

ÇOCUK PSİKİYATRİ POLİKLİNİĞİNDE TAKİP EDİLEN SAĞLIK TEDBİRİ ALTINDAKİ ERGENLERDE SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER, PSİKİYATRİK TANILAR VE UYUMSUZ KİŞİLİK ÖZELLİKLERİNİN İNCELENMESİ

INVESTIGATION OF SOCIODEMOGRAPHIC FEATURES, PSYCHIATRIC DIAGNOSES,
AND MALADAPTIVE PERSONALITY TRAITS IN ADOLESCENTS UNDER PROTECTIVE HEALTH
MEASURES FOLLOWED IN A CHILD PSYCHIATRY OUTPATIENT CLINIC

Yekta ÖZKAN¹, Merve UZUN¹, Çağla ÇELİKKOL SADIÇ¹, Hacer Gizem GERÇEK¹, Aziz KARA²

¹Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı

²Hisar Hospital Intercontinental, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

ÖZET

AMAÇ: Bu çalışma, bir üniversite hastanesinde 5395 sayılı Çocuk Koruma Kanunu kapsamında sağlık tedbiri altında ilk kez başvuran ve takip edilen ergenler için alınan tedbir kararlarını, ergenlerin sosyodemografik özelliklerini, psikiyatrik tanılarını ve uyumsuz kişilik özelliklerini araştırmayı amaçlamıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM: Araştırma, sağlık tedbiri kapsamında izlenen 11-17 yaş aralığındaki ergenlerle yürütülmüştür. Katılımcıların ve ebeveynlerinin sosyodemografik bilgileri klinik görüşmeler ile elde edilmiş, katılımcıların psikiyatrik değerlendirmeleri ise K-SADS-PL-T ile yapılmıştır. Kişilik özelliklerini değerlendirmek amacıyla DSM-5 Kısa Form Kişilik Envanteri (PID-5-BF) uygulanmıştır. Veriler, SPSS 26.0 paket programı kullanılarak analiz edilmiştir.

BULGULAR: 73 katılımcının %63'ünde en az bir psikiyatrik tanı saptanmıştır. Görülen bu tanıların sırasıyla, depresif bozukluklar (%26), dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) (%24,7), özgül öğrenme bozukluğu (ÖÖB) (%13,7), anksiyete bozuklukları (%11), travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) (%11), karşıt olma karşı gelme bozukluğu (KOKGB) (%8,2), obsesif kompulsif bozukluk (OKB) ve ilişkili bozukluklar (%4,1) ile davranım bozukluğudur (DB) (%4,1). PID-5-BF alt boyutlarına göre, örneklemde %35,6'sında orta ve ağır düzeyde olumsuz duygulanım, %38,4'ünde orta ve ağır düzeyde uzak olma, %46,6'sında orta ve ağır düzeyde karşıtlık, %35,6'sında orta ve ağır düzeyde disinhibisyon, %13,7'sinde orta düzeyde psikotizm uyumsuz kişilik özellikleri görüldüğü saptanmış olup genel olarak değerlendirildiğinde ise %28,8'inde orta ve ağır düzeyde uyumsuz kişilik özellikleri görüldüğü saptanmıştır.

SONUÇ: Sağlık tedbiri altındaki ergenlerin büyük bir kısmında çeşitli psikiyatrik tanıları görüldüğü ve uyumsuz kişilik özellikleri gösterdikleri saptanmıştır. Çalışmanın sonuçları, çocuk koruma sisteminde çalışan profesyonellere bu ergenler için olası riskleri belirleme, önleme, tanı, tedavi ve takip etme aşamalarında yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

ANAHTAR KELİMELEER: Çocuk koruma hizmetleri, Sağlık tedbiri, Ergenlik, Kişilik, PID-5-BF.

ABSTRACT

OBJECTIVE: This study aimed to investigate the protective health measures taken, sociodemographic characteristics, psychiatric diagnoses, and maladaptive personality traits of adolescents who were admitted and followed up for the first time under the scope of Law No. 5395 on Child Protection at a university hospital.

MATERIAL AND METHODS: The study was conducted with adolescents aged 11–17 years who were monitored under protective health measures. Sociodemographic information of the participants and their parents was obtained through clinical interviews, and psychiatric evaluations were conducted using the K-SADS-PL-T. The DSM-5 Personality Inventory–Brief Form (PID-5-BF) was administered to assess personality traits. Data were analyzed using the SPSS 26.0 software package.

RESULTS: At least one psychiatric diagnosis was identified in 63% of the 73 participants. The most common diagnoses were depressive disorders (26%), attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) (24.7%), specific learning disorder (SLD) (13.7%), anxiety disorders (11%), post-traumatic stress disorder (PTSD) (11%), oppositional defiant disorder (ODD) (8.2%), obsessive-compulsive disorder (OCD) and related disorders (4.1%), and conduct disorder (CD) (4.1%). According to PID-5-BF subscales, moderate to severe levels of negative affectivity were found in 35.6% of participants, moderate to severe detachment in 38.4%, moderate to severe antagonism in 46.6%, moderate to severe disinhibition in 35.6%, and moderate levels of psychotism in 13.7%. Overall, 28.8% of the sample exhibited moderate to severe maladaptive personality traits.

CONCLUSIONS: A substantial proportion of adolescents under protective health measures were found to have various psychiatric diagnoses and exhibit maladaptive personality traits. These findings may serve as a valuable guide for professionals within the child protection system in identifying potential risks, implementing preventive strategies, making accurate diagnoses, and providing appropriate treatment and follow-up for these adolescents.

KEYWORDS: Child protection services, Health measure, Adolescence, Personality, PID-5-BF.

Geliş Tarihi / Received: 08.04.2025

Kabul Tarihi / Accepted: 05.05.2025

Yazışma Adresi / Correspondence: Dr. Öğr. Üyesi Yekta ÖZKAN

Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı

E-mail: ozkanyekta@hotmail.com

Orcid No (Sırasıyla): 0000-0003-2220-9967, 0009-0007-9008-5990, 0000-0001-6153-301X, 0000-0002-0786-0826, 0000-0003-0925-5723

Etik Kurul / Ethical Committee: Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Etik Kurulu (07.03.2025/2025-199).

GİRİŞ

Ergenlik, bireyin kimlik ve benlik duygusunu geliştirdiği, özerklik arayışına girdiği önemli bir dönemdir. Ergenler bu dönemde yetişkin davranışlarını deneyimlemeye başlar; cinsellik, madde kullanımı ve dijital kimlik gibi konular kimlik gelişiminin bir parçası olarak ortaya çıkmaktadır (1). Değişen beden yapısına ve zihinsel süreçlere uyum sağlama süreci, ergenlerde kimlik gelişimi ve bireyselleşme sürecini etkileyebilmektedir. Normal seyreden bir ergenlik süreci bile bireyin ve ailesinin çeşitli zorluklarla karşılaşmasına neden olabilmektedir (2). Ergenlerde, beyinde yanıt engellenmesi, risk alma ve ödül dengesi, duygu düzenleme ile ilgili alanlar başta olmak üzere frontal ve prefrontal korteksin tam gelişmemiş olması nedeniyle dürtüsellik, planlama ve karar verme becerileri henüz yeterince olgunlaşmamış olup ergenlerin riskli kararlar almasına ve zorluklar yaşamasına neden olabilmektedir (3). Ayrıca, aile içi dinamikler, ailenin sosyoekonomik durumu, psikopatolojisi, riskli çevrelerde büyüme ve akran etkisi gibi faktörlerin ergenin davranışında önemli belirleyiciler olup suça yönelim, yasa dışı aktivitelerde bulunma, olumsuz yaşam deneyimleri yaşama, intihar düşünceleri ve girişimleri gibi ruhsal sıkıntılar ve davranışsal bozukluklar yaşama olasılığını artırmaktadır (4, 5). Bu risk faktörlerinin etkisi, çocuklukta yaşanan olumsuz deneyimlerle daha da güçlenmektedir. Erken yaşta yaşanan olumsuz deneyimler, hem dışsallaştırıcı hem de içselleştirici davranış problemleri ile ilişkilidir (6).

Çocukluk çağı boyunca olumsuz deneyimlere maruz kalma oranı oldukça yüksek olup, yapılan bir çalışmada çocukların %78,6'sının birden fazla olumsuz deneyim yaşadığı belirlenmiştir (7). Bu olumsuz çocukluk deneyimleri arasında fiziksel, duygusal ve cinsel istismar, ihmal, ebeveyn kaybı, boşanma, aile içi şiddet, madde bağımlılığına maruz kalma ve ekonomik yoksunluk gibi faktörler yer almaktadır. Erken yaşta travmaya maruz kalma, beyin yapısında kalıcı değişikliklere yol açarak, korku öğrenimini artırmakta ve duygusal düzenleme güçlüklerine neden olmaktadır (8). Çocuk istismarının en yaygın davranışsal sonucu düzensiz ve kontrolsüz saldırganlıktır (1). Dört veya daha fazla olumsuz çocukluk deneyimi yaşayan bireyler-

de, fiziksel ve ruhsal sağlık sorunları daha sık görülmektedir. Bu bireylerde sigara ve alkol kullanımı, madde bağımlılığı, kişilerarası şiddet ve kendine zarar verme riski belirgin şekilde artmaktadır (9, 10). Cinsel istismara maruz kalan çocuklarda, ilk yılda anksiyete, depresyon, saldırganlık ve dikkat problemleri gibi sorunları yoğun olduğu, ilerleyen yıllarda bu sorunların azaldığı ancak normal popülasyona göre yüksek seviyelerde kaldığı gösterilmiştir (11). Benzer şekilde, duygusal istismar ve ihmal yaşayan çocuklarda mutsuzluk, düşük benlik saygısı, kaygı, karşıt olma-karşı gelme ve antisosyal davranışların sık görüldüğü belirtilmektedir (12). Yapılan bir sistematik derlemede ihmal ve duygusal kötü muamelenin depresyon, kaygı, intihar düşüncesi, suç eğilimi ve antisosyal davranışlarla ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır (13). Bu nedenle, erken müdahale ve koruyucu önlemler, sağlık üzerindeki uzun vadeli etkileri azaltmada kritik bir rol oynamaktadır.

Birleşmiş Milletler Çocuk Haklarına Dair Sözleşmesi (ÇHS), çocukların yaşama, gelişme, korunma ve katılım haklarını temel alarak, onların her türlü ihmal ve istismardan uzak, güvenli bir ortamda büyümelerini amaçlamaktadır (14). Türkiye'de ise çocuk haklarını korumak amacıyla 5395 Sayılı Çocuk Koruma Kanunu yürürlüğe girmiştir. Bu kanun kapsamında, çocuğun sağlıklı gelişimini tehdit eden durumlar karşısında alınacak koruma tedbirleri uygulanmaktadır (15). Bu tedbirlerden biri olan sağlık tedbiri, çocuğun fiziksel ve ruhsal sağlığının korunması ve tedavisi için gerekli tıbbi bakım ve rehabilitasyonu kapsamaktadır. Araştırmalar, sağlık tedbiri uygulanan çocukların büyük bir kısmının cinsel istismara maruz kaldığını, bunun yanı sıra ihmal, fiziksel istismar, boşanma sonrası destek ihtiyacı, madde kullanımı, evden kaçma, ebeveyn kaybı, kurum bakımında olma, suça sürüklenme, tedavi ve okul reddi gibi nedenlerle de sağlık tedbiri kapsamına alındığını göstermektedir (16, 17). Bu çocuklara sağlık tedbirinin yanında danışmanlık, eğitim ve bakım tedbiri gibi ek önlemler de uygulanabilmektedir. Sağlık tedbiri kararı verilen çocukların büyük bir kısmı psikiyatrik tanı almakta olup, en yaygın tanıları arasında davranım bozukluğu, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB), travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), öğrenme güçlüğü

ve anlksal yeti yitimi gibi nörogelişimsel bozukluklar yer almaktadır (16, 18 - 20). DSM-5'in geliştirilme sürecinde, kişilik bozukluklarının yüksek komorbidite ve heterojenitesi nedeniyle mevcut kategorik sistemin sınırlılıkları tartışılmış ve tanı sürecinde boyutsal bir yaklaşım önerilmiştir. Kategorik sistemin psikopatoloji şiddetini ölçememesi, birden fazla tanı alma olasılığını artırarak klinik yararlılığı azaltmaktadır. Boyutsal model ise kişilik özelliklerinin farklı yoğunluklarda taşınabildiğini göstererek komorbiditeyi açıklama ve psikopatoloji şiddetini değerlendirme açısından daha işlevsel bulunmuştur. Bu doğrultuda, uyumsuz kişilik özellikleri olumsuz duygulanım ve uzak olma (içe yönelim bozuklukları ile ilişkili), karşıtlık ve disinhibisyon (dışa yönelim bozuklukları ile ilişkili) ve psikotizm olmak üzere beş ana boyutta tanımlanmıştır. Olumsuz duygulanım, duygusal tutarsızlık, kaygı ve ayrışmadaki güvensizlik; uzak olma, geri çekilme, zevk alamama ve yakın ilişkilerden kaçınma; karşıtlık, manipülatiflik, yalancılık ve büyükenmecilik; disinhibisyon, sorumsuzluk, dürtüsellik ve odaklanmada güçlük; psikotiklik ise sıra dışı inançlar ve yaşantılar, eksantriklik ve algısal düzensizlik ile karakterizedir (21).

Çocukluk çağında yaşanan travmatik deneyimler, bireyin duygu düzenleme, bağlanma ve kişilik gelişimini olumsuz etkileyerek ilerleyen yaşlarda ilişkisel ve psikolojik sorunlara yol açabilmektedir (22). Kurum bakımında yetişen çocuklarda uzak olma, duygusal küntlük, sosyal ilişkilerde zorlanma, öğrenme güçlükleri, düşük okul başarısı, disinhibisyon, saldırganlık ve suça eğilim gibi ortak özellikler tanımlanmıştır (23). Ayrıca, suça sürüklenen çocuk ve ergenlerde yüksek stres düzeyi, yetersiz problem çözme becerileri, agresif tutumlar, düşük ahlaki yargılama ve dikkat sorunlarının yaygın olduğu, bu grubun büyük bir kısmının en az bir psikiyatrik bozukluk tanısı aldığı gösterilmiştir (24 - 26). Mevcut literatür, sağlık tedbiri altındaki ergenlerde psikiyatrik ve sosyodemografik özellikleri değerlendiren çeşitli çalışmalar içerirken ergenlerin kişilik özelliklerini ve alt boyutlarını değerlendiren herhangi bir çalışma içermemektedir. Literatürdeki bu boşluk fark edilerek bu çalışma tasarlanmıştır olup ilk defa DSM-5 kısa form kişilik envanteri sağlık tedbiri altındaki ergenlerde kişilik özelliklerini değerlendirmek için kullanılmıştır.

Çalışma şu üç soruya cevap aramaktadır;

1. *Sağlık tedbiri altında izlenen ergenlerde, sosyodemografik özellikler ve psikiyatrik tanılar nelerdir ?*
2. *Uyumsuz kişilik özelliklerinin yaygınlığı nedir ?*
3. *Bu grupta psikiyatrik tanısı olan ve olmayan gruplar arasında uyumsuz kişilik özellikleri açısından bir fark mıdır ?*

Bu sorulara bağlı olarak, bu çalışma, bir üniversite hastanesinden takipli sağlık tedbiri kararı bulunan ergenlerde sosyodemografik özellikler, psikiyatrik tanılar ve uyumsuz kişilik özelliklerini tanımlayıcı açıdan değerlendirerek literatüre yeni bilgiler kazandırmayı amaçlamaktadır. Çalışmanın sonuçları ile de çocuk koruma sisteminde çalışan profesyonellere tanılama, tedavi ve takipte yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma, Mart 2025 - Nisan 2025 tarihleri arasında Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda yapılmış olup yeni başvuru ve hali hazırda takibi yapılan 11-17 yaş aralığındaki sağlık, eğitim ve danışmanlık tedbiri/tedbirleri uygulanan ergenleri içeren tek merkezli kesitsel bir çalışmadır. Çalışmaya işleme ve dışlama kriterleri sonucunda 73 ergen ve bu ergenlerin ebeveynleri katılmıştır.

Çalışmanın işleme kriterleri, sağlık, eğitim ve danışmanlık tedbiri ile takip ediliyor olmak, 11-17 yaş arasında olmak ve hem ergenin hem de ebeveynin araştırmaya katılım için hem sözlü hem de yazılı onam vermesi olarak belirlenmiştir. Psikiyatrik görüşmeye uyum sağlayamayacak ve ölçekleri dolduramayacak düzeyde psikiyatrik bozukluğu (Şizofreni spektrum bozuklukları, otizm spektrum bozukluğu, zihinsel gerilik) ve nörolojik hastalığı olanlar ve onam vermeyenler de çalışmanın dışlama kriterlerini oluşturmuştur. Katılımcılar araştırmanın amacı ve süreci hakkında bilgilendirilmiş, gönüllülük esasına dayalı olarak araştırmaya dâhil edilmişlerdir. Ebeveynler ve ergenler, kendileri ile ilgili yaş, cinsiyet, eğitim durumu ve önceki psikiyatrik veya tıbbi geçmiş gibi sosyodemografik ve klinik bilgileri sağlamıştır. Ergenlerle, yarı yapılandırılmış klinik görüşme olan okul çağı çocuk-

lara afektif bozukluklar ve şizofreni için şimdi ve yaşam boyu çizelgesi Türkçe versiyonu (K-SA-DS-PL-T) uygulanmış ve ergenin mevcut psikiyatrik durumu değerlendirilmiştir. Ardından ergenlerden, DSM-5 Kısa Form Kişilik Envanteri (PID-5-BF) doldurmaları istenmiştir. Klinisyen tarafından envanterin tüm maddeleri tekrar değerlendirilmiş, eksiksiz ve hatasız doldurulması sağlanmış ve ham puanlar hesaplanmıştır.

Veri Toplama Araçları

Sosyodemografik Veri Formu

Ergenlerin ve ebeveynlerinin yaş, cinsiyet, eğitim durumu, aile yapısı ve ekonomik düzeyi, ruhsal ve fiziksel hastalık öyküleri gibi temel sosyodemografik değişkenleri araştırmacılar tarafından geliştirilen bir veri formu aracılığıyla değerlendirilmiştir. Bu form, hem ebeveynlerden hem de ergenden alınan bilgiler doğrultusunda klinisyen tarafından doldurulmuştur.

Okul Çağı Çocuklara Afektif Bozukluklar ve Şizofreni için Şimdi ve Yaşam Boyu Çizelgesi Türkçe versiyonu (K-SADS-PL-T)

Bu ölçek, 6-18 yaş arası çocuk ve ergenlerde psikiyatrik bozuklukların varlığını belirlemek amacıyla kullanılan, yarı yapılandırılmış bir klinik görüşme formudur. Tarama skorları ve tanı açısından güvenilirliği yüksek olan bu ölçeğin, Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Gökler ve ark. (27) tarafından yapılmıştır. Bu görüşmelerde depresif belirtiler, kaygı bozuklukları, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, davranım sorunları ve diğer psikiyatrik bozukluklar incelenmiştir.

DSM-5 Kısa Form Kişilik Envanteri (PID-5-BF)

Bu ölçek, Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından DSM-5'in "Alternatif Model for Personality Disorders" bölümünde tanımlanan kişilik özelliklerini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek, Türkçeye uyarlanarak 11-17 yaş grubuna yönelik olarak kullanılmakta olup, olumsuz duygulanım, uzak olma, karşıtlık, disinhibisyon ve psikotizm olmak üzere beş ana kişilik boyutunu değerlendirmektedir (28). Ölçekteki her bir madde 4 dereceli bir skala üzerinde değerlendirilmektedir (0= çok yanlış veya sıklıkla yanlış; 1= bazen ya da bir ölçüde yanlış; 2= bazen ya da bir ölçüde doğru; 3= çok doğru veya sıklıkla doğru). Klinisyenin her bir alan ve sonunda da

tüm ölçek için olan ortalama puanları hesaplayıp kullanması beklenmektedir. Ortalama alan puanı ham alan skorunun alandaki maddelerin sayısına bölünmesi ile hesaplanmaktadır (Örn. Eğer "olumsuz duygulanım" alanı kapsamındaki tüm maddeler "bazen veya bir düzeyde doğru" olarak derecelendirilmiş ise o zaman ortalama alan skoru $10/5=2$ olacak ve orta düzeyde olumsuz duygulanımı işaret edecektir). Ortalama toplam puanı ise toplam ham skoru ölçekteki maddelerin sayısına bölerek hesaplanmaktadır. Kusurlu sonuçlar yuvarlanarak 0, sorun yok; 1, hafif düzeyde; 2, orta düzeyde ve 3, ağır düzeyde sorunu işaret etmektedir. Ayrıca, ergenin kişilik disfonksiyonu şiddetinin zaman içerisindeki değişimini izlemek için belirtilerin kararlılığı ve tedavi durumuna bağlı olarak, klinik açıdan gerekli görülen düzenli aralıklarla tekrar uygulanabilmektedir. Belirli bir boyut ya da alandaki süregelen yüksek değerler uygulama yapılan ergen için olası önemli sorun alanlarını ve daha ileri değerlendirme, tedavi ve izlem gerekliliğini işaret edebilmektedir (28).

Etik Kurul

Çalışmaya başlamadan önce Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi müdahale olmayan bilimsel araştırmalar etik kurulu'ndan 07.03.2025 tarihli, 2025/199 sayılı ve 2025/4 toplantı numaralı etik kurulu onayı alınmıştır.

İstatistiksel Analiz

İstatistiksel değerlendirme, IBM SPSS 26.0 paket programı ile yapıldı. Kolmogorov-Smirnov Testi ile normal dağılıma uygunluk değerlendirildi. Tüm veriler normal dağılım göstermiş olup nümerik değişkenler ortalama $\pm$ standart sapma, kategorik değişkenler ise frekans (n) ve yüzdelikler (%) olarak verilmiştir. Kategorik verilerin karşılaştırmaları Ki-Kare testi ile yapılmıştır. Analizler için anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR

Örneklemin Sosyodemografik Özellikleri

Çalışmaya 31 erkek (%42,5) ve 42 kız (%57,5) olmak üzere toplam 73 ergen dahil edilmiştir. Katılımcıların yaş ortalaması $14,03 \pm 1,98$ yıl olarak bulunmuştur. Eğitim düzeylerine bakıldığında, en büyük grubu %50,7 (n=37) oranında

ortaokul öğrencileri oluştururken, bunu %34,2 (n=25) ile lise öğrencileri takip etmiştir. Aile yapısı değerlendirildiğinde, %57,5 (n=42) ergenin anne ve babasının birlikte olduğu, %28,8'inin (n=21) parçalanmış ailede yaşadığı saptanmıştır. Ayrıca, katılımcıların %64,4'ü (n=47) çekirdek ailede, %27,4'ü (n=20) geniş ailede, %8,2'si (n=6) yuvada/kurumda yaşamaktadır. Katılımcıların tamamının (%100) göç geçmişi bulunmamaktadır. Aile içi akrabalık oranı %9,6 (n=7) olarak belirlenmiştir. Kardeş sayısı açısından bakıldığında, en sık görülen dağılım %39,7 (n=29) ile iki kardeşli ailelerdir. Anne yaş ortalaması $39,30 \pm 5,19$ yıl, baba yaş ortalaması ise $43,22 \pm 7,41$ yıl olarak hesaplanmıştır. Anne eğitim düzeyi en sık %43,8 (n=32) ile ilkökul, baba eğitim düzeyi ise eşit oranda (%32,9; n=24) ilkökul ve ortaokul mezuniyeti olarak bulunmuştur. Annelerin %78,1'i (n=57) çalışmazken, babaların %69,9'u (n=51) çalışmaktadır. Ailelerin %56,2'si (n=41) 0-22.000 TL, %12,3'ü (n=9) 50.000 – 100.000 TL gelir aralığında yer almaktadır. Anne ve babada psikiyatrik bozukluk sırasıyla %20,5 (n=15) ve %12,3 (n=9) oranında bulunurken, kronik fiziksel hastalık varlığı annelerde %8,2 (n=6), babalarda ise %4,1 (n=3) oranında saptanmıştır. Ayrıntılı olarak tüm sosyodemografik veriler **Tablo 1**'de gösterilmiştir.

Tablo 1: Sosyodemografik Özellikler

	Örneklem	
Erkek/Kız	31 (%42,5) / 42 (%57,5)	
Yaş (Yıl) (ortalama $\pm$ standart sapma)	14,03 $\pm$ 1,98	
Ergenin Eğitim Durumu	n	%
İlkokul	3	4,1
Ortaokul	37	50,7
Lise	25	34,2
Açık Öğretim	8	11
Aile Yapısı (1)	n	%
Anne-Baba Birlikte	42	57,5
Parçalanmış Aile	21	28,8
Anne ve/veya Baba Vefat	6	8,2
Anne ve/veya Baba Yeni Eşle Birlikte	4	5,5
Aile Yapısı (2)	n	%
Çekirdek Aile	47	64,4
Geniş Aile	20	27,4
Yuvada/Kurumda Kalıyor	6	8,2
Göç	n	%
Var	0	0
Yok	73	100
Akrabalık	n	%
Var	7	9,6
Yok	66	90,4
Kardeş Sayısı	n	%
Tek Çocuk	8	11
2 Kardeş	29	39,7
3 Kardeş	19	26
4 Kardeş ve üstü	17	23,3
Anne Yaş (Yıl) (ortalama $\pm$ standart sapma)	39,30 $\pm$ 5,19	
Baba Yaş (Yıl) (ortalama $\pm$ standart sapma)	43,22 $\pm$ 7,41	
Anne Eğitim Durumu	n	%
Okuryazar Değil	8	11
İlkokul	32	43,8
Ortaokul	21	28,8
Lise	8	11
Üniversite	4	5,5
Baba Eğitim Durumu	n	%
Okuryazar Değil	5	6,8
İlkokul	24	32,9
Ortaokul	24	32,9
Lise	12	16,4
Üniversite	8	11
İş/Çalışma Durumu	Çalışıyor	Çalışmıyor
Anne	16 (%21,9)	57 (%78,1)
Baba	51 (%69,9)	22 (%30,1)
Ailenin Gelir Durumu	n	%
0-22.000 TL	41	56,2
22.000-50.000 TL	23	31,5
50.000-100.000 TL	9	12,3
Psikiyatrik Bozukluk Varlığı	Var	Yok
Anne	15 (%20,5)	58 (%79,5)
Baba	9 (%12,3)	64 (%87,7)
Kronik Fiziksel Hastalık Varlığı	Var	Yok
Anne	6 (%8,2)	67 (%91,8)
Baba	3 (%4,1)	70 (%95,9)

Örneklem Tedbir Bilgileri

Katılımcıların 3'ü yeni başvuru olup 70'i mevcut takipli ergenlerden oluşmaktadır. Katılımcılarda uygulanan tedbir süresi ortalama $11,77 \pm 9,61$ ay olarak hesaplanmıştır. En sık verilen tedbir kararı %52,1 (n=38) oranında sadece sağlık tedbiri olup, bunu %30,1 (n=22) ile sağlık ve danışmanlık tedbiri ve %17,8 (n=13) ile sağlık, danışmanlık ve eğitim tedbiri takip etmektedir. Tedbir nedenleri incelendiğinde, en yaygın sebebin %52,1 (n=38) ile çocuğun psikiyatrik durumu olduğu saptanmıştır. İhmal %47,9 (n=35) oranında bildirilirken, istismar oranı %37 (n=27) olarak bulunmuştur. Suça sürüklenme %12,3 (n=9), boşanma %5,5 (n=4), ebeveyn vefatı %2,8 (n=2), ebeveynin psikiyatrik bozukluğu ve madde kullanımı ise %1,4 (n=1) oranında saptanmıştır. Ayrıntılı olarak tüm tedbir bilgileri **Tablo 2**'de gösterilmiştir.

Tablo 2: Tedbir Bilgileri

Tedbir Süresi (Ay) (ortalama $\pm$ standart sapma)	Örneklem	
	11,77 $\pm$ 9,61	
Tedbir Kararları	n	%
Sadece Sağlık Tedbiri	38	52,1
Sağlık ve Danışmanlık Tedbiri	22	30,1
Sağlık, Danışmanlık ve Eğitim Tedbiri	13	17,8
Tedbir Nedenleri	n	%
İhmal		
Var	35	47,9
Yok	38	52,1
İstismar		
Var	27	37
Yok	46	63
Boşanma		
Var	4	5,5
Yok	69	94,5
Çocuğun Psikiyatrik Durumu		
Var	38	52,1
Yok	35	47,9
Suç Sürüklenme		
Var	9	12,3
Yok	64	87,7
Ebeveynin Psikiyatrik Durumu ve Madde Kullanımı		
Var	1	1,4
Yok	72	98,6
Ebeveyn Vefatı		
Var	2	2,8
Yok	71	97,2

Psikiyatrik Tanılar ve Psikofarmakolojik Tedavi Bilgileri

Örneklemdeki ergenlerin %63'ünde (n=46) en az bir psikiyatrik tanı bulunmaktayken, %37'sinde (n=27) herhangi bir psikiyatrik tanı saptanmamıştır. En sık görülen tanıların arasında %26 (n=19) ile depresif bozukluklar ve %24,7 (n=18) ile DEHB yer almaktadır. Bunun yanı sıra, özgül öğrenme bozukluğu (ÖÖB) %13,7 (n=10), anksiyete bozuklukları %11 (n=8), TSSB %11 (n=8), karşıt olma karşı gelme bozukluğu (KOKGB) %8,2 (n=6), obsesif kompulsif bozukluk (OKB) ve ilişkili bozukluklar %4,1 (n=3) ve davranım bozukluğu (DB) %4,1 (n=3) oranında rapor edilmiştir. Psikofarmakolojik tedavi uygulanan bireylerin oranı %47,9 (n=35) olup, en sık kullanılan ilaç grupları antidepresanlar %31,5 (n=23) ve psikostimülanlar, atomoksetin ve guanfasin

tedavileridir %24,7 (n=18). Antipsikotikler %15 (n=11) oranında reçetelenirken, benzodiazepin kullanımı %1,4'tür (n=1). Ayrıntılı olarak tüm psikiyatrik tanılar ve psikofarmakolojik tedaviler **Tablo 3**'te gösterilmiştir. Ayrıca, tüm sağlık tedbiri kapsamında takip edilen ergenler, aile görüşmeleri ve tedavileri, bireysel motivasyonel görüşmeler ve psikoterapilerle takip edilmektedir.

Tablo 3: Psikiyatrik Tanılar ve Psikofarmakolojik Tedavi Bilgileri

Psikiyatrik Bozukluklar	n	Örneklem	%
Psikiyatrik Tanı			
Var	46	63	
Yok	27	37	
Tanımlar			
DEHB			
Var	18	24,7	
Yok	55	75,3	
KOKGB			
Var	6	8,2	
Yok	67	91,8	
DB			
Var	3	4,1	
Yok	70	95,9	
ÖÖG			
Var	10	13,7	
Yok	63	86,3	
Depresif Bozukluklar			
Var	19	26	
Yok	54	74	
Anksiyete Bozuklukları			
Var	8	11	
Yok	65	89	
OKB ve İlişkili Bozukluklar			
Var	3	4,1	
Yok	70	95,9	
TSSB			
Var	8	11	
Yok	65	89	
Psikofarmakolojik Tedavi			
Var	35	47,9	
Yok	38	52,1	
Psikofarmakolojik Tedavi Çeşitleri			
Psikostimülanlar , Atomoksetin ve Guanfasin	18	24,7	
Antidepresanlar	23	31,5	
Antipsikotikler	11	15	
Benzodiazepinler	1	1,4	

Örneklemin Kişilik Envanteri Sonuçları

PID-5-BF ölçeğinin değerlendirdiği uyumsuz kişilik özellikleri incelendiğinde, olumsuz duygulanım açısından katılımcıların %27,4'ünde (n=20) herhangi bir sorun saptanmazken, %37'sinde (n=27) hafif, %27,4'ünde (n=20) orta ve %8,2'sinde (n=6) ağır düzeyde sorun saptanmıştır. Uzak olma alt boyutunda, katılımcıların %27,4'ünde (n=20) sorun saptanmamışken, %34,2'sinde (n=25) hafif, %28,8'inde (n=21) orta ve %9,6'sında (n=7) ağır düzeyde sorun saptanmıştır. Karşıtlık alt boyutu değerlendirildiğinde, %24,7'lik kesimde (n=18) herhangi bir sorun saptanmazken, %28,8'inde (n=21) hafif, %37'sinde (n=27) orta ve %9,6'sında (n=7) ağır düzeyde sorun gözlemlenmiştir. Ölçeğin disinhibisyon alt boyutunda, %30,1 (n=22) oranında sorun tespit edilmezken, %34,2'sinde (n=25) hafif, %26'sında (n=19) orta ve %9,6'sında (n=7) ağır düzeyde sorun rapor edilmiştir. Psikotizm alt boyutunda, katılımcıların %38,4'ü (n=28) herhangi bir sorun yaşamazken, %47,9'u (n=35) hafif, %13,7'si (n=10) orta düzeyde belirtiler bildirmiştir; ağır düzeyde sorun bildiren birey bulunmamıştır. Ölçeğin ortalama

toplam puanı açısından değerlendirildiğinde ise örneklemin %27,4'lük (n=20) kısmında herhangi bir sorun saptanmazken, %43,8'i (n=32) hafif, %24,7'si (n=18) orta ve %4,1'i (n=3) ağır düzeyde sorun yaşadığı saptanmıştır. Ayrıntılı olarak tüm ölçek sonuçları **Tablo 4**'te gösterilmiştir.

Tablo 4: PID-5-BF Envanteri Sonuçları

PID-5-BF	n	Örneklem	%
Olumsuz Duygulanım			
0 (0-0,49) (Sorun yok)	20	27,4	
1 (0,5-1,49) (Hafif düzey)	27	37	
2 (1,5-2,49) (Orta düzey)	20	27,4	
3 (2,5-3) (Ağır düzey)	6	8,2	
Uzak Olma			
0 (0-0,49) (Sorun yok)	20	27,4	
1 (0,5-1,49) (Hafif düzey)	25	34,2	
2 (1,5-2,49) (Orta düzey)	21	28,8	
3 (2,5-3) (Ağır düzey)	7	9,6	
Karşıtlık			
0 (0-0,49) (Sorun yok)	18	24,7	
1 (0,5-1,49) (Hafif düzey)	21	28,8	
2 (1,5-2,49) (Orta düzey)	27	37	
3 (2,5-3) (Ağır düzey)	7	9,6	
Disinhibisyon			
0 (0-0,49) (Sorun yok)	22	30,1	
1 (0,5-1,49) (Hafif düzey)	25	34,2	
2 (1,5-2,49) (Orta düzey)	19	26	
3 (2,5-3) (Ağır düzey)	7	9,6	
Psikotizm			
0 (0-0,49) (Sorun yok)	28	38,4	
1 (0,5-1,49) (Hafif düzey)	35	47,9	
2 (1,5-2,49) (Orta düzey)	10	13,7	
3 (2,5-3) (Ağır düzey)	0	0	
Toplam			
0 (0-0,49) (Sorun yok)	20	27,4	
1 (0,5-1,49) (Hafif düzey)	32	43,8	
2 (1,5-2,49) (Orta düzey)	18	24,7	
3 (2,5-3) (Ağır düzey)	3	4,1	

Psikiyatrik Tanı Varlığına Göre PID-5-BF Envanteri Sonuçlarının Karşılaştırılması

PID-5-BF olumsuz duygulanım alt boyutunda, psikiyatrik bozukluk tanısı olan ergenlerin %17,4'ünde (n=8) sorun bulunmazken, %41,3'ünde (n=19) hafif, %30,4'ünde (n=14) orta ve %10,9'unda (n=5) ağır düzeyde sorun tespit edilmiştir. Tanı almayan ergenlerin %44,4'ünde (n=12) sorun bulunmazken, %29,6'sında (n=8) hafif, %22,2'sinde (n=6) orta ve %3,7'sinde (n=1) ağır düzeyde sorun saptanmıştır. İki grup arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($\chi^2=6,654$, $p=0,084$). Uzak olma alt boyutunda, tanı alan ergenlerin %17,4'ünde (n=8) sorun bulunmazken, %39,1'inde (n=18) hafif, %32,6'sında (n=15) orta ve %10,9'unda (n=5) ağır düzeyde sorun bulunmuştur. Tanı almayan ergenlerin %44,4'ünde (n=12) sorun bulunmazken, %25,9'unda (n=7) hafif, %22,2'sinde (n=6) orta ve %7,4'ünde (n=2) ağır düzeyde sorun saptanmıştır. Gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($\chi^2=6,262$, $p=0,100$). Karşıtlık alt boyutunda, tanı alan ergenlerin %19,6'sında (n=9) sorun bulunmazken, %26,1'inde (n=12) hafif, %45,7'sinde (n=21) orta ve %8,7'sinde (n=4) ağır düzeyde sorun bulunmuştur. Tanı almayan ergenlerin %33,3'ünde (n=9) sorun bulunmazken, %33,3'ünde (n=9) hafif, %22,2'sinde (n=6) orta ve %11,1'inde (n=3) ağır düzeyde sorun gözlemlenmiştir. Gruplar arasında

anlamli bir fark bulunmamıştır ($\chi^2=4,247$, $p=0,236$). Disinhibisyon alt boyutunda, tanı alan ergenlerin %21,7'sinde ($n=10$) sorun bulunmazken, %32,6'sında ($n=15$) hafif, %34,8'inde ($n=16$) orta ve %10,9'unda ($n=5$) ağır düzeyde sorun bulunmuştur. Tanı almayanların %44,4'ünde ($n=12$) sorun bulunmazken, %37,0'ında ($n=10$) hafif, %11,1'inde ($n=3$) orta ve %7,4'ünde ($n=2$) ağır düzeyde sorun saptanmıştır. Gruplar arasında anlamlı fark gözlenmemiştir ($\chi^2=6,883$, $p=0,076$). Psikotizm alt boyutunda, psikiyatrik tanısı olan grubun %28,3'ünde ($n=13$) sorun bulunmazken, %54,3'ünde ($n=25$) hafif ve %17,4'ünde ($n=8$) orta düzeyde sorun gözlenmiştir. Tanı almayanların %55,6'sında ($n=15$) sorun bulunmazken, %37,0'ında ($n=10$) hafif ve %7,4'ünde ($n=2$) orta düzeyde sorun bulunmuş, her iki grupta da ağır düzeyde sorun bildiren katılımcı olmamıştır. Gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($\chi^2=5,606$, $p=0,132$). PID-5-BF toplam puanı açısından değerlendirildiğinde, psikiyatrik tanısı olan ergenlerin %19,6'sında ($n=9$) sorun bulunmazken, %43,5'inde ($n=20$) hafif, %30,4'ünde ($n=14$) orta ve %6,5'inde ($n=3$) ağır düzeyde sorun saptanmıştır. Tanı almayan ergenlerin %40,7'sinde ($n=11$) sorun bulunmazken, %44,4'ünde ($n=12$) hafif, %14,8'inde ($n=4$) orta düzeyde sorun saptanmış ve ağır düzeyde sorun bildiren katılımcı olmamıştır. Toplam puanlar açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($\chi^2=6,233$, $p=0,101$). Ayrıntılı sonuçlar **Tablo 5**'te gösterilmiştir.

Tablo 5: Psikiyatrik tanı varlığına göre PID-5-BF envanteri sonuçlarının karşılaştırılması

PID-5-BF	Psikiyatrik Bozukluk	χ^2	p^*
Olumsuz Duygulanım	Var (n=46)	Yok (n=27)	
0 (0-0,49) (Sorun yok)	8	12	
1 (0,5-1,49) (Hafif düzey)	19	8	6,654
2 (1,5-2,49) (Orta düzey)	14	6	0,084
3 (2,5-3) (Ağır düzey)	5	1	
Uzak Olma	Var (n=46)	Yok (n=27)	
0 (0-0,49) (Sorun yok)	8	12	
1 (0,5-1,49) (Hafif düzey)	18	7	6,262
2 (1,5-2,49) (Orta düzey)	15	6	0,100
3 (2,5-3) (Ağır düzey)	5	2	
Karşıtlık	Var (n=46)	Yok (n=27)	
0 (0-0,49) (Sorun yok)	9	9	
1 (0,5-1,49) (Hafif düzey)	12	9	4,247
2 (1,5-2,49) (Orta düzey)	21	6	0,236
3 (2,5-3) (Ağır düzey)	4	3	
Disinhibisyon	Var (n=46)	Yok (n=27)	
0 (0-0,49) (Sorun yok)	10	12	
1 (0,5-1,49) (Hafif düzey)	15	10	6,883
2 (1,5-2,49) (Orta düzey)	16	3	0,076
3 (2,5-3) (Ağır düzey)	5	2	
Psikotizm	Var (n=46)	Yok (n=27)	
0 (0-0,49) (Sorun yok)	13	15	
1 (0,5-1,49) (Hafif düzey)	25	10	5,606
2 (1,5-2,49) (Orta düzey)	8	2	0,132
3 (2,5-3) (Ağır düzey)	0	0	
Toplam	Var (n=46)	Yok (n=27)	
0 (0-0,49) (Sorun yok)	9	11	
1 (0,5-1,49) (Hafif düzey)	20	12	6,233
2 (1,5-2,49) (Orta düzey)	14	4	0,101
3 (2,5-3) (Ağır düzey)	3	0	

* Ki-Kare Testi

tedbir kararlarını, ergenlerin sosyodemografik özelliklerini, psikiyatrik tanılarını ve tedavilerini ve uyumsuz kişilik özelliklerini tanımlayıcı açıdan araştırmayı amaçlamıştır. Çalışmanın bulguları, bu ergenlerin önemli bir kısmının en az bir psikiyatrik tanıya sahip olduğunu ve en yaygın tanıları arasında depresif bozukluklar ve DEHB olduğunu göstermektedir. Ayrıca, kişilik özellikleri değerlendirildiğinde, olumsuz duygulanım, karşıtlık ve uzak olma boyutlarında orta ve ağır düzeylerde sorunlar yaşadıklarını göstermiştir. Bu sonuçlar, sağlık tedbiri kararı alınan ergenlerin ruh sağlığı açısından dikkatle değerlendirilmesi gerektiğini, kişilik özelliklerinin yaşadıkları duygusal ve davranışsal sorunlarda önemli bir rol oynayabileceğini, klinisyenler için tanı, tedavi ve takip sürecinde bu açılardan da değerlendirmenin önemli olabileceğini vurgulamaktadır.

Örneklemin sosyodemografik özellikleri incelendiğinde, özellikle anne yaşı başta olmak üzere, anne-baba yaşının küçük olması dikkat çekici olup bu bulgu literatürle uyumludur ve düşük anne-baba yaşı, erken evlilik, plansız gebelik, çocuk gelişimi ve bakımı ile ilgili yeterli düzeyde bilgi sahibi olmama gibi nedenlerle suça sürüklenme ve korunma ihtiyacı gibi tedbir kararı olan çocuk ve ergenlerde bir risk faktörü olarak sayılmaktadır (29, 30). Ayrıca, sağlık tedbiri altında olan ergenlerin ailelerinin büyük çoğunluğunun aylık gelir düzeylerinin asgari ücret ve/veya altında olması, anne ve/veya babanın bir işte çalışmama oranlarının yüksek olması dikkat çekici diğer bulgular olup literatürdeki bulgular ile uyumludur. Bu durumlar, ebeveyn stres düzeyini ve psikopatoloji riskini artırma, çocuk ve ergenin sosyal koşullarını zorlaştırma, gerekli ilgi, bakım ve maddi manevi ihtiyaçları açısından yetersizlik oluşturma gibi sebeplerle suça sürüklenen, ihmal ve istismara uğrayan ve sağlık tedbiri kapsamında değerlendirilen çocuk ve ergenler için risk faktörleri olarak sayılmaktadır (29, 31, 32). Bu çalışmada anne-baba eğitim düzeyleri incelendiğinde ise, annelerin sadece %16,5'inin, babaların da sadece %27,4'ünün lise ve üzeri eğitime sahip olduğu, daha çok ilköğretim ve ortaokul mezunu oldukları görülmektedir.

Bu bulgular, mevcut literatürle benzerlik göstermekte olup başta daha çok anne eğitim düzeyinin düşüklüğü olmak üzere her iki ebeveynin de eğitim düzeylerinin düşük olması suça sürüklenme, ihmal ve istismar gibi sağlık

TARTIŞMA

Bu çalışma, bir üniversite hastanesinde 5395 sayılı çocuk koruma kanunu kapsamında sağlık tedbiri altında takip edilen ergenler için alınan

tedbir ihtiyacı olan çocuk ve ergenlerde risk faktörleri olarak ilişkilendirilmektedir (4, 29, 30). Ebeveynlerin eğitim düzeyinin artırılması, çocukların kötü muameleye maruz kalmasını ve suça sürüklenmesini önleyerek, ruhsal, fiziksel ve toplumsal olumsuzlukları azaltabileceği ve çocukların yüksek yararını korumada önemli bir rol oynayabileceği düşünülmektedir. Ayrıca bu çalışmada, literatürde çocuğun ihmal, istismar, suça sürüklenme ve sağlık tedbiri kapsamında olma ile ilişkisi birçok çalışma ile desteklenmiş anne-baba psikopatolojisi araştırılmış olup örneklemin %20,5'inin annesinde ve %12,3'ünün babasında en az bir psikiyatrik bozukluk varlığı ve literatürle uyumlu olduğu saptanmıştır (29, 33).

DEHB'li çocukların ihmal, istismar ve suça sürüklenme açısından riskli grupta yer aldıkları çeşitli çalışmalarla bildirilmiştir (34, 35). Türkiye'de sağlık tedbiri altındaki çocuklarda yapılan çalışmalar DEHB'nin %45,5, %38,1 ve %20,5 oranlarında görüldüğü raporlanmıştır (19, 29, 36). Çalışmamızda bu oran %24,7 olarak saptanmıştır. Ayrıca, sık görülen bir diğer nörogelişimsel bozukluk olan ÖÖB çalışmamızda %13,7 saptanırken, Türkiye'de 2022'de yapılan bir çalışmada %10,7, 2018'de yapılan bir çalışmada %21,8 saptanmıştır (29, 36). Bu farklılıkların sebepleri olarak çalışmalarda sağlık tedbiri kararı altında değerlendirilen örneklemin yaş ortalamaları arasındaki farklar olabileceği (bu ve 2022'de yapılan çalışmada sadece 11-17 yaş grubunun çalışmaya alındığı diğer çalışmalarda tüm çocuk ve ergenlerin çalışmaya dahil edildiği) ve işleme-dışlama kriterleri gibi metodolojik farklılıkların bu sonuçta yol açabileceği düşünülmüştür. Literatürde, bakımevlerinde kalan çocukların önemli bir kısmında davranış sorunları görülmekte olup, suça sürüklenen çocuklarda da yıkıcı davranış bozukluklarının yaygın olduğu belirtilmektedir (34, 35, 37). Bu çalışmanın örnekleminde Türkiye'de yapılan diğer çalışmalara nazaran KOKGB ve DB görülme oranlarının daha az olduğu saptanmıştır (bu çalışmada KOKGB %8,2; DB %4,1; 2022'de yapılan çalışmada DB %8,9 (36); 2018'de yapılan çalışmada sırasıyla %10,9-%21,8 (29); 2017'de yapılan çalışmada DB %26,3 (19)). Bu farklılıkların sebepleri olarak sağlık tedbiri ile takip edilen çocukların tedbir karar nedenlerindeki farklılıklar olabileceği, bu çalışmada suça

sürüklenen ve bakımevinde kalan korunmaya muhtaç çocuk grubun az olması, ayrıca çalışmalar arasındaki metodolojik farklılıkların da bu sonuçlara yol açabileceği düşünülmüştür.

Koruma ve sağlık tedbiri altındaki çocuklarla yapılan birçok çalışma, ihmal ve istismarın anksiyete bozuklukları, duygudurum bozuklukları ve yıkıcı davranış sorunları gibi ruhsal bozukluklar için risk faktörü olduğunu göstermektedir. Bu çalışmadaki sonuçlara baktığımızda, örnekleminde %26 ile en sık görülen psikiyatrik tanı depresif bozukluklardır. Anksiyete bozuklukları ve TSSB de %11, OKB ve ilişkili bozukluklar ise %4,1 oranında görülmüştür. 2022'de Türkiye'de yapılan bir çalışma, depresif bozuklukların görülme oranını %18,8, TSSB'yi de %8,9 oranında raporlamıştır (36). 2018 yılında Türkiye'de yapılan bir başka çalışmada depresif bozukluklar %10,9, anksiyete bozuklukları %7,3, TSSB %14,5, OKB ve ilişkili bozukluklar %3,6 saptanırken (29); 2017'de yapılan bir çalışmada ise, duygudurum bozukluğu ve depresif bozukluklar %7,8, TSSB %15,7 saptanmıştır (19). Çalışmamızdaki ergenlerin ailelerinin eğitim seviyelerinin düşüklüğü, düşük sosyoekonomik seviyeleri, yüksek psikopatoloji varlığı, örneklemin yüksek ihmal ve istismar oranına sahip olması, bakım ve korunma ihtiyaçlarının olması gibi durumlar bu tanımlar için yüksek risk oluşturduğunu düşündürmüştür.

Literatürde herhangi bir nedenle sağlık tedbiri altında olan ergenlerin ölçek, envanter, anket gibi bir değerlendirme aracıyla metodolojik olarak kişilik özelliklerinin araştırıldığı herhangi bir çalışmaya rastlanmamış olup yaşadıkları duygusal ve davranışsal sorunlar ve bireysel özellikler tanımlanmıştır. Bu çalışmada, depresif bozukluklar ve anksiyete bozuklukları gibi içe yönelim bozukluklarıyla ilişkili olan duygusal tutarsızlıklarla karakterize olumsuz duygulanım ve yakın ilişkilerden kaçınma ile karakterize uzak olma kişilik alt boyutları değerlendirildiğinde, örnekleminizin %37'sinde hafif düzeyde, %35,6'sında ise orta ve ağır düzeyde olumsuz duygulanım; %34,2'sinde hafif düzeyde, %38,4'ünde ise orta ve ağır düzeyde uzak olma uyumsuz kişilik özellikleri görülmüştür. DEHB, KOKGB ve DB gibi dışa yönelim bozukluklarıyla ilişkili olan manipülatiflik ve büyülenmecilikle karakterize karşıtlık ve sorumsuz-

luk ve dürtüsellikle karakterize disinhibisyon kişilik alt boyutları incelendiğinde, örneklemimizin %28,8'inde hafif düzeyde, %46,6'sında orta ve ağır düzeyde karışıklık; %34,2'sinde hafif düzeyde, %35,6'sında ise orta ve ağır düzeyde disinhibisyon uyumsuz kişilik özellikleri görülmüştür. Psikotizm uyumsuz kişilik özelliği açısından, örneklemimizin %47,9'unda hafif düzeyde, %13,7'sinde orta düzeyde görüldüğü saptanmıştır. Örneklemimizin geneline baktığımızda ise, uyumsuz kişilik özellikleri, %43,8'inde hafif düzeyde, %28,8'inde ise orta ve ağır düzeyde görüldüğü saptanmıştır. Çocukluk döneminde yaşanan travmatik olumsuz deneyimler, kişinin duygu düzenleme, bağlanma, kendilik ve kişilik gelişimi üzerine büyük etkiler gösterir. Şimdi ve daha sonraki her türlü ilişkilerinde güçlükler yaşamalarına neden olabilir. İlişkilerinde, yakınlık, sıcaklık, duyarlılık ve süreklilik göstermede zorluk yaşayabilirler. Bu bireyler, güvensiz, kaygılı ve kaçınmacı bağlanma stili geliştirme, psikonevrotik, sosyopat ve/veya psikotik bozukluklar açısından risk altındadır (22). Kurum bakımında, yuvada yetişmiş çocuklarda, uzak olma, genel bir ilgisizlik, donuk bakışlar, içe dönüklük, çevreye duyarsızlaşma, arkadaşlık kurmada zorluk, insan ilişkilerinde kendilerini geri çekme, girişkenlikte, merak ve ilgide azalma, kendilerini ifade etmede kısıtlılık, duygusal olarak künt, sevgi karşısında kuşkulu ve duyarsız olma, arkadaşının eşyasını izinsiz alma, düşünme ve kavrama zayıflığı, öğrenmeye direnç ve öğrenmede zorluk, okul başarısında düşüklük, okuldan kaçma, disinhibisyon, olumsuz duygulanım, kavgacı ve saldırganlık gösterme, suça meyil gibi ortak özellikler tanımlanmaktadır (23). Suça sürüklenen çocuk ve ergenlerde yapılan çalışmalarda, yüksek stres düzeyi gösterdikleri, stresle baş etme mekanizmalarını ve sosyal problemler başta olmak üzere problem çözme becerilerini uygun ve tam olarak kullanamadıkları, daha çok agresif ve saldırgan tutumlar ve daha düşük düzeyde ahlaki davranışlar gösterdikleri ve daha düşük ahlaki yargılama düzeylerine sahip oldukları, sosyal aktivitelere daha az katıldıkları, başkaları tarafından kendilerinin uyumsuz olarak algılandıklarını düşündükleri, sosyal görünüşleriyle daha çok ilgilendikleri, daha çok öfke sorunu yaşadıkları, daha çok dikkat sorunları yaşadıkları ve her 10 suça sü-

rüklenen ergenden 8'inde en az bir psikiyatrik bozukluk tanısı aldığı bulunmuştur (24-26). Bu çalışmanın literatürdeki diğer çalışmalardan farkları ve güçlü yönleri, metodolojik olarak prospektif olarak tasarlanması, K-SADS-PL-T uygulananması ve sağlık tedbiri kapsamında takip edilen ergenlerin DSM-5'e göre kişilik özelliklerinin alt boyutlarını bir envanterle somut ve ayrıntılı olarak tanımlamasıdır. Bunun yanında çalışmanın örneklem sayısının azlığı ve tüm sağlık tedbiri ile takip edilen çocuk ve ergenleri içermemesi bir kısıtlılık oluşturmakta ve sonuçlarının genellenebilirliğini engellemektedir. Örneklemimizin zeka düzeyleri, takip edilen ergenlerde geçmiş psikometrik test sonuçları (WISC-R, Kent EGY ve Porteus) ve klinik görüşme ve muayene ile belirlenirken, yeni takip ergenlerde ise sadece klinik görüşme ve muayene ile belirlenmiştir, bu da çalışmamızın bir diğer kısıtlılığını oluşturmaktadır. Literatürde sağlık tedbiri altındaki çocuk ve ergenlerle ilgili yapılan çalışmalar kısıtlıdır. Çalışmalar sağlık tedbiri kapsamındaki çocuk ve ergenleri çeşitli açılardan incelemeliler ve olası riskleri belirleme, önleme, tanılama, tedavi ve takip etme aşamalarında uzmanlara daha çok bilimsel bilgi sağlamalıdır.

KAYNAKLAR

1. Dulcan MK (Edited by). Dulcan's textbook of child and adolescent psychiatry. 3rd Edition, Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing, 2022:75-89.
2. Çelik G, Tahiroğlu A, Avcı A. Ergenlik Döneminde Beynin Yapısal ve Nörokimyasal Değişimi. Klinik Psikiyatri Dergisi. 2008;11(1):42-7.
3. Weinberger DR, Elvevåg B, Giedd JN. The adolescent brain. Washington, DC: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy. 2005;1:10-2.
4. Akduman G, Akduman B, Cantürk G. Ergen suçluluğunda bazı kişisel ve ailesel özelliklerin incelenmesi Orijinal Araştırma. Türk Pediatri Arşivi. 2007;42(4):156-61.
5. Kobulsky JM, Villodas M, Yoon D, Wildfeuer R, Steinberg L, Dubowitz H. Adolescent neglect and health risk. Child maltreatment. 2022;27(2):174-84.
6. Clarkson Freeman PA. Prevalence and relationship between adverse childhood experiences and child behavior among young children. Infant mental health journal. 2014;35(6):544-54.
7. Sofuoğlu Z, Oral R, Aydın F, et al. Türkiye'nin üç ilinde olumsuz çocukluk çağı deneyimleri epidemiyolojik çalışması. Türk Pediatri Arşivi. 2014;49(1):47-56.

8. McLaughlin KA, Sheridan MA, Lambert HK. Childhood adversity and neural development: Deprivation and threat as distinct dimensions of early experience. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2014;47:578-91.
9. Boullier M, Blair M. Adverse childhood experiences. *Pediatrics and Child Health*. 2018;28(3):132-7.
10. Hughes K, Bellis MA, Hardcastle KA, et al. The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet public health*. 2017;2(8):e356-e66.
11. Ozbaran B, Erermis S, Bukusoglu N, et al. Social and emotional outcomes of child sexual abuse: a clinical sample in Turkey. *Journal of interpersonal violence*. 2009;24(9):1478-93.
12. Glaser D. Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): A conceptual framework. *Child abuse & neglect*. 2002;26(6-7):697-714.
13. Naughton A, Cowley L, Tempest V, Maguire S, Mann MK, Kemp AM. Ask Me! self-reported features of adolescents experiencing neglect or emotional maltreatment: a rapid systematic review. *Child: care, health and development*. 2017;43(3):348-60.
14. Milletler, B. (1989). Birleşmiş Milletler Çocuk Haklarına Dair Sözleşmesi. http://cocukhaklari.barobirlik.org.tr/dokuman/mevzuat_uamevzuat/birlesmismilletler.pdf. Erişim Tarihi: 05.04.2025.
15. Kanunu ÇK. Kanun Numarası: 5393. Kabul tarihi. 2005;3(07):2005.
16. Karadağ F, Kolbüken YÇ. Sağlık Tedbiri Kararı Bulunan Çocukların Koruyucu/Önleyici Hizmetler Kapsamında Değerlendirilmesi. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*. 2022(19):86-102.
17. Er Fazlıoğlu A. Sağlık Tedbiri Kapsamında Tedavisi Yürütülen Çocukların ve Ailelerinin Psikososyal Özelliklerinin Sosyal Hizmet Perspektifinden Değerlendirilmesi. *Journal of International Social Research*. 2019;12(64):735-42.
18. Kul, M., Dağ, P., Akdağ, B., Kul, G. C. Sağlık Tedbiri Uygulaması Kapsamında Takip Edilen Çocuk ve Ergenlerin Psikososyal Değerlendirme Sonuçları. *Adli Tıp Bülteni*. 2023;28(3):267-72.
19. Nasıroğlu S. Sağlık tedbiri alınan çocuk ve ergenlerin ruhsal açıdan değerlendirilmesi. *Cukurova Medical Journal*. 2017;42(3):484-9.
20. Karagöz D. Bir Çocuk Psikiyatrisi Kliniğine Başvuran Çocuk Evlerinde Kalan Çocuk ve Ergenlerin Klinik Özelliklerinin İncelenmesi. *Turk J Child Adolesc Ment Health*. 2023;30(2):154-61.
21. Krueger RF, Derringer J, Markon KE, Watson D, Skodol AE. Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychological medicine*. 2012;42(9):1879-90.
22. Karataş Z. Bağlanma Kuramı Açısından Kurum Bakımının Çocuklar Üzerindeki Etkileri. *Journal of International Social Research*. 2017;10(54):867-75.
23. Saraç A. Çocuk yuvası bakımında bulunan çocukların davranış sorunları ve çocuk yuvası personeline yapılan eğitimin bu sorunlar üzerindeki etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, 2011.
24. Eryılmaz A. Ergenlik Döneminde Stres ve Başa Çıkma (ss. 20-37). Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2009;6(2):20-37.
25. Arabacı LB, Taş G. Çocuklarda suça sürükleyen faktörler, ruhsal problemler ve hemşirelik bakımı. *Journal of Psychiatric Nursing*. 2017;8(2):110-7.
26. Moore E, Gaskin C, Indig D. Childhood maltreatment and post-traumatic stress disorder among incarcerated young offenders. *Child abuse & neglect*. 2013;37(10):861-70.
27. Gökler B, Ünal F, Pehlivan Türk B, Kültür EÇ, Akdemir D, Taner Y. Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-Türkçe Uyarlamasının Geçerlik ve Güvenirliği. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*. 2004.
28. Yalın Sapmaz S, Ozek Erkuran H, Uzel Tanrıverdi B, Ozturk M, Koroglu E, Aydemir O. Validity and reliability of the Turkish version of the personality inventory for DSM-5-brief form (PID5-BF)-child age. In: Conference: 22st National Adolescent Days, 2017. [Turkish]
29. Sarı U. Kocaeli Üniversitesi çocuk ergen psikiyatrisine başvuran sağlık tedbirli hastaların sosyo-demografik risk faktörlerinin ve ruhsal tanılarının incelenmesi. Uzmanlık Tezi. Kocaeli: Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, 2018.
30. Balkaya A, Ceyhan E. Lise Öğrencilerinin Suç Davranışı Düzeylerinin Bazı Kişisel ve Ailesel Nitelikler Bakımından İncelenmesi. *Aile ve Toplum Dergisi*. 2007;3(11):13-27.
31. Pelton LH. The Continuing Role of Material Factors in Child Maltreatment and Placement. *Child Abuse & Neglect*. 2015;41:30-9.
32. Kocadaş B. Düşük Sosyo-Ekonomik Yapı Suç İlişkisi: Malatya'da Çocuk Suçluluğu. *Sosyoloji Araştırmaları*. 2007;10(1):157-86.
33. Brown J, Cohen P, Johnson JG, et al. A Longitudinal Analysis of Risk Factors For Child Maltreatment: Findings of A 17-Year Prospective Study of Officially Recorded and Self-Reported Child Abuse and Neglect. *Child and Abuse Neglect*. 1998;22(11):1065-78.
34. Mallett CA, Stoddard Dare P, Seck MM. Predicting Juvenile Delinquency: The Nexus of Childhood Maltreatment, Depression and Bipolar Disorder. *Criminal Behaviour and Mental Health*. 2009;19(4):235-46.

- 35.** Robertson AA, Dill PL, Husain J, et al. Prevalence of Mental Illness and Substance Abuse Disorders Among Incarcerated Juvenile Offenders in Mississippi. *Child Psychiatry and Human Development*. 2004;35(1):55-74.
- 36.** Karagöz D. Sağlık Tedbiri Kapsamında Takibi Yapılan Çocuk ve Ergenlerin Klinik Özelliklerinin İncelenmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*. 2022;14(1):268-77.
- 37.** Jee S, Szilagyi M, Blatt S, et al. Timely Identification of Mental Health Problems in Two Foster Care Medical Homes. *Child Youth Services Review*. 2010;32(5):685-90.