilerin eksik veya hatalı olma riskini taşımaktadır. Standardize edilmiş ölçeklerin kullanılmaması, verilerin objektif değerlendirilmesini kısıtlamaktadır. Son olarak, araştırmanın tek merkezli yürütülmüş olması, sonuçların genellenebilirliğini sınırlandırmaktadır. Bu kısıtlılıklar, bulgularımızın yorumlanmasında ve gelecekteki araştırmalar için yol gösterici olarak dikkate alınmalıdır. Çalışmamızın güçlü yanlarından biri, olguların sosyal çevresi ve ailenin sosyoekonomik koşulları hakkında detaylı bilgiler içeren sosyal inceleme raporlarının analize dahil edilmesidir. Bu raporlar, vakaların bütüncül bir perspektiften değerlendirilmesine olanak sağlamış ve çalışmamızın derinliğini artırmıştır. Gelecekte yapılacak araştırmalar için önerilerimiz bulunmaktadır. Çok merkezli, kontrol grubu dahil edilen ve uzun süreli izlem içeren çalışmaların yürütülmesi, sağlık tedbiri çıkarılan olgular hakkında daha kapsamlı ve derinlemesine bilgi edinmemizi sağlayacaktır. Bu tür araştırmalar, tedavi sonuçlarının daha iyi anlaşılmasına, farklı müdahale yöntemlerinin etkinliğinin karşılaştırılmasına ve zaman içindeki değişimlerin gözlemlenmesine imkan tanıyacaktır. Böylece, sağlık tedbiri uygulamalarının geliştirilmesine ve politika oluşturma süreçlerine önemli katkılar sunulabilecektir.

Sonuç

Sonuç olarak, sağlık tedbiri uygulanan çocukların karşılaştığı potansiyel risklerin erken tespiti, ruhsal sorunların önlenmesi ve suça sürüklenme ihtimalinin azaltılması için kapsamlı bir multidisipliner yaklaşım geliştirilmelidir. Bu bağlamda, çocuğun aile dinamikleri ve sosyokültürel çevresi ile bütüncül bir

perspektiften değerlendirilmesi, ebeveynlere yönelik destek programlarının güçlendirilmesi ve yaygınlaştırılması önem taşımaktadır. Ayrıca, kurumlar arası koordinasyon ve iş birliğinin optimize edilmesi için sistematik politikaların oluşturulması, çocukların istismar ve ihmalden korunmasına yönelik önleyici ve koruyucu programların etkinliğinin artırılması ve yaygınlaştırılması gerekmektedir. Bu stratejilerin etkili bir şekilde uygulanması, sağlık tedbiri altındaki çocukların psikososyal iyilik hallerinin artırılmasına ve topluma sağlıklı bireyler olarak kazandırılmalarına katkıda bulunacaktır.

Etik Onam: Bu çalışma, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Bilimsel Araştırmalar ve Yayın Etiği Kurulu tarafından onaylanmıştır (karar no: 2335, tarih: 29.12.2022).

Yazar Katkıları:

Konsept: S.B.Ç.

Literatür Tarama: S.B.Ç., G.İ.U.

Tasarım: S.B.Ç.

Veri toplama: S.B.Ç., G.İ.U.

Analiz ve yorum: S.B.Ç., S.G.

Makale yazımı: S.B.Ç., G.İ.U., S.G.

Eleştirel incelenmesi: S.B.Ç., S.G.

Çıkar Çatışması: Yazar(lar), çıkar çatışması olmadığını beyan etmiştir.

Finansal Destek: Yazar(lar), bu çalışma için finansal destek almadığını beyan etmiştir.

Kaynaklar

- Dağ H, Doğan M, Sazak S, Kaçar A, Yılmaz B, Doğan A, ve ark. Çocuk Haklarına Güncel Yaklaşım. Cukurova Med J. 2015;40(1):1.
- Tatlı M, Örün E. Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi'ne Göre Türk Çocuklarının Sağlık ve Sosyal Hakları Açısından Durumu. Yeni Tıp Derg. 2012;29(3):132-137.
- Çocuk Koruma Kanunu (ÇKK). 5395 Sayılı Kanun. 03.07.2005.
- Kul M, Dağ P, Akdağ B, Canoğulları Kul G. Sağlık Tedbiri Uygulaması Kapsamında Takip Edilen Çocuk ve Ergenlerin Psikososyal Değerlendirme Sonuçları. Bull Leg Med. 2023;28(3):267-272.
- Güller B, Yaylacı F. Sağlık Tedbiri Nedeniyle Takip Edilen Çocuk ve Ergenlerin Sosyo-demografik ve Klinik Özellikleri. Turk J Child Adolesc Ment Health. 2022;29(2):67-74.
- Nasıroğlu S. Sağlık Tedbiri Alınan Çocuk ve Ergenlerin Ruhsal Değerlendirmesi. Cukurova Med J. 2017;42(Suppl 1):645.
- Akdağ B. Sağlık Tedbiri Kapsamındaki Çocukların Çocuk Psikiyatrisi Perspektifinden Değerlendirilmesi: Bir İlçe Örneği. Current Perspectives in Social Sciences. 2023;27(2):152-159.
- Çetintaş A, Ersoy E, Kaya Y, Aksüt Y. Çocuk Cinsel İstismarı ve Toplumsal Risk Faktörleri. Tarih Okulu Dergisi. 2021;14(52):2114-2137.
- Topuz A, Sarp N. İzmir Adliyesi'nde Görülen Çocuk İstismarı Vakalarının İçerik Analizi (Cinsel İstismar). Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi. 2023;6(1):69-89.
- Turla A, Aydın B, Uygul ES, Günbegi MZ, Kuloğlu MM, Karabekiroğlu K. Sexual Abuse of Children in Turkey: Psychiatric Evaluation of 1785 Cases. Noro Psikiyatr Ars. 2022;59(3):193-196.
- Norman R, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. Plos Med. 2012;9(11):e1001349.
- Herrenkohl T, Hong S, Klika J, Herrenkohl R, Russo M. Developmental impacts of child abuse and neglect related to adult mental health, substance use, and physical health. J Fam Violence. 2013;28(2):135-145.
- Bayrak N, Akpınar D, Üstüner Top F, Uzun S. The Evaluation of Child Sexual Abuse: Child Advocacy Center Example. J Dr Behcet Uz Child Hosp. 2022;12(1):67-75.
- Cook P, Kang S. Birthdays, schooling, and crime: regression-discontinuity analysis of school performance, delinquency, dropout, and crime initiation. Am Econ J Appl Econ. 2016;8(1):33-57.
- Bilginer Ç, Hesapçıoğlu S, Kandil S. Çocukluk Çağı Cinsel İstismarı: Mağdur ve Sanık Açısından Çok Yönlü Bakış. Dusunen Adam. 2013;26(1):55-64.
- Şimşek Ş, Uysal C, Gençdoğan S, Bez Y. Türkiye'de Çocuk Cinsel İstismarı: Gözden Geçirme Çalışması. Mustafa Kemal Univ Tıp Derg. 2013;4(14):26-38.
- Pelit K, Alkan M. Suça Sürüklenen Çocukların Sosyo-Demografik ve Suç Özelliklerinin İncelenmesi. Türkiye Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi. 2022;6(1):51-65.
- Güneş D, Gökler R. Türkiye'de Suça Sürüklenen Çocukların Aile Özellikleri. J Hum Sci. 2017;14(4):3742-3755.