T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK TEDBİRİ UYGULAMASI KAPSAMINDA ÇOCUK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI POLİKLİNİĞİNE YÖNLENDİRİLEN ÇOCUKLARIN VE AİLELERİNİN PSİKOSOSYAL ÖZELLİKLERİNİN SOSYAL HİZMET PERSPEKTİFİNDEN DEĞERLENDİRİLMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Ayşe ER FAZLIOĞLU

SOSYAL HİZMET PROGRAMI

Ankara, 2019

T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK TEDBİRİ UYGULAMASI KAPSAMINDA ÇOCUK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI POLİKLİNİĞİNE YÖNLENDİRİLEN ÇOCUKLARIN VE AİLELERİNİN PSİKOSOSYAL ÖZELLİKLERİNİN SOSYAL HİZMET PERSPEKTİFİNDEN DEĞERLENDİRİLMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Ayşe ER FAZLIOĞLU

SOSYAL HİZMET PROGRAMI

Ankara, 2019

T.C.

ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Sağlık Tedbiri Uygulaması Kapsamında Çocuk Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Polikliniğine Yönlendirilen Çocukların Ve Ailelerinin Psikososyal Özelliklerinin Sosyal Hizmet Perspektifinden Değerlendirilmesi

Ayşe ER FAZLIOĞLU

Yüksek Lisans Tezi

12.06.2019

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Cengiz ÖZBESLER

Jüri Üyeleri

Prof. Dr. Cengiz ÖZBESLER

Doç. Dr. Rıza GÖKLER

Dr. Öğr. Üyesi Ömer Faruk CANTEKİN

Okuduğumuz ve Savunmasını dinlediğimiz bu tezin bir Yüksek Lisans derecesi için gereken tüm kapsam ve kalite şartlarını sağladığını beyan ederiz.

Doç. Dr. Ender ŞİMŞEK

Enstitü Müdürü

Bu tezin Yüksek Lisans derecesi için gereken tüm şartları sağladığını tasdik ederim.

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda patent ve telif haklarını ihlal edici etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tezde kullanılmış olan tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

12.06.2019

Ayşe ER FAZLIOĞLU

TEŞEKKÜR

İlk olarak, yüksek lisansa başlamam konusunda beni destekleyen ve tezimin danışmanlığımı yapan, ertelemelerime rağmen bana katlanan, sonsuz sabır gösteren, kendisinden ilham aldığım çok değerli hocam Prof. Dr. Cengiz ÖZBESLER'e,

Hamilelik, lohusalık ve bebek büyütme sürecinde her daim yanımda olarak tezimi yazabilmem için bana zaman yaratmaya çalışan, vazgeçmeyi düşündüğüm zamanlarda beni yüreklendirerek devam etmemi sağlayan, her zaman destekleyen hayat arkadaşım, sevgili eşim Mustafa'ya,

Bu süreçte, sürpriz şekilde hayatımıza giren, bana hayattaki en zor fakat en güzel şey dediğim "Anneliği" tattıran, kısa da olsa gündüz uykularıyla benim için kendince elinden geleni yapmaya çalıştığına inandığım biricik oğlum Ahmet Uygar'a,

Ve her zaman hayattaki şansım dediğim, hiçbir zaman beni yalnız bırakmayan, bugünlere gelmemi sağlayan anneme ve tabi ki babama,

Son olarak, desteklerinden ötürü kardeşim Ömer'e, değerli eşi Sevgili Sibel'e ve her zaman fikir alabildiğim, yardımlarına başvurabildiğim, arkadaşlarım Bilge ASLAN AÇAN'a ve İlkay Başak ADIGÜZEL'e sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum

İÇİNDEKİLER

ÖZET iii
ABSTRACT v
TABLOLAR DİZİNİ vii
1. GİRİŞ 1
2. GENEL BİLGİLER 5
2.1. Çocuk Hakları ve Tarihsel Gelişimi 5
2.1.1. Çocuk Haklarının Türkiye'deki Tarihsel Gelişimi ve Çocuk Koruma Sistemi 9
2.2. Ekolojik Perspektiften Sosyal Hizmet ve Çocuk Refahı 13
2.3. Çocuk Ruh Sağlığı ve Sağlık Tedbiri İle Takip Edilen Çocukların Özellikleri 22
2.3.1. Çocuk İhmal ve İstismarı 22
2.3.2. Aile İçi İstismar 27
2.3.2.1. İhmal 34
2.3.2.2. Cinsel İstismar 36
2.3.2.3. Fiziksel İstismar 45
2.3.2.4. Duygusal İstismar 46
2.3.2.5. Ekonomik İstismar 47
2.4.Madde Bağımlılığı 48
3. MATERYAL VE YÖNTEM 52
3.1. Araştırmanın Modeli 52
3.2. Evren ve Çalışma Grubu 52
3.3. Veri Toplama Araçları 52
3.3.1. Görüşme Formu 52
3.4. Verilerin Toplanması 53
4. BULGULAR 54
4.1. Hakkında Sağlık Tedbiri Uygulaması Olan Çocuklara İlişkin Bulgular 54
4.2. Hakkında Sağlık Tedbiri Uygulaması Olan Çocukların Ebeveynlerine İlişkin Bulgular 64
4.3. Hakkında Sağlık Tedbiri Uygulaması Olan Çocukların Ailelerine İlişkin Bulgular 73
4.4. Sağlık Tedbirine İlişkin Bulgular 79

5. TARTIŞMA 85
5.1. Hakkında Sağlık Tedbiri Uygulaması Olan Çocuğa İlişkin Bulguların Tartışılması 85
5.2. Hakkında Sağlık Tedbiri Uygulaması Olan Çocukların Ebeveynlerine İlişkin Bulguların Tartışılması 92
5.3. Hakkında Sağlık Tedbiri Uygulaması Olan Çocukların Ailelerine İlişkin Bulguların Tartışılması 96
5.4. Sağlık Tedbirine İlişkin Bulguların Tartışılması 99
5.5. Hakkında Sağlık Tedbiri Uygulaması Olan Çocuklara Sağlık Tedbiri Uygulaması Başlatılma Nedenine, Çocukların Tanı/Tanılarına, Farklı Gelişimsel Özellikleri Olup Olmamasına İlişkin Bulguların Tartışılması 99
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 102
7. KAYNAKLAR 109
8. EKLER 127
Ek-1. Etik Kurul Onayı 127
Ek-2. YBÜ Yenimahalle Eğitim Araştırma Hastanesi Araştırma İzni 128
Ek-3. Bilgilendirilmiş Onam Formu 129
Ek-4. Görüşme Formu 130
Ek-5. Özgeçmiş 137

ÖZET

Sağlık Tedbiri Uygulaması Kapsamında Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğine Yönlendirilen Çocukların ve Ailelerinin Psikososyal Özelliklerinin Sosyal Hizmet Perspektifinden Değerlendirilmesi

Bu araştırma, sağlık tedbiri uygulaması kapsamında çocuk ruh sağlığı ve hastalıkları polikliniğine yönlendirilen çocukların ve ailelerinin psikososyal özelliklerinin sosyal hizmet perspektifinden değerlendirilmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir. Bu araştırmada nicel araştırma yöntemlerinden biri olan "Genel tarama modeli" kullanılmıştır. Araştırmanın evrenini, 5395 Sayılı Çocuk Koruma Kanunu kapsamında hakkında sağlık tedbiri uygulaması olan çocuklar ve aileleri, çalışma grubunu ise Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğine yönlendirilen ve hakkında sağlık tedbiri uygulaması olan çocuklar ve aileleri oluşturmaktadır. Veri toplama aracı olarak, araştırmacı tarafından ailelerin psikososyal özelliklerini belirlemek amacıyla; 18 tane çocuğa ilişkin, 17 tane ebeveynlere ilişkin, 9 tane aileye ilişkin, 2 tane sağlık tedbiri uygulamasına ilişkin, 3 tane çocukla ilgili olarak araştırmacı tarafından eklenen, toplam 49 sorudan oluşan görüşme formu oluşturulmuştur. Görüşme formundan elde edilen bilgiler SPSS 15 paket programı ile değerlendirilmiştir.

Araştırma bulgularına göre, sağlık tedbiri uygulaması sonucu çocuk ve ergen psikiyatrisi kliniğinde takip ve tedavisi devam eden çocukların(122) cinsiyetinin çoğunluğunun(%67,2) kız olduğu, yaş aralığının çoğunluğunun(%33,6) 17-18 yaş olduğu, yine büyük kısmının(%59,8) eğitimine devam ettiği, büyük bir kısmının(%62,3) daha önce çocuk ve ergen psikiyatrisi kliniğine başvurmadığı, 55 ailenin(%45,1) psikiyatrik muayene tarihlerine düzenli olarak geldikleri, 54 çocuğun(%44,3) 1 yıl–2 yıl süre aralığında takip ve tedavilerinin devam ettiği, 43 çocuğun(%35,2) sağlık tedbirine ek olarak danışmanlık tedbiri uygulaması ile de takip edildiği, ailelerden edinilen bilgiye göre 113 çocuğun(%92,6) herhangi bir madde kullanımının olmadığı öğrenilmiştir. Katılımcıların 85'inin(%69,7) hakkında sağlık tedbiri uygulaması olan çocuğun annesi olduğu, toplam katılımcıların 80'inin(%65,6) evli, 32'sinin(%26,2) boşanmış olduğu, yine toplam katılımcıların 58'inin (%47,5) ilkokul mezunu olduğu görülmüştür. Ailelerin 41'inin(%33,6) aylık

ortalama gelirinin 1000–2000 TL arası olduğu, ailelerin büyük bir bölümünün(%50,8) sağlık tedbiri uygulamasının çocukları için herhangi bir katkı ve/veya gelişim sağladığını düşünmedikleri, yine büyük kısmının(%54,9) sağlık tedbiri uygulamasının kendilerine de herhangi bir katkı ve/veya gelişim sağladığını düşünmedikleri, ailelerin çoğunluğunun(%62,3) sağlık tedbiri uygulaması hakkında yeterince bilgilendirilmedikleri, çocukların çoğunluğuna(%64,8) cinsel istismar sebebiyle sağlık tedbiri uygulaması başlatıldığı, tanı olarak en fazla Genel Psikiyatrik Muayene (18) tanısı ile takip edildikleri, bunu PTSB(Post Travmatik Stres Bozukluğu) tanısının takip ettiği (11), ayrıca bir kısım çocuğa (%20,5) bu tanılara eşlik eden "Hafif MR" tanısıyla takip edildikleri öğrenilmiştir.

Bu çalışma, çocuk koruma konusunda sağlık alanında en çok başvurulan "Sağlık tedbiri" kararının amacına ulaşıp ulaşmadığını anlamak, çocukların ve ailelerinin özelliklerini daha belirgin görebilme açısından önemlidir. Araştırma bulgularının, çocuk koruma politikaları oluşturulurken dikkate alınması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Çocuk ve ergen ruh sağlığı, psikososyal yaklaşım, sağlık tedbiri, sosyal hizmet

ABSTRACT

Evaluation of Psychosocial Features of Children and Their Families Under Treatments In the Scope of Health Precaution In Social Work Perspective

This study was conducted in a social service perspective to evaluate the psychosocial characteristics of children and their families who were referred to the Child Mental Health and Disease Outpatient Clinic within health precaution implementation. In this study, a general screening model, which is one of the quantitative research methods, was used. The population of the study is composed of children and their families whose health care precaution has been implemented within the scope of Law No. 5395 on Child Protection. The study group composed of children and their families who were directed to the Yıldırım Beyazıt University Training and Research Hospital Child Mental Health and Disease Outpatient Clinic and who were initiated to implement health precaution. In order to determine the psychosocial characteristics of the families by the researcher as a data collection tool; an interview form consisted of 49 questions was created for 18 children, 17 parents, 9 families, 2 health precaution and 3 children added by the researcher. The information obtained from the interview form was evaluated with SPSS 15 package program.

According to the findings of the study, it was learned that the majority of the sexes of children (122) who were observed and treated in the child and adolescent psychiatry clinic as a result of the implementation of health precaution were girls (%67.2), age range of the children (%33.6) was between the ages of 17-18, most of them (%59.8) continued their education, the majority of children (%62.3) did not apply to the child and adolescent psychiatry clinic before, 55 children's parents (%45.1) regularly came to the psychiatric examination dates, 54 children (%44.3) continued their observation and treatment for 1-2 years, 43 children (%35.2) were also followed by counselling precaution in addition to the health precaution, 113 children (%92.6) did not use any substance according to information obtained from parents. It was seen that 85 (%69.7) of the participants were mothers of children with health precaution, 80 of them (%65.6) were married, 32 (%26.2) were divorced and 58 (%47.5) of the total participants graduated from primary school. It was learned that the average monthly income of 41 families (%33.6) were between 1000 - 2000 TL, most

of the families (%50.8) did not think that the implementation of health precaution provide any contribution and/or development for their children, most of the parents (%54.9) did not think that the implementation of health precaution gave their children any contribution and/or development, the majority of the families (%62.3) were not sufficiently informed about the application of health precaution, health precaution implementation (64.8%) was started for the majority (%64.8) of children due to sexual abuse, most children (18) were observed with the diagnosis of General Psychiatric Examination and followed by a diagnosis of PTSD (Post Traumatic Stress Disorder) (11), also some children (%20.5) were followed with the diagnosis of "Mild Mental Retardation".

This study is important in terms of understanding whether the health precaution decision, which is the most commonly used in the field of health care, has reached its aim and seeing the characteristics of children and their families more clearly. It is recommended that research findings should be taken into account when creating child protection policies.

Keywords: Child and adolescent mental health, health precaution, psychosocial approach, social work

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 4.1. Sağlık tedbiri uygulaması olan çocukların cinsiyet dağılımları. 54
Tablo 4.2. Sağlık tedbiri uygulaması olan çocukların yaş dağılımları. 54
Tablo 4.3. Sağlık tedbiri uygulaması olan ve anne babası boşanmış çocukların velayetlerinin kimde olduğuna ilişkin dağılımları. 55
Tablo 4.4. Sağlık tedbiri uygulaması olan çocukların eğitimlerine ilişkin dağılımları. 55
Tablo 4.5. Sağlık tedbiri uygulaması olan çocukların okul devamsızlığı yapıp yapmadıklarına ilişkin dağılımları. 56
Tablo 4.6. Sağlık tedbiri uygulaması olan çocukların daha önce çocuk ve ergen psikiyatri kliniğine başvurup başvurmadıklarına ilişkin dağılımları. 56
Tablo 4.7. Sağlık tedbiri uygulaması olan ve daha önce çocuk ve ergen psikiyatri kliniğine başvuran çocukların ne kadar süredir takip edildiklerine ilişkin dağılımları. 57
Tablo 4.8. Sağlık tedbiri uygulaması olan çocukların hangi sıklıkta psikiyatrik muayeneye gelmeleri gerektiğine ilişkin dağılımları. 57
Tablo 4.9. Sağlık tedbiri uygulaması olan çocukların psikiyatrik muayene tarihlerine düzenli olarak gelip gelmediklerine ilişkin dağılımları..... 58
Tablo 4.10. Sağlık tedbiri uygulaması olan çocukların ne kadar süredir sağlık tedbiri kapsamında takip edildiklerine ilişkin dağılımları. 58
Tablo 4.11. Sağlık tedbiri uygulaması olmadan önce çocuk ve ergen psikiyatri kliniğine başvuran ailelerin ne şikâyetle başvuru yaptıklarına ilişkin dağılımları. 59
Tablo 4.12. Sağlık tedbiri uygulaması başlatılmadan önce çocuk ve ergen psikiyatri kliniğine başvuran ailelerin çocuklarının hangi tanı/tanılar konulduğunu bilmelerine ilişkin dağılımları. 60
Tablo 4.13. Katılımcıların, hakkında sağlık tedbiri uygulaması olan çocuklarının şu anda hangi tanı/tanılar ile takip edildiğini bilmelerine ilişkin dağılımları. 61
Tablo 4.14. Ailelerin sağlık tedbiri uygulamasının çocuklarına katkı ve/veya gelişim sağlayıp sağlamadığına ilişkin düşüncelerinin dağılımları. 62

Tablo 4.15. Sağlık tedbiri uygulaması olan çocuğun, başka bir tedbir uygulaması olup olmadığına ilişkin dağılımları. 62
Tablo 4.16. Sağlık tedbiri uygulaması olan çocukların daha önce kurum bakımından yararlanıp yararlanmadıklarına ilişkin dağılımları. 63
Tablo 4.17. Daha önce kurum bakımından yararlanan çocukların, kurum bakımından ne kadar süre yararlandıklarına ilişkin dağılımları. 63
Tablo 4.18. Sağlık tedbiri uygulaması olan çocukların madde kullanımlarına ilişkin dağılımları. 64
Tablo 4.19. Katılımcıların, hakkında sağlık tedbiri uygulaması olan çocuğa yakınlık derecelerine ilişkin dağılımları. 64
Tablo 4.20. Katılımcıların yaşlarına ilişkin dağılımları. 65
Tablo 4.21. Katılımcıların medeni durumlarına ilişkin dağılımları. 65
Tablo 4.22. Katılımcıların eğitim durumlarına ilişkin dağılımları. 66
Tablo 4.23. Katılımcıların çalışma durumlarına ilişkin dağılımları. 66
Tablo 4.24. Katılımcıların mesleklerine ilişkin dağılımları. 67
Tablo 4.25. Katılımcıların eşlerinin eğitim durumlarına ilişkin dağılımları. 67
Tablo 4.26. Katılımcıların eşlerinin çalışma durumlarına ilişkin dağılımları. 68
Tablo 4.27. Katılımcıların eşlerinin mesleklerine ilişkin dağılımları. 68
Tablo 4.28. Katılımcıların ek iş yapma durumlarına ilişkin durumları. 69
Tablo 4.29. Sağlık tedbiri uygulaması olan çocukların ailelerinin sosyal yardımlardan yararlanma durumlarına ilişkin dağılımları. 69
Tablo 4.30. Sosyal yardımlardan yararlanan ailelerin hangi kurumlardan yardım aldıklarına ilişkin dağılımları. 70
Tablo 4.31. Sağlık tedbiri uygulaması olan çocukların ailelerinin kaç çocuğa sahip olduklarına ilişkin dağılımları. 70
Tablo 4.32. Sağlık tedbiri uygulaması olan çocuğun, ailelerin kaçıncı evliliğinden olduğuna ilişkin dağılımları. 71
Tablo 4.33. Katılımcıların önceki evliliklerinden olan çocuk sayısına ilişkin dağılımları. 71
Tablo 4.34. Katılımcıların sağlık tedbiri uygulamasının kendileri için herhangi bir katkı ve/veya gelişim sağlama durumlarına ilişkin dağılımları. 72
Tablo 4.35. Katılımcıların ve eşlerinin erişkin psikiyatriden destek alma durumlarına ilişkin dağılımları. 72

Tablo 4.36. Sağlık tedbiri uygulaması olan çocukların ailelerinin aylık ortalama gelirlerine ilişkin dağılımları. 73
Tablo 4.37. Sağlık tedbiri uygulaması olan çocukların oturmakta oldukları ilçelere ilişkin dağılımları. 73
Tablo 4.37. Sağlık tedbiri uygulaması olan çocukların oturmakta oldukları ilçelere ilişkin dağılımları (devamı). 74
Tablo 4.38. Katılımcıların oturmakta oldukları evin kime ait olduğuna ilişkin dağılımları. 74
Tablo 4.39. Katılımcıların oturmakta oldukları evde kendi çekirdek aileleri dışında kimlerle yaşadıklarına ilişkin dağılımları. 75
Tablo 4.40. Sağlık tedbiri uygulaması olan çocukların kardeşlerinin psikiyatrik destek almaların ilişkin dağılımları. 76
Tablo 4.41. Katılımcıların, hakkında sağlık tedbiri uygulaması olan çocukların, psikiyatrik destek alan kardeşlerinin hangi tanı/tanılar ile takip edildiklerini bilmelerine ilişkin dağılımları. 76
Tablo 4.42. Katılımcıların aileleri içerisinde alkol kullanan birey olup olmadığına ilişkin dağılımları. 77
Tablo 4.43. Katılımcıların, hakkında sağlık tedbiri uygulaması olan çocukları dışında aile içerisinde madde kullanımı olan bireyin varlığına ilişkin dağılımları 77
Tablo 4.44. Katılımcıların aile içerisinde kumar ve/veya şans/bahis oyunları oynayan bireyin varlığına ilişkin dağılımları. 78
Tablo 4.45. Katılımcıların aileleri içerisinde cezaevine giren birey olup olmadığına ilişkin dağılımları. 78
Tablo 4.46. Katılımcıların sağlık tedbiri uygulaması hakkında yeterince bilgilendirme yapılmasına ilişkin dağılımları. 79
Tablo 4.47. Katılımcılardan sağlık tedbiri uygulaması hakkında yeterince bilgilendirme yapıldığını düşünenlerin kim tarafından bilgilendirildiklerine ilişkin dağılımları. 79
Tablo 4.48. Sağlık tedbiri uygulaması olan çocukların haklarında neden sağlık tedbiri uygulaması başlatıldığına ilişkin dağılımları. 80
Tablo 4.49. Sağlık tedbiri uygulaması olan çocukların şu anda hangi tanı/tanılar ile takip edildiklerine ilişkin dağılımları. 81

Tablo 4.49. Sağlık tedbiri uygulaması olan çocukların şu anda hangi tanı/tanılar ile takip edildiklerine ilişkin dağılımları (devamı)..... 82
Tablo 4.50. Sağlık tedbiri uygulaması olan çocukların farklı gelişimsel özelliklerine ilişkin dağılımları. 83

1. GİRİŞ

17. yüzyılla birlikte çağdaş tanımı şekillenmeye başlanan çocukluk kavramı, çocuğun masumiyeti ve zayıflığını vurgular. Çocukluğun bir masumiyet ve zayıflık dönemi olduğunu ve yetişkinlerin bu masumiyeti koruma ve zayıflığı güçlülüğe dönüştürmeleri gerektiğinin üzerinde durur. Ayrıca çocukların çalışma hayatından uzaklaştırılmaları, eğitime ve okula yönlendirilmeleri gerektiğini ifade eder (1). Aydınlanma çağıyla birlikte toplumun da çocuğun korunması konusunda sorumluluğunun bulunduğu bilincinin geliştiği görülür (2).

Bir toplumun çocuklara ne kadar önem verdiği ne kadar gelişmiş olduğunu gösteren ögelerden biridir. Her çocuk bakım ve gözetiminin iyi şartlarda yapıldığı, kötü muameleye maruz kalmadığı, kendini güvende hissettiği, korunduğu bir ailede ve ortamda büyüme hakkıyla doğar. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin, çocuk hakları konusuna özellikle önem verdikleri görülür (3, 4).

Çocuk koruma sistemi, çocukların ihmal ve istismardan kaynaklanan "risk" ten korunması için kendilerine sağlanan hizmet veya yardımların bütünü olarak tanımlanmaktadır (5). Sosyal politika tarihinde çocukların korunması yasal düzenlemeler içerisinde öncelikli olarak ele alınmıştır. Geçmişten bugüne "korunmaya muhtaç çocuk" konusu, çocuklara yönelik bakım hizmetlerinin nasıl olması gerektiği sosyal politikanın sorunlarından bir tanesidir (6). Çocuk Hakları Sözleşmesi Madde 24'e göre, her çocuğun sağlık yönünden en iyi hizmeti alma hakkı vardır. Fakat sağlık hizmeti konusunda ailelerin yetkileri, ailelerin sorumluluk rolü üstlenebilecek yeterli koşulları olmadığında veya çocuklarına karşı ilgili olmadıkları zamanlarda mahkemelerce engellenir (7).

Çocuk refahı alanı, tarihsel sürece baktığımızda sosyal çalışma disiplininin her dönem temel çalışma alanlarından biri olmuştur. Sosyal hizmet uzmanları, bulundukları ülkelerin çocuk koruma sistemleri aracılığıyla, çocukların ve ailelerinin problemleri için çözüm önerileri geliştirir, ihtiyaç ve gereksinimlerinin sosyal kurumlarca karşılanmasını sağlamaya çalışır, gerçekleştireceği müdahalelerle

mesleki rollerini yerine getirirler. Çocuk refahı alanı, devletin bakım kurumlarını, ihmal ve/veya istismara uğradığı tespit edilen çocukları korumayı, onlara uygun hizmet modelleri geliştirmeyi hedefleyen koruyucu, önleyici, rehabilite edici çalışmaları kapsamaktadır (8).

Sosyal hizmet mesleği çalışanlarının, aile ve çocuk refahı alanında çalışırken öncelikli görevlerinden biri ihmal ve istismarı önleyici erken müdahale politikaları geliştirilmesine katkı sağlamaktır; risk altındaki çocukların ihmal ve istismardan uzak tutulabilmelerinin yolu, çocukların ve ailelerinin ihtiyaç ve gereksinimlerinin belirleyerek, çocuk odaklı erken müdahale programları geliştirmektir (8). Ekolojik sistem yaklaşımına göre de, koruyucu önleyici çalışmalar yapılarak çocuklar için risk faktörlerinin ortadan kaldırılarak ailelerin güçlendirilmesi gerekmektedir (9).

Ülkemizde çocuk koruma sistemine tarihsel olarak baktığımızda, 1983 yılında "2828" sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Yasası çıkarılmıştır. Daha sonra 2005'te yürürlüğe giren Çocuk Koruma Yasası bu alandaki en yeni düzenleme niteliğindedir. Nihayetinde Türkiye'de çocukların korunmasına ilişkin düzenlemeler; 2828 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Yasası ve 5395 sayılı Çocuk Koruma Kanunu hükümlerine tabi olmuştur(10). Günümüzde "Korunmaya muhtaç çocuklar" 5395 sayılı ÇKK koruyucu ve destekleyici tedbir kararları ile korunmaktadır. Sağlık tedbiri koruyucu ve destekleyici tedbir kararlarından bir tanesidir. İhmal ve/veya istismar mağduru çocukların tıbbi bakımları, özellikle de ruh sağlığı yönünden tedavilerinin sürdürülmesi sağlık tedbiri kapsamında yürütülür. Mahkeme kararı doğrultusunda; ailenin en az üç ayda bir kere olmak üzere çocuk ve ergen psikiyatri kliniğine başvurması istenir. Ailelerin hastaneye geliş ve gidişlerinin takibi hastanelerin tıbbi sosyal hizmet birimi tarafından yapılır. Sosyal hizmet uzmanı vaka yöneticisi olarak mesleki rolünü yerine getirir, tedaviyi yürüten doktor ve diğer profesyonellerle koordineli olarak çalışır, tedavi planını düzenli olarak resmi yazılarla mahkeme ile paylaşır, gerektiğinde çocuğu ilgilendiren diğer kurumlarla eşgüdümü sağlar, çocuğun ve ailenin gereksinimlerini belirler ve gerekli yönlendirmeleri yapar.

Sağlık tedbiri uygulaması ile takip ve tedavisi sürdürülen çocukların büyük kısmının ergenlik döneminde olduğu görülmektedir. Sağlık tedbiri uygulaması başlatılmasının başlıca nedenlerinin cinsel istismar, fiziksel istismar, duygusal

istismar, ihmal ve madde bağımlılığı olduğu görülür. Dolayısıyla ihmal ve istismara maruz kalan çocukların ruh sağlığı ekibi tarafından uzun dönem takip ve tedavi altına alınması gerekmektedir. İhmal ve istismarın çocuklar ve ergenler üzerindeki etkilerine derinlemesine bakmak, uygulanacak tedavinin niteliği açısından faydalı olacaktır. Ayrıca aile işlevlerinde bozukluk, çocukta eşlik eden diğer psikiyatrik tanılar(DEHB, davranım bozukluğu, zeka geriliği vb.) olması sebebiyle, sağlık tedbiri uygulaması çocukla birlikte aileyi de kapsayan planlı bir tedaviyi gerektirmektedir.

Çocuk ihmal ve istismarının aslında antik çağa kadar uzandığı görülür. Antik Çağda, geleneksel Doğu ve Batıda, bugünkü anlamıyla özel bir çocukluk dönemi olmadığı ve çocukların çok kısa bir sürede yetişkin olmak zorunda kaldığı görülür. Geleneksel Doğu'da, toplumun savaşçı ve mücadeleci genç insanlara duyduğu ihtiyaç, çocukları kısa sürede yetişkin olmaya zorlar. Bu durum eski Türk Destanlarında, masal ve öykülerinde (Oğuz Kağan ve Manas Destanları, Dede Korkut Masalları vb.) açıkça görülür (11).

Çocuklar şiddete en fazla aile içinde maruz kalmaktadırlar. Çocuklar aile içerisinde hem şiddete maruz kalan hem de tanık olan kişi olabilmektedir. Dolayısıyla şiddetten hem doğrudan hem de dolaylı yoldan etkilenebilirler. Ayrıca günümüzde halen birçok aile fiziksel şiddeti disiplin yöntemi olarak kullanabilmektedir (12). Şiddet doğrudan çocuğu hedef almasa da bütün aile içi şiddet örüntüleri çocukların ruh sağlığını olumsuz etkilemektedir. Bu yüzden ruh sağlığı çalışanlar muayeneler ve görüşmeler sırasında aile içi şiddetin varlığını anlayabilmek için aile içi ilişkileri, çatışmaları detaylı olarak sorgulamalıdır (13).

Bu çalışmada, Çocuk Koruma Kanunu'nun koruyucu ve destekleyici tedbir kararlarından olan Sağlık Tedbirinin çocukların ve ailelerinin özelliklerini belirlemek, sağlık tedbirinin çocuklara ve ailelere katkı sağlayıp sağlamadığını anlamak ve ülkemizin çocuk koruma sistemi olması bakımından varsa eksikliklerini ortaya koymak, sağlık tedbirinin amacına hizmet edip etmediğini anlamak amaçlanmıştır. Bu çalışmanın genel amacı, sağlık tedbiri uygulaması kapsamında çocuk ruh sağlığı ve hastalıkları polikliniğine yönlendirilen çocukların ve ailelerinin psikososyal özelliklerinin sosyal hizmet perspektifinden değerlendirilerek sosyal hizmet uygulamalarına katkı sağlamayı amaçlamaktadır.

Bu genel amaç doğrultusunda aşağıdaki alt amaçlar incelenecektir.

1. Hakkında sağlık tedbiri uygulaması olan çocukla ilgili sağlık tedbiri kararının çıkma nedeni nedir?

2. Hakkında sağlık tedbiri uygulaması olan çocuk ve ailesinin sosyo-demografik özellikleri nelerdir?

3. Hakkında sağlık tedbiri uygulaması olan çocuğun ailesinin sosyo-ekonomik özellikleri nelerdir?

4. Hakkında sağlık tedbiri uygulaması olan çocuğun içinde bulunduğu aile tipi ve özellikleri nelerdir?

5. Hakkında sağlık tedbiri uygulaması olan çocuğun ailesinin daha önce çocuk ve ergen psikiyatri kliniğine başvurmuş mudur? Başvurdu ise ne kadar süredir takip edilmektedir?

6. Hakkında sağlık tedbiri uygulaması olan çocuğun ailesinin daha önce çocuk ve ergen psikiyatri kliniğine başvurdu ise yakınma şikayeti nedir?

7. Hakkında sağlık tedbiri uygulaması olan çocuk, çocuk ve ergen psikiyatri hekimi tarafından hangi tanı ile takip edilmektedir?

8. Hakkında sağlık tedbiri uygulaması olan çocuğun ailesi sağlık tedbiri uygulaması sonrası hastane kontrollerine düzenli olarak gelmekte midir?

9. Hakkında sağlık tedbiri uygulaması olan çocuğun ailesi sağlık tedbiri uygulamasının kendileri için katkı ve/veya gelişim sağladığını düşünmekte midir?

10. Sağlık tedbiri uygulamasının tartışılması gereken ve eksik görülen yerler hangi noktalardır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Çocuk Hakları ve Tarihsel Gelişimi

17. yüzyılla birlikte çağdaş tanımı şekillenmeye başlanan "çocukluk" kavramı, çocuğun masumiyeti ve zayıflığını vurgular. Çocukluğun bir masumiyet ve zayıflık dönemi olduğunu ve yetişkinlerin bu masumiyeti koruma ve zayıflığı güçlülüğe dönüştürmeleri gerektiğinin üzerinde durur. Ayrıca çocukların çalışma hayatından uzaklaştırılmaları, eğitime ve okula yönlendirilmeleri gerektiğini de ifade eder (1).

Ortaçağda ve daha öncesinde çocuklar günlük yaşamda "çocuk" olarak değil, küçük bir yetişkin olarak görülmekteydi. Sonraki dönemlerle birlikte çocukluk çağına modern yaklaşım gelişmeye başlamış ve "çocukluk" döneminin insan gelişiminde ayrıca ele alınması gerektiği öngörülmüştür (14). Aydınlanma çağıyla birlikte toplumun da çocuğun korunması konusunda sorumluluğunun bulunduğu bilincinin geliştiği görülür. Ortaçağ'dan sonra batı ülkelerinin özellikle Fransız Devrimi'nden sonra çocukların korunması savunulmuştur (2). Aydınlanma çağının düşünürlerinden John Locke, çocuğun "saf ve temiz" olarak dünyaya geldiğini, yine Rousseau da çocukların çocukluğunu yaşaması gerektiğini savunmuştur (15).

17. ve 18. yüzyıldan sonra Avrupa'da ülkelerin gelişmişlik seviyelerine paralel olarak, çocukluk çağına yaklaşım ve çocuk refahı politikaları gelişmiş, bunun beraberinde çocuk koruma sistemleri ortaya çıkmıştır (8). Çocukların özel ilgiye, gerekli koruma ve uygun yaklaşıma ihtiyacının olması, benzer şekilde hukuksal olarak da çocuklara özgü farklı düzenlemeler yapılması gereğini beraberinde getirmiştir (14).

"20. yüzyılın egemen çocuk paradigması, aşağıdaki üç temel varsayıma dayanmaktadır: Çocuklar, yetişkinlerden farklıdır; çocukların yetişkinliğe hazırlanması ve yetiştirilmesi gerekir; çocukların yetiştirilmesi sorumluluğu yetişkinlere aittir" (16). Bu sebeple ülkelerin çocuk haklarını çağdaş standartları göz önüne alarak "hak temelli" yaklaşımla şekillendirmesi gerekmektedir (14).

20. yüzyıl, iki büyük dünya savaşından sonra, babaları savaşta ölen çocuklarla ilgilenilmesi gereken bir dönem olmuştur. Savaşa giren ülkeler için bu konu önemli hale gelmiştir. Bu süreçte İngiliz Eglantyne Jebb çocuklar için Avustralya, İsveç, ve İngiltere'de "Çocukları Kurtarın (Save the Children)" hareketi başlatmıştır (17).

Birinci Dünya Savaşı'ndan sonra Avrupa'da çocukların korunması konusu bir sorun haline gelmiş ve uluslararası yasal düzenlemeler yapılmıştır. İlk olarak 1923'de Belçika'da "Uluslararası Çocukları Koruma Birliği" kurulmuş, sonrasında 26 Eylül 1924'de "Cenevre Çocuk Hakları Bildirgesi" imzalanmıştır (18). Cenevre Çocuk Hakları Bildirgesi, Çocuk Hakları Sözleşmesi'nin de temelini oluşturması bakımından önem arz etmektedir (19). 1948'de Birleşmiş Milletler Genel Kurulu tarafından kabul edilen "İnsan Hakları Evrensel Sözleşmesi" çocuklar için yeterli bulunmadığından, 1959'da Birleşmiş Milletler Genel Kurulu tarafından "Çocuk Hakları Bildirgesi" kabul edilmiştir. Bildirge, çalışmalar neticesinde yenilenen bir metin olarak 1989'da "Çocuk Hakları Sözleşmesi" adıyla imzalanmıştır (20).

Çocuk hakları, insan haklarından ayrı bir hak olarak şekillenmiştir. Çocuk haklarının gelişiminde, çocukluk döneminin yetişkinlikten ayrı olarak değerlendirilmesi gerektiği, çocukluğun insanın gelişiminde oldukça önem taşıyan bir dönem olduğunun üzerinde durulması büyük bir etki göstermiştir (21).

Çocuk Hakları Sözleşmesi, çocuk koruma sistemlerinin uluslararası düzeyde 'çocuğun yüksek yararını' gözeten bir sistem olmasını öngörmektedir. Çocuk Hakları Sözleşmesi'nde çocukların korunması, gereksinimlerinin karşılanması konusunda ailenin ve devletin sorumlulukları olduğu kabul edilmektedir (8). Çocuk Hakları Sözleşmesi'nin hükümleri 18 yaşından küçüklerin yaşama, gelişme, korunma ve katılım gibi bireysel haklarını içeren 4 temel alanı kapsamakta ve toplam 54 maddeden oluşmaktadır (22). Ayrıca çocuk hakları ile ilgili uluslararası ilk yasadır. Kişisel, sosyal, kültürel, siyasal ve ekonomik hakları temel alan bir anlaşmadır (14).

Çocukların sağlıklı gelişimi için çocuklara uygun şartların sağlanması, yeterlilikleri ölçüsünde ana-babasının veya bakım ve gözetimini üstlenen kişilerin görevidir. Sözleşmeye taraf olan devletler, kendi ülkelerinin olanakları dahilinde, ana-baba veya çocuğun bakım ve gözetimini üstlenen kişiler için, çocuğun haklarından yararlanabilmesi için gereken tedbirleri almakla, ailenin gereksinimi

olması durumunda beslenme, barınma, eğitim, sağlık, giyim gibi konularda ekonomik yardım ve destekleyici programlarını uygulamakla sorumludur (8).

Çocuk Hakları Sözleşmesi'ne bakıldığında, sağlıklı çocuklar için sağlıklı aile ortamına işaret edilmektedir. Fakat bazı ailelerin çocuğa doğrudan veya dolaylı yollardan zarar verebildiği görülmektedir. Aile içi şiddete maruz kalması, eğitiminin aksaması, ihmale ve istismara maruz kalması buna örnektir. Bunun yanında çocuklar, kendileriyle ilgilenen yetişkinlerin sorunlarıyla da yaşamak durumunda kalırlar. Çoğu zaman bu sorunların kendileriyle ilgili olmamasına rağmen, bu sorunlar karşısında kendilerini korunaklı bir alanda tutabilecek beceriye sahip değillerdir. Bu nedenle çocukların bu tür sorunlardan olumsuz etkilenmemesi için korunmaları gerekmektedir (23).

Çocuk Hakları Sözleşmesi hükümleri çocuk haklarıyla ilgili dört alan üzerinde temellenmiştir:

1. Yaşama: İlk hak, varlığın ayrılmaz bir parçası olan yaşama hakkıdır. Devletler çocukların yaşama ve gelişim hakkını en üst düzeyde güvence altına almak zorundadırlar. Temel sağlık hizmetlerine ve yeterli yaşam standartlarına sahip olma hakkı ayrıca güvence altına alınmalıdır.

2. Gelişme: Çocuğun parasız eğitim, dinlenme, eğlenme, boş zaman, bilgi edinme, düşüncelerini ifade etme, vicdan ve din özgürlüklerine sahip olma hakkına ilişkin hükümlerini içerir.

3. Korunma: Çocuklara yeterli korunma sağlanmasını amaçlar. Bunun yanında engelli çocukları, mültecileri ya da ebeveynleri ölmüş veya ayrılmış olanlar için özel korunma gerektiğini ifade eder.

4. Katılım: Sözleşme, çocuğun düşünce, vicdan, din, ifade ve bilgi edinme özgürlüklerinin olduğunu ifade eder. Yaşlarına ve gelişim düzeylerine göre onları toplumda etkin rol oynayacakları biçimde yetiştirilmeleri için ebeveynlere çağrıda bulunmaktadır (24).

Unicef Çocuk Refahı Belgesi'ne göre, gelişimini tamamlamış ülkeler, çocukların "iyi olma hali"ni önemsemektedir. Bu yaklaşım UNICEF ve uluslararası kuruluşların çabalarının sonucudur. Bu yaklaşım aynı zamanda Birleşmiş Milletler

Çocuk Hakları Sözleşmesi'nin bir ilkesini de akla getirmektedir; "Çocukların, insani haklarının yanı sıra özel hakları da vardır." Bu sebeplerle, çocukların iyilik halinin geliştirilmesinin yolu bu haklara ilişkin olarak özel politikalar üretmeyi gerektirir. Bunun yanında Unicef Çocuk Refahı Belgesi'nde çocuklarla ilgili sorumluluğu olan herkesin; yani ebeveynler, özel sektör, sivil toplum ve hükümetlerle birlikte, eğitim, sosyal yardım, sağlık, çocuk koruma ve diğer tüm resmi kurum ve kuruluşların ve bu alanda uzmanlaşmış kişilerin çocukların sağlıklı gelişebilmeleri için konuyu sahiplenmesini ve işbirliği içinde olmaları gerektiği ifade edilmiştir (25).

Örün ve Tatlı'nın (14) da değindiği gibi; Çocuk Hakları Sözleşmesi'nin 18, 23, 24, 26 ve 27'nci maddeleri ile çocukların temel sağlık hakları güvence altına alınmış olup, bu maddelerde sözleşmeye taraf devletler için belirlenen kurallara aşağıda değinmekte yarar görülmektedir. Bu bağlamda;

- Madde 18 ile çocuğun yetiştirilmesinde ve gelişmesinin sağlanması yolunda ebeveynlerin ortak mesuliyet taşıdıklarının benimsenmesi amacıyla her türlü özveri ve çabayı göstermeleri gerektiği, buna ilişkin sorumluluğun ilk önce ana babaya ya da durum gerektiriyorsa yasal vasilere düşeceği ve bu kişilerin çocuğun yararını ön planda tutarak hareket etmeleri gerektiği,

- Madde 23 ile engelli çocukların saygınlıklarının güvence altına alınmasını, özgüvenlerinin geliştirilmesini ve toplumsal hayata daha rahat ve kolay bir şekilde katılmalarını sağlayan şartları sağlamasını kabul etmeleri gerektiği,

- Madde 24'ün 1. fıkrası ile çocuğun sağlıklı haline kavuşması için tıbbi bakım ve rehabilitasyon hizmetlerini veren kuruluşlardan faydalanma hakkını gözetmeleri, 2. fıkrası ile ise bu hakkın uygulanması sürecini takip etmeleri ve özellikle: a) Bebek ve çocuk ölüm oranlarının düşürülmesi; b) Çocuklarının tamamının gerekli tıbbi bakımının; temel sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesinin sağlanması; c) Temel sağlık hizmetleri ve diğer sağlık olanaklarının ulaşılabilir olması ve çevre kirliliğinin önüne geçerek temiz içme suyunun bütün çocuklara ulaşması yoluyla hastalıkların önlemesi ve yeterli beslenmenin sağlaması için mücadele edilmesi; d) Doğumdan önce ve sonra gerekli bakımın annelere verilmesi; e) Toplumun bütün kesimlerinin özellikle ebeveynler ile çocukların, çocuk sağlığı ve beslenmesi, anne sütünün yararları, toplum-çevre sağlığı ve kazaların engellenmesi

hususunda esas bilgileri öğrenmesi ve bu bilgileri pratiğe geçirmelerine yardımcı olunması f) Koruyucu sağlık bakımlarının, ana-babaya rehberliğini, aile planlaması eğitimi ve hizmetlerinin geliştirilmesi; amaçlarıyla uygun önlemleri almaları gerektiği,

- Madde 26 ile sosyal sigorta dahil, sosyal güvencelerin tamamından bütün çocukların yararlanma hakkını sağlamaları ve bu hakkın tam olarak gerçekleşmesini sağlamak için kendi kanunlarında ihtiyaç konusu değişikleri yapmaları gerektiği,

- Madde 27 ile her çocuğun bedensel, zihinsel, ruhsal, ahlaksal ve toplumsal gelişmesini sağlayacak nitelikte yaşam hakkı olduğunu kabul etmeleri gerektiği,

hususları hüküm altına alınmıştır.

Çocuk Hakları Sözleşmesi'nin 19, 34 ve 39'uncu maddeleri çocuk ihmal, istismar ve bunların önlenmesiyle ilgilidir. Sözleşmenin 19'uncu maddesinde, çocuğun bakımından sorumlu kişiler çocuk üzerindeki bu haklarını kötüye kullanamaz, çocuklara zarar veremezler. Devletler, çocukların ihmal ve istismarını önlemekle, bu konuda sosyal politikalar üretmekle yükümlüdürler (26).

2.1.1. Çocuk Haklarının Türkiye'deki Tarihsel Gelişimi ve Çocuk Koruma Sistemi

Çocuk hakları; çocukların bedensel, zihinsel, duygusal, sosyal ve ahlaki bakımlardan sağlıklı gelişimleri için hukuken korundukları haklarıdır (3, 4).

Çocuk Haklarının amacı, çocukların gerçek anlamda korunduğu, bakım ve gözetimlerinin yapıldığı bir ortamda, tüm haklarını garanti altına almaktır (4). Çocuk koruma sistemleri, ülkelerin yaşadığı sosyal sorunlar, yoksulluk, göç ve mülteci sorunları gibi çocukların risk altında olmasına neden olabilecek sorunlara karşı, başta çocuk ihmal ve istismarını önlemek, çocukların ihtiyaç ve gereksinimlerini karşılamak olarak çağdaş sistemlerde yerini bulmuştur. Çocuk koruma sistemleri, çocuklar için gerekli tedbirlerin alındığı, "çocukların yüksek yararı" na odaklanarak yürütülen yasal ve örgütsel yapılardır (8).

Çocuk haklarının gelişiminin ilk ortaya çıktığı 1800'lü yılların başlarına gittiğimizde, düşük sosyo-ekonomik seviye içerisinde bulunan ailelerin, çocuklarını ahlaki açıdan yoksun yetiştirme tarzları ve çocuklarına uyguladıkları kötü muamele,

bunun devamında da ailelerin ekonomik yetersizlikleri ve bakım verenin gerekli yükümlülüğünü yerine getirmemesinden kaynaklı olarak çocukların ailelerinden uzaklaştırılarak koruma altına alınması anlayışı gündeme gelmiştir. Daha sonra ise ailenin korunması anlayışı, çocuğun kendi ailesi yanında yetiştirilmesi amacına uygun olarak doğmuş ve ayrıca, sosyal ve çevresel koşulların iyileştirilmesinin sağlanması yoluyla anne-babaların maruz kaldığı stresin ve çocuklarına karşı zarar verecek davranışlarda bulunmasının engellenmesi üzerine yoğunlaşmıştır (27).

Çocuk Hakları Sözleşmesi, devletin, ailenin ve toplumun yükümlülüklerini modern yaklaşımlarla belirlemekte, çocukların yaşama, gelişme ve korunma haklarını güvence altına almaktadır (20). Uluslararası platformlarda yasal olarak çocuklara verilen hakların birçoğu Türk çocuklarına da verilmiştir. Günümüzde hukuksal sistemlerdeki yenilikler ve düzenlemelerle çocuklara karşı işlenen suçlar ve "suça itilmiş çocuk" kapsamındaki çocuklar açısından hukuksal düzenlemeler yapılmıştır. Fakat halen özellikle çocuk ihmal ve istismarının önlenmesi konusunda iç hukuk hükümlerinde düzenlenmesi gereken maddeler bulunmaktadır (4).

Çocuk haklarıyla ilgili olarak, ilk kez 1924'de Milletler Cemiyeti Genel Kurulu tarafından Cenevre Çocuk Hakları Beyannamesi kabul edilmiştir. Ülkemizde çocuk hakları konusunda anayasal düzenlemelere bakıldığında bunlardan ilkinin 1961 Anayasası olduğu görülür. İkinci dünya savaşı sonrasında, kimsesiz çocukların artışı sebebiyle, aile ve çocuk politikalarının ilkini oluşturan hükümler yer almış, 1982 Anayasasında da bu düzenlemelerin aynen benimsenmiştir. Bu yasal yapılanmalar özellikle dezavantajlı olan çocuklar için geliştirilmiştir (28).

Türkiye, Birleşmiş Milletler Genel Merkezinde toplanan "Çocuklar için Dünya Zirvesi"nde Çocuk Hakları Sözleşmesine ilk imzayı atan devletlerden biridir. Türkiye sözleşmenin 7., 29. ve 30. maddelerini Lozan Antlaşması ve T.C. Anayasasının ilgili maddelerine göre yorumlama hakkını saklı tutarak onaylamıştır. Çocuk Hakları Sözleşmesi 27 Ocak 1995 tarihinde Resmi Gazete' de yayınlanmıştır (29).

Cumhuriyetin kurulmasıyla birlikte, Türk Medeni Yasasında çocukların hakları gözden geçirilmiş ve daha sonra çıkan yasalarla da Medeni Hukuktaki haklar tamamlanmaya çalışılmıştır. Türkiye'de, çocuk ve çocuk haklarının korunmasıyla

ilgili çıkarılan ilk özel yasa 5387 sayılı "Korunmaya Muhtaç Çocuklar Hakkında Yasa"dır. 5387 sayılı yasa eksikliklerinden dolayı günün koşullarına yanıt verememesi sonucunda 1957 yılında yayınlanan 6972 sayılı "Korunmaya Muhtaç Çocuklar Hakkında Yasa" ile yürürlükten kaldırılmış, 1979 yılında "Çocuk Mahkemelerinin Kuruluşu, Görev ve Yargılama Usulleri Hakkında Yasa" kabul edilmiştir. 1983 tarihinde "2828 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Yasasının yürürlüğe girmesiyle birlikte "Korunmaya Muhtaç Çocuklar Hakkında Yasa" yürürlükten kaldırılmıştır. 2005'te yürürlüğe giren Çocuk Koruma Yasası bu alandaki en yeni düzenleme niteliğindedir. Nihayetinde Türkiye'de çocukların korunmasına ilişkin düzenlemeler; 2828 sayılı "Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Yasası" ve 5395 sayılı "Çocuk Koruma Kanunu" hükümlerine tabi olmuştur (10).

Anayasada "Ailenin Korunması" başlıklı 41. maddesinde; ailenin Türk toplumunun temeli olduğu ve devletin ailelerin huzur ve refahı için gerekli önlemleri alacağı ifade edilmektedir. Yine sosyal güvenlik haklarını düzenleyen 61 maddesinde ise; devletin korunmaya muhtaç kapsamdaki çocukları topluma kazandırabilmek için tüm tedbirleri alacağı, teşkilatlanmaları kuracağı belirtilmektedir (8). Çocuk ve korunmaya muhtaç çocuk tanımlarına bakıldığında, Türk Ceza Kanununda çocuk; "henüz on sekiz yaşını doldurmamış kişi" olarak tanımlanmıştır. Çocuk Koruma Kanununda ise korunma ihtiyacında 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 (30).

Medeni Hukuka göre, anne babanın çocuk üzerinde hakları olduğu gibi yükümlülükleri de olduğunu belirtir. Anne babalar çocukları üzerinde bazı ödev ve sorumluluklara sahiptir. Yine Türk Ceza Kanununda, doğrudan çocuğa karşı işlenen suçlara ilişkin genel hükümler, kasten öldürme, vücut dokunulmazlığına karşı suçlar, işkence ve eziyet, çocukların cinsel yönden istismarı ve kişiyi hürriyetinden mahrum bırakma suçlarını içerecek biçimde düzenlenmiştir (28).

2828 sayılı Yasada, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğünün korunmaya muhtaç çocukların tespiti ve bu çocuklar ile ailelerine hizmet sağlamak ile yükümlü olduğu belirtilmiştir. Korunmaya muhtaç çocukların bildirilmesinde görevli olanlar (sağlık kurum ve kuruluşları, mahalli mülki amirler,

köy muhtarları, genel kolluk kuvvetleri, belediye zabıta memurları), vatandaşlar veya ebeveynlerin il müdürlüğü veya ilçe müdürlüklerine başvuru yapabilirler. Başvuru sonrasında çocuk ve aile hakkında gerekli incelemelere başlatılır. Yapılan sosyal incelemede, sosyal hizmet uzmanı, çocuğun ve ailenin içinde bulunduğu koşulları ayrıntılı biçimde ele alır. Çocuk için kurum bakımını başvurulacak son çare olarak düşünür, aile için çözüm önerileri üretir. Çocuğun risk altında olduğu ve kurum bakımı gereken durumlarda ise, sosyal inceleme raporu yetkili mahkemeye iletilir. Mahkeme kararıyla çıkacak olan korunma kararından sonra il müdürlüğü çocuk için en uygun olabilecek kuruluş işlemini başlatır. Çocuk için acil bir korunma kararı gerekiyorsa "Acil Valilik Makam Oluru" alınarak çocuk kuruma yerleştirilir, en geç bir ay içinde de mahkemeye başvurulur ve vakanın takibi yapılır (10).

Ülkemizde korunma ihtiyacında olan çocuk; “Bedensel, zihinsel, ahlaki, sosyal ve duygusal gelişimi ile kişisel güvenliği tehlikede olan, ihmal veya istismar edilen ya da suç mağduru çocuk”, suça sürüklenen çocuk ise; “Kanunlarda suç olarak tanımlanan bir fiili işlediği iddiası ile hakkında soruşturma veya kovuşturma yapılan ya da işlediği fiilden dolayı hakkında güvenlik tedbirine karar verilen çocuk” şeklinde tanımlanmaktadır. Söz konusu çocuklar koruyucu ve destekleyici tedbir kararları ile korunurlar. Çocuk Koruma Kanununda sözü edilen tedbir kararlarının nasıl tanımlandığına baktığımızda;

(1) Koruyucu ve destekleyici tedbirler, çocuğun öncelikli olarak kendi ailesi yanında kalmasını sağlayacak şekilde alınan danışmanlık, eğitim, bakım, sağlık ve barınma konularındaki tedbir kararlarıdır. Bunlar;

a) Danışmanlık tedbiri, çocuğun bakımından sorumlu kişilere çocuk eğitimi konusunda; çocuklara ise eğitim ve gelişimleri ile ilgili sorunlarında yardımcı olmaya

b) Eğitim tedbiri, çocuğun bir eğitim kurumuna devamına; iş ve meslek edinmesi için meslek edinme kursuna gitmesine veya kamuda, özel sektörde bir işyerine yerleştirilmesine,

c) Bakım tedbiri, çocuğun bakımından sorumlu kişinin yeterli bakım ve gözetimi herhangi bir nedenle yapamaması durumunda, çocuğun bir bakım yurdu veya koruyucu aile yanına yerleştirilmesine,

d) Sağlık tedbiri, çocuğun ruhsal ve fiziksel sağlığının korunması, tedavisi için tıbbi bakım ve rehabilitasyonunun sağlanmasına, bağımlılık yapıcı madde kullananların tedavilerinin yapılmasına,

e) Barınma tedbiri, barınacak yeri olmayan çocuklu kimselere veya hayati tehlikesi olan hamilelere kalacak yer sağlama amaçlı tedbirdir.

şeklinde tanımlandıkları görülür (31, 32).

Sosyal yardımların ülkemizde nasıl tanımlandığına bakacak olursak; 28.09.1986 tarihinde yürürlüğe giren ve son olarak 01.07.2006 tarihinde bazı maddeleri değişen "Ayni Nakdi Yardım Yönetmeliği" çerçevesinde verilen, yoksulluk içinde olup temel ihtiyaçlarını karşılayamayan ve yaşamlarını sürdürmekte güçlük çeken kişilere ve ailelere yapılan ayni ve nakdi yardımlardır, şeklinde ifade edilmektedir. Adı geçen "Ayni yardım" yiyecek, giyecek, yakacak, kırtasiye, protez gibi yapılan yardımları; "nakdi yardım" ise, para yardımını ifade eder (8).

Sosyal Güvenlik uygulamalarına baktığımızda, 5510 sayılı kanuna göre genel sağlık sigortası olanların çocukları, herhangi bir işlem gerektirmeden 18 yaşın bitimine kadar genel sağlık sigortalı olan kişinin bakımından yükümlü olduğu kişi olarak her türlü sağlık hizmetinden yararlanabilirler. Bu durum çocukların sağlık hizmeti alma hakları önündeki engelleri kaldıran önemli bir düzenleme olmuştur (14).

2.2. Ekolojik Perspektiften Sosyal Hizmet ve Çocuk Refahı

Bir toplumun çocuklara ne kadar önem verdiği ne kadar gelişmiş olduğunu gösteren ögelerden biridir. Her çocuk bakım ve gözetiminin iyi şartlarda yapıldığı, kötü muameleye maruz kalmadığı, kendini güvende hissettiği, korunduğu bir ailede ve ortamda büyüme hakkıyla doğar. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin, çocuk hakları konusuna özellikle önem verdikleri görülür (3, 4). Çocuklara değer veren, onların haklarını koruyan, kendilerini geliştirebilmelerine fırsat veren, neslin sağlıklı gelişimine kapı açan toplumlar gelişmiş toplumlar olarak tanımlanır. Çocukların haklarını korumayan, zarar görmelerinin önüne geçmeyen, ihmal ve istismara savunmasız bırakan toplumlar ise geri kalmış toplum sayılmaktadır (33).

Çocukların içinde bulunduğu fiziksel, ekonomik ve sosyal koşullar onların refahı üzerinde güçlü bir etkiye sahiptir. BM Çocuk Haklarına Dair Sözleşme, çocuğa yönelik saygıyı temel almaktadır. Çocuk alanında çalışan sağlık çalışanları, çocukların yalnızca hastalığını tedavi etmenin ötesinde, onların en iyi sağlık durumuna kavuşmaları için çocuk hakları perspektifiyle yaklaşarak çocuklar için rol almalıdırlar (14). Çocuk Hakları Sözleşmesi'ne göre her çocuğun sağlıklı olabilmesi için tüm sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı vardır (Madde 24). Fakat sağlık hizmeti konusunda, ailelerin sorumluluk rolü üstlenebilecek yeterli koşulları olmadığında veya çocuklarına karşı ilgili olmadıkları zamanlarda ailelerin yetkileri mahkemelerce engellenir (7).

Sosyal politikanın tarihinde çocukların korunması yasal düzenlemeler arasında öncelikli olarak ele alınmıştır. Sosyal politikada genel kapsamı dezavantajlı gruplar, yoksullar, engelli bireyler, hastalar yer alırken; "korunmaya muhtaç çocuklar" konusu özel alanda yer alır. Günümüzde halen "korunmaya muhtaç çocuklar" ve verilecek bakım hizmetleri sosyal politikanın problemlerindendir (6).

Sosyal hizmet mesleği, bireylerin, ailelerin, grupların ve toplulukların iyilik hâlini sürdürmelerini ve bunu artırmayı amaçlayan bir meslektir. Uluslararası Sosyal Hizmet Uzmanları Federasyonu (IFSW), uluslararası tanımda sosyal hizmet mesleğinin ve disiplininin sosyal adalet ve insan hakları çerçevesinde geliştiğini, sosyal hizmet ve sosyal bilimler alanının teorilerini temel aldığını ve iyilik hâlini korumayı ve geliştirmeyi hedef aldığını belirtmektedir. Bütün sosyal hizmet uzmanları için bu ilkeler temeldir ve onları diğer mesleklerden ayıran özelliklerinden biridir (34).

Biyopsikososyal yaklaşımla birlikte, sosyal hizmetin sağlık alanındaki gerekliliği fark edilmiş, sosyal hizmet uzmanları bu alanda yer almaya başlamıştır. Biyopsikososyal model, geleneksel medikal modelin hastalığın yalnızca biyolojik yönüne odaklanmasını eleştirerek, aynı zamanda hastalığın psikolojik, sosyal, çevresel ve davranışsal boyutlarıyla ele alınması gerektiğine dikkat çekmiştir. Ayrıca üzerinde durulması gereken şeyin hastalıktan daha çok sağlık olması gerekliliğinin üzerinde durmuş, sağlık hizmetleri sunumunun multidisipliner bir ekiple, davranışsal ve çevresel faktörlerin de göz önünde tutularak gerçekleştirilmesinin önemini savunmuştur (35).

Çevresiyle bir bütün olan insanın ve çevresindeki diğer sistemlerin birbirlerine olan etkilerini, bunların insan davranışını nasıl şekillendirdiğini açıklamak için ekolojik sistem yaklaşımı kullanılır (36). Merkezde yer alan çocuk açısından, ekosistemindeki ailesi ve yakın çevresi ile birlikte uyum içerisindeyken sistemin dengede olduğu, çocuğun sağlıklı gelişimini sürdürebildiği söylenebilir. Ekosistemin ile çocuk arasında uyumun olmaması durumunda çocuğun sağlıklı gelişimi ve gelişim evreleri yönünden farklı riskler söz konusu olur (9).

Çocuk refahı alanı, tarihsel sürece baktığımızda sosyal çalışma disiplininin her dönem temel çalışma alanlarından biri olmuştur. Geçmişten günümüze baktığımızda, çocuk refahı hizmetleri çeşitlenmiş, ilerleyen zaman içerisinde önemi daha da fark edilen bir konu olmuştur. Sosyal hizmet uzmanları, bulundukları ülkelerin çocuk koruma sistemleri aracılığıyla, çocukların ve ailelerinin problemleri için çözüm önerileri geliştirir, ihtiyaç ve gereksinimlerinin sosyal kurumlarca karşılanmasını sağlamaya çalışır, gerçekleştireceği müdahalelerle mesleki rollerini yerine getirirler. Yine "çocuk refahı" alanı, devletin kurumlarının, çocukların kötü muameleye uğradığı, ihmal ve/veya istismara uğradığı tespit edilen çocukları korumayı, onlara uygun hizmet modelleri geliştirmeyi hedefleyen koruyucu, önleyici, rehabilite edici çalışmaları kapsamaktadır (8).

Sosyal hizmet uygulamalarında, toplumun özel olarak korunması gereken kesimleri için farklı politikalar geliştirilmesi ve uygulanması gerekmektedir. Bu politikalara ihtiyaç duyan gruplardan birisi de çocuklardır. Her çocuğun, sadece çocuk olması sebebiyle korunma ihtiyacı vardır, fakat bazı çocukların özel olarak korunması gerekmektedir. Çocuğun korunmasında, bakım ve gözetiminde öncelikli sorumluluk aile olsa da, ailenin yeterli bakım ve gözetimi yapamadığı, ailenin çocuğu ihmal ve istismar ettiği, çocuğun ailesinin yanında kalmasının uygun olmadığı durumlar olabilmektedir. Bu sebeple çocuklar gerektiğinde çocuk koruma sistemleriyle yasalar aracılığıyla korunurlar (37).

İnsan gelişimi ekolojisinde, bireyin aile ve akrabaları olan mikrosistemi, akranları, komşuları, eğitim kurumları, sağlık ve sosyal güvenlik kurumları vb. olan mezzosistemi, bulunduğu ülkenin politikaları ve içinde yaşadığı toplumun inanç ve değerleri olan makrosistemi ile olan ilişkisi gelişiminin olumlu ya da olumsuz olacağını belirlemede önemli rol oynar. Bütün bu sistemlerin uyum içerisinde olduğu

bir dengede yetişen çocuğun normal gelişim sürdüreceği söylenebilir. Çocuğun içinde bulunduğu ekosistem uyumlu olmadığında ise çocuk için gelişimsel riskler söz konusu olabilmektedir. Modern bir çocuk koruma sistemi benimseyen, sosyal refahın geliştiği ve sosyal hizmet politikalarının ve örgütlenmelerinin bu doğrultuda şekillendirildiği ülkelerde, çocuklar ve ailelere yönelik sosyal çalışma uygulamaları, Çocuk Hakları Sözleşmesinin de nihai hedefi olan çocuğun ve ailenin iyilik halini korumaya ve sürdürmeye odaklanır (8).

Genelci sosyal hizmet; bütüncül bir yaklaşımla, sosyal sorunlar için mikro, mezzo ve makro çalışmaları eşzamanlı olarak yürütmeyi hedefleyen bir yaklaşımdır. Ve bu yaklaşımla, gereksinim odaklı(need-based) çalışmalar yürütür. Sosyal hizmet uzmanı, müracaatçının bulunduğu yerden başlayarak, kendi mesleki bilgi ve becerilerini kullanarak müracaatçıların gerçekten neye ihtiyaçları olduğunu saptar ve gereken sosyal hizmet müdahalelerini gerçekleştirir (38).

Sosyal hizmet mesleği çalışanları, aile ve çocuk refahı alanında çalışırken öncelikli görevlerinden bir tanesi korunmaya ihtiyacı olan çocukların kurum bakımını başvurulacak son yöntem olarak düşünmeli, çocuğun iyilik halinin daha fazla nasıl sürdürülebileceğine ilişkin koruyucu önleyici politikalar geliştirilmesini sağlamalıdır. Sosyal hizmet disiplini, risk altındaki grupların sorunlarıyla baş edebilmeleri ve yaşadıkları toplumla bütünleşebilmelerini amaçlar. Risk altındaki çocukların ihmal ve istismardan uzak tutulabilmelerinin yolu, çocukların ve ailelerinin ihtiyaç ve gereksinimlerinin belirlenmesini sağlayacak, çocuk odaklı geliştirilecek erken müdahale programları geliştirmektir (8). Sosyal hizmet, bireyi çevresi ile bütün olarak görür, aynı zamanda, birey, ailesi ve ait olduğu sosyal çevre arasında köprü vazifesi üstlenir (34).

Sosyal hizmet uzmanları, yapacakları müdahale planlarını, hazırlayacakları sosyal inceleme raporu doğrultusunda hazırlar. Sosyal inceleme raporunda, çocukların ve ailelerin ihtiyaçlarını detaylı biçimde tanımlar, ihtiyaçlarının nasıl karşılanabileceğini, ailelerin nasıl güçlendirilebileceğini belirler. Sosyal inceleme raporu “Bir sosyal çalışma etkinliği olan sosyal inceleme raporları, müracaatçıların gereksinmelerinin ayrıntılı olarak ele alınıp değerlendirildiği resmi belgelerdir” şeklinde tanımlanmıştır (39). Sosyal hizmet uzmanları bu çalışmaları yaparken kullandığı yaklaşımlardan biri güçler perspektifidir. Güçler perspektifi yaklaşımına

göre, her bireyin grubun, ailenin ve topluluğun güçlü yönleri vardır. Zorlu yaşam olayları zorlayıcı olabilir fakat bu gibi krizler gelişim için aynı zamanda birer fırsattır. Ait olunan çevre, çözümü ve kaynakları içinde bulundurur (40).

Sosyal hizmet uzmanları, yaptıkları çalışmaların sistematik şekilde ilerleyebilmesi için, müracaatçı için hazırladığı müdahale planını kullanır. Ekolojik sistem perspektifi çerçevesinde yapılan müdahale planının aşamaları; sisteme ilk giriş(Tanışma, ilk görüşme, güven ilişkisinin sağlanması ve ön bilgilerin toplanması), ekolojik harita belirleme(Her bireyin kendisine uygun olacak şekilde, çevresindeki sistemlerle olan ilişkisi göz önünde bulundurularak araştırılması), haritanın değerlendirilmesi(işlevi olan ve olmayan sistemlerin saptanması), değişim için harekete geçme(müracaatçılarla birlikte gereksinimlerin belirlenmesi ve müdahale planının hazırlanması), işbirliği ve iletişim(hazırlanan harita ve müdahale planının müracaatçılarla birlikte uygulanması), değerlendirme(yapılanların sonucunun gözden geçirilmesi) ve sonlandırma(amaçlanan sonuçlara ulaşıldığında çalışmanın sonlandırılması) olarak 7 aşamadır (41). Koruyucu, önleyici ve rehabilite edici müdahaleler planlanırken ve uygulanırken, aile özellikleri tüm yönleriyle değerlendirilerek uygulanmalıdır (42). Sosyal hizmet çalışmalarında sıklıkla başvurulan ekolojik sistem yaklaşımına göre, koruyucu ve önleyici mekanizmaların güçlendirilerek, risk faktörlerini ortadan kaldırarak ailelerin güçlendirilmesi gerekmektedir (9). Sosyal hizmet disiplininin başlıca uygulamalarından olan "önleyici" çalışmalar, son zamanlarda "risk temelli" stratejilerin ön plana çıkmasıyla birlikte çocukların sorunlarını önlemede sık kullanılan yöntemlerden biri olmuştur (43).

Gelişmiş ülkelerdeki çocuk refahı sistemleri, çocukların iyilik hallerinin, aileleri yanında kalmaları sağlanarak sürdürülmesi şeklinde temellenmektedir. Geçmişte çocuk refahı hizmetlerinin çocuk odaklı olduğu görülürken, bugün bu yaklaşım yerini aile odaklı hizmetlere bırakmıştır. Çocuk refahı odaklı kurumlar, çocukların biyolojik ailelerinin yanında kalmalarını sağlamak için ailelerin koşullarının iyileştirilmesi, kurum bakımında kalış süresinin kısaltılması, böylece kışla bakım sisteminin önüne geçilmesi için hizmet vermektedirler (10).

Amerika ve Büyük Britanya'da çocuk koruma politikaları, ailelerin korunması odaklı sürdürülmektedir. Ailenin korunması odaklı hizmetler, ailelerin

ihtiyaçları karşılanması yoluyla çocukların kurum bakımında kalmasının önüne geçebilmeyi amaçlayan hizmetlerdir. Bu hizmetler, ailelerin ve çocukların yüksek yararını gözeterek çocuklar için uygun ve sağlıklı aile ortamının oluşturulmasını, anne babaların becerilerini artırmayı, çocuk ve aile arasındaki ilişkiyi iyileştirmeyi böylelikle ailenin iyilik halini kalıcı kılmayı hedefler (10). Çocuk ve aile arasındaki ilişkinin geliştirilebilmesi için çocuk ve ebeveyn odaklı danışmanlık programlarında, anne baba ve çocuk aktivitelerini ve etkileşimlerini artırmak, anne babaların tutum önerilerinde bulunmak, çocuklara yaklaşım konusunda eğitici bilgilendirmeler yapmak, çocukları anlayabilmelerine yardımcı olmak şeklinde planlanmalıdır (44).

İngiltere'de çocuk koruma sistemini incelediğimizde, sistemin en belirgin özelliği, sosyal hizmet uzmanları resmi kurumların birincil rol oynayan meslek elemanları olmaları ve diğer profesyonellerle koordineli biçimde çalışmalarıdır. Polis, tıp uzmanları ve öğretmenlerin risk altındaki çocuğun bu durumdan kurtarılması için, soruşturmanın başlatılması ve çocuk için gerekli müdahale planının hazırlanmasında sosyal çalışmacı ile birlikte çalışırlar (45).

Cameron ve Freymond, çocukların için gelişmiş ülkelerin sistemik çalışmalarını şu şekilde açıklar:

1.Çocuk koruma sistemleri: Devlet, çocuk koruma sisteminde kişisel haklar ve yükümlülükler çerçevesinde sosyal ve ahlaki düzenlemeyi yapar. Bu sistemde ailelerin mahremiyeti korunmakta, kamusal ve özel alan net şekilde ayrılmaktadır. Bu sistemin amacı, çocuğu aile içi tehlikelerden korumaktır. Bu sistemi benimseyen ve uygulayan başlıca ülkeler İngiltere, Kanada ve Amerika Birleşik Devletleridir.

2.Aile hizmetleri sistemleri: Devlet bu sistemlerde çocuk, aile ve toplum için ortak olan refah hizmetleri sağlar. Bu sistemde sosyal yardımlaşma ve dayanışma ön plana çıkar. Çocukların korunması toplumun görevi ve ortak sorumluluğudur. Sistem çocuk ve aile odaklıdır, amacı çocuğun bakımını sağlamak ve aile ilişkilerini güçlendirmektir. Bu grup içerisinde olan başlıca ülkeler ise Fransa, Hollanda ve İsveç gibi ülkelerdir.

3.Toplumsal(Sosyal) bakım sistemleri: Bu sistem dünyanın bazı bölgelerindeki Aborjin(Avustralya kıtasında göçebe yaşayan yerliler) topluluklarında ortaya çıkan bir sistemdir. Bu sistemlerde bireylerin sağlıklı gelişimleri için bireyin

geniş aileye, tarihe, topluma ve yaşadığı bölgeye bağlı olmaları gerekir. Çocuğun korunmasında anne babaya ve yerel topluma söz hakkı verilir (46).

Uluslararası standartlara göre, çocuklara kendi hayatlarıyla ilgili söz hakkı verilmelidir. Çocuğa, kendisiyle ilgili uygulama ve bakım türüne karar verilirken katılım hakkı sağlanmalıdır (47). Bazı sosyal hizmet uzmanları çocuğun sürece katılımını kolaylaştırmak için çabalamamaktadırlar, çünkü bu süreçte çocuklara zarar vermekten korkmaktadırlar. Katılımın, çocukların gelişimi ve iyiliği için gerçek bir tehdit veya zarara yol açmadığını kabul etmemize rağmen, bazı vaka yöneticileri böyle düşünmemektedir. Örneğin Norveç kamuoyunda çocuklar için katılım temel ve yasal bir hak olarak kabul görse de, sosyal hizmet uzmanları arasında çocukların her zaman katılımlarının gerektiği konusunda fikir birliği yoktur (48).

Çocuklar için öz ailesi yanında ya da alternatif bakım türlerinin tümünde, çocukların biyo-psiko-sosyal gelişimi için gerekli sağlık, beslenme, eğitim, oyun ve boş zaman değerlendirme ihtiyaçlarının yeterli olarak karşılanabildiğini söylemek pek mümkün görünmemektedir (47). Korunmaya muhtaç çocuk kapsamındaki çocuklar için öncelikli olarak düşünülmesi gereken öz ailesi yanında bakımının sürdürülmesidir, bunun gerçekleşmesi mümkün olmayan durumlarda evlat edinme, koruyucu aile bakımı, son olarak kurum bakımı gibi bakım modellerine başvurmak doğru olacaktır (6). Oysa, Türkiye'de çocuk koruma sistemindeki alan uygulamalarında çoğunlukla çocuğun görüşüne başvurmadan aile yanından alındığı ve kurum bakımına başvurulduğu görülmektedir. Unutulmaması gereken, Çocuk Hakları Sözleşmesi'nin ilkelerinin yazılı metin olarak kalmaması, müdahalelerde de uyulması gereken kurallar olmasıdır (8). Özellikle kurumda kalan ergenler için çevrelerinde uygun özdeşimi kurabilecekleri bireylerin, sevgi nesnelerinin olmamasından dolayı kendilerini güvende hissetmeyebilirler. Ergenler için önemli bir gelişim evresinde aile yanından ayrılmak oldukça zorlayıcı bir yaşam olayı haline gelebilmekte, kendilerini umutsuz ve yalnız hissetmelerine neden olmaktadır. Yapılan çalışmalarda ailesiyle birlikte yaşayan ve kurumda yaşayan ergenler karşılaştırıldığında; kurumda yaşayan ergenlerin kendilerini daha umutsuz hissettikleri ve daha fazla problemli davranışlara sahip oldukları görülmektedir. Dolayısıyla ergenler için, aileleri ekonomik ve psikolojik olarak desteklenmeli, imkanları artırılmalı böylelikle kurum bakımı yerine farklı alternatifler sunulmalıdır.

Ayrıca kurumda kalan ergenler geleceğe yönelik planları olmadığını, üniversite eğitimini düşünmediklerini, daha çok çalışma hayatını düşündüklerini, intihar girişiminde bulunduklarını, duygusal veya fiziksel istismara uğradıklarını, psikolojik destek alamadıklarını ifade etmektedirler (49).

Bakım kurumlarının ana hedefi çocukları toplum yaşamına hazırlamaktır. Bu kurumlar "çocukları tekrar topluma döndürme merkezleri" olarak işlev görmelidir (50). Çocuklara yönelik bakım hizmetlerinin mümkünse kendi yaşam ortamlarında verilmesi amaçlanmaktadır. Bunun için "aileye dönüş ve aile yanında destek projesi" uygulanmıştır. Bu proje sayesinde çocuklar aileleri ve akrabalarıyla bağlarını devam ettirebilmekte, ailesinden koparılmamaktadır (51). Sonuç olarak korunmaya muhtaç çocuk kapsamındaki çocuklar için öncelikli hedef, çocuğun aile bağlarını sürdürebilmesi, her yönden doyum sağlayabileceği bir aile ortamı içerisinde yetişebilmesi, bakım ve gözetimlerinin öncelikli olarak aile yanında sürdürülmesi açısından varsa kendi ailesi veya akrabası yanında kalması göz önünde bulundurulmalıdır. Ülkemizde çocukların ailesi veya akrabası yanında bakımının sürdürülmesi yöntemi, 2828 sayılı Sosyal Hizmetler Kanunu'nda da söz edilmiş ve söz konusu kanunla maddi desteğe ihtiyaç duyan ailelerin ayni ve nakdi yardımlardan yararlandırılabilecekleri belirtilmiştir.

Türkiye'de giderek artan göç ve kentleşme sorunlarıyla birlikte çocuklara yönelik hizmetler farklılık kazanmıştır. Bu hizmetler şu anda Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı tarafından verilmektedir. Günümüzde bakanlık ailenin korunmasına vurgu yapmakla, koruyucu ve önleyici çalışmalara öncelik vermekle birlikle, halen koruyucu aile uygulaması gibi yaygınlaştırılamayan alanları mevcuttur. Bakanlık şiddete karşı mücadele konularında da duyarlı adımları atmaktadır (25). Çocuklara yönelik istismarın engellenmesi için yapılabilecekler alana ve eyleme göre gruplanabilir. İlk olarak evde, okulda, toplum düzeyinde, kanun yapıcılar düzeyinde neler yapılabileceği değerlendirilmelidir. Sonrasında topluma ve çocukla ilgili alanlarda çalışan profesyonellere eğitimler verilmelidir (52).

Ülkemizde mevcut olan çocuk koruma sisteminde çocuklar için geliştirilmiş hizmet modellerini incelemek istersek;

a) Kurum bakımı, çocukların kışla bakım sistemi denilen, gündüz ve gece sürekli olarak kaldıkları, ailelerinden uzakta oldukları bir bakım sistemidir. Ne yazık ki kurum bakımı, dünyanın diğer gelişmekte olan ülkelerinde olduğu gibi ülkemizde de halen sıklıkla başvuran bir bakım yöntemidir. Ülkemizde 20.000 çocuk kurum bakımı altındadır. Kurum bakımı yatılı kurumlarla sağlanabildiği gibi daha az çocuğun yaşadığı ve olumsuz etkilerinin bir miktar daha az olduğu grup evleri şeklinde de olabilmektedir. Yine de tüm kurum bakımı yöntemlerinin çocukların ruh sağlığı üzerinde olumsuz etkileri olmaktadır. Örneğin çocuğa primer bakım veren bir kişinin olmaması, sürekli ve tutarlı bir sevgiden yoksun olmalarına, çocuğun yeterli fiziksel ve duygusal tatmininin sağlanamamasına, zamanla çocukların duygusal ve davranışsal sorunlar yaşamasına zemin hazırlamaktadır.

   Kurum bakımı sisteminde "çocuk yuvaları", 12 yaşından küçük çocuklara, "yetiştirme yurtları" çoğunlukla 13-18 yaş arası çocuklara bakım verilen kuruluşlardır. Bunların dışında 2005 yılında açılmaya başlanan "çocuk evi", bir dairede en çok 6-8 çocuğun barındığı, "sevgi evleri" ise bir avlu içerisinde küçük müstakil binalarda, yine daire benzeri odaları bulunan bakım hizmeti veren kuruluşlardır.

b) Koruyucu aile hizmeti, parçalanmış ailelerden gelen çocukların kurum bakımı yerine bir aile ile birlikte yaşamalarının daha sağlıklı olduğu bakış açısıyla geliştirilmiş olan bakım türüdür. Çocukların kurum bakımından zarar görmelerinin önüne geçilmesi amaçlanmıştır. Koruyucu aileler belirlenirken sosyal hizmet uzmanları detaylı olarak sosyal inceleme raporlarını yazarlar, sonrasında çocukların kendilerini güvende hissedecekleri, sevilecekleri, korunacakları ailelerin yanına yerleştirilirler. Koruyucu aile uygulaması gelişimini tamamlamış ülkelerde sıklıkla başvurulan bir bakım yöntemidir. Bu oran gelişmiş ülkelerde % 75 seviyesinde iken ülkemizde halen % 4 seviyesindedir.

c) Evlat edinme, biyolojik ailesini kaybetmiş çocuklar için yeniden bir aile sağlama yoludur. Evlat edinme şartları Türk Medeni Kanununda belirlenmiştir. 30 yaşını doldurmuş ve evlilikleri beş yıldan fazla olmuş çiftler evlat edinebilirler. Ayrıca evlat edinilecek çocuk ile ebeveyn olmak isteyen kişi arasında en az 18 yaş farkı olması gerekmektedir. Ülkemizde her yıl 3.000 aile evlat edinme için başvuruda bulunmakta fakat yalnızca 500 çocuk aile yanına yerleştirilmektedir.

Bütün duyarlı anne ve babalar çocukları için en iyisini ister. Fakat bu her zaman mümkün olamamaktadır. Sosyal hizmetin nihai hedefi, mümkün olduğunca her çocuğun mutlu ve sağlıklı büyüyebileceği kendi ailesi yanında bakılması ve korunmasıdır (8).

2.3. Çocuk Ruh Sağlığı ve Sağlık Tedbiri İle Takip Edilen Çocukların Özellikleri

2.3.1. Çocuk İhmal ve İstismarı

Geçmiş tarihe bakıldığında, çocuk ihmal ve istismarının aslında antik çağa kadar uzandığı görülür. Antik Çağda, geleneksel Doğu ve Batıda, bugünkü anlamıyla özel bir çocukluk dönemi olmadığı ve çocukların çok kısa bir sürede yetişkin olmak zorunda kaldığı gözlenir. Geleneksel Doğu'da, toplumun savaşçı ve mücadeleci genç insanlara duyduğu ihtiyaç, çocukları kısa sürede yetişkin olmaya zorlayan toplumsal taleplerin sonucudur. Bu talepler eski Türk Destanlarında, masal ve öykülerinde (Oğuz Kağan ve Manas Destanları, Dede Korkut Masalları vb.) açıkça görülür (11).

Her toplumun çocukluğa bakış açısı sahip olduğu kültür ve değerler çerçevesinde şekillenir. Bu bakış açılarına bakıldığında hemen hemen tüm toplumlarda çocuk ihmal ve istismarına rastlanılmaktadır. Fakat bu bakış açılarının bulunduğu zamanın şartlarına göre davranışların ihmal veya istismar olarak tanımlanmadığı, meşrulaştırıldığı görülür. Çocukluğun insan hayatı için önemli bir dönem olduğu gerçeğinin kabullenilmesi yüzyıllar içerisinde gelişmiştir (28).

Tıbbi yetersizlikler, çocuk gelişimi konusundaki bilgisizlik, yetersiz ebeveynlikler, yanlış dinsel tutum ve inançlar, okur-yazar oranın düşük olması ve formel olmayan eğitim uygulamaları, yaşam standartlarının düşük olması gibi nedenlerden dolayı çocuğa yönelik olumsuz uygulamaların 17. yüzyıla kadar devam ettiği görülmektedir. Aydınlanma çağıyla birlikte çocuklara yönelik hizmetlerde artış sağlanmıştır. Çocuğun ve haklarının uluslararası alanda korunması amacıyla özellikle son yüzyılda önemli gelişmeler kaydedilmiştir. Bu gelişmelerin Birinci Dünya Savaşından sonra hız kazandığı gözlenmektedir (28).

Çocuğa yönelik kötü muamele 18 yaşın altı çocukların ihmal ve istismar edildiğini belirten genel bir tanımdır. Çocuğun her türlü fiziksel, duygusal kötü

muamele görmesinin yanı sıra ihmal edilmesi, cinsel olarak istismar edilmesi ve her türlü sömürülmesini de içerir. Ve bunun sonucunda çocuk gelişimsel ya da hayati olarak risk altında olur (53).

Sağlık tedbirli çocuklara, sağlık tedbiri uygulaması başlatılmasının nedenlerine bakıldığında sırasıyla cinsel istismar, ihmal ve fiziksel istismar sebebiyle başlatılmış olduğu görülmektedir. Dolayısıyla İhmal ve istismara maruz kalan çocukların ruh sağlığı ekibi tarafından uzun dönem takip ve tedavi altına alınması gerekmektedir. İhmal ve istismarın çocuklar ve ergenler üzerindeki etkilerine derinlemesine bakmak, uygulanacak tedavinin niteliği açısından faydalı olacaktır.

Çocuk istismarı ve ihmali konusunda ortak olan görüş, kültürlerarası farklılıklar sebebiyle çocuklara olan bakış açısının değişkenlik göstermesi ve dolayısıyla çocuk istismarını evrensel şekilde tanımlamanın güç olduğudur (54). Zeytinoğlu'na göre, anne babaların çocuklarına uyguladıkları davranışlarda hangilerinin ihmal ve istismar içerdiği, ait oldukları toplumun inanç ve değerlerine göre, o toplumun çocuklara uyguladığı disiplin ve ceza yöntemlerine göre değişmektedir (55). Türk aile yapısının kültürel değerleri ile batılı toplumların aile kültürü karşılaştırıldığında, otoriter ve aşırı koruyucu ana babalık, itaat kültürü ve dayağın bir cezalandırma yöntemi olarak kullanılması ve gelenekselleşmesi, çocuk ihmal ve istismarını kolaylaştırmaktadır (28).

Çocuk istismarı; fiziksel, duygusal, cinsel, ekonomik istismar olarak değişkenlik göstermektedir. Bunun yanında istismar, eylemi gerçekleştiren kişiye göre(Ebeveyn, öğretmen vs.), eylemin gerçekleştiği kuruma göre(Bakım merkezi, okul, ev vs.) de farklılık göstermektedir (20).

Çocukların aile içi istismara maruz kalma durumları aşağıdaki gibi sınıflandırılmıştır. Altı maddede doğrudan, dört maddede dolaylı olarak şiddete maruz kaldıkları görülmektedir:

1. Doğum öncesi(Annenin şiddete maruz kalması sonucu fetüsün etkilenmesi),

2. Müdahale etme(Çocuğun şiddeti durdurmaya çalışmasıdır, annesini korumaya veya anne babasına durdurmaya çalışır),

3. Kurbanı olma(Çocuğun şiddet eylemi sırasında kazara ya da kasıtlı olarak saldırıya uğraması),

4. Tanık olma (Çocuğun şiddet eylemini izlemesi ya da duyması),

5. Kulak kabartma(Çocuğun şiddet eylemini, bağırmaları, olay esnasında çıkan sesleri duyması),

6. Katılma(Çocuğun şiddete kendiliğinden ya da zorlanarak dahil edilmesi),

7. İlk etkilerini gözlemleme(Çocuğun şiddet sonrası ortaya çıkan yaralanmaları, fiziksel zararları, duygusal sonuçları görür),

8. Olay sonrası(Çocuğun olay sonrası anne ve babasındaki değişiklikler, kendi hayatının değişmesi, ayrılmalar),

9. Sonradan duyma(Evde yaşanan şiddet olayının daha sonra çocuğa ebeveynler, kardeşler, akrabalar yoluyla anlatılması),

10. Görünürde habersiz olma(Şiddet olayı çocuğun evde olmadığı zamanda, okulda ya da uyurken gerçekleşmesi, dolayısıyla haberinin olmaması) (57).

İstismar ve ihmal, biyolojik, psikolojik ve sosyolojik incelemelere göre nedenleri farklı olan bir olgudur. Ailedeki ihmal ve istismarın varlığı çoğunlukla ailenin yaşam stresiyle açıklanmaktadır. Ailenin stresleri sosyal, kültürel, ekonomik ve çevresel bağlamda değişmekle birlikte iç stres kaynakları ve dış stres kaynakları olarak ele alınmaktadır (58). Ailelere çocukları hakkında karar verme yetkisi kendi çocuklarını diğer çocuklardan daha iyi tanıdıkları ve onlar hakkında doğru karar vermek isteyecekleri düşünülerek verilmiştir (59). Aileler kendi çocuklarının ruhsal sağlığı konusunda sorumluluğa sahiptir, fakat devletler gerektiğinde sosyal bakım konusunda ailelerin çocukları hakkındaki kararlarına müdahale edebilirler (60).

Çocuk ihmal ve istismarı olgularında ailedeki ekonomik ve sosyal problemler ayrıca ele alınmalı, ihmal ve istismarına bunların da yol açabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. İhmal ve istismara sebep olan iç ve dış stres faktörlerine bakıldığında; dış stres faktörleri, bazı ekonomik, sosyal, çevresel özellikler aile içi sorunlara sebep olabilir, bu durum çocuğun ihmal ve istismarıyla sonuçlanabilir.

Ailenin ekonomik yetersizlikleri de ailelerin en önemli stres kaynağından biri olabilmekte, yoksulluk ve işsizlik sonucu ailede ihmal ve istismara rastlanabilmekte, bunun sonucunda çocuğun yeterli beslenememesi, ev koşullarının yetersiz olması, sağlık problemleri gibi sorunları da doğurabilmektedir. İç stres faktörlerine baktığımızda; ebeveynlerin kişilik özellikleri, çocuğun özellikleri ve çocuktan yapabileceğinden fazlasının talep edilmesi şeklinde sıralanabilir (12, 61).

Ailelerin en temel fonksiyonları, çocuklarını korumak, gelişimlerini sağlamaktır. Aileler çocuklarına karşı dikkatli, şefkatli ve güvenlik sağlayan kurum olmalıdır. Ailedeki yoksulluk, ekonomik sorunlar gibi dengeyi sarsan durumlar sağlıklı olan aileler için risk faktörleridir (62). Ekonomik problemlerin yanında çocuk istismar ve ihmalini arttıran başka bir etken de ebeveynlerin eğitim seviyelerinin düşük olmasıdır (63).

Çocuklarını istismar ve ihmal eden ebeveynlerin fiziksel ve ruhsal olarak sağlıklarının problemli olduğu, olumsuz benlik kavramına sahip oldukları, toplumdan dışlandıkları ve anti sosyal davranış sergiledikleri belirtilmektedir (58). Ayrıca bakım verenle ilgili risk etmenleri olarak; ruhsal sorunlar, madde kullanımının varlığı, sosyal destek eksikliği, çocukluğunda istismara uğraması gibi özellikler tanımlanmaktadır (64).

Ebeveynin çocuğa yönelik davranımlarını kendi çocukluk döneminde yaşadıkları etkileyebilir. Ergenlik yıllarında baskıya maruz kalan bir anne ile ihtiyacı olan sevgiyi görmeyen babanın, özetle çocukluk döneminde kendi ebeveyniyle sağlıklı bir bağ kurumayan anne ve babaların çocuklarına karşı tutumları, yaşadıkları bu kötü tecrübeler nedeniyle uygun ve yerinde olmayabilir (65). İhtiyaçları olan sevgiden mahrum kalmış ve bildikleri tek davranış yöntemi kötü davranma modeli olan bu ebeveynler, beklenmedik bir olayla veya olumsuz bir durumla karşılaştıkları zaman yalnızca bir davranış göstermektedirler. Bu da zayıf, güçsüz ve savunmasız olan çocuklarına karşı şiddete başvurmaları olmaktadır (54).

Şiddeti uygulayanın genellikle erkek olduğu ailelerde, şiddete maruz kalan ebeveyn ya da çocuktan sorumlu erişkinin, çocuğun ihtiyacı olan güven veren yetişkin rolünden uzaklaşarak depresif, huzursuz ve kişisel problemleriyle boğuşan bir ebeveyn haline geldiği, çocuğun yaşadığı sıkıntıları dinleyemediği, böylece

beraberindeki yetişkinlerden destek alamayan çocuğun, hangi yaşta olursa olsun gerileme gösterdiği vurgulanmaktadır. Bu ebeveynlerin umutsuz oldukları ve çocuklarını yeterince koruyamadıkları bilinmektedir. Birçok çalışmada, kadınların şiddete maruz kaldığı ailelerin çoğunluğunda çocukların da şiddete uğradığı belirtilmiştir (62).

Şiddete maruz kalan çocuklar, hem fiziksel hem de ruhsal açıdan gelişimlerini tamamlamada sıkıntı yaşamaktadırlar. Çocukların çevreye uyum sağlayamaması; güven eksikliği, beslenme düzensizliği, tıbbi sorunlar, özgüven yetersizliği, uyuşturucu bağımlılığı, şiddete eğilim, intihar, mutsuzluk, uygunsuz cinsel tercihler, suça bulaşma, okul devamsızlığı, akademik başarısızlık, dikkat eksikliği, kendine zarar verme, davranış problemleri ve nihayetinde ölüm ile sonuçlanabilmektedir (66).

Çocukluklarında fiziksel ve psikolojik istismara uğrayan bireylerin hayatlarının devamında, çocuklarını cezalandırma, alkol tüketimi ve anti-sosyal davranışlar sergileyebilmektedirler (67). Çocuğun erken dönemlerde karşılaştığı şiddet ve şiddeti uygulayan kişiler çok önemlidir. Eğer şiddet uygulayıcısı çocuğa çok yakın ise çocuk için ilişkilerin güvenirliği sorgulanır hale gelir. Eğer süreğen şekilde şiddet uygulanıyorsa etkileri daha fazladır, çocuk zamanla şiddete karşı dirençli ve aldırmaz olur (62). Çocuklar için, düşük akademik başarı, öğrenme problemleri, davranış sorunları, zihinsel gerilik gibi konularda, düşük gelir seviyesine sahip ve annenin eğitim seviyesinin düşük olduğu ailelerdeki çocuklar daha fazla risk altındadır (68).

Aile içi şiddete tanık olan okul çağı çocuklarının çoğunlukla bu konuyla ilgili onları rahatsız edici düşüncelerinin olduğu ve bu nedenle odaklanma problemleri yaşayabildikleri, kaygı ve uyku bozuklukları, saldırganlık ve karşı gelme davranışları olabileceği gibi travma sonrası stres bozukluğuna benzer bir tablo gösterebilecekleri belirtilmiştir. Okul çağı çocuklarının kendilerine ve başkalarına ilişkin duygusal farkındalıkları yüksektir, bu nedenle şiddetin nedenleri üzerine kafa yorabilirler, şiddeti durdurmak için neler yapabileceklerini düşünüyor ve bu konuda endişeleniyor olabilirler ve hatta kendilerini suçlayabilirler (69). Genel işlevsellikleri, davranışları, sosyal becerileri ve akademik performansları yaşadıkları durumdan etkilenebilir (70).

Çok küçük çocukların duygularını davranışlarına yansıtmaları kolay olmamaktadır, şiddete maruz kalan küçük yaş grubu çocuklarda gözlemlenen uyku problemleri, içine kapanma, saldırganlık, ağlama, huzursuzluk ve yeme problemleri gibi tepkiler, çocukların şiddete verdikleri tepkiler olabilir. Bunun yanında şiddete uğrayan çocuklarda tuvalet eğitiminde başarısızlık ya da konuşamama şeklinde beliren dil yetersizliğini görülebilmektedir (62).

Araştırmalara ve istatistiklere bakıldığında, Türkiye'de 389 tane liseye devam eden öğrenci üzerinde gerçekleştirilen bir araştırmada, %16.5'inde ihmal, %15.8'inde duygusal istismar, %13.5'inde fiziksel istismar ve %10.7'sinde cinsel istismar olduğu görülmüştür (71). Alikaşifoğlu ve arkadaşları tarafından 2002 ve 2005 yılları arasında İstanbul içerisindeki 26 okulda 9. ve 11. Sınıfa devam eden, 1955 kız öğrenci ile yapılan çalışmada ise, fiziksel istismar sıklığının %30-35, cinsel istismar sıklığının ise %13 dolaylarında olduğu saptanmıştır (72). İngiltere'de de dört merkezle birlikte aile içi şiddete tanıklık eden çocuklar üzerinde yapılan bir çalışmada, çocukların %52'sinde davranış problemleri, %39'unda okula uyum sorunları, %25'inde istismar içeren davranışlar başlamıştır. Çocukların %60'ı ise aile içi yaşanan şiddetten kendisini sorumlu olarak gördüğünü ifade etmiştir (73). Tüm bu araştırma ve istatistik sonuçlarına rağmen ülkemizde ve tüm dünyada aile içi şiddetle ilgili istatistikler gerçek rakamları yansıtmamaktadır, çünkü kurbanlar tarafından çeşitli nedenlerle olayları dile getirmemekte, gizlemekte ya da sorumlu kurumlar ve kişiler tarafından bildirilmemektedir (74).

Çocuk ruh sağlığı alanında çalışanların tedavideki asıl hedefleri, çocuğu olası tehlike ve şiddetten koruyarak, aile içi etkileşimi güçlendirmek, aile ilişkilerini iyileştirmek olmalıdır. Birçok tedavinin, çocuk yetiştirme konusunda ebeveynlere yol gösterme, öfke kontrolü gibi konularda yardımcı olmayı amaçladığı bilinmektedir. Yetişkinlere her ne kadar bu konularda eğitim verilse de ebeveynlerin madde kullanımının olması, anti-sosyal davranış özellikleri ve depresyon bu tedavilerin etkililiğini azaltmaktadır (75).

2.3.2. Aile İçi İstismar

Aile, üyelerinin beslenme, bakım ve korunma gibi fizyolojik; sevgi, şefkat ve güven ihtiyacı gibi duygusal ihtiyaçların karşılaması açısından ilk ve temel kurumlardan biridir (28). Aile, gelişimsel ihtiyaçların, doyumların karşılandığı bir

yer olduğu gibi aynı zamanda krizlerin, çatışmaların yaşandığı bir alan olabilmektedir. Bunlardan bir tanesi fiziksel şiddettir. Yapılan araştırmalar, aile içi şiddetten en fazla etkilenen bireylerin çocuklar olduğunu ortaya koymaktadır (66). Bütün bunların yanında aile içi şiddet, hangi kültürde, eğitimde, gelir düzeyinde, yaşta olursa olsun tüm ülkelerde görülebilen bir olgudur (76).

Aile, çocuğun aile üyeleriyle özdeşim kurduğu ilk gruptur. Anne ve babalar, aile içerisinde uygun rol model olarak, çocuğun sağlıklı kişilik gelişimine katkıda bulunurlar. Farklı sebeplerle ailelerin çocuğun bakım ve korumasını yeterli olarak sağlayamadıkları, gelişimsel ihtiyaçlarını karşılayamadığı durumlar için çeşitli çözümler üretilmiştir (77).

Sosyal hizmet yaklaşımlarından sistem yaklaşımı kuramına göre aile; "ortak bir geçmişi olan, birbirine duygusal bağlarla bağlı olan aile üyelerinin ve ailenin bütününün ihtiyaçlarını karşılamaya çalışan bireylerden oluşmuş kompleks bir yapı" olarak tanımlanmaktadır (78). Sosyal hizmette aile; dinamikleri, işleyişi, yapısı, sorunları, toplumdaki yeri ve değişim süreçleri ile sosyal hizmet uzmanlarının toplumla ya da bireyle çalışırken uygulamalarını gerçekleştirdikleri temel bir sosyal hizmet alanıdır (79).

Çocuklar şiddet uygulayan ebeveynlerini model alır ve onları taklit ederler (80). Çocuk gelişimi açısından şiddet içeren bir aile ortamında yetişen bireyin ruh sağlığının olumsuz olarak etkilendiği ve böylece toplumun şiddet algısının şekillendiği görülmektedir (81). Sosyal öğrenme teorisine göre, çocuklar sevdiği ve saygı duyduğu anne ve babasından gördüğü davranışları taklit ettiği için şiddet ortamında büyüyen çocuk, tartışmaları şiddet olmadan çözmeyi ve öfke kontrolünü öğrenemez (28).

Çocuğun yetiştirilmesinde oldukça önemli sorumlulukları olan ebeveynlerin görevlerini yerine getirirken bazen bilinçli ya da bilinçsizce çocuklarına zarar vermeleri mümkün olabilmektedir. Bu yönüyle anne ve babanın öncelikle, anne ve babalık rolünü ne kadar benimsediği, göstereceği tutum ve davranışlarda belirleyici olmaktadır. Çocuğun sahip olduğu bir takım özellikler, ebeveynin sahip olduğu olumsuz kişilik özellikleriyle ve ortamın sosyo-kültürel ve ekonomik nitelikleriyle etkileşerek, çocuğun aile içinde şiddete maruz kalma riskini arttırmaktadır(61).

Çocuğun ihmal ve istismara uğrama riskini artıran bir takım durumlar vardır. Şiddet riskini artıran ebeveyn, çocuk ve aile ile ilgili faktörler şunlardır:

Ebeveyn ya da bakım verenle ilgili faktörler:

·Yetersiz özgüven

·Yetersizlik duygusu

·Depresyon

·Anksiyete

·Madde kullanımı/bağımlılık

·Dürtü kontrolünün yetersizliği ve öfke kontrol problemi

·Ebeveyn olma stresi

·Kişilik bozukluğu gibi psikolojik bozukluklar

·Erken yaşta ebeveynlik

·Düşük eğitim düzeyi

·Kontrolün dışarıdan sağlanması

·Çocuğun davranışlarını olumsuz algılama

·Çocuğun davranışlarına düşmanca ve suçlayıcı bakma eğilimi

·Çocukla yetersiz empati kurma

·Kuşaklar arası aktarılan aile içi şiddet

·Çocukla kurulan bağın zayıflığı

·Çocuk gelişimi ile ilgili bilginin olmaması

·Çocukla ilgili uygun olmayan beklentiler

· Ebeveynlik becerilerinde yetersizlik

Çocukla ilgili faktörler:

·Küçük yaş

·Mizaç ve davranışların zor olması

·Fiziksel ya da zihinsel yetersizlikler

·Erken doğum

Aile ile ilgili faktörler:

·Sosyo-ekonomik düzeyin düşük olması

·Tek ebeveynli aile

·Geniş aile

·Sosyal izolasyon

·Aile üyeleri arasındaki bağların yetersiz oluşu

·Aile içi çatışmalar (82).

Yine aile içinde çocuğa yönelik şiddetin risk faktörleri, anne babanın psikolojik özellikleri, sosyo-kültürel yapısı, ekonomik durumu, çocuğun yaşı, cinsiyeti, kardeş sayısı, çocuğun gelişimsel aşaması, ruhsal özellikleri, anne ve babasıyla olan ilişkisi şeklinde sıralanabilir. Bu konuda yapılan araştırmalar bu değişkenlerin bağımsız olmadığını, birbirleriyle etkileştiğini göstermektedir (28).

Çocuğun istismar riski ilerleyen yaşla birlikte azalırken, özelikle genç anne ve babalar, planlanmamış ve istenmeyen çocuklara sahip olduklarında, anne baba olma yeterliliğine sahip olmadıklarında yani çocuk geliştirmeye ve yetiştirmeye ilişkin bilgilerinin ve becerilerinin yetersiz olduğu durumlarda istismar riski artmaktadır. Erken yaşta sorumluluk alan ebeveynin çocuklarından da aynı davranışı beklemesi istismar olasılığını arttırmaktadır. Yetkin olmayan ana babalar çocuğun normal gelişimine uygun olmayan davranışları onlardan beklemektedirler. Çocuk anne babasının isteklerine karşılık veremediğinde ebeveynlerde hayal kırıklığı oluşabilir. Bunun sonucunda çocuklarının fiziksel gereksinimlerini karşılayamayabilir, ihmal

edebilir hatta fiziksel şiddet uygulayabilirler (28). Bazı çocukların davranışları açısından istismar edilme riski daha fazladır. Sıcak ilişki kuramayan, uzak, aşırı hareketli ve aşırı bağımlı özellik taşıyan çocuklar, diğer çocuklara göre daha fazla istismar edilirler. Annelerle yapılan görüşmelerde anneler çocuklarının bu özelliklerini yaramazlık ve söz dinlememe şeklinde tarif etmektedirler (61).

Yapılan araştırmalar, aile içerisinde çocuğun istismara uğrama ihtimali ile çocuğun yaşı arasında bir ilişki olduğunu belirtmektedir. Dünya Şiddet ve Sağlık Raporu'nda da, şiddet için tanımlanan risk faktörlerinin özellikle cinsiyet ve yaş olduğu ifade edilmektedir. Bunun yanında raporda, küçük çocuklarda fiziksel istismarın, daha büyük yaş grubunda ve özelikle kız çocuklarında cinsel istismarın daha sık görüldüğü belirtilmektedir (83).

Araştırmalar alkol kullanımının aile içinde şiddeti arttırıcı bir faktör olduğunu ortaya koymaktadır (84). Yapılan bir çalışmadan elde edilen bulgularda darp esnasında faillerin %78'inin alkollü olduğu ortaya konulmuştur (85). Literatürde parçalanmış ailelerin de çocuk istismarı konusunda risk grubu içerisinde olduğu ifade edilmektedir (20).

Aile özellikleri açısından, özellikle annenin eğitim düzeyi ile fiziksel ve duygusal istismar, babanın düşük eğitim durumuyla da fiziksel, duygusal ihmal arasında bir korelasyon görülmektedir. Anne-babanın boşanmış olması veya anne baba kaybı olan çocuklarda istismar oranının belirgin biçimde artmadığı görülmektedir (86). Evdeki çocuk sayısının fazlalığı ve kardeş sayısının fazla olması istismar riskini artırmaktadır. Aile üyeleri arttıkça, anne babaların ilgisi çocuk sayısından dolayı bölünmektedir (87).

İhmal ve istismarın çocuklar üzerindeki etkilerine bakıldığında, bu etkiler şiddetli ve uzun süreli olabilir (88). Aile içi çocuğa yönelik şiddet birçok duygusal ve davranışsal soruna zemin hazırlamaktadır. Davranışsal sorunların öngörülmesinde çocuğa yönelik şiddetin bütün demografik özelliklerden daha anlamlı bir gösterge olduğu belirtilmiştir (89). Şiddet doğrudan çocuğu hedef almasa da bütün aile içi şiddet örüntüleri çocukların ruh sağlığını olumsuz etkilemektedir. Bu yüzden ruh sağlığı çalışanlar muayeneler ve görüşmeler sırasında aile içi şiddetin varlığını anlayabilmek için aile içi ilişkileri, çatışmaları detaylı olarak sorgulamalıdır (13).

Yapılan çalışmalarda ergenlerin cinsel suç davranışı ile bireysel özellikler, ailesel değişkenler ve sosyoekonomik faktörler arasında bazı ilişkilerin olduğu saptanmıştır. Fiziksel/cinsel istismar öyküsü olan, bozuk aile fonksiyonuna sahip, alkol/ madde kötüye kullanımı olan, erotik bilgilere maruz kalan, nörobiyolojik ve psikiyatrik problemlere sahip olanların ergen cinsel istismar davranışında daha yüksek sıklıkta görüldüğü saptanmıştır. Kötüye kullanım öyküsü gelecekteki suça yönelim açısından risk faktörüdür, suç davranışında bulunan ergenlerin %20-50'sinde çocukluk döneminde fiziksel kötüye kullanım, %10-80'inde cinsel kötüye kullanım öyküsü saptanmıştır. Bununla birlikte çocukluk döneminde kötüye kullanım hikayesi olanların çoğunluğu suçlu olmamaktadır (90).

Şiddet mağduru olan ve şiddeti içselleştirmiş olan çocuklar intihara yatkın, madde kullanma eğilimi gösteren, saldırgan davranışlarda bulunan ve ileride çocuklarını istismar eden yetişkinler olabilmektedirler (91). Ayrıca aile içi şiddete maruz kalan çocukların, şiddet görmeyen çocuklara göre davranış yönünden, akademik başarı ve sosyal işlevsellik açısından daha kötü olduğu saptanmıştır (92). Yine sapma davranışları olan bireylerin sıklıkla sağlıksız aile ortamında yetişmiş bireyler olduğu bilinmektedir. Aile sisteminin problemli olması, eşler arasındaki ilişkinin kopukluğu ve çocuğa yönelik şiddet gibi etkenler geleceğin yetişkinleri olan çocukları psiko-sosyal yönden olumsuz etkilemektedir (93).

Aile içi çocuğa yönelik şiddet tek bir sebeple açıklanamamaktadır, fakat hangi sebeple olursa olsun, çocukların aile içinde şiddete maruz kalmaları önemli bir sorundur. Aile içi şiddetin zamanında önlenememesi, ileride yaşanabilecek bireysel ve toplumsal sorunların kaynağı olabilir (28).

Aile içerisinde ya da sosyal çevresinde şiddet gören çocuğun dünya algısı şekillenmekte, çevreye olan güvenini zedelemektedir. Yapılan araştırmalar şiddet uygulayan çocukların; şiddeti, güvende hissetmek için bir başa çıkma mekanizması olarak kullandıklarını ve zarar veren davranışlarını normalize ederek, şiddet sorununun daha kalıcı hale geldiğini göstermektedir (94). Ailenin sosyo-ekonomik seviyesinin düşük olması, aile içerisinde hem erişkine hem de çocuğa yönelik -çifte- şiddetin bir arada olması, çocukların evdeki şiddet ortamından daha belirgin biçimde etkilenmesine neden olmaktadır (62).

Aslında kuşaktan kuşağa aktarılan şey şiddet değildir, şiddetle ilgili olan duygusal birikimdir. Korku, içselleştirilen öfke ve çökkünlük, kişinin davranışlarını belirleyebildiğinden, çocukluğunda şiddete uğrayan bireylerin hepsinin yetişkin oldukları dönemde eşlerine ya da çocuklarına şiddet uygulayan bireyler olmadığı, fakat büyük bölümünün şiddet uyguladığı saptanmıştır (95).

Çocuk istismarı ile ilgili şiddetin olduğu ve olmadığı ailelerinde karşılaştırmalı çalışmalarda; ebeveynlerin ayrı olması, tek ebeveynin olması istismar için risk artırıcı faktör olduğu, bunun çocukların yaşlarına göre değişen etkiler gösterdiği, ruhsal ve fiziksel gelişimleri üzerinde etkileri olduğu ifade edilmektedir (28). Yine 18-20 yaş arasında gereksinimlerin karşılandığı ve karşılanmayanlar arasında yapılan bir çalışmada, sağlıklı aile ortamında yaşayan gençlerin başarılı sosyal ilişkiler kurabilen, bağımsız, kendini kabul edebilen bireyler olurken, sağlıksız aile ortamındaki bireylerin içe kapanma, saldırganlık, zarar verme özellikleri gösterdikleri belirtilmiştir (96).

Aile içi şiddetin bir toplum sağlığı sorunu olduğu unutulmamalıdır. Döngüsel olan bu sağlık sorununun zarar verici, yıkıcı etkilerini önleyebilmek ve azaltmak için risk etkenlerine göre çocuk veya yetişkin olma gibi yaşlarına göre; okul veya resmi kurumda olması gibi gruplara ulaşabilme durumlarına göre; travma, ebeveynlik eğitimi, öfke kontrolü, iletişim sorunları gibi bireysel ihtiyaçlara göre programlar düzenlenebilir (97). Bunun yanında yoğun aile koruma hizmetleri, kriz halindeki aileler için daha kısa zamanla ve yoğun olan aile hizmetlerini kapsar. Bu hizmetler ev tabanlı danışmanlık, somut hizmetler, öfke yönetimi eğitimi ve vaka yönetimini içerir (98). Çocuk ve aile arasındaki ilişkinin geliştirilebilmesi için çocuk ve ebeveyn odaklı danışmanlık programlarında, anne baba ve çocuk aktivitelerini ve etkileşimlerini artırmak, anne babaların tutum önerilerinde bulunmak, çocuklara yaklaşım konusunda eğitici bilgilendirmeler yapmak, çocukları anlayabilmelerine yardımcı olmak şeklinde planlanmalıdır (44).

Aile içi şiddetin önlemesine yönelik gerçekleştirilen programların sonuçları incelenmiş, sonucunda çocukların benlik saygısı, davranış problemleri, kaygı, depresyon, saldırganlık, travma belirtileri, çatışma çözme becerileri gibi pek çok alanda; anne ve babalarında ise çocuklarına karşı daha fazla empati yaparak

yaklaşma, psikolojik işlevsellik, travma sonrası stres bozukluğu(TSSB) gibi konularda gelişim gösterdikleri belirtilmiştir (99).

Çocukların ihmal ve istismara uğramaması için ilk olarak yapılması gereken erken müdahale programları geliştirmektir. Bu programlar ailelerin ve çocukların koşullarının iyileştirilmesi, çocukların gelişim sorunlarının engellenmesi, yaşam niteliğinin artırılması, ihmal ve istismar risklerinin ortadan kaldırılmasını amaçlamalıdır. Yine bu amaçlara ulaşmak için yapılması gerekenlere bakıldığında; gelişmiş ülkelerdeki çocuk koruma sistemlerine benzer uygulamalar yapmak, milli geliri artırmak, yoksulluğu azaltmak, eğitim seviyesini yükseltmek, kamuya yönelik sağlık programları geliştirmektir (9).

Yapılan çalışmalarda istismarı önlemede 8-10 ve 10-12 yaş arasındaki çocuklar ve ebeveynlerle yapılan çalışmalarda bilgilendirmenin etkili olduğu öğrenilmiştir (100, 101). Aslında çocuğun ihmal veya istismar durumunda bunu ilk fark edebilecek kişiler öğretmenlerdir. Çünkü çocuk zamanının büyük bir kısmını okulda geçirir. Dolayısıyla çocuğun davranışlarını en uzun süre gözlemleyebilen kişiler öğretmenleridir. Bu nedenlerle yapılması gerekenler arasında okullarda "Hizmet içi Eğitim Seminerleri" verilmesi de vardır. Bu eğitimlerde travma belirtileri, işaretleri, ihmal ve istismarın çocuklar üzerindeki yıkıcı etkileri, göz ardı edilmemesi gerektiği, eğitimcilerin bu konudaki önemi gibi konular üzerinde durulmalıdır. Hatta bu eğitimler eğitim fakültesinde eğitim görevler için müfredata eklenmelidir. Bunun yanında öğretmenler herhangi bir ihmal istismar şüphesi durumunda rehber öğretmenlerle iletişime geçmelidir. Rehber öğretmenler okuldaki risk grubu çocukları belirleyebilir, daha önce tespit edebilirler. Ebeveynlere çocuk yetiştirme, çocuk hakları, disiplin yöntemleri gibi konularda eğitimler verebilir, ev ziyaretleri düzenleyebilirler (102).

2.3.2.1. İhmal

İhmal, fiziksel istismardan da sık görülmesine rağmen çocuğun ölümü veya yaralanması ile sonuçlanmadığı sürece ne yazık ki göz ardı edilebilmektedir (26). Aslında çocuk ihmali de en az çocuk istismarı kadar önemlidir. Çocuk ihmali, çocuğun bakımını ve gözetimini yapmakla yükümlü olan kişi veya kişilerin çocuğun koruma, beslenme, bakım, sağlık, eğitim gibi konularda ihtiyaçlarının yeterince karşılanmaması, çocuğu yalnız bırakması şeklinde tanımlanabilir. İhmalin pasif,

istismarın ise aktif davranışlardan oluştuğu söylenebilir. Çocuk ihmali genel olarak devletin, kurumların ve ailelerin çocuk için yerine getirilmesi gereken temel yükümlülüklerin yerine getirilmemesidir. İhmal üçe ayrılmaktadır: fiziksel, cinsel ve duygusal. Çocuğun ihtiyacı olan kaynakların sağlanmaması, verilmemesi fiziksel ihmal, cinsel istismardan korunmaması cinsel ihmal, çocuğun en temel ihtiyaçlarından olan sevginin verilmemesi, yakınlık gösterilmemesi ise duygusal ihmaldir. Anne babaların çocuklarına yeterli danışmanlığı verememesi, beslenme ve bakımlarını yapamaması, gerekli tıbbi işlemlerin yaptırılmaması da ihmale giren davranışlardandır (20).

Yine fiziksel ihmal, çocuğun gelişimine göre yeterli beslenememesi, giyiminin temizliğine dikkat edilmemesi, fiziksel koşullarının uygun olmaması, ev içinde ve dışında oluşabilecek kazalara karşı yeterli önlemlerin alınmamasıdır. (103). Sağlık ihmali fiziksel ihmalin altındaki bir gruptadır. Sağlık ihmali, çocuğu hastalandığında hastaneye götürmemek ya da geç götürmek, tedaviye uyum sağlamamak, tıbbi bir doktorun kontrolü dışında çocuğa uygunsuz ilaç vermek gibi konularda yapılan ihmal davranışlarıdır. Doğmamış çocuğun ihmal edilmesi de fiziksel ihmaldir. Annenin yeterli tıbbi bakımı almaması, sigara, alkol, ilaç gibi zararlı maddeleri kullanması, beslenmemesi, fetüsün gelişimini etkilediğinden fiziksel ihmal dahilindedir (103, 104).

Fiziksel ve cinsel istismarın birçoğunda ihmal ve duygusal istismar da vardır (105). İhmal ve fiziksel istismara uğrayan çocuklarda, ihmal ve fiziksel istismara uğramayan çocuklara göre daha fazla davranım bozukluğu ve karşıt olma-karşıt gelme bozukluğu görülür (106). Saldırganlık ve suça yönelik davranışlar da ihmal ve fiziksel istismarla görülen, sık birliktelik gösteren sorunlardır (107). Bunun yanında fiziksel istismar mağduru bireylerde intihar girişimleri ve düşüncelerine daha sık rastlanılmaktadır (108).

İhmal ve fiziksel istismar mağduru çocukların sosyal işlevselliklerinin problemli olduğu, yakın ilişki kurmakta zorlandıkları, çatışmacı, öfke ve istismar içeren davranışlar sergiledikleri belirtilmektedir (75).

2.3.2.2. Cinsel İstismar

Cinsel istismar fiziksel, duygusal, sosyal, ahlaki, hukuki ve kültürel boyutlarıyla karmaşık bir sorundur (109). Cinsel istismar; mağdurlarının yaşadıkları cinsel istismarın kısa ve uzun dönemli örseleyici ve yıkıcı etkilerini yaşadıkları önemli bir toplumsal sorundur. (110).

Cinsel istismar, "Cinsel gelişimini tamamlamamış bir çocuğun ya da ergenin, bir erişkin ya da kendinden en az 4 yaş büyük bir başka kişi tarafından zorlanarak veya ikna ile cinsel haz amacıyla maruz bırakıldığı cinsel davranışlardır" (109). Yetişkinlerin veya çocuktan yaş olarak daha büyük olan başka kişilerin cinsel doyum amaçlı, karşı tarafın rızası, onayı olmadan ya da bir şekilde ikna ederek çocuğa karşı yaptıkları bütün cinsel içerikli eylemler cinsel istismar olarak tanımlanır. Bu eylemler "oral seks, genital seks, el ile genital, rektal ve göğüs bölgesine temas, cinsel organların gösterilmesi veya gösterilmesine zorlanması, çocuğa pornografik görüntüler izletilmesi ve çocuğun pornografik görüntülerde kullanılmasını kapsar" (111). Genel olarak kızlar ve erkekler eşit olarak istismara maruz kalsalar da, fiziksel istismara erkeklerde, cinsel istismara ise kızlarda daha sık rastlandığı belirlenmiştir (112).

Cinsel istismar vakaları ilk olarak 1970'li yılların ortalarında Amerika'da görülmüştür. Daha sonra İngiltere ve Kanada'da benzer vakalar olduğuna ilişkin yazılar yayınlanmıştır. Bununla beraber Doğu ülkelerine baktığımızda, bu bölgelerde cinsel istismar bildirimleri son yıllarda yapılmaya başlanmıştır (113). Yine Amerika' da 1980'lerin sonunda, çocuk koruma perspektifi daha geniş çapta ele alınmaya başlanmıştır. 1990'lı yılların başlarında, ABD'de o sıralarda istismarlarla ilgili soruşturmalar vardı. Örneğin Orkneyler'de gerçekleşen bu davalardan biri, profesyonellerin müdahale şeklini son derece eleştiren bir kamu soruşturmasıyla sonuçlanmıştır (114). İngiltere' deki süreçte, Merkezi hükümet, 1987 Cleveland olayına kadar(1987'de Cleveland'da bir hastaneye cinsel istismar şüphesiyle çok sayıda çocuk geldi. 6 ayda 121 çocuk korunma altına alındı. Aileler durumu protesto etti. Hükümet çocuk istismarı müdahalesi konusunda strateji oluşturdu) çocukların cinsel istismarını önleme konusunda yeterli çabayı göstermemiştir. Cleveland olayında cinsel istismar olaylarının resmi olarak kayıt altına alınması gerektiği, bu vakalara yaklaşımın titizlikle koordineli çalışma gerektirdiği, ayrıca cinsel istismar

vakalarına diğer istismar vakalarından farklı olarak daha profesyonel yönetilmesi gereken bir süreç olduğu, aksi takdirde çocuğa daha fazla zarar verilebileceği belirtildi. Sonrasında Londra'da pediatristler ve sosyal çalışmacıların birlikte çalıştığı, çocuk cinsel istismarını araştıran bir merkez kuruldu. Bu şekilde cinsel istismar vakalarının sayısının aslında çok fazla olduğu, mevcut çocuk koruma sisteminin geliştirilmesi gerektiği görüldü (45). Cinsel istismar 1970'lerde bu şekilde artan olgu bildirimleriyle birlikte sağlık sorunu olduğu görülmeye başlamıştır (115).

Cleveland olayı dört kilit öneri sunmuştur. Bunlar:

-Cinsel istismar vakalarının soruşturması, polis ve sosyal çalışmacılarla birlikte yapılmalıdır.

-Çocukla yapılan görüşme, konuya odaklı ve kısa olmalıdır.

-Gerekmedikçe cinsel istismar sonrasında çocuk evden uzaklaştırılmamalı, çocuğun evden uzaklaştırılmasına alternatif çözümler üretilmelidir.

-Çocuk ve aile, yapılacak müdahale planı ile ilgili bilgilendirilmelidir (45).

Cinsel istismar bir sosyo-demografik grupla yakınlığı olan bir olgu değildir, bütün sosyo-ekonomik seviyelerde görülebilir. İstismarcıların çoğunluğunun erkekler olduğu görülmüştür. Boşanmanın, şiddetin, alkolün ve madde kullanımının olduğu ailelerde cinsel istismarın daha sık yaşandığı belirtilmektedir. Çocuk bakımıyla birebir ilgilenen babaların daha az istismarda bulunduğu saptanmıştır. Cinsel istismarın sık yaşandığı aileler genellikle işlevselliğinde bozukluklar olan ailelerdir (116).

Ensest, aralarında kan bağı olan ve kanunen evlenmeleri yasaklanan aile bireylerinin çocuğu cinsel olarak istismar etmesidir. Çocuk fuhuşu ve pornografisi ise cinsel sömürü tanımı içinde yer almaktadır. Çocuğun özel bölgelerine dokunma, penetrasyon, röntgencilik, teşhir, cinsel içerikli konuşma gibi eylemlerin tümü cinsel istismar davranışı olarak adlandırılmaktadır (117). Ensest tarihte tabu olarak görülmüştür. Yakın bir döneme kadar ensest görmezden gelinen bir konu olmuştur. Ensestte en sık rastlanılan babanın kız çocuğuyla olan ilişkisidir. Ensest için risk faktörleri, babanın alkolik olması, madde bağımlılığı, zihinsel engel, anti-sosyal kişilik bozukluğu ve otoriterliktir. Bunun yanında ebeveynlerin aralarındaki cinsel

problemler, kız çocuğunun evde anne rolünde olması, ebeveynlerin dış çevreye karşı hostil ve paranoid tutumları, ebeveynlerin kendi çocukluklarında ensest öykünün olması da ensest için risk etkenlerindendir (56).

Cinsel istismarda yaş grubu, cinsiyet gibi değişkenlere baktığımızda; Türkiye'deki bir çalışmada, cinsel istismar vakalarında yaş ortalamasının 10.8 olduğu, bunların %43'ünün ergen yaş grubu(12-16 yaş) olduğu saptanmıştır (118). Yine Türkiye'de 389 tane liseye devam eden öğrenci üzerinde gerçekleştirilen bir araştırmada, %16.5'inde ihmal, %15.8'inde duygusal istismar, %13.5'inde fiziksel istismar ve %10.7'sinde cinsel istismar olduğu görülmüştür (71). Ayrıca cinsel istismarda bulunanların dörtte üçünün aileden birisi, komşu veya yakın akrabalar, ya da önceden tanınan kişiler olduğu ifade edilmektedir (119,120). Benzer şekilde Soylu ve ark.' nın yaptığı çalışmada da istismarcıların %73.5' inin tanınan biri ve %14.5' inin aileden biri olduğu bulunmuştur (121). Cinsel istismar kızlarda ve özellikle ergenlik döneminde olanlarda daha sık karşılaşıldığı bildirilmektedir (122). Kızlarda cinsel istismara uğrama riski erkeklere göre 2-5 kat oranında artmaktadır (123, 124). Ayrıca cinsel istismara maruz kalma riskini, çocuk ve ergenin bedensel veya zihinsel özrünün olması, psikotik bozukluk, bipolar bozukluk, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ve dürtü kontrol bozukluğu gibi psikiyatrik rahatsızlıklar da artırmaktadır (125).

Sağlık tedbiri uygulaması ile takip ve tedavisi sürdürülen çocukların yaş grubuna bakıldığında, büyük kısmının ergenlik döneminde olduğu görülmektedir.

Ergenlik döneminde çocuk, yetişkinliğe geçerken ailesinden bağımsızlaşır, kişilik geliştirmeye çalışır. Ergenlik yıllarında çocuğun sağlıklı aile işlevleri olan bir aileye sahip olması, ergenin ruhsal sağlığı ve davranışları üzerinde etkileyici rol oynar (126). Ergenlik döneminde ruhsal yapılanma henüz tamamlanmamıştır ve cinsel istismar, ruhsal ve fiziksel sağlığa tehdit oluşturur, çocuk suçluluk hissedebilir, kaygı duyabilir ve depresif belirtiler sergileyebilir. Yaşadıklarıyla baş etmede güçlük çeken çocuk nihayetinde intihar girişiminde dahi bulunabilir (127). İşlev düzeyi düşük, ekonomik sorunların, aile çatışmalarının yoğun olduğu ve parçalanmış ailelerde cinsel istismar riski belirgin olarak artmaktadır (123, 128). Yapılan çalışmalarda ergenlerin cinsel suç davranışı ile bireysel özellikler, ailesel değişkenler ve sosyoekonomik faktörler arasında bazı ilişkilerin olduğu saptanmıştır.

Fiziksel/cinsel istismar öyküsünün, bozuk aile fonksiyonuna sahip, alkol/ madde kötüye kullanımı olan, erotik bilgilere maruz kalan, nörobiyolojik ve psikiyatrik problemlere sahip olanların ergen cinsel istismar davranışında daha yüksek sıklıkta görüldüğü saptanmıştır. Kötüye kullanım öyküsü gelecekteki suça yönelim açısından risk faktörüdür, suç davranışında bulunan ergenlerin %20-50'sinde çocukluk döneminde fiziksel kötüye kullanım, %10-80'inde cinsel kötüye kullanım öyküsü saptanmıştır. Bununla birlikte çocukluk döneminde kötüye kullanım hikayesi olanların çoğunluğu suçlu olmamaktadır (90).

Cinsel istismar mağduru çocuklarda, ruhsal sorunların gelişme oranının %60' dan daha fazla olduğu bildirilmiştir (129). Soylu ve ark.'nın yaptığı çalışmada, cinsel istismar mağdurlarının %67.1'inde ruhsal bozukluk saptanmıştır ve TSSB(Travma sonrası Stres Bozukluğu) ve MDB(Majör Depresif Bozukluk) en sık konulan tanılardır (121). Travma sonrasında en sık konulan tanılar, TSSB, akut stres reaksiyonu, uyum bozukluğu ve depresyondur. TSSB gelişme riskini artıran unsurlar arasında, çoğul travmaya maruz kalmak, istismarcıyı daha önceden tanımak, erken yaş, yaşanan sosyal çevrenin yaşanan travmaya olan tepkisi, çocuklukta yaşanan travma, anne babanın olmaması veya anne babada görülen ruhsal problemler başta gelmektedir (130). Yine, cinsel olarak istismar edilen çocuklarda davranışsal ve duygusal sonuçları gösteren çalışmalarda, istismara uğrayan çocukların uygunsuz cinsel içerikli davranışlarda(kalabalık içerisinde mastürbasyon, sürekli cinsel bölgelerle oynama, cinsel ilişkiyi taklit, vajina veya anüse cisim sokmak, sürtünmek gibi) bulundukları, ayrıca anksiyete, düşmanlık, post-travmatik stres bozukluğu, depresyon, korku yaşadıkları görülebilmektedir (131).

Cinsel istismarın çocuk ve ergen üzerindeki etkisi; çocuğun istismarda bulunan kişi ile öncesinde olan yakınlığına ve ilişkisine, istismarın biçimine, zamanına, şiddet durumuna, çocuğun yaşına ve gelişimsel basamağına, travmanın öncesindeki psikolojik gelişimine göre değişkenlik göstermektedir (109). Uzun dönem kötü sonuçlarla ve gelişen psikopatolojilerle istismarın penetrasyon içermesi arasında da ilişki olduğu saptanmıştır (132, 133). Soylu ve ark.'nın yaptığı çalışmada, penetrasyonun ve fiziksel temasın da olduğu istismarlarda mağdurun daha fazla etkilendiği saptanmıştır. Ayrıca istismar esnasında kullanılan şiddetin çaresizlik duygusunu arttırdığından travmanın daha olumsuz hatırlanmasına sebep olduğu

düşünülmüştür (121). Travmanın yoğunluğu sosyal çevredeki kişilerin verdikleri tepkilerle de ilişkilidir. Özellikle sosyal destek, mağdurun durumla başa çıkmasında önemli derecede rol oynamaktadır (130).

İstismar mağduru çocuklarda benlik saygısının önemli ölçüde zarar görmekte ve sıklıkla depresyona rastlanılmaktadır (134). Cinsel istismara uğrayan bireylerin, post travmatik stres bozukluğu, depresyon, madde bağımlılığı, intihar girişimi, anksiyete ve borderline kişilik bozukluğu gibi psikiyatrik problemler yaşaması olasıdır (135). Ayrıca önceden bir psikiyatrik rahatsızlığı olan çocuklar kendilerini daha çaresiz hissedebilir. Yaşadıkları olayla ilgili olarak başa çıkma becerileri yeterli olmayabilir. Başa çıkma becerilerinin yeterli olmaması bu çocukların psikopatoloji geliştirme riskini artırmaktadır (136).

Cinsel istismar mağduru bireylerde, istismar sonrasında anksiyete, uyku bozukluğu, ağlama atakları, kabus görme, aşırı korku, dikkat eksikliği gibi belirtilerin görüldüğü yani travma sonrası stres bozukluğu; amnezi, bilincin bozulması, zihinsel olarak kaçış gibi disosiyatif bozukluklar; bölünme, duygu izolasyonu, reddetme gibi konversiyon bozukluklar; suçluluk, depresyon, düşük benlik saygısı ve cinsel kimlik bozuklukları saptanabilir. Travma sonrası stres bozukluğu cinsel saldırıdan sonra görülen en sık belirtidir. Bulguları ilk dört haftada ortaya çıkar ve bir miktar düzelme görülürse “Akut Stres Bozukluğu” denir. Bulgular dört haftadan fazla sürer ise "Travma Sonrası Stres Bozukluğu” olarak adlandırılır. Bulgular olaydan altı ay sonra görülürse buna da gecikmeli başlangıç denir. Olayı tekrar yaşantılama belirtileri(sürekli olayı hatırlama, rüyada görme), küntlük ve kaçınma belirtileri(anksiyete, amnezi, gelecekle ilgili umutsuz düşünceler, duygu ve düşüncelerden kaçınma), aşırı uyarılma belirtileri(uyku sorunları, dikkat problemleri, öfke patlaması, tedirginlik) görülmektedir. Zamanla somatizasyon bozukluğu, madde bağımlılığı, obsesif-kompülsif bozukluk, panik bozukluk, sosyal fobi, majör depresyon gibi ayrıca eşlik edebilen durumlar da yaşanabilir (137, 138). İstismardan hemen sonraki dönemde uyurgezerlik, fazla fantezi kurma, amnezi, trans gibi durumlar görülebilmektedir. Ayrıca konversif tepkilere de sıklıkla rastlanmaktadır (134). Cinsel istismar mağduru çocukların ve ergenlerin travma sonrası stres bozukluğu ve depresyon yönünden risk altında olmalarından dolayı, çocukluk çağı

istismarın önlenmesi ve çocuk ruh sağlığı kliniklerinde takip ve tedavilerinin yürütülmesi bu çocukların ruh sağlığının iyileştirilmesinde oldukça önemlidir (136).

Erişkin döneme bakıldığında, cinsel istismar, ileri zamanlarda ortaya çıkabilecek ruhsal sorunların kaynağı olabilmektedir (139). Yapılan çalışmalarda erişkin dönem ruhsal sorunları ile aile içi cinsel istismarın ilişkili olduğu bildirilmiştir (140). Psikiyatrik tedaviye devam eden kişilerle yapılan bir çalışmada %57'sinin önceden cinsel ve fiziksel istismara uğradıkları belirtilmiştir (141). Yine çocukluklarında cinsel olarak istismar edilmiş 250 yetişkin ile yapılan bir çalışmada, bu kişilerin geçmişinde istismar öyküsü olmayan kişilere göre daha fazla psikiyatrik ve psikosomatik rahatsızlık yaşadıkları, intiharı daha fazla düşündükleri, sosyal işlevselliklerinin ve beden algılarının da daha bozuk ve yetersiz olduğu bildirilmiştir (142). Yine başka bir araştırmada, geçmişte cinsel olarak istismar edilmiş bireyler 43 yıl izlenmiş, anksiyete, affektif bozukluklar, psikotik bozukluk, kişilik bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu, alkol kullanımı ve madde kötüye kullanımının bu bireylerde daha sık rastlanıldığı görülmüştür (143). Ayrıca bu olgularda, depresyon, fobi, panik bozukluk, cinsel işlev bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluğunun da toplumdaki diğer bireylere göre daha sık rastlanıldığı belirtilmiştir (144). Cinsel istismarın uzun dönemli sonuçlarından birisi de, cinsel istismara maruz kalmanın daha sonrasında cinsel saldırganlığa dönüşmesidir (105).

Yapılan bir çalışmada vakaların %24.2'sine daha önce de bir psikiyatrik tanı konulduğu öğrenilmiştir. Bu tanılar sıklıklarına göre sırasıyla zeka geriliği, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), depresyon, davranım bozukluğu, madde kullanım bozukluğu, kekemelik, enürezis olduğu ifade edilmiştir (136). Ülkemizde yapılan bir çalışmada da zeka geriliği olan çocuklarda istismar sonrası daha fazla psikiyatrik semptomlar görüldüğü öğrenilmiştir (121). Bunun nedenlerinden biri zeka geriliği olan çocukların istismar yaşantısını anlamlandırmada zorlanmalarıdır (145). Zihinsel engelli çocuklar, kendilerine karşı gösterilen sevgiye, yeterli yargılamayı yapmadan karşılık verebilirler. Ve iyi dokunmayı, kötü dokunmayı, özel bölgelerini bilmemeleri gibi sebeplerle cinsel içerikli yapılan teklifi, dokunmayı cinsel şekilde istismar edilebileceklerini düşünmeden kabul edebilirler (146). Zeka geriliği olan ve istismara uğrayan çocukların sıklıkla istismara uğradıkları, cinsel istismar karşısında ne yapacaklarını bilmedikleri, kendilerini koruyamadıkları, cinselliğe dair bilgilerinin

az olduğu bilinmektedir (147). Zihinsel engelli bireylerin, zihinsel engeli olmayan bireylerden 4-10 kat oranında daha çok cinsel istismar riski altında oldukları belirtilmiştir (121). Bu sebeplerle, çocuk ve ergen psikiyatrisi kliniklerinde muayeneler ve görüşmeler sırasında zeka problemi olan çocuklarla konuşurken cinsel istismar, çocuk anlayabilecek şekilde basit bir dille sorgulanmalı, olası bir istismar durumunun gözden kaçırılmaması gerekmektedir (127).

Cinsel istismara uğrayan çocuklar ve aileleriyle sosyal çalışma yapılırken, istismarın boyutu, sonuçları detaylı olarak ele alınmalı ve değerlendirilmelidir. Aynı zamanda psiko-sosyal değerlendirme yapılırken, aile yapısı, dinamikleri, aile içi roller, ebeveynlik rolleri, anne babanın ruhsal ve psikiyatrik olarak değerlendirilmesi, anne babanın geçmiş yaşantısı, ailenin geleneksel değerleri, sosyal desteğin varlığı, çocuğun her türlü gelişimsel düzeyi ve problemleri ayrıntılı olarak değerlendirilmelidir. Bu bilgiler kullanılarak koruyucu, önleyici ve iyileştirici sosyal hizmet müdahalesinin planlanmalı ve uygulanmalıdır. Cinsel istismarın mevcut olduğu ailelerde, üyeler arasındaki duygusal bağların zayıftır, duygular saldırgan şekilde ifade edilir, üyelerin endişeleri yüksektir ve özgüvenleri yetersizdir, pek çoğunda sosyal ilişki kurabilme becerisinin olmadığı olduğu görülür. Bir çalışmada çocuk istismarı olgularının daha çok parçalanmış aileden, düşük ekonomik düzeye sahip ve annelerin eğitim seviyesi düşük olan ailelerden geldikleri vurgulanmıştır (148).

Türkiye'de cinsel istismara maruz kalmış çocuk ve ergenler adli merciler tarafından çocuk ve ergen psikiyatrisi kliniğine getirildiklerinde, muayene sonrasında "cinsel istismar sonucunda mağdurun ruh sağlığının bozulup bozulmadığının" değerlendirilmesi istenir. Cinsel istismarın ruh sağlığını etkilememesi mümkün değildir. Türk Ceza Kanunu'nda bu suçların işlenmesi durumunda, beden ve ruh sağlığı bozulduğunda ceza miktarı ciddi anlamda artmaktadır. Bu nedenle oluşan etkilenmenin çocuğun gelişimini, eğitimini, aile ve sosyal ilişkilerini, ve birçok alanda ağır işlev kaybının olması gerektiği ifade edilmektedir (121).

Cinsel istismar vakalarının üzeri kapatılmamalı, uygun kurumlara bildirimi ve sonrasında tedavi ve rehabilitasyonları çok önemlidir. Çocuk ve ruh sağlığı alanında çalışan profesyonellerin cinsel istismara bağlı risk etmenlerini ve psikiyatrik bozuklukları göz önünde tutmalı, cinsel istismarın önemli bir toplumsal sorun

olduğunu unutmamalı, istismar mağduru çocuk ve ergenleri yakın ve uzun dönem takip etmeleri gerekmektedir (149). Yeni Türk Ceza Kanunun 280. maddesinde "bir suç belirtisi ile karşılaşan sağlık çalışanlarına bildirim zorunluluğu" ifade edilmiştir. Bununla birlikte hastanın yüksek yararı çerçevesinde bir cinsel istismarın varlığı söz konusu ise ihbar yükümlülüğü mutlaka dikkate alınmalıdır (26). Ülkemizdeki yasal müdahalelerdeki zorluklardan biri, Türkiye'de aile içi ilişkilere olan mahremiyetçi bakış açısıdır (28).

Sağlık çalışanlarının temel görevi hastanın yüksek yararıdır, bu zorunlu bildirim sağlık çalışanları için zaman zaman bir problem olsa da, bir cinsel istismarın varlığı durumunda ihbar yükümlülüğü mutlaka yerine getirilmelidir. Yasal bildirim ve işlemler sonrasında şüpheli istismarcı ergenden uzaklaştırılmalı, gerekirse gündüz bakımı ve ev ziyareti sağlanmalı, istismarın ardından gebelik riskini dışlamak açısından 2 hafta içerisinde yeniden değerlendirme yapılmalıdır. Ergene ve aile bireylerine psikososyal destek ve danışmanlık sağlanmalıdır. Ayrıca cinsel istismara uğrayan olgularda tanıya yönelik adli tıbbi değerlendirme yeterli değildir. Doğru olan yaklaşım sosyal hizmet uzmanı, psikolog, çocuk gelişimci, psikiyatrist, kadın doğum ve enfeksiyon doktoru ve diğer profesyonellerin de içinde yer aldığı multidisipliner yaklaşımdır (150).

Gelişmiş ülkelere baktığımızda, cinsel istismar konusunda İngiliz politikası özetle şu şekildedir:

-Cinsel istismar ciddi bir problem olarak görülmelidir.

-Her kurumun sorumluluğu belirlenmiştir. Polis, sanığın suçlanmasından, sosyal hizmet uzmanları ise çocuğun korunmasından sorumludur.

-Sosyal çalışmacılar ve polis, cinsel istismar vakalarında birlikte işbirliği içinde çalışmalıdır.

-Soruşturması süresince çocuk, polis ve sosyal çalışmacı tarafından yalnızca bir kez sorgulanmalıdır.

-Çocuk, anlayabilecek yaşta ve gelişimsel yeterlilikte ise, ailesi ile birlikte bilgilendirilmeli, soruşturmanın nesnesi değil, bir parçası olarak görülmelidir.

-Sosyal çalışmacı, yapacağı çalışma ve müdahaleleri aile ile birlikte planlamalıdır.

Yine çocuğun cinsel istismarı ile ilgili İngiliz politikasındaki temel ilkeler şu şekildedir:

-Çocukların cinsel istismarın her türlü zararlı etkilerinden korumasını sağlamak,

-Aileleri bu sürece katmak ve aile sorumluluğunu devam ettirmek

-Adli soruşturmanın çocuk üzerindeki etkilerini en aza indirmek,

-Cinsel istismarın suç olduğunu kabul etmek.

Mevcut politikadaki eksikliklere geldiğimizde;

Önleme konusunda yeterli çalışma yapılmamıştır; ilkokullarda, çocuklara kendilerini korumalarıyla ilgili bilgilendirme yapılmaktadır fakat bu çoğunlukla yabancı bir kişinin zarar verebileceğine ilişkindir. Ensest günümüzde hala hassas bir konudur ve anne babaların, kan bağı olan akrabaların çocuğu cinsel yönden istismar edebileceği düşüncesine direnç gösterilmektedir.

Cinsel istismara maruz kalmış, ailesiyle birlikte yaşayan çocuklar için bakım hizmetleri sınırlıdır. Ayrıca istismarın olumsuz etkilerini azaltmak için, bireysel ve grup terapilerinin gerekli olduğu kabul edilmesine karşın, bu halen sağlanamamaktadır. Sosyal hizmetlere sürekli olarak yeni cinsel istismar vakaları gelmektedir. Bunların dışında en büyük problemlerden biri de vakalar için yeterli izleme çalışmasının yapılamamasıdır.

Uzman bilgisi konusundaki eksiklik ise, cinsel istismar alanında çalışan uzmanların bilgilerinin eksikliğidir. Sosyal hizmet uzmanları, çocuk koruma bilgisine sahip olsalar da, cinsel istismar konusunda özel olarak bilgi gereksinimi hissetmektedirler. Günümüzde sosyal çalışmacılar genelci sosyal hizmet eğitimine ek olarak, çocuk istismarı ile ilgili eğitim almaktadırlar (45).

2.3.2.3. Fiziksel İstismar

Fiziksel istismar, istismar türleri içerisinde en kolay anlaşılabilen istismardır. Aral ve Gürsoy, yaptıkları çalışmada çocukların %65,72'si ebeveynlerinden biri tarafından fiziksel şiddete uğradığını ifade etmiştir (20).

Fiziksel istismar kısaca "çocuğun kaza dışı yaralanmasıdır." En sık dövme şeklinde görülmektedir (131). Geleneksel ailelerde fiziksel ceza yöntemine sık başvurulduğu, sözel olan disiplin yöntemlerinin tercih edilmediği; aslında yalnızca küçük ve geleneksel yerleşim yerlerinde değil şehirlerde de fiziksel olarak cezalandırma şeklinin yaygın şekilde tercih edildiği ifade edilmektedir (28, 151).

Fiziksel istismar daha çok 4-8 yaşlarında görülür, yaş ilerledikçe fiziksel şiddetin azaldığı görülmüştür (75). Gelles, çalışmalarında, fiziksel şiddet ve yaş arasında bir "U" ilişkisi olduğunu söyler. Yani üç yaşına kadar olan dönemde uygulanan şiddet, yaş büyüdükçe azalmakta fakat 12-16 yaşlarında yeniden artmaktadır (152). Bulut'un genç anneler üzerinde yaptığı çalışmada annelerden %78'i çocuklarına fiziksel şiddet uyguladıklarını belirtmektedirler (61) Bunun yanında Polat, anne babaların kendi cinsiyetlerindeki çocuğa, annelerin daha çok küçük olan, babalarınsa büyük olan çocuğa fiziksel şiddet uyguladıklarını saptamıştır (56).

Fiziksel istismarın çocuk üzerinde fiziksel olmanın ötesinde psikolojik ve sosyal yönlerden de etkileri bulunur. Kısa dönem etkilerine baktığımızda parmak emme ve alt ıslatma (153), gelişimsel bozukluklar, yeme bozukluğu, uyku bozukluğu (154), öğrenmede güçlük, konuşma gecikmesi, akademik başarısızlık (155), öfkeli davranışlar, yakın ilişki kurmada güçlük çekmedir (156). Uzun dönemli etkilerine baktığımızda; duygusal bozukluklar, saldırganlık ve suça eğilim (153), alkol, madde bağımlılığı ve depresyondur (157). Ayrıca ağır derecedeki fiziksel istismar olgularında ise travma sonrası stres bozukluğu da gelişebilmektedir (134).

Aileler yaşanan bir fiziksel istismar durumunda çocuğun zarar görmeye bağlı olarak kötüleşmesiyle genellikle ilk olarak acil servise getirilirler. Ailelerin çocuktaki zarar görmeyle ilgili söylediği kardeşin yaptığı, kazara olduğu ya da kendisinin düştüğüdür. Fiziksel istismarın çocuğun bedenindeki bulguları kırık, sıyrık, yanık ve lezyon olabilir (102). Profesyonellerin çocukların kaza ya da istismardan dolayı

oluşabilen zararları ayırabilmeleri çok önemlidir. Olayın detaylı olarak öyküsünün alınması, lezyon ve yaraların miktarının, şeklinin titizlikle irdelenmesi, resmi olarak kayıt altına alınması gerekmektedir. Herhangi bir istismardan şüphe duyulduğunda sosyal hizmet uzmanı ile irtibata geçilmelidir (56, 102).

Anlatılan öykü ile çocuğun anlatılan davranışı yapıp yapamaması, gelişim düzeyi göz önünde tutularak karşılaştırılmalıdır. Bunun yanında, çocuğun hastaneye geç getirilmesi ve ailenin bunu anlamlı şekilde açıklayamaması, anlatılan öykü ile fiziksel bulguların uyuşmaması, kardeşi suçlama, çelişkilerin olması çalışanlara istismarın varlığını düşündürmelidir. Zaman zaman sağlık çalışanları, anne ve babaların kendi çocuklarına fiziksel istismar uygulayabileceğine inanmak istemediklerinden, konuya yeterince hakim olmadıklarından ve aile içi konulara fazla girmek istemediklerinden ya da istismar konusundan çekindiklerinden dolayı kendilerine söyleneni kabul ederler ve istismar olgusu atlanabilir (56).

2.3.2.4. Duygusal İstismar

Çocukların psikolojik, sosyal ve kişilik gelişimlerine zarar veren bütün eylemler, ihmal ve duygusal istismardır (58). Çocuğa bağırma, tehdit eme, korkutma, küfretme, yalnız bırakma, duygusal gereksinimlerini karşılamama, sevgiyi esirgeme, çocuklar arası ayırım, çocuktan yaşının üstünde beklentide olma, alay, küçük düşürücü davranışlar, lakap takma, aşırı koruyuculuk veya aşırı baskı kurma gibi davranışlar duygusal istismar olarak tanımlanabilir (158).

Duygusal istismar, yoğun ceza ve tehdit içerir fakat bunlar fiziksel değildir (159). Psikolojik istismar, çocuğun kendini değersiz hissetmesine neden olan ve ona başkaları için var olduğunu düşündüren tekrarlı davranış modelidir. Duygusal istismar, psikolojik olarak zarar verdiği düşünülen ihmal eylemlerini ve davranışlarını kapsar ve çocuk istismarının tüm formlarında mevcuttur (160). Görüldüğü gibi duygusal istismar, sınırlarının zor belirlenmesinden ötürü tanımı güç bir istismar türüdür. Annelerin çocuklarına karşı aşırı koruyucu yaklaşması, sık eleştirilmesi, sorumluluk vermemesi, özgürlük tanımaması, eğitiminin engellenmesi, çocuğu aşırı kontrol etme, gereksinim duyulan ilginin sağlanmaması, ihtiyacı olan paranın verilmemesi, arkadaşlarıyla ilgili baskı kurulması, çocuğun yapmak istemediği şeylerin zorla yaptırılması, reddetme ve sürekli onu terk edeceğini söyleyerek tehdit etme, suça yöneltme, çocuk ve ergenlerin kurumlar tarafından

suçlanması gibi örnekler gündelik hayatta yer alan fakat duygusal istismar olduğu fark edilmeyen veya görmezden gelinen yönleridir (56, 161, 162).

Duygusal istismarın, hemen hemen tüm fiziksel istismarlara eşlik ettiği görülür. Fiziksel istismar sonrası fiziksel problemler geçse de, duygusal etkileri uzun vadede etkileri devam eder. Çocuğun bağlanmasını ve duygusal gelişimi etkilenir, hayatı boyunca sürebilecek duygusal problemlerin oluşumuna sebep olabilir (26).

Literatürde sözü edilen başka bir istismar türü psiko-sosyal istismardır. Psiko-sosyal istismarın uzun dönem etkileri şöyle özetlenebilir:

1.Düşük benlik saygısı, intihar düşünceleri, olumsuz duygulanım, depresyon, anksiyete, hayata dair olumsuz düşünceler

2.Öğrenmede, değer yargılarında bozukluk, öğrenme güçlüğü ve akademik başarıda düşüklük,

3.Sosyal becerilerde, antisosyallik, uyumsuzluk, cinsel sorunlar, bağlanma problemleri, diğerleri için düşük empati ve sempati kurma, suçluluk, bağımlılık, şiddet,

4.Duygusal sağlıkta, küntlük, kişilik problemleri, dürtü kontrolünü sağlayamama, öfke, duygulardaki değişkenlik, yeme bozuklukları, madde bağımlılığı, fiziksel istismar,

5.Fiziksel sağlıkta, psikosomatik şikayetler, büyüme geriliği, yüksek ölüm oranı(mortalite) (163).

Prospektif çalışmaların değerlendirildiği bir derlemede, şiddet görmüş çocukların yetişkinlikte %70'inin saldırgan olmadığı fakat çocukluk çağında diğer çocuklara karşı şiddet içeren davranışların görülme oranının %5'den %30'a çıktığı gösterilmiştir (164).

2.3.2.5. Ekonomik İstismar

Ekonomik istismar, "çocuğun gelişimini engelleyici, haklarını ihlal edici işlerde veya düşük ücretli iş gücü olarak çalışması veya çalıştırılmasıdır." Köyden kente göç, gelir adaletsizliği, yoksulluk, kaçak işçi çalıştırma, çocuğun ucuz işgücü

olarak görülmesi gibi ekonomik, sosyal ve kültürel sorunlar çocukların çalışma yaşamına itilmesine neden olmaktadır (165).

Çocuk işçiliği gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde görülmekle birlikte, gelişmiş ülkelerdeki çocukların çalışma şartları, gelişmekte olan ülkelere göre daha iyi durumdadır. Gelişmiş ülkelerde eğitime önem verilmesi nedeniyle çocuk işçiliği geç yaşta başlarken, gelişmekte olan ülkelerde çocuk işçilik yaşı daha düşüktür (166). İngiltere'de çocuk işçilik durumu şu şekildedir. On dokuzuncu yüzyılın başlarında İngiltere'de sanayi devrimi gerçekleştiğinden İngiltere çocuk işçiliğinin görüldüğü ilk ülkedir. Sanayi devriminden önce ekonomik yoksunluk içinde olan ailelerin çocukları kırsal bölgelerde çalıştırılıyorlardı. Daha sonra çocuklar dokuma tezgâhlarında çalıştırılmaya başlanmıştır (167).

Çocuğun aileye ekonomik katkısını gören anne ve baba, çocuğun küçük yaşta iş hayatına girmesinin duygusal, toplumsal, fiziksel ve kişilik gelişimi üzerinde negatif etkileri olduğunun bilincinde değildir (168). Yetişkin kişiler için tasarlanmış işlerin çocuklar tarafından yapılması çocukların gelişimini olumsuz yönde etkilemektedir. Çocuklar işle ilgili hastalık ve zararlardan yetişkinlere kıyasla daha fazla etkilenmektedirler. Ayrıca bu çocuklar, yetişkin dönemlerinde daha az tehlikeli işlerde çalışmalarını sağlayacak olan eğitimden de yoksun kalmaktadırlar. Çocuk emeğinin kullanımını önlemek için hazırlanan mevzuatlardaki cezai yaptırımlar, özellikle de idari para cezaları arttırılmalıdır. Gerekirse çocuğunu küçük yaşta çalıştıran ebeveynlere hapis cezası uygulanmalıdır. Çocukların zorunlu eğitim süreleri arttırılmalıdır. Böylece çocuklar işgücü piyasalarından uzak tutulabilir. Bu şekilde çocuk işçilik oranları düşebilir (169).

2.4.Madde Bağımlılığı

Ülkemizde madde kullanım yaşı küçülmekte, kullanılma oranı artmakta ve bunlara bağlı olarak çocuk ve ergenler madde kullanım bozukluğu yönünden risk grubu olmaktadır (170, 171). Madde bağımlılığı, kişisel, ailesel ve duygusal alanda çoklu problemlerle görülmektedir (172). Madde kullanımı için aile ilişkilerinin niteliği belirleyici olmaktadır. Özellikle uçucu madde kullanımına çok küçük yaşlarda başlandığından bu çocuklar için aile ilişkileri daha önemlidir. Aile

üyelerinde alkol veya madde öyküsü bulunan çocuk ve ergenler için uçucu madde kullanımı daha fazla risk olabilmektedir (173).

Sağlık tedbiri kapsamında takip edilen çocuk ve ergenlerle doğrudan ya da dolaylı olarak çalışırken ihmal, istismar ve bunlara bağlı olarak eş zamanlı gelişebilen madde kullanımının çok boyutlu yönleriyle ele alınması gerekmektedir.

Madde bağımlılığı ile ilgili bugünkü yaklaşım, biyopsikososyal model bakışla şekillenmiştir. Biyopsikososyal modelde, bağımlılık psikolojik, biyolojik ve sosyal etkenlerin birleşimi ile açıklanır. Bağımlılık, bunların birinden dolayı değil, bu faktörlerin birleşmesiyle meydana gelir (174).

Madde bağımlılığı üzerinde rol oynayan bazı etkenler vardır. Bunlardan biri biyolojik yatkınlıktır. Biyolojik yatkınlık, bazı kişilik özelliklerinin, ruhsal problemlerin, baş etme becerilerinin yetersizliği gibi faktörlerin yanında yaşanılan yerde madde kullanımının bir şekilde onaylanması, akran grubunun madde kullanımına bakışı, sosyoekonomik düzeyin düşük olması, maddeye ulaşılabilirliğin kolaylığı gibi sosyal faktörlerdir (174). Ülkemize baktığımızda, Türkiye'de okula giden ergenler arasında madde kullanım sıklığı, Avrupa ülkelerinde okula giden ergenlerin madde kullanım sıklığı karşılaştırıldığında daha düşüktür (175).

Anne baba ve çocuk arasındaki ilişkinin ve iletişimin niteliği, ebeveyn tarafından uygun ve tutarlı yaklaşım, olumlu ebeveyn modelinin bulunması madde kullanımının gelişmesi riskini azalttığı araştırmalarda gösterilmiştir (176). Tersi durumda, ergenlerin aile içinde problemler yaşaması ve aile ilişkilerinden yakınlığın az olması durumunda madde kullanımının bunlara karşı bir baş etme biçimi şeklinde kullandıkları ifade edilmiştir (177).

Alkol ve madde kullanımı ile DEHB(Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu) arasında belirgin bir ilişkinin varolduğu söylenebilir (178). Ayrıca DEHB belirtisi olan ergenler arasında madde kullanımına yönelmelerini belirleyen bazı faktörler de bulunmaktadır. Bunlar, akademik başarının düşük olması, annenin alkol kullanması, çocuğun eve geliş zamanının net olmaması ve kurallar konusunda ebeveynlerin tutarlı davranmaması olarak saptanmıştır (179).

Davranım bozukluğu olan ergenlerde alkol ve madde kullanım bozukluğuna da rastlanabilmektedir (180). Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan ergenlerin patalojik kişilikte oldukları görülmüştür, bu özellikte olan ergenlerin tedavisinde bunlar göz önünde tutulmalıdır. Erken dönemde, kişiliğin olumsuz özelliklerinin belirlenebilmesi ve tedavi edici programların uygulanması koruyucu ruh sağlığı açısından oldukça önem taşımaktadır (181).

Günümüzde bağımlılık yalnızca bireylerin sorumlu tutulduğu bir davranış olarak veya sosyal şartların neden olduğu bir sosyal sorun olarak görülmemektedir. Bir takım kişilik özelliklerinin bazı sosyal risklerle bir araya gelmesi, yaşanılan bölgenin bağımlılığı kolaylaştırması, sosyal sistemin dışında kalmak, koruyucu ve risk faktörlerinin etkileşimi gibi birçok değişken bağımlılığın nedenlerinin ne olduğu ile ilgili tartışma konusudur. Bu sebeple madde bağımlılığı tedavisi sadece bireye, davranışa veya aileye odaklanmanın ötesinde karmaşık bir süreçtir. Bunlardan yalnızca birine odaklanarak sürdürülen bir tedavinin sonucunun relaps olması şaşırtıcı olmayacaktır (34).

Madde bağımlılığı konusunda toplumla bütünleşme, tedavi ve rehabilitasyon için en önemli kavramlardan biridir. Toplumla yeniden bütünleşme kavramı, madde kullanan bireyin sosyal kaynaklardan faydalanma, kalacak yer sağlama ve iş konusunda yardımcı olunan süreçle ilgilidir. Bu anlamda kapsamlı, çok bileşenli olarak ele alınan bir rehabilitasyon sürecidir. Sosyal hizmet uzmanı uygulayacağı müdahalelerle yeniden bütünleşme sürecine tedavinin sonrasında katkıda bulunurlar. Sosyal hizmet uzmanlarının oldukça geniş biçimde yayılan rolleri ve işlevleri, sosyal çevre boyutuna ilişkin yapacağı profesyonel çalışmalar madde bağımlılığı tedavisi için ihtiyaç duyulan bir eksikliktir (34, 182).

Yeniden bütünleşme sürecindeki stratejilere baktığımızda;

Sosyal destek: Sosyal destek sistemleri oluşturma(kendi kendine yardım grupları gibi), mevcut olan sosyal ilişkileri güçlendirme gibi hizmetler,

İş odaklı stratejiler: Daha önce madde kullanım öyküsü bulunan bireyler için kurumsal engellerin kaldırılması, iş bulma, çalışma ortamının destekleyici olmasını sağlama gibi çalışmalar,

Aktivite ve hobi odaklı stratejiler: Daha önce madde kullanmış bireylerin boş zaman değerlendirme için hobi edinmeleri ve aktivitelere katılmaları için yapılacak çalışmalardır.

Beceri geliştirme stratejileri: Becerilerin davranışsal olarak geliştirilmesini amaçlayan çalışmalardır. Sorun çözme becerisi, yeni bir grupla tanışma ve ilişkileri sürdürme, relaps ile baş etme, stresle baş etme, yasa dışı eylemlerden uzak kalma, kaynakları harekete geçirme becerisi gibi eğitimlerdir.

Savunuculuk stratejileri: Geçmişinde madde kullanımı olan bireylerin kaynaklara ve fırsatlara erişiminin önündeki engelleri kaldırmayı hedefleyen çalışmalardır

Toplumla yeniden bütünleşme, mikro, mezzo ve makro çalışmalar gerektirir. Madde bağımlılığı tedavisi için; daha önce madde kullanımı olan bireyleri güçlendirmek, çevresindeki riskleri ortadan kaldırmak, kaynakları harekete geçirmek, dışlanmaya sebep olan politikaları düzenlemek ve sosyal içermeyi gerçekleştirmek için uygulamaları hayata geçirmek yapılması gerekenler arasındadır (34).

3. MATERYAL VE YÖNTEM

Bu bölümde, araştırma modeli, evren ve çalışma grubu, veri toplama araçları, verilerin çözümlenmesi ilişkin bilgilere yer verilmiştir.

3.1. Araştırmanın Modeli

Bu araştırmada nicel araştırma tekniklerinden "genel tarama modeli" kullanılmıştır. Tarama araştırmaları, bir grubun belirli özelliklerini açıklamak için verilerin toplanmasını amaçlayan araştırmalardır (183).

3.2. Evren ve Çalışma Grubu

Araştırmanın evrenini, 5395 Sayılı Çocuk Koruma Kanunu kapsamında hakkında sağlık tedbiri uygulaması olan çocuklar ve aileleri oluşturmaktadır. Çalışma grubunu ise, Ağustos 2017 - Nisan 2018 tarihleri arasında Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğine yönlendirilen ve hakkında sağlık tedbiri uygulaması olan 122 aile oluşturmaktadır. İletişim bilgilerinin olmaması veya hastaneye gelmemelerinden dolayı, hastane sisteminde sağlık tedbiri uygulaması dosyası olan ailelerinin hepsine ulaşılamamış, 122 aile ile görüşme yapılabilmiştir.

3.3. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak, araştırmacı tarafından görüşme formu oluşturulmuştur. Görüşme formu için gerekli izinler alınmıştır. Görüşme formuna ait özellikler aşağıda verilmiştir.

3.3.1. Görüşme Formu

Görüşme formu ailelerin psikososyal özelliklerini belirlemek amacıyla; 18 tane çocuğa ilişkin, 17 tane ebeveynlere ilişkin, 9 tane aileye ilişkin, 2 tane sağlık tedbiri uygulamasına ilişkin, 3 tane çocukla ilgili olarak araştırmacı tarafından eklenen, toplam 49 sorudan oluşmaktadır.

3.4. Verilerin Toplanması

Araştırmada kullanılan görüşme formu için Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Etik Kurulu'ndan izin alınmıştır. Ayrıca çocuk ve ergen psikiyatri polikliniğine gelen sağlık tedbiri uygulaması olan çocukların ailelerinden elde edilecek veriler için Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden izin alınmıştır. Veriler polikliniğe rutin kontrollerine gelen sağlık tedbirli çocukların aileleri, çocuk ve ergen psikiyatri yataklı servisinde yatarak tedavi gören sağlık tedbirli çocukların aileleri ve iletişim bilgileri olan telefon yoluyla ulaşılabilen sağlık tedbirli çocukların aileleriyle görüşülerek toplanmıştır. Araştırma verileri Ağustos 2017- Nisan 2018 tarihleri arasında elde edilmiştir. Veri toplama süresi her katılımcı için ortalama 20 dakika sürmüştür.

3.5. Verilerin Çözümlenmesi

Görüşme formundan elde edilen bilgiler SPSS 15 paket programı ile değerlendirilmiştir. Bilgilerin sayısal değerlendirilmesinde frekans ve yüzdelik hesaplamalar yapılmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde araştırmanın bulguları; hakkında sağlık tedbiri uygulaması olan çocuğa ilişkin bulgular, hakkında sağlık tedbiri uygulaması olan çocukların ebeveynlerine ilişkin bulgular, hakkında sağlık tedbiri uygulaması olan çocukların ailelerine ilişkin bulgular, sağlık tedbirine ilişkin bulgular, hakkında sağlık tedbiri uygulaması olan çocuklara sağlık tedbiri uygulaması başlatılma nedenine, çocukların tanı/tanılarına, farklı gelişimsel özellikleri olup olmamasına ilişkin bulgular olmak üzere beş başlık altında verilmiştir.

4.1. Hakkında Sağlık Tedbiri Uygulaması Olan Çocuklara İlişkin Bulgular

Tablo 4.1. Sağlık tedbiri uygulaması olan çocukların cinsiyet dağılımları.

Cinsiyet	**Sayı(n)**	**Oran(%)**
Kız	82	67,2
Erkek	40	32,8
Toplam	122	100,0

Hakkında sağlık tedbiri uygulaması olan çocukların 82'si (%67,2) kız, 40'ı (%32,8) erkektir.

Tablo 4.2. Sağlık tedbiri uygulaması olan çocukların yaş dağılımları.

Yaş	**Sayı(n)**	**Oran(%)**
4–9 Yaş	18	14,8
10–13 Yaş	24	19,7
14-16 Yaş	37	30,3
17-18 Yaş	41	33,6
Cevaplamayan	2	1,6
Toplam	122	100,0

Hakkında sağlık tedbiri uygulaması olan çocukların 18'i (%14,8) 4-9 yaş, 24'ü (%19,7) 10-13 yaş, 37'si (%30,3) 14-16 yaş, 41'i (%33,6) 17-18 yaş aralığında yer almaktadır. Katılımcıların 2'si (% 1,6) bu soruyu cevaplamamıştır.

Tablo 4.3. Sağlık tedbiri uygulaması olan ve anne babası boşanmış çocukların velayetlerinin kimde olduğuna ilişkin dağılımları.

Velayet	**Sayı(n)**	**Oran(%)**
Annede	39	32,0
Babada	20	16,4
Cevaplamayan	63	51,6
Toplam	122	100,0

Hakkında sağlık tedbiri uygulaması olan ve anne babası boşanmış çocuk sayısı 59 olup, velayetin 39'u (%32,0) annede, 20'si (%16,4) babadadır. Katılımcıların 63'ü (% 51,6) bu soruyu cevaplamayan ve aile bütünlüğü devam eden anne babalardır.

Tablo 4.4. Sağlık tedbiri uygulaması olan çocukların eğitimlerine ilişkin dağılımları.

Eğitim Durumu	**Sayı(n)**	**Oran(%)**
Okula devam ediyor	73	59,8
Okula gitmiyor	18	14,8
Okulu 7. Sınıfta bıraktı	1	,8
Okulu Lise 1. Sınıfta bıraktı	2	1,6
Açık öğretimden devam ediyor	23	18,9
Cevaplamayan	5	4,1
Toplam	122	100,0

Hakkında sağlık tedbiri uygulaması olan çocukların 73'ü (%59,8) okula devam etmekte, 18'i (%14,8) okula gitmemekte, 1'i (% ,8) okulu 7. Sınıfta

bırakmıştır, 2'si (%1,6) okulu lise 1. Sınıfta bırakmıştır, 23'ü (18,9) eğitimine açık öğretimden devam etmektedir. Katılımcıların 5'i (% 4,1) bu soruyu cevaplamamıştır.

Tablo 4.5. Sağlık tedbiri uygulaması olan çocukların okul devamsızlığı yapıp yapmadıklarına ilişkin dağılımları.

Okul Devamsızlığı	**Sayı(n)**	**Oran(%)**
Okul devamsızlığı yapar	20	16,4
Okul devamsızlığı yapmaz	55	45,1
Cevaplamayan	47	38,5
Toplam	122	100,0

Hakkında sağlık tedbiri uygulaması olan çocukların 20'si (%16,4) okul devamsızlığı yapmakta, 55'i (%45,1) okul devamsızlığı yapmamaktadır. Katılımcıların 47'si (% 38,5) bu soruyu cevaplamamıştır. Bu soruyu cevaplandırmayan 47 (%38,5) aileden 23'ünün (%18,9) çocuğu açık öğretime devam eden çocuklardır.

Tablo 4.6. Sağlık tedbiri uygulaması olan çocukların daha önce çocuk ve ergen psikiyatri kliniğine başvurup başvurmadıklarına ilişkin dağılımları.

Psikiyatri Başvurusu	**Sayı(n)**	**Oran(%)**
Daha önce psikiyatri kliniğine başvurmuş	39	32,0
Daha önce psikiyatri kliniğine başvurmamış	76	62,3
Cevaplamayan	7	5,7
Toplam	122	100,0

Hakkında sağlık tedbiri uygulaması olan çocukların 39'u (%32,0) daha önce çocuk ve ergen psikiyatri kliniğine başvurmuş, 76'sı (%62,3) daha önce çocuk ve ergen psikiyatri kliniğine başvurmamıştır. Katılımcıların 7'si (% 5,7) bu soruyu cevaplamamıştır.

Tablo 4.7. Sağlık tedbiri uygulaması olan ve daha önce çocuk ve ergen psikiyatri kliniğine başvuran çocukların ne kadar süredir takip edildiklerine ilişkin dağılımları.

Ne Kadar Süredir Takip Edildiği	Sayı(n)	Oran(%)
1 Ay – 1 Yıl Arası	8	6,6
1 Yıl – 2 Yıl Arası	1	,8
2 Yıl – 3 Yıl Arası	1	,8
3 Yıl – 4 Yıl Arası	1	,8
4 Yıl ve Üstü	24	19,7
Cevaplamayan	87	71,3
Toplam	122	100,0

Hakkında sağlık tedbiri uygulaması olan ve daha önce çocuk ve ergen psikiyatri kliniğine başvuran çocukların 8'i (6,6) 1 ay - 1 yıl aralığında, 1'i (% ,8) 1 yıl – 2 yıl aralığında, 1'i (% ,8) 2 yıl – 3 yıl aralığında, 1'i (% ,8) 3 yıl – 4 yıl aralığında, 24'ü (% 19,7) 4 yıl ve daha fazla süre aralığında çocuk ve ergen psikiyatri kliniğinde takip edilmektedirler. Katılımcıların 87' si (%71,3) bu soruyu cevaplamamıştır. Bu soruyu cevaplandırmayan 87 (%71,3) aileden 76'sı (%62,3) daha önce çocuk ve ergen psikiyatri kliniğine başvurmayan ailelerdir.

Tablo 4.8. Sağlık tedbiri uygulaması olan çocukların hangi sıklıkta psikiyatrik muayeneye gelmeleri gerektiğine ilişkin dağılımları.

Ne Sıklıkta Muayene Gelmeleri GerektiğiSayı(n)		Oran(%)
Ayda bir kere	53	43,4
İki ayda bir kere	13	10,7
Üç ayda bir kere	56	45,9
Toplam	122	100,0

Hakkında sağlık tedbiri uygulaması olan çocukların 53'ünün (%43,4) ayda bir kere, 13'ünün (%10,7) iki ayda bir kere, 56'sının (%45,9) üç ayda bir kere psikiyatrik muayeneye gelmeleri uygun görülmüştür.

Tablo 4.9. Sağlık tedbiri uygulaması olan çocukların psikiyatrik muayene tarihlerine düzenli olarak gelip gelmediklerine ilişkin dağılımları.

Muayene Tarihine Düzenli Gelme Durumu	**Sayı(n)**	**Oran(%)**
Düzenli geliyoruz	55	45,1
Düzenli gelmiyoruz	30	24,6
Çoğunlukla düzenli geliyoruz	37	30,3
Toplam	122	100,0

Hakkında sağlık tedbiri uygulaması olan çocukların 55'i (%45,1) psikiyatrik muayene tarihlerine düzenli olarak gelmekte, 30'u (%24,6) düzenli olarak gelmemekte, 37'si (%30,3) çoğunlukla düzenli olarak gelmektedir.

Tablo 4.10. Sağlık tedbiri uygulaması olan çocukların ne kadar süredir sağlık tedbiri kapsamında takip edildiklerine ilişkin dağılımları.

Ne Kadar Süredir Sağlık Tedbiri Olduğu	**Sayı(n)**	**Oran(%)**
1 Ay – 1 Yıl Arası	21	17,2
1 Yıl – 2 Yıl Arası	54	44,3
2 Yıl – 3 Yıl Arası	26	21,3
3 Yıl – 4 Yıl Arası	6	4,9
4 Yıl ve Üstü	3	2,5
Cevaplamayan	12	9,8
Toplam	122	100,0

Hakkında sağlık tedbiri uygulaması olan çocukların 21'i (%17,2) 1 ay – 1 yıl aralığında, 54'ü (%44,3) 1 yıl – 2 yıl aralığında, 26'sı (%21,3) 2 yıl – 3 yıl aralığında, 6'sı (%4,9) 3 yıl – 4 yıl aralığında, 3'ü (%2,5) 4 yıl ve daha fazla süre aralığında sağlık tedbiri kapsamında takip edilmektedir. Katılımcıların 12'si (%9,8) bu soruyu cevaplamamıştır.

Tablo 4.11. Sağlık tedbiri uygulaması olmadan önce çocuk ve ergen psikiyatri kliniğine başvuran ailelerin ne şikâyetle başvuru yaptıklarına ilişkin dağılımları.

Ne Şikâyetle Başvuru Yaptığı	**Sayı(n)**
Hiperaktivite	4
Ağır MR	3
İntihar girişimi	3
Davranış problemleri	3
İçe kapanıklık	3
Hafif MR	2
Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu	2
Konuşma problemleri	2
Evden kaçma	2
Kendi kendine konuşma	1
Kendine zarar verme	1
Ölüm düşünceleri ve durgunluk	1
Yeme bozukluğu	1
Saç koparma	1
Dikkat eksikliği	1
Madde kullanımı	1
Ergenlik problemleri	1
Kaygı ve akranlarla sorunlar	1
Cevaplandırmayan	6
Toplam	39

Hakkında sağlık tedbiri uygulaması olmadan önce çocuk ve ergen psikiyatri kliniğine başvuran 39 aileden 4'ü hiperaktivite, 3'ü Ağır MR, 3'ü intihar girişimi, 3'ü davranış problemleri, 3'ü içe kapanıklık, 2'si Hafif MR, 2'si Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, 2'si konuşma problemleri, 2'si evden kaçma, 1'i kendi kendine konuşma, 1'i kendine zarar verme, 1'i ölüm düşünceleri ve durgunluk, 1'i yeme bozukluğu, 1'i saç koparma, 1'i dikkat eksikliği, 1'i madde kullanımı, 1'i ergenlik problemleri, 1'i kaygı ve akranlarla sorunlar şikayetleriyle çocuk ve ergen psikiyatri kliniğine başvurmuştur. Katılımcıların 6'sı bu soruyu cevaplandırmamıştır.

Tablo 4.12. Sağlık tedbiri uygulaması başlatılmadan önce çocuk ve ergen psikiyatri kliniğine başvuran ailelerin çocuklarının hangi tanı/tanılar konulduğunu bilmelerine ilişkin dağılımları.

Hangi Tanı/Tanılar Konulduğu	**Sayı(n)**
Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu	6
Ağır MR	3
Davranım Bozukluğu	3
Hafif MR, Davranım Bozukluğu	2
Depresyon	2
Öfke Kontrol Bozukluğu	2
Bipolar Duygulanım Bozukluğu	2
Anksiyete Bozukluğu	2
Dikkat Eksikliği	2
Orta MR	1
Şizofreni	1
Hafif MR	1
DEHB, Davranım Bozukluğu	1
Majör Depresyon, Davranım Bozukluğu	1
Özgül Öğrenme Güçlüğü	1
Trikotillomani, Davranım Bozukluğu	1
Cevaplandırmayan	8
Toplam	39

Hakkında sağlık tedbiri uygulaması olmadan önce çocuk ve ergen psikiyatri kliniğine başvuran 39 ailenin çocuklarının 6'sına Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, 3'üne Ağır MR, 3'üne Davranım Bozukluğu, 2'sine Hafif MR, Davranım Bozukluğu, 2'sine Depresyon, 2'sine Öfke Kontrol Bozukluğu, 2'sine Bipolar Duygulanım Bozukluğu, 2'sine Anksiyete Bozukluğu, 2'sine Dikkat Eksikliği, 1'ine Orta MR, 1'ine Şizofreni, 1'ine Hafif MR, 1'ine DEHB, Davranım Bozukluğu, 1'ine Majör Depresyon, Davranım Bozukluğu, 1'ine Özgül Öğrenme Güçlüğü, 1'ine Trikotillomani, Davranım Bozukluğu tanıları konulmuştur. Katılımcıların 8'i bu soruyu cevaplandırmamıştır.

Tablo 4.13. Katılımcıların, hakkında sağlık tedbiri uygulaması olan çocuklarının şu anda hangi tanı/tanılar ile takip edildiğini bilmelerine ilişkin dağılımları.

Ne Tanı İle Takip Edildiği	**Sayı(n)**
Post Travmatik Stres Bozukluğu	6
Hafif MR	6
Depresyon	4
Bipolar Duygulanım Bozukluğu	4
Davranım Bozukluğu	3
Hafif MR, Davranım Bozukluğu	2
DEHB, Davranım Bozukluğu	2
Genel Psikiyatrik Muayene	2
Orta MR	1
Madde Kullanımı	1
Şizofreni	1
Psikoz, Obezite	1
Bipolar Duygulanım Bozukluğu, Hafif MR, Davranım Bozukluğu	1
Depresyon, Anksiyete Bozukluğu	1
DEHB, Anksiyete Bozukluğu	1
Orta MR, Davranım Bozukluğu	1
Hafif MR, Özgül Öğrenme Güçlüğü	1
DEHB, Bipolar Duygulanım Bozukluğu	1
TSSB, Hafif Depresif Nöbet	1
Cevaplandırmayan	82
Toplam	122

Katılımcılar, hakkında sağlık tedbiri uygulaması olan çocukların 6'sının Post Travmatik Stres Bozukluğu, 6'sının Hafif MR, 4'ünün Depresyon, 4'ünün Bipolar Duygulanım Bozukluğu, 3'ünün Davranım Bozukluğu, 2'sinin Hafif MR ve Davranım Bozukluğu, 2'sinin DEHB ve Davranım Bozukluğu, 2'sinin Genel Psikiyatrik Muayene, 1'inin Orta MR, 1'inin Madde Kullanımı, 1'inin Şizofreni, 1'inin Psikoz ve Obezite, 1'inin Bipolar Duygulanım Bozukluğu, Hafif MR, Davranım Bozukluğu, 1'inin Depresyon ve Anksiyete Bozukluğu, 1'inin DEHB ve Anksiyete Bozukluğu, 1'inin Orta MR ve Davranım Bozukluğu, 1'inin Hafif MR ve Özgül Öğrenme Güçlüğü, 1'inin DEHB ve Bipolar Duygulanım Bozukluğu, 1'inin TSSB ve Hafif Depresif Nöbet tanıları aldıklarını ifade etmişlerdir. Katılımcıların 82'si bu soruyu cevaplandırmamıştır.

Tablo 4.14. Ailelerin sağlık tedbiri uygulamasının çocuklarına katkı ve/veya gelişim sağlayıp sağlamadığına ilişkin düşüncelerinin dağılımları.

Katkı ve/veya gelişim sağladığını düşünme	**Sayı(n)**	**Oran(%)**
Katkı ve/veya gelişim sağladığını düşünüyorum	56	45,9
Katkı ve/veya gelişim sağladığını düşünmüyorum	62	50,8
Cevaplamayan	4	3,3
Toplam	122	100,0

Ailelerin 56'sı (%45,9) sağlık tedbiri uygulamasının çocuklarına katkı ve/veya gelişim sağladığını düşünmekte iken, 62'si (%50,8) sağlık tedbiri uygulamasının çocuklarına katkı ve/veya gelişim sağladığını düşünmemektedir. Katılımcıların 4'ü (%3,3) bu soruyu cevaplamamıştır.

Tablo 4.15. Sağlık tedbiri uygulaması olan çocuğun, başka bir tedbir uygulaması olup olmadığına ilişkin dağılımları.

Başka Bir Tedbir Uygulaması Olup Olmadığı	**Sayı(n)**	**Oran(%)**
Sadece sağlık tedbiri uygulaması var	56	45,9
Danışmanlık tedbiri uygulaması var	43	35,2
Danışmanlık ve eğitim tedbiri uygulaması var	17	13,9
Cevaplamayan	6	4,9
Toplam	122	100,0

Hakkında sağlık tedbiri uygulaması olan çocuklarının 56'sının (%45,9) yalnızca sağlık tedbiri uygulaması varken, 43' ünün (%35,2) danışmanlık tedbiri uygulaması, 17'sinin (%13,9) danışmanlık ve eğitim tedbiri uygulaması vardır. Katılımcıların 6'sı (%4,9) bu soruyu cevaplamamıştır.

Tablo 4.16. Sağlık tedbiri uygulaması olan çocukların daha önce kurum bakımından yararlanıp yararlanmadıklarına ilişkin dağılımları.

Daha Önce Kurum Bakımından Yararlanma Durumu	**Sayı(n)**	**Oran(%)**
Daha önce kurum bakımından yararlanmıştır	31	25,4
Daha önce kurum bakımından yararlanmamıştır	83	68,0
Cevaplamayan	8	6,6
Toplam	122	100,0

Hakkında sağlık tedbiri uygulaması olan çocuklardan 31'i (%25,4) daha önce kurum bakımından yararlanırken, 83'ü (%68,0) daha önce kurum bakımından yararlanmamıştır. Katılımcıların 8'i (%6,6) bu soruyu cevaplandırmamıştır.

Tablo 4.17. Daha önce kurum bakımından yararlanan çocukların, kurum bakımından ne kadar süre yararlandıklarına ilişkin dağılımları.

Daha Önce Kurum Bakımından Ne Kadar Yararlandığı	**Sayı(n)**	**Oran(%)**
1 – 3 ay arası	25	20,5
3 – 6 ay arası	3	2,5
6 ay – 1 yıl arası	4	3,3
1 yıldan daha fazla	2	1,6
Cevaplamayan	88	72,1
Toplam	122	100,0

Daha önce kurum bakımından yararlanan çocukların 25'i (%20,5) 1 – 3 ay arası, 3'ü (%2,5) 3 – 6 ay arası, 4'ü (%3,3) 6 ay – 1 yıl arası, 2'si (%1,6) 1 yıldan

daha fazla sürelerle kurum bakımından yararlanmıştır. Katılımcıların 88'i (%72,1) bu soruyu cevaplandırmamıştır. Bu soruyu cevaplandırmayan 88 (%72,1) aileden 83'ünün (%68,0) çocuğu daha önce kurum bakımından yararlanmayan çocuklardır.

Tablo 4.18. Sağlık tedbiri uygulaması olan çocukların madde kullanımlarına ilişkin dağılımları.

Madde Kullanma Durumu	**Sayı(n)**	**Oran(%)**
Madde kullanmıyor	113	92,6
Eroin kullanıyor	4	3,3
Bali ve hap kullanıyor	1	,8
Tiner kullanıyor	1	,8
Cevaplandırmayan	3	2,5
Toplam	122	100,0

Hakkında sağlık tedbiri uygulaması olan çocukların 113'ü (%92,6) herhangi bir madde kullanmazken, 4'ü (%3,3) eroin, 1'i (% ,8) bali ve hap, 1'i (% ,8) de tiner kullanmaktadır. Katılımcıların 3'ü (%2,5) bu soruyu cevaplandırmamıştır.

4.2. Hakkında Sağlık Tedbiri Uygulaması Olan Çocukların Ebeveynlerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.19. Katılımcıların, hakkında sağlık tedbiri uygulaması olan çocuğa yakınlık derecelerine ilişkin dağılımları.

Yakınlık Derecesi	**Sayı(n)**	**Oran(%)**
Annesi	85	69,7
Babası	33	27,0
Hala	1	,8
Dayı	1	,8
Üvey baba	1	,8
Cevaplandırmayan	1	,8
Toplam	122	100,0

Katılımcıların 85'i (%69,7) hakkında sağlık tedbiri uygulaması olan çocuğun annesi, 33'ü (%27,0) babası, 1'i (% ,8) halası, 1' i (% ,8) dayısı, 1'i (% ,8) üvey babasıdır. Katılımcılardan 1 kişi (% ,8) bu soruyu cevaplandırmamıştır.

Tablo 4.20. Katılımcıların yaşlarına ilişkin dağılımları.

Yaş	**Sayı(n)**	**Oran(%)**
20 – 30 yaş arası	8	6,6
31 – 40 yaş arası	37	30,3
41 – 50 yaş arası	59	48,4
51 yaş ve üstü	14	11,5
Cevaplandırmayan	4	3,3
Toplam	122	100,0

Katılımcıların 8'i (%6,6) 20-30 yaş aralığında, 37'si (%30,3) 31-40 yaş aralığında, 59'u (%48,4) 41-50 yaş aralığındadır, 14'ü (%11,5) 51 yaş ve üzerindedir. Katılımcıların 4'ü (%3,3) bu soruyu cevaplandırmamıştır.

Tablo 4.21. Katılımcıların medeni durumlarına ilişkin dağılımları.

Medeni Durum	**Sayı(n)**	**Oran(%)**
Evli	80	65,6
Boşanmış	32	26,2
Ayrı yaşıyor	1	,8
Eşi vefat etmiş	7	5,7
Cevaplandırmayan	2	1,6
Toplam	122	100,0

Katılımcıların 80'i (%65,6) evli, 32'si (%26,2) boşanmış, 1'i (% ,8) ayrı yaşamakta, 7'sinin (% 5,7) eşi vefat etmiştir. Katılımcıların 2'si (%1,6) bu soruyu cevaplandırmamıştır.

Tablo 4.22. Katılımcıların eğitim durumlarına ilişkin dağılımları.

Eğitim Durumu	**Sayı(n)**	**Oran(%)**
Okur - yazar değil	12	9,8
İlkokul mezunu	58	47,5
Ortaokul mezunu	20	16,7
Lise mezunu	19	15,6
Üniversite mezunu	11	9,0
Cevaplandırmayan	2	1,6
Toplam	122	100,0

Katılımcıların 12'si (%9,8) okur-yazar değildir, 58'i (%47,5) ilkokul mezunu, 20'si (%16,7) ortaokul mezunu, 19'u (%15,6) lise mezunu, 11'i (%9,0) üniversite mezunudur. Katılımcıların 2'si (%1,6) bu soruyu cevaplandırmamıştır.

Tablo 4.23. Katılımcıların çalışma durumlarına ilişkin dağılımları.

Çalışma Durumu	**Sayı(n)**	**Oran(%)**
Çalışıyor	67	54,9
Çalışmıyor	52	42,6
Emekli	2	1,6
Cevaplandırmayan	1	,8
Toplam	122	100,0

Katılımcıların 67'si (%54,9) herhangi bir işte çalışmakta, 52'si (%42,6) herhangi bir işte çalışmamakta, 2'si (% 1,6) emeklidir. Katılımcılardan 1'i (% ,8) bu soruyu cevaplandırmamıştır.

Tablo 4.24. Katılımcıların mesleklerine ilişkin dağılımları.

Meslek	**Sayı(n)**	**Oran(%)**
Devlet Memuru	10	8,2
İşçi	4	3,3
Esnaf	4	3,3
Serbest meslek	50	41,0
Cevaplandırmayan	54	44,3
Toplam	122	100,0

Katılımcıların 10'u (%8,2) devlet memuru, 4'ü (% 3,3) işçi, 4'ü (% 3,3) esnaf, 50'si (%41,0) serbest meslek çalışanıdır. Katılımcıların 54'ü (%44,3) bu soruyu cevaplandırmamıştır. Bu soruyu cevaplandırmayan 54 (%44,3) katılımcı, Tablo 4.23'de çalışmadığını belirten 52 (%42,6) ebeveynden oluşmaktadır.

Tablo 4.25. Katılımcıların eşlerinin eğitim durumlarına ilişkin dağılımları.

Eğitim Durumu	**Sayı(n)**	**Oran(%)**
Okur – yazar değil	7	5,7
İlkokul mezunu	48	39,3
Ortaokul mezunu	20	16,4
Lise mezunu	14	11,5
Üniversite mezunu	10	8,2
Cevaplandırmayan	23	18,9
Toplam	122	100,0

Katılımcıların eşlerinin 7'si (%5,7) okur-yazar değildir, 48'i (%39,3) ilkokul mezunu, 20'si (%16,4) ortaokul mezunu, 14'ü (%11,5) lise mezunu, 10'u (%8,2) üniversite mezunudur. Katılımcıların 23'ü (%18,9) bu soruyu cevaplandırmamıştır.

Tablo 4.26. Katılımcıların eşlerinin çalışma durumlarına ilişkin dağılımları.

Çalışma Durumu	**Sayı(n)**	**Oran(%)**
Çalışıyor	49	40,2
Çalışmıyor	29	23,8
Emekli	10	8,2
Cevaplandırmayan	34	27,8
Toplam	122	100,0

Katılımcıların eşlerinin 49'u (%40,2) herhangi bir işte çalışmakta, 29'u (%23,8) herhangi bir işte çalışmamakta, 10'u (%8,2) emeklidir. Katılımcıların 34'ü (%27,8) bu soruyu cevaplandırmamıştır.

Tablo 4.27. Katılımcıların eşlerinin mesleklerine ilişkin dağılımları.

Meslek	**Sayı(n)**	**Oran(%)**
Devlet Memuru	6	4,9
İşçi	6	4,9
Esnaf	1	,8
Serbest meslek	37	30,3
Cevaplandırmayan	72	59,0
Toplam	122	100,0

Katılımcıların eşlerinin 6'sı (%4,9) devlet memuru, 6'sı (%4,9) işçi, 1'i (% ,8) esnaf, 37'si (% 30,3) serbest meslek çalışanıdır. Katılımcıların 72'si (%59,0) bu soruyu cevaplandırmamıştır.

Tablo 4.28. Katılımcıların ek iş yapma durumlarına ilişkin durumları.

Ek İş Yapma Durumu	**Sayı(n)**	**Oran(%)**
Ek iş yapmıyor	73	59,8
Ek iş olarak inşaat işinde çalışıyor	6	4,9
Ek iş olarak şoförlük yapıyor	1	,8
Ek iş olarak yufkacıda çalışıyor	1	,8
Ek iş olarak garsonluk yapıyor	1	,8
Cevaplandırmayan	40	32,8
Toplam	122	100,0

Hakkında sağlık tedbiri uygulaması olan çocukların ailelerinin 73'ü (%59,8) ek iş yapmamakta iken, 6'sı (%4,9) inşaat işinde çalışmakta, 1'i (% ,8) şoförlük yapmakta, 1'i (% ,8) yufkacıda çalışmakta, 1'i (% ,8) garsonluk yapmaktadır. Katılımcıların 40'ı (%32,8) bu soruyu cevaplandırmamıştır.

Tablo 4.29. Sağlık tedbiri uygulaması olan çocukların ailelerinin sosyal yardımlardan yararlanma durumlarına ilişkin dağılımları.

Sosyal Yardımlardan Yararlanma Durumu	**Sayı(n)**	**Oran(%)**
Sosyal yardımlardan yararlanıyor	41	33,6
Sosyal yardımlardan yararlanmıyor	74	60,7
Cevaplandırmayan	7	5,7
Toplam	122	100,0

Hakkında sağlık tedbiri uygulaması olan çocukların ailelerinin 41'i (%33,6) sosyal yardımlardan yararlanmakta iken, 74'ü (%60,7) sosyal yardımlardan yararlanmamaktadır. Katılımcıların 7'si (%5,7) bu soruyu cevaplandırmamıştır.

Tablo 4.30. Sosyal yardımlardan yararlanan ailelerin hangi kurumlardan yardım aldıklarına ilişkin dağılımları.

Hangi Kurumdan Yardım Aldıkları	**Sayı(n)**	**Oran(%)**
Belediye	12	9,8
Sosyal Hizmetler	12	9,8
Kaymakamlık	11	9,0
Belediye ve Kaymakamlık	3	2,5
Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı	2	1,6
Cevaplandırmayan	82	67,2
Toplam	122	100,0

Hakkında sağlık tedbiri uygulaması olan çocukların ailelerinin 12'si (%9,8) belediyeden, 12'si (%9,8) sosyal hizmetlerden, 11'i (%9,0) kaymakamlıktan, 3'ü (%2,5) hem belediye hem kaymakamlıktan 2'si (%1,6) sosyal yardımlaşma ve dayanışma vakfından sosyal yardım almaktadır. Katılımcıların 82'si (67,2) bu soruyu cevaplandırmamıştır. Bu soruyu cevaplandırmayan 82 (%67,2) aileden 74'ü (%60,7) sosyal yardımlardan yararlanmamaktadır.

Tablo 4.31. Sağlık tedbiri uygulaması olan çocukların ailelerinin kaç çocuğa sahip olduklarına ilişkin dağılımları.

Kaç Çocuğa Sahip Oldukları	**Sayı(n)**	**Oran(%)**
1	12	9,8
2	40	32,8
3	31	25,4
4	15	12,3
4 ve Üstü	19	15,6
Cevaplandırmayan	5	4,1
Toplam	122	100,0

Hakkında sağlık tedbiri uygulaması olan çocukların ailelerinin 12'si (%9,8) 1 çocuğa, 40'ı (%32,8) 2 çocuğa, 31'i (%25,4) 3 çocuğa, 15'i (%12,3) 4 çocuğa, 19'u (%15,6) 4 ve daha fazla çocuğa sahiptir.

Tablo 4.32. Sağlık tedbiri uygulaması olan çocuğun, ailelerin kaçıncı evliliğinden olduğuna ilişkin dağılımları.

Çocuğun Kaçıncı Evlilikten Olduğu	**Sayı(n)**	**Oran(%)**
İlk evlilikten	82	67,2
İkinci evlilikten	11	9,0
Cevaplandırmayan	29	23,8
Toplam	122	100,0

Hakkında sağlık tedbiri uygulaması olan çocuklar, ailelerinin 82'sinin (%67,2) ilk evliliği, 11'inin (%9,0) ikinci evliliğinden olan çocuklarıdır. Katılımcıların 29'u (%23,8) bu soruyu cevaplandırmamıştır.

Tablo 4.33. Katılımcıların önceki evliliklerinden olan çocuk sayısına ilişkin dağılımları.

Önceki Evlilikten Olan Çocuk Sayısı	**Sayı(n)**	**Oran(%)**
Önceki evliliğinden çocuğu yok	8	6,6
Önceki evliliğinden bir çocuğu var	9	7,4
Önceki evliliğinden iki çocuğu var	2	1,6
Önceki evliliğinden üç çocuğu var	2	1,6
Önceki evliliğinden beş çocuğu var	1	,8
Cevaplandırmayan	100	82,0
Toplam	122	100,0

Hakkında sağlık tedbiri uygulaması olan çocukların ailelerinin önceki evliliklerinden 8'inin (%6,6) çocuğu yokken, 9'unun (%7,4) 1 çocuğu, 2'sinin (%1,6) 2 çocuğu, 2'sinin (%1,6) 3 çocuğu, 1'inin (% ,8) 5 çocuğu vardır. Katılımcıların 100'ü (%82,0) bu soruyu cevaplandırmamıştır.

Tablo 4.34. Katılımcıların sağlık tedbiri uygulamasının kendileri için herhangi bir katkı ve/veya gelişim sağlama durumlarına ilişkin dağılımları.

Sağlık Tedbiri Uygulamasına İlişkin Düşünceleri	**Sayı(n)**	**Oran(%)**
Kendisi için katkı ve/veya gelişim sağladığını düşünüyor	49	40,2
Kendisi için katkı ve/veya gelişim sağladığını düşünmüyor	67	54,9
Cevaplandırmayan	6	4,9
Toplam	122	100,0

Hakkında sağlık tedbiri uygulaması olan çocukların ailelerinin 49'u (%40,2) sağlık tedbiri uygulamasının kendilerine katkı ve/veya gelişim sağladığını düşünürken, 67'si (%54,9) kendisi için herhangi bir katkı ve/veya gelişim sağladığını düşünmemektedir. Katılımcıların 6'sı (%4,9) bu soruyu cevaplandırmamıştır.

Tablo 4.35. Katılımcıların ve eşlerinin erişkin psikiyatriden destek alma durumlarına ilişkin dağılımları.

Erişkin Psikiyatriden Destek Alma	**Sayı(n)**	**Oran(%)**
Kendisi psikiyatrik destek alıyor	20	16,4
Eşi psikiyatrik destek alıyor	2	1,6
Kendisi ve eşi psikiyatrik destek alıyor	2	1,6
Psikiyatrik destek almıyorlar	92	75,4
Cevaplandırmayan	6	4,9
Toplam	122	100,0

Katılımcıların 20'si (%16,4) kendisi psikiyatrik destek almakta, 2'sinin (%1,6) eşi psikiyatrik destek almakta, 2'si (%1,6) hem kendisi hem eşi psikiyatrik destek almakta iken, 92'si (%75,4) kendisi de eşi de psikiyatrik destek almamaktadır. Katılımcıların 6'sı (%4,9) bu soruyu cevaplandırmamıştır.

4.3. Hakkında Sağlık Tedbiri Uygulaması Olan Çocukların Ailelerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.36. Sağlık tedbiri uygulaması olan çocukların ailelerinin aylık ortalama gelirlerine ilişkin dağılımları.

Aylık Ortalama Gelir	Sayı(n)	Oran(%)
0 – 500 arası	6	4,9
500 – 1000 arası	13	10,7
1000 – 2000 arası	41	33,6
2000 – 3000 arası	30	24,6
3000 ve üzeri	22	18,0
Cevaplandırmayan	10	8,2
Toplam	122	100,0

Hakkında sağlık tedbiri uygulaması olan çocukların ailelerinin 6'sı (%4,9) 0 – 500 TL arası, 13'ü (%10,7) 500 – 1000 TL arası, 41'i (%33,6) 1000 – 2000 TL arası, 30'u (%24,6) 2000 – 3000 TL arası, 22'si (%18,0) 3000 TL ve üzeri aylık geliri olduğunu ifade etmiştir. Katılımcıların 10'u (%8,2) bu soruyu cevaplandırmamıştır.

Tablo 4.37. Sağlık tedbiri uygulaması olan çocukların oturmakta oldukları ilçelere ilişkin dağılımları.

Oturdukları İlçe	Sayı(n)	Oran(%)
Etimesgut	25	20,5
Yenimahalle	23	18,9
Sincan	22	18,0
Keçiören	16	13,1
Mamak	10	8,2

Tablo 4.37. Sağlık tedbiri uygulaması olan çocukların oturmakta oldukları ilçelere ilişkin dağılımları (devamı).

Altındağ	8	6,6
Çankaya	7	5,7
Kahramankazan	5	4,1
İl Dışı	3	2,5
Ayaş	1	,8
Beypazarı	1	,8
Cevaplandırmayan	1	,8
Toplam	122	100,0

Hakkında sağlık tedbiri uygulaması olan çocukların 25'i (%20,5) Etimesgut'ta, 23'ü (%18,9) Yenimahalle'de, 22'si (%18,0) Sincan'da, 16'sı (%13,1) Keçiören'de, 10'u (%8,2) Mamak'ta, 8'i (%6,6) Altındağ'da, 7'si (%5,7) Çankaya'da, 5'i (%4,1) Kahramankazan'da, 3'ü (%2,5) il dışında, 1'i (% ,8) Ayaş'ta, 1'i (% ,8) Beypazarı'nda oturmaktadır. Katılımcılardan 1'i (% ,8) bu soruyu cevaplandırmamıştır.

Tablo 4.38. Katılımcıların oturmakta oldukları evin kime ait olduğuna ilişkin dağılımları.

Evin Mülkiyeti	**Sayı(n)**	**Oran(%)**
Kendisine ait	23	18,9
Eşine ait	21	17,2
Kendi ailesine/Eşinin ailesine ait	15	12,3
Kirada oturuyorlar	57	46,7
Lojmanda oturuyorlar	4	3,3
Cevaplandırmayan	2	1,6
Toplam	122	100,0

Katılımcılardan 23'ü (%18,9) kendi evinde, 21'i (%17,2) eşinin evinde, 15'i (%12,3) kendi veya eşinin ailesinin evinde, 57'si (%46,7) kirada, 4'ü (%3,3) lojmanda oturmaktadır. Katılımcılardan 2'si (%1,6) bu soruyu cevaplandırmamıştır.

Tablo 4.39. Katılımcıların oturmakta oldukları evde kendi çekirdek aileleri dışında kimlerle yaşadıklarına ilişkin dağılımları.

Kimlerle Yaşadıkları	**Sayı(n)**	**Oran(%)**
Kendi annesi ve babası	1	,8
Kendi annesi	7	5,7
Kendi babası	1	,8
Kendi kardeşi	2	1,6
Kendi annesi ve kardeşi	3	2,5
Kendi kardeşinin çocuğu	1	,8
Kendi torunu	1	,8
Eşinin annesi ve babası	1	,8
Eşinin annesi	3	2,5
Eşinin babası	2	1,6
Eşinin kardeşi	1	,8
Cevaplandırmayan	99	81,1
Toplam	122	100,0

Katılımcılar oturmakta oldukları evlerde kendi çekirdek aileleri dışında 1'i (% ,8) kendi annesi ve babasıyla, 7'si (%5,7) kendi annesiyle, 1'i (% ,8) kendi babasıyla, 2'si (%1,6) kendi kardeşiyle, 3'ü (%2,5) kendi annesi ve kardeşiyle, 1'i (% ,8) kendi kardeşinin çocuğuyla, 1'i (% ,8) kendi torunuyla, 1'i (% ,8) eşinin anne ve babasıyla, 3'ü (%2,5) eşinin annesiyle, 2'si (%1,6) eşinin babasıyla, 1'i (% ,8) eşinin kardeşiyle yaşamaktadır. Katılımcıların 99'u (%81,1) bu soruyu cevaplandırmamıştır. Cevaplandırmayan 99 (%81,1) katılımcı oturmakta oldukları evde çekirdek aile olarak yaşamaktadır.

Tablo 4.38. Sağlık tedbiri uygulaması olan çocukların kardeşlerinin psikiyatrik destek almaların ilişkin dağılımları.

Kardeşlerin Psikiyatriden Destek Alma Durumu	Sayı(n)	Oran(%)
Kardeşi psikiyatrik destek alıyor	34	27,9
Kardeşi psikiyatrik destek almıyor	78	63,9
Cevaplandırmayan	10	8,2
Toplam	122	100,0

Hakkında sağlık tedbiri uygulaması olan çocukların kardeşlerinin 34'ü (%27,9) psikiyatrik destek almakta iken, 78'i (%63,9) psikiyatrik destek almamaktadır. Katılımcıların 10'u (%8,2) bu soruyu cevaplandırmamıştır.

Tablo 4.39. Katılımcıların, hakkında sağlık tedbiri uygulaması olan çocukların, psikiyatrik destek alan kardeşlerinin hangi tanı/tanılar ile takip edildiklerini bilmelerine ilişkin dağılımları.

Kardeşlerin Hangi Tanı/Tanılar ile Takip Edildikleri	Sayı(n)
Genel Psikiyatrik Muayene	7
Ağır MR	3
Depresyon	3
Davranım Bozukluğu tanısıyla	2
DEHB, Davranım Bozukluğu tanısıyla	2
Hafif MR, Davranım Bozukluğu tanısıyla	2
DEHB tanısıyla	2
DEHB, Özgül Öğrenme Güçlüğü tanısıyla	1
Şizofreni tanısıyla	1
Anksiyete Bozukluğu tanısıyla	1
Enürezis, DEHB tanısıyla	1
Enürezis tanısıyla	1
Özgül Öğrenme Güçlüğü, Hafif MR, Epilepsi tanısıyla	1
Özgül Öğrenme Güçlüğü	1
Cevaplandırmayan	6
Toplam	34

Hakkında sağlık tedbiri uygulaması olan çocukların kardeşlerinin 7'si Genel Psikiyatrik Muayene, 3'ü Ağır MR, 3'ü Depresyon, 2'si Davranım Bozukluğu, 2'si DEHB, Davranım Bozukluğu, 2'si Hafif MR, Davranım Bozukluğu, 2'si DEHB, 1'i DEHB, Özgül Öğrenme Güçlüğü, 1'i Şizofreni, 1'i Anksiyete Bozukluğu, 1'i Enürezis, DEHB, 1'i Enürezis, 1'i Özgül Öğrenme Güçlüğü, Hafif MR, Epilepsi, 1'i Özgül Öğrenme Güçlüğü tanısıyla takip edilmektedir. Katılımcıların 6'sı bu soruyu cevaplandırmamıştır.

Tablo 4.40. Katılımcıların aileleri içerisinde alkol kullanan birey olup olmadığına ilişkin dağılımları.

Alkol Kullanma Durumu	**Sayı(n)**	**Oran(%)**
Ailede alkol kullanan birey yok	102	83,6
Kendisi alkol kullanıyor	6	4,9
Eşi alkol kullanıyor	6	4,9
Çocuğu alkol kullanıyor	4	3,3
Cevaplandırmayan	4	3,3
Toplam	122	100,0

Katılımcıların ailesinin 102'sinde (%83,6) alkol kullanan birey bulunmazken, 6'sı (%4,9) kendisinin alkol kullandığını, 6'sı (%4,9) eşinin alkol kullandığını, 4'ü (%3,3) çocuğunun alkol kullandığını ifade etmiştir. Katılımcıların 4'ü (%3,3) bu soruyu cevaplandırmamıştır.

Tablo 4.41. Katılımcıların, hakkında sağlık tedbiri uygulaması olan çocukları dışında aile içerisinde madde kullanımı olan bireyin varlığına ilişkin dağılımları.

Madde Kullanma Durumu	**Sayı(n)**	**Oran(%)**
Ailede madde kullanan birey yok	113	92,6
Başka çocuğu madde kullanıyor	2	1,6
Cevaplandırmayan	7	5,7
Toplam	122	100,0

Katılımcıların 113'ünde (%92,6) aile içerisinde sağlık tedbiri uygulaması olan çocukları dışında başka bir birey madde kullanmazken, 2'sinde (%1,6) başka bir çocukları madde kullanmaktadır. Katılımcıların 7'si (%5,7) bu soruyu cevaplandırmamıştır.

Tablo 4.42. Katılımcıların aile içerisinde kumar ve/veya şans/bahis oyunları oynayan bireyin varlığına ilişkin dağılımları.

Kumar ve/veya Şans/Bahis Oyunları Oynayan Birey	**Sayı(n)**	**Oran(%)**
Ailede kumar ve/veya şans/bahis oyunları oynayan birey yok	113	92,6
Çocuğu kumar ve/veya şans/bahis oyunları oynar	3	2,5
Eşi kumar ve/veya şans/bahis oyunları oynar	4	3,3
Cevaplandırmayan	2	1,6
Toplam	122	100,0

Katılımcıların ailelerinin 113'ünde (%92,6) kumar ve/veya şans/bahis oyunları oynayan yok iken, 3'ünde (%2,5) çocuğu kumar ve/veya şans/bahis oyunları oynamakta, 4'ünde (%3,3) eşi kumar ve/veya şans/bahis oyunları oynamaktadır. Katılımcıların 2'si (%1,6) bu soruyu cevaplandırmamıştır.

Tablo 4.43. Katılımcıların aileleri içerisinde cezaevine giren birey olup olmadığına ilişkin dağılımları.

Cezaevine Girme Durumu	**Sayı(n)**	**Oran(%)**
Ailede cezaevine giren birey var	16	13,1
Ailede cezaevine giren birey yok	104	85,2
Cevaplandırmayan	2	1,6
Toplam	122	100,0

Katılımcıların ailelerinin 16'sında (%13,1) cezaevine giren birey bulunurken, 104'ünde (% 85,2) cezaevine giren birey bulunmamaktadır. Katılımcıların 2'si (%1,6) bu soruyu cevaplandırmamıştır.

4.4. Sağlık Tedbirine İlişkin Bulgular

Tablo 4.44. Katılımcıların sağlık tedbiri uygulaması hakkında yeterince bilgilendirme yapılmasına ilişkin dağılımları.

Yeterince Bilgilendirilme Durumu	**Sayı(n)**	**Oran(%)**
Yeterince bilgilendirildim	39	32,0
Yeterince bilgilendirilmedim	76	62,3
Cevaplandırmayan	7	5,7
Toplam	122	100,0

Katılımcıların 39'u (%32,0) sağlık tedbiri uygulaması hakkında yeterince bilgilendirildiğini düşünürken, 76'sı (%62,3) yeterince bilgilendirilmediğini düşünmektedir. Katılımcıların 7'si (%5,7) bu soruyu cevaplandırmamıştır.

Tablo 4.45. Katılımcılardan sağlık tedbiri uygulaması hakkında yeterince bilgilendirme yapıldığını düşünenlerin kim tarafından bilgilendirildiklerine ilişkin dağılımları.

Kim Tarafından Bilgilendirildikleri	**Sayı(n)**	**Oran(%)**
Danışmanlık tedbirini yürüten kişi tarafından bilgilendirildim	15	12,3
Doktor tarafından bilgilendirildim	11	9,0
Sağlık tedbirini yürüten kişi tarafından bilgilendirildim	9	7,4
Sosyal hizmet kurumu tarafından bilgilendirildim	2	1,6
Çocuk izlem merkezi tarafından bilgilendirildim	1	,8
Cevaplandırmayan	84	68,9
Toplam	122	100,0

Katılımcılardan sağlık tedbiri uygulaması hakkında yeterince bilgilendirildiklerini düşünenlerin 15'i (%12,3) danışmanlık tedbirini yürüten kişi tarafından bilgilendirildiğini, 11'i (%9,0) doktor tarafından bilgilendirildiğini, 9'u (%7,4) sağlık tedbirini yürüten kişi tarafından bilgilendirildiğini, 2'si (%1,6) sosyal hizmet kurumu tarafından bilgilendirildiğini, 1'i (% ,8) çocuk izlem merkezi tarafından bilgilendirildiğini ifade etmiştir. Katılımcıların 84'ü (%68,9) bu soruyu cevaplandırmamıştır. Bu soruyu cevaplandırmayan ebeveynlerin 76'sı (%62,3) sağlık tedbiri uygulaması hakkında yeterince bilgilendirilmediğini düşünen ebeveynlerden oluşmaktadır.

4.5. Hakkında Sağlık Tedbiri Uygulaması Olan Çocuklara Sağlık Tedbiri Uygulaması Başlatılma Nedenine, Çocukların Tanı/Tanılarına, Farklı Gelişimsel Özellikleri Olup Olmamasına İlişkin Bulgular

Tablo 4.46. Sağlık tedbiri uygulaması olan çocukların haklarında neden sağlık tedbiri uygulaması başlatıldığına ilişkin dağılımları.

Neden Sağlık Tedbiri Uygulaması Başlatıldığı	Sayı(n)	Oran(%)
Cinsel istismar	79	64,8
İhmal	17	13,9
Fiziksel istismar	7	5,7
Boşanma sonrası mahkeme kararıyla çıkarılan destekleyici tedbir olarak	6	4,9
Madde kullanımı	3	2,5
Evden kaçma	2	1,6
İlaç reddi	1	,8
Obezite	1	,8
Psikolojik istismar	1	,8
Çevreye fiziksel zarar verme	1	,8
İstismar şüphesi	1	,8
Ebeveyn Kaybı Sonrası Psikolojik Destek Alması İçin	1	,8
Bulunamayan	2	1,6
Toplam	122	100,0

Hakkında sağlık tedbiri uygulaması olan çocuklardan 79'una (%64,8) cinsel istismar, 17'sine (%13,9) ihmal, 7'sine (%5,7) fiziksel istismar, 6'sına (%4,9) boşanma sonrası destekleyici tedbir olarak, 3'üne (%2,5) madde kullanımı, 2'sine (%1,6) evden kaçma, 1'ine (% ,8) ilaç reddi, 1'ine (% ,8) obezite, 1'ine (% ,8) psikolojik istismar, 1'ine (% ,8) çevreye fiziksel zarar verme, 1' ine (% ,8) istismar şüphesiyle, 1' ine (% ,8) ebeveyn kaybı sonrası psikolojik destek alma sebepleriyle sağlık tedbiri uygulaması başlatılmıştır. Hakkında sağlık tedbiri uygulaması olan 2 çocuğun, hakkında neden sağlık tedbiri uygulaması başlatıldığı hastane sisteminde bulunamamıştır.

Tablo 4.49. Sağlık tedbiri uygulaması olan çocukların şu anda hangi tanı/tanılar ile takip edildiklerine ilişkin dağılımları.

Ne Tanı İle Takip Edildiği	**Sayı(n)**
Genel Psikiyatrik Muayene	18
TSSB	11
Anksiyete Bozukluğu	8
Davranım Bozukluğu	7
Hafif Depresif Nöbet	6
Hafif MR	6
DEHB	4
Orta Depresif Nöbet	4
Bipolar Duygulanım Bozukluğu	4
Ağır MR	3
Orta Depresif Nöbet	3
DEHB + Hafif MR	2
Hafif MR + Davranım Bozukluğu	2
TSSB + Depresyon	2
Depresyon	2
DEHB + Anksiyete Bozukluğu	2
Orta MR	1
Madde Kullanımı	1

Tablo 4.49. Sağlık tedbiri uygulaması olan çocukların şu anda hangi tanı/tanılar ile takip edildiklerine ilişkin dağılımları (devamı).

Hafif MR + Madde Kullanımı	1
Şizofreni	1
TSSB + Davranım Bozukluğu	1
Hafif MR + Bipolar Duygulanım Bozukluğu	1
Hafif MR + Orta Depresif Nöbet + Anksiyete Bozukluğu	1
Ağır Depresyon + Bipolar Duygulanım Bozukluğu	1
Davranım Bozukluğu + Bipolar Duygulanım Bozukluğu	1
Depresyon + Davranım Bozukluğu	1
Depresif Epizod + Davranım Bozukluğu + Mental Bozukluk	1
TSSB + Anksiyete Bozukluğu	1
Genel Psikiyatrik Muayene + Hafif MR	1
Orta MR + Davranım Bozukluğu	1
TSSB + Bipolar Duygulanım Bozukluğu	1
Duygu Durum Bozukluğu	1
Organik Olmayan Enürezis	1
Organik Olmayan Enürezis + DEHB	1
DEHB + Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu	1
DEHB + Bipolar Duygulanım Bozukluğu, Davranım Bozukluğu	1
DEHB + Bipolar Duygulanım Bozukluğu	1
Karışık Obsesyonel Düşünceler ve Eylemler	1
Davranım Bozukluğu + Trikotillomani	1
Anksiyete Bozukluğu + Davranım Bozukluğu	1
Bulunamayan	14
Toplam	122

Hakkında sağlık tedbiri uygulaması olan çocukların 18'i Genel Psikiyatrik Muayene, 11'i Travma Sonrası Stres Bozukluğu, 8'i Anksiyete Bozukluğu, 7'si Davranım Bozukluğu, 6'sı Hafif Depresif Nöbet, 6'sı Hafif MR, 4'ü DEHB, 4'ü Orta Depresif Nöbet, 4'ü Bipolar Duygulanım Bozukluğu, 3'ü Ağır MR, 3'ü Orta Depresif Nöbet, 2'si DEHB, Hafif MR, 2'si Hafif MR, Davranım Bozukluğu, 2'si TSSB, Depresyon, 2'si Depresyon, 2'si DEHB, Anksiyete Bozukluğu, 1'i Orta MR, 1'i Madde Kullanımı, 1'i Hafif MR, Madde Kullanımı, 1'i Şizofreni, 1'i TSSB, Davranım Bozukluğu, 1'i Hafif MR, Bipolar Duygulanım Bozukluğu, 1'i Hafif MR, Orta Depresif Nöbet, Anksiyete Bozukluğu, 1'i Ağır Depresyon, Bipolar Duygulanım Bozukluğu, 1'i Davranım Bozukluğu, Bipolar Duygulanım Bozukluğu, 1'i Depresyon, Davranım Bozukluğu, 1'i Depresif Epizod, Davranım Bozukluğu, Mental Bozukluk, 1'i TSSB, Anksiyete Bozukluğu, 1'i Genel Psikiyatrik Muayene, Hafif MR, 1'i Orta MR, Davranım Bozukluğu, 1'i TSSB, Bipolar Duygulanım Bozukluğu, 1'i Duygu Durum Bozukluğu, 1'i Organik Olmayan Enürezis, 1'i Organik Olmayan Enürezis, DEHB, 1'i DEHB, Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu, 1'i DEHB, Bipolar Duygulanım Bozukluğu, Davranım Bozukluğu, 1'i DEHB, Bipolar Duygulanım Bozukluğu, 1'i Karışık Obsesyonel Düşünceler ve Eylemler, 1'i Davranım Bozukluğu, Trikotillomani, 1'i Anksiyete Bozukluğu, Davranım Bozukluğu tanısıyla takip edilmektedir. Hakkında sağlık tedbiri uygulaması olan 14 çocuğun tanısı hastane sisteminde bulunamamıştır.

Tablo 4.47. Sağlık tedbiri uygulaması olan çocukların farklı gelişimsel özelliklerine ilişkin dağılımları.

Farklı Gelişimsel Özellik	**Sayı(n)**	**Oran(%)**
Hafif MR	25	20,5
Orta MR	3	2,5
Ağır MR	3	2,5
Özgül Öğrenme Güçlüğü	2	1,6
Üstün Zekalı	2	1,6
Otizm	1	,8
Hafif MR, Özgül Öğrenme Güçlüğü	1	,8
Tanımlanmamış Mental Bozukluk	1	,8
Toplam	38	31

Hakkında sağlık tedbiri uygulaması olan ve farklı gelişimsel özelliği olduğu öğrenilen çocukların 25'inin (%20,5) Hafif MR, 3'ünün (%2,5) Orta MR, 3'ünün (%2,5) Ağır MR, 2'sinin (%1,6) Özgül Öğrenme Güçlüğü, 2'sinin (%1,6) Üstün zekalı, 1'inin (% ,8) Otizm, 1'inin (% ,8) Hafif MR, Özgül Öğrenme Güçlüğü, 1'inin (% ,8) Tanımlanmamış Mental Bozukluk olduğu tanıları olduğu öğrenilmiştir.

5. TARTIŞMA

5.1. Hakkında Sağlık Tedbiri Uygulaması Olan Çocuğa İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmaya katılan 122 ailenin sağlık tedbirli çocuklarının 82'sinin kız, 40'ının erkek olduğu görülmektedir. Bu sonucun çalışmanın bir diğer sonucu olan, cinsel istismarın sağlık tedbiri uygulaması başlatılma nedenlerinden ilk sırada gelmesi ile ilişkilendirildiğinde; cinsel istismarın kız çocuklarında daha fazla görüldüğü söylenebilir ki bu bilgi literatürdeki başka çalışmalarla örtüşmektedir. Kızlarda cinsel istismara uğrama riski erkeklere göre 2-5 kat oranında artmaktadır (123, 124). Cinsel istismara kızlarda ve özellikle ergenlik döneminde olanlarda daha sık karşılaşıldığı bildirilmektedir (122, 148). Mian, Dünya Şiddet ve Sağlık Raporu'nda, özellikle yaşça büyük olan kız çocuklarının cinsel istismara daha fazla uğradıklarını ifade etmiştir (83). Genel olarak kızlar ve erkekler eşit olarak istismara maruz kalsalar da, fiziksel istismara erkeklerde, cinsel istismara ise kızlarda daha sık rastlandığı belirlenmiştir (112). Yine Topçu, mahkemelerdeki belli sayıda aile içi cinsel istismar vakalarına göre, kız çocuklarının erkek çocuklara göre daha fazla cinsel istismara uğradıklarını ifade etmektedir (184). İzmir'de Çocuk İzlem Merkezi'ne ilk bir yılda gelen ve cinsel istismar tanısı alan 848 olgu ile çalışma yapan Bağ ve Alşen, bu olguların 722'sinin kız, 126'sının erkek olduğunu saptamıştır (185). Nasıroğlu ise farklı olarak, sağlık tedbiri alınan çocuk ve ergenleri ruhsal açıdan değerlendirdiği çalışmasında, çocuk ve ergenlerin % 53'nün erkek ve % 47'nin kız çocuklardan oluştuğunu, tedbir kararının ise %20'sinin cinsel istismar, %21'inin davranış bozukluğu sebebiyle başlatıldığını belirtmiştir (186).

Hakkında sağlık tedbiri uygulaması olan çocukların 18'i 4-9 yaş, 24'ü 10-13 yaş, 37'si 14-16 yaş, 41'i 17-18 yaş aralığında yer aldığı, çoğunluğun 17-18 yaş aralığında olduğu, genel çoğunluğun ise 14-18 yaş aralığında olduğu görülmektedir. Bu yaş grubu daha çok ergenlik çağındaki grup olup, yine cinsel istismar ile ilişkilendirildiğinde; cinsel istismarın ergenlik döneminde daha sık görüldüğü bilgisi ile paralellik gösterir. Yapılan araştırmalar istismara uğrama olasılığı ile yaş arasında bir ilişki olduğunu belirtmektedir. Dünya Şiddet ve Sağlık Raporu'nda özellikle yaş grubu büyük kız çocuklarının cinsel istismara maruz kaldığı ifade edilmektedir (83).

Nitekim yine literatüre bakıldığında cinsel istismar olgularının yaş ortalaması 14 olarak saptanmıştır (185). Cengel-Kültür ve arkadaşları cinsel istismarın ergen yaş grubunda yoğunlaştığını belirtmektedir (122). Taner ve arkadaşları 107 istismar mağduru çocuk ve ergenden oluşan çalışmalarında yaş ortalamasını 13.9 olarak saptamışlardır (136).

Hakkında sağlık tedbiri uygulaması olan çocuklardan anne babası boşanmış olanların sayısı 59 olup, velayetin 39'u annede, 20'si babadadır. Yapılan çalışma 122 katılımcıdan oluşmaktadır, dolayısıyla yarısı diyebileceğimiz bir kısmı aile bütünlüğü olmayan çocuklardır yani parçalanmış aileden gelmektedirler. Literatürde parçalanmış ailelerin de çocuk istismarında önemli bir risk grubu olduğu ifade edilmektedir (20, 123, 128). Bir çalışmada çocuk istismarı olgularının daha çok parçalanmış ailelerden geldikleri vurgulanmıştır (148, 187). Fırat yaptığı çalışmada boşanmanın olduğu ailelerde cinsel istismarın daha sık görüldüğünü belirtmektedir (116). Yine çocuk istismarının olduğu ve olmadığı ailelerdeki karşılaştırmalı çalışmalarda, ebeveynlerin ayrılmış olması veya tek ebeveynli yaşama, ihmal ve istismarı artırıcı etkenler arasında olduğu ifade edilmektedir (28, 82).

Çalışmaya katılan hakkında sağlık tedbiri uygulaması olan çocukların 73'ü okula devam etmekte, 18'i okula gitmemektedir 1 tanesi okulu 7. Sınıfta bırakmıştır, 2 tanesi okulu lise 1. sınıfta bırakmıştır, 23'ü eğitimine açıköğretimden devam etmektedir. Katılımcılardan 5 kişi okula devam edip etmeme sorusunu cevaplamamıştır. Nasıroğlu da sağlık tedbiri uygulaması olan çocuklarla yaptığı çalışmada çocukların %27,6'sının okulu terk ettiğini belirlemiştir (186). Okul terki davranışı ergenlik döneminde gencin yaşamını çoğu alanda olumsuz yönde etkileyebilir. Okul terki sonrasında mesleki ve sosyal alanda farklı problemler yaşanmakta, ergenin gelişimi olumsuz yönde etkilenebilmektedir (188). Çalışmaya katılan çocuk ve ergenlerin büyük kısmının okula devam ediyor olması umutlandırıcı bir sonuçtur. Bununla birlikte, 23 olgu açık öğretime devam etmektedir. Bu durum, ergenlerin eğitimine bir şekilde devam ettiğini göstermesi bakımından sevindirici olsa da, örgün eğitime devam etmediğini göstermektedir ki; ergenler için örgün eğitime devam etmenin, günlük yaşamda vaktinin büyük kısmının uyulması gereken belli kurallara sahip, kendilerine olumlu rol model olabilecek, rehberlik edebilecek öğretmenlerin olduğu, kendi yaş grubundan yani akranlarından oluşan bir gruba ait

olabileceği bir okulda olması ergenler açısından önemli ölçüde koruyucu faktör sayılmaktadır. Ailelerle ve ergenlerle yapılan görüşmeler sonucunda; ergenler açısından okulu terk etmenin, fazla boş zamana sahip olmalarının risk alma davranışına, madde kullanımı gibi kötü alışkanlık edinmelerine zemin hazırladığı görülmektedir. Açıköğretime devam eden ergenler evde vakitlerini bir yetişkin gibi nitelikli şekilde organize edememekte, günlük ders çalışmaya vakit ayıramamakta, kendileri için hedef koyamamakta dolayısıyla hedef odaklı ilerleyememekte, çoğu zaman çevrelerinde kendilerine yol gösterebilecek, bir ergenle uygun iletişim kurabilen bir ebeveyn bulamamakta, dışarı çıkıp sosyalleşmek istediğinde ise olumlu arkadaşlıklar kurabileceği akranları gündüz saatlerinde okulda olduğu için onlarla arkadaşlık edemediğinden ya kendinden yaş grubu olarak daha büyük olan bir gruptan arkadaş seçmek durumunda kalmakta ya da kendisiyle benzer şekilde okulu terk eden, madde kullanımı olan, riskli cinsel davranış deneyimleri bulunan ergenlerle sosyalleşebilmektedir. Nihayetinde, sözü edilen bu riskli durumların bir araya gelmesi ergenin olumsuz yaşam olaylarını deneyimlemesine zemin hazırlamaktadır. Bir diğer risk faktörü de, günümüzde araştırmalarda da sıklıkla görmeye başladığımız sosyal medyanın(Facebook, Instagram vs.) bireyler üzerindeki olumsuz etkileridir. Sosyal medyada fazla zaman geçirmek yetişkinlerde bile uygun olmadığı belirtilirken, ergenler için daha olumsuz sonuçlara götürebilmektedir. Ailelerin birçoğu çocuklarına cinselliği öğretmek, cinsellik konuşmakla ilgili sorun yaşarlar. Bu durum ergenlerin, arkadaş gruplarını ve medyayı cinsellikle ilgili bilgi kaynağı ve rol model olarak görmesine neden olmaktadır. Ergen aileden cinsellikle ilgili doğru ve net bilgiler alıyorsa medyanın etkisi bir miktar azalabilir. Ergenlerin riskli cinsel davranışları, istenmeyen gebelik ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar gibi olumsuz sonuçlara neden olabilir (189). Bunların yanında ergenliğin aile içi çatışmaların yoğun yaşandığı bir dönem olduğu bilinmektedir. Yaş grubu gereği gelişim görevlerinden biri okula gitmek olan bir ergenin okulda geçireceği vakitleri evde geçirmesi ebeveynleriyle ve diğer aile üyeleriyle daha fazla birlikte olmakta ve bu durum çoğu zaman aile içi çatışmaların büyüyerek ilerlemesine neden olmaktadır.

Hakkında sağlık tedbiri uygulaması olan çocukların 20'si okul devamsızlığı yapmakta, 55'i okul devamsızlığı yapmamaktadır. Katılımcıların 47'si okul devamsızlığı ile ilgili olan bu soruyu cevaplamamıştır. Katılımcıların azımsanamayacak bir kısmı bu soruyu cevaplandırmamıştır, bununla birlikte

cevaplayanlardan 20'si çocuklarının okul devamsızlığı yaptığını ifade etmiştir. Bu soru, bir önceki sorunun sonuçları ışığında değerlendirildiğinde; 73 çocuğun örgün eğitime devam ettiği bilindiğine göre, bu soruyu cevaplamayan katılımcıların çocuklarının okulu bırakmış olduğu ya da açık öğretimden devam ettiği görülecektir. Dolayısıyla 73 çocuk ve ergenin örgün eğitime devam ettiği, bu olguların 20'sinin okul devamsızlığı yaptığı göz önünde bulundurulduğunda olguların üçte biri gibi bir kısmının okul devamsızlığı yaptığını söylemek yanlış olmaz. Okul devamsızlığı da tıpkı okul terki gibi risk içeren, üzerinde durulması gereken bir konudur. Yapılabilecek eğitimlerle anne babaların, eğitimcilerin ve çocuk doktorlarının psikolojik problemlerden dolayı okula devam edemeyen çocukları belirlenebilir ve ilgili birimlere yönlendirilebilir (190). Çocukların hayatında şiddet sadece fiziksel sağlığını değil, ruhsal açıdan da gelişimlerini olumsuz yönde etkilemektedir. Çocuklarda, okul devamsızlığı, dikkat eksikliği, okul başarısında düşüklük gibi sonuçları olabilmektedir (66). Okula düşük katılım çocukları daha fazla istismara ve ihmale açık hale getirmektedir. Bu yüzden çocukların yüksek yararı gözetilerek çocukların eğitimlerine devam edebilmesi için gerekli çalışmalar yapılmalıdır (186).

Hakkında sağlık tedbiri uygulaması olan çocukların 39'u daha önce çocuk ve ergen psikiyatri kliniğine başvurmuş, 76'sı daha önce çocuk ve ergen psikiyatri kliniğine başvurmamıştır. Katılımcıların 7'si daha önce çocuk ruh sağlığı kliniğine başvurup başvurmadıklarını öğrenmek üzere sorulan bu soruyu cevaplamamıştır. Katılımcıların büyük kısmı bu soruyu cevaplamakla birlikte, azımsanmayacak kısmının sağlık tedbirinden önce de çocuk ruh sağlığı kliniğine geldikleri görülmektedir. Halihazırda ruh sağlığı takibi yapılan bu çocuk ve ergenlere ne sebeplerle sağlık tedbiri uygulaması başlatıldığına bakıldığında; ruh sağlığı çalışanları psikiyatrik görüşmeler sırasında bir cinsel istismar tanımlama yani cinsel istismar şüphesi, madde kullanımı, ilaç uyumsuzluğu veya reddi, psikiyatrik tedaviyi reddetme gibi sebeplerle çocuk ve ergen hakkında sağlık tedbiri isteminde bulunabilmektedir.

Daha önce çocuk ve ergen psikiyatri kliniğine başvuran çocukların ne kadar süredir takip ve tedavi altında olduklarına baktığımızda; 8'i 1 ay-1 yıl aralığında, 1'i 1–2 yıl aralığında, 1'i 2–3 yıl aralığında, 1'i 3–4 yıl aralığında, 24'ü 4 yıl ve daha fazla süre aralığında çocuk ve ergen psikiyatri kliniğinde takip edilmektedirler.

Katılımcıların 87’ si bu soruyu cevaplamamıştır. Bu veri bir önceki verinin sonuçlarına göre değerlendirildiğinde; daha önce çocuk ruh sağlığı kliniğine başvuran aile sayısının 39 olduğu görülecektir. Bu soruyu cevaplayan 35 ailedir, dolayısıyla 4 aile ne kadar süredir takip edildiğini belirtmemiştir. Soruyu cevaplamayan 82 ailenin zaten daha önce hiç başvuru yapmayan ailelerden oluştuğunu söylemek yanlış olmaz. Çalışmanın bir diğer sonucu olan, sağlık tedbiri başlatılma sebeplerinden 79 olgunun cinsel istismar, 17 olgunun ihmal sebebiyle sağlık tedbiri kapsamında takipli olması, hiç başvuru yapmayanların bir çocuk ruh sağlığı kliniği ile tanışmaları “cinsel istismar veya ihmal” sebebiyle olmuştur denebilir.

Hakkında sağlık tedbiri uygulaması olan çocukların 53’ünün ayda bir kere, 13’ünün iki ayda bir kere, 56’sının üç ayda bir kere psikiyatrik muayeneye gelmeleri uygun görülmüştür. Sağlık tedbiri kapsamında takip edilen hastaların azami üç ayda bir kere tedavisinin yapıldığı polikliniğe gelmeleri gerekmektedir. Çocuk ve ergen psikiyatri polikliniğine üç ayda bir gelmesi yeterli olmayan, davranış problemlerine sahip, suicide girişimleri olan, madde kullanım öyküsü olan veya travmanın erken dönem etkilerini yaşayan çocuk ve ergenler daha sık yani ayda bir ya da iki ayda bir olmak üzere çağırılmaktadır. Sayısı az da olsa on beş günde bir gelmesi istenen çocuk ve ergen grubu da mevcuttur.

Hakkında sağlık tedbiri uygulaması olan çocukların 55’i psikiyatrik muayene tarihlerine düzenli olarak gelmekte, 30’u düzenli olarak gelmemekte, 37’si çoğunlukla düzenli olarak gelmektedir. Katılımcı ailelerin hepsi bu soruyu cevaplandırmakla birlikte, oldukça büyük bir kısmının(55’i düzenli, 37’si çoğunlukla düzenli) düzenli olarak gelmesi olumlu bir sonuçtur.

Hakkında sağlık tedbiri uygulaması olan çocukların 21’i 1 ay–1 yıl aralığında, 54’ü 1–2 yıl aralığında, 26’sı 2–3 yıl aralığında, 6’sı 3–4 yıl aralığında, 3’ü 4 yıl ve daha fazla süre ile sağlık tedbiri kapsamında takip edilmektedir. Katılımcıların 12’si bu soruyu cevaplamamıştır. Çocuk ve ergenlerin büyük kısmının 1-2 yıl süre aralığında sağlık tedbiri kapsamında takip edildiği görülmektedir.

Hakkında sağlık tedbiri uygulaması olmadan önce çocuk ve ergen psikiyatri kliniğine başvuran 39 aileden 4’ü hiperaktivite, 3’ü Ağır MR, 3’ü intihar girişimi,

3'ü davranış problemleri, 3'ü içe kapanıklık, 2'si Hafif MR, 2'si Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, 2'si konuşma problemleri, 2'si evden kaçma, 1'i kendi kendine konuşma, 1'i kendine zarar verme, 1'i ölüm düşünceleri ve durgunluk, 1'i yeme bozukluğu, 1'i saç koparma, 1'i dikkat eksikliği, 1'i madde kullanımı, 1'i ergenlik problemleri, 1'i kaygı ve akranlarla sorunlar şikayeti ile çocuk ve ergen psikiyatri kliniğine başvurmuştur. Katılımcıların 6'sı bu soruyu cevaplandırmamıştır. Daha önce çocuk ruh sağlığı kliniğine başvuran ailelerin hangi şikayetlerle kliniğe başvurduklarına bakıldığında, şikayetlerinin oldukça geniş yelpazeli bir dağılımda olduğu görülmektedir.

Hakkında sağlık tedbiri uygulaması olmadan önce çocuk ve ergen psikiyatri kliniğine başvuran 39 ailenin çocuklarının 6'sına Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, 3'üne Ağır MR, 3'üne Davranım Bozukluğu, 2'sine Hafif MR, Davranım Bozukluğu, 2'sine Depresyon, 2'sine Öfke Kontrol Bozukluğu, 2'sine Bipolar Duygulanım Bozukluğu, 2'sine Anksiyete Bozukluğu, 2'sine Dikkat Eksikliği, 1'ine Orta MR, 1'ine Şizofreni, 1'ine Hafif MR, 1'ine DEHB, Davranım Bozukluğu, 1'ine Majör Depresyon, Davranım Bozukluğu, 1'ine Özgül Öğrenme Güçlüğü, 1'ine Trikotillomani, Davranım Bozukluğu tanıları konulmuştur. Katılımcıların 8'i bu soruyu cevaplandırmamıştır. Daha önce çocuk ruh sağlığı kliniğine başvuru yapan ailelerin çocuklarına sağlık tedbiri öncesinde konulan tanılara baktığımızda da tanıların oldukça farklılık gösterdiği, yine de ilk sırada DEHB, zeka geriliği, davranım bozukluğu tanılarının olduğu görülmektedir. Araştırmanın bir diğer sonucu olan sağlık tedbiri başlatılma nedenlerinden birinci sırada gelen cinsel istismarın bu tanılarla ilişkisine baktığımızda literatür ile örtüşen bir sonuç göstermektedir. Spencer ve arkadaşları cinsel istismara maruz kalma riskini, çocuk ve ergenin bedensel veya zihinsel özrünün olması, psikotik bozukluk, bipolar bozukluk, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ve dürtü kontrol bozukluğu gibi psikiyatrik rahatsızlıkların da artırdığını saptamıştır (125). Taner ve arkadaşları istismar öncesinde vakaların %24.2'sine daha önce de bir psikiyatrik tanı konulduğunu öğrenmiş, bu tanılar sıklıklarına göre sırasıyla zeka geriliği, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), depresyon, davranım bozukluğu, madde kullanım bozukluğu, kekemelik, enürezis olduğunu ifade etmişlerdir (136). Soylu ve arkadaşları ise zihinsel engelli bireylerin, zihinsel engeli olmayan bireylere göre 4-10 kat oranında daha fazla cinsel istismar riski taşıdığını bildirmiştir (121).

Katılımcılar, hakkında sağlık tedbiri uygulaması olan çocukların 6'sının Post Travmatik Stres Bozukluğu, 6'sının Hafif MR, 4'ünün Depresyon, 4'ünün Bipolar Duygulanım Bozukluğu, 3'ünün Davranım Bozukluğu, 2'sinin Hafif MR ve Davranım Bozukluğu, 2'sinin DEHB ve Davranım Bozukluğu, 2'sinin Genel Psikiyatrik Muayene, 1'inin Orta MR, 1'inin Madde Kullanımı, 1'inin Şizofreni, 1'inin Psikoz ve Obezite, 1'inin Bipolar Duygulanım Bozukluğu, Hafif MR, Davranım Bozukluğu, 1'inin Depresyon ve Anksiyete Bozukluğu, 1'inin DEHB ve Anksiyete Bozukluğu, 1'inin Orta MR ve Davranım Bozukluğu, 1'inin Hafif MR ve Özgül Öğrenme Güçlüğü, 1'inin DEHB ve Bipolar Duygulanım Bozukluğu, 1'inin TSSB ve Hafif Depresif Nöbet tanıları aldıklarını ifade etmişlerdir. Katılımcıların 82'si bu soruyu cevaplandırmamıştır. Ailelerin üçte ikisi, şu anda çocuklarının hangi tanı ile takip edildiğini bilip bilmediklerini anlamak üzere sorulan bu soruya cevap vermemiştir. Bu durum, ailelerin psikiyatrik tanılara yabancı olmasıyla ya da tedavisi ile yeterince ilgilenmedikleri ile açıklanabilir. Soruyu cevaplandıran üçte bir ailenin ise, çocuklarının tanılarını eşlik eden tanılarla birlikte bildikleri görülmektedir.

Ailelerin 56'sı sağlık tedbiri uygulamasının çocuklarına katkı ve/veya gelişim sağladığını düşünmekte iken, 62'si sağlık tedbiri uygulamasının çocuklarına katkı ve/veya gelişim sağladığını düşünmemektedir. Katılımcıların 4'ü bu soruyu cevaplamamıştır. Katılımcı ailelerin oldukça düşük bir kısmı bu soruyu cevaplandırmamıştır. Büyük kısmının bu soruyu cevaplandırdığı görülmektedir fakat sağlık tedbirinin çocuklarına bir katkı ve/veya gelişim sağladığını düşünmeyen kısmın daha fazla olduğu saptanmıştır. Bu sonuç, ailelerin tedaviye motivasyonlarının ve istekli katılımlarının olmadığını göstermektedir. Oysa psikiyatrik tedavide, tedavi alan bireylerin tedaviye istekli olmaları en önemli şartlardan biridir, aksi takdirde tedaviye ve tedavi ekibine koordine olmayan bir bireyin tedaviden olumlu sonuç alması pek mümkün olamamaktadır. Bu veriyi daha önceki sonuçlarla ilişkilendirdiğimizde; ailelerin hastaneye 55'inin düzenli, 37'sinin çoğunlukla düzenli olarak geldikleri görülmüştür. Bu durum, ailelerin tedaviye yeterli motivasyonları olmamasına rağmen yine de hastaneye düzenli olarak gelmeleri, yasal sonuçlarla karşılaşmak istememeleri ya da tedaviden bir miktar da olsa fayda görmek istemeleriyle açıklanabilir.

Hakkında sağlık tedbiri uygulaması olan çocuklarının 56'sının yalnızca sağlık tedbiri uygulaması varken, 43' ünün danışmanlık tedbiri uygulaması, 17'sinin danışmanlık ve eğitim tedbiri uygulaması vardır. Katılımcıların 6'sı bu soruyu cevaplamamıştır. Sağlık tedbiri olan çocuk ve ergenlerin büyük kısmının diğer koruyucu ve destekleyici tedbir kararları ile de takip edildikleri görülmektedir.

Hakkında sağlık tedbiri uygulaması olan çocuklardan 31'i daha önce kurum bakımından yararlanırken, 83'ü daha önce kurum bakımından yararlanmamıştır. Katılımcıların 8'i bu cevaplandırmamıştır. Daha önce kurum bakımından yararlanan çocukların 25'i 1–3 ay arası, 3'ü 3–6 ay arası, 4'ü 6 ay–1 yıl arası, 2'si 1 yıldan daha fazla sürelerle kurum bakımından yararlanmıştır. Katılımcıların 8'i kurum bakımı ile ilgili olan bu soruyu cevaplandırmamıştır. Elde edilen sonuçta kurum bakımından yararlanan 31 çocuğun 25'inin 1-3 ay gibi kısa bir zaman sonrasında aile yanına dönüşünün sağlandığı görülmektedir. Literatürde kurum bakımının yani kışla bakım sisteminin çocuk ve ergenler için olumsuz sonuçları olduğu, çocukların mümkün olduğu ölçüde aile yanında tutulması gerektiği sürekli olarak ifade edilmektedir (6, 8, 10, 49, 51).

Hakkında sağlık tedbiri uygulaması olan çocukların 113'ü herhangi bir madde kullanmazken, 4'ü eroin, 1'i bali ve hap, 1'i de tiner kullanmaktadır. Katılımcıların 3'ü madde kullanımı ile ilgili olan bu soruyu cevaplandırmamıştır. Katılımcı ailelerin birkaç tanesi dışında hepsi bu soruyu cevaplandırmıştır. Ailelerin, çocuklarının madde kullanıp kullanmadıklarını kesin olarak bildiklerini varsayarak bu sonucu yorumladığımızda, 122 çocuk ve ergenden 6'sının herhangi bir madde kullanımı olduğu görülmektedir. Araştırmanın diğer bir sonucu olan sağlık tedbiri uygulaması başlatılma sebeplerine bakıldığında, 3 çocuğa madde kullanımı nedeni ile sağlık tedbiri uygulaması başlatıldığı görülür.

5.2. Hakkında Sağlık Tedbiri Uygulaması Olan Çocukların Ebeveynlerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Katılımcıların 85'i, hakkında sağlık tedbiri uygulaması olan çocuğun annesi, 33'ü babası, 1'i halası, 1' i dayısı, 1'i üvey babasıdır. Katılımcı ailelerin çocuğa yakınlık derecelerine bakıldığında oldukça yüksek oranda annelerin olduğu saptanmıştır. Bu sonuç, Türk toplumundaki ataerkil yapılanma, çocuk bakımının

kadınlık rolleriyle ilişkilendirilmesi, primer bakım verenlerin annelerin olması, dolayısıyla okul, sağlık gibi sorunlarla da annelerin ilgilenmesi ve hastane kontrollerine çocukla birlikte gelen kişinin genellikle annelerin olması ile açıklanabilir.

Katılımcı ailelerin 8'i 20-30 yaş aralığında, 37'si 31-40 yaş aralığında, 59'u 41-50 yaş aralığındadır, 14'ü 51 yaş ve üzerindedir. Katılımcıların 4'ü yaşı ile ilgili olan bu soruyu cevaplandırmamıştır. Katılımcı ailelerin 80'i evli, 32'si boşanmış, 1'i ayrı yaşamakta, 7'sinin eşi vefat etmiştir. Katılımcıların 2'si bu soruyu cevaplandırmamıştır. 122 ailenin üçte ikisi denilebilecek bir kısmının aile bütünlüğünün olması çocuk ve ergenler açısından olumlu bir sonuçtur. Bununla birlikte 33 aile parçalanmış yapıdadır, 7 çocuk tek ebeveyn ile yaşamaktadır. Literatürde çocuk istismar riskini artıran etkenler arasında anne babanın boşanmış olması veya tek ebeveynli olmak da ifade edilmektedir (20, 28, 82, 116).

Katılımcı ailelerin 12'si okur-yazar değildir, 58'i ilkokul mezunu, 20'si ortaokul mezunu, 19'u lise mezunu, 11'i üniversite mezunudur. Katılımcıların 2'si eğitimle ilgili olan bu soruyu cevaplandırmamıştır. Ailelerin yarısı denilebilecek kısmının ilkokul mezunu olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların 85'inin annesi olduğu bilinmektedir, dolayısıyla annelerin büyük kısmının ilkokul mezunu olduğunu söylemek mümkündür. Sağlık tedbirli çocukların aileleriyle yapılan başka bir çalışmada da annelerin %63'ünün eğitim seviyesinin ilkokul olduğunu saptamıştır (186). Katılımcıların eşlerinin 7'si okur-yazar değildir, 48'i ilkokul mezunu, 20'si ortaokul mezunu, 14'ü lise mezunu, 10'u üniversite mezunudur. Katılımcıların 23'ü eşlerinin eğitim seviyeleriyle ilgili olan bu soruyu cevaplandırmamıştır. Eşlerin de büyük kısmının ilkokul mezunu olması, babaların da çoğunlukla ilkokul mezunu olduğunu düşündürmektedir. Literatürde anne babaların eğitim seviyesinin düşük olmasının çocuk istismarını artırıcı bir etken olduğu belirtilmektedir. Çalışmanın sonucu literatürle paralellik göstermektedir (63, 68, 82, 86, 187).

Katılımcıların 67'si herhangi bir işte çalışmakta, 52'si herhangi bir işte çalışmamakta, 2'si emeklidir. Katılımcıların 10'u devlet memuru, 4'ü işçi, 4'ü esnaf, 50'si serbest meslek çalışanıdır. Katılımcıların 54'ü ne işle meşgul olduğunu belirtmemiştir. Katılımcı ailelerin büyük kısmı herhangi bir işte çalışmakla birlikte, çoğunluğu serbest meslekle uğraşmaktadır. Ne işle meşgul olduğunu belirtmeyen 54

ailenin, herhangi bir işte çalışmayan katılımcıların 85'inin annelerden oluştuğu göz önünde bulundurulduğunda, özellikle annelerin çalışmadığını söyleyebiliriz. Katılımcıların eşlerinin 49'u herhangi bir işte çalışmakta, 29'u herhangi bir işte çalışmamakta, 10'u emeklidir. Katılımcıların 34'ü eşlerinin herhangi bir işte çalışıp çalışmama ile ilgili olan bu soruyu cevaplandırmamıştır. Katılımcıların eşlerinin 6'sı devlet memuru, 6'sı işçi, 1'i esnaf, 37'si serbest meslek çalışanıdır. Katılımcıların 72'si eşlerinin ne işle meşgul olduklarıyla ilgili olan bu soruyu cevaplandırmamıştır. Katılımcıların ve eşlerinin büyük kısmının serbest meslek çalışanı olduğu görülmektedir. Ebeveynlerin eşlerinin çalışma durumlarını cevaplandırmalarına rağmen, 72 ebeveynin eşinin ne işle meşgul olduğunu cevaplamamaları dikkat çekmektedir. Ailelerin düzenli gelir sahibi olmamaları, ekonomik problemler yaşamasına neden olmakta, ailenin ekonomik sorunlar yaşaması ise çocuk cinsel istismarını artırıcı bir etken olarak karşımıza çıkmaktadır. Çocuk istismarı tüm sosyoekonomik koşullarda görülmekle birlikte literatürde de ailenin düşük gelire sahip olmasının çocuk istismarını artıran bir risk etmeni olduğu ifade edilmektedir literatürde de ailenin düşük gelire sahip olmasının çocuk istismarını artıran bir risk etmeni olduğu ifade edilmektedir (62, 68, 82, 123, 128, 148, 165, 184, 187, 189).

Bunların yanında hakkında sağlık tedbiri uygulaması olan çocukların ailelerinin 73'ü ek iş yapmamakta iken, 6'sı inşaat işinde çalışmakta, 1'i şoförlük yapmakta, 1'i yufkacıda çalışmakta, 1'i garsonluk yapmaktadır. Katılımcıların 40'ı ek iş yapıp yapmadığını belirtmemiştir.

Hakkında sağlık tedbiri uygulaması olan çocukların ailelerinin 41'i sosyal yardımlardan yararlanmakta iken, 74'ü sosyal yardımlardan yararlanmamaktadır. Katılımcıların 7'si sosyal yardım alıp almamakla ilgili olan bu soruyu cevaplandırmamıştır. Ailelerinin 12'si belediyeden, 12'si sosyal hizmetlerden, 11'i kaymakamlıktan, 3'ü hem belediye hem kaymakamlıktan, 2'si sosyal yardımlaşma ve dayanışma vakfından sosyal yardım almaktadır. Katılımcı ailelerin üçte biri sosyal yardımlardan yararlanmaktadır. Katılımcıların büyük kısmı serbest meslek çalışanıdır ve düzenli gelir sahibi değildir, dolayısıyla aileler sosyal yardımlardan faydalanmaktadırlar. Fakat araştırma sonucunda çoğu ailenin düşük gelir sahibi aileler olduğu anlaşılmıştır fakat sosyal yardımlardan yararlanmayan aile sayısı, yararlanan aile sayısından daha fazladır. Bu sonuç, ailelerin sosyal yardımlar için

nerelere başvuru yapabileceklerini, kaynakları kendileri için nasıl harekete geçireceklerini bilememeleri ya da ailelere profesyoneller tarafından, ihtiyaçları doğrultusunda gerekli yönlendirmeleri yapılmadığı şeklinde yorumlanabilir.

Hakkında sağlık tedbiri uygulaması olan çocukların ailelerinin 12'si 1 çocuğa, 40'ı 2 çocuğa, 31'i 3 çocuğa, 15'i 4 çocuğa, 19'u 4 ve daha fazla çocuğa sahiptir. Ailelerin üçte ikisi 2 çocukludur, devamında 3 çocuklu ailelerin çoğunlukta olduğu görülmektedir. Literatürde evdeki çocuk sayısının fazlalığı ve kardeş sayısının fazla olmasının istismar riskini artırdığı, aile üyeleri arttıkça, anne babaların çocuklarına olan ilgisinin azaldığı ve çocuklar arasında bölündüğü ifade edilmektedir (87).

Hakkında sağlık tedbiri uygulaması olan çocuklar, ailelerinin 82'sinin ilk evliliği, 11'inin ikinci evliliğinden olan çocuklarıdır. Katılımcıların 29'u çocuklarının kaçıncı evlilikten olduğunu belirtmemiştir. Ayrıca hakkında sağlık tedbiri uygulaması olan çocukların ailelerinin önceki evliliklerinden 8'inin çocuğu yokken, 9'unun 1 çocuğu, 2'sinin 2 çocuğu, 2'sinin 3 çocuğu, 1'inin 5 çocuğu vardır. Ebeveynlerin 100'ü önceki evliliklerinden olan çocuk sayısıyla ilgili olan soruyu cevaplandırmamıştır. Cevaplandırmayan ebeveynlerden 82'sinin, Tablo 4.32'ye bakıldığında, sağlık tedbirli çocuğunun ilk evliliğinden olduğu görülmektedir.

Hakkında sağlık tedbiri uygulaması olan çocukların ailelerinin 49'u sağlık tedbiri uygulamasının kendilerine katkı ve/veya gelişim sağladığını düşünürken, 67'si kendisi için herhangi bir katkı ve/veya gelişim sağladığını düşünmemektedir. Katılımcıların 6'sı bu soruyu cevaplandırmamıştır. Bu sonuç, araştırmanın diğer sonuçlarından olan, ailelerin sağlık tedbirinin çocuklarına katkı ve/veya gelişim sağlamasıyla ilgili sonuçla benzerlik göstermektedir. Ailelerin 56'sı sağlık tedbiri uygulamasının çocuklarına katkı ve/veya gelişim sağladığını düşünmekte iken, 62'si sağlık tedbiri uygulamasının çocuklarına katkı ve/veya gelişim sağladığını düşünmemektedir. Sonuç olarak ailelerin yarısına yakın diyebileceğimiz azımsanamayacak bir kısmı sağlık tedbiri uygulamasının çocuklarına ve kendilerine faydası olduğunu düşünürken, yarısından fazlası sağlık tedbiri uygulamasının ne kendileri ne de çocukları için katkı ve/veya gelişim sağladığını düşünmemektedir. Bu sonuç üzerinde durulması gereken ve düşünülmesi gereken bir sonuçtur. Aileler sağlık tedbiri kapsamında, yasal sonuçları hatırlatılarak hastaneye bir şekilde düzenli

olarak getiriliyor olsalar da, tedavilerinden faydalanımlarının ne olduğu bilinmemektedir. Bunun dışında her ne kadar aileler sağlık tedbirinin kendileri ve çocukları için herhangi bir katkısının olmadığını ifade etseler de, tedavinin sonuçları hakkında çocuğun tedavisini sürdüren ruh sağlığı ekibinin görüşleri de çok önemlidir, çalışma kapsamında olmadığı için tedavi ekibinin ne düşündüğü bilinmemektedir. Sağlık tedbirli ailelerin çoğunluğunun tedaviye ve hastaneye gelmeye direnç gösteren aileler olduğu unutulmamalıdır. Dolayısıyla araştırmanın bu sonucu değerlendirilirken göz önünde bulundurulması gereken önemli bir noktadır.

Katılımcı ailelerin 20'si kendisinin psikiyatrik destek aldığını, 2'si eşinin psikiyatrik destek aldığını, 2'si hem kendisinin hem eşinin psikiyatrik destek aldığını, 92'si kendisinin de eşinin de psikiyatrik destek almadığını belirtmiştir. Katılımcıların 6'sı bu soruyu cevaplandırmamıştır. Katılımcı ebeveynlerin çoğunluğunun anneler olduğu bilinmektedir, dolayısıyla erişkin psikiyatriden destek alanların genel olarak anneler olduğunu söylemek mümkündür.

5.3. Hakkında Sağlık Tedbiri Uygulaması Olan Çocukların Ailelerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Hakkında sağlık tedbiri uygulaması olan çocukların ailelerinin 6'sı 0 – 500 TL arası, 13'ü 500 – 1000 TL arası, 41'i 1000 – 2000 TL arası, 30'u 2000 – 3000 TL arası, 22'si 3000 TL ve üzeri aylık geliri olduğunu ifade etmiştir. Katılımcıların 10'u aylık gelirinin ne olduğu ile ilgili olan bu soruyu cevaplandırmamıştır. Görüldüğü gibi ailelerin çoğunluğunun aylık geliri 1000-2000 TL arasıdır. Bunu 2000-3000 TL arası aylık geliri olan aileler takip etmektedir. Her iki gelir grubunun da düşük ekonomik düzey olduğu görülmektedir, dolayısıyla sağlık tedbirli çocukların ailelerinin büyük kısmının düşük ekonomik gelir düzeyine sahip aileler olduğunu söylemek mümkündür. Literatürde de ailenin düşük gelire sahip olmasının çocuk istismarını artıran bir risk etmeni olduğu ifade edilmektedir (62, 68, 82, 123, 128, 148, 165, 184, 189).

Hakkında sağlık tedbiri uygulaması olan çocukların 25'i Etimesgut'ta, 23'ü Yenimahalle'de, 22'si Sincan'da, 16'sı Keçiören'de, 10'u Mamak'ta, 8'i Altındağ'da, 7'si Çankaya'da, 5'i Kahramankazan'da, 3'ü il dışında, 1'i Ayaş'ta, 1'i Beypazarı'nda oturmaktadır. Katılımcılardan 1'i hangi semtte oturduğunu

belirtmemiştir. İlçelerin dağılımına baktığımızda çoğunluğun Etimesgut, Yenimahalle ve Sincan'dan geldiği görülmektedir; fakat bunu sağlık tedbirli çocukların büyük kısmı bu semtlerde ikamet etmektedir şeklinde yorumlamamak gerekir. Çünkü sağlık bakanlığı, sağlık tedbiri uygulaması olan çocukların hangi hastaneye gideceklerini ailelerin oturdukları semte yakın olan hastaneye göre belirlemiştir. Dolayısıyla Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Yenimahalle E.A.H. Çocuk ve Ergen Psikiyatri Bölümü'ne gelen aileler Batıkent'e yakın olan semtlerden gelmektedirler. Ankara'daki diğer hastanelerden farklı olarak Yenimahalle E.A.H. Çocuk ve Ergen Psikiyatri Bölümü'ne sayı olarak oldukça fazla aile gelmektedir. Bunun sebebi hastanenin çocuk ve ergen psikiyatri yataklı servise sahip olmasıdır. Çocuk ve ergenlerin yatarak tedaviye ihtiyacı olması ihtimalinden ötürü Sağlık Bakanlığı bu hastaneye daha fazla aile yönlendirmektedir.

Katılımcılardan 23'ü kendi evinde, 21'i eşinin evinde, 15'i kendi veya eşinin ailesinin evinde, 57'si kirada, 4'ü lojmanda oturmaktadır. Katılımcılardan 2'si bu soruyu cevaplandırmamıştır. Ailelerin çoğunluğunun kirada oturduğu saptanmıştı. Bu sonuç, çalışmanın diğer sonuçlarından olan; ailelerin gelir oranı, çoğunluğunun düzenli gelir getirmeyen serbest meslek çalışanı olması ile birlikte düşünüldüğünde büyük kısmının oturdukları evin mülkiyetinin kendilerine ait olmaması, kirada oturmaları beklenen bir sonuçtur.

Katılımcılar oturmakta oldukları evde kendi çekirdek aileleri dışında, 1'i kendi annesi ve babasıyla, 7'si kendi annesiyle, 1'i kendi babasıyla, 2'si kendi kardeşiyle, 3'ü kendi annesi ve kardeşiyle, 1'i kendi kardeşinin çocuğuyla, 1'i kendi torunuyla, 1'i eşinin anne ve babasıyla, 3'ü eşinin annesiyle, 2'si eşinin babasıyla, 1'i eşinin kardeşiyle yaşamaktadır. Katılımcıların 99'u bu soruyu cevaplandırmamıştır. Cevaplandırmayan 99 katılımcı oturmakta oldukları evde çekirdek aile olarak yaşamaktadır.

Hakkında sağlık tedbiri uygulaması olan çocukların kardeşlerinin 34'ü psikiyatrik destek almakta iken, 78'i psikiyatrik destek almamaktadır. Katılımcıların 10'u kardeşlerin psikiyatrik destek alıp almadıkları ile ilgili olan bu soruyu cevaplandırmamıştır. Kardeşlerin büyük kısmı psikiyatrik destek almazken, bir kısmının psikiyatrik destek aldığı görülmektedir. Psikiyatrik destek alan kardeşlerin tanılarına baktığımızda; 7'si Genel Psikiyatrik Muayene, 3'ü Ağır MR, 3'ü

Depresyon, 2'si Davranım Bozukluğu, 2'si DEHB, Davranım Bozukluğu, 2'si Hafif MR, Davranım Bozukluğu, 2'si DEHB, 1'i DEHB, Özgül Öğrenme Güçlüğü, 1'i Şizofreni, 1'i Anksiyete Bozukluğu, 1'i Enürezis, DEHB, 1'i Enürezis, 1'i Özgül Öğrenme Güçlüğü, Hafif MR, Epilepsi, 1'i Özgül Öğrenme Güçlüğü tanısıyla takip edilmektedir. Katılımcıların 6'sı hangi tanı ile takip edildiğini belirtmemiştir.

Katılımcıların ailesinin 102'sinde alkol kullanan birey bulunmazken, 6'sı kendisinin alkol kullandığını, 6'sı eşinin alkol kullandığını, 4'ü çocuğunun alkol kullandığını ifade etmiştir. Katılımcıların 4'ü bu soruyu cevaplandırmamıştır. Katılımcı ailelerin büyük kısmının alkol kullanmaması çocuklar açısından umutlandırıcı bir sonuçtur. Bununla birlikte 12 anne veya babanın alkol kullandığı belirlenmiştir. Alanyazında alkolün çocuk istismarını artırıcı bir risk faktörü olduğu ifade edilmektedir (82, 84, 116, 179, 191).

Katılımcıların 113'ünde aile içerisinde sağlık tedbiri uygulaması olan çocukları dışında başka bir birey madde kullanmazken, 2'sinde başka bir çocukları madde kullanmaktadır. Katılımcıların 7'si bu soruyu cevaplandırmamıştır. Ailelerin verdikleri cevaplar doğru olarak kabul edildiğinde; çoğu ailenin kendisi, eşleri ve diğer çocukları madde kullanmamaktadır, bu olumlu bir sonuçtur. Çünkü çocuk ihmal ve istismara uğrama riskini artıran ebeveyn veya bakım verenle ilgili faktörler arasında madde kullanımının olması da gösterilmiştir (64, 75, 82, 116, 173, 189).

Katılımcıların ailelerinin 113'ünde kumar ve/veya şans/bahis oyunları oynayan yok iken, 3'ünde çocuğu kumar ve/veya şans/bahis oyunları oynamakta, 4'ünde eşi kumar ve/veya şans/bahis oyunları oynamaktadır. Katılımcıların 2'si bu soruyu cevaplandırmamıştır. Ailelerin büyük çoğunluğunda kumar ve/veya şans/bahis oyunları oynayan birey olmadığı öğrenilmiştir.

Katılımcıların ailelerinin 16'sında cezaevine giren birey bulunurken, 104'ünde cezaevine giren birey bulunmamaktadır. Katılımcıların 2'si bu soruyu cevaplandırmamıştır. Katılımcı ailelerin çoğunluğunda cezaevine giren birey bulunmazken az da olsa bir kısmında cezaevine giren birey bulunduğu saptanmıştır. Aile içerisinde cezaevine giren birey örneklerinin olması, çocuğu suça iten nedenler arasında gösterilmektedir (41, 192, 193).

5.4. Sağlık Tedbirine İlişkin Bulguların Tartışılması

Katılımcıların 39'u sağlık tedbiri uygulaması hakkında yeterince bilgilendirildiğini düşünürken, 76'sı yeterince bilgilendirilmediğini düşünmektedir. Katılımcıların 7'si sağlık tedbiri hakkında bilgilendirilme ile ilgili olan bu soruyu cevaplandırmamıştır. Katılımcıların hemen hemen üçte ikisi sağlık tedbiri hakkında yeterince bilgilendirilmediğini düşünürken, üçte biri bilgilendirildiğini düşünmektedir. Ailelerin hastaneye gelme amaçlarının ne olduğu ile ilgili bilgi verilmemesi, üzerinde durulması gereken bir konudur. Araştırmanın başka bir sonucu olan sağlık tedbirinin ne kendilerine ne de çocuklarına herhangi bir faydasının olmadığını düşünmeleri, ailelerin çocuk ruh sağlığı bölümüne neden zorunlu olarak getirildiklerini bilmemelerinin beklenebilecek bir sonucudur. Katılımcılardan sağlık tedbiri uygulaması hakkında yeterince bilgilendirildiklerini düşünenlerin 15'i danışmanlık tedbirini yürüten kişi tarafından bilgilendirildiğini, 11'i doktor tarafından bilgilendirildiğini, 9'u sağlık tedbirini yürüten kişi tarafından bilgilendirildiğini, 2'si sosyal hizmet kurumu tarafından bilgilendirildiğini, 1'i çocuk izlem merkezi tarafından bilgilendirildiğini ifade etmiştir. Katılımcıların 84'ü bu soruyu cevaplandırmamıştır. Cevaplamayan ailelerin büyük kısmının yeterince bilgilendirilmediğini düşünen ailelerden oluştuğunu söylemek mümkündür.

5.5. Hakkında Sağlık Tedbiri Uygulaması Olan Çocuklara Sağlık Tedbiri Uygulaması Başlatılma Nedenine, Çocukların Tanı/Tanılarına, Farklı Gelişimsel Özellikleri Olup Olmamasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Hakkında sağlık tedbiri uygulaması olan çocuklardan 79'una cinsel istismar, 17'sine ihmal, 7'sine fiziksel istismar, 6'sına boşanma sonrası destekleyici tedbir olarak, 3'üne madde kullanımı, 2'sine evden kaçma, 1'ine ilaç reddi, 1'ine obezite, 1'ine psikolojik istismar, 1'ine çevreye fiziksel zarar verme, 1' ine istismar şüphesiyle, 1' ine ebeveyn kaybı sonrası psikolojik destek alma sebepleriyle sağlık tedbiri uygulaması başlatılmıştır. Hakkında sağlık tedbiri uygulaması olan 2 çocuğun, hakkında neden sağlık tedbiri uygulaması başlatıldığı hastane sisteminde bulunamamıştır. Araştırma sonucunda çocuk ve ergenlere sağlık tedbiri uygulaması başlatılma sebeplerinin başında cinsel istismar gelmektedir. Katılımcı ailelerin üçte ikisine cinsel istismar sebebiyle sağlık tedbiri başlatıldığı saptanmıştır. Cinsel

istismar bildirimi sonrası çocuk veya ergen ifadesi alınmak üzere çoğunlukla Çocuk İzlem Merkezi'ne gelmekte, sonrasında çocuk veya ergen hakkında gerekli koruyucu ve destekleyici tedbir kararları başlatılmaktadır. Sağlık tedbiri bu kararlardan biridir, cinsel istismar sonrası ruh sağlığı yönünden desteklenmesi gereken çocuk ve ergenlere, çocuk ruh sağlığı polikliniğine düzenli olarak gelme şartıyla sağlık tedbiri başlatılmaktadır. Sağlık tedbirli çocuklarla yapılan başka bir çalışmada, neden sağlık tedbiri başlatıldığına bakıldığında, %20'si cinsel istismar, %21'i davranış bozukluğu, %13'ü bakım yetersizliği, %4'ü sınırda zeka ve travma sonrası stres bozukluğu(TSSB) ve %38'si ise diğer nedenlerden dolayı tedbir başlatıldığı belirlenmiştir (186). Bu çalışmada cinsel istismar sonrasında en fazla sağlık tedbiri başlatılma nedeninin ihmal olduğu belirlenmiştir.

Hakkında sağlık tedbiri uygulaması olan çocukların 18'i Genel Psikiyatrik Muayene, 11'i Travma Sonrası Stres Bozukluğu, 8'i Anksiyete Bozukluğu, 7'si Davranım Bozukluğu, 6'sı Hafif Depresif Nöbet, 6'sı Hafif MR, 4'ü DEHB, 4'ü Orta Depresif Nöbet, 4'ü Bipolar Duygulanım Bozukluğu, 3'ü Ağır MR, 3'ü Orta Depresif Nöbet, 2'si DEHB, Hafif MR, 2'si Hafif MR, Davranım Bozukluğu, 2'si TSSB, Depresyon, 2'si Depresyon, 2'si DEHB, Anksiyete Bozukluğu, 1'i Orta MR, 1'i Madde Kullanımı, 1'i Hafif MR, Madde Kullanımı, 1'i Şizofreni, 1'i TSSB, Davranım Bozukluğu, 1'i Hafif MR, Bipolar Duygulanım Bozukluğu, 1'i Hafif MR, Orta Depresif Nöbet, Anksiyete Bozukluğu, 1'i Ağır Depresyon, Bipolar Duygulanım Bozukluğu, 1'i Davranım Bozukluğu, Bipolar Duygulanım Bozukluğu, 1'i Depresyon, Davranım Bozukluğu, 1'i Depresif Epizod, Davranım Bozukluğu, Mental Bozukluk, 1'i TSSB, Anksiyete Bozukluğu, 1'i Genel Psikiyatrik Muayene, Hafif MR, 1'i Orta MR, Davranım Bozukluğu, 1'i TSSB, Bipolar Duygulanım Bozukluğu, 1'i Duygu Durum Bozukluğu, 1'i Organik Olmayan Enürezis, 1'i Organik Olmayan Enürezis, DEHB, 1'i DEHB, Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu, 1'i DEHB, Bipolar Duygulanım Bozukluğu, Davranım Bozukluğu, 1'i DEHB, Bipolar Duygulanım Bozukluğu, 1'i Karışık Obsesyonel Düşünceler ve Eylemler, 1'i Davranım Bozukluğu, Trikotillomani, 1'i Anksiyete Bozukluğu, Davranım Bozukluğu tanısıyla takip edilmektedir. Hakkında sağlık tedbiri uygulaması olan 14 çocuğun tanısı hastane sisteminde bulunamamıştır. Çocuk ve ergenlerin takip edildikleri tanılara bakıldığında en fazla Genel Psikiyatrik Muayene tanısıyla takip edildiği görülmektedir. Bu tanıyı Travma Sonrası Stres Bozukluğu

tanısı takip etmektedir. Devamında ise oldukça geniş bir yelpazede dağılan tanı/tanılar olduğu görülmektedir. Nasıroğlu sağlık tedbirli çocuk ve ergenlerle yaptığı çalışmasında %15'nde tanı olmadığı, %15'nde TSSB, % 17'sinde mental retardasyon ve %26.3'unda dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu(dehb), davranım bozukluğu ve %45'nde ise diğer tanıların saptandığı belirtmiştir (186). Literatürde cinsel istismara uğrayan çocuk ve ergenlerde ruhsal sorunlar görüldüğünü (121,129) ve en sık konulan tanının TSSB olduğu ifade edilmektedir (121, 130, 136, 143, 194, 195). Yine yapılan araştırmalarda cinsel istismar sonrası en sık konulan tanıların depresyon (131, 134, 135, 136, 195) ve yaygın anksiyete bozukluğu (131, 135, 195) olduğu belirtilmektedir.

Hakkında sağlık tedbiri uygulaması olan ve farklı gelişimsel özelliği olduğu öğrenilen çocukların 25'inin Hafif MR, 3'ünün Orta MR, 3'ünün Ağır MR, 2'sinin Özgül Öğrenme Güçlüğü, 2'sinin Üstün zekalı, 1'inin Otizm, 1'inin Hafif MR, Özgül Öğrenme Güçlüğü, 1'inin Tanımlanmamış Mental Bozukluk olduğu tanıları olduğu öğrenilmiştir. Çalışmadaki çocuk ve ergenlerinin 25'inin Hafif MR olduğu görülmektedir. Literatürde zihinsel engelli çocuk ve ergenlerin istismar yönünden daha fazla risk altında oldukları ifade edilmektedir (82, 121, 125, 147). Ayrıca zeka geriliği olan çocuklarda cinsel istismar sonrasında daha fazla psikiyatrik semptomlar görüldüğü saptanmıştır (121). Bunun nedenlerinden biri zeka geriliği olan çocukların istismar yaşantısını anlamlandırmada zorlanmalarıdır (145). Zihinsel engelli çocukların, gösterilen ilgi ve sevgiye olumlu karşılık vermeleri, yargılama ve değerlendirme yeteneklerinin yetersiz olması, iyi dokunma, kötü dokunma, özel bölgelerini bilmemeleri gibi sebeplerle cinsel içerikli yapılabilecek bir teklifi, dokunmayı, yakınlaşmayı, cinsel olarak istismar edilebileceklerini bilmeden kabul edebilirler (146).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu bölümde araştırmanın bulguları doğrultusunda elde edilen sonuçlar üzerinde durulmuş ve bu sonuçlara dayalı önerilerde bulunulmuştur.

Çalışmanın sonuçları özetle şu şekildedir. Çalışma grubundaki çocuk ve ergenlerin üçte ikisi kızlardan oluşmaktadır. Çoğunluğunun 17-18 yaş aralığında olduğu, 59 çocuğun parçalanmış aileye sahip oldukları, çoğunluğunun velayetinin annede olduğu, büyük kısmının okula devam ettiği, yine büyük kısmının okul devamsızlığı yapmadığı saptanmıştır. Çalışma grubundaki çocuk ve ergenlerin üçte ikisine yakın bir kısmı daha önce çocuk ve ergen psikiyatrisi kliniğine başvurmamıştır. Daha önce başvuran, takip ve tedavisi süren çocuk ve ergenlerin büyük kısmı 4 yıl ve daha üstü süre ile takip edilmektedir. Sağlık tedbiri kapsamında hastaneye geliş gidişleri yönünden, çocukların yarısı sayılabilecek kısmına ayda bir, yine yarısı sayılabilecek kısmına ise üç ayda bir hastane kontrollerine gelmeleri uygun görülmüştür. Çoğunluğu 1-2 yıl süre ile sağlık tedbiri uygulaması ile takip edilmektedir. Çocukların çoğunluğunun yalnızca sağlık tedbiri uygulaması varken, yine bir kısmının danışmanlık tedbiri uygulaması da vardır. Çocukların üçte ikisi daha önce kurum bakımından yararlanmamıştır. Çocukların çoğunluğu herhangi bir madde kullanmamaktadır. Ailelerin çoğunluğu sağlık tedbirinin çocukları için katkı ve/veya gelişim sağladığını düşünmemektedir, fakat azımsanamayacak bir kısmı da katkı ve/veya gelişim sağladığını düşünmektedir.

Katılımcıların çoğunluğu, sağlık tedbirli çocuğun annesidir. Çoğunluğun yaş grubu 41-50 yaş arasıdır, büyük kısmı ilkokul mezunudur, yine büyük kısmının eşi de ilkokul mezunudur. Ailelerin çoğu serbest meslek çalışanıdır, çoğunluğun gelir düzeyi 1000-2000 TL arasıdır, evlerinin mülkiyeti başkasına aittir, kirada oturmaktadır, üçte ikisi sosyal yardımlardan yararlanmamaktadır. Ailelerin en fazla ikamet ettikleri semtler sırasıyla Etimesgut, Yenimahalle ve Sincan'dır. Katılımcılar hastane kontrollerine düzenli gelmektedir. Ailelerin üçte ikisi çocuğunun hangi tanı ile takip edildiğini bilmemektedir. Ailelerin büyük kısmı iki çocuğa sahiptir, bunu az bir farkla üç çocuklu aileler takip etmektedir. Ebeveynlerin büyük kısmının ne kendisinin ne de eşlerinin psikiyatrik destek almadığı öğrenilmiştir. Sağlık tedbirli çocukların kardeşlerinin üçte birine yakın bir kısmı psikiyatrik destek alırken, büyük

kısmı psikiyatrik destek almamaktadır. Çoğunluk sağlık tedbirinin kendilerine katkı ve/veya gelişim sağladığını düşünmemektedir, yine azımsanamayacak bir kısım kendileri için katkı ve/veya gelişim sağladığını düşünmektedir. Bunun yanında sağlık tedbiri uygulaması hakkında yeterince bilgilendirilmediğini düşünen aile sayısı çoğunluktadır. Ailelerin büyük kısmında alkol, madde kullanan, kumar ve/veya şans/bahis oyunları oynayan, cezaevine giren birey bulunmamaktadır.

Hakkında sağlık tedbiri uygulaması bulunan çocukların üçte ikisine cinsel istismar sebebiyle sağlık tedbiri başlatılmıştır, bunu ihmal sebebiyle sağlık tedbiri uygulaması başlatılan çocuklar takip etmektedir. Çocukların oldukça geniş bir yelpazede dağılan tanıları olmakla birlikte, en fazla konulan tanılar sırasıyla Genel Psikiyatrik Muayene, Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Anksiyete Bozukluğu tanısıdır. Farklı gelişimsel özelliği olan çocukların ise, en fazla Hafif MR tanısı alan çocuklardan oluştuğu görülmüştür.

Ailelerin 56'sı sağlık tedbiri uygulamasının çocuklarına katkı ve/veya gelişim sağladığını düşünmekte iken, 62'si sağlık tedbiri uygulamasının çocuklarına katkı ve/veya gelişim sağladığını düşünmemektedir. Sağlık tedbirinden ailelerin beklentileri, sağlık tedbirinin amacı açıkça konuşulmalıdır. Ailelere sağlık tedbirinin eksik gördükleri yönleri sorulabilir, sağlık tedbirinin amacının aileleri zorla hastaneye getirmek olmadığı, devletin çocuklarını özellikle yakından izlemek istediği, çocukları için bu durumun negatif değil pozitif bir süreç olduğu, tedavinin aile için büyük kazanımları olabileceği anlatılmalıdır. Sağlık tedbirli ailelerle profesyonel ilişki kurarken soğuk ve tepeden bakan bir profesyonel olarak değil, ailenin yaşadığı zorlukları anlayan ve bunu aileye hissettiren bir biçimde yaklaşılması daha doğru olacaktır. Kurulan ilişkinin otoriter bir ilişki olmasından daha çok, dengeli ve aileyi dinleyen bir ilişki kurulduğunda ailelerin tedaviye katılımlarının ciddi anlamda arttığı gözlemlenmektedir.

Çocukların içinde bulunduğu fiziksel, ekonomik ve sosyal koşullar onların refahı üzerinde güçlü bir etkiye sahiptir. BM Çocuk Haklarına Dair Sözleşme, çocuğa yönelik saygıyı temel almaktadır. Çocuk alanında çalışan sağlık çalışanları, çocukların yalnızca hastalığını tedavi etmenin ötesinde, onların en iyi sağlık durumuna kavuşmaları için çocuk hakları perspektifiyle yaklaşarak çocuklar için rol almalıdırlar (14). Çocuk Hakları Sözleşmesi'nde de belirtildiği gibi, devlet çocuğu

gerektiğinde anne babası ya da bakım ve gözetimini yapan başka kişiler de dahil olmak üzere her türlü ihmal ve istismardan korumalı, risk altında bulunan çocuklar için önleyici programlar, politikalar geliştirmeli, ihmal ve istismar mağduru çocuklar için ise tedavi planları geliştirmelidir.

Çocuk ihmal ve istismarı konusunda, koruyucu bir ortamın oluşturulmasına ilişkin sorumlulukların en önemli bölümü devlete ait olmakla birlikte, toplum üyelerinin de görevleri vardır. Toplumun bütün üyeleri, çocukların şiddetten, istismardan ve sömürüden korunması için sorumluluk bilincinde olmalıdır. Bu ortamı oluşturmada temel öğe sorumluluktur, bu anlamda politikaların önleyici ve koruyucu nitelikte oluşturulması ve stratejilerin geliştirilmesi, uygulamaların toplumun tüm öğelerini kapsayacak şekilde planlanması, çocukların her türlü ihmal ve istismardan korunması için koruyucu ortam oluşturulmasında kritik değerdedir (196, 4).

Aile refahını hedefleyen sosyal devlet politikaları üretilirken, aile içi şiddetten en fazla etkilenenlerin bilimsel çalışmalarla da kanıtlanmış olan kadınlara ve çocuklara öncelik verilmesi, şiddetin kadınlar ve çocuklar üzerindeki olumsuz etkilerini azaltıcı uygulamalara gidilmelidir. Öncelikle, şiddeti önleme hedefiyle, anne babalığa aday eşlerden başlayarak şiddet ile ilgili bilinçlendirici, farkındalık artırıcı eğitim programları geliştirilmelidir. Sosyal hizmetler, eğitim kurumları ve gönüllü kuruluşların katılımıyla koordineli bir çalışma yürütülebilir. Eğitim programlarının içeriği, aile içerisinde çocuğun şiddete uğramasına sebep olabilecek olumsuz anne baba tutumları, çocuk gelişimi, çocuğa yaklaşım konusunda ebeveynleri bilinçlendirici, olumsuz tutum ve davranışları iyileştirici nitelikte olmalıdır (28, 197). Ayrıca bu programlar yaş gruplarına(çocuk veya erişkin), gruplara ulaşma durumlarına(okul, işyeri), bireysel gereksinimlerine(travma yaşantısı, yetersiz ebeveynlik bilgisi, iletişim problemleri, öfke yönetimi gibi) göre planlanmalıdır (97). İstismarı önlemede 8-10 ve 10-12 yaş grubu çocuk ve ebeveynlerle yapılan çalışmalarda bilgilendirmenin etkili olduğu görülmüştür (100, 101). Danışmanlık yapılması gereken ailelere, olumsuz tutum ve davranışları değiştirme odaklı, pratik önerileri de içeren kısa ve yoğun programlar planlanabilir. Kriz ve aile içi problemleri olan ailelerin başvurabileceği aile danışma merkezleri açılmalı ve işlevsel hale getirilmelidir. Sözü edilen bu görevler devlet tarafından gerçekleştirilebileceği gibi sivil toplum kuruluşlarınca da yürütülebilir.

Şiddet olaylarının erken dönemde teşhisi ve gerekli müdahalelerin zamanında yapılması, madde bağımlılığı, çocuk suçluluğu, çocuk pornografisi, çocuğun cinsel sömürüsü gibi genellikle çocuğa yönelik şiddetten kaynaklanan birçok sorundan da uzak tutabilir. Şiddetin erken dönemde teşhisi çocukların sağlıklı bireyler olarak yetişmesinde son derece önemlidir (28). Son dönemlerde yapılan araştırmalar daha çok koruyucu etkenleri saptamaya çalışmaktadır (189). Aslında önleyici çalışmalar her zaman müdahale edici çalışmalardan daha etkili ve her anlamda daha ekonomiktir.

En önemli önleyici çalışmalardan biri ergenlerle çalışan profesyonellerin, cinsel istismar ve bunun hukuki sonuçları konusunda bilgilendirme yapmalarıdır (185). Yine yapılması gerekenlere bakıldığında, televizyon, radyo, gazete gibi kitle iletişim araçlarından faydalanarak ailelerin, toplumun farkındalığı artırılabilir, konuya dikkat çekilebilir, doğru bilgilendirmeler yapılabilir. Çocuğa yönelik ihmal ve istismar konularında duyarlılığın gelişmesi ve artması için bu konuların gündemde tutulması sağlanmalıdır.

Toplumsal koruyucu etkenler arasında, yasa dışı maddelerle ilgili yasal düzenlemenin yapılması, adaletsiz gelir dağılımının önlenmesi, ergenler için boş zaman aktiviteleri, hobiler edinebilecekleri, spor yapabilecekleri yerlerin artırılması ve işlevselleştirilmesi, kreşlerin artırılması sayılabilir (189).

Sağlık çalışanlarının temel görevi hastanın yüksek yararıdır, zorunlu bildirim sağlık çalışanları için zaman zaman bir problem olsa da, bir cinsel istismar şüphesi varlığında mutlaka ihbar yükümlülüğü yerine getirilmelidir. Çocuk ve ruh sağlığı alanında çalışan profesyonellerin cinsel istismara bağlı risk etmenlerini ve psikiyatrik bozuklukları göz önünde tutmalı, cinsel istismarın önemli bir toplumsal sorun olduğunu unutmamalı, istismar mağduru çocuk ve ergenleri yakın ve uzun dönem takip etmeleri gerekmektedir. Doğru olan yaklaşım Doğru olan yaklaşım sosyal hizmet uzmanı, psikolog, çocuk gelişimci, psikiyatrist, kadın doğum ve enfeksiyon doktoru ve diğer profesyonellerin de içinde yer aldığı multidisipliner yaklaşımdır. Ayrıca kurumlar arası koordinasyonun sağlanması, sosyal hizmet kurumlarının ve çocuk bakımevlerinin geliştirilmesi gerekmektedir (150, 149, 198, 165).

Aslında çocuğun ihmal veya istismar durumunda bunu ilk fark edebilecek kişiler öğretmenlerdir. Çünkü çocuk zamanının büyük bir kısmını okulda geçirir. Dolayısıyla çocuğun davranışlarını en uzun süre gözlemleyebilen kişiler öğretmenleridir. Bu nedenlerle yapılması gerekenler arasında okullarda "Hizmet içi Eğitim Seminerleri" verilmesi de vardır. Bu eğitimlerde travma belirtileri, işaretleri, ihmal ve istismarın çocuklar üzerindeki yıkıcı etkileri, göz ardı edilmemesi gerektiği, eğitimcilerin bu konudaki önemi gibi konular üzerinde durulmalıdır. Hatta bu eğitimler eğitim fakültesinde eğitim görevler için müfredata eklenmelidir. Bunun yanında öğretmenler herhangi bir ihmal istismar şüphesi durumunda rehber öğretmenlerle iletişime geçmelidir. Rehber öğretmenler okuldaki risk grubu çocukları belirleyebilir, daha önce tespit edebilirler. Ebeveynlere çocuk yetiştirme, çocuk hakları, disiplin yöntemleri gibi konularda eğitimler verebilir, ev ziyaretleri düzenleyebilirler (102).

Sağlık tedbiri kapsamında takip edilen çocuk ve ergenlerle doğrudan ya da dolaylı olarak çalışırken ihmal, istismar ve bunlara bağlı olarak eş zamanlı gelişebilen madde kullanımının çok boyutlu yönleriyle ele alınması gerekmektedir. Madde bağımlılığı tedavisinde sosyal çevre boyutunun eklenmesi gerekir. Sosyal hizmet uzmanlarının oldukça geniş biçimde yayılan rolleri ve işlevleri, sosyal çevre boyutuna ilişkin yapacağı profesyonel çalışmalar madde bağımlılığı tedavisi için ihtiyaç duyulan bir eksikliktir (34).

Bağımlılık bireylerin tek başına üstesinden gelebilecekleri bir süreç gibi görülse de aslında bağımlılık temelde bir hastalıktır. Bağımlılığa daha yakından baktığımızda, tercih edilen maddenin kişinin kişilik özelliklerine, yetiştirildiği çevreye göre değişebilmektedir. Örneğin anne ya da babanın sigara bağımlısı olması çocuklarının sigaraya genetik olarak da daha yakın olmasına zemin hazırlamaktadır. Sigara yaygınlığı sebebiyle masum gibi görünse de daha sert maddelere "geçiş maddesi" niteliğindedir. Madde kullanan çoğu kişi sigara bağımlısıdır. Bu yüzden madde bağımlılığının önlenmesi programlarında sigaranın özellikle üzerinde durulması gerekmektedir. Sigarayla mücadele programları artırılmalıdır. Kitle iletişim araçlarıyla "bağımlılıkla mücadele" konusu, bireylerin hangi kurumlardan ücretsiz şekilde yardım alabilecekleri vurgulanmalıdır (199).

Madde bağımlılığı ile mücadelede, birey maddeye başladıktan sonraki rehabilitasyon ve tedavi süreci oldukça maliyetli ve ekip gerektiren bir süreç olarak karşımıza çıkmaktadır. Buna karşın bağımlılık gelişmeden, madde ile tanışmadan risk gruplarını belirlemek ve önleyici çalışmalar yapmak halk sağlığı açısından daha ekonomik ve avantajlıdır (200). Madde kullanımı olan ergenlerin madde kullanımından sonra düşük akademik başarı ve sonrasında okul terki, suça karışma, evden kaçma gibi davranış problemleri geliştirdikleri görülmektedir. Planlanan tedavide yalnızca madde kullanan bireyi içeren dar bir çembere odaklanmak kısa vadede çözüm gibi görünse de uzun vadede ergenin tekrar madde kullanmaya eğilim göstermesine neden olacaktır. Dolayısıyla bireyin ailesini, sosyal çevresini ve ait olduğu diğer sosyal, ekonomik ve yasal sistemleri de içeren bir müdahale planı belirlemek daha etkili ve akıllıca olacaktır.

Madde kullanımında aile içi faktörlere bakıldığında; aile bütünlüğünün bozulması gibi aile yapısında meydana gelen değişimler, aile üyelerinde madde kullanım öyküsünün bulunması, olumsuz iletişim tarzları, aile üyeleri arasındaki ittifaklar madde kullanımında etkili olabilmektedir (201). Ailelerle çalışırken aileler madde kullanımı hakkında bilgilendirilmeli, psikoeğitimlerle madde kullanımının erken dönem belirtilerinden bahsedilmelidir(ergenin uykulu, yorgun görünmesi, dalgın olması, daha fazla para harcaması, evde her zamankinden daha az vakit geçirmesi, kilo kaybı, daha sinirli olması, yeni arkadaş çevresi edinmesi, aşırı terleme, peltek konuşma, ellerde titreme gibi). Böylelikle aileler ve çocuğun çevresindeki diğer kişiler erken dönemde durumu fark edebilir, gerekli tedavi ve rehabilitasyona vakit kaybetmeden başlayabilirler. Yine ailelerle çalışırken ergenle iletişimin önemi üzerinde durulmalı; ergeni aktif dinlemenin önemi, konuşurken yargılamamak, tehdit etmemek ve nasihat dilinden kaçınmak gerektiği anlatılmalıdır (199, 202).

Ailelere madde kullanım şüphesi olan veya kullanmaya yeni başladığı anlaşılan bir ergenle iletişim kurarken, ebeveynin kendini hazır hissettiği, ergen için de uygun olan bir zamanda, çocuğa kendisini nasıl hissettiği sorularak iletişime başlanabileceği, madde kullanımını bir kere denediği öğrenilen ergenle durumu trajik hale getirmeden dinlenilmesi ve tehlikelerinden bahsedilmesi gerektiği, tüm bunları

yaparken gencin madde etkisi altında olmadığından emin olunmaları gerektiği açıklanmalıdır (199).

Ergenlerin gelecekle ilgili olumlu planlarının olması, umutlu olmaları madde kullanımından uzak durmaları adına önem taşımaktadır. Yapılan araştırmalarda umutsuzluk ile madde kullanımı eğilimi arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür (203). Bu anlamda ergenlerin boş zaman aktivitelerine yönlendirilmesi her anlamda koruyucu faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Madde kullanımı olan ergenler için hobi ve aktivite planlamaları yapılırken özellikle adrenalin seviyesini artıran, uyuşturucu ile aynı etkiyi yaratan aktivitelere yönlendirilmeleri faydalı olabilmektedir. Bunun yanında ergenlerin içinde bulundukları dönemin özelliklerinden olan akranlarının tekliflerini reddedememe durumlarına karşı "Hayır Diyebilme" ve grup baskısına karşı koyabilme, bağımsız karar verebilme yeteneklerini geliştirici görüşmeler ve grup çalışmaları yapılabilir. Madde kullanımının zararlarıyla ilgili bilgilendirme yapılırken, ergenlerin fiziksel zararlar içerisinde en çok cinsel işlevlerdeki zararlara daha duyarlı oldukları göz önünde bulundurulduğunda cinsel zararlara özellikle vurgu yapılabilir (199, 203).

Okullarda çocuk ve ergenlere sigara ve madde kullanımının zararları anlatılmalı, okul çevresinde satıcıların tespit edilmesi durumunda okul yönetimi polis ile işbirliği yapmalı, okul çevresi steril hale getirilmelidir. Çünkü bilinmektedir ki kolay erişilebilirlik madde bağımlılığı riskini artırmaktadır (199).

7. KAYNAKLAR

1. Franklin B. *The Rights of Children,* Çeviri: A Türker. *Çocuk Hakları*, İstanbul, Ayrıntı Yayınları, 1993:24-25.
2. Başkan TM. Adli Tıbbi ve Hukuki Açıdan Çocuk İstismarı ve İhmali Olgularında Velayet Hakkına Müdahale, Adli Tıp Enstitüsü, Sosyal Bilimler Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 1994.
3. Akyüz E. *Ulusal ve Uluslararası Hukukta Çocuğun Haklarının ve Güvenliğinin Korunması,* Ankara, Milli Eğitim Basımevi, 2000.
4. Uğurlu Z, Gülsen İA. Çocuk hakları ve hukuki bağlamda çocuğun ihmal ve istismardan korunması, *Uluslararası Sosyal ve Eğitim Bilimleri Dergisi,* 2014, 1(1):1-24.
5. Hetherington R. Learning from difference: Comparing Child Welfare Systems. In: *Towars Positive Systems of Child and Family Welfare İnternational Comparisons of Child Protection. Family Servise and Community Caring Systems*. Toronto: University of Toronto Press. 2006:28.
6. Şenocak H. Korunmaya muhtaç çocuklara sağlanan bakım yöntemleri, *Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi*, 2006, 5:176-228.
7. Abram KM, Choe JY, Washburn JJ, Teplin LA, King DC, Dulcan MK. Suicidal ideation and behaviors among youths in juvenile detention, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2008, 47:291-300.
8. Yolcuoğlu İG. Türkiye'de çocuk koruma sisteminin genel olarak değerlendirilmesi, *Aile ve Toplum Dergisi*, 2009, 5(18):43-57.
9. Yolcuoğlu İG. Çocukların ihmal-istismara uğramasında aile ve çocuklara yönelik risk faktörleri ve sosyal hizmet müdahalesi, *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 2010, 21(1):73-83.
10. Aldemir V. Çocuk Koruma Kanununun Sosyal Hizmetler Ve Çocuk Esirgeme Kurumunda Uygulanmasına İlişkin Bir Değerlendirme, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Ankara: Hacettepe üniversitesi, 2011.

11. Kaplan M. *Türk Edebiyatı Üzerine Araştırmalar*, İstanbul, Dergâh Yayınları, 1985:14.

12. Kars Ö. *Çocuk İstismarı: Nedenleri ve Sonuçları*, Ankara, Bizim Büro Basımevi, 1996.

13. Yolga-Tahiroğlu A, Bahalı K, Avcı A, Seydaoğlu G. Çocuk psikiyatri olgularında aile içi şiddet öyküsünün sorgulanması**,** *Anadolu Psikiyatri Dergisi,* 2009, 10(1):71-76.

14. Örün ET, Tatlı MT. Birleşmiş milletler çocuk hakları sözleşmesi'ne göre türk çocuklarının sağlık ve sosyal hakları açısından durumu, *Yeni Tıp Dergisi*, 2012, 29(3):132.

15. Yörükoğlu A. *Değişen Toplumda Aile ve Çocuk,* Ankara, Aydın Kitabevi Yayınları, 1984:14-15.

16. Acar H, Kırımsoy E, Koman E. ve Koman, E. *Türkiye'de Ulusal Çocuk Politikası Oluşturulması için "Perspektif, Öncelikli Sorun Alanları ve Öneriler" Raporu.* Gündem Çocuk Derneği, 2015:3.

17. Tolfree D. R*estoring Playfulness, Different Approaches to Assisting Children Who are Psychologically Affected by War or Displacement, Rädda Barnen Swedish Save the Children,* Stockholm, 1996:6.

18. Sayıta SU. *Çocuk Hakları,* İstanbul, YKY Yayınları, 2000:373.

19. Ekici FY. Geçmişten günümüze çocukların korunmasına yönelik uygulamalar üzerine bir inceleme, *Türk & İslam Dünyası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 2015, 2(4): 44-66.

20. Aral N, Gürsoy F. Çocuk hakları çerçevesinde çocuk ihmal ve istismarı, *Milli Eğitim Dergisi,* 2001, 151:36-39.

21. Erbay ET. Türkiye'de çocuk haklarını tanıtma, yaygınlaştırma ve izlemeye yönelik uygulamaların eleştirel analizi ve bir model önerisi, *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 2012, 23(2):47.

22. Savaşer S, Görak G, Kavaklı A, Balcı S. *Çocukların Haklarını Bilme ve Bu Haklardan Yararlanma Durumu,* 1. İstanbul Çocuk Araştırmalar Kitabı**,** İstanbul, İstanbul Çocukları Vakfı Yayınları, 1999:11-24.

23. Seyitoğlu M. İnsan Hakları Perspektifinden Çocuk Refahı Alanındaki Sosyal Hizmet Uygulamalarında Değerlendirme Sorunu, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İnsan Hakları Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, İstanbul: Maltepe Üniversitesi, 2016.

24. Akarslan M. *Ana Hatlarıyla Çocuk Hakları ve Çocuk Hakları Mevzuatı***,** İstanbul, Alfa/Aktüel Kitabevleri, 1998:38-39.

25. Unicef. Çocuk Refahı Belgesi, Kalkınma Bakanlığı ve UNICEF Türkiye Temsilciliği, 2013: 10.

26. Can M, Tırtıl L, Dokgöz H. Çocuk istismarı olgularında hekim sorumluluğu, *Klinik Gelişim Dergisi,* 2009:89-93.

27. Shireman J. *Critical Issues in Child Welfare*. New York, Columbia University Press, 2003:205.

28. Ayan S. Aile İçinde Çocuğa Yönelik Şiddet(Sivas İlköğretim İkinci Kademe Öğrencileri Üzerine Bir İnceleme), Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyoloji Anabilim Dalı, Doktora tezi, Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi, 2007.

29. Akço S, Aksel Ş, Arman AR, Beyazova U, Dağlı T. *Çocuk istismarı ve ihmali uygulama kitabı*, İstanbul, Adli Tıp Kurumu-UNICEF, 2003.

30. Topaloğlu M. Türk Hukukunda Çocuklara Özgü Güvenlik Tedbirleri, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Hukuk Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2008.

31. Çocuk Koruma Kanunu, T. C. Resmi Gazete, sayı: 25876, 15 Temmuz 2005.

32. Karakuş Ö. Tekin HH. Çocuk koruma kanunu uyarınca haklarında danışmanlık tedbiri uygulanan çocukların özellikleri(Konya örneği), *Sosyal Politika Çalışmaları,* 2012, 7(29):29-44**.**

33. Erdal L. Türkiye'de sosyal politika ve koruyucu aile hizmet modeli, *Sosyoekonomi Dergisi,* 2014, 22:171-192.

34. Polat G. Madde bağımlılığı tedavisinde sosyal hizmet mesleği, *Okmeydanı Tıp Dergisi,* 2014, 30(2):143-148.

35. Browne TA. Social work roles in health-care settings. In: Gehlert S, Browne TA (eds). *Handbook of Health Social Work.* USA, John Wiley & Sons, 2006: 20-40.

36. Miley KK, O'Melia M, Dubois BL. *Generalist Social Work Practice- An Empowering Approach,* UK, Allyn and Bacon, 1998:31-32.

37. Yazıcı ET. Türkiye'de çocuk koruma sistemi ve koruyucu aile bakım yönteminde yeni yaklaşımlar, *Çankırı Karatekin Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi,* 2014, 4(2):247.

38. Yolcuoğlu İG. Sosyal çalışmada gereksinim kavramı ve çocuk refahı sisteminde gereksinim temelli politikalar, *Aile ve Toplum Dergisi*, 2010, 6(23):47-56.

39. Uluğtekin S. *Çocuk Mahkemeleri ve Sosyal İnceleme Raporları*, 2. Baskı, Ankara, Türkiye Barolar Birliği Yayınları, 2004: 89-92.

40. Munford R, Sanders J. Working with families: strengthsbased approaches. In: Nash M, Munford D (eds). *Social Work Theories in Action*. London, Jessica Kingsley Publishers, 2005:161.

41. Nadir UT. Suça yönelen çocuk ve ailesi ile çalışma: ekolojik sistem perspektifi çerçevesinde örnek bir vaka sunumu, *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 2011, 22(1):165-174.

42. Öztürk AB. Çocuğun cinsel istismarı ve aileyle çalışma, *Toplum Ve Sosyal Hizmet*, 2009, 20(2):89-98.

43. Jenson J, Fraser MW. *Social Policy for Children ve Families: A Risk And Resilience Perspective,* Sage Publications, California, 2006:31-32.

44. Timmer SG, Ware LM, Urquiza AJ, Zebell NM. The effectiveness of parent–child interaction therapy for victims of interparental violence. *Violence Vict,* 2010, 25:486-503.

45. Corby B. *Child sexual abuse: what goverments do?* ICDI, Çeviri: Kaynak H. *İngiltere'de çocuk cinsel istismarı politikası*, *TBB Dergisi*, 2004, 51:243-253.

46. Cameron G, Freymond N. *Understanding International Comparisons of Child Protection, Family Service and Community Caring Systems of Child and Family Welfare. Towards Positive Systems of Child and Family Welfare International*

Comparisons of Child Protection. Family Service and Community Caring Systems. Toronto, University of Toronto Press, 2006:3-6.

47. Karataş K. Türkiye'de çocuk koruma sistemi ve koruyucu aile uygulamaları üzerine bir değerlendirme, *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 2007, 18(2):7-19.
48. Vis SA, Holtan A, Thomas N. *Obstacles for Child Participation in Care and Protection Cases—Why Norwegian social workers find it difficult*, Child Abuse Review, 2012, 21:7-23.
49. Tümkaya S. Ailesi yanında ve yetiştirme yurdunda kalan ergenlerin umutsuzluk düzeylerinin karşılaştırılması. *Türk Eğitim Bilimleri Dergisi,* 2005, 3(4):445-459.
50. Taştekil S. Korunmaya muhtaç çocuklara yönelik bakım yöntemleri, *Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 1992, 7(1):312-327.
51. Yazıcı ET. Korunmaya muhtaç çocuklar ve çocuk evleri, *Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2012, 9(18):499.
52. Polat O. *Tüm Boyutlarıyla Çocuk İstismarı-2 Önleme ve Rehabilitasyon*, Ankara, Seçkin Yayıncılık, 2007:311-312.
53. WHO (2014). Child Maltreatment.

    http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/en/ 13 Kasım 2016.
54. Polat O. *Tüm Boyutlarıyla Çocuk İstismarı*, Ankara, Seçkin Yayıncılık, 2007.
55. Zeytinoğlu S. *Sağlık, sosyal hizmet ve hukuk alanlarında çalışanların Türkiye'de çocuk istismarı ve ihmali sorunu ile ilgili görüşleri. Çocuk İstismarı ve İhmali,* Ankara, Gözde Repro Ofset, 1991:147-161.
56. Polat O. *Cinsel istismar. Çocuk ve Şiddet*, İstanbul, Der Yayınları, 2001:207-314.
57. Holden GW. Children exposed to domestic violence and child abuse: terminology and taxonomy, *Clin Child Fam Psychol Rev*, 2003, 6:151-160.
58. Ünal F. Ailede çocuk istismarı ve ihmali, *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 2008, 12:9-18.

59. Nesmith A. Parent–child visits in foster care: reaching shared goals and expectations to better prepare children and parents for visits. *Child Adolesc Social Work J*, 2013, 30:237-55.

60. Finkelhor D, Turner HA, Shattuck A, Hamby SL. Prevalence of childhood exposure to violence, crime, and abuse: results from the National Survey of Children's Exposure to Violence, *JAMA Pediatrics*, 2015, 169:746-54.

61. Bulut I. *Genç anne ve çocuk istismarı.* Ankara: Bizim Büro, 1996.

62. Osofsky JD. Community outreach for chıldren exposed to violence, *Infant Mental Health Journal*, 2004, 5:478-487.

63. Özcan MC. İstismar ve İhmalin Çocuklar Üzerindeki Fiziksel ve Psikolojik Etkilerinin İncelenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2010.

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

65. Yavuzer H. *Çocuk Psikolojisi*. İstanbul, Remzi Kitabevi, 2002:234-247.

66. Skinner D, Tsheko N, Mtero MS, Segwabe M, Chibatamoto P, Mfecane S, Chitiyo G. Towards a definition of orphaned and vulnerable children, *AIDS And Behavior*, 2006, (6):619-626.

67. Frias-Armenta M. Long-term effects of child punishment on Mexican women: a structural model, *Child Abuse and Neglect*, 2002, 26:371–386.

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

69. Osofsky JD. Developing Strategies to Deal with Trauma in Children. In: Donnelly J, Kovacova A, Osofsky H, Ososfsky J, Paskell C, Pickartz JS (eds). *The role of non-mental-health professionals-the professional view point: the effects of exposureto violence on children of different ages: prevention and ıntervention–effective collaboration with police and court*, Amsterdam, IOS Press, 2005:77-88.

70. Osofsky JD. Children who witness domestic violence: the invisible victims, *Soc Policy Rep,* 1995, 9(3):1-16.

71. Zoroğlu SS, Tüzün Ü, Şar V, Kora M, Eröcel M, Alyanak B. Probable results of childhood abuse and neglect, *Anadolu Psikiyatri Dergisi,* 2001, 2:69-78.

72. Alikaşifoğlu M, Erginoz E, Ercan O, Kaymak DA, Uysal O, Ilter O. Sexual abuse among female high school students in Istanbul, Turkey, *Child Abuse Negl,* 2006, 30:247-255.

73. Barran D. Effective help for children exposed to domestic abuse, *J Fam Health Care*, 2014, 24:10-12.

74. Nicolson P, Wilson R. Is domestic violence a gender ıssue? views from a british city, *Journal of Community Appl. Soc. Psychol,* 2003, 14:266-283.

75. Kaplan S, Pelcovitz D, Labruna V. Child and adolescent abuse and neglect research: a review of the past 10 years, Part I: Physical and emotional abuse and neglect, *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry,* 1999, 38(10):1214-22.

76. Straus MA, Gelles RJ, Steinmetz S. *Behind Closed Doors: Violence in American Families,* Garden City, New York, Doubleday/Anchor Press,1980.

77. Erkan G. *Korunmaya Muhtaç Çocuklar: Çocuk Yuvalarında Bir Araştırma*, 1. Baskı, Ankara, 1995.

78. Özdemir U, Laçin TY, Saruç S, Kılıç AK. Boşanmış bireylerin boşanmaya uyum düzeylerinin değerlendirilmesi, Küreselleşen Dünyada; Sosyal Hizmetlerin Konumu, Hedefleri ve Geleceği Sempozyumu, Antalya, *Sempozyum Sunum Kitabı,* 2006: 292-302.

79. Acar İ. Tek Ebeveynli Ailelerde Psikolojik Tepkiler ile Psikolojik Destek Almanın Klinik Sosyal Hizmet Açısından Analizi: Yalova Örneği, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyal Hizmetler Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Yalova: Yalova Üniversitesi, 2013.

80. Kırbaş Ş, Taşmektepligil Y, Üstün A. Ortaöğretimde gençleri şiddete yönelten nedenler ve şiddeti engellemede spor aktivitelerinin rolünün incelenmesi Amasya ili örneği, *Spormetre Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi,* 2007, 5:177-185.

81. İbiloğlu AO. Aile içi şiddet, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar,* 2012, 4(2):204-222.

82. Horton CB, Cruise TK. *Child Abuse and Neglect. The School's Response*. New York, The Guilford Press, 2001.

83. Mian M. World report on vıolence and health: what ıt means for children and pediatricians, *The Journal of Pediatrics*, 2005, 145:14-19.

84. Deveci E, Açık Y. İlköğretim öğrencilerinin babaları tarafından annelerine uygulanan fiziksel şiddet durumu, *Fırat Tıp Dergisi***,** 2002, 7(4):847-851.

85. Küçüker H. Zonguldak'ta sulh hukuk mahkemelerine yansıyan kadına yönelik aile içi şiddet olgularının incelenmesi, *Adli Tıp Dergisi*, 2002, 16:40-45.

86. Örsel S, Karadağ H, Kahiroğlulları AK, Aktaş EA. Psikiyatri hastalarında çocukluk çağı travmalarının sıklığı ve psikopatoloji ile ilişkisi, *Anatolian Journal of Psychiatry*, 2011, 12:130-136.

87. Kocaer Ü. Hekim ve Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmaline Yönelik Farkındalık Düzeyleri, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2006.

88. UNICEF. Behind The Closed Doors: The Impact of Domestic Violenece on Children. 2006, New York, UNICEF.

89. Brenner V, Fox RA. Parental discipline and behavior problems in young children, *J Gen Psychol,* 1998, 158:251-256.

90. Pratt HD, Patel DR, Greydanus DE. Adolescent sexual offenders: Issues for pediatricians, *Int Pediatrics*, 2001, 16:1-8.

91. Karadağ G. Aile içi şiddet ve çocuğa yansımaları, *J Public Health Nurs-Special Topics,* 2015, 1(2):37-41.

92. Kitzmann KM, Gaylord NK, Holt AR, Kenny ED. Child witnesses to domestic violence: a meta-analytic review, *J Consult Clin Psychol*, 2003, 71:339-352.

93. Lök N, Başoğul C, Öncel S. Aile içi şiddetin çocuk üzerindeki etkileri ve psikososyal desteğin önemi, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar,* 2016, 8(2):155-161.

94. Salzinger S, Feldman T, Hood J. An ecological framework for understanding risk forexposure to community violence and the effects of exposure on children and adolescents, *Aggress Violent Beh,* 2002, 7:423-451.

95. Vahip I. Evdeki şiddet ve gelişimsel boyutu: Farklı bir açıdan bakış, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2000, 13(4):312-319.

96. Ovacık AC. Aile İçi Şiddetin Erkek Çocuğun Şiddet İçeren Suç İşleme Davranışına Etkileri, Adli Tıp Enstitüsü, Sosyal Bilimler Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2008.

97. Başoğul C, Lök N, Öncel S. Çocukların aile içi şiddetten korunmasında ailelere yönelik girişimler, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar,* 2017, 9(2):123-135.

98. Chaffin M, Bonner BL, Hill RF. Family preservation and family support programs: child maltreatment outcomes across client risk levels and program types, *Child Abuse Negl,* 2001, 25:1269-1289.

99. Rizo CF, Macy RJ, Ermentrout DM, Johns NB. A review of family interventions for intimate partner violence with a child focus or child component. *Aggress Violent Behav*, 2011, 16:141-166.

100. Akgiray A. Çocuk İstismarı: 8-10 Yaş Çocuklarda İstismarı Önleme Yöntemleri, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Dönem Projesi, Ankara: Ankara Üniversitesi, 2007.

101. Adalı N. 10-12 Yaş Grubu Çocuk İstismarı Ebeveyn ve Çocuk Bilgilendirme Çalışması, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi, 2002.

102. Pelendecioğlu BT, Bulut ST. Çocuğa yönelik aile içi fiziksel istismar, *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi,* 2009, 9(1):48.

103. Acehan S, Bilen A, Ay MO, Gülen M, Avcı A, İçme F. Çocuk istismarı ve ihmalinin değerlendirilmesi, *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 2013, 22(4):591-614.

104. Reece RM. *Child Maltreatment*. New York, Mosby, 1997.

105. Şahiner MÜ, Yurdakök K, Kavak SU, Çetin İ. Tıbbi açıdan çocuk istismarı, *Katkı Pediatri Dergisi*, 2001, 22: 276–285.

106. Livingston R. Sexually and physically abused children, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry,* 1987, 26:413-415.

107. Lewis DO. From abuse to violence: psychophysiological consequences of maltreatment, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr,* 1992, 31:383-91.

108. Tackett KK. The health effects of child abuse: four pathways by which abuse can influence health, *Child Abuse Negl,* 2002, 26:715-29.

109. İşeri E. Cinsel istismar. İçinde: FC Çetin, B Pehlivantürk, F Ünal, R Uslu, E İşeri, T Türkbay ve ark. (editörler). *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı*, 1. Baskı. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2008:470-477.

110. Dönmez YE, Soylu N. Özcan ÖÖ, Yüksel T, Demir AÇ, Bayhan PÇ, Miniksar DY. Cinsel istismar mağduru çocuk ve ergen olgularımızın sosyodemografik ve klinik özellikleri, *Journal of Turgut Ozal Medical Center*, 2014, 21(1):44-48.

111. Johnson CF. Child sexual abuse, *Lancet.* 2004, 364:462-470.

112. Sobsey D, Randall W, Parrila RK. Gender differences in abused children with and without disabilities, *Child Abuse Negl,* 1997, 21:707-20.

113. Özen NE, Şener Ş. Çocuk ve ergende cinsel istismar, *Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları*, 1997, 2:473-491.

114. Corby B. The role of child care social work in supporting families with children in need and providing protective services - past, present and future, *Child Abuse Review Vol*, 2006, 15: 159–177.

115. Aktepe E. Çocukluk çağı cinsel istismarı, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar,* 2009, 1(2):95-119.

116. Fırat S. İstismara ve İhmale Uğramış Çocukların Tedavi ve Rehabilitasyonu: Bir Yataklı Merkez Modeli, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adli Tıp Anabilim Dalı, Doktora tezi, Adana: Çukurova Üniversitesi, 2007.

117. Gültekin G, Ruban C, Akduman B, Korkusuz İ. Çocuk ve cinsel istismar, *Adli Psikiyatri Dergisi,* 2006, 3:9-14.

118. Göker Z, Aktepe E, Tural Hesapcıoğlu S, Kandil S. Referral types of sexually abused children and their clinic an sociodemographic features, *S.D.Ü. Tıp Fak Dergisi*, 2010, 17:15-21.

119. Johann FK, Christian T, Verena G, Wilfried B. Family background and sexual abuse associated with eating disorders, *Am J Psychiatry,* 1994, 151:1127- 1131.

120. Murray JB. Psychological profile of pedophiles and child molesters, *J Psychol,* 2000, 134:211-224.

121. Soylu N, Pilan BŞ, Ayaz M, Sönmez S. Cinsel istismar mağduru çocuk ve ergenlerde ruh sağlığını etkileyen etkenlerin araştırılması, *Anadolu Psikiyatri Dergisi,* 2012, 13(4):292-298.

122. Cengel-Kültür E, Cuhadaroğlu-Cetin F, Gökler B. Demographic and clinical features of child abuse and neglect cases, *Turk J Pediatr*, 2007, 49:256-62.

123. Putnam F. Ten-year research update review: child sexual abuse, *J Am Acad Child Adolescant Psychiatry*, 2003, 42:269-278.

124. Finkelhor D. The international epidemiology of child sexual abuse, *Child Abuse Negl*, 1994, 18:409-417.

125. Spencer N, Devereux E, Wallace A, Sundrum R, Shenoy M, Bachuss C, et al. Disabling conditions and registration for child abuse end neglect: a population-based study, *Pediatrics*, 2005, 116(3):609-613.

126. Kaya İT, Eroğul ÇAT. Ergenlerde çocukluk dönemi istismar yaşantılarının yordayıcısı olarak aile işlevlerinin rolü, *Eğitim ve Bilim,* 2013, 38(168):386.

127. İmren SG, Ayaz AB, Yusufoğlu C, Arman AR. Cinsel istismara uğrayan çocuk ve ergenlerde klinik özellikler ve intihar girişimi ile ilişkili risk etmenleri, *Marmara Medical Journal*, 2013, 26(1):11-16.

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

129. Şar V. Kötüye kullanım ve ihmalle ilişkili sorunlar. İçinde: E Köroğlu, C Güleç. (editörler). *Psikiyatri Temel Kitabı,* Cilt 2, Ankara, HYB, 1998:823-833.

130. Gölge ZB. Cinsel Travma sonrası oluşan ruhsal sorunlar, *Nöropsikiyatri Arşivi*, 2005, 42:19-28.

131. Kara B, Biçer Ü, Gökalp A. Çocuk istismarı, *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 2004, 47:140-151.

132. Beitchman JH, Zucker KJ, Hood JE, Costa GA, Akman D. A review of the short-term effects of child sexual abuse, *Child Abuse Negl*, 1991, 15:537-556.

133. Glover DA, Loeb TB, Carmona JV, Sciolla A, Zhang M, Myers HF, et al. Childhood sexual abuse severity and disclosure predict posttraumatic stres symptoms and biomarkers in ethnic minority women, *J Trauma Dissociation*, 2010, 11:152-173.

134. Pelcovitz D, Kaplan S, Goldenberg B, et al. Post-traumatic stress disorder in physically abused adolescents, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1994, 33:305-12.

135. Polusny MA, Follette VM. Long-term correlates of child sexual abuse: theory and review of the empirical literature, *Appl Prev Psychol*, 1995, 4:143-166.

136. Taner HA, Çetin FH, Işık Y, İşeri E. Cinsel istismara uğrayan çocuk ve ergenlerde psikopatoloji ve ilişkili risk etkenleri, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2015, 16(4):294-300.

137. Polyan Ö. *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisinde Hukuksal Uygulamalar*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2001: 261-266.

138. Aker T, Özeren M, Başoğlu M ve ark. Klinisyen tarafından uygulanan travma sonrası stres bozukluğu ölçeği, (TSSB-Ö) geçerlik ve güvenilirlik çalışması, *Türk Psikiyatri Dergisi,* 1999, 10:286-293.

139. Fergusson DM, Boden JM, Horwood LJ. Exposure to childhood sexual and physical abuse and adjustment in early adulthood, *Child Abuse Negl*, 2008, 32:607-619.

140. Bushnell JA, Wells JE, Oakley-Browne MA. Long-term effects of intrafamilial sexual abuse in childhood, *Acta Psychiatr Scand*, 1992, 85:136-142.

141. Jacopson A, Richardson B. Assault experiences of 100 psychiatric impatients: Evidence of the need for routine inquiry, *Am J Psychiatry*, 1987, 144:908-913.

142. Nickel MK, Tritt K, Mitterlehner FO, Leiberich P, Nickel C, Lahmann C, et al. Sexual abuse in childhood and youth as psychopathologically relevant life occurrence: Cross-sectional survey, *Croat Med J*, 2004, 45:483-489.

143. Cutajar MC, Paul ME, Ogloff JRP, Thomas SD, Wells DL, Spataro J. Psychopathology in a large cohor of sexually abused children followed up to 43 years, *Child Abuse Negl,* 2010, 34:813-822.

144. Saunders BE, Villeponteaux LA, Lipovsky JA, Kilpatrick DG, Veronen LJ. Child sexual assault as a risk factor for mental disorders among women: A community survey. *J Interpers Violence.* 1992, 7:189-204.

145. Hershkowitz I, Lamm ME, Horowitz D. Victimization of children with disabilities, *Am J Ortho-psychiatry,* 2007, 77:629-635.

146. Morano JP. Sexual abuse of mentally retarded patient: medical and legal analysis for the primary care physician, *Primary Care Companion J Clin Psychiatry,* 2001, 3:126-135.

147. Eastgate G, Van Driel ML, Lennox NG, Scheermeyer E. Women with Intellectual disabilities-a study of sexuality, sexual abuse and protection skills, *Aust FAm Physician,* 2011, 40:226-230.

148. Brown J, Cohen P, Johnson JG, Salzinger S. A longitudinal analyzis of risk factors for child maltreatment: findings of a 17 year prospective study of officially recorded and self- reported child abuse and neglect, *Child Abuse Negl*, 1998, 22:1065-78.

149. Öztop DB, Özcan ÖÖ. Cinsel istismar vak'alarının sosyodemografik ve klinik özelliklerinin değerlendirilmesi, *Yeni Sempozyum*, 2010, 48(4):270-276.

150. Sözen Ş. Ergenlik döneminde cinsel istismar olgularında adli tıbbi değerlendirme, multidisipliner yaklaşım, *Türk Pediatri Arşivi,* 2011, 46:35.

151. Polat O, Balcı G, Köknel Ö, Tüzün B, Serozan R, Aydın B ve ark. Ailenin ve Aile İçinde Çocuğun Korunması ve Çocuğun Statüsü Komisyonu Raporu, 1. İstanbul Çocuk Kurultayı İstanbul Çocuk Raporu, (Yayına Haz. S Sayıta, M Şirin), İstanbul Çocukları Vakfı Yayınları, Kitap No:87, 2000:117-161.

152. Gelles RJ. Violence in family: a review of resaarch in the seventies, *Journal of Marriage and Family,* 1980, 42:873-885.

153. Kulaksızoğlu A. *Ergenlik psikolojisi*, 6. basım. İstanbul, Remzi Kitapevi, 2004: 192-195.

154. Gershoff ET. Corporal punishment by parents and associated child behaviors and experiences: A meta analytic and theoretical review, *Psychological Bulletin*, 2002, 128(4):539-579.

155. Şahin F. Çocuk istismarı ve ihmalinin önlenmesinde hekimin rolü, *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*, 2001, 10(7):246-249.

156. Arabacı SY. İlköğretim II. kademesindeki çocuklara yönelik istismarın ve ihmalin çeşitli değişkenler yönünden incelenmesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Sakarya: Sakarya Üniversitesi, 2007.

157. Afifi TO, Brownridge DA, Cox BJ, Sareen J. Physical punishment, childhood abuse and psychiatric disorders, *Child Abuse&Neglect*, 2006, 30:10.

158. Tıraşçı Y, Gören S. Çocuk istismarı ve ihmali, *Dicle Tıp Dergisi*, 2007, 34(1):70-74.

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

160. Hart Ns, Brassard M. A major threat to childrens mental health: psychological maltreatment, *American Poychologist*, 1996, 42(2):160-165.

161. Köknel Ö. *Kimliğini Arayan Gençliğimiz*, İstanbul, Altın Kitapları Yayınevi, 2001:63-69.

162. Kardam F, Yüksel İ. Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Algısı: Niteliksel Araştırma Sonuçları. İçinde: Üner S, Kardam F (editörler). *Türkiye' de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet.* Ankara, T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, Elma Teknik Basım Matbaacılık, 2010: 103-165.

163. Kairys SW, Johnson CF. Committee on child abuse and neglect, the psychological maltreatment of children-technical report, *Pediatrics*, 2002, 109:68.

164. Kaufma J, Zıgler E. Do abused children become abusive parents?, *American Journal of Orthopsychiatry*, 1987, 57:186-192.

165. Bahar G, Savaş AH, Bahar A. Çocuk istismarı ve ihmali: Bir gözden geçirme. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2009, 12(4):51-65.

166. Karataş K. Çocuk işgücü sorunu. nedenleri, sonuçları ve çözüm önerileri, *Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu Dergisi*, 1993, (1-2-3):85.

167. Tılly A, Louise JWS. *Women, Work and Family*, New York, Holt, Rinehart and Winston Press, 1978:12.

168. Köksal A. Çıraklık Eğitim Merkezine Devam Eden ve Etmeyen 15-18 Yaş Grubu Çalışan Çocukların Çalışma Koşulları ve Sorunları Üzerine Karşılaştırmalı Bir Araştırma, Fen Bilimleri Enstitüsü, Ev Ekonomisi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi. Ankara: Ankara Üniversitesi, 1992.

169. Şahin L. Geçmişten Günümüzde çocuk işçiliği, *Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi II*, (2012):103-118.

170. Siyez D. *Ergenlerde Problem Davranışlar: Okul Temelli Önleme Çalışmaları İle İlgili Uygulama Örnekleri*. İkinci Baskı. Ankara, Pegem Akademi; 2010.

171. Atar AÖ, Yalçın Ö, Uygun E, Çiftçi DA, Erdoğan A. Madde kullanım bozukluğu olan ergenlerde aile işlevlerinin, çift uyumunun ve anne baba tutumunun değerlendirilmesi*, Nöropsikiatri Arsivi,* 2016, 53(1):38-44.

172. Burke AC, Clapp JD. Ideology and social work practice in substance abuse settings, *Social Work*, 1997, 42(6):552-562.

173. Evren C, Ögel K, Tamar D, Çakmak D. Uçucu madde kullanıcılarının özellikleri, *Bağımlılık Dergisi*, 2001, 2(2):57-60.

174. Borsos D. Models of addiction. In: Fisher G, Roget NA (eds). *Encyclopedia of Substance Abuse Prevention, Treatment and Recovery.* USA, Sage Publications, 2009:10-12.

175. Ögel K, Tamar D. Lise gençleri arasında sigara, alkol ve madde kullanım yaygınlığı, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2001, 12:47-52.

176. Ögel K, Taner S, Eke CY. Madde bağımlılığını önlemede öğretmen ve ebeveyn eğitimlerinin etkinliğinin değerlendirilmesi, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2004, 5:213-221.

177. Shelton KH, Van den Bree MBM. The moderating effects of pubertal timing on the longitudinal associations between parent–child relationship quality and adolescent substance use, *J Res Adolesc*, 2010, 20:1044-1106.

178. Biederman J, Willens T, Mick E, Milberger S, Spencer TJ, Faraone SV. Psychoactive substance use disorders in adults with ADHD: effects of ADHD and psychiatric comorbidity, A*m J Psychiatry,* 1995, 152(11):1652-8.

179. Önal A, Ögel K, Eke C. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite belirtileri bulunan ergenlerde madde kullanımı ve aile özellikleri üstüne kesitsel bir çalışma, *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni,* 2011, 21(3):225-231.

180. Nock MK, Kazdin AE, Hiripi E, Kessler RC. Prevalence, subtypes, and correlates of DSM-IV conduct disorder in the National Comorbidity Survey Replication, *Psychol Med,* 2006, 36(5):699-710.

181. Başay Ö, Yüncü Z, Başay KB, Öztürk Ö, Aydın C. Alkol-madde kullanım bozuklukları olan ergenlerin kişilik özellikleri, *Anadolu Psikiyatri Dergisi,* 2016, 17(2):127-135.

182. Hawkins JD, Catalano R. Aftercare in drug abuse treatment, *The International Journal of the Addictions*, 1985, 20(6-7):917-945.

183. Büyüköztürk Ş, Çakmak EK, Akgün ÖE, Karadeniz Ş, Demirel F. *Bilimsel Araştırma Yöntemleri,* 18. Baskı. Ankara, Pegem Akademi, 2014.

184. Topçu S. *Çocuk ve Gençlerin Cinsel İstismarı*, Ankara, Doruk Yayıncılık, 1997.

185. Bağ Ö, Alşen S. Çocuk izlem merkezinde cinsel istismarin degerlendirilmesi: Bir merkezin bir yıllık deneyimi, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2017, 18(1):62-68.

186. Nasıroğlu S. Sağlık tedbiri alınan çocuk ve ergenlerin ruhsal açıdan değerlendirilmesi, *Cukurova Medical Journal,* 2017, 42(3):484-489.

187. Oral R, Can D, Kaplan S. Child abuse in Turkey: an experience in overcoming denial and a description of 50 cases, *Child Abuse Negl*, 2001, 25:279-90.

188. Gençtanırım-Kuru D. Ergenlerde Riskli Davranışların Yordanması, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Psikolojik Danışma ve Rehberlik Bilim Dalı, Doktora tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2010.

189. Alikaşifoğlu M. Ergenlerde davranışsal sorunlar, *İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Adolesan Sağlığı II Sempozyum Dizisi,* 2008, 63:55-59.

190. Bahalı K, Yolga-Tahiroğlu A. Okul reddi: klinik özellikler, tanı ve tedavi, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2010, 2(3):362–383.

191. Çaylı-Rahte E. Aile içi şiddet ve medya: gündüz kuşağı televizyonunda şiddetin görünürlüğü ve yeniden üretimi, *Gazi Üniversitesi İletişim Kuram ve Araştırmaları Dergisi*, 2010, 30:181-208.

192. Bayındır N, Özel A, Köksal E. Çocuk suçluluğu demografisi: kütahya şehri örneği, *Polis Bilimleri Dergisi*, 2007, 9(1-4):95-108.

193. Çoban S. Bazı sosyal etkenlerin çocuk suçluluğu ile ilişkisi üzerine karşılaştırmalı bir araştırma, *Edebiyat Fakültesi Dergisi,* 2014, 31(2):77-95.

194. Bahalı K, Akçan R, Tahiroğlu AY, Avci A. Child sexual abuse: seven years in practice. *J Forensic Sci,* 2010, 55:633-636.

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

196. Whitfield R. Strategies for prevention: education for good child care practice. In: Maher P. (eds). *Child Abuse: The Educational Perspective*. Oxford, Basil Blackwell Ltd., 1991.

197. Özmen SK. Aile içinde öfke ve saldırganlığın yansımaları, *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2004, 37(2):27-39.

198. İbiloğlu AO, Atlı A, Oto R, Özkan M. Çocukluk çağı cinsel istismar ve ensest olgularına çok yönlü bakış, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2018, 10(1):84-98.

199. Kuzucu Y. *Küçükler İçin Büyüklere Ergen ve Ruh Sağlığı,* 4. Baskı. Ankara, Pegem Akademi Yayıncılık, 2014:257-284.

200. Demirci-Çiftçi A., Yalçın Ö. Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları. İçinde: Pekcanlar-Akay A., Ercan ES. (editörler). *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları,* 2. Baskı. Ankara, HYB Basım Yayın, 2016:470-526.

201. Avcı M. Ergenlikte toplumsal uyum sorunları. *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi,* 2006, 7:39-64.

202. Karabekiroğlu K. *Anne-Babalar İçin Ergen Ruh Sağlığı Rehberi,* 2. Baskı. İstanbul, Say Yayınları, 2015:326-340.

203. Bülbül K., Odacı H. Lise öğrencilerinde umutsuzluk, bağlanma stili ve aile yapısının madde kullanma eğilimini yordama gücü. *Klinik Psikiyatri*, 2018, 21:360-369.

8. EKLER

Ek-1. Etik Kurul Onayı

ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ (AYBÜ)
SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER ETİK KURULU (SBEK)
PROJE ONAY BELGESİ

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi/Enstitüsü Sosyal Hiz. Politikaları ve Uygulamaları bölümü ~~akademisyenlerinden~~ / öğrencilerinden Ayşe Er Bayraktaroğlu'nun, Sağlık çalışanı Uygulamalı Kapsamlı Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğine Yatırılan Çocukların Ailelerinin Algılarının Sayfa Hemşirelik Perspektifinden Değerlendirilmesi adlı araştırması değerlendirilmiştir. *(Bu kısım başvuru sahibi tarafından doldurulmalıdır)*

Proje etik açısından uygun bulunmuştur.	☒
Proje etik açısından geliştirilmesi gerekmektedir.	☐
Proje etik açısından uygun bulunmamıştır.	☐

SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER ETİK KURULU KARARI (Etik Kurul tarafından doldurulacaktır)	
Araştırma kodu (Yıl – Araştırma sıra no)	471
Başvuru formunun Etik Kurula ulaştığı tarih	18.03.2017
Etik Kurul Karar toplantı tarihi ve karar no	31.03.2017/13
Yer	Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Cinnah Cad. No: 16 Çankaya / ANKARA
Katılımcılar	Formda imzası bulunan üyelerimiz toplantıya katılmıştır

KURUL BAŞKANI, BAŞKAN YARDIMCISI VE ÜYELER:

		İMZA
Prof. Dr. Cem Şafak ÇUKUR	**Başkan**	
Prof. Dr. Musa AYGÜL	**Başkan Yardımcısı**	Katılmadı
Prof. Dr. Şükrü ÖZEN	**Üye**	
Prof. Dr. Ergün ERASLAN	**Üye**	
Prof. Dr. Metin ÖZDEMİR	**Üye**	
Doç. Dr. Rıza GÖKLER	**Üye**	Katılmadı
Prof. Dr. Tekin AKDEMİR	**Üye**	
Prof. Dr. Necmiye ÜN YILDIRIM	**Üye**	Katılmadı

9

Ek-2. YBÜ Yenimahalle Eğitim Araştırma Hastanesi Araştırma İzni

ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
YENİMAHALLE EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ -
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
YENİMAHALLE EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ
31/07/2017 08:38 - 33373887 - 806.01.03 - E.8439

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Ankara İli 3. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sayı : 33373887/806.01.03
Konu : Tez Çalışmanız

Sayın, Ayşe ER FAZLIOĞLU

İlgi :22/06/2017 tarihli dilekçeniz.

İlgi dilekçe ekinde sunmuş olduğunuz "Sağlık Tedbiri Uygulaması Kapsamında Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğine Yönlendirilen Çocukların ve Ailelerin Psiko Sosyal Özelliklerinin Sosyal Hizmet Perspektifinden Değerlendirilmesi" konulu tez çalışmanız tarafımızdan değerlendirilmiş olup, çalışmanın veri toplama aşamasını Hastanemiz Çocuk Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniğinde yürütmeniz uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Doç. Dr. Gülten KIYAK
Yönetici/Başhekim

Belgenin Aslı
31.07.17

Yenibatı Mh. 2026 Sk Batıkent Yenimahalle Ankara
Faks No:03125872068
e-Posta:esen.yilmaz1@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Mail: esen.yilmaz1@saglik.gov.tr
Bilgi için:Esen YILMAZ
Unvan:SAĞLIK MEMURU
Telefon No:0312 5872067
Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden 077faadb-1685-4cd6-8f61-facaaf3d161d kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek-3. Bilgilendirilmiş Onam Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Sizi Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sosyal Hizmet Politikaları ve Uygulamaları Yüksek Lisans öğrencisi Ayşe ER FAZLIOĞLU tarafından yürütülen "Sağlık Tedbiri Uygulaması Kapsamında Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğine Yönlendirilen Çocukların ve Ailelerinin Psikososyal Özelliklerinin Sosyal Hizmet Perspektifinden Değerlendirilmesi" başlıklı **araştırmaya** davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan **çıkma** hakkında sahipsiniz. **Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz** biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen **görüşme formundaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amaçlı kullanılacaktır.

1. **Araştırmayla İlgili Bilgiler:**
   - **a.** Araştırmanın Amacı: Bu araştırma, 5395 Sayılı Çocuk Koruma Kanunu kapsamında hakkında sağlık tedbiri çıkan ve bu nedenle çocuk ruh sağlığı ve hastalıkları polikliniğine yönlendirilen çocukların ve ailelerinin psikososyal özelliklerinin sosyal hizmet perspektifinden değerlendirilerek sosyal hizmet uygulamalarına katkı sağlamayı amaçlamaktadır.
   - **b.** Araştırmanın İçeriği: Bu araştırma ile hakkında sağlık tedbiri olan ve bu nedenle çocuk ruh sağlığı ve hastalıkları polikliniğine yönlendirilen çocukların ve ailelerinin psikososyal özellikleri sosyal hizmet perspektifinden değerlendirilecektir. Bu nedenle siz değerli ailelerin görüşme formundaki soruları cevaplamanıza ihtiyaç duyulmaktadır. Vereceğiniz cevaplar gizli tutulacak ve yalnızca bilimsel araştırma amaçlı kullanılacaktır.
   - **c.** Araştırmanın Nedeni: ☐ Bilimsel araştırma ☒ Tez çalışması
   - **d.** Araştırmanın Öngörülen Süresi: Veri toplama sürecinin bir ay sürmesi planlanmaktadır. Sizden istediğimiz formun cevaplanması ise yaklaşık on beş dakika sürecektir.
   - **e.** Araştırmaya Katılması Beklenen Katılımcı/Gönüllü Sayısı: araştırmaya 100 – 150 arası kişinin katılması beklenmektedir.
   - **f.** Araştırmanın Yapılacağı Yer(ler): Çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğine yönlendirilen ailelerle sosyal hizmet biriminde görüşülerek ailelerin görüşme formunu doldurması sağlanacaktır.
2. **Çalışmaya Katılım Onayı:**

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. **Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı, soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı.** Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının (Kendi el yazısı ile)
Adı-Soyadı:
İmzası:

Ek-4. Görüşme Formu

GÖRÜŞME FORMU

Sayın Katılımcı,

Bu formdan elde edilecek olan bilgiler Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sosyal Hizmet Politikaları ve Uygulamaları Tezli Yüksek Lisans Programı'nda yürütülmekte olan tez çalışması kapsamında bilimsel amaçla kullanılacaktır. Vereceğiniz cevaplar doğru sonuçların elde edilebilmesi açısından çok değerlidir. Lütfen soruların tümünü yanıtlayınız. Katkınız için teşekkür ederiz.

ÇOCUĞA İLİŞKİN BİLGİLER

Hakkında sağlık tedbiri uygulaması olan çocuğunuzun;

1. Cinsiyeti nedir?
   1. Kız
   2. Erkek
2. Kaç yaşında?

   ……
3. Boşanmış iseniz çocuğunuzun velayeti kimde?
   1. Annesinde
   2. Babasında
4. Okula gidiyor mu?
   1. Evet
   2. Hayır
   3. Okulu …… sınıfta bıraktı(Lütfen okulu kaçıncı sınıfta terk ettiğini belirtiniz).
   4. Eğitimine açık öğretimden devam ediyor.
5. Okula gidiyorsa sıklıkla okul devamsızlığı yapar mı?
   1. Evet
   2. Hayır
6. Daha önce çocuk ve ergen psikiyatri kliniğine başvurdu mu?
   1. Evet
   2. Hayır

7. Başvurduysa ne kadar süredir takip ediliyorsunuz?(Size uygun zaman aralığını seçiniz).

1. (1 Ay – 1 Yıl Arası)

2. (1 Yıl – 2 Yıl Arası)

3. (2 Yıl – 3 Yıl Arası)

4. (3 Yıl – 4 Yıl Arası)

5. (4 Yıl ve Üstü)

8. Daha önce çocuk ve ergen psikiyatrisine başvurduysanız hangi şikayetle başvurdunuz?

……

9. Daha önce çocuk ve ergen psikiyatrisine başvurduysanız çocuğunuza tanı konuldu mu? Konuldu ise ne tanı konuldu?

……

10. Çocuğunuz şu anda hangi tanı ile takip ediliyor?

……

11. Doktorunuz hangi sıklıkta muayeneye gelmenizi uygun gördü?

1. Ayda bir

2. İki ayda bir

3. Üç ayda bir

12. Hastaneye, doktorunuzun söylediği tarihlerde düzenli olarak geliyor musunuz?

1. Evet

2. Hayır

3. Çoğunlukla

13. Ne kadar süredir sağlık tedbiri ile takip ediliyorsunuz?

1. (1 Ay – 1 Yıl Arası)

2. (1 Yıl – 2 Yıl Arası)

3. (2 Yıl – 3 Yıl Arası)

4. (3 Yıl – 4 Yıl arası)

5. (4 Yıl ve Üstü)

14. Sağlık tedbiri uygulamasının çocuğunuz için katkı ve/veya gelişim sağladığını düşünüyor musunuz?

1. Evet, düşünüyorum.

2. Hayır, düşünmüyorum.

15. Çocuğunuzun sağlık tedbiri dışında başka bir tedbir uygulaması var mı?

1. Danışmanlık tedbiri uygulaması var.

2. Danışmanlık ve eğitim tedbiri uygulaması var.

3. Başka bir tedbir uygulaması yok.

16. Çocuğunuz daha önce kurum bakımından(çocuk yuvası, yetiştirme yurdu, sevgi evi ya da BSRM) yararlandı mı?

1. Hayır.

2. Evet.

17. Kurum bakımından(çocuk yuvası, yetiştirme yurdu, sevgi evi ya da BSRM) yararlandı ise, ne kadar zaman kaldı?

1. 1 - 3 ay arası.

2. 3 – 6 ay arası.

3. 6 ay – 1 yıl arası.

4. 1 yıldan fazla. ……(Lütfen kurumda kaç yıl kaldığını belirtiniz).

18. Çocuğunuzun herhangi bir madde kullanımı var mı?

1. Hayır

2. Evet……..……(Lütfen kullandığı maddeyi yazınız).

EBEVEYNLERE İLİŞKİN BİLGİLER

19. Sağlık tedbiri uygulaması olan çocuğa yakınlık dereceniz nedir?

1. Anne

2. Baba

3. Diğer…….(Lütfen yakınlık derecenizi belirtiniz).

20. Kaç yaşındasınız?

……

21. Medeni durumunuz?

1. Evli

2. Boşanmış

3. Eşimle ayrı yaşamaktayız

4. Eşim vefat etti

22. Eğitim durumunuz?

1. Okur-yazar değil
2. İlkokul Mezunu
3. Ortaokul Mezunu
4. Lise Mezunu
5. Üniversite Mezunu

23. Şu anda gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz?

1. Evet
2. Hayır
3. Emekliyim

24. Çalışıyorsanız ne işle meşgulsünüz?

1. Devlet Memuru
2. İşçi
3. Esnaf
4. Serbest Meslek

25. Eşinizin eğitim durumu?

1. Okur-yazar değil
2. İlkokul Mezunu
3. Ortaokul Mezunu
4. Lise Mezunu
5. Üniversite Mezunu

26. Eşiniz şu anda gelir getiren bir işte çalışıyor mu?

1. Evet
2. Hayır
3. Emekli

27. Eşiniz çalışıyorsa ne işle meşgul?

1. Devlet Memuru
2. İşçi
3. Esnaf
4. Serbest Meslek

28. Eşiniz ya da siz ek iş yapıyor musunuz?

1. Hayır
2. Evet……..……..(Lütfen yaptığınız ek işi belirtiniz).

29. Sosyal yardımlardan (Belediye, kaymakamlık, Sosyal yardımlaşma dayanışma vakfı vb.) yararlanıyor musunuz?

1. Evet.

2. Hayır.

30. Sosyal yardımlardan yararlanıyorsanız nerelerden ekonomik destek alıyorsunuz?

1. Belediye.

2. Kaymakamlık.

3. Sosyal yardımlaşma ve dayanışma vakfı.

4. Sosyal hizmetler.

5. Diğer……(Lütfen belirtiniz).

31. Kaç çocuğunuz var?

1. 1

2. 2

3. 3

4. 4

5. 4 ve Üstü

32. Sağlık tedbiri uygulaması olan çocuğunuz ilk evliliğinizden mi?

1. Evet, ilk evliliğimden.

2. Hayır ……. evliliğimden (Lütfen kaçıncı evliliğinizden olduğunu belirtiniz).

33. Daha önce evlilik yapmış iseniz önceki evliliğinizden çocuğunuz var mı?

1. Hayır. Önceki evliliğimden çocuğum yok.

2. Evet önceki evliliğimden. ……. tane çocuğum var (Lütfen önceki evliliğinizden kaç tane çocuğunuz olduğunu belirtiniz).

34. Sağlık tedbiri uygulamasının sizin için katkı ve/veya gelişim sağladığını düşünüyor musunuz?

1. Evet, düşünüyorum.

2. Hayır, düşünmüyorum.

35. Siz ve/veya eşiniz erişkin psikiyatriden destek alıyor musunuz?

1. Evet, ben psikiyatrik destek alıyorum.

2. Evet, eşim psikiyatrik destek alıyor.

3. Evet, eşim ve ben psikiyatrik destek alıyoruz.

4. Hayır, psikiyatrik destek almıyoruz.

AİLEYE İLİŞKİN BİLGİLER

36. Ailenizin aylık olarak ortalama toplam geliri ne kadar?

1. (0 ile 500) TL arası
2. (500 ile 1000) TL arası
3. (1000 ile 2000) TL arası
4. (2000 ile 3000) TL arası
5. 3000 TL üstü

37. Ankara'nın hangi semtinde oturuyorsunuz?

……

38. Oturduğunuz evin mülkiyeti kime ait?

1. Bana.
2. Eşime.
3. Benim aileme/ Eşimin ailesine
4. Kirada oturmaktayız.
5. Lojmanda oturmaktayız.

39. Yaşadığınız evde sizinle birlikte kimler var?

1. Eşimin annesi
2. Eşimin babası
3. Eşimin kardeşi
4. Benim annem
5. Benim babam
6. Benim kardeşim
7. Diğer …….....(Lütfen sizinle birlikte yaşayan kişinin size yakınlık derecesini belirtiniz).

40. Ailede diğer çocuklardan psikiyatrik destek alan var mı?

1. Hayır.
2. Evet……(Lütfen hangi tanıyla takip edildiğini belirtiniz).

41. Ailede alkol kullanımı olan birey var mı?

1. Hayır.
2. Evet, çocuğum alkol kullanıyor.
3. Evet, eşim alkol kullanıyor.
4. Evet, ben alkol kullanıyorum.

42. Ailenizde, **sağlık tedbiri olan çocuğunuz dışındaki** bireylerden herhangi bir madde kullanımı olan var mı?

1. Hayır.

2. Evet, çocuğum kullanıyor..……(Lütfen kullandığı maddeyi belirtiniz).

3. Evet, eşim kullanıyor…..……(Lütfen kullandığı maddeyi belirtiniz).

4. Evet, ben kullanıyorum.....…….(Lütfen kullandığınız maddeyi belirtiniz).

43. Ailenizde kumar veya şans/bahis oyunları(At yarışı, sayısal loto, iddia, okey, poker vb.) oynayan birey var mı?

1. Hayır.

2. Evet, çocuğum kumar ve/veya şans/bahis oyunları oynuyor.

3. Evet, eşim kumar ve/veya şans/bahis oyunları oynuyor.

44. Ailenizde cezaevine giren birey var mı?

1. Evet

2. Hayır

SAĞLIK TEDBİRİNE İLİŞKİN BİLGİLER

45. Sağlık tedbiri uygulaması hakkında yeterince bilgilendirildiğinizi düşünüyor musunuz?

1. Evet

2. Hayır

46. Bilgilendirildiyseniz kim tarafından bilgilendirildiniz?

1. Danışmanlık tedbirini yürüten kişi tarafından.

2. Sağlık tedbirini yürüten kişi tarafından.

3. Doktor tarafından.

4. Diğer…….(Lütfen belirtiniz).

Araştırmacı Tarafından Eklenmesi Gereken Bilgiler

47. Hakkında sağlık tedbiri uygulaması olan çocuğa neden sağlık tedbiri uygulaması başlatılmıştır?

……

48. Hakkında sağlık tedbiri uygulaması olan çocuğun psikiyatrik olarak tanısı/tanıları nelerdir?

……

49. Hakkında sağlık tedbiri uygulaması olan çocuğun farklı gelişimsel özelliği(Yaygın gelişimsel bozukluk, zeka geriliği, özgül öğrenme güçlüğü vb.) var mı?

…….

Ek-5. Özgeçmiş

KİŞİSEL BİLGİLER	
Adı Soyadı	: AYŞE ER FAZLIOĞLU
Doğum tarihi	: 28.02.1987
Doğum yeri	: Kırıkkale/Merkez
Medeni hali	: Evli
Uyruğu	: T.C.
Adres	: Eryaman Mah. 262.Sk. Türkkonut Bayrak Sitesi. Yakarkent Apt. No: 23/43 Eryaman/Etimesgut ANKARA
Tel	: 0 507 487 49 24
Faks	: -
E-mail	: ayser_71@hotmail.com
EĞİTİM	
Lise	: Kırıkkale Yıldırım Beyazıt Lisesi
Lisans	: Hacettepe Üniversitesi İİBF Sosyal Hizmet Bölümü
YABANCI DİL BİLGİSİ	
İngilizce	: Orta Seviye
ÜYE OLUNAN MESLEKİ KURULUŞLAR	
-	