



SAĞLIK BAKANLIĞI  
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü  
Hasta Hakları ve Tıbbi Sosyal Hizmetler Dairesi Başkanlığı  
Bakanlık Yayın No:963

ULAKBİM TR Dizinde Taranmaktadır

Hakemli Dergi  
**TSHD**  
Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi

ISSN: 2149-309X-Biannually  
<https://edergi.saglik.gov.tr/>  
<https://dergipark.org.tr/tr/pub/tshd>  
Yıl/Year: 2022 Haziran/June  
Sayı/Issue: 19:

## SAĞLIK TEDBİRİ KARARI BULUNAN ÇOCUKLARIN KORUYUCU/ÖNLEYİCİ HİZMETLER KAPSAMINDA DEĞERLENDİRİLMESİ

Ferda Karadağ<sup>1</sup>  
Yaşar Çavdar Kolbükten<sup>2</sup>

### Makale Bilgileri/ Article info

Makalenin Türü/Article Type: Araştırma  
Geliş Tarihi / Date Received: 15.02.2022  
Revizyon Tarihi/Date Revised: 20.06.2022  
Kabul Tarihi / Date Accepted: 28.06.2022  
Yayın Tarihi / Date Published: 30.06.2022  
DOI: 10.46218/tshd.1074232

### Makale Künyesi/To cite this article:

Karadağ, F. ve Çavdar Kolbükten, Y. (2022)  
Sağlık tedbiri kararı bulunan çocukların koruyucu/önleyici hizmetler kapsamında değerlendirilmesi, Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi, 19: 86-102. Doi: 10.46218/tshd.1074232

### Sorumlu Yazar/Corresponding Author:

Ferda KARADAĞ, Bartın Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü, [ferdakaradag@yahoo.com](mailto:ferdakaradag@yahoo.com), ORCID: 0000-0002-3221-8712

### Öz

Bu çalışmanın amacı, sağlık tedbiri kararı nedeniyle çocuk ve ergen psikiyatri polikliniğinde takip ve tedavisi yapılan çocukların ve ailelerinin farklı değişkenlere ilişkin özelliklerini incelemek ve çocuk koruma alanına öneriler sunmaktır. Hacettepe Üniversitesi Çocuk ve Ergen Psikiyatri Polikliniği'ne 2017-2020 yılları arasında sağlık tedbiri kararı ile gelen 150 çocuk ve ailesi çalışmaya dahil edilmiştir. Araştırma kayıtlarının, dosyalarının incelendiği retrospektif bir çalışmadır. Araştırma bulgularına göre, çocukların % 7.3'ü açık liseye gitmesi, % 15.3'ü okulu bırakması nedeniyle örgün eğitimin dışındadır. Annelerin % 49.3'ü, babaların % 47.2'si ilköğretim mezunudur. Sosyal inceleme raporlarında ailelerin % 67.3'ünün ekonomik durumu kötü olarak belirtilmiştir. Parçalanmış aile oranı % 57.3 olarak bulunmuştur. Sağlık tedbir kararı verilme nedenleri arasında cinsel istismara maruz kalma ilk sıradadır. Çocukların % 61.3'ü hastaneye düzenli olarak takibe gelmiştir. Sağlık tedbir kararlarının yürütülmesinde kurumlar arasında işbirliği ve koordinasyonun olması, çocukların bütüncül ele alınması için önemlidir.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık tedbiri, Çocuk koruma alanı, Çocuk ruh sağlığı

## EVALUATION OF CHILDREN WITH HEALTH MEASURES DECISION WITHIN THE SCOPE OF PROTECTIVE/ PREVENTIVE SERVICES

### Abstract

The aim of this study is to examine the characteristics of children and their families, who are followed up and treated in the child and adolescent psychiatry clinic due to the health measure decision and to offer suggestions for the field of child protection. 150 children and their families who came to Hacettepe University Child and Adolescent Psychiatry Clinic with a health measure decision between 2017-2020 were included in the study. It is a retrospective study in which research records and files are examined. According to the research findings, % 7.3 of the children are out of formal education because they go to open high school and % 15.3 drop out of school. % 49.3 of mothers and % 47.2 of fathers are primary school graduates. The economic situation of % 67.3 of the families was stated as bad in the social examination reports. The rate of broken families was found to be % 57.3. Sexual abuse ranks first among the reasons for taking a health measure decision. 61.3% of the children were followed up regularly. Cooperation and coordination between institutions in the execution of health measure decisions is important for the holistic approach of children.

**Keywords:** Health Measure, Child Protection Area, Child Mental Health.

<sup>1</sup> Dr. Öğr. Üy. Bartın Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü, [ferdakaradag@yahoo.com](mailto:ferdakaradag@yahoo.com), ORCID: 0000-0002-3221-8712

<sup>2</sup>SHU., Hacettepe Üniversitesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD., [yasarcavdar@yahoo.com](mailto:yasarcavdar@yahoo.com), ORCID: 0000-0002-5400-4977

## 1.Giriş

Çocukların güvenli ve sağlıklı ortamlarda yaşama, her türlü istismar ve ihmalden korunma ve gelişimsel ihtiyaçlarının karşılanması hakları vardır. Çocukların kendi ebeveyni/ebeveynleri tarafından korunmadığı durumlarda, çocuk koruma sistemi tarafından çocukların temel ihtiyaçları sağlanır ve hakları korunur (Price-Robertson, Bromfield and Lamont, 201). Türk Medeni Kanunu (2002) anne babanın çocuk üzerinde hakları olduğu gibi yükümlülükleri olduğunu da belirtir. Ancak ailelerin bu sorumluluğu üstlenecek yeterli koşulları olmadığında ya da aileler çocuklarının bakımı ve gözetiminde yetersiz kaldıklarında çocuk koruma sistemi bu sorumluluğu üstlenir (Abram, Choe, Washburn, Teplin, King ve Dulcan, 2008).

Çocuk koruma sistemin temel amacı, aileyi destekleyerek, ailenin ve çocuğun gereksinimlerini karşılayarak çocuğun ev içinde korunmasını sağlamaktır. Geçmişte çocuk koruma sistemi, çocukların “korunmaya muhtaç” duruma gelmesinden sonraki süreçte sunulan bakım hizmeti modeline dayanmakta, koruyucu, önleyici hizmetlere yeterince önem verilmemekteydi. Günümüzde ise, çocukların aile yanında bakımı ve korunması çoğu ülkede temel politikayı oluşturmakta ve aile odaklı hizmetler geliştirilmektedir (Lang and Hartil, 2014; Price-Robertson, Bromfield and Lamont, 2014, Uğur, 2018; Aldemir, 2011; Balcı, 2019). Ülkemizde de 2005 yılında kabul edilen Çocuk Koruma Kanunu ile koruyucu, önleyici ve tedavi edici hizmetlerin sunulmasını amaçlayan tedbirler getirilmiştir. Bu kanuna göre, korunma ihtiyacı olan çocuklar hakkında sağlık, danışmanlık, eğitim ve barınma tedbir kararları verilebilmektedir. Koruyucu ve destekleyici bu tedbirler ile çocuğun öncelikle kendi aile ortamında korunması amaçlanmaktadır (Çocuk Koruma Kanunu, 2005).

Olumsuz yaşantılara maruz kalan çocuklar, koruyucu-önleyici tedbirlere ve/veya uzun süreli izlem gerektiren tedavi ve müdahalelere ihtiyaç duyarlar (Finkelhor, Turner, Shattuck, Hamby, 2015). İhmal ve/veya istismar, uygunsuz ebeveyn tutumları, madde kötüye kullanımı, eğitim ve gelir düzeyinin düşüklüğü, aile işlevinin bozuk olması gibi ruh sağlığını olumsuz etkileyen çoklu risk etkenleri nedeniyle çocukların ruhsal sağlıkları tehlikeye girer (Hussey, Falletta, Eng, 2012). Çocukların tedavisini içeren sağlık tedbir kararları ile, çocuğun fiziksel ve/veya ruhsal sağlığının korunması ve tedavisi için gerekli geçici veya sürekli tıbbî bakım ve rehabilitasyon hizmeti sağlanır (Çocuk Koruma Kanunu, 2005).

Tedbir kararları, çocuğun anası, babası, vasisi, bakım ve gözetiminden sorumlu kimse, Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı ve Cumhuriyet Savcısının istemi üzerine çocuk hâkimince alınır. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı ve yerel yönetimler bu tedbir kararlarının yerine getirilmesinde sorumludur (Çocuk Koruma Kanunu, 2005). Çocuk hakkında sağlık tedbiri kararı verildiğinde mahkeme, kararı Sağlık Bakanlığına bildirilmekte, Sağlık Bakanlığı bünyesindeki birim tarafından çocuklar tedavileri için hastaneye yönlendirilmektedir. Aileden en az üç ayda bir olmak üzere çocuğun tedavisinin yapıldığı hastaneye gitmesi beklenir. Çocuğun takipleri ya hastanenin tıbbi sosyal hizmet birimi tarafından ya da ilgili poliklinikteki sosyal hizmet uzmanı tarafından yapılır. Bu süreçte, sosyal hizmet uzmanı tedaviyi

yürüten ekip ile iş birliği içinde çalışır, tedavi planını düzenli olarak resmi yazılarla ilgili birimler ile paylaşır. Sosyal hizmet uzmanı tedavinin bir parçası olarak çocuğun ve ailenin psikososyal gereksinimlerini belirler, gerekli yönlendirmeleri yapar, diğer kurumlarla eşgüdümü sağlar.

İlgili kurumlar ve aileler üzerinde yasal olarak bağlayıcı olması nedeniyle bu tedbir kararları önemlidir. En çok verilen tedbir kararı bakım tedbir kararından sonra sağlık tedbiridir ve sağlık tedbiri kararlarının sayısı gün geçtikçe artmaktadır (Erbay, 2015). Sağlık tedbiri kapsamında ruhsal tedavisi gerekenler, çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları polikliniğine yönlendirilir. Çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları polikliniğinde tanı ve tedavi, ekip çalışması içinde gerçekleştirilir. Bu ekibin önemli bir parçası olarak sosyal hizmet uzmanı çocuğun ayrıntılı olarak öyküsünü alır, aile görüşmesi, ev ziyareti yapar, gerekirse geniş aile, okul, komşular gibi farklı kaynaklara ulaşır, çocuk ve aileye ilişkin risk etmenlerini değerlendirir. Sağlık tedbiri kararı bulunan çocukla yapılan değerlendirmeler sonucunda, başka bir tedbir kararına ihtiyaç duyulmasında, ilgili çocuk mahkemesinden çocuk hakkında ek karar verilmesi ya da çocuğun durumunun Aile ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü tarafından da değerlendirilmesi talep edilir. Bu kapsamda sosyal hizmet uzmanı, sağlık tedbiri kararı bulunan çocuğun okulu, danışmanlık hizmetini sunan Aile ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü ya da İl Millî Eğitim Müdürlüğü bünyesinden görevli meslek elemanları ile iletişim kurar, çocuk hakkında yapılan mesleki müdahalelerle ilgili tedavi planının hazırlanması ve süreç içerisinde planın yürütülmesi için de bilgi toplar (Karadağ, 2017).

Hacettepe Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine sağlık tedbir kararları ile gelen çocukların sayılarının arttığı gözlenmekte ve uygulamaya yönelik bazı güçlüklerle karşılaşıldığı görülmektedir. Bu çalışma ile Çocuk Koruma Kanunu kapsamında sağlık tedbiri kararı ile polikliniğe gelen çocukların ve ailelerinin özelliklerini, izlem süreçlerini incelemek, sağlık tedbiri uygulamalarına ve çocuk koruma alanına yönelik katkıda bulunmak amaçlanmıştır.

## 2.Yöntem

Çocuk Koruma Kanunu'nun 5/1-d maddesine tabi "Sağlık Tedbirinin Uygulanmasına İlişkin Karar"ın ardından Ankara İl Sağlık Müdürlüğü tarafından hastaneye yönlendirilen ve 1 Ocak 2017-31 Aralık 2020 yılları arasında poliklinikte tedavileri yürütülen 150 çocuk çalışmaya dahil edilmiştir. Araştırma, belirli bir amaca dönük var olan kayıt ve belgeleri inceleyerek veri toplanan, nicel araştırma yönteminin belge tarama tekniğiyle gerçekleştirilmiştir (Karasar, 2012). Araştırma verileri, çocukların sağlık tedbiri dosyalarında yer alan mahkeme kararı, sosyal inceleme raporu, sağlık tedbiri takip formları ve tedaviye ilişkin bilgilerin yer aldığı hastane dosyaları incelenerek elde edilmiştir. Bu belgelerde, çocuklara ve ebeveynlerine ilişkin sosyodemografik bilgiler (yaş, eğitim, ekonomik durum), ebeveynlere ilişkin özellikler (alkol madde kullanımı, suç kaydı, aile ilişkileri, aile içi şiddet öyküsü), sağlık tedbir kararına ilişkin bilgiler (tedbir türleri, tedbir nedeni) ve poliklinikteki tedavilerine ilişkin bilgiler (psikiyatrik tanı, düzenli takibe gelip gelmediği) incelenmiştir.

Tanımlayıcı istatistikler ortalama ( $\bar{x}$ ), frekans (n) ve yüzde (%) değerleri ile sunulmuştur. Çocukların ve ebeveynlerinin özelliklerine ilişkin kategorik değişkenler arasında fark olup olmadığını anlamak için ki-kare, yaşları arasındaki farkları anlamak için t testi analizi uygulanmıştır. Analizlerde  $p < 0,05$  değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Analizler SPSS 22,0 paket programı ile yapılmıştır.

Çalışmaya başlamadan önce 05.01.2021 tarih ve 16969557-33 sayılı Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurul kararı alınmıştır. Araştırma verileri, Haziran 2021-Temmuz 2021 tarihleri arasında belgeler incelenerek toplanmıştır.

### 3. Bulgular

Bu çalışmada, Çocuk Koruma Kanunu kapsamında sağlık tedbiri kararı ile çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları polikliniğine gelen çocukların ve ailelerinin farklı değişkenler açısından özellikleri, sağlık tedbiri kararına ilişkin bilgileri ve tedavi/izlem süreçleri incelenmiştir. Bu bölümde belge tarama yöntemi ile ele edilen bilgilerin dağılımına, ortalamasına, ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olup olmadığına ilişkin T-Testi sonuçlarına, kategorik değişkenler arasında anlamlı bir fark olup olmadığına ilişkin Ki-Kare testi sonuçlarına dair bilgiler yer almaktadır.

1 Ocak 2017 ve 31 Aralık 2020 tarihleri arasında polikliniğe 150 yeni sağlık tedbiri kararı gelmiştir. Bu kararların yıllara göre dağılımına bakıldığında; 2017 yılında 15 (% 10), 2018 yılında 29 (% 19.4), 2019 yılında 38 (%2 5.3) ve 2020 yılında 68 (% 45.3) yeni sağlık tedbiri kararının geldiği görülmektedir.

**Tablo 1. Çocukların sosyodemografik özellikleri**

Çocukların cinsiyeti	Sayı(n)	Yüzde(%)	Ki-Kare
Kız çocuk	93	62	$\chi^2=8,64$
Erkek çocuk	57	38	$p= ,004$
Çocukların eğitimi	Sayı(n)	Yüzde(%)	
İlkokul öğrencisi	24	16	
Ortaokul öğrencisi	53	35.3	
Lise öğrencisi	28	18.7	
Açık Lise öğrencisi	11	7.3	
Okula devam etmiyor	23	15.3	
Zorunlu eğitim çağında değil	11	7.3	
Çocukların yaşı	(ort. $\pm$ ss)	T –Testi	
Kız çocuk	13,55 $\pm$ 4,6		

Erkek çocuk	13,36±4,0	t=257 p= ,798
-------------	-----------	------------------

p<.05

Araştırmaya dahil edilen 150 çocuğun, 93'ü kız, 57'si erkek çocuktur. Kız çocuklarının oranının (% 62), erkek çocuklarının oranına (% 38) göre fazla olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $\chi^2=8,64$ ; p<.05). Her iki cinsiyette de çocukların yaş ortalamaları 13 yaş olarak belirlenmiştir. Çocukların % 35.3'ü ortaokula devam etmektedir. Çocukların % 7.3'ünün açık liseye gitmesi, % 15.3'ünün okulu bırakması nedeniyle örgün eğitimin dışında olduğu görülmektedir (Tablo 1.).

**Tablo 2. Ebeveynlerin sosyodemografik özellikleri**

Ebeveynlerin yaşı	(ort. ± ss)	T –Testi	
Annelerin yaşı	39,66±7.2	t=2,49	
Babaların yaşı	43,42±8.5	p= ,000	
Annelerin eğitimi	Sayı(n)	Yüzde(%)	
İlkokul	74	49.3	
Ortaokul	20	13.3	
Lise	16	10.7	
Üniversite	9	6	
Belirtilmemiş	31	20.7	
Babaların eğitimi	Sayı(n)	Yüzde(%)	
İlkokul	64	47.2	
Ortaokul	20	13.3	
Lise	16	10.7	
Üniversite	7	4.7	
Belirtilmemiş	43	28.7	
Ailenin Ekonomik Durumu	Sayı(n)	Yüzde(%)	Ki-Kare
İyi	3	2	
Orta	40	26.7	$\chi^2=165,8$
Kötü	101	67.3	p= ,000

Aile Yapısı	Sayı(n)	Yüzde(%)	Ki-Kare
Anne-baba beraber	64	42.7	
Parçalanmış aile	82	54.6	$\chi^2=66,58$
Belirtilmemiş	4	2.7	p= ,000

p<.05

Tablo 2.'de çocukların ebeveynlerinin sosyodemoğrafik özelliklerine ilişkin bilgiler yer almaktadır. Babaların yaş ortalaması ( $\bar{x}=43.42$ ) annelerin yaş ortalamasından ( $\bar{x}=39.62$ ) daha yüksektir ve bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (t (60) = 2.49, p<.05). Ebeveynlerin eğitim düzeylerine bakıldığında, ilkokul mezunu olan anne (% 49.3) ve babaların (% 47.2) daha fazla olduğu görülmektedir. Sosyal inceleme raporlarında ailelerin % 67.3'ünün ekonomik durumu kötü olarak belirtilmiştir. Ebeveynlerin % 42.7'si evli ve beraber yaşamakta iken boşanma, vefat yada farklı nedenlerle parçalanmış aile oranının % 57.3 olduğu belirlenmiştir. Tablo 2.'de yer alan Ki-Kare testi sonuçlarına göre, ailenin ekonomik durumunu gösteren değişkenler arasındaki gözlenen fark ( $\chi^2=165,8$ , p<.05) ile, aile yapısı değişkenleri arasındaki gözlenen fark ( $\chi^2=66,58$ , p<.05) istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

**Tablo 3: Ailelerin özelliklerine ilişkin bilgiler**

Ebeveynlerin suç kaydı	Sayı(n)	Yüzde(%)
Var	14	9.3
Yok	129	89
Aile içi şiddet öyküsü	Sayı(n)	Yüzde(%)
Var	62	41.3
Yok	73	48.7
Ebeveynler arası ilişki	Sayı(n)	Yüzde(%)
Sorun yok	8	5.3
İlişki sorunları var	115	76.7
Belirtilmemiş	27	18
Ebeveynlerde alkol/madde kullanımı	Sayı(n)	Yüzde(%)
Var	21	14
Yok	126	86

Belirtilmemiş	3	2
<b>Çocukta alkol/madde kötüye kullanımı</b>	<b>Sayı(n)</b>	<b>Yüzde(%)</b>
Var	8	5.3
Yok	142	94.7

Tablo 3.'de ailelerin farklı değişkenlere ilişkin özellikleri yer almaktadır. Suç kaydı olan ebeveynlerin oranı % 9.3, alkol, madde kötüye kullanan ebeveynlerin oranı % 14'dür. Ailelerin % 41'inde aile içi şiddet öyküsü olduğu belirlenmiştir. Ebeveynlerin büyük kısmının (% 76.7) evliliklerinde sorunlar yaşadığı tespit edilmiştir.

**Tablo 4. Tedbir kararına ve değerlendirmeye ilişkin bilgiler**

Verilen tedbir kararı	Sayı(n)	Yüzde(%)
Sağlık+Danışmanlık	88	58.7
Sağlık+Eğitim+Danışmanlık	20	13.3
Sağlık+Eğitim	5	3.3
Sağlık	37	24.7
Sağlık tedbir kararı verilme nedeni	Sayı(n)	Yüzde(%)
Cinsel İstismar	53	35.3
İhmal	47	31.3
Fiziksel İstismar	21	14
Davranış sorunları	21	14
Ruhsal hastalığın tedavisi	8	5.3
Psikiyatrik değerlendirme/tanı	Sayı(n)	Yüzde(%)
Davranım bozukluğu	40	26.7
Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu	21	14.0
Anksiyete bozukluğu	20	13.3
Depresif bozukluk	14	9.3
Travma sonrası stres bozukluğu	9	6.0

Zeka geriliği/öğrenme güçlüğü	8	5.3
Diğer	20	13.3
Genel ruhsal değerlendirme	18	12
<b>Takip/tedavi bilgileri</b>	<b>Sayı(n)</b>	<b>Yüzde(%)</b>
Tedaviye düzenli gelen	92	61.3
Tedaviye gelmeyen / düzensiz gelen	58	38.7
<b>Tedaviye gelmeme/düzensiz gelme nedenleri</b>	<b>Sayı(n)</b>	<b>Yüzde(%)</b>
Ailenin ihmali/ilgisizliği	45	77.6
Çocuğu tedaviye getirememe	8	13.8
Ulaşım sorunu	5	8.6

İncelenen belgelerde, mahkeme tarafından sadece sağlık tedbir kararı verilen çocukların oranı % 24.7'dir. Sağlık tedbir kararı ile birlikte danışmanlık tedbir kararının verilme oranı % 58.7 olarak bulunmuştur. Sağlık tedbir kararı verilme nedenleri arasında cinsel istismar (% 35.3) ve ihmal (% 31.3) ilk sıralarda yer almıştır. Tedavi sürecinde çocukların % 82'si bir psikiyatrik tanı almıştır. Davranım bozukluğu % 26.7 ile en çok saptanan tanı olmuştur. Bunu % 14 ile dikkat eksikliği ve hiper aktivite, % 13.3 ile anksiyete bozukluğu tanıları izlemiştir. Diğer grubunda yer alan tanıları, karşı olma karşı gelme bozukluğu (n:3), yeme bozukluğu (n:3), bağlanma bozukluğu (n:2), cinsel kimlik bozukluğu (n:1), obsesif kompulsif bozukluk (n:1), gelişimsel bozukluk (n:2), selektif mutizim (n:1), tik bozukluğu (n:2), enüresiz (n:1), munchausen by proxy (n:2) tanılarıdır. Çocukların % 61.3'ü düzenli olarak takip ve tedavilerine gelmiştir. Düzenli tedaviye gelmeyen ya da hiç gelmeyenlerin % 77.6'sının ailenin ihmali, ilgisizliği nedeni ile, % 13.8'i çocuğun gelmek istememesi ve ailenin zorla getirememesi yada çocuğun evden kaçması nedeni ile olduğu belirlenmiştir. Çocukların % 8.6'sı köyde/ilçede yaşama ve ulaşım imkanının olmaması nedeni ile gelmemiştir. Tedaviye düzenli olarak gelen çocukların % 10.7'sinin tedbir kararı verilmeden önce de ailesi tarafından hastaneye getirildiği ve tedaviye geldiği sırada sağlık tedbir kararının çıkarıldığı görülmüştür (Tablo 4).

#### 4. Tartışma

Bu çalışma ile sağlık tedbiri kararı olan çocukların ve ailelerinin özelliklerini, tedavi süreçlerini incelemek, çocuk koruma alanına katkıda bulunmak amaçlanmıştır. Bu amaçla poliklinikte sağlık tedbiri kararı ile takip ve tedavi edilen çocukların sağlık tedbirine ve tedavilerine ilişkin belgeleri incelenmiştir.



Araştırma kapsamında yer alan çocukların büyük kısmı kız çocuktur. Sağlık tedbiri ile takip edilen çocuklarda kız/erkek oranı hakkında literatürde farklı sonuçların olduğu görülmektedir. Er Fazlıoğlu (2019) ile Okur ve arkadaşları (2019) tarafından yapılan çalışmalarda, sağlık tedbiri kararı ile takip edilen çocuklarda kız çocuklarının, Nasıroğlu (2017) tarafından yapılan çalışmada, erkek çocuklarının sayısının daha fazla olduğu belirtilmektedir. Araştırmamızda sağlık tedbir kararı verilme nedeninin en fazla cinsel istismar olması cinsiyetler arasındaki bu farklılığın bir nedeni olabilir. Kız çocuklarının daha fazla cinsel istismara uğradığı bilinmektedir (Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması, 2014; Jaffee ve Christian 2014; Aberle vd., 2007). Kız çocuklarının daha fazla istismara uğraması toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin bir yansıması olarak da karşımıza çıkmaktadır (Bükecek ve Özkan, 2018; Küçükkaraca ve Albayrak, 2016). Bu nedenle cinsel istismar mağduru olan ve sağlık tedbiri ile izlenen kız çocuklarını toplumsal cinsiyet bakışıyla da ele almak önemli olacaktır.

Araştırmamızda, okul terki ya da açık liseye kayıtlı olma nedeniyle örgün eğitimin dışında kalan çocukların olduğu görülmektedir. Literatürde de sağlık tedbiri ile takip edilen çocukların % 27,6’sının okulu terk ettiği belirlenmiştir (Nasıroğlu, 2017). Özellikle okulla bağı olmayan çocukların daha fazla risklerle karşı karşıya kalacağı bilinmektedir (Cook ve Kang, 2016). Belen ve arkadaşları (2021) tarafından yapılan çalışmada açık liseye geçişte kişisel ve psikolojik nedenlerin, ekonomik yetersizliklerin önemli rol oynadığı gözlenmiştir. Özellikle okulu sevmeme, örgün eğitimi terk etmenin en önemli sebebi olarak gösterilmektedir. Ayrıca 12 yıllık zorunlu eğitim kapsamında çocukların lise öğrenimlerine açık öğretim lisesinden devam etme hakkının verilmesiyle birlikte açık liseye devam eden kız öğrencilerin sayısında büyük bir artış olduğu belirtilmektedir (Çam, Tosun ve Bayram, 2015). Açık lise eğitiminin niteliği ile ilgili sorun olduğu, özellikle fırsat eşitsizliği mağduru olan çocukların örgün eğitime devam edebilmeleri için tedbirlerin alınması gerektiği vurgulanmaktadır. Örgün eğitim sistemi dışına çıkmış olan çocukların, rehberliğe ve etkileşime daha çok ihtiyaçları olduğu açıktır (Sözer, 2017). Örgün eğitimin, riskleri fark etme ve sosyalleştirici yanı göz önüne alındığında sağlık tedbiri kararı olan çocukların örgün eğitime devam etmesi ayrıca önem kazanmaktadır. Poliklinikte sağlık tedbiri ile izlenen ve açık liseye kayıtlı olan çocuklarla yapılan görüşmelerde, çocukların çocuğun okulla herhangi bir ilişkilerinin olmadığı, ders çalışmadıkları, sınavlara girmedikleri, sadece lise öğrencisi olarak kayıtlı oldukları gözlenmiştir. Bu çocukların tedbir kararları ile çocuk koruma sisteminin içinde olmasına karşın okulla ilişkilerinin zayıf olması, çocuk koruma sisteminin bütüncül ele alınması gerektiğini düşündürmektedir. Sağlık tedbiri olan çocukların örgün eğitimlerine devam edebilmeleri yönünde önlemler alınması çocukların yüksek yararına olacaktır. Bu bağlamda okul sosyal hizmeti uygulamaları, okul, aile ve toplum arasındaki bağları güçlendirerek, okul başarısına etki eden biyopsikososyal faktörlere odaklanarak ve gereksinim duyulan hizmetlere ulaşarak çocukların okula uyumunu sağlayacaktır. Okullarda sosyal hizmet uzmanlarının istihdam edilmesi ve okul sosyal hizmet

uygulamalarının yaygınlaştırılması çocuk koruma sisteminde koruyucu /önleyici hizmetlerin geliştirilmesinde büyük önem taşımaktadır (Özkan ve Selcik, 2016).

Araştırmamızda ebeveynlerin çoğunlukla ilkokul mezunu olduğu ve sosyal inceleme raporlarında ekonomik durumlarının kötü olarak belirtildiği görülmektedir. Çok sayıda araştırmacı tarafından (Clement, Berube, Chamberland, 2016; Jocelyn, Cohen, Johnson and Salzinger, 1998; Sedlak, 1997), düşük sosyoekonomik durum, çocuk istismarının ve ihmalinin nedenleri arasında kabul edilmektedir. Ebeveynlerin eğitim düzeyinin ve ekonomik durumunun yüksek olması çocuk bakımı ve eğitiminde olumlu bir belirleyici olarak görülmektedir (Lee ve Goerge, 1999; Brown, Cohen, Johnson ve Salzinger , 1998; Polat ve ark., 2010; Choi ve Thomas, 2015). Düşük sosyoekonomik düzeydeki ailelere yönelik erken müdahale ve hizmetler çocuk koruma alanında önemlidir. Yoksulluk ve aile bütünlüğü arasında da ilişki kurulmuş, yoksulluğun kendisi bir aile parçalanması nedeni olabileceği gibi, aile parçalanmasının da son derece önemli bir yoksulluk sebebi olduğu belirtilmiştir (Yusufoğlu ve Kızmaz, 2015). Araştırmamızda, çoğu ailede boşanma, ayrı yaşama ya da vefat nedeni ile aile bütünlüğünün bozulduğu ve ebeveynler arasında ilişki sorunlarının olduğu saptanmıştır. Parçalanmış aileden gelen ergenler arasında riskli davranışların daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Şahbaz, 2020; Tanrıverdi ve Özgüç, 2019). Parçalanmış ailedeki sorunlu bir ebeveyn, çocuğuna yakınlık göstermekte ve çocuğunun ihtiyaçlarını karşılamakta zorlanmaktadır. Bu aile içindeki çocuklar da ebeveynlerini stresli durumlar karşısında yeterli ve güven verici olarak algılamamaktadır. Aile içinde destekleyici ve olumlu bir ilişki çocukların korunmasında tampon etkisi yaratmaktadır (Davies ve Mark, 1994; Macfie, Houts, Pressel ve Cox, 2008; Scannapieco ve Connell-Carrick, 2005). Araştırmamızdan elde edilen bulgular, ailelere yönelik yapılacak destek ve programların çocuk koruma alanında ne kadar önemli ve zorunlu olduğunu göstermektedir.

Polikliniğe gelen çocuklarda sağlık tedbiri kararı ile birlikte en çok danışmanlık tedbir kararının verildiği görülmektedir. Danışmanlık tedbiri, çocuğun bakımından sorumlu olan kimselere çocuk yetiştirme konusunda; çocuklara da eğitim ve gelişimleri ile ilgili sorunlarının çözümünde yol göstermeye yönelik tedbir kararıdır (Çocuk Koruma Kanunu, 2005). Çocuk koruma alanında ebeveyn danışmanlığı ve ebeveynlerle çalışma en önemli bileşenlerdir (Bunting, Webb ve Shannon, 2017). Koruyucu ve Destekleyici Tedbir Kararlarının Uygulanması Hakkında Yönetmeliğe (2006)'e göre danışmanlık tedbiri ile sağlık tedbirinin birlikte uygulandığı durumlarda danışman, çocuğun tedavisini yürüten uzman kişi, kurum ve kuruluşla iş birliği ve koordinasyon içerisinde çalışır. Buna karşın, poliklinikte çocukların tedavileri sırasında, çoğunlukla danışmanlara ulaşılmakta zorlanıldığı, danışmanların tedavi ekibi ile iş birliğinin olmadığı ya da danışman olarak atanan meslek elemanlarının yeterli donanımda olmadığı izlenimi edinilmiştir. Tedbir kararlarının uygulanmasında kurumlar arası koordinasyon ve iş birliği önemli bir yer tutmaktadır. Bu görev, Çocuk Koruma Kanununa Göre Verilen Koruyucu ve Destekleyici Tedbir Kararlarının Uygulanması Hakkında Yönetmelik (2006)'in 19, 20 ve 21'inci maddelerine dayanılarak hazırlanan "Çocuk

Koruma Kanununa Göre Verilen Koruyucu Ve Destekleyici Tedbirlerin Yerine Getirilmesi Amacıyla Kurulan Merkezi, İl ve İlçe Koordinasyonların Çalışma, Usûl ve Esasları Yönergesi” kapsamında Aile ve Sosyal Hizmetler Müdürlüğü’ne tanımlanmıştır. Bu sayede vaka bazında “çocuğun sahiplenerek” tedbir kararlarını uygulayan kurumlarla eşgüdüm sağlanmasına ve kurumların çocuk hakkında “ortak ve birlikte” karar vermesine olanak sağlanmıştır. Ancak bu sürecin uygulamaya yansımadağı görülmektedir. Sağlık tedbiri kararının diğer tedbir kararlarından bağımsız olarak yürütülmesi çocuğun ve ailenin bütüncül olarak ele alınmasını engellemektir. Hızlı toplumsal değişim, çocuk koruma sisteminde bütüncül yaklaşımı ve sistem yaklaşımını daha da önemli hale getirmiştir. Toplumdaki birçok kurum ve süreç çocuk korumayla ilişkilidir. Bütüncül yaklaşım ile daha sorunlar ortaya çıkmadan, riskler tespit edilip önlemler alınacak, kurumlar arası işbirliği ve koordinasyon sağlanacaktır. Çocukların korunmasına ilişkin yükümlülüklerin yerine getirilmesi eğitim, sağlık, aile, adalet, sivil toplum gibi alandaki birçok hizmetin etkili ve verimli koordinasyonu ile mümkündür (Uluslararası Çocuk Merkezi Raporu, 2018; Elmacı, 2018).

Araştırma bulgularımız ile uyumlu olarak literatürde, sağlık tedbiri ile takip edilen çocukların büyük kısmının ergenlik döneminde olduğu, sağlık tedbiri başlatılmasının başlıca nedenlerinin ruhsal hastalıkların tedavisi, cinsel istismar ve ihmal olduğu belirtilmektedir (Nasıroğlu, 2017; Er Fazlıoğlu, 2019; Okur ve ark., 2029). Çocuk koruma sistemindeki çocukların yaklaşık % 25’inde ruhsal sorunlar olduğu belirtilmektedir (Galehouse, Herrick ve Raphel, 2010). İstismara maruz kalan çocuklarda da başta travma sonrası stres bozukluğu, depresyon, anksiyete, davranış bozuklukları olmak üzere çeşitli ruhsal hastalıklar gelişebilmektedir (Herrenkohl, Hong, Klika, Herrenkohl ve Russo, 2013; Taner ve Gökler, 2004; Safyan, Mitchel, Goodman, Eisen ve Quin, 2008) Araştırmamızda, davranım bozukluğu, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, anksiyete bozukluğu tanıları en çok alınan psikiyatrik tanılar olmuştur. Nasıroğlu (2017) tarafından yapılan araştırmada, sağlık tedbir kararı ile gelen çocukların % 26.3’ünde dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ile davranış bozukluğu, % 17’sinde mental gerilik, % 15’inde ise travma sonrası stres bozukluğu tanıları saptanmıştır. Okur (2019) tarafından yapılan çalışmada ise travma sonrası stres bozukluğu (% 10,6), depresyon (%7,5), davranım bozukluğu (%7,5) tanıları en çok tespit edilen tanılar olmuştur. Sağlık tedbiri ile takip edilen çocukların uzun süreli ve yakından takiplerini gerektiren psikiyatrik tanılar aldıkları görülmektedir. Çocukluk döneminde başlayan ruhsal hastalıklar tedavi edilmediğinde çocukta işlev kaybına neden olmakta ve erişkin dönemde de devam eden sorunlara neden olabilmektedir (Erol, Şimşek, Munir, 2008). Bu nedenle çocuk koruma sisteminde koruyucu ve önleyici hizmetlere, erken müdahale hizmetlerine önem verilmeli, çocukların tedavileri için hastaneye başvuru süreleri uzamamalı ve tedavileri gecikmemelidir.

Araştırmamızda, çocukların % 61.3’ünün tedaviye düzenli olarak geldiği belirlenmiştir. Düzenli gelmeyen ya da hiç gelmeyen ailelerle yapılan telefon görüşmelerinde, ailelerin işbirliğine yatkın olmadıkları, verilen

karara tepkili oldukları gözlenmiştir. Er Fazlıoğlu (2019), çoğu ailenin sağlık tedbiri uygulamasının çocukları ve kendileri için herhangi bir katkı ve gelişim sağladığını düşünmediklerini saptamıştır. Tedaviye dirençli bu aileler ile çalışılması, ev ziyaretlerinin yapılması gereklidir. Bazı hastanelerde ayrı bir sağlık tedbiri biriminin olmadığı, sosyal hizmet uzmanlarının farklı sorumlulukları ve görevleri arasında sağlık tedbiri uygulamalarını yürüttüğü ve bu koşullar altında mesleki çalışmaları yürütmenin zor olduğu görülmektedir. Hastanelerde sadece sağlık tedbiri kararlarını takip eden birimlerin oluşturulması, sekreteryaya işleri için farklı kişilerin görevlendirilmesi mesleki uygulamaların verimliliğini artıracaktır. Araştırmamızda, çocukların yaklaşık % 11'inin sağlık tedbir kararı verilmeden önce de tedaviye düzenli olarak geldiği ve ailelerinin çocukların tedavisi ile ilgili olduğu belirlenmiştir. Buna karşın bu çocuklar hakkında sağlık tedbir kararının talep edilmiş olması hem mahkemelerin hem de kararı takip eden uzmanların iş yükünü artırmakta, gereksiz yazışmaların yapılmasına neden olmaktadır. Farklı nedenlerle çocuk koruma sistemine girmiş ve tedavi ihtiyacı ailesi tarafından düzenli olarak karşılanan çocuklarda tedavi süreci danışmanlık tedbir kararı ile izlenebilir ve ihtiyaç duyulması halinde sağlık tedbiri talep edilebilir. Çocukları ve aileleri belirli aralıklarla izleyen ve vaka yönetimini etkin olarak kullanan mesleki çalışmalar ile gereksiz sağlık tedbir kararlarının verilmesinin önlenebileceği düşünülmektedir. Ancak, çocuk koruma sisteminde meslek elemanlarının sayıca yetersiz olması ve vaka yoğunluğu izlem çalışmalarının yapılmasını zorlaştırmaktadır.

## 5.Sonuç ve Öneriler

Sağlık tedbiri kararı ile çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları polikliniğine tedaviye gelen çocukların sayısının giderek arttığı gözlenmekte, çocukların psikiyatrik tanıları göz önüne alındığında erken ve düzenli tedavinin önemi anlaşılmaktadır. Artan vakalar karşısında etkili müdahale ancak bütüncül bir yaklaşım ile mümkün olacaktır. Uygulamada ise, sağlık, danışmanlık, eğitim tedbir kararlarının farklı kurumlar tarafından bağımsız olarak yürütüldüğü görülmektedir. Farklı hizmetlere ihtiyaç duyan çocuklar ve aileler için ilgili mevzuatın da uygulanarak "vaka yönetimi" uygulamasının getirilmesi ailelerin bütüncül ele alınmasını sağlayacaktır. Vaka yönetimi, müracaatçının çok sayıda hizmete ihtiyaç duyduğu zamanlarda hizmetin koordineli bir biçimde yapılabilmesi için kullanılan bir yöntemdir (Altındağ, 2020). Çocukları korumak, aileleri ve çocukları yaşadıkları sosyal çevre içerisinde değerlendirmeyi gerektiren karmaşık bir sorundur. Çocukların aileleri, okulları, yaşadıkları çevre, ihtiyaç duydukları hizmetler içinde bütüncül bir bakış açısı ile değerlendirilmeleri ancak vaka yönetimi ile mümkün olacaktır.

Sağlık tedbiri kararı ile değerlendiren çocukların ailelerinde ekonomik zorluklar, aile içi şiddet, ebeveyn anlaşmazlıkları, parçalanmış aile gibi psikososyal risk faktörlerinin olduğu görülmektedir. Bu bilgiler ışığında, tedbir kararı olan çocuklarda aileyi odak alan çalışmaların önemi anlaşılmaktadır. Aileyi ekonomik anlamda destekleyen politikaların yanısıra, sağlıklı aile hayatını geliştirmeyi hedefleyen eğitim ve

danışmanlık hizmetleri etkin bir şekilde oluşturulmalıdır. Çocuk koruma alanında, tüm çocuklara yönelik erken müdahale ilkesi temel olmalı, sorunlar oluşmadan çocukların ve ailelerinin içinde buldukları koşulları iyileştirmeyi hedef alan müdahaleler planlanmalıdır. Toplum temelli, risk temelli ve koruma temelli stratejilerin geliştirilmesi ile çocuk ve aile yararına bir çocuk koruma sistemi olanaklı hale gelecektir. Aile danışmanlığı hizmetleri yaygınlaştırılmalı ve danışmanlık tedbir kararları etkin bir şekilde uygulanmalıdır. Çocuklara ve ailelere ulaşmada ve hizmet sağlamada okullar çok önemli bir konumdadır. Ancak okul sosyal hizmet uygulamaların ülkemizde olmamasının çocuk koruma sisteminde büyük bir eksiklik olduğu düşünülmektedir. Sağlık tedbir kararı olan çocukların okula uyumlarının sağlanmasında ve okulla işbirliği yapılmasında okul sosyal hizmet uygulamalarının katkısı büyük olacaktır.

Araştırmanın yürütüldüğü hastanede yeterli sayıda meslek elamanının olmaması ve artan sağlık tedbiri vakaları mesleki çalışmaların yürütülmesini güçleştirmektedir. Hastanelerde sağlık tedbiri kararlarını takip eden sağlık tedbiri birimlerinin kurulması ve meslek elemanlarının sayısının artırılması çocuk koruma sisteminde önemli bir yere sahip olan sağlık tedbir kararlarının daha etkin yürütülmesine katkı sağlayacaktır.

#### **Çalışmanın Sınırlılıkları**

Araştırmanın geriye dönük belge taraması olması nedeniyle çocuklara ve ailelere ilişkin verilerin kayıtlarla sınırlı olması ve verilerin tek merkezden toplanmış olması bu araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır. İlgili mahkeme ve bakanlıkların sağlık tedbir kararına ilişkin verilerine ulaşamadığından, sağlık tedbirine ilişkin bilgiler hastane başvurusu olan çocuklarla yapılan çalışmalarla sınırlı kalmıştır.

**Kaynakça**

- Abram, K. M., Choe, J. Y., Washburn, J. J., Teplin, L. A., King, D. C., & Dulcan, M. K. (2008). Suicidal ideation and behaviors among youths in juvenile detention. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(3), 291-300.
- Aberle, N., Ratković-Blazević, V., Mitrović-Dittrich, D., Cocha, R., Stoić, A., Bubić, J., & et al. (2007). Emotional and physical abuse in family: Survey among high school adolescents. *Croatian Medical Journal*, 48(2), 240-248.
- Aldemir, V. (2011). Çocuk Koruma Kanunu'nun Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu'nda uygulanmasına ilişkin bir değerlendirme (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). *Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara*.
- Altındağ, Ö. (2020). Vaka yönetimi ve sosyal hizmette kullanımı. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 31(2), 618-646.
- Balcı, E. (2019). Türkiye'de Çocuk Hizmetleri ve Sosyal Hizmet. Ed. Abidin Özdemir, *Sosyal Hizmet Dergisi*, Temmuz-Aralık, 6-17.
- Belen, A., Kandak, M., Demir, E., Çekin, B., Demir, M., & Kandak, D. (2021). Açık lise öğrencilerinin görüşleri doğrultusunda açık liseyi tercih nedenlerinin belirlenmesi: ermenek örneği. *Uygulamalı Sosyal Bilimler ve Güzel Sanatlar Dergisi*, 3(6), 99-114.
- Brown, J., Cohen, P., Johnson, J. G., & Salzinger, S. (1998). A longitudinal analysis of risk factors for child maltreatment: Findings of a 17-year prospective study of officially recorded and self-reported child abuse and neglect. *Child abuse & neglect*, 22(11), 1065-1078.
- Bunting, L., Webb, M. A., & Shannon, R. (2017). Looking again at troubled families: parents' perspectives on multiple adversities. *Child & Family Social Work*, 22, 31-40.
- Bükecik, E., & Özkan, B. (2018). Kadına yönelik şiddet: Toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin kadın sağlığına etkisi. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 3(2), 33-37.
- Choi, J. B., & Thomas, M. (2015). Perceptual difference of child neglect among Korean parents and children: Implications for child welfare policy. *Children and Youth Services Review*, 55, 56-61.
- Cook, P. J., & Kang, S. (2016). Birthdays, schooling, and crime: Regression-discontinuity analysis of school performance, delinquency, dropout, and crime initiation. *American Economic Journal: Applied Economics*, 8(1), 33-57.
- Çam Tosun, F., & Bayram, A. (2015). Açıköğretim Lisesinde Artış:Kadın Öğrenciler. *Eğitim Bilim Toplum*, 13(49), 84-99.
- Clement ME, Berube A, Chamberland C.(2016).Prevalence and risk factors of child neglect in the general population, *Public Health*, 138: 86-92.

Çocuk Koruma Kanunu (ÇKK). 5395 Sayılı Kanun. 03.07.2005

Davies, P. T., & Cummings, E. M. (1994). Marital conflict and child adjustment: an emotional security hypothesis. *Psychological bulletin*, 116(3), 387.

Elmacı, D. (2018). Çocuk Korumada Sistem Yaklaşımı. *Prof. Dr. Emine AKYÜZ'e Armağan*, 172.

Er Fazlıoğlu, (2019). Sağlık tedbiri kapsamında tedavisi yürütülen çocukların ve ailelerinin psikososyal özelliklerinin sosyal hizmet perspektifinden değerlendirilmesi. *Journal of International Social Research*, 12(64).

Erbay, E., Güneş, D. K., Ahmet, E. G. E., Baksi, Y., & Civelek, F. (2015). 2010-2012 yılları arası koruyucu ve destekleyici tedbir kararlarının incelenmesi: Ankara 1. Çocuk Mahkemesi Örneği. *Toplum Ve Sosyal Hizmet*, 26(2), 31-52.

Erol N, Şimşek Z, Munir KM. (2008). Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Epidemiyolojisi. İçinde: Çetin FÇ, Pehlivan Türk B, Ünal F, Uslu R, İşeri E, Türkbay T, Coşkun A, Miral S, Motavallı N (editörler). Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 782-800.

Finkelhor, D., Turner, H. A., Shattuck, A., & Hamby, S. L. (2015). Prevalence of childhood exposure to violence, crime, and abuse: Results from the national survey of children's exposure to violence. *JAMA pediatrics*, 169(8), 746-754.

Galehouse, P., Herrick, C., & Raphael, S. (2010). ... on Foster Care International Society of Psychiatric-Mental Health Nurses. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 23(1), 36-39.

Herrenkohl, T. I., Hong, S., Klika, J. B., Herrenkohl, R. C., & Russo, M. J. (2013). Developmental impacts of child abuse and neglect related to adult mental health, substance use, and physical health. *Journal of family violence*, 28(2), 191-199.

Hussey, D. L., Falletta, L., & Eng, A. (2012). Risk factors for mental health diagnoses among children adopted from the public child welfare system. *Children and Youth Services Review*, 34(10), 2072-2080.

Jaffee, SR., & Christian, CW. (2014). The biological embedding of child abuse and neglect implications for policy and practice. *Social Policy Report*, 28(1), 1-36

Jocelyn B, Cohen P, Johnson JG, Salzinger S. (1998). A longitudinal analysis of risk factors for child maltreatment: Findings of a 17-year prospective study of officially recorded and self-reported child abuse and neglect, *Child Abuse & Neglect*, 22 (11) :1065-1078.

Karadağ, F. (2019). Çocuk ve ergen ruh sağlığı polikliniğinde sosyal hizmet uygulamaları. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 12(62), 1426-1430.

Karasar, N. (2012). Bilimsel araştırma yöntemi [Scientific research method]. *Ankara: Nobel Yayıncılık*.

Koruyucu ve Destekleyici Tedbir Kararlarının Uygulanması Hakkında Yönetmelik, 24 Aralık 2006 Tarih, 26386 Sayılı Resmi Gazete.

- Küçükkaraca, N., & Albayrak, H. (2016). Çocuğa yönelik cinsel istismar ve hegemonik erkeklik algısı: Neden sonuç ilişkisi üzerine bir tartışma. *Sosyal Bilimler Dergisi*, 1(4).
- Lee, B. J., & Goerge, R. M. (1999). Poverty, early childbearing, and child maltreatment: A multinomial analysis. *Children and Youth Services Review*, 21(9-10), 755-780.
- Macfie, J., Houts, R. M., Pressel, A. S., & Cox, M. J. (2008). Pathways from infant exposure to marital conflict to parent-toddler role reversal. *Infant Mental Health Journal: Official Publication of The World Association for Infant Mental Health*, 29(4), 297-319.
- Nasiroğlu, S. (2017). Sağlık tedbiri alınan çocuk ve ergenlerin ruhsal açıdan değerlendirilmesi. *Cukurova Medical Journal*, 42(3), 484-489.
- Okur, O., Aktaş, U., & Kaykısız, E. K. (2019). Evaluation of the children and adolescents taking health care measure in terms of mental health. *Bitlis Eren University Journal of Science and Technology*, 9(1), 41-45.
- Özkan, Y., & Selcik, O. (2016). Okul sosyal hizmeti'nin okul erken terki üzerine potansiyel etkisi. *Journal Of International Social Research*, 9(43).
- Polat, S., Tasar, A., Ozkan, S., Yeltekin, S., Cakir, B. C., Akbaba, S., ... & Beyazova, U. (2010). Perceptions and attitudes of mothers about child neglect in Turkey. *Infants & Young Children*, 23(2), 122-131.
- Sayfan, L., Mitchell, E. B., Goodman, G. S., Eisen, M. L., & Qin, J. (2008). Children's expressed emotions when disclosing maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 32(11), 1026-1036.
- Scannapieco, M., & Connell-Carrick, K. (2005). Focus on the first years: Correlates of substantiation of child maltreatment for families with children 0 to 4. *Children and Youth Services Review*, 27(12), 1307-1323.
- Sedlak AJ. (1997). Risk factors for the occurrence of child abuse and neglect, *J. Aggression, Maltreatment, Trauma*, 1: 149 -187.
- Sözer, Y. (2017). Mesleki açık öğretim lisesi öğrencilerinin örgün eğitim dışında olma nedenlerine ilişkin görüşlerinin değerlendirilmesi. *Dicle Üniversitesi Ziya Gökalp Eğitim Fakültesi Dergisi*, (30), 493-507.
- Şahbaz, M. (2020). Parçalanmış ve Parçalanmamış Ailelerden Gelen Ergenlerin Riskli Davranışlarının Bazı Demografik Değişkenlere Göre İncelenmesi. Thesis (M.Ed.), Eastern Mediterranean University, Institute of Graduate Studies and Research, Dept. of Educational Sciences, Famagusta: North Cyprus.



- Tanrıverdi, D.ve Özgüç, S. (2019). Parçalanmış ve tam aileye sahip çocukların/ergenlerin şiddete yönelik tutumları ve saldırganlık davranışlarının karşılaştırılması. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 10(3), 165-172.
- Taner, Y. ve Gökler, B. (2004). Çocuk istismar ve ihmali; Psikiyatrik yönleri. *Hacettepe Tıp Dergisi* 35, 82-86. Türk Medeni Kanunu, 22 Kasım 2001 tarih, 4721 sayılı yasa.
- Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması. (2014). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (ISBN:978-605-4628-75). Ankara: Elma Teknik Basım Matbaacılık.
- Uğur, Ç.,S. (2018). Türkiye’ de çocuk koruma politikaları: Sosyal ve ekonomik destek hizmetinin rolü. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Uzmanlık Tezi, Ankara
- Uluslararası Çocuk Merkezi Raporu (2018). Türkiye’de Çocuk Koruma Sistemi: Sorunlar ve Savunu Alanları.
- Yusufoğlu, Ö. Ş. ve Kızmaz, Z. (2015). Parçalanmış Yoksul Ailelerin Geçinme Stratejileri: Elazığ Örneği. *Fırat Üniversitesi Harput Araştırmaları Dergisi*, 2(2), 1-18.