



ARAŞTIRMA / RESEARCH

Sağlık tedbiri alınan çocuk ve ergenlerin ruhsal açıdan değerlendirilmesi

Mental assessment of child and adolescents in health measure

Serhat Nasıroğlu

¹Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Sakarya, Turkey

Cukurova Medical Journal 2017;42(3):484-489

Abstract

Purpose: The aim of this study is to examine the psychiatric disorders and sociodemographical variables of the children and adolescents referred to child and adolescent psychiatry clinics by the juvenile courts along with an health measure.

Material and Methods: The psychiatric diagnoses and education precautions of children under health measure are recorded. Besides sociodemographic characteristics of the children and adolescents referred to Sakarya University Child and Adolescent Psychiatry clinic for health measures have been also examined retrospectively.

Results: Fifteen percent of the children did not meet any diagnostic criteria, while 15% of the children were diagnosed with posttraumatic stress disorder, 17% of them were shown to be mental retardation 26.3% of them were attention deficit hyperactivity disorder+conduct disorder and 45% of them had other diagnoses. 78% of the children received medical treatment. 50% of the children and adolescents were from rural areas. 28% of the children were reported to quit the school.

Conclusion: The study has shown that a large proportion of the examined children were diagnosed with at least one psychiatric disorder. Further studies are needed in order to determine the risks and the protective factors that affect the admitted children to the child protection system psychologically.

Key words: Health measure, child, mental disorders.

Öz

Amaç: Bu çalışmanın amacı, çocuk mahkemeleri tarafından sağlık tedbiri alınan ve çocuk ergen psikiyatrisi polikliniğine yönlendirilen olguların ruhsal bozukluk tanımlarını ve sosyodemografik değişkenlerini incelemektir.

Gereç ve Yöntem: Sakarya Üniversitesi Çocuk Psikiyatrisi Polikliniği'ne sağlık tedbiri alınması nedeniyle yönlendirilen çocuk ve ergenler ruhsal bozukluk tanıları, eğitim tedbiri alınıp alınmadığı ve sosyodemografik özellikleri açısından geriye dönük olarak incelenmiştir.

Bulgular: Çocuk ve ergenlerin % 15'inde tanı olmadığı, %15'inde travma sonrası stres bozukluğu, % 17'nde mental retardasyon ve % 26,3'ünde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu +davranım bozukluğu ve %45'inde ise diğer tanıları saptanmıştır. Çocuk ve ergenlerin %79'unda ilaç tedavisi uygulanmış olduğu, %50'sinin il merkezinden ve geri kalanlar ise diğer ilçelerden geldiği belirlenmiştir. Çalışmadaki çocuk ve ergenlerin %28'i okulu bırakmış olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Çalışmamız çocuk mahkemeleri tarafından sağlık tedbiri alınan çocukların yüksek oranlarda ruhsal bozukluk tanısı aldıklarını göstermektedir. Çocuk koruma sistemi içinde bulunan çocukların ruh sağlığını etkileyen risk ve koruyucu faktörlerin belirlenmesi amacıyla ülkemizde daha fazla çalışma yapılması gerekmektedir

Anahtar kelimeler: Sağlık tedbiri, çocuk, ruhsal bozukluk.

GİRİŞ

Milletler Cemiyeti tarafından 1924'de kabul edilen "Çocuk Hakları Cenevre Bildirgesi" çocuk hakları alanında tarihi önemde bir adımdır. Çocukların özel durumları göz önüne alarak daha sonraki zamanlarda

da özel yasal düzenlemeler için çalışmalar devam etmiştir. "Çocuk Hakları Sözleşmesi" 20 Kasım 1989'da yapılan Birleşmiş Milletler Genel Kurulunda oy birliği ile kabul etmiştir².

Çocuk haklarının korunması açısından çocuk mahkemeleri ise suça sürüklenen çocuğa yönelik

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Serhat Nasıroğlu, Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Sakarya, Turkey E-mail: serhatnasiroglu@gmail.com
Geliş tarihi/Received: 11.12.2016 Kabul tarihi/Accepted: 30.12.2016

kurulan ve çocuğun topluma tekrar kazandırılmasına aracılık eden çocuk adalet sistemi içerisindeki önemli kurumlardır. Suça sürüklenen çocuklara yönelik ilk çocuk mahkemesi ülkemizde 1979 yılında Çocuk Mahkeme yasası çıkartılmıştır¹. Mahkemeler tarafından suça sürüklenmiş veya suç mağduru çocuklara yönelik koruyucu ve destekleyici tedbir kararları verilebilmektedir. 5395 sayılı çocuk koruma Kanunu'na göre sağlık tedbiri, çocuğun fiziksel ve ruhsal sağlığının korunması ve tedavisi için gerekli geçici veya sürekli tıbbî bakım ve rehabilitasyonuna, bağımlılık yapan maddeleri kullananların tedavilerinin yapılmasına yöneliktir. Eğitim tedbiri ise çocuğun bir eğitim kurumuna gündüzlü veya yatılı olarak devamına; iş ve meslek edinmesi amacıyla bir meslek veya sanat edinme kursuna gitmesine veya meslek sahibi bir ustanın yanına yahut kamuya ya da özel sektöre ait işyerlerine yerleştirilmesine yöneliktir². Çocuk mahkemesi hakkında sağlık tedbiri kararı vermiş olduğu çocuğun bu karar sonucunda sağlık hizmeti alıp almadığını denetleyebilir. Mahkemeler tarafında atanan denetim görevlisi bu süreci takip eder ve 3 aylık sıklıklarla çocuk mahkemesine bilgi verir. Hakim veya mahkeme; denetim memurları, çocuğun velisi, vasisi, bakım ve gözetimini üstlenen kimselerin, tedbir kararını yerine getiren kişi ve kuruluşun temsilcisi ile Cumhuriyet savcısının talebi üzerine veya resen çocuğa uygulanan tedbirin sonuçlarını inceleyerek kaldırabilir, süresini uzatabilir veya değiştirebilir². Türkiye çocuk koruma yasalarına göre eğitim tedbiri kararı, ilgisine göre il millî eğitim müdürlüklerine sağlık tedbiri kararı, il sağlık müdürlüklerine gönderilir.

Çocuk koruma uygulamalarının dünyada nasıl uygulandığında bakıldığında Amerika Birleşik Devletleri'nde 2008 yılında yapılan bir değerlendirme raporunda; 6 milyon çocuğu ilgilendiren istismar ve ihmal konularında yerel çocuk koruma servislerine yaklaşık 3,3 milyon çocuğun başvurduğu bildirilmiş ve bunların araştırma sonunda 772.000'inin kötü muamele kurbanı olduğu tespit edilmiştir³. Aileler kendi çocuklarının ruhsal sağlığı konusunda bir sorumluluğa sahiptir, ancak devletler sosyal bakım konusunda ailelerin çocukları hakkındaki kararlara müdahale edebilmektedir⁴. Bu şekilde; devletler çocukların hastalıklara karşı aşılması konusunda bir zorunluluk getirebilmektedir³. Genel olarak, anne-babalar çocuk korumasında başarısız olduklarında, çocuk koruma sistemi müdahale edebilir. Genellikle ailenin kasıtlı hatası sonucu çocuğun yeterli tıbbî tedavi alamadığını tespit edilirse

çocuğun devlet gözetimi altında tedavi edilmesi kararını verebilir^{5,6}.

Çocuklar istismara ve ihmale uğradıklarında ruhsal ve fiziksel ve ruhsal bozukluklar gelişebilir⁷. Çocuk koruma kararı alınanlar ile yapılan çalışmalar sonucu çocuklarda genel topluma göre daha sık davranışsal ve ruhsal sorunlar ortaya çıktığı gözlemlenmiştir⁸. Çocuk bakım evlerinde kalan çocukların neredeyse yarısında davranış sorunları gözlemlenirken bu oran genel toplumda % 20 civarında bazen daha düşük orandadır⁹. Yapılan bir diğer çalışmada çocuk bakım sisteminde olan çocukların yaklaşık %25'inde çeşitli sağlık sorunları ile mücadele ederken bu oran normal ailelerde yaşayan çocuklardan anlamlı derecede yüksek görülmüştür¹⁰.

Bu makalede türk hukuk sisteminde Çocuk Koruma Kanunu çerçevesinde sağlık tedbiri alınan çocukların ruhsal patoloji sıklıklarını, koruyucu verisk faktörlerini inceleyerek bu çocuklara yönelik yeni ruh sağlığı politikalarına katkıda bulunmak amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM:

Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Psikiyatrisi Polikliniği'ne Çocuk Mahkemeleri tarafından hakkında sağlık tedbiri alınmış olması nedeni ile yönlendirilen olgular (n:76) çalışmaya alınmıştır. 01.06.2015 ve 01.01.2016 tarihleri arasında yeni başvurusu yapılan ve daha önce takip altında olan olgular çalışmaya dahil edilmiştir. Dosyaları eksik olan 17 olgunun dosya bilgileri eksik olması nedeni ile çalışmadan dışlanmıştır. Adli olguların sosyodemografik bilgileri, daha önce aldıkları ruhsal bozukluk tanıları ve gelişim öyküleri poliklinik dosyalarından elde edilmiştir. Olguların sağlık tedbiri alınma nedenleri ve eğitim tedbiri kararının olup olmadığı Sakarya İl Sağlık Müdürlüğü verileri incelenmesi sonucu elde edildi. Çocuk ve gençlerin Eksen I tanıları yaklaşık 40 dakika süren DSM-5'edeyali klinik görüşme ile belirlenmiştir. Çalışma ile ilgili etik kurul onayı Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan 25.02.2016 tarih ve 37 sayılı kararı ile alınmıştır.

İstatistiksel analiz

Tanımlayıcı istatistikler ortalama (Ortalama), standart sapma (s. sapma), frekans (n) ve yüzde (%) değerleri ile sunulmuştur. Çocukların sosyo-demografik, demografik ve diğer özelliklerinin tedbir

durumları üzerindeki etkisini incelenmesi adına Ki-kare analizi uygulanmıştır. Farklı olan grupların karşılaştırması için Bonferroni testi kullanılmıştır. Çocuk ve ergenlerin ve anne babalarının yaşlarının tedbir Durumları üzerindeki etkisini incelenmesi adına t testi analizi uygulanmıştır. Analizlerde 0,05'den küçük p değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Analizler SPSS 22,0 paket programı ile yapılmıştır.

BULGULAR

Çalışmaya alınan çocuk ve ergenlerin %53'nün erkek ve %47'nin kız çocuklardan oluşmaktadır. Çocuk ve ergenlerin %50'si il merkezinden geri kalanlar ise diğer ilçelerden gelmektedir. Çocuk ve ergenlerin

%28'i okulu terk etmiştir. İlaç kullanan çocukların oranı %78.9 olarak belirlenmiştir. Çocuk ve ergenlerin annelerinin %29'u sadece okuryazar, %63'ü ilkökul, %8'i ise lise ve üstü eğitime sahip oldukları görülmektedir.

Çocuk ve ergenlerin annelerinin %62'si ev hanımı, %18'i memur, %20'si ise serbest meslek sahibi olduğu tespit edilmiştir. Annelerin %20'nin vefat ettiği görülmektedir. Çocuk ve ergenlerin babalarının %16'sı sadece okuryazar, %59'u ilkökul, %25'i ise lise ve ortaokul düzeyinde eğitime sahip oldukları görülmektedir. Babaların %3'ü memur, %45'i serbest meslek sahibi, %9'u emekli, %37'si işçi, %7'si çiftçi olduğu görülmektedir. Babaların %16'nda ruhsal hastalık olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 1. Ailenin sosyodemografik özellikleri

Anne eğitim durumu	n (76)	% Yüzde
Okur Yazar	22	28.9
İlkokul	48	63.2
Lise Ve Üstü	6	7.9
Anne iş durumu		
Ev Hanımı	47	61.8
Memur	14	18.4
Serbest	15	19.7
Annede ruhsal hastalık	15	19.7
Anne ölümü	15	19.7
Baba eğitim durumu		
Okur Yazar	12	15.8
İlkokul	45	59.2
Ortaokul- Lise	19	25.0
Baba ölümü	12	15.8

Tablo 2. Çocukların ruhsal bozukluk tanıları

Tanı	n	% Yüzde
Tanı Yok	11	14,4
TSSB	12	15,7
Depresyon	3	3,9
Mental Retardasyon	13	17,1
DEHB	9	11,8
DEHB+Davranım bozukluğu	20	26,3
Madde Bağımlılığı	1	1,3
Duygudurum bozukluğu	3	3,9
Otizm	1	1,3
Psikotik Bozukluk	3	3,9

TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

Çocuk ve ergenlerin ailelerinin %59'u birlikte, %28'i boşanmış ve %13'ünde ise anne veya babanın vefatı söz konusudur. Çocuk ve ergenlerin %32'sinin ailesinde ruhsal hastalık durumu olan bireylerin olduğu gözlenmiştir. Çocuk ve ergenlerin %13'ünün

ebeveynleri arasında akrabalık ilişkisi olduğu görülmektedir. Çocuk ve ergenlerin %26'nın geçirdiği bir hastalık olduğu görülmektedir. Çocuk ve ergenlerin %20'si cinsel istismar, %21'i davranış bozukluğu, %13'ü bakım yetersizliği, %4'ü sınırdan

zeka ve travma sonrası stres bozukluğu (tssb) ve %38'si ise diğer nedenlerden dolayı tedbir altında oldukları belirlenmiştir. Çocuk ve ergenlerin %15'inde tanı olmadığı, %15'inde TSSB, % 17'sinde mental retardasyon ve %26.3'ünde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (dehb) + davranım

bozukluğu ve %45'inde ise diğer tanıların saptandığı görülmektedir. Çocuk ve ergenlerin ailelerindeki çocuk sayılarının eğitim tedbiri üzerinde etkili olup olmadığının tespit edilmesi amacı ile Ki-kare (X^2) analizi uygulanmıştır (Tablo 3).

Tablo 3. Eğitim tedbiri ve ilaç tedavisi

İlaç Tedavisi		Eğitim Tedbiri		X^2	P
		Evet	Hayır		
Var	n	12	48	0.19	0.66
	%	20.0%	80.0		
Yok	n	4	12		
	%	25.0%	75.0		

Çocuk ve ergenlerin cinsiyetlerinin eğitim tedbiri üzerinde etkili olup olmadığının tespit edilmesi amacı ile Ki-kare (X^2) analizi uygulanmıştır. Sonuçlara göre çocuk ve ergenlerin ilaç tedavisi almalarının eğitim tedbiri alınması üzerinde anlamlı etkisinin olmadığı tespit edilmiştir ($X^2=0.19$, $p>0.05$). İlaç tedavisi alan ve almayan hastaların tedbir oranlarının benzer olduğu görülmektedir.

Aynı zamanda olguların yaşlarının eğitim tedbiri alınması üzerinde anlamlı etkisinin olmadığı tespit edilmiştir ($X^2=1.02$, $p>0.05$). Farklı yaş gruplarına sahip olan çocukların tedbir oranların benzer düzeylerde olduğu tespit edilmiştir. Çocuk ve ergenlerin aile durumlarının eğitim tedbiri üzerinde etkili olup olmadığının tespit edilmesi amacı ile Ki-kare analizi uygulanmıştır (Tablo 4).

Tablo 4. Eğitim tedbiri ve aile durumu

Aile Durumu		Eğitim Tedbiri		X^2	p
		Evet	Hayır		
Birlikte	N	13 ^a	32	6.90	0.03
	%	28.9%	71.1		
Boşanmış	N	3 ^a	18		
	%	14.3%	85.7		
Vefat	N	0 ^b	10		
	%	0.0%	100.0		

*a-b grupları farklı olan grupları göstermektedir.

Ailelerinde vefat etmiş anne ve babası olan çocuk ve ergenlerin, aileleri ile birlikte yaşam ve boşanmış ailelere sahip çocuklara göre daha düşük oranlarda olduğu görülmektedir ($X^2=6.90$, $p<0.05$). Çocuk ve ergenlerin ailelerinde ruhsal hastalık varlığının eğitim tedbiri alınması üzerinde anlamlı etkisinin olmadığı tespit edilmiştir ($X^2=0.02$, $p>0.05$). Okula devam durumu incelendiğinde ise çocukların %27,6'sının okulu terk ettiği belirlenmiştir. Çocuk ve ergenlerin anne ve baba arasındaki akrabalık durumlarının ise eğitim tedbiri alınması üzerinde anlamlı etkisinin olmadığı tespit edilmiştir ($X^2=0.84$, $p>0,05$).

TARTIŞMA

Çocuk ve ergenlerin tedavileri konusunda karar veremeyecek olgunlukta omları neden ile kendileri

ile ilgili bazı kararlara ailenin onay vermesi gerekmektedir. Ailelere çocukları hakkında karar verme yetkisi kendi çocuklarını diğer çocuklardan daha iyi tanıdıkları ve onlar hakkında doğru karar vermek isteyecekleri düşünülerek verilmiştir¹¹. Bunun ötesinde aileler çocuklarının sağlık hizmet alabilmesi açısından ekonomik olarak sorumlu kimselerdir. Sağlık hizmeti konularında ailelerin yetkileri ancak ailelerin bu rolü üstlenebilecek yeterli koşulları olmadığında veya çocuklarına karşı ilgili olmadıkları zamanlarda mahkemelerce engellenir¹². Bu çalışmada çocuk ve ergenlerin % 53'nün erkek ve % 47'nin kız çocuklardan oluştuğu görülmüştür. Literatürler uyumlu olarak kız ve erkek çocukları arasında çocuk koruma kararının alınması açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Çocuk ve ergenlerin %79'nda ilaç tedavisi uygulanmaktadır.

Koruma altındaki çocuklarla yapılan bir çok çalışma ihmal ve istismara maruz kalmanın anksiyete bozukluğu, duygudurum bozuklukları ve yıkıcı davranım sorunları dahil olmak üzere pek çok ruhsal bozukluk açısından risk faktörü olduğu belirtilmiştir¹³. Aynı zamanda ailelerin çocukların davranışlarına net bir şekilde kural koyamaması, çocukların uygun sosyal etkileşimlerini ve davranışlarını denetimde hatalar, tutarsız veya ciddi, küfürlü disiplin davranışları çocuklardaki şiddet riskini arttırmaktadır¹⁴. Yapılan bir çalışmada koruma sistemindeki çocukların sorunlu arkadaşlık ilişkileri %13, başkalarına karşı şiddet %10, düzensiz okula devam %9 ve alkol-madde kullanımı %6 oranında olduğu saptanmıştır¹⁵. Aynı zamanda evleri dışında bakıma muhtaç kalan çocuklarda eğitim alanında akranlarına göre geride kalma ve daha kötü fiziksel sağlık sorunları oluştuğu belirtilmiştir¹⁶. Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir çalışmada ise çocuk koruma sistemine ek olarak 4 farklı bakım alanında (alkol ve uyuşturucu hizmetleri, çocuk evlerindeki ciddi duygusal bozukluklar, ruh sağlığı hizmetleri ve devlet okulu hizmetleri) destek alan 6-18 yaş arası çocuklarda ruhsal patoloji görülme sıklığı araştırılmıştır. Beş farklı bakım alanından 1618 çocuk ile yapılandırılmış görüşme sonuçlarına göre dehb %50, davranım bozuklukları %50, anksiyete bozukluğu %10 ve duygudurum bozuklukları %10 olarak saptanmıştır¹⁷. Hiperaktivite, davranış bozuklukları ve erken çocukluk yaş döneminde madde kullanımının ileriki yaş dönemde davranım bozukluğu ve suça sürüklenme yönünden önemli bir belirleyici olduğu belirtilmektedir¹⁸.

Copeland ve arkadaşları tarafından hiperaktivite ve eşlik eden bozuklukların sıklığı tek başına görülen bozukluklara oranla suç işleme riskini arttırmakta olduğu belirtilmektedir¹⁹. Bu alanda yapılan diğer çalışmalarla da benzer şekilde bu çalışmada çocuk ve ergenlerin % 15'inin tanı almadığı, %15'inde TSSB, % 17'sinde mental retardasyon, %26,3'ünde DEHB +Davranım Bozukluğu ve %45'inde ise diğer tanıların bulunduğu görülmektedir¹⁰. Sonuçlar sağlık tedbirleri alınan çocukların daha yüksek ruhsal hastalık tanısı aldığını göstermektedir. Ailelerin sahip olduğu düşük sosyoekonomik seviye, ailesel ruhsal patoloji varlığı çocukların duygusal ve davranışsal problemler yaşamasında önemli kriterler olarak karşımıza çıkarken aynı zamanda bu sebeplerden dolayı düşük okula katılım oranları ile karşımıza çıkabilmektedir²⁰. Bu çalışmada literatürle benzer olarak çocukların %27,6'sının okulu terk ettiği belirlenmiştir. Özellikle okula düşük katılımın çocukları daha fazla istismara

ve ihmale açık hale getirdiği düşünüldüğünde; çocuğun yüksek yararı gözetilerek ülkemizdeki çocukların eğitimlerine devam edebilmesi amacıyla yürütülen çalışmalar desteklenmelidir. Risk grubunda olan ve okula devam edemeyen çocuklarda kendilerine ve diğer çocuklara zarar verme riski artmaktadır²¹. Okula devam etmekte zorlanan bu çocuklara yönelik ayrımcılık artmakta ve ailelerin ve okul yönetiminin çocukları kazanmaya yönelik davranışlarında yetersiz oldukları görülmektedir. Bu durumda çocuklarda ruhsal patoloji gelişme ve suça sürüklenme riski artmaktadır^{4,21}

Çocukların ihmal ve istismarından korunması amacıyla ilgili tüm birimlerin iş birliği halinde çalışması gerekmektedir. Sadece Sakarya İlindeki çocukların değerlendirilmesi ve örneklem sayısının az olması bu çalışmada önemli bir kısıtlılıktır. Çocuk koruma sisteminde dahil çocuklarla ilgili yapılan çalışmaların artması gerekmektedir. Çocukların temel ruhsal ve temel bakım ihtiyaçlarının karşılanması çocuklardaki ruhsal patoloji ve suça sürüklenme risklerini azaltacaktır. Risk altında bulunan çocukların olası risklerinin belirlenmesi çözüm yollarının bulunabilmesi amacıyla multidisipliner bir yaklaşımla karar alınması çocukları koruma konusunda önemli bir adım olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Erükücü G, Akbaş E. Türkiye'de çocuk mahkemeleri uygulamalarına eleştirel bir bakış. İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi. 2012;1:135-153.
2. Çocuk Koruma Kanunu (ÇKK). 5395 Sayılı Kanun. 03.07.2005.
3. Hussey DL, Falletta L, Eng A. Risk factors for mental health diagnoses among children adopted from the public child welfare system. Child Youth Serv Rev. 2012;34:2072-80.
4. 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.
5. Colgrove J, Bayer R. Manifold restraints: liberty, public health, and the legacy of Jacobson v Massachusetts. Am J Public Health. 2005;95:571-6.
6. Takaoka K, Mizoguchi F, Wada I, Nakazato M, Shiraishi T, Ando S et al. How parents suspected of child maltreatment change their cognition and behavior: a process model of outreach and child protection, generated via grounded theory. Child Youth Serv Rev. 2016;71:257-65.
7. Herrenkohl TI, Hong S, Klika JB, Herrenkohl RC, Russo MJ. Developmental impacts of child abuse

- and neglect related to adult mental health, substance use, and physical health. *J Fam Violence*. 2013;28:191-9.
8. Woods SB, Farineau HM, McWey LM. Physical health, mental health, and behaviour problems among early adolescents in foster care. *Child Care Health Dev*. 2013;39:220-7.
 9. Jee S, Szilagyi M, Blatt S, Meguid V, Auinger P, Szilagyi P. Timely identification of mental health problems in two foster care medical homes. *Child Youth Serv Rev*. 2010;32:685-90.
 10. Galehouse P, Herrick C, Raphael S. On foster care International Society of Psychiatric-Mental Health Nurses. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*. 2010;23:36-9.
 11. 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.
 12. Abram KM, Choe JY, Washburn JJ, Teplin LA, King DC, Dulcan MK. Suicidal ideation and behaviors among youths in juveniledetention. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2008;47:291-300.
 13. Nemeroff CB. Paradise lost: the neurobiological and clinical consequences of child abuse and neglect. *Neuron*. 2016;89:892-909.
 14. Reams R. Children birth to three entering the state's custody. *Infant Ment Health J*. 1999;20:166-174.
 15. Reilly T. Transition from care: status and outcomes of youth who age out of foster care. *Child Welfare*. 2003;82:727-46.
 16. Pears KC, Kim HK, Fisher PA, Yoerger K. Early school engagement and late elementary outcomes for maltreated children in foster care. *Dev Psychol*. 2013;49:2201-11.
 17. Garland AF, Hough RL, McCabe KM, Yeh MAY, Wood PA, Aarons GA. Prevalence of psychiatric disorders in youths across five sectors of care. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001;40:409-18.
 18. Mohr-Jensen C, Steinhausen HC. A meta-analysis and systematic review of the risks associated with childhood attention-deficit hyperactivity disorder on long-term outcome of arrests, convictions, and incarcerations. *Clin Psychol Rev*. 2016;48:32-42.
 19. Copeland WE, Miller-Johnson S, Keeler G, Angold A, Costello EJ. Childhood psychiatric disorders and young adult crime: a prospective, population-based study. *Am J Psychiatry*. 2007;164:1668-75.
 20. Rauh VA, Margolis AE. Research Review: Environmental exposures, neurodevelopment, and child mental health—new paradigms for the study of brain and behavioral effects. *J Child Psychol Psychiatry*. 2016;57:775-93.
 21. Cook PJ, Kang S. Birthdays, schooling, and crime: regression-discontinuity analysis of school performance, delinquency, dropout, and crime initiation. *Am Econ J Appl Econ*. 2016;8:33-57