



**T.C.**

**MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**SUÇA SÜRÜKLENEN ÇOCUKLARIN  
SAĞLIK BAKIM GEREKSİNİMLERİNİN BELİRLENMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**SERAP GÖKBEL SÖNMEZ**

**ŞUBAT, 2017**

**MUĞLA**



**T.C.  
MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**SUÇA SÜRÜKLENEN ÇOCUKLARIN  
SAĞLIK BAKIM GEREKSİNİMLERİNİN BELİRLENMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**SERAP GÖKBEL SÖNMEZ**

**DANIŞMAN: DOÇ. DR. MEDİA SUBAŞI BAYBUĞA**

**Bu araştırma Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri  
Koordinasyon Birimi tarafından desteklenmiştir.**

**ŞUBAT, 2017**

**MUĞLA**



T.C.

MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

SUÇA SÜRÜKLENEN ÇOCUKLARIN  
SAĞLIK BAKIM GEREKSİNİMLERİNİN BELİRLENMESİ

SERAP GÖKBEL SÖNMEZ

Sağlık Bilimleri Enstitüsünde

“Yüksek Lisans”

Diploması Verilmesi İçin Kabul Edilen Tezdir.

Tezin Enstitüye Verildiği Tarih: 23.02.2017

Tezin Sözlü Savunma Tarihi: 03.02.2017

Tez Danışmanı : Doç. Dr. Media SUBAŞI BAYBUĞA

Jüri Üyesi : Doç. Dr. Medine YILMAZ

Jüri Üyesi : Yard. Doç. Dr. Güngör GÜLER

Enstitü Müdürü : Prof. Dr. Feral ÖZTÜRK

ŞUBAT, 2017

MUĞLA

## TUTANAK

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nün 03.02.2017 tarih ve ..... sayılı toplantısında oluşturulan jüri, Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin **24/6** maddesine göre, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Serap GÖKBEL SÖNMEZ'in "**Suçta Sürüklenen Çocukların Sağlık Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi**" adlı tezini incelemiş ve aday 03.02.2017 tarihinde saat 10:00'da jüri önünde tez savunmasına alınmıştır.

Adayın kişisel çalışmaya dayanan tezini savunmasından sonra 60 dakikalık süre içinde gerek tez konusu, gerekse tezin dayanağı olan anabilim dallarından sorulan sorulara verdiği cevaplar değerlendirilerek tezin **kabul** edildiğine oy.... ile karar verildi.

Doç. Dr. Media SUBAŞI BAYBUĞA

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Medine YILMAZ

Üye

Yard. Doç. Dr. Güngör GÜLER

Üye

## YEMİN

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum “**Suça Sürüklenen Çocukların Sağlık Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi**” adlı çalışmanın, tarafımdan bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurulmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin Kaynakça’da gösterilenlerden olduğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanmış olduğumu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

03.02.2017

SERAP GÖKBEL SÖNMEZ

**YÜKSEKÖĞRETİM KURULU DOKÜMANTASYON MERKEZİ**  
**TEZ VERİ GİRİŞ FORMU**

**YAZARIN**

**MERKEZİMİZCE DOLDURULACAKTIR.**

**Soyadı** : GÖKBEL SÖNMEZ

**Adı** : SERAP

**Kayıt No:**

**TEZİN ADI**

**Türkçe** : Suça Sürüklenen Çocukların Sağlık Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi

**Y. Dil** : Determination of Health Care Needs of Juvenile Offenders

**TEZİN TÜRÜ:** Yüksek Lisans  
(\*)

Doktora  
( )

Sanatta Yeterlilik  
( )

**TEZİN KABUL EDİLDİĞİ**

**Üniversite** : Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi

**Fakülte** : Sağlık Bilimleri Fakültesi

**Enstitü** : Sağlık Bilimleri Enstitüsü

**Diğer Kuruluşlar** :

**Tarih** : 03.02.2017

**TEZ YAYINLANMIŞSA**

**Yayımlayan** :

**Basım Yeri** :

**Basım Tarihi** :

**ISBN** :

**TEZ YÖNETİCİSİNİN**

**Soyadı, Adı** : SUBAŞI BAYBUĞA, Media

**Ünvanı** : Doç. Dr

**TEZİN YAZILDIĞI DİL : TÜRKÇE**

**TEZİN SAYFA SAYISI: 174**

**TEZİN KONUSU (KONULARI) :**

- 1.Suç
- 2.Suçta Sürüklenen Çocuk
- 3.Sağlık Bakım Gereksinimi ve Hemşirelik

**TÜRKÇE ANAHTAR KELİMELER :**

1. Suça Sürüklenen Çocuk
2. Sağlık Bakım Gereksinimi
3. Halk Sağlığı Hemşireliği

**İNGİLİZCE ANAHTAR KELİMELER:**

1. Juvenile Offender
2. Health Care Need
3. Public Health Nursing

- 1- Tezimden fotokopi yapılmasına izin vermiyorum ( )
- 2- Tezimden dipnot gösterilmek şartıyla bir bölümünün fotokopisi alınabilir (\*)
- 3- Kaynak gösterilmek şartıyla tezimin tamamının fotokopisi alınabilir ( )

**Yazarın İmzası :**

**Tarih : 03.02.2017**





## ÖZET

**Giriş ve Amaç:** Ceza infaz kurumları, toplumda bulunan hastalıkların daha yoğun olarak görüldüğü yerlerdir. Ceza infaz kurumlarında sunulan sağlık bakım hizmetleri, ceza infaz kurumları ve toplum arasında yoğun bir etkileşime sahip olduğu için, halk sağlığının kaçınılmaz bir parçasıdır. Ceza infaz kurumlarında iyi planlanan bir halk sağlığı hemşireliği hizmeti; çocuklukla yetişkinlik arasında bir köprü, kişilik gelişiminde bir dönüm noktasında olan bu kurumlarda kalan suça sürüklenen çocukların, riskli davranışlardan kaçınarak, sağlıklı ve güvenli davranışlar göstermesine, iyi bir bilgi, beceri, olumlu tutum ve davranış kazanmasına, sağlıklı yaşam bilincinin gelişmesi ve yaşam tarzının iyileştirilmesine, topluma döndüklerinde birlikte yaşadığı kimselere ve gelecekte çocuklarına iyi birer rol model olabilmesine, rehberlik yapabilmesine ve böylece sağlıklı toplumlar oluşmasına katkı sağlar. Bu çalışmada ceza infaz kurumlarındaki suça sürüklenen çocukların sağlık bakım gereksinimlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Tanımlayıcı tipteki bu araştırma; T.C. Adalet Bakanlığı Ceza ve Tevkifevleri Genel Müdürlüğü'nden gerekli izin alınarak İzmir Aliğa/Şakran Çocuk ve Gençlik Kapalı Ceza İnfaz Kurumu'nda yapılmıştır. Araştırmanın evrenini; T.C. Adalet Bakanlığı İzmir Çocuk ve Gençlik Kapalı Ceza İnfaz Kurumu'nda 2015-2016 yılları arasında kalan 268 tutuklu, hükümlü ve hükümsüz çocuk oluşturmuştur. Örneklem grubuna dahil edilecek toplam çocuk sayısı tabakalı rastgele örnekleme yöntemi kullanılarak 158 çocuk olarak belirlenmiştir. Araştırmanın uygulaması Kasım 2015- Haziran 2016 tarihleri arasında yapılmıştır. Veriler; Sağlık Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesine İlişkin Anket Formu (Ek I) ve Fizik Muayene Formu (Ek II) kullanılarak toplanmıştır. Verilerin istatistiksel değerlendirmesi ise bilgisayarda SPSS 18.00 hazır paket programı kullanılarak yapılmıştır.

**Bulgular:** Araştırmaya katılan çocukların %34.8'i tutuklu, %38'i hükümsüz, %27.2'si ise hükümlü çocuklardan oluşmaktadır. Çocukların %10.2'si 16 yaşın altında, %89.8'i ise 16-17 yaş grubunda olup, %93'ü bekar, %6.3'ü evli ve %0.7'sinin ise boşanmış olduğu saptanmıştır. Çocukların %51'i Ege Bölgesi'nde doğmuş olup, %55'inin aile yapısı çekirdek, %24.7'sinin parçalanmış, %20.3'ünün ailesi ise geniş aile yapısında olup, yarısından fazlası ise çok çocuklu ailelerden gelmektedir. Çalışmada çocukların %15.8'inin ilkokul, %24.1'inin ortaokul mezunu,

%31'inin lise öğrencisi olduğu, %8.2'sinin ise okuryazar olmadığı saptanmıştır. Çocukların %21.6'sı 1-5 yıl, %32'si ise 10 yıldan fazla ceza almış olup, %31'inin 12 ay ve üzeri cezaevinde kaldığı belirlenmiştir. Araştırmada çocukların çoğunluğu sigara ve alkol, yarıdan fazlası esrar, kokain, 1/3'ü uçucu madde ve %18.4'ü ise diğer bağımlılık yapıcı maddeleri kullandığını ifade etmiş olup; %17.3'ü kendini sağlıklı bulmadığını, %35.3'ü sağlık sorununun olduğu, %34.2'si herhangi bir hastalık geçirdiğini, %4'ü kronik bir hastalığa sahip olduğunu, %28.2'si ameliyat, %68'i daha önce kaza geçirdiğini ve yaralandığını, bir çocuk ise doğuştan fiziksel engelinin olduğunu belirtmiştir. Araştırmada çocukların %3.8'inin sistolik kan basıncının yüksek, %2.5'inin 95 ve üzeri persentilde, %13.3'ünün soluk görünümüne sahip olduğu, %33.5'inin vücudunda ve ayak parmak aralarında kaşıntı, %77.8'inde skar dokusu, çoğunluğunda çürük diş, %31'inde dispne, %33.5'inde balgam, %5.1'inde hemoptizi, %38.6'sında midede yanma, %16.5'inde idrar tutmada zorluk çekme, %6.4'ünde ise geceleri idrar kaçırmaya sorunu olduğu, %27.8'inde görme kaybı, %7'sinde işitme sorunu olduğu saptanmıştır. Ayrıca çocukların %22.1'i kahvaltı yapmadığını, yarısından fazlası uyku sorunu yaşadığını, çoğunluğu stres yaşadığını (n:99), %14.6'sı kendisini ruhsal yönden iyi hissetmediğini, %15.8'i kendini değersiz bulduğunu, %13.2'si yaşamın kendileri için bir anlamının olmadığını, %34.2'si kendine zarar verme isteğinin olduğunu belirtmiştir.

**Sonuç ve Öneriler:** Araştırma sonucunda ceza infaz kurumundaki suça sürüklenen çocukların dezavantajlı ailelerden geldiği, çocukların aile yapısı, içinde buldukları gelişim dönemi ve yaşam koşullarına bağlı olarak sağlıklarını olumsuz olarak etkileyebilecek birtakım risk faktörlerine sahip olduğu, sağlık problemlerinin ise daha çok madde bağımlılığı, stres ve stresle başetme, kaza ve yaralanmalar, dermatolojik, ruhsal, solunum sistemi, ağız ve diş sağlığına yönelik sorunlar olduğu bulunmuştur. Elde edilen veriler doğrultusunda; ceza infaz kurumunda düzenli sistemik muayeneler gerçekleştirilerek ve taramalar yapılarak çocukların sağlık bakım gereksinimlerinin belirlenmesi, birincil, ikincil, üçüncül koruma düzeyinde bu gereksinimlere yönelik sağlık bakım hizmetlerinin verilmesi ve bu hizmetlerin etkinliğinin ve devamlılığının sağlanması önerilebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Suça Sürüklenen Çocuk, Sağlık Bakım Gereksinimi, Halk Sağlığı Hemşireliği.

## ABSTRACT

**Introduction and Objective:** Prisons are places where diseases in the community are seen more intensely. Health care services in prisons offered are an inevitable part of public health because they have intense interaction between prisons and society. A well-planned public health nursing care service in prisons contribute to these children who are at a turning point in the development of personality as for them to show healthy and safe behaviour, to acquire good knowledge, skills, attitudes and behaviour, improve their life styles and for them to be a good role model for their children in the future and for the persons they live with when they return back to the society, for them to be a guide and therefore contribute in the formation of healthy societies by means of avoiding risky behaviour. In this study, it was aimed to determine the health care needs of juvenile offenders in prisons.

**Method:** This descriptive study was conducted at İzmir Aliğa / Şakran Child and Youth Closed Penitentiary Institution by means of obtaining the necessary permission from the Ministry of Justice General Directorate of Prisons and Detention Houses. The scope of the study has been comprised by 268 juvenile offenders staying at the Ministry of Justice İzmir Child and Youth Closed Penitentiary Institution between the years 2015 - 2016. The total number of children included in the sampling group was determined as 158 children using stratified random sampling. The study was conducted between November 2015 and June 2016. The data were collected using the Questionnaire on the Determination of Health Care Needs (Annex I) and the Physical Examination Form (Annex II). The statistical evaluation of the data was made by using SPSS 18.00 ready package program.

**Findings:** Out of the children who participated in the study, 34.8% were detained, 38% were under de jure arrest and 27.2% were convicted. It was determined that 10.2% of the children were under the age of 16 and 89.8% were in the age group of 16-17, 93% were single, 6.3% were married and 0.7% were divorced. 51% of the children were born in the Aegean region and the family structures of 55% of these were elementary, 24.7% of them were broken, the families of 20.3% of them were large ones and more than half of them were from multi-child families. In the study, it was determined that 15.8% of the children were primary school graduates, 24.1% were secondary school graduates, 31% were high school

students and 8.2% were illiterate. It was determined that 21.6% of the children have been sentenced to 1-5 years and 32% have been sentenced to more than 10 years and 31% have been in prison for 12 and high months. In the study, the majority of the children stated that they smoked and consumed alcoholic beverages, more than half of them consumed cannabis, cocaine, 1/3 of them inhaled volatile substances and 18.4% of them consumed other addictive substances and 17.3% of the children stated that they did not consider themselves healthy, 34.2% of them suffered some illnesses, 4% of them stated that they had chronic diseases, 28.2% stated that they had surgeries, 68% stated that they had had an accident before and were injured and one child stated that he/she had a congenital physical disability. In the study, it was found that 3.8% of the children had high systolic blood pressure, 2.5% had 95 and high percentile, 13.3% had pale appearances, 33.5% had pruritus in their bodies and between their toes, 77.8% had scar tissues, most of them had decayed teeth, 31% had dyspnoea, 33.5% had sputum, 5.1% had haemoptysis, 38.6% had burning in the eyes, 16.5% suffered from strangury, 6.4% had urinary incontinence at nights, 27.8% had visual loss and 7% had hearing problems. Furthermore, 22.1% stated that did not have breakfast, more than half of them stated that they had sleeping disorders, 14.6% said they did not spiritually feel well, 15.8% considered themselves worthless, 13.2% said that life had no meaning for them, 34.2% stated that they had a desire for self-injury.

**Conclusion and Suggestions:** According to result of the research, it was found that juvenile offenders in the Penitentiary Institution come from disadvantaged families and had some risk factors that can adversely affect their health depending on the family structure, the development period and the living conditions of them, and also determined that their health problems were mostly as substance dependence, stress and status of coping with stress, mental, respiratory, oral and dental health problems. According to results; in the prison, regular systemic examinations and screening can be carried out to determine the health care needs of children, also provide health care services at the primary, secondary, tertiary protection levels and ensure the effectiveness and continuity of these services.

**Keywords:** Juvenile Offender, Health Care Need, Public Health Nursing

## TEŞEKKÜR

Bu çalışmada bana her zaman destek olan tez danışmanım Sayın Doç. Dr. Media Subaşı Baybuğa'ya, tez savunma kurulu üyeleri Sayın Doç. Dr. Medine YILMAZ ve Yard. Doç. Dr. GÜNGÖR GÜLER'e, araştırmanın yürütülmesinde yardımcı olan İzmir Çocuk ve Gençlik Kapalı Ceza İnfaz Kurumu çalışanlarına, araştırmaya katılarak gönüllülük bildiren ve kendilerinden çok şey öğrendiğim ceza infaz kurumundaki çocuklara, yüksek lisans derslerim ve tez dönemim boyunca nöbetlerimi derslerime ve tez çalışma planıma göre düzenlemeye özen gösteren İzmir Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Hastanesi Başhemşire Yardımcısı Sevinç Yavaş'a, ayrıca desteklerini her zaman yanımda hissettiğim annem, babam, kardeşim ve arkadaşlarıma ve göstermiş olduğu özveri ve desteği için eşim Galip Sönmez'e içtenlikle teşekkür ederim.

**İÇİNDEKİLER**

<b>ÖZET</b>	i
<b>ABSTRACT</b>	iii
<b>TEŞEKKÜR</b>	v
<b>İÇİNDEKİLER</b>	vi
<b>TABLolar LİSTESİ</b>	viii
<b>KISALTMALAR LİSTESİ</b>	ix
<b>1.GİRİŞ VE AMAÇ</b>	1
1.1.Giriş	1
1.2.Amaç	5
<b>2.GENEL BİLGİLER</b>	6
2.1.Çocuk Kavramı	6
2.2.Risk Grupları İçerisinde Çocuk Kavramı	7
2.3.Çocuk Suçluluğu	7
2.3.1.Çocuk Suçluluğunun Tanımı	7
2.3.2.Çocuk Suçluluğunun Dünyadaki ve Ülkemizdeki Durumu	9
2.3.3.Çocuk Suçluluğunun Nedenleri	17
2.3.3.1.Bireysel Nedenler	18
2.3.3.2.Çevresel Nedenler	19
2.4.Suç Sürüklenen Çocuklarla İlgili Uluslararası ve Ulusal Düzenlemeler	28
2.4.1.Uluslararası Düzenlemeler	28
2.4.2. Ulusal Düzenlemeler	32
2.5. Ceza İnfaz Kurumları ve Verilen Hizmetler	35
2.6.Ceza İnfaz Kurumlarında Suça Sürüklenen Çocukların Sağlığını Etkileyen Faktörler	39
2.7.Ceza İnfaz Kurumlarında Sağlık Bakım Hizmetleri	41
2.8.Ceza İnfaz Kurumlarında Suça Sürüklenen Çocukların Sağlık Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesinde Halk Sağlığı Hemşiresinin Yeri ve Önemi	44

<b>3.MATERYAL VE METOD</b>	50
3.1.Araştırmanın Şekli	50
3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	50
3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	52
3.4.Veri Toplama Araçları	55
3.4.1.Sağlık Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesine İlişkin Anket Formu	55
3.4.2.Fizik Muayene Formu	57
3.5.Araştırmanın Ön Uygulaması	58
3.6.Veri Toplama Araçlarının Uygulanması	58
3.6.1.Fizik Muayene Formunun Uygulaması	58
3.6.2.Sağlık Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesine İlişkin Anket Formunun Uygulaması	65
3.7.Verilerin Değerlendirilmesi	66
3.8.Araştırmanın Sınırlılıkları	66
3.9.Araştırmanın Etik Yönü	67
<b>4.BULGULAR</b>	68
<b>5.TARTIŞMA</b>	98
<b>6.SONUÇ ve ÖNERİLER</b>	122
6.1.Sonuçlar	122
6.2. Öneriler	124
<b>7.KAYNAKLAR</b>	127
<b>8.EKLER</b>	142
EK 1. Suça Sürüklenen Çocukların Sağlık Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesine İlişkin Anket Formu	142
EK 2. Fizik Muayene Formu	150
EK 3. Vücut Kitle İndeksi Persentil Değerleri Tablosu	153
EK 4. Etik Kurul İzni	154
EK 5. Kurum İzni	155
EK 6. Tez Çalışma Takvimi	156
EK 7. Kişisel Bilgi Formu	157

## TABLULAR LİSTESİ

<b>Tablo 1:</b> Araştırmaya Katılan Çocukların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı	68
<b>Tablo 2:</b> Araştırmaya Katılan Çocukların Ailelerinin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı	71
<b>Tablo 3:</b> Araştırmaya Katılan Çocukların Sağlık Durumunu Algılama Biçimi, Sağlık Sorunu, Geçirdiği Hastalıklar ve Ameliyatlar, Kaza ve Yaralanmalar, Alerjisinin Olma Durumu, Kullandıkları İlaç, Yardımcı Cihaz ve Protezlere Göre Dağılımı	74
<b>Tablo 4:</b> Çocukların Ağrı Sorunu ve Ağrı ile Baş Etme Biçimine Göre Dağılımı	77
<b>Tablo 5:</b> Araştırmaya Katılan Çocukların Sigara, Alkol ve Diğer Bağımlılık Yapıcı Maddeleri Kullanma Durumuna Göre Dağılımı	78
<b>Tablo 6:</b> Çocukların Soy Geçmişinde Var Olan Hastalıkların Dağılımı	79
<b>Tablo 7:</b> Çocukların Beslenmeye İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı	80
<b>Tablo 8:</b> Çocukların Boşaltım Sistemi ve Sorunlarına Göre Dağılımı	81
<b>Tablo 9:</b> Çocukların Düzenli Uyku ve Uykuya Bağlı Yaşadıkları Sorunlara Göre Dağılımı	82
<b>Tablo 10:</b> Çocukların Hijyenik Uygulamalarına Göre Dağılımı	82
<b>Tablo 11:</b> Çocukların Egzersiz Yapma Durumu ve Boş Zaman Aktivitelerine Göre Dağılımı	87
<b>Tablo 12:</b> Çocuklarda Stres Faktörleri, Baş Etme Yöntemleri, Kendine ve Başkalarına Zarar Verme Durumlarına Göre Dağılımı	87
<b>Tablo 13:</b> Çocukların Korku Yaşama, Korku Çeşidi ve Huzursuzluk Hissetme Durumuna Göre Dağılımı	89
<b>Tablo 14:</b> Çocukların Ruhsal ve Bilişsel Durumunu Değerlendirme, Yaşamın Anlamına ve Geleceğe İlişkin Düşüncelerinin Dağılımı	90
<b>Tablo 15:</b> Çocukların Ailesiyle ve Çevresiyle Olan İlişisini Değerlendirme Biçimine Göre Dağılımı	91
<b>Tablo 16:</b> Araştırmaya Katılan Çocukların Yaşam Bulguları ve Beden Kitle İndekslerine Göre Dağılımı	93
<b>Tablo 17:</b> Araştırmaya Katılan Çocukların Sistemlere Göre Fizik Muayene Bulgularının Dağılımı	94



## KISALTMALAR LİSTESİ

**ANA:** American Nurses Association

**APHA:** American Public Health Association

**BKİ:** Beden Kitle İndeksi

**ÇKK:** Çocuk Koruma Kanunu

**ÇMK:** Çocuk Mahkemeleri Kanunu

**DSÖ:** Dünya Sağlık Örgütü

**MEB:** Milli Eğitim Bakanlığı

**TCK:** Türk Ceza Kanunu

**TDK:** Türk Dil Kurumu

**TÜİK:** Türkiye İstatistik Kurumu

**UNICEF:** United Nations International Children's Emergency Fund

## 1.GİRİŞ VE AMAÇ

### 1.1.GİRİŞ

İnsanlık tarihi kadar eski bir kavram olan ve toplumsal bir nitelik taşıyan suç olgusu, günümüz toplumları için çözüm bekleyen önemli bir sosyal problem haline gelmiştir. Bu sebeple; toplum ve insan ile ilgili bütün bilim dallarının ilgi alanına girmektedir. Sosyal bir fiil olan suç kavramı, evrensel bir nitelik taşımasına rağmen, toplumun geçirdiği evrime göre değişmekte ve farklı biçimlerde yorumlanmaktadır. Bununla birlikte suçun tanımı; mevcut toplumun suç denilen eyleme verdiği hukuki tanım çerçevesinde yapılmakta ve toplumun yasal olarak kabul etmediği eylemlere suç denilmektedir (Burkay, 2008; Dinler ve İçli, 2009; Akdeniz ve Üzümcü, 2013). Özellikle son yıllarda hem dünyada hem de ülkemizde modernleşme ve sanayileşme süreci ile birlikte yaşanan ve bununla birlikte meydana gelen toplumsal, ekonomik ve politik değişimler; suç oranlarının ve buna paralel olarak da çocuk suçluluğu oranlarının artmasına neden olmuştur. Bu durum tüm dünyada çocuk suçluluğunun nedenleri, mevcut durumu, önlenmesi ve suça sürüklenen çocukların topluma yeniden kazandırılması ile ilgili konuların gündeme gelmesine yol açmıştır (Bayındır, Özel, Köksal, 2007; Öztürk, 2007; Yıldız, 2009; Çoğan, 2006).

Çocuklar bir toplumun geleceğinin göstergeleridir. Çocuklarına değer veren, onları iyi yetiştirmek için çaba gösteren toplumlar geleceğe güvenle bakarken; çocuklarını koruyamayan, kendi ayakları üzerinde güvenle durabilecek düzeye getirmeden, hayatın tehlikeleriyle yüzleştiren toplumlarda ise sağlıklı nesillerin yetiştirilmesi zorlaşmaktadır (MEB, 2013). Çocukluk dönemi, bir insanın kişiliğini geliştirmesi, yaşamına yön vermesi açısından oldukça önemlidir. Bu dönemdeki birey, toplum içinde kendisine bir yer ve kimlik edinebilmek için; gördüğü düşünce, davranış ve tutumları deneyebilmektedir. Bu bağlamda yanlış modellerin, yanlış yönlendirmelerin ve olumsuz arkadaş çevresi gibi faktörlerin varlığında çocuk; kanunlara karşı gelebilmekte ve suç işleme potansiyeli gösterebilmektedir (Aslan, 2008).

Batı literatüründe “Juvenile Delinquency” terimiyle açıklanan ve “reşit olmayanın suçluluğu” anlamına gelen çocuk suçluluğu kavramı, kanunen reşit sayılmayan yani 18 yaşını doldurmamış kişilerin toplumun veya yasaların suç saydığı herhangi bir eylemi işlemesiyle ortaya çıkan durum olarak tanımlanmaktadır (Yıldız, 2009; Kılıç, 2007; Köseoğlu, 2011). 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 ise suça sürüklenen çocuk olarak nitelendirilmektedir (Çocuk Koruma Kanunu, 2005; Ayaz, Ayaz, Soylu, 2012). Çocuk suçluluğu; suça sürüklenen çocukların kendilerine, ailelerine ve topluma zarar veren ve çözümlenmesi gereken çok önemli bir sosyal problemdir (Hatipoğlu, 2008). Bu nedenle çocuk ve ergenleri suça iten nedenlerin araştırılması, çocuk suçluluğunun önlenmesi, suça sürüklenen çocuklar için özel bir statü oluşturulması, çocukların topluma yeniden kazandırılması ve buna yönelik politikaların oluşturulması gerekmektedir (Göç, 2006).

Çocuk suçluluğu kavramı, genellikle çocuğun sosyal uyumsuzluğunun bir ifadesi olarak ele alınmakta olup, hukuki olmaktan öte psiko-pedagojik ve sosyal bir nitelik taşımaktadır (Yıldız, 2009; Zengin, Kesgin, 2013). Çocuk suçluluğunun, çocuğun daha olgunlaşmamış, muhakeme yeteneğinin tam anlamıyla gelişmemiş olması ve işlenen suçun henüz daha kişiliğin oluşturulmaya çalışıldığı karmaşık ve bir o kadar da problemlili bir geçiş evresi olan ergenlik döneminde meydana gelmesi nedeniyle, yetişkinlik dönemindeki suçluluktan ayırmak ve pedagojik olarak değerlendirilmesi gerektiği belirtilmektedir (Bayındır, Özel, Köksal, 2007; Çopur, Ulutaşdemir, Balsak, 2015; Kopar, 2008; Erdoğan, 2010). Bu nedenle yeterince sosyal öz benliğe kavuşmamış olan çocuk ve gencin işlediği suçu çocuğun kritik gelişim dönemlerinden ayırmak ve çocuğu sadece “suçlu” olarak ele alma yaklaşımı tartışılmaktadır (Yıldız, 2009).

Suçta sürüklenen çocukların yaş sınırları, çeşitli ülkelere göre 7–21 yaşları arasında farklılıklar göstermektedir (Karabulut, 2006). Ülkemizde ise; Türk Ceza Kanunu madde 31; çocukluğu 0-12, 12-15, 15-18 yaş olmak üzere üç gruba ayırmıştır. İlk grup olarak, suç tarihinde 12 yaşını doldurmamış çocukların ceza

hukuku karşısında sorumluluğu bulunmamaktadır. Suç tarihinde 12 yaşını doldurmuş olup, henüz 15 yaşını doldurmamış olan çocukların ceza hukuku karşısındaki sorumlulukları yapılacak tespitlerin sonucuna bağlanmıştır. Bu çocukların cezai sorumluluğu, üzerlerine atılı fiilin hukuki anlamını ve sonuçlarını algılama ve irade yeteneğinin tespiti durumunda bulunmaktadır. Son grup olan 15 yaşını doldurmuş ancak, 18 yaşını doldurmamış olanların ceza hukuku karşısında sorumlulukları bulunmaktadır. Ancak, bu çocuklar hakkında indirimli ceza politikası izlenmektedir (Balo, 2013; Akduman, 2007).

Çocukların suça sürüklenmesinde etkili olan faktörler bireysel ve çevresel olmak üzere iki gruba ayrılmaktadır. Çocuk suçluluğunun bireysel nedenlerine bakıldığında; beden yapısı, kalıtım, kromozom bozuklukları, zeka seviyesi, androjen hormonu, zihinsel, ruhsal, duygusal bozukluklar ve kişilik bozuklukları gibi biyolojik ve psikolojik nedenler olduğu dikkati çekmektedir (Demirhan, 2007; Karabulut, 2006; Teker, 2010). Suç davranışının en önemli kaynağı olarak kabul edilen çevresel faktörler ise; genel olarak, aile, okul, iş yaşamı, akran grupları, iç göçler, kentleşme ve kitle iletişim araçları olarak gösterilmektedir (Göcek, 2009; Bilir, 2009; Avcı, 2009).

Çocuk suçluluğu ile ilgili istatistikler incelendiğinde çocuk suçluluğu oranının her geçen yıl daha da arttığı dikkati çekmektedir. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK)'in yayınlamış olduğu istatistiklere göre; sadece 2015 yılında güvenlik birimine suça sürüklenme ile gelen veya getirilen çocuk sayısı 118 245'e ulaşmış ve 2011 yılına göre %39.2 oranında artış göstermiştir (TÜİK, 2016). T.C. Adalet Bakanlığı Ceza ve Tevkifevleri Genel Müdürlüğü'nün yayınlamış olduğu istatistiklere göre ise; ceza infaz kurumlarındaki tutuklu ve hükümlülerin %1.3'ünü çocuklar oluşturmaktadır. 31.03.2016 tarihi itibarıyla ceza infaz kurumlarında bulunan suça sürüklenen tutuklu ve hükümlü çocuk sayısı 2000 yılına göre %79.2 oranında artış göstermiş ve 2499'a ulaşmıştır. Çocukların işledikleri suç türlerine bakıldığında ise ilk üç sırada sırasıyla; hırsızlık, uyuşturucu ve cinsel suç türlerinin yer aldığı (T.C. Adalet Bakanlığı Ceza ve Tevkifevleri Genel Müdürlüğü, 2016) ve bu suçların daha çok belli bir ihtiyacın tatminine yönelik suçlar olduğu

görülmektedir. Suç işleyen çocukların özelliklerine bakıldığında önemli bir kısmının mağdur ve suça maruz kaldığı ve bu yönüyle suça maruz kalma ve suç işlemenin birbirini besleyen iki olgu olduğu dikkati çekmektedir (Bayındır, Özel, Köksal, 2007; Yıldız, 2009; Çeliköz, Seçer, Durak, 2008).

Suçta sürüklenen çocukların korunması ve suça sürüklenmesinin önlenmesinde devletin önemli bir sorumluluğu bulunmakta olup (MEB, 2013), bu anlamda T.C Adalet Bakanlığı'na bağlı Ceza İnfaz Kurumları kapsamında suça sürüklenen çocuklara yönelik psikososyal, eğitim, sağlık, beslenme, barınma ve diğer hizmetler verilmektedir (İzmir Çocuk ve Gençlik Kapalı Ceza İnfaz Kurumu Raporu, 2013).. Ceza infaz kurumlarının toplumda görülen hastalıkların daha yoğun olarak görüldüğü yerler olması (Pehlivan, 2015), buradaki çocukların aile ve çevresinden gelen risk faktörleri sebebiyle dezavantajlı gruplarda yer alması, bu grubun toplum içinde sağlık hizmetlerine ulaşımında eğitim ve sosyoekonomik düzeyinin düşük olması nedenine bağlı olarak sınırlılık yaşaması (Bergh, Fraserb, Moller, 2011) ve suça sürüklenen çocukların yaş grubunun ergenlik döneminin getirdiği biyopsikososyal risk faktörlerini içermesi nedeniyle daha yakından ele alınması gereken önemli bir risk grubu olduğunu düşündürmektedir. Bu nedenle sağlıklı toplumlar oluşturmak için ceza infaz kurumundaki çocukların fiziksel, mental, duygusal, sosyal ve spiritüel boyutlarda sağlığının korunması, geliştirilmesi, hastalıklarının erken tanı ve tedavisi ve rehabilitasyonu için verilecek sağlık bakım hizmetlerinin etkinliği oldukça önemlidir. Ceza infaz kurumlarındaki sağlık bakım hizmetleri hemşire merkezlidir ve sağlık bakım hizmetlerinin etkin ve etkili dağılımı için ceza infaz kurumlarında verilecek olan hemşirelik bakım ilkeleri; halk sağlığı hemşireliği uygulamalarına dayandırılmalıdır (Pehlivan, 2015). Ceza infaz kurumlarında iyi bir eğitim ve danışmanlık içeren ve iyi planlanan halk sağlığı hemşireliği hizmetlerinin; çocukların riskli davranışlardan kaçınmasına, sağlıklı ve güvenli davranışlar göstermesine, iyi bir bilgi, beceri, olumlu tutum ve davranış kazanmasına, sağlıklı yaşam bilincinin gelişmesi ve yaşam tarzının iyileştirilmesine (Ayaz, Tezcan, Akıncı, 2005; Özpulat, 2010) ve bu sayede topluma döndüklerinde birlikte yaşadığı kimselere ve gelecekte çocuklarına iyi birer rol model olabilmesine ve rehberlik yapabilmesine önemli katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Tüm bu bilgiler ışığında; bu araştırma; ceza infaz kurumundaki suçta sürüklenen çocukların sağlık bakım gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Buradan yola çıkarak; bu gruba verilecek sağlık bakım hizmetlerinin gerekliliğini ortaya koymak ve planlanmasında yol gösterici olabilmek, bu konuda yapılan çalışmaların sınırlı olması ve hemşirelik alanında bu konuda yapılan çalışmalara ulaşamaması nedeniyle literatüre ve hemşirelik bilimine yeni bir bilgi birikimi kazandırabilmek, sağlık bakım hizmetlerinin primer uygulayıcısı olan hemşirelerin dikkatini bu alana çekmek, hemşirelik hizmetlerine yol göstermek ve ceza infaz kurumlarındaki halk sağlığı hemşireliğinin görünürlüğünü ortaya koymak amaçlanmaktadır.

## **1.2.AMAÇ**

Bu araştırma; suçta sürüklenen çocukların sağlık bakım gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

## 2.GENEL BİLGİLER

### 2.1.ÇOCUK KAVRAMI

Türk Dil Kurumu (TDK, 2016) sözlüğünde çocuk; “küçük yaştaki erkek veya kız”, “bebeklik ile erginlik arasındaki gelişme döneminde bulunan oğlan veya kız”, “büyüklere yakışmayacak, daha çok küçüklerin yapabileceği gibi davranan kimse”, “belli bir işte yeteri kadar deneyimi ve yeteneği olmayan kimse” olarak tanımlanmaktadır (TDK, 2016). Psikolojik açıdan çocuk kavramı, insan yaşamında gebelikten başlayıp ölüme kadar devam eden fiziksel, bilişsel, ruhsal ve sosyal gelişmeleri, değişimleri ve evreleri inceleyen gelişim psikolojisiyle açıklanmaya çalışılmakta ve çocukluk çağı dönemleri açısından ele alınmaktadır. Hukukta ise çocuk kavramı küçüğü yetiştikinden ayırmak ve anne babaya olan soy bağıını belirtmek amacıyla kullanılmaktadır (İpek, 2010).

Türk Hukuk Sistemi'nde çocuk kavramı; 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu (TCK) ve 5395 sayılı Çocuk Koruma Kanunu (ÇKK) ile düzenlenmektedir. 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu'nun 6. maddesine göre çocuk “henüz 18 yaşını doldurmamış kişi” olarak tanımlanmaktadır. TCK madde 31 ise, çocukluğu 0-12, 12-15 ve 15-18 yaş olmak üzere üç gruba ayırmış ve verilecek cezalar da bu yaş gruplarına göre belirlenmiştir (Türk Ceza Kanunu, 2004). 5395 sayılı Çocuk Koruma Kanunu madde 3'e göre ise çocuk “daha erken yaşta ergin olsa bile, 18 yaşını doldurmamış kişi” olarak tanımlanmaktadır (Çocuk Koruma Kanunu, 2005). Günümüzde tüm toplumları kapsayabilecek genel geçer bir çocuk tanımı ise Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi'nde yer bulmaktadır. Çocuk Hakları Sözleşmesi'nin 1. maddesine göre; “daha erken yaşta reşit olma durumu hariç, on sekiz yaşına kadar her insan çocuktur” (United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF) Türkiye, Çocuk Haklarına Dair Sözleşme, 2014).

## **2.2.RİSK GRUPLARI İÇERİSİNDE ÇOCUK KAVRAMI**

Toplumdaki fizyolojik, ruhsal, sosyo-ekonomik nedenlerden ötürü, çeşitli risklerle karşılaşma olasılığı yüksek, yetersiz yaşam koşulları içinde yaşayan, fizyolojik, psikolojik, sosyal, sağlık, ekonomik, siyasal, kültürel açılardan çağdaş yaşam koşullarına ulaşmak için sosyal devletin sorumluluğunda, toplumsal korunma ve hizmete gereksinim duyan özel önlem gösterilmesi gereken gruplar; hassas, dezavantajlı, incinebilir gruplar ya da risk grupları olarak tanımlanmaktadır (Oğuşgil, 2009; Cılgı, 2016). Engelliler, yaşlılar, kadınlar, çocuklar, madde bağımlıları, mülteciler, seks işçileri ve cezaevi suçluları toplumdaki risk gruplarından bazılarıdır.

Toplumdaki incinebilir gruplardan biri olan çocuklar incelendiğinde ise; sokak çocukları, çalışan çocuklar, istismara maruz kalan çocuklar, mülteci çocuklar ve suça sürüklenen çocuklar gibi bazı çocuk gruplarının, diğerlerine oranla daha dezavantajlı ve risk altında olduğunu söylemek mümkündür (Taşdelen ve ark., 2014). Özellikle ceza infaz kurumlarındaki suça sürüklenen çocukların; hem çocuk olmaları ve suça sürüklenmeleri, hem de cezaevinde olmaları bakımından oldukça önemli bir risk grubu olduğu dikkati çekmektedir.

## **2.3.ÇOCUK SUÇLULUĞU**

### **2.3.1.ÇOCUK SUÇLULUĞUNUN TANIMI**

İnsanlık tarihi kadar eski olan suç olgusu; tarihin en eski devirlerinden itibaren var olmuştur. İnsanların içindeki hırslarla birlikte; toplum halinde yaşamının ortaya çıkardığı çeşitli sosyal çelişkiler, uyumsuzluklar olduğu sürece de var olmaya devam edecektir (Burkay, 2008; Akdeniz ve Üzümcü, 2013). Suç kavramı; toplumsal bir olgu olması ve günümüz toplumları için çözüm bekleyen önemli bir sosyal problem haline gelmesi nedeniyle toplum ve insanla ilgili bütün bilim dallarının ilgi alanına girmektedir (Burkay, 2008; Dinler ve İçli, 2009).



Sosyal bir fiil olan suç kavramı; kişilerin davranışları ve tutumları ile içinde yaşadıkları toplumun davranış örnekleri arasındaki bir çelişki olarak ortaya çıkmakla birlikte; toplumun geçirdiği evrime göre değişmekte ve farklı biçimlerde yorumlanmaktadır. Evrensel bir tanımının yapılamamasına rağmen, suç evrensel bir olaydır. Bununla birlikte suçun tanımı; toplumun suç denilen eyleme verdiği hukuki tanım çerçevesinde yapılmakta ve toplumun yasal olarak kabul etmediği eylemlere suç denilmektedir (Akdeniz ve Üzümcü, 2013).

Kişilerin toplumsal kültürün gereklerine uygun bir kişilik kazanabilmesi ve uyumlu bir üyesi olabilmesi için istendik yönde sosyalleşmesi gerekmektedir (Bayındır, Özel, Köksal, 2007). Kişilerin yaşamına yön vermesi, kişiliğini geliştirmesi ve ideallerine ulaşması bakımından farklı bir değer ve öneme sahip olan çocukluk döneminde birey, yaşamda kendisine bir yer ve kimlik edinebilmek, yaşamı ve toplum içinde yaşamayı daha fazla öğrenmek için gördüğü düşünce, davranış ya da tutumları deneyebilmektedir. Bu süreçte çocuk, yeterince olgunlaşmadan aldıkları kararlar ve gösterdikleri davranışlar sonucu suç işleyebilmekte ve gelecekteki hayatlarını oldukça olumsuz olarak etkileyebilmektedir (Aslan, 2008).

Batı literatüründe “Juvenile Delinquency” terimiyle açıklanan ve “reşit olmayanın suçluluğu” anlamına gelen çocuk suçluluğu kavramı, kanunen reşit sayılmayan yani 18 yaşını doldurmamış kişilerin toplumun veya yasaların suç saydığı herhangi bir eylemi işlemesiyle ortaya çıkan durum olarak tanımlanmaktadır (Yıldız, 2009; Kılıç, 2007). 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 ise suça sürüklenen çocuk olarak nitelendirilmektedir (Çocuk Koruma Kanunu, 2005).

Çocuk suçluluğu kavramı, genellikle çocuğun sosyal uyumsuzluğunun bir ifadesi olarak ele alınmakta olup, hukuki olmaktan öte psiko-pedagojik ve sosyal bir nitelik taşımaktadır (Yıldız, 2009). Çocuk suçluluğunu, çocuğun daha olgunlaşmamış, muhakeme yeteneğinin tam anlamıyla gelişmemiş olması ve işlenen suçun henüz daha kişiliğin oluşturulmaya çalışıldığı karmaşık ve bir o kadar da

problemlili bir geçiş evresi olan ergenlik döneminde meydana gelmesi nedeniyle, yetişkinlik dönemindeki suçluluktan ayırmak ve pedagojik olarak değerlendirmek gerekmektedir (Bayındır, Özal, Köksal, 2007; opur, Ulutaşdemir, Balsak, 2015; Kopar, 2008). Bu nedenle yeterince sosyal öz benliğe kavuşmamış olan ocuk ve gencin işlediği suçu çocuğun kritik gelişim dönemlerinden ayırma ve çocuğu sadece ‘‘suçlu’’ olarak ele alma yaklaşımı tartışılmaktadır. Suça yönelen ocuk ailedeki ve toplumdaki düzensizliklerin bedelini ödeyen ve sonrada topluma deten çocuktur. Bu sebeple suç işleyen ocuk yoktur, suça sürüklenen ocuk vardır (Yıldız, 2009). ocuk suçluluğu suça sürüklenen çocukların kendilerine, ailelerine ve topluma zarar veren ve ozumlenmesi gereken çok önemli bir sosyal problemdir (Hatipoğlu, 2008).

### **2.3.2.ÇOCUK SUçLULUğUNUN DÜNYADAKİ VE ÜLKEMİZDEKİ DURUMU**

#### **2.3.2.1.ocuk Suçluluğunun Dünyadaki Durumu**

19.yy. başlarından itibaren sanayileşmeyle beraber ortaya çıkan sınıflaşma, çocukların iş hayatına katılması, göçler ve geleneksel ailelerin yerini çekirdek aileye bırakması, I. ve II. Dünya Savaşı sonrasının toplumsal yıkımları, tüm dünyada ocuk suçluluğu oranında bir patlamaya sebep olmuştur (Karabulut, 2006). ocuk suçluluğu dünyada giderek artmakla birlikte aynı zamanda bölgesel değişimler göstermektedir. Örneğin Afrika’da hırsızlık, gasp, kaçakçılık ve kadın ticareti suçları daha çok işlenmekte, Asya’da ise suç kentsel bir problem olarak görülmekle birlikte daha çok şiddet ve uyuruşucu suçları ayrıca insan ticareti suçları işlenmektedir. Gelişmiş ülkelerde ise daha çok mala karşı işlenen suçlar işlenmekte olup, şiddet ve uyuruşucu madde suçları da artış göstermektedir. Genel olarak ocuk ve genç suçluluğunda en fazla görülen suç turu ise mala karşı işlenen suçlardır. Özellikle ete suçları daha sık görülmektedir (Gökçakan, Buyuşahin, Tunç, 2010). ocuk suçluluğunda; yaş sınırı çeşitli ülkelere göre farklılıklar göstermekte olup, suça sürüklenen çocukların ceza hukuku açısından yaş sınırları çeşitli ülkelere göre 7–21 yaşları arasında değişmektedir (Karabulut, 2006).

**Tablo 1: Çeşitli Ülkelere Göre Ceza Ehliyeti Alt Yaş Sınırı**

	<b>ÇEŞİTLİ ÜLKELERE GÖRE CEZA EHLİYETİ ALT YAŞ SINIRI</b>
<b>7 yaş</b>	Avustralya (Tazmanya), Bengladeş, Kıbrıs Rum Kesimi, Gana, İrlanda, Ürdün, Kuveyt, Lübnan, Pakistan, Sudan, Suriye.
<b>8 yaş</b>	İskoçya.
<b>9 yaş</b>	Irak, Filipinler.
<b>10 yaş</b>	Avustralya, Nepal, Yeni Zelanda, Nikaragua, İngiltere.
<b>12 yaş</b>	Kanada, Kore, Uganda.
<b>13 yaş</b>	Cezayir, Çad, Fransa, Polonya, Tunus.
<b>14 yaş</b>	Bulgaristan, Çin, Almanya, Macaristan, İtalya, Japonya, Libya, Romanya, Rusya, Vietnam, Yugoslavya.
<b>15 yaş</b>	Danimarka, Mısır, Finlandiya, Norveç, İzlanda, Peru, Sudan, İsveç.
<b>16 yaş</b>	Arjantin, Azerbaycan, Bolivya, Şili, Küba, Portekiz, İspanya, Ukrayna.
<b>18 yaş</b>	Belçika, Kolombiya, Panama, Peru.

(Karabulut, 2006).

### 2.3.2.2.Çocuk Suçluluğunun Ülkemizdeki Durumu

Ülkemizde çocuk suçluluğu ile ilgili olarak yasal düzenlemeler 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu (TCK) ve 5395 sayılı Çocuk Koruma Kanunu (ÇKK) ile yapılmıştır. Türk Ceza Kanunu'nda çocuk kavramı 6. ve 31. maddelerle düzenlenmiştir. TCK'nın 6. maddesinde çocuk, "henüz on sekiz yaşını doldurmamış kişi" olarak tanımlanmaktadır. TCK madde 31 ise, çocukluğu 0-12, 12-15, 15-18 yaş olmak üzere üç gruba ayırmış, çocukların ceza sorumluluğunun asgari yaş sınırı 12 yaş olarak kabul edilmiş ve verilecek cezalar da bu yaş gruplarına göre belirlenmiştir.

**0-12 Yaş Çocuklar (On iki yaşını doldurmamış olanlar):** Fiili işlediği sırada on iki yaşını doldurmamış olan çocukların ceza sorumluluğu yoktur. Bu kişiler hakkında, ceza kovuşturması yapılamaz; ancak, çocuklara özgü güvenlik tedbirleri uygulanabilir.

**12-15 Yaş Çocuklar (On iki yaşını doldurmuş, on beş yaşını doldurmamış olanlar):** Fiili işlediği sırada on iki yaşını doldurmuş olup da on beş yaşını doldurmamış olanların işlediği fiilin hukukî anlam ve sonuçlarını algılayamaması veya davranışlarını yönlendirme yeteneğinin yeterince gelişmemiş olması hâlinde ceza sorumluluğu yoktur. Ancak bu kişiler hakkında çocuklara özgü güvenlik tedbirlerine hükmolunur. İşlediği fiilin hukukî anlam ve sonuçlarını algılama ve bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneğinin varlığı hâlinde, bu kişiler hakkında suç, ağırlaştırılmış müebbet hapis cezasını gerektirdiği takdirde on iki yıldan on beş yıla; müebbet hapis cezasını gerektirdiği takdirde dokuz yıldan on bir yıla kadar hapis cezasına hükmolunur. Diğer cezaların yarısı indirilir ve bu hâlde her fiil için verilecek hapis cezası yedi yıldan fazla olamaz.

**15-18 Yaş Çocuklar (On beş yaşını doldurmuş, on sekiz yaşını doldurmamış olanlar):** Fiili işlediği sırada on beş yaşını doldurmuş olup da on sekiz yaşını doldurmamış olan kişiler hakkında suç, ağırlaştırılmış müebbet hapis cezasını gerektirdiği takdirde on sekiz yıldan yirmi dört yıla; müebbet hapis cezasını gerektirdiği takdirde on iki yıldan on beş yıla kadar hapis cezasına hükmolunur. Diğer cezaların üçte biri indirilir ve bu hâlde her fiil için verilecek hapis cezası on iki yıldan fazla olamaz (Türk Ceza Kanunu, 2004).

5395 sayılı Çocuk Koruma Kanunu'nun 3. maddesinde ise çocuk; daha erken yaşta ergin olsa bile, on sekiz yaşını doldurmamış kişi olarak tanımlanmıştır. Aynı madde ile aynı zamanda suça sürüklenen çocuğun ve korunma ihtiyacı olan çocuğun da tanımı yapılmıştır. Bu maddeye göre;

**Suçta sürüklenen çocuk;** kanunlarda suç olarak tanımlanan bir fiili işlediği iddiası ile hakkında soruşturma veya kovuşturma yapılan ya da işlediği fiilden dolayı hakkında güvenlik tedbirine karar verilen çocuğu,

**Korunma ihtiyacı olan çocuk ise;** bedensel, zihinsel, ahlaki, sosyal ve duygusal gelişimi ile kişisel güvenliği tehlikede olan, ihmal veya istismar edilen ya da suç mağduru çocuğu ifade etmektedir (Çocuk Koruma Kanunu, 2004).

Dünyada olduğu gibi ülkemizde de son yıllarda büyük ekonomik, politik ve toplumsal değişimler meydana gelmiştir. Modernleşme ve endüstrileşme süreçlerinin tetiklediği kontrolsüz göç olgusu; çarpık kentleşme, gecekondulaşma, işsizlik, yoksulluk gibi olumsuzlukları beraberinde getirmiş ve çeşitli sapmalara neden olarak çocuk suçluluğu oranında önemli bir artışa sebep olmuştur ( Öztürk, 2007; Yıldız, 2009; Çoğan, 2006). Ancak; ülkemizin mevcut sisteminde yeterli kayıtların tutulmaması, bilgilerdeki eksiklikler, birimler arası koordinasyonun olmaması ve adli makamlara intikal etmeyen olaylar gibi nedenlerden dolayı çocuk suçluluğu hakkında elde edilen bilgiler tam gerçeği yansıtmamakta ve veriler bunu tam olarak ortaya koyamamaktadır (Kunt, 2003; Karabulut, 2006).

Suçta sürüklenen çocuklarla ilgili veriler; Türkiye’de ilk defa Devlet İstatistik Kurumu, 2006 ve sonrasında ise Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından yayın haline getirilen Güvenlik Birimine Suça Sürüklenme ile Gelen veya Getirilen Çocuk İstatistikleri çalışması ile elde edilmektedir. Ayrıca Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK)’in son yıllarda yaptığı çalışmalarla çocuk suçluluğunun durumunu incelemek için gerekli olan istatistikî bilgiler daha sağlıklı olarak elde edilmeye başlanmıştır. Ülkemizde çocuk suçluluğuna ilişkin bir diğer veri kaynağı ise ceza infaz kurumlarına giren çocuk ve genç hükümlü ve tutuklu sayılarına ilişkin istatistiklerdir. Bu veriler, 1951 ile 2005 yılları arasında TÜİK tarafından yayınlanan Adalet İstatistikleri kapsamında yer alırken, 2006 yılından itibaren Ceza İnfaz Kurumu İstatistikleri adı altında yayınlanmaya başlanmıştır (İpek, 2010; Topçuoğlu, 2014).

**Tablo 2: Güvenlik Birimine Suça Sürüklenme İle Gelen veya Getirilen Çocuk Sayısı (TÜİK,2016)**

<b>Güvenlik birimine suça sürüklenme ile gelen veya getirilen çocuk sayısı</b>					
	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
<b>Erkek</b>	76 405	89 667	102 350	102 493	101 097
<b>Kız</b>	8 511	11 164	13 089	14 993	17 148
<b>Toplam</b>	<b>84 916</b>	<b>100 831</b>	<b>115 439</b>	<b>117 486</b>	<b>118 245</b>

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK)'in 2016'da yayınlamış olduğu istatistiklere göre; 2015 yılında güvenlik birimine suça sürüklenme ile gelen veya getirilen çocuk sayısı 2011 yılına göre %39.2 oranında artış göstererek; 118 245'e ulaşmıştır. Bu çocukların %85.5'i erkek, %14.5'i ise kız çocuklarıdır (TÜİK, 2016).

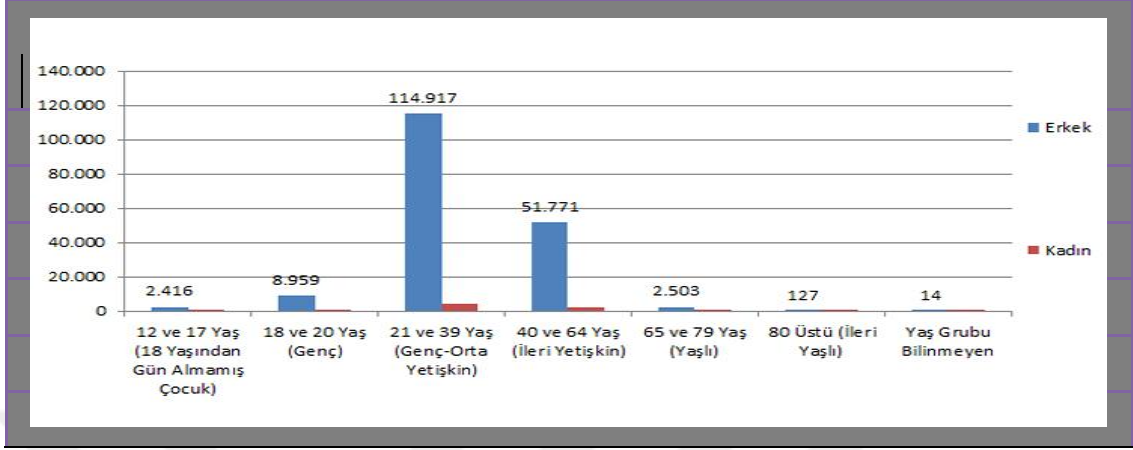
**Tablo 3: Yıllara Göre Ceza İnfaz Kurumlarındaki Hükümlü ve Tutuklu Sayısı**  
(T.C. Adalet Bakanlığı Ceza ve Tevkifevleri Genel Müdürlüğü İstatistikleri, Mart, 2016)

Yıllara Göre Ceza İnfaz Kurumlarındaki Hükümlü ve Tutuklu Sayısı							
Yıllar	Hükümlü			Tutuklu			Genel Toplam
	Erkek	Kadın	Çocuk	Erkek	Kadın	Çocuk	
2000	23708	894	253	22595	921	1141	49512
2005	28420	882	143	24089	930	1406	55870
2010	83289	2748	529	31262	1402	1584	120814
2015	146767	5373	729	22525	1030	1665	178089
2016	154750	5631	784	23610	1157	1715	187647

T.C. Adalet Bakanlığı Ceza ve Tevkifevleri Genel Müdürlüğü'nün yayınlamış olduğu istatistiklere göre; 31.03.2016 tarihi itibarıyla ceza infaz kurumlarında bulunan suça sürüklenen tutuklu ve hükümlü çocuk sayısı 2499'a ulaşarak; 2000 yılına göre %79.2 oranında artış göstermiştir. Tabloya göre; ceza infaz kurumlarındaki tutuklu ve hükümlülerin %1.3'ünü ise tutuklu ve hükümlü çocuklar oluşturmaktadır (T.C. Adalet Bakanlığı Ceza ve Tevkifevleri Genel Müdürlüğü İstatistikleri, 2016).

### Tablo 4: Ceza İnfaz Kurumlarındaki Tutuklu ve Hükümlülerin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

(T.C. Adalet Bakanlığı Ceza ve Tevkifevleri Genel Müdürlüğü İstatistikleri, 2016)



### Tablo 5: Ceza İnfaz Kurumlarındaki Tutuklu ve Hükümlülerin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

(T.C. Adalet Bakanlığı Ceza ve Tevkifevleri Genel Müdürlüğü İstatistikleri, 2016)

Ceza İnfaz Kurumlarındaki Tutuklu ve Hükümlülerin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı									
Yaş Gruplarına Göre Dağılım	Hükümlü			Tutuklu			Genel Toplam		
	Erkek	Kadın	Toplam	Erkek	Kadın	Toplam	Erkek	Kadın	Toplam
12 ve 17 Yaş (18 Yaşından Gün Almamış Çocuk)	746	26	772	1670	49	1719	2416	75	2491
18 ve 20 Yaş (Genç)	5577	136	5713	3382	159	3541	8959	295	9254
21 ve 39 Yaş (Genç-Orta Yetişkin)	99557	3259	102816	15360	752	16112	114917	4011	118928
40 ve 64 Yaş (İleri Yetişkin)	47050	2166	49216	4721	255	4976	51771	2421	54192
65 ve 79 Yaş (Yaşlı)	2344	85	2429	159	9	168	2503	94	2597
80 Üstü (İleri Yaşlı)	119	5	124	8	0	8	127	5	132
Yaş Grubu Bilinmeyen	7	1	8	7	-	7	14	1	15
<b>TOPLAM</b>	<b>155400</b>	<b>5678</b>	<b>161078</b>	<b>25307</b>	<b>1224</b>	<b>26531</b>	<b>180707</b>	<b>6902</b>	<b>187609</b>

İstatistiklere göre; ceza infaz kurumlarındaki tutuklu ve hükümlü çocukların %97'si erkek, %3'ü ise kız çocuklarıdır (T.C. Adalet Bakanlığı Ceza ve Tevkifevleri Genel Müdürlüğü İstatistikleri, 2016). Bunun nedeninin ise toplumumuzdaki geleneksel sosyal yapı ve klasik aile yapısının kız çocuğunu suç olgusundan korumasından kaynaklandığı düşünülmektedir (Karabulut, 2006).

**Tablo 6: Ceza İnfaz Kurumlarındaki Tutuklu ve Hükümlülerin Bazı Suç Gruplarına Göre Dağılımı**

(T.C. Adalet Bakanlığı Ceza ve Tevkifevleri Genel Müdürlüğü İstatistikleri, 2016)

Ceza İnfaz Kurumlarındaki Tutuklu ve Hükümlülerin Bazı Suç Gruplarına Göre Dağılımı			
Bazı Suç Gruplarına Göre Dağılım	Çocuk	Yetişkin	Toplam
Adam öldürme	251	28745	28996
Adam öldürmeye teşebbüs	26	1795	1821
Cinsel suçlar	337	14889	15226
Dolandırıcılık	15	5875	5890
Fuhuş	0	2071	2071
Hırsızlık	732	41857	42589
Sahtecilik	1	8873	8874
Uyuşturucu	378	35007	35385
Yağma veya gasp	294	22587	22881
Yaralama	72	23206	23278
<b>TOPLAM</b>	<b>2106</b>	<b>184905</b>	<b>187011</b>
*Bu tablodaki veriler; 01.04.2016 tarihi itibarıyla ceza infaz kurumlarında bulunan tutuklu ve hükümlülerin işlemiş olduğu veya işlediği iddia edilen suçlardan 10 tanesi baz alınarak hazırlanmış ve bir kişinin birden fazla işlediği suçlarda sayılmış olup suç sayısını göstermektedir. Bu nedenle, tablodaki genel toplam (187.011) aynı tarihte ceza infaz kurumlarında bulunan tutuklu ve hükümlü sayısı (187.557) ile uyuşmamaktadır.			

Ceza infaz kurumlarındaki tutuklu ve hükümlü çocukların işledikleri suç türlerine bakıldığında ilk üç sırada sırasıyla hırsızlık, uyuşturucu, cinsel suçlar ve bunu takiben yağma veya gasp, adam öldürme, yaralama, adam öldürmeye teşebbüs ve dolandırıcılık suçlarının işlendiği görülmektedir (T.C. Adalet Bakanlığı Ceza ve Tevkifevleri Genel Müdürlüğü İstatistikleri, 2016).



**Tablo 7: Ceza İnfaz Kurumlarındaki Tutuklu ve Hükümlülerin Öğrenim Durumlarına Göre Dağılımı**

(T.C. Adalet Bakanlığı Ceza ve Tevkifevleri Genel Müdürlüğü İstatistikleri, 2016)

Ceza İnfaz Kurumlarındaki Tutuklu ve Hükümlülerin Öğrenim Durumlarına Göre Dağılımı									
Öğrenim Durumu	Genel Toplam								
	Erkek			Kadın			Toplam		
	Ç	Y	T	Ç	Y	T	Ç	Y	T
Okuma- Yazma Bilmeyen	73	5430	5503	6	1126	1132	79	6556	6635
Okur- Yazar Olup Bir Okul Bitirmeyen	266	7708	7974	13	521	534	279	8229	8508
İlkokul Mezunu	723	71555	72278	19	2066	2085	742	73621	74363
İlköğretim Mezunu	605	22589	23194	15	579	594	620	23168	23788
Ortaokul veya Dengi Meslek Okulu Mezunu	552	34737	35289	14	839	853	566	35576	36142
Lise veya Dengi Meslek Okulu Mezunu	118	26568	26686	4	972	976	122	27540	27662
Yüksek Lisans Mezunu	0	117	117	0	5	5	0	122	122
Yüksekokul veya Fakülte Mezunu	0	4917	4917	0	292	292	0	5209	5209
Doktora Mezunu	0	32	32	0	2	2	0	34	34
Öğrenim Durumu Bilinmeyen	43	4698	4741	3	402	405	46	5100	5146
<b>TOPLAM</b>	2380	178351	180731	74	6804	6878	2454	185155	187609
<b>Ç=Çocuk Y=Yetişkin T=Toplam</b>									
<b>Not:</b> Öğrenim durumu istatistikleri, hükümlü ve tutukluların ceza infaz kurumuna girerken beyan etmiş oldukları mezuniyet durumlarına göre hazırlanmıştır.									

Ceza infaz kurumlarındaki tutuklu ve hükümlü çocukların %30.2'si ilkokul, %25.3'ü ilköğretim, %23.1'i ortaokul, %5'i lise mezunu olup, %3.2'si ise okuryazar değildir (T.C. Adalet Bakanlığı Ceza ve Tevkifevleri Genel Müdürlüğü İstatistikleri, 2016).

Ayar, Öztürk (2015)' e göre; Türkiye'deki 2000-2014 yılları arasındaki lisansüstü çalışmalar incelendiğinde, “Çocuk suçluluğu” ve “Çocuk ve suç” anahtar kelimeleri kullanılarak 48 lisansüstü çalışmaya ulaşılmıştır. Çocuk suçluluğu ve nedenlerini araştıran lisansüstü tezlerin sadece %9.6'sı doktora tezi olup geri kalan tezlerin tamamı lisansüstü tezleridir. Bu durum ise; çocuk suçluluğuna yönelik yapılan çalışmaların ülke genelinde kısıtlı olduğunu göstermektedir.

Ayar, Öztürk (2015)' e göre; Türkiye'deki 2000-2014 yılları arasındaki çocuk suçluluğu ile ilgili lisansüstü çalışmalar incelendiğinde, çocuk suçluluğunun yaşa göre değişiklik gösterdiği, daha çok 15 yaşını doldurmuş çocukların suça yöneldiği, 15-17 yaş oranında da suça yönelen çocuk sayısının çok olduğu, en az suç işleme yaşının 0-11 yaş aralığında olduğu bulunmuştur. Eğitim düzeyine göre incelendiğinde suça yönelen çocukların çoğunluğunun okuma-yazma bildiği, çoğunlukla lise öğrencilerinde daha fazla olduğu, genel olarak çocukların öğrenim düzeylerinin düşük olduğu, çocukların evden ve okuldan kaçma davranışları gösterdikleri, okulu terk etme davranışlarının daha fazla oranda ve okul başarılarının düşük olduğu görülmüştür. Suça yönelen çocukların anne-babalarının gelir ve eğitim düzeyinin düşük, ailelerinde çocuk sayısının fazla, aile üyeleri ve yakın akrabalar arasında suç davranışı gösteren kişilerin olduğu, ailelerinin göç ettiği saptanmıştır. Suç işleme durumu cinsiyete göre incelendiğinde çalışmaların çoğunluğunda erkek çocukların kız çocuklarına oranla daha fazla suç işlediği ve işlenen suçların hırsızlık, gasp, yağmalama gibi mala karşı suçlar, yaralama, kasten adam öldürme gibi kişisel suçlar ve bunu da cinsel istismar suçlarının takip ettiği saptanmıştır. Ayrıca suç işleyen çocukların madde bağımlısı olduğu ve çoğunlukla bali ve tiner gibi maddeler kullandığı bulunmuştur.

### **2.3.3.ÇOCUK SUÇLULUĞUNUN NEDENLERİ**

Geleceğin teminatı olan çocukların her geçen gün daha da artarak toplumsal bir sorun olan suç kavramının içinde yer alması ve bunun doğurduğu sonuçlar, günümüzde oldukça kaygı veren bir durum haline gelmektedir (İpek, 2010). Bu nedenle çocuk suçluluğuna sebep olan faktörlerin ortaya konması, çocuk suçluluğunu

engelleyecek toplumsal politikaların belirlenmesi ve başarı ile uygulanması, çocukların topluma yeniden kazandırılması, uygulanacak tedbirlerin belirlenmesi ve suça sürüklenen çocuklar için özel bir statü yaratmanın gerekliliğinin ortaya konulması son derece önemlidir. Bu bağlamda çocuk suçluluğu sorununa çözüm bulmak için öncelikli olarak çocukları suça sürükleyen nedenlerin araştırılması gerekmektedir (Göç, 2006; İpek, 2010; Ereş, 2009).

### **2.3.3.1.BİREYSEL NEDENLER**

Çocuk suçluluğunun bireysel nedenleri biyolojik ve psikolojik yaklaşımlarla açıklanmaktadır (Demirhan, 2007).

#### **2.3.3.1.1.Biyolojik Nedenler**

Biyolojik kuramlar; suçluluğun biyolojik nedenlerini beden yapısı, kalıtım, kromozom bozuklukları, hormonlar ve zeka gibi etmenlerle açıklamaya çalışmaktadır. Bu tür biyolojik sorunlar kişiye ailesinden kalıtsal olarak geçebileceği gibi sonradan da ortaya çıkabilmektedir. Biyolojik nedenler tek başlarına suç nedeni olmasa bile, suç işlemeye elverişli bir ortam sunması açısından etkili olabilmektedir (Karabulut, 2006; Teker, 2010; Tek, 2012).

#### **2.3.3.1.2.Psikolojik Nedenler**

Psikolojik kökenli yaklaşımlar, suçluluğun psikolojik nedenlerini ruhsal ve kişilik bozukluklarıyla açıklamaya çalışmaktadır (Karabulut, 2006). Psikolojik yaklaşımlara göre; duygusal olarak tatmin edilemeyen ve kişiliğiyle ilgili olarak ihtiyaçlarını giderme konusunda karmaşa ve bocalama yaşayan çocuklar eksik yönlerini tamamlamak amacıyla suç işlemektedir (Kunt, 2003). Çocuk suçluluğuna ilişkin en etkili psikolojik açıklama, Freud'un psikoanalitik kuramından gelmektedir. Freud'un psikoanalitik kuramına göre; benlik, alt benliğin istekleriyle üst benliğin değerleri arasında bir arabulucu olarak çalışmaktadır. Alt benliğin aşırı gelişmesi ve üst benlik gelişimindeki yetersizlikler nedeniyle, alt benlikteki dürtülerin benlik tarafından denetim altına alınamaması sonucu suç eylemi ortaya çıkmaktadır (Demirhan, 2007). Ayrıca suç işleyen çocukların nörotik, psikotik, sosyopatik ve şizofrenik özellik gösterdiği saptanmıştır (Kunt, 2003).

### 2.3.3.2.ÇEVRESEL NEDENLER

Çocuğun suça sürüklenmesine neden olan çevresel faktörler, bireysel faktörlerden daha fazla rol oynamakla birlikte, birçok bireysel faktörün kaynağında yine çevresel faktörlerin yer aldığı düşünülmektedir (Kunt, 2003). Çocuk suçluluğuna neden olan çevresel faktörler genel olarak, aile, okul, akran grupları, iş yaşamı, ekonomik durum, iç göçler, kentleşme ve kitle iletişim araçlarıdır (Demirhan, 2007).

#### 2.3.3.2.1.Ailenin Çocuk Suçluluğuna Etkileri

Aile, bireyin en yakın olduğu ve toplumsallaşma süreci içinde birey üzerinde en etkin olan toplumsal gruptur. Çünkü çocuğun ilk ve doğal çevresi ailesidir ve aile çocuğun ilk sosyal deneyimlerini kazandığı yerdir (Acar ve ark., 2015; Çoğan, 2006). Aile; çocuğa güven duygusu ve üye bilinci vererek, çocuğun dengeli bir birey olmasına, sosyal biri olarak toplumda kabul görmesine yardımcı olur. Ait olduğu toplumun kültür değerleri için bir model oluşturarak, çocuğun toplumda salt kabul gören davranışları benimsemesini sağlar, bireyin topluma uyumda yaşadığı sorunlara çözüm getirir (Küçüköner, 2004; Gönültaş, 2009). Aile içi ilişkiler düzeyinde meydana gelen yetersiz ve kötü toplumsallaşma süreci ise çocuğun suç davranışı göstermesine ve suça sürüklenmesine neden olabilmektedir (Ereş, 2009; Kurtuluş ve ark., 2009).

Çocuk suçluluğunun en önemli çevresel nedenlerinden biri olan ailenin, çocuk suçluluğu üzerine etkileri ise şunlardır;

- Ailenin çocuk üzerindeki etkisi doğumdan önce başlamakla birlikte, anne ve babanın çocuğa karşı istekli ya da isteksiz oluşu, ruhsal, ekonomik, kültürel ve toplumsal yönden çocuğun gelişine ve gelişimine hazır olup olmaması ve çocuktan beklentiler, çocuğun yaşantısını, ilk izlenimlerini, çevresiyle olan ilişkilerini, diğer bireylere, nesnelere ve tüm yaşama olan tutumlarını önemli ölçüde etkilemektedir (Gökpınar, 2007).

- Ebeveynleriyle sağlıklı ilişkiler kuramayan ya da toplum tarafından kabul edilmeyen evlilik dışı birleşmelerden doğan çocukların antisosyal davranışlara yönelmeleri daha kolay olabilmektedir (Terzi, 2007).
- Ailenin çocuğa yeterince zaman ayırmaması, aşırı eleştirici olması, çocuk ihmali ve istismarına yönelik davranışları da çocukların suç işlemede etkili olabilmektedir (Terzi, 2007).
- Anne ve babanın çocuğa olumlu bir model oluşturamaması, olumsuz ve itaatsiz çocukların yetişmesine neden olan tutarsız, katı ve baskıcı disiplin uygulamaları, çocuğu tümüyle dürtü ve istekleri doğrultusunda serbest bırakan ve başkalarının zararına olacak şekilde isteklerine doyum arayan ve bencilce davranışların ortaya çıkmasına sebep olan aşırı hoşgörölü ya da umursamaz bir yetiştirme tarzı da çocuk suçluluğunda önemli nedenlerden biri olarak görölmektedir (Acar ve ark., 2015).
- Ailede suç işleyen bireylerin varlığı; çocuk tarafından suç davranışının taklit edilmesine neden olabilmektedir (Kızmaz, 2013).
- Parçalanmış aile faktörü de çocuğun anne ve babanın ilgi, sevgi ve terbiyesinden uzak kalması sebebiyle çocuk suçluluğunda oldukça önemlidir. Fakat ailenin parçalanması doğrudan çocuk suçluluğunun bir nedeni olmamakla birlikte, çocuğun parçalanmış aile sendromu yaşaması ve bunun sonucunda toplumsal uyumunun bozulması sonucu sapma davranışı göstermesinde etkilidir (Öter, 2005; Çoban, 2014).
- Aile içi kalabalık nüfus ve çok çocukluluk da anne ve babanın sorumluluklarını yerine getirmede problemlere, maddi sorunlara, çocuk üzerinde kontrol, denetim ve ilgi eksikliğine, çocuklara ayrılan zamanın azalmasına, çocuğun öğrenme ve toplumsallaşmasında birtakım sorunlara ve daha çok sapma davranışı göstermesine zemin hazırlayabilmektedir (Esen, 2008).
- Ailenin ekonomik durumu da çocuk suçluluğuna teşvik edebilmekte veya çocuklarda suçluluğun artmasına neden olabilmektedir. Ailenin ekonomik durumu ile suçluluk arasındaki ilişkiler ekonomik durumu kötü ve iyi olan aileler açısından farklı şekillerde ele alınabilmektedir. Düşük sosyoekonomik düzey yetersiz koşullar nedeniyle çocuğun kişilik yapısında derin izler

bırakabilmekte, kendini güvensiz bir ortamda hissetmesine neden olabilmektedir. Ayrıca çocuklar ailelerinin ekonomik durumlarının düşük olmasından dolayı belli bir yaşa geldiğinde çalışmaya başlamak zorunda kalmakta ve bu durum onları sokaktan gelen tehlikelere karşı korumasız bırakarak çocuk suçluluğuna zemin oluşturabilmektedir. Ekonomik durumu iyi olan ailelerde ise, çocuğa müsaade edici bir davranış biçimi, çocuğun kanunlara uymamasına neden olabilmektedir (Göcek, 2009).

### **2.3.3.2.2.Okulun Çocuk Suçluluğuna Etkileri**

Ailenin yanında suçluluğu en fazla etkileyen ve aileden sonra ikinci sosyalleşme yeri olarak kabul edilen okul çocuğun toplumsallaşmasında çok önemli bir kurumdur (Güney, 2008). Okul, çocukların davranışlarını kontrol ederek ve onları toplumsallaştırarak geleceğe hazırlayan ve hatta toplumların her geçen gün daha da karmaşıklaşması, ailenin çocuğun sosyalizasyonundaki yetersizliği ve başarısızlığı ya da çocuğun okulda geçirdiği sürelerin artması nedeniyle en önemli kurumlardan birisi olmaktadır (Göç, 2006; Çoğan, 2006). 17. yüzyılda Victor Hugo “Bir okulun yapılması bir hapishanenin kapanması demektir” diyerek, okuldaki eğitimin suçluluk üzerindeki etkisini ortaya koymuştur (Öter, 2005).

Okul; aileden edinilen kimliğin geliştirileceği, topluma uygunluk tanımlarının net olarak öğrenildiği ve çocuğun gelecek fikriyle tanıştığı yerdir. Okul sistemi, roller, sorumluluklar ve uyulması gereken yazılı kurallar nedeniyle çocuğa, ileride içinde yer alacağı bürokratik toplumun benzeri bir modelini sunma imkanı vermektedir. Çocuğun akran gruplarıyla olan etkileşimine fırsat tanıyan bir ortam oluşturmasının yanı sıra, model almaya ve taklit etmeye çaba göstereceği kişilerle karşılaşmasına da olanak sağlamaktadır. Okul tek başına suçluluk problemini kontrol edememekle birlikte, gençlik üzerinde suçluluğu önlemede önemli bir adım olabilmektedir (Kunt, 2003; Göç, 2006; Hatipoğlu, 2008, Şengül, 2012).

Okulun çocuk suçluluğu üzerine etkileri ise şunlardır;

- Okulda yeterli pedagojik eğitime sahip bir öğretmenin olması ve öğretmenle kurulan güven verici bir iletişim çocuğu suç işlemeden alıkoyabilmektedir.
- Eğitim düzeyi ile suç işleme oranı arasındaki ilişki ters orantılı olup, çocuğun eğitim durumu yükseldikçe suç işleme eğilimi azalmaktadır.
- Sınıfta kalma, okuldan kaçma çocuğun kötü çevrelerle ilişki içerisine girmesini kolaylaştırmaya neden olmakta ve suç işleme olasılığını artırmaktadır.
- Okuldaki başarısızlık; okuldan ayrılmaya, anti-sosyal davranışlara ve böylece suça yönelmeye neden olabilmektedir.
- Okuldaki yetersiz ya da yanlış iletişim çocuğun başarısız olmasına ya da okulda uyumsuz davranışlarda bulunmasına, bir takım tavır, hareket bozuklukları sergilemesine hatta ileri safhalarda suç işlemesine yol açabilmektedir.
- Bazı araştırmacılar ise; eğitim sisteminin bizzat kendisinin suçlu davranışa katkıda bulunduğunu; sadece bilgi aktarma görevini üstlenen, eğitime önem vermeyen, çocukların kişilik gelişimlerini göz ardı eden bir eğitim sisteminin, okulun uyumsuz ya da suçlu davranışı önlemede bir fonksiyonunun bulunmayacağını savunmaktadır.
- Çocukların kişiliklerini bozan, kendine güveni ve yaratıcılığını yok eden, baskıcı, ağırlıklı olarak olumsuz insanların yetişmesine olanak tanıyan bir eğitim sisteminin varlığı da okulun, çocuk üzerindeki önemini yitirmesine, dolayısıyla yetersiz toplumsallaşmaya neden olarak suça yönelmesine neden olabilmektedir (Kunt, 2003; Beşer, 2009; Öter, 2005; Kılıç, 2007; Esen, 2008).

### 2.3.3.2.3. Akran Gruplarının Çocuk Suçluluğuna Etkileri

Arkadaş veya akran grupları bireyin sosyalleşmesine katkı sağlamaktadır. Çocuk bazı toplumsal davranışları akranlarıyla oluşturduğu gruplar içinde kazanmaktadır. Arkadaş gruplarının çocuk üzerinde etkisi her yaşta olmakla beraber, en önemli etkisi ergenlik dönemindedir. Ergenlik dönemindeki gençler kimliklerini yeniden oluştururken, ailelerinden, okul ortamından ve arkadaşlarından etkilenmektedir. Bu dönemde aile ile daha az zaman geçirilirken, arkadaşlarla geçirilen zaman artmaktadır. Ergenlik dönemindeki arkadaşlıklarda duygu ve düşüncelerin paylaşımı daha fazla olmakta ve boş zamanlar aile denetimine daha az açık olurken daha fazla arkadaş grubu faaliyeti içermektedir. Suç niteliğindeki davranışların, ergenlik dönemlerinde yoğunlaşmasının nedeni, artan yaş ile birlikte ebeveyn denetiminin giderek azalması, ergenin arkadaşlarıyla daha yakın bir ilişki içine girmesi ve arkadaşların ergenin yaşamında giderek daha fazla önem kazanmasıyla ilgili olabilmektedir (Aldemir, 2010; Güney, 2008).

Akran grubunun ve arkadaş çevresinin çocuk suçluluğu üzerindeki etkileri şunlardır:

- Çocuk, ergenlik döneminin vermiş olduğu arkadaşlarla yakın ilişkide olma isteğinin etkisiyle; onları kırmamak ve kaybetmemek için suç işleyebilmekte, suça karışabilmektedir.
- Ergenlik döneminin kendini arama, kurulu düzene başkaldırma, belirsizlikler ve çelişkiler içinde bulunma gibi özellikleri; çocukta onu destekleyecek, değerlerini paylaşabilecek bir arkadaş grubu varlığında suça dönüşebilmektedir.
- Yakın arkadaş çevresinde madde kullanan, hırsızlık yapan, adam öldüren vb. suçları işleyen çocuklar; arkadaşlarının etkisiyle ve baskısıyla madde kullanabilmekte ve suç işleyebilmektedir.
- Grup içinde sosyal kabul görme ve statü sahibi olmak için çocuklar gruptan güç bulabilmekte, kural dışı davranabilmekte, suç işlemekte ve suçluluk çetelerine dönüşebilmektedir.



- Okuryazar olmayan veya kırsal alanlardan kentlere göç eden çocukların çevreyle uyum sağlaması diğer çocuklara oranla daha güç olduğundan, sosyal dayanışmaya ve arkadaş gruplarına daha çok ihtiyaç duymaktadır ve olumsuz arkadaş çevresinin varlığında çocuk suça yönelebilmektedir (Göç, 2006; Göcek, 2009; Şenses, 2010; Bilir, 2009; Akbaba, 2011).

#### **2.3.3.2.4. İş Yaşamının Çocuk Suçluluğuna Etkileri**

Çocuğun sosyalleşme sürecini aksatan faktörlerden biri de, çocuğun okul yaşamı boyunca veya bu süreci kesintiye uğratacak, durduracak şekilde iş yaşamına katılmasıdır. Çocuğun çalışma hayatına erken girmesinin nedenlerinin başında; göç, çarpık kentleşme, yoksulluk, işsizlik, eğitimsizlik, bozuk aile ortamı, çocuğun eğitiminin ailede bir anlam ifade etmemesi, ailenin maddi ihtiyacı, işverenin daha çok kar etme düşüncesi gibi nedenler gelmektedir. Çocuğun iş hayatına vaktinden önce karışması, onun çeşitli çevrelerle temasa geçmesine, ekonomik güdülenmelere vaktinden önce maruz kalmasına, kötü etkilere direnmesini sağlayacak manevi desteklerden yoksun kalmasına neden olmakta ve suça yönelme konusunda önemli bir faktör olmaktadır (Önay, 2009; Aydın, 2010).

#### İş yaşamının çocuk suçluluğu üzerindeki etkileri şunlardır;

- Aile gelirin düşük olması ve çocukların küçük yaşlarda çalışması, ev ve okul denetiminden uzak olması yönünden suç işlemeye elverişli bir ortam oluşturmaktadır.
- Küçük yaşlarda hayat sorumluluğunun altına girme ve erken yaşta olgunlaşma zorunda bırakılma çocuklarda ilerleyen dönemlerde suç eylemine dönüşebilmektedir.
- Çalışma hayatına girme nedeniyle okul çevresinden uzaklaşan çocuk okul yaşantısı içerisinde edinmesi gereken bilgi, görgü ve becerileri elde edememekte; fiziksel, duygusal ve sosyal yönden kendini güçlendirememektedir. Böylece yeterince sosyal öz benliğini geliştirememiş çocuk suça yönelebilmektedir.

- Yaşlıları henüz oyun parklarında oyunlar oynarken, bir tamirhanede ya da atölyede ağır fiziksel şartlar altında çalışarak bedel ödeyen çocuklar hem fiziksel hem de ruhsal yönden olumsuz yönde etkilenebilmekte ve topluma karşı nefret duyguları geliştirerek suç işleyebilmektedir.
- Çalışan çocuğun; işinde, ailesinde, okulunda ve içinde yaşadığı toplumda sürekli bir kimlik çatışması yaşaması; suça zemin hazırlayabilmektedir.
- İş ortamındaki kişilerin olumsuz davranış özellikleri göstermesi, sigara alkol ve madde kullanması ve suç işlemesi de; gelişmekte olan çocuğu olumsuz yönde etkileyebilmektedir.
- Çocuklar fiziksel, duygusal ve cinsel istismara uğrayabilmekte, şiddet görebilmekte, kendilerini korumak için suça yönelebilmektedir.
- Maddi açıdan kısmen de olsa bir özgürlük kazanan ve bunu kontrolsüz olarak kullanmaya başlayan çocuk; sigara alkol ve madde kullanımına yönelebilmektedir (Bilgin, 2012; Kızmaz ve Bilgin, 2010; Aydın, 2010; Ergündüz, 2010; Kopar, 2008; Güral, 2009).

#### **2.3.4.2.5. İç Göçler ve Kentleşmenin Çocuk Suçluluğuna Etkileri**

Türkiye’de tarım alanlarının daralması, tarım arazi işletmelerinin küçülmesi, üretimde verim düşüklüğü ve tarımda makineleşme sonucu insan gücüne gereksinimin azalması gibi etkenlerden dolayı ve kentlerin eğitim, sağlık, istihdam, sosyal ve kültürel imkânlar yönünden çekiciliği nedeniyle kırsal alandaki yerleşim yerlerinden kentlere yoğun bir göç yaşanmaktadır. Kentleşme, genel çizgileriyle, geleneksel topluluklardan, çağdaş kent topluluğuna geçiş sürecinin bir ifadesidir. En belirgin özelliği ise toplumsal değişme olması ve yeni çevreyle uyumlu ilişkilerin geliştirilmesi zorunluğunun olmasıdır. Kentleşme ile beraber yaşanan derin farklılaşma pek çok sorunu beraberinde getirmekte ve kentleşme sürecinin kısa sürede ve kolaylıkla tamamlanmasına engel olmaktadır. Pek çok sorunu beraberinde getiren kentleşmenin ortaya çıkardığı en önemli sorunlardan bir tanesi de kuşkusuz çocuk suçluluğudur (Temür, 2012; Kayaalp, 2010).

İç göçler ve kentleşmenin çocuk suçluluğuna etkileri ise şunlardır:

- Büyük kentlerde suç işleyenlerin büyük çoğunluğunu kırsal kesimde doğup, daha sonra şehre göç etmiş kişiler oluşturmaktadır.
- Kırsal kesimden ya da köyden kente gelen ailenin üyeleri, genellikle işgücü olarak vasıfsız kişiler olduğu için, bireylerin düşük gelirli işlerde çalışmak zorunda olması, aile gelirinin yetersiz olması, bir zaman sonra kadın ve çocukların da çalışmasına, bireylerin ruhsal durumlarının bozulmasına, aile içi ilişkilerin yerini aile dışı ilişkilere bırakmasına ve çocuğun mutluluğu dışarda arayarak suça yönelmesine yol açabilmektedir.
- Kırsal kesimden kente göç eden aileler sosyo-ekonomik ve kültürel özelliklerinden dolayı, gecekondu semtlerine yerleşmektedirler. Gecekonduların küçük, dar ve sağlıksız konutlar olması, alt yapılarının bulunmaması ve kalabalık nüfusa sahip olması ve bunun yanında çevre ve trafik gibi olumsuzlukların da bulunduğu yerleşim bölgesi olmasından dolayı özellikle güç şartlarda bulunan çocukların suça yönelmelerini hızlandırma noktasında önemli bir zemin oluşturmaktadır.
- Göç sonucu yaşam güçlükleri nedeniyle çocuklara yeterli ilgi, disiplin ve eğitim verilememesi ve çocukların toplumsallaşmalarını sağlayacak okul ortamından uzak kalması da çocuğu suça hazırlayıcı faktörlerdendir.
- Yaşanan göçler nedeniyle ortaya çıkan kültürel farklılıklar sebebiyle, meydana gelen düşmanlık ve gerginlikler, kültürel çatışmalara dönüşebilmekte, genç kuşakları etkileyerek şiddet içeren davranışlar göstermesine ve suç işlemesine neden olmaktadır.
- Kentte değişen geleneksel aile törelerinin çocuğu koruyan yaptırım gücünün zayıflaması, ailenin sosyal kontrol fonksiyonunu yerine getirebilecek başka kurumların olmaması vb. nedenler, çocukların suça daha kolay yönelmeleri olasılığını artırmaktadır.
- Göç yaşayan çocuklar çoğunlukla; toplumsal uyumsuzluk yaşadıkları için yaralama, ekonomik zorluklar nedeniyle ihtiyaçlarını karşılamak için de hırsızlık suçlarını işleyebilmektedir.
- Göç eden çocukların suç işlemesine sebep olan gerçekte en büyük neden ise; anne ve babanın, sevgi, şefkat ve bakımından yoksun olması, aile ve okul

denetiminden uzak kalmasının verdiği başıboşluktur ( Avcı, 2009; Kayaalp, 2010; Kobat, 2009; Şahinli, 2012).

#### **2.3.4.2.6.Kitle İletişim Araçlarının Çocuk Suçluluğuna Etkileri**

Çocukluğun ilk dönemlerinden itibaren televizyon başta olmak üzere görsel yayımlar önemli bir model oluşturmaktadır. Özellikle çocuklar dizilerde yer alan kahramanları kendilerine örnek alabilmekte, günlük oyun ve yaşamlarında onlar gibi davranma eğilimi gösterebilmektedirler. Başta televizyon, internet olmak üzere kitle iletişim araçlarının bu sebeple çocuk suçluluğu üzerinde önemli bir etkisi bulunmaktadır (Ağırçötüren, 2006).

Kitle iletişim araçlarının çocuk suçluluğu üzerindeki etkileri şunlardır;

- Kitle iletişim araçlarının gerek aile içinde gerekse aile dışında sosyal etkileşimi azaltması ve özellikle çocukların fazla zaman geçirmesi nedeniyle antisosyal davranışların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir.
- Kitle iletişim araçlarından özellikle televizyon; çocukların televizyonda gördükleri her şeyi gerçek sanmasına, çizgi filmlerindeki kahramanların sorunları çözmek için şiddet ve saldırganlığa başvurması ve bunları yaparken de iyiyi temsil ediyor olması olumsuz davranışların normal ve haklı olarak algılanmasına ve suçun maddi olmayan ödünleri ile özendirilmesine ve çocuğun bilinçaltından bunu kabul ederek suça yönelmesine yol açabilmektedir.
- Ayrıca televizyonda yayımlanan reklamlar da çocuklar üzerinde olumsuz etki yaratabilmektedir. Tüketim toplumunun ayrılmaz bir parçası olan reklamlar her zaman daha fazla ve yeni gereksinimler olduğunu empoze etmektedir ve bu da çocuğun empoze edilen gereksinimlere ulaşabilmesi için farklı yollara başvurmasına yol açabilmektedir.
- Çocuk suçluluğuna etki eden bir diğer faktör olan internet; porno içerikli, bölücülük propagandası yapan ve insanların birbiriyle sohbet etmesini sağlayan sitelerdir. Bu siteler çocuğun ruh sağlığını olumsuz

etkileyebilmekte, çocuklar kendini çeşitli metotlarla etkileyerek farklı ve yanlış tanıtan bireyler tarafından istekleri doğrultusunda kullanılabilir.

- İnternetin yanında çocukları bekleyen bir başka tehlike olan bilgisayar oyunlarıdır, bu oyunlar da şiddeti bilinçaltına yerleştirerek çocukları şiddete yönlendirebilmektedir. Porno içerikli oyunların oynanması da, bazı çocukları cinsel yönden aşırı uyarabilmekte, bazılarında nefret ya da suçluluk duygusunun oluşumuna, bazılarında ise cinsel suç işlenmesine ya da normalden sapan bir davranış göstermesine neden olabilmektedir (Tek, 2012; Boğa, 2011; Qabaha, 2015; Yağbasan, 2010; Balcı, 2011).

## **2.4.SUÇA SÜRÜKLENEN ÇOCUKLARLA İLGİLİ ULUSLARARASI VE ULUSAL DÜZENLEMELER**

### **2.4.1. ULUSLARARASI DÜZENLEMELER**

#### **2.4.1.1. Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Bildirgesi**

Çocuk Hakları Bildirgesi; 20 Kasım 1959 tarihinde Birleşmiş Milletler Genel Kurulu'nda oy birliği ile kabul edilmiştir. Bildirge; önsöz ile başlayan giriş ve on ilkedен oluşmaktadır (Boğa, 2011).

#### **Çocuk Hakları Bildirgesinin;**

\***Birinci ilkesinde;** her çocuğun herhangi bir ayırım yapılmaksızın bildirgedeki haklara sahip olduğu,

\***İkinci ilkesinde;** çocuğun özel olarak korunması, sağlıklı ve normal biçimde, özgürlük ve saygınlık koşullarında bedensel, zihinsel, ahlaki, manevi ve toplumsal olarak gelişmesine olanak sağlayacak fırsat ve kolaylıklardan yararlanması ve çıkarılacak yasalarda çocuğun çıkarlarının göz önünde bulundurulması gerektiği,

\***Dördüncü ilkesinde;** çocuğun toplumsal güvenlik olanaklarından yararlanma, sağlık içinde gelişme, yetişme, yeterli beslenme, barınma, eğlenme ve sağlık hizmetlerine hakkı olduğu,

**\*Altıncı ilkesinde;** çocuğun kişiliğinin tam ve uyumlu gelişmesi için sevgi ve anlayışa gereksinimi olduğu, ailesiz ve yeterli destekten yoksun çocuklara özel bakım sağlamanın, toplum ve kamu makamlarının ödevi olduğu ve çok çocuklu aile çocuklarının korunması amacıyla devletçe ve başka kaynaklardan yardım sağlanması gerektiği,

**\*Yedinci ilkesinde;** çocuğun en azından ilköğretim aşamasında ücretsiz ve zorunlu bir eğitim almaya hakkı olduğu, toplum ve kamu makamlarının bu konuda olanaklarını artırmaya çaba göstermesi gerektiği,

**\*Dokuzuncu ilkesinde ise;** çocuğun her türlü ihmal, zulüm ve sömürüye karşı korunması gerektiği, çocuğun, uygun bir yaş sınırına ulaşmadan önce çalışmasına ve hiçbir durumda sağlık ve eğitimine zarar verecek ve bedensel, zihinsel ya da ruhsal gelişmesine engel olacak bir işte çalışmasına izin verilemeyeceği vurgulanmaktadır (Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Bildirgesi, 1959).

#### **2.4.1.2. Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi**

Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi tarihte en yaygın olarak kabul edilen insan hakları sözleşmesidir. Çocuk Hakları Bildirgesi'nin 30. yıldönümü olan 20 Kasım 1989'da Birleşmiş Milletler tarafından kabul edilen sözleşme, Türkiye tarafından 14.09.1990 tarihinde imzalanmış ve 23 Aralık 1994 tarihinde onaylanarak 27.01.1995 gün ve 22184 sayılı Resmi Gazetede yayınlanarak yürürlüğe girmiştir (Aldemir, 2010). Sözleşme önsöz, 3 bölüm ve 54 maddeden oluşmaktadır. Sözleşmeye göre; daha erken yaşta reşit olma durumu hariç on sekiz yaşına kadar her insan çocuktur (Unicef Türkiye, Çocuk Haklarına Dair Sözleşme, 2014).

#### ***Çocuk Hakları Sözleşmesi'nin dört temel ilkesi ise;***

- Ayrım gözetmeme,
- Çocuğun yüksek yararını gözetme,
- Yaşama ve gelişme hakkı,
- Katılım hakkıdır (Törüner ve Büyükgönenç, 2011).

Dünya çocuklarının haklarının korunmasını ve geliştirilmesini amaçlayan bu sözleşme ile çocuk hakları konusunda evrensel standartlar getirilmeye çalışılmıştır. Sözleşme, “Çocuğun bedensel ve zihinsel bakımdan tam erginliğe ulaşmamış olması nedeniyle doğum öncesi ve sonrası dönemdeki uygun yasal korumayı içeren özel güvence ve koruma gereksinimi üzerinde temellenmiştir (Akbaba, 2011).

#### **2.4.1.3.Riyad İlkeleri (Çocuk Suçluluğunun Önlenmesine İlişkin Birleşmiş Milletler Yönlendirici İlkeleri)**

Çocuk suçluluğunun önlenmesi için oluşturulan Riyad İlkeleri; ulusal, bölgesel ve uluslararası nitelikte yaklaşımlara ve stratejilere gerek duyulduğu belirlenerek, her çocuğun, ücretsiz eğitim başta olmak üzere temel insan haklarına sahip olduğu teyit edilerek, yasalarla herhangi bir sorun yaşasınlar ya da yaşamasınlar, kendi başına bırakılan, ihmale uğrayan, istismar edilen, uyuşturucu kullanımına sürüklenen, marjinal koşullarda yaşayan ve genel olarak sosyal risklerle karşılaşan çok sayıda çocuk olduğu bilinerek, suçluluğun önlenmesi ve toplumun esenliği yönünde benimsenen ilerici politikaların sağladığı yararlar dikkate alınarak, 14 Aralık 1990 tarihinde Birleşmiş Milletler Genel Kurulu tarafından kabul edilmiştir (Akbaba, 2011; Aydın, 2010).

#### **2.4.1.4.Pekin-Beijing Kuralları (Birleşmiş Milletler Çocuk Ceza Adalet Sisteminin Uygulanması Hakkındaki Asgari Standart Kurallar)**

Pekin-Beijing Kuralları; 29 Kasım 1985’te Birleşmiş Milletler Genel Kurulu tarafından kabul edilmiştir. Düzenlemeye göre; gençlerin, insani gelişme sürecinin erken aşamalarında bulunmaları nedeniyle, fiziksel, zihinsel ve sosyal gelişme açısından özel bakıma ve yardıma; barış, özgürlük, değer ve güvenlik koşullarında yasal korumaya gereksinimleri olduğu kabul edilmiştir. Ayrıca düzenlemeyle suç işleyen çocuğun yakalanmasından itibaren ilk inceleme ve sorgulama, yargılama ve hüküm ile kurum dışı infaz yolları hakkındaki asgari standart kurallar belirlenmiştir (Aldemir, 2010; Aydın, 2010).

#### **2.4.1.5.Havana Kuralları (Özgürlüğünden Yoksun Bırakılmış Çocukların Korunmasına İlişkin Birleşmiş Milletler Kuralları)**

Birleşmiş Milletler Genel Kurulu tarafından 14 Aralık 1990 tarihinde kabul edilen Havana Kuralları ile gözetim altında veya tutuklu bulunan çocuklarla ilgili olarak taraf devletlerin uyacağı kurallar belirlenmiştir (Akbaba, 2011). Havana Kuralları önsöz, beş bölüm ve 87 maddeden oluşmaktadır (Boğa, 2011). Bu kurallar özgürlüklerinden yoksun bırakılacak olan çocukların tutulacakları yere giriş, sınıflandırma ve yerleştirme, fiziksel çevre ve kalma yerleri, eğitim, mesleki öğrenim ve çalışma, eğlenme, din, sağlık bakımı, hastalığın, kazanın ve ölümün bildirilmesi, dış dünya ile ilişkiler, fiziksel kısıtlamanın ve zor kullanmanın sınırları, disiplin usulleri, toplum içine dönüş konularını kapsamaktadır (Aydın, 2010).

#### **2.4.1.6.Çocuk Haklarının Kullanılmasına Dair Avrupa Sözleşmesi**

Çocuk Haklarının Kullanılmasına Dair Avrupa Sözleşmesi 25.01.1996 tarihinde imzalanmış ve 01.07.2000 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Türkiye ise sözleşmeyi 09.06.1999 tarihinde imzalamış ve 18.01.2001 tarihinde onaylamıştır. Sözleşme ön söz ve 26 maddeden oluşmaktadır (Boğa, 2011). Çocuk Haklarının Kullanılmasına Dair Avrupa Sözleşmesi'nin amacı, çocukların Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi'nden yararlanmalarını sağlamak; çocukların yüksek çıkarları için haklarını geliştirmek, adli merci önündeki işlemlerde ve davalarda bilgilendirilmelerini sağlamak ve bu davalara katılmalarını kolaylaştırmaktır (Güral, 2009; Boğa, 2011).



## 2.4.2.ULUSAL DÜZENLEMELER

Ülkemizde çocuk suçluluğu ile ilgili olarak yasal düzenlemeler 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu (TCK) ve 5395 sayılı Çocuk Koruma Kanunu (ÇKK) ile yapılmıştır.

### 2.4.2.1.Türk Ceza Kanunu (TCK)

26.09.2004 tarihinde kabul edilen 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu'nda çocuk kavramı 6. ve 31. maddelerle düzenlenmiştir. TCK'nın 6'ncı maddesinde çocuk, "henüz on sekiz yaşını doldurmamış kişi" olarak tanımlanmaktadır. TCK madde 31 ise çocukluğu 0-12, 12-15, 15-18 yaş olmak üzere üç gruba ayırmış, çocukların ceza sorumluluğunun asgari yaş sınırı 12 yaş olarak kabul edilmiş ve verilecek cezalar da bu yaş gruplarına göre belirlenmiştir.

**0-12 Yaş Çocuklar (On iki yaşını doldurmamış olanlar):** Fiili işlediği sırada on iki yaşını doldurmamış olan çocukların ceza sorumluluğu yoktur. Bu kişiler hakkında, ceza kovuşturması yapılamaz; ancak, çocuklara özgü güvenlik tedbirleri uygulanabilir.

**12-15 Yaş Çocuklar (On iki yaşını doldurmuş, on beş yaşını doldurmamış olanlar):** Fiili işlediği sırada on iki yaşını doldurmuş olup da on beş yaşını doldurmamış olanların işlediği fiilin hukukî anlam ve sonuçlarını algılayamaması veya davranışlarını yönlendirme yeteneğinin yeterince gelişmemiş olması hâlinde ceza sorumluluğu yoktur. Ancak bu kişiler hakkında çocuklara özgü güvenlik tedbirlerine hükmolunur. İşlediği fiilin hukukî anlam ve sonuçlarını algılama ve bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneğinin varlığı hâlinde, bu kişiler hakkında suç, ağırlaştırılmış müebbet hapis cezasını gerektirdiği takdirde on iki yıldan on beş yıla; müebbet hapis cezasını gerektirdiği takdirde dokuz yıldan on bir yıla kadar hapis cezasına hükmolunur. Diğer cezaların yarısı indirilir ve bu hâlde her fiil için verilecek hapis cezası yedi yıldan fazla olamaz.

**15-18 Yaş Çocuklar (On beş yaşını doldurmuş, on sekiz yaşını doldurmamış olanlar):** Fiili işlediği sırada on beş yaşını doldurmuş olup da on sekiz yaşını doldurmamış olan kişiler hakkında suç, ağırlaştırılmış müebbet hapis cezasını gerektirdiği takdirde on sekiz yıldan yirmi dört yıla; müebbet hapis cezasını gerektirdiği takdirde on iki yıldan on beş yıla kadar hapis cezasına hükmolunur. Diğer cezaların üçte biri indirilir ve bu hâlde her fiil için verilecek hapis cezası on iki yıldan fazla olamaz.

TCK madde 33 ise; “Bu Kanunun, fiili işlediği sırada on iki yaşını doldurmamış olan çocuklara ilişkin hükümleri, on beş yaşını doldurmamış olan sağır ve dilsizler hakkında; on iki yaşını doldurmuş olup da on beş yaşını doldurmamış olanlara ilişkin hükümleri, on beş yaşını doldurmuş olup da on sekiz yaşını doldurmamış olan sağır ve dilsizler hakkında; on beş yaşını doldurmuş olup da on sekiz yaşını doldurmamış olanlara ilişkin hükümleri, on sekiz yaşını doldurmuş olup da yirmi bir yaşını doldurmamış olan sağır ve dilsizler hakkında da uygulanır” demektedir (Türk Ceza Kanunu, 2004).

#### **2.4.2.2. Çocuk Koruma Kanunu (ÇKK)**

2253 Sayılı Çocuk Mahkemeleri Kanunu (ÇMK)’yı yürürlükten kaldıran ve 03.07.2005 tarihinde kabul edilen 5395 sayılı Çocuk Koruma Kanunu; korunma ihtiyacı olan veya suça sürüklenen çocukların korunması ve haklarına ilişkin usul ve esasları, korunma ihtiyacı olan çocuklarla ilgili alınacak tedbirleri, suça sürüklenen çocuklar hakkında uygulanacak güvenlik önlemlerinin usul ve esaslarını, ayrıca çocuk mahkemelerinin kuruluş, görev ve yetkilerine ilişkin hükümleri içermektedir (Karabulut, 2006; Yağbasan, 2010).

Çocuk Koruma Kanunu’nun 3. maddesine göre çocuk; daha erken yaşta ergin olsa bile, on sekiz yaşını doldurmamış kişi olarak tanımlanmaktadır. Aynı madde ile aynı zamanda korunma ihtiyacı olan çocuğun ve suça sürüklenen çocuğun da tanımı yapılmıştır. Bu maddeye göre;

**\*Korunma ihtiyacı olan çocuk:** Bedensel, zihinsel, ahlaki, sosyal ve duygusal gelişimi ile kişisel güvenliği tehlikede olan, ihmal veya istismar edilen ya da suç mağduru çocuğu,

**\*Suça sürüklenen çocuk:** Kanunlarda suç olarak tanımlanan bir fiili işlediği iddiası ile hakkında soruşturma veya kovuşturma yapılan ya da işlediği fiilden dolayı hakkında güvenlik tedbirine karar verilen çocuğu ifade etmektedir.

**ÇKK madde 4'te ise çocuk haklarının korunması amacıyla;**

- a) Çocuğun yaşama, gelişme, korunma ve katılım haklarının güvence altına alınması,
- b) Çocuğun yarar ve esenliğinin gözetilmesi,
- c) Çocuk ve ailesinin herhangi bir nedenle ayrımcılığa tâbi tutulmaması,
- d) Çocuk ve ailesi bilgilendirilmek suretiyle karar sürecine katılımlarının sağlanması,
- e) Çocuğun, ailesinin, ilgililerin, kamu kurumlarının ve sivil toplum kuruluşlarının işbirliği içinde çalışmaları,
- f) İnsan haklarına dayalı, adil, etkili ve süratli bir usûl izlenmesi,
- g) Soruşturma ve kovuşturma sürecinde çocuğun durumuna uygun özel ihtimam gösterilmesi,
- h) Kararların alınmasında ve uygulanmasında, çocuğun yaşına ve gelişimine uygun eğitimini ve öğrenimini, kişiliğini ve toplumsal sorumluluğunu geliştirmesinin desteklenmesi,
- i) Çocuklar hakkında özgürlüğü kısıtlayıcı tedbirler ile hapis cezasına en son çare olarak başvurulması,
- j) Tedbir kararı verilirken kurumda bakım ve kurumda tutmanın son çare olarak görülmesi, kararların verilmesinde ve uygulanmasında toplumsal sorumluluğun paylaşılmasının sağlanması,
- k) Çocukların bakılıp gözetildiği, tedbir kararlarının uygulandığı kurumlarda yetişkinlerden ayrı tutulmaları,
- l) Çocuklar hakkında yürütülen işlemlerde, yargılama ve kararların yerine getirilmesinde kimliğinin başkaları tarafından belirlenmemesine yönelik önlemler alınması ilkeleri yer almaktadır (Çocuk Koruma Kanunu, 2005).

Çocuk Koruma Kanunu; çocuğun bir suç işlediğinden ziyade suça itildiği yaklaşımını kabul etmektedir. Bunun sonucu olarak kanun koyucu çocukların mağdur olduğunu benimsemekle birlikte çocuğa ceza verilmesi yerine onun korunması gerektiğini savunmuştur. Bunun yanı sıra ciddi manada bir suç işleyen çocuk cezasını alacak lakin cezalandırma işlemi çocuğun fiiline ve durumuna uygun olmak zorunda olacaktır. Yine aynı kanuna göre çocuğa kısıtlayıcı tedbirler veya hapis cezası verilebilmesi için bundan önceki bütün alternatif yolların tüketilmesi ve başka bir çarenin bulunmaması gerekmektedir (Önay, 2009). Bu kanun ile çocukların cezai sorumluluk yaşı ile ilgili olarak ise herhangi bir düzenleme yapılmamıştır (Yağbasan, 2010).

## **2.5. CEZA İNFAZ KURUMLARI ve VERİLEN HİZMETLER**

### **Ceza İnfaz Kurumları**

Ceza infaz kurumları, ceza evleri ve ıslah evlerinden oluşmaktadır (Ceza İnfaz Kurumları ile Tevkifevlerinin Yönetimine ve Cezaların İnfazına Dair Tüzük, 1967). Ceza infaz kurumlarının amacı; hükümlünün yeniden suç işlemesini engelleyici etkenleri güçlendirmek, toplumu suça karşı korumak, hükümlünün yeniden sosyalleşmesini sağlamak, üretken ve kanunlara, nizamlara ve toplumsal kurallara saygılı, sorumluluk taşıyan bir yaşam biçimine uyumunu kolaylaştırmaktır. Kurumlar; kapalı, yüksek güvenlikli kapalı, kadın kapalı, çocuk kapalı, gençlik kapalı, gözlem ve sınıflandırma merkezleri ile açık ceza infaz kurumları ve çocuk eğitim evlerini kapsamaktadır (Ceza İnfaz Kurumlarının Yönetimi İle Ceza ve Güvenlik Tedbirlerinin İnfazı Hakkında Tüzük, 2006).

Çocuk Kapalı Ceza İnfaz Kurumları; çocuk tutukluların ya da çocuk eğitim evlerinden disiplin veya diğer nedenlerle kapalı kurumlara nakillerine karar verilen çocukların barındırıldıkları ve firara karşı engelleri olan iç ve dış güvenlik görevlileri bulunan, eğitim ve öğretime dayalı kurumlardır. On iki-on sekiz yaş grubu çocuklar, cinsiyetleri ve fizikî gelişim durumları göz önüne alınarak bu kurumların ayrı ayrı bölümlerinde barındırılmaktadır. Bu hükümlüler, kendilerine özgü kurumun

bulunmadığı hâllerde kapalı kurumların çocuklara ayrılan bölümlerine yerleştirilmektedir. Kurumlarda ayrı bölümlerin bulunmaması hâlinde, kız çocukları kadın kapalı kurumların bir bölümünde veya diğer kapalı kurumların kendilerine ayrılan bölümlerinde barındırılmaktadır (Ceza İnfaz Kurumlarının Yönetimi İle Ceza ve Güvenlik Tedbirlerinin İnfazı Hakkında Tüzük, 2006).

Ülkemizde İzmir, İstanbul, Ankara ve Hatay’da olmak üzere toplam dört adet çocuk ceza infaz kurumu bulunmaktadır. Burada mahkemelerce tutuklanmış olup yargılamaları devam eden çocuklar barındırılmakta, hüküm giyen çocuklar ise ıslahevlerine gönderilmektedir (T.C. Adalet Bakanlığı Ceza ve Tevkifevleri Genel Müdürlüğü, 2016; Tunceroğlu, 2015). Ceza infaz kurumlarında çocuklar; aldıkları güvenlik tedbiri ve ceza infaz biçimine göre tutuklu, hükümlü ve hükümsüz olarak adlandırılmakta ve buna göre gruplandırılarak ilgili koşullara yerleştirilmektedir. Tutuklu, “kanun yoluyla hürriyetlerinden alıkonularak bir yere kapatılan kimse, tutuk, mevkuf” olarak tanımlanmaktadır. Hükümlü ise; “yapmış olduğu fiilden dolayı hukuki açıdan başkalarının haklarına zarar verdiği gerekçesiyle ceza hükmü verilmiş, toplumdan uzaklaştırılan ve ıslah edilen hüküm giymiş kimse, mahkum” anlamına gelmektedir (<http://nedir.ileilgili.org/>, 2016; TDK, 2016). Hükümsüz kavramı ise “yerel mahkeme tarafından hüküm kararı verilmiş ancak hükmü henüz kesinleşmemiş tutuklu” için kullanılmaktadır (<http://www.dersimiz.com/terimler-sozlugu/Hukumozlu-Nedir-17597.html#.WDqoNtKLTIU>, 2016; <http://www.hukukitercumburosu.com/hukumozlu-nedir/>, 2016). Ceza infaz kurumunda bulunan tutuklu ve hükümlü çocukların; infaz sonrasında özgürlüğüne kavuşturulana kadar korunması ise devletin güvencesi altındadır (Ceza İnfaz Kurumlarının Yönetimi İle Ceza ve Güvenlik Tedbirlerinin İnfazı Hakkında Tüzük, 2006; Anonim, Türkiye’de Ceza İnfaz Kurumlarının Sorunları, 2016).

## Ceza İnfaz Kurumlarında Verilen Hizmetler

Ceza infaz kurumlarında verilen hizmetler şunlardır:

- \*Psikososyal hizmetler
- \*Eğitim hizmetleri
- \*Sağlık hizmetleri
- \*Beslenme, barınma ve diğer hizmetler.

**Psikososyal Hizmetler:** Ceza infaz kurumlarında psikososyal hizmetler; psikolog ve sosyal çalışmacıların görev yaptığı; psiko-sosyal yardım servisleri tarafından yürütülmektedir. Psikososyal hizmetlerin amacı; tutuklu ve hükümlülerin bireysel özelliklerinin, hayat şartlarının, suç işleme sebeplerinin belirlenmesini sağlamak, bireylerin kendilerini tanımalarına, kişiliklerini geliştirmesine, farkındalık düzeylerini artırmasına ve yeniden topluma kazandırılmasına yardımcı olmaktır (İzmir Çocuk ve Gençlik Kapalı Ceza İnfaz Kurumu Resmi İnternet Sitesi, 2016).

**Eğitim Hizmetleri:** Ceza infaz kurumlarında eğitim hizmetleri; öğretmenlerin görev yaptığı eğitim servisi tarafından yürütülmektedir. Eğitim servisi; eğitim öğretim faaliyetlerini, iş ve meslek eğitimi faaliyetlerini, sosyokültürel faaliyetleri ve kütüphane faaliyetlerini içermektedir (İzmir Çocuk ve Gençlik Kapalı Ceza İnfaz Kurumu Resmi İnternet Sitesi, 2016).

**Sağlık Hizmetleri:** Ceza infaz kurumlarında 2009 yılına kadar hükümlü ve tutuklulara kurum hekimleri vasıtasıyla sunulan birinci basamak sağlık hizmetleri 30.04.2009 tarihli protokol doğrultusunda aile hekimliği sistemi aracılığıyla genel sağlık sistemi kapsamında Sağlık Bakanlığı tarafından sunulmaya başlanmıştır. Bu protokol uyarınca, her 1000 hükümlü ve tutuklu için bir aile hekimi görevlendirilmektedir. İlgili aile hekimi sağlık hizmetini, gezici sağlık hizmeti kapsamında vermektedir. Aile hekimi tarafından sağlık hizmeti; hükümlü ve tutuklular ile personel sayısı 1000'in üzerinde olan kurumlarda haftada 5 tam gün, 500 ile 1000 arasında olan kurumlarda haftada 5 yarım gün, 500'ün altında olan

kurumlarda ise haftada 2 yarım gün verilmektedir. Verilen sağlık hizmetleri kapsamında; ceza infaz kurumuna ilk kez alınan hükümlü ve tutukluların ilk kabul muayeneleri yapılmaktadır. Bu muayeneden elde edilen sonuçlar, ceza infaz kurumunda kaldığı süre boyunca gerekli tıbbi müdahale ve tedavilerinin yapılabilmesi amacıyla revirde bulunan bireysel sağlık dosyasına kaydedilmektedir. Ceza infaz kurumlarında sağlık sorunu olan hükümlü ve tutukluların ilk muayene ve tedavi hizmetleri kurum revirinde verilmektedir. Kurum hekimi, aile hekimi veya dış hekiminin uygun gördüğü durumlarda, ileri tetkik, tedavi ve iyileştirme için, asm, devlet hastaneleri ve daha ileri sağlık hizmeti gerekenler üniversite hastanelerine, üniversite hastanelerinde tedavisinin mümkün olmadığı hallerde ise tedavisinin yapılabileceği daha kapsamlı hastanelerin bulunduğu illere sevk edilmektedir. Acil durumlarda 112 Acil Servis'e haber verilerek gerekli tıbbi müdahalede bulunulmakta ve gerek görülmesi halinde ambulansla hastaneye sevk sağlanmaktadır. Kurum tarafından hastanelere sevk edilmesi gereken hükümlü ve tutuklular jandarmaya bildirilmekte, jandarma koruma birlik komutanlığınca sevkler gerçekleştirilmektedir. Ceza infaz kurumlarında hükümlü ve tutuklu hastaların kullanması için doktor tarafından reçete edilen ilaçlar Adalet Bakanlığı Ceza ve Tevkifevleri Genel Müdürlüğü ile Türk Eczacıları Birliği Merkez Heyeti arasında imzalanan protokol hükümleri doğrultusunda temin edilerek, kurum sağlık personeli tarafından hastanın kendisine verilmek suretiyle kullanılmaktadır. Ceza İnfaz Kurumlarının Yönetimi İle Ceza ve Güvenlik Tedbirlerinin İnfazı Hakkında Tüzük uyarınca yeşil ve kırmızı reçeteye satılan uyuşturucu ve uyarıcı nitelikteki ilaçlar hükümlülere tane olarak verilmekte ve huzurda içirilerek kontrolü yapılmaktadır. Diğer ilaçlar ise cezaevi tabibinin belirlediği miktarda verilmektedir. Hükümlü ve tutukluların tedavi masrafları Sağlık Bakanlığı tarafından karşılanmakta olup, ilaç giderleri ise Ceza Ve Tevkifevleri Genel Müdürlüğü bütçesinden karşılanmaktadır. Doktor raporu ile belgelenmesi koşuluyla engelli veya hasta hükümlü ve tutukluların sağlıkla ilgili malzemeleri (elektrik kumandalı yatak ve ortez protez gibi) ödeneği ilgili kuruma tahsis edilmekte ve alımı kurum tarafından gerçekleştirilmektedir (T.C. Adalet Bakanlığı Ceza ve Tevkifevleri Genel Müdürlüğü, 2016).

**Beslenme, Barınma ve Diğer Hizmetler:** Tutuklu ve hükümlülerin beslenmesi; ceza infaz kurumu tarafından işletilen ve gıda mühendislerinin kontrolü doğrultusunda pişirilen yemeklerle sağlanmaktadır ve yemekler koğuşlara görevlilerce dağıtılmaktadır. Diğer tutuklu ve hükümlülerden farklı olarak tutuklu ve hükümlü çocuklara bedensel ve zihinsel gelişimleri için ayrı gıda maddeleri temin edilmektedir. Tutuklu ve hükümlüler gün içinde banyo yapabilmekte, traş olabilmektedir. Ceza infaz kurumu tarafından her türlü temizlik malzemesi çocuklara düzenli olarak dağıtılmakta olup, gıda ve ihtiyaç malzemeleri kantinlerde de satışa sunulmaktadır. Ayrıca ısı merkezinden kesintisiz 24 saat içme ve kullanma suyu sağlanmakta olup, çocuk ve gençlerin ütü, tamir ve dikim ihtiyaçları terzihanedan karşılanmaktadır (İzmir Çocuk ve Gençlik Kapalı Ceza İnfaz Kurumu Raporu, 2013; İzmir Çocuk ve Gençlik Kapalı Ceza İnfaz Kurumu Resmi İnternet Sitesi, 2016).

## **2.6. CEZA İNFAZ KURUMLARINDA SUÇA SÜRÜKLENEN ÇOCUKLARIN SAĞLIĞINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

Ceza infaz kurumları; suça sürüklenen çocukların sağlığını etkileyebilecek birtakım risk faktörlerine sahiptir. Bu risk faktörleri ise şunlardır:

- Ceza infaz kurumları toplu yaşanan yerler olması nedeniyle, pek çok hastalığı ve sağlık sorununu bünyesinde taşımaktadır ve bulaşıcı hastalıklar yönünden risk altındadır.
- Ceza infaz kurumları etkileşim halinde olunması gereken toplumsal çevreden uzaktır.
- Sürekli aynı, dar, kapalı mekan içinde yaşam tekdüze geçmektedir.
- İnsan kişiliğini besleyen, geliştiren, sanatsal, kültürel ve sportif etkinlikler kurum olanaklarıyla sınırlıdır.
- Yasal prosedürler sağlık hizmetlerine erişimde aksaklıklara neden olabilmektedir.
- Güvenlik yönünden oldukça sakıncalı bir mimarî tasarım olan koğuş sistemi; husumet, ağalık ve iktidar kavgalarına, adam öldürme, yaralama ve cinsel saldırılara, haraç, fiziksel ve psikolojik baskılara, siyasi anlaşmazlıklara ve itirafçılıklara neden olabilmektedir.



- Ceza infaz kurumlarının yapımında kullanılan standardizasyonu yapılmayan yapı malzeme, tesisat, elektrik, su, aydınlatma malzemeleri, kapı ve pencere demirleri uygunsuz davranış, kesi ve yaralamalarda kullanılabilir.
- Kurumun güvenliği, düzeni ve disiplininden sorumlu infaz ve koruma memurları; özel eğitimlerden geçmemesi, tutuklu ve hükümlülerin tahrik ve saldırılarına kapılabilmesi gibi nedenlerden dolayı tutuklu ve hükümlülerin bazı haklarını ihlal edebilmektedir.
- Ceza infaz kurumlarında bazen her iki tarafın rızası ile bazen de kişilerin rızası olmadan eşcinsel ilişkiler gerçekleşmekte ve kişiler cinsel saldırılara maruz kalabilmektedir.
- Ceza infaz kurumunun ağır etkisi, serbest hayattan ceza infaz kurumuna geçişteki sarsıntı, ilk günlerin bunalımları, hücre hapsindeki yalnızlığa katlanamama, koğuş sistemindeki kültür farklılığı sonucu ortama alışamama ve uyum sağlayamama psikolojik bunalımlara neden olarak kişileri intihara sevk edebilmektedir.
- Kişiler kendilerini cezalandırarak ruhsal bir doyum ve rahatlık sağlamak için jilet, bıçak gibi aletlerle kendini yaralayabilmekte ve vücudu üzerinde sigara söndürebilmektedir.
- Kişiler bazen ceza infaz kurumu çalışanlarından, ziyaretçilerden, avukatlardan ve geçici olarak ceza infaz kurumuna girip çıkabilenlerden sigara ve uyuşturucu madde temin edebilmektedir.
- Korku, utanma, sosyal konumunu kaybetme gibi ruhsal darbeler ve cezaevinin sıkıcı çevresi hapisane psikozlarına neden olabilmektedir (Pehlivan, 2015; Harputlu, 2005; Anonim, Türkiye’de Ceza İnfaz Kurumlarının Sorunları, 2016; [http://www.cte.adalet.gov.tr/menudekiler/saglik\\_hizmetleri/bulasici\\_hastaliklar.asp](http://www.cte.adalet.gov.tr/menudekiler/saglik_hizmetleri/bulasici_hastaliklar.asp), 2016).

## 2.7.CEZA İNFAZ KURUMLARINDA SAĞLIK BAKIM HİZMETLERİ

Ceza infaz kurumlarında sunulan sağlık bakım hizmetleri, ceza infaz kurumları ve toplum arasında yoğun bir etkileşimin olması nedeniyle halk sağlığının kaçınılmaz bir parçasıdır (Bergh, Fraserb, Moller, 2011). Özellikle son zamanlarda ceza infaz kurumlarındaki popülasyonun giderek artması buradaki mahkumların sağlık sorunlarını da gündeme getirmektedir (Watson, Stimpson, Hostick, 2003). Bu sebeple toplumun genelinin sağlığını geliştirmeyi amaçlayan bir halk sağlığı hizmeti kapsamında; ceza infaz kurumlarındaki sağlık sorunlarının da ele alınması gerekmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Avrupa Bölge Ofisi, 1995 yılından bu yana ‘Cezaevi Sağlık Projesi’ ile ceza infaz kurumlarındaki bireyleri sağlık hizmetlerine yönlendirerek, cezaevi sağlığı ile halk sağlığı arasındaki etkileşim yoluyla halk sağlığını iyileştirmeyi ve geliştirmeyi amaçlamaktadır (Bergh, Fraserb, Moller, 2011).

Ceza infaz kurumları toplumda bulunan hastalıkların daha yoğun olarak görüldüğü yerlerdir ve burada bulaşıcı, mental ve kronik hastalıkların görülme sıklığı oldukça yüksektir (American Public Health Association (APHA), 2004; Fazel ve Danesh, 2002). Çünkü mahkumların birçoğu yetersiz eğitime sahip, sosyoekonomik düzeyi düşük dezavantajlı gruplardan gelmektedir ve toplumun homojen bir parçasını temsil etmemektedir. Bu bireyler genellikle sağlıksız yaşam biçimine, yetersiz sağlığa, sigara, alkol ve madde bağımlılığına sahiptir ve birçok mahkum cezaevine girmeden önce sağlık hizmetleri ile hiçbir temas ya da yeterli temas kurmamaktadır. Bu sebeple hapsedilen bireyler ceza infaz kurumlarına, madde bağımlılığı ve tanısı konulmayan pek çok sağlık problemiyle gelmektedir. Özellikle bazı mahkumlar ciddi mental sağlık problemlerine sahip olup, buna bağlı olarak ceza infaz kurumlarında pek çok mahkumun yaygın olarak mental sağlık problemi yaşadığı görülmektedir. (Bergh, Fraserb, Moller, 2011). Bireyler ceza infaz kurumuna sağlıklı gelmiş olsalar dahi buradan HIV/AIDS, tüberküloz, dermatolojik hastalıklar, madde problemleri ya da ruh sağlığı problemleri yaşayarak ayrılabilir ve girdiklerinden daha kötü sağlık problemleriyle topluma dönerek toplum sağlığını tehdit edebilir, bunun yanı sıra ceza infaz kurumunda kalmaya bağlı beden ve ruh sağlığı yönünden yaşadığı sorunlar

yeniden suç işleme eğilimi artırabilir ve toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesi için önemli bir risk oluşturabilir (Pehlivan, 2015).

Ceza infaz kurumlarında sunulan sağlık bakım hizmetleri toplumda verilen sağlık hizmetleriyle benzerlik göstermektedir. Bununla birlikte; bireylerin sağlığını etkileyebilecek beslenme, barınma, egzersiz, meslek gibi bütün faktörleri kontrol altında tutması sebebiyle sağlığın korunması, geliştirilmesi ve ceza infaz kurumu ile ilişkili sağlık bakımı hizmetlerinin sunumu noktasında bireylerin ceza infaz kurumu bakımı altında olmaları nedeniyle farklılık göstermektedir (Pehlivan, 2015; Marshall, Simpson, Stevens, 2000). DSÖ 2003 yılında “Ceza İnfaz Kurumu Halk Sağlığı Deklarasyonu” ile tutuklu ve mahkumların yasal durumları nedeniyle ayrımcılık yapmaksızın ülkede sunulan sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkına sahip olduğunu ve sağlık bakım hizmeti veren sağlık personelinin; toplumdaki bireylere verdiği kalite ve standartta bakım verme ve tedavi sağlama yükümlülüğünün olduğu belirtilmektedir (Whitehead , 2004).

Ceza infaz kurumları sağlığı geliştirmenin tüm boyutlarına yönelik sağlık eğitimi ve hastalıkların önlenmesi için eşsiz bir fırsat olma özelliği taşımaktadır. Çünkü her bir ceza infaz kurumu; toplumda ulaşılması zor olan dezavantajlı gruplara kolay ulaşılabilir olması, kaotik yaşam tarzlarına sahip bireylerin sağlık bakım gereksinimlerinin belirlenmesi, tanınması ve sağlıklı yaşam alanı olmak için bir potansiyele sahiptir. Ceza infaz kurumlarında sunulan sağlık bakım hizmetleri, hem bu kurumlarda sunulan hizmetler yoluyla koşulları iyileştirerek hem de bireylerin salıverilmeden sonraki bilgi, beceri kazandırma ve danışmanlık yoluyla sağlığın geliştirilmesine, salıverilmeden sonra bireylerin daha sağlıklı bir yaşama hazırlanmasına ve birlikte yaşadığı kişilere ve çocuklarına rehberlik yapabilmesine yardımcı olur (Pehlivan, 2015).

Sağlık bakım hizmetlerinin temel amacı sağlığın korunması, geliştirilmesi, hastalıkların tedavisi ve rehabilitasyonudur. Sağlığın korunması ve geliştirilmesi koruyucu ve geliştirici sağlık bakım hizmetleri ile mümkündür. Koruyucu ve geliştirici sağlık bakım hizmetleri ise birincil, ikincil ve üçüncül koruma düzeyinde

olmak üzere üç aşamada gerçekleştirilmektedir. (Sapancı, 2013; Güler ve Akın, 2012; Öztekin ve Kubilay, 2008). Ceza infaz kurumlarında bu üç koruma düzeyinde verilebilecek sağlık bakım hizmetleri ise şunlardır;

**Sağlığın korunması ve geliştirilmesi (birincil koruma) aşaması:** Ceza infaz kurumlarında sağlığın korunması ve geliştirilmesi uygulamalarının amacı, “bireyselliğin korunması, hastalık odaklı risklerin azaltılması, sağlık eğitimi ve danışmanlığın sağlanması, hijyenik ortamların sağlanması, bulaşıcı hastalıkların azaltılması ve yasadışı ilaç kullanımının önlenmesidir”. Spesifik sağlığı geliştirme alanları; ruh sağlığını geliştirme ve refahı artırma, sigara bırakma, sağlıklı beslenme alışkanlıkları ve yaşam stilleri, ilaç ve diğer madde kötüye kullanımlarıdır. Sağlığı geliştirme aktiviteleri ise; danışmanlık, sağlık eğitimi, kronik hastalıkların yönetimi, toplum izlem çalışmaları, işbirliği, sosyal hizmetler ve politika oluşturmaktır (Pehlivan, 2015).

**Erken tanı ve tedavi (ikincil koruma) aşaması:** Ceza infaz kurumlarında ikincil koruma aşaması; hapsedilen bireyler ve personelin akut ve bulaşıcı hastalıklarının tanınmasına yönelik tarama ve izlem çalışmalarının yürütülmesini, risk faktörlerinin belirlenmesini, semptomların ve komplikasyonların önlenmesini içermektedir. Ceza infaz kurumlarında; toplum sağlık sistemleri ile teması olmayan yüksek riskli bireylerin kolay ulaşılabilirliği nedeniyle kronik hastalıklar, HIV/AIDS ve tüberküloz gibi bulaşıcı hastalıkların maliyet etkin test, tedavi ve danışmanlığın yerleştirilmesi oldukça önemlidir (Pehlivan, 2015; T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü, 2008).

**Rehabilitasyon (üçüncül koruma) aşaması:** Ceza infaz kurumlarındaki üçüncül koruma; hastalığa bağlı olarak gelişebilecek sakatlık ve kalıcı engelliliklerin en aza indirgenmesini, engellinin yeni durumuna uyumu sağlanarak yaşam kalitesinin artırılmasını, cezaevine yeniden girmeyi önleyici programları ve ruh sağlığı danışmanlığının sağlanması hizmetlerini kapsamaktadır (Pehlivan, 2015; Sapancı, 2013).

## **2.8.CEZA İNFAZ KURUMLARINDA SUÇA SÜRÜKLENEN ÇOCUKLARIN SAĞLIK BAKIM GEREKSİNİMLERİNİN BELİRLENMESİNDE HALK SAĞLIĞI HEMŞİRESİNİN YERİ ve ÖNEMİ**

Ceza infaz kurumlarında hapsedilen suça sürüklenen çocuklar ele alınması gereken oldukça önemli bir risk grubudur. Çünkü bu çocuklar daha ceza infaz kurumuna girmeden; aile ve sosyal çevrelerinde düşük sosyoekonomik düzey, eğitim yetersizliği, ilgi ve sevgi yetersizliği, parçalanmış ve çok kalabalık ailelerden gelme, küçük yaşta ağır sorumluluklar üstlenme, ailede alkol ve madde kullanımı, suç işleyen bireylerin varlığı, istismara uğrama gibi sağlık için risk oluşturabilecek pek çok risk faktörü ile karşıya kalmaktadır (MEB, 2013). Bütün bu risk faktörlerin varlığında aynı zamanda fiziksel, duygusal, sosyal, kültürel, ahlaki ve mesleki gelişimlerini tamamlamak zorunda oldukları ergenlik dönemi gibi karmaşık bir süreç yaşamaktadır. Bu dönemdeki çocuk; ergenlik döneminin getirdiği beslenme, ortopedik, dermatolojik, psikolojik, üreme sağlığı sorunları, şiddete, öğrenmeye ve okula ilişkin sorunlar ve sigara, alkol, madde bağımlılığı gibi pek çok biyopsikososyal sağlık sorunlarıyla da karşı karşıya kalmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü, 2008; Erci ve ark., 2009). Bu sebeple ceza infaz kurumlarında fiziksel, biyolojik, sosyal ve kültürel anlamda sağlıklı ve güvenli bir çevre oluşturulabilmesi ve toplumun geleceği çocukların sağlığının korunması, geliştirilmesi, hastalıklarının tedavisi ve rehabilitasyonu için birincil, ikincil ve üçüncül düzeyde verilecek iyi planlanmış ve etkili sağlık bakım hizmetleri oldukça önemlidir.

Ceza infaz kurumlarında sağlık bakım hizmetleri ise hemşire merkezlidir ve hemşireler birincil sağlık bakım hizmeti sağlayıcılarıdır. Sağlık bakım hizmetlerinin etkin ve etkili dağılımı için, ceza infaz kurumlarında verilecek hemşirelik bakım ilkeleri ise halk sağlığı hemşireliği uygulamalarına dayandırılmalıdır (Pehlivan, 2015). Ülkemizde son çıkan Hemşirelik Yönetmeliği “Ceza ve Tutukevi Hemşireliğini” halk sağlığı hemşireliği uzmanlık alanının bir uygulama alanı olarak belirlemiştir.

19 Nisan 2011 tarihinde Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan ‘‘Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik’’ doğrultusunda ‘‘Ceza Ve Tutukevi Hemşiresi’’ görev, yetki ve sorumlulukları şunlardır:

**Hemşirelerin genel görev, yetki ve sorumluluklarının yanı sıra;**

- a) çalışma ortamı ile ilgili sorunların saptanmasında ve önceliklerin belirlenmesi konusunda hekim ile birlikte çalışmalar yürütür.
- b) sağlıklı ve güvenli bir çevre oluşturmak için, gözlem ve risk değerlendirmesi yapar.
- c) tutuklu, hükümlü, çalışan ve ailelerin sağlık sorunlarını çözmede, gereksinimlerini karşılamada onlara rehberlik eder.
- ç) tutuklu, hükümlü ve çalışanlarının özellikleri ve sağlık düzeyleri hakkında bilgi toplar ve bunların kayıtlarını tutar.
- d) belirlenen sıklıkla periyodik muayeneler yapar. Elde edilen verilerle hasta ve sağlam bireyleri ayırarak, herhangi bir hastalık semptomu gösterenleri daha ileri bir tetkik ve tedavi için sevk eder.
- e) hastalık semptomu ortamdaki kaynaklanıyorsa, alınacak önlemler konusunda öneride bulunur ve alınmasını sağlar.
- f) çalışanların hastaneye sevk işlemlerini sağlar, tedavisini, izler ve rehabilitasyon hizmetlerine katılır.
- g) sağlık muayenelerinin yapılmasına yardım eder, hekim tarafından reçete edilen ilaçları uygular.
- ğ) cezaevinde kazaların önlenmesi için hekim ile birlikte koordineli çalışır.
- h) emosyonel problemi, alkol, sigara, ilaç, uyuşturucu kullanma gibi kötü alışkanlığı, kronik hastalığı, venerial hastalığı, beslenme bozukluğu olan tutukluların tespitini ve takibini yapar.
- ı) çalışanların işe devamsızlık nedenlerini araştırır.
- i) ilk yardım ünitesi ve malzemeleri hazır bulundurur.
- j) çalışanlardan ilk yardım grubu oluşturur ve bu gruba ilk yardım anında yapılacaklar konusunda eğitim verir (T.C.SB. Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, 2011).

Amerikan Hemşireler Derneği (American Nurses Association-ANA) ceza infaz kurumlarında verilecek hemşirelik bakım hizmetlerine yönelik 2007 yılında “Ceza İnfaz Kurumu Hemşireliği İlkeleri”ni belirlemiştir. Buna göre;

- Hemşirenin primer görevi hastaların sağlığını profesyonellik ilkeleri doğrultusunda geliştirmek ve sürdürmektir,
- Her hasta durumuna, sahip olduğu değerlere bakılmaksızın, onur ve saygıyla tedavi edilmelidir,
- Hasta mahremiyeti korunmalıdır, hemşireler hastaların bakımının fiziksel, psikososyal ve ruhsal yönlerini kapsayan bütüncül gereksinimlerini karşılamak için sağlık bakım ekibinin diğer üyeleri, ceza infaz kurumu personeli ve toplumdaki meslektaşları ile işbirliği içerisinde olmalıdır,
- Hemşireler her bireyi hasta ve aile eğitimi yoluyla hastalıkların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesi sorumluluğunu alması için cesaretlendirmelidir. Aynı zamanda her hemşire sürekli kalite geliştirme için gerekli olan hemşirelik uygulamalarını izleme ve değerlendirme sorumluluğunu devam ettirmelidir,
- Lider hemşireler, sağlık bakım ekibinin diğer üyeleri ve ceza infaz kurumu personeli ile işbirliği içerisinde uygun, adil politika ve prosedürler yoluyla hasta bakım kalitesini en üst düzeye yükseltmelidir,
- Hemşirelik hizmetleri, profesyonel ve kişisel gelişimi teşvik eden hemşire yöneticiler tarafından yönlendirilmelidir (Schoenly ve Knox, 2013).

Amerikan Hemşireler Derneği (American Nurses Association-ANA) tarafından 2013 yılında revize edilen “Ceza İnfaz Kurumu Hemşireliği Kapsam ve Uygulama Standartları” ise şunlardır;

**Tablo 8: ANA-2013, Ceza İnfaz Kurumu Hemşireliği Kapsam ve Uygulama Standartları**

<b>ANA-2013, Ceza İnfaz Kurumu Hemşireliği Kapsam ve Uygulama Standartları</b>	
<b>Uygulama;</b>	<b>Profesyonel Performans;</b>
Standart 1. Değerlendirme	Standart 7. Etik
Standart 2. Tanılama	Standart 8. Eğitim
Standart 3. Hedef belirleme	Standart 9. Kanıta dayalı uygulama ve araştırma
Standart 4. Planlama	Standart 10. Bakımın kalitesi
Standart 5. Uygulama	Standart 11. İletişim
Standart 6. Değerlendirme	Standart 12. Liderlik
	Standart 13. İşbirliği
	Standart 14. Profesyonel uygulamaların değerlendirilmesi
	Standart 15. Kaynakların kullanımı
	Standart 16. Çevre sağlığı

(Knox, 2013).

Halk sağlığı hemşiresinin bu noktada; son çıkan hemşirelik yönetmeliği, halk sağlığı hemşireliği misyonu, vizyonu ve uygulama ilkelerini göz önünde bulundurarak; ceza infaz kurumlarında bulunan suça sürüklenen çocukların; sağlık bakım gereksinimlerini belirlemesi, tanımlaması ve bu gereksinimlere yönelik verilebilecek sağlık bakım hizmetlerini planlaması, uygulaması ve değerlendirmesi gerekmektedir. Halk sağlığı hemşiresi bu doğrultuda multidisipliner bir ekip anlayışı içinde; holistik bir bakış açısıyla bakım verici, eğitici, danışmanlık, liderlik, sözcülük, savunuculuk, vaka yöneticisi, liyazoner ve araştırmacı rollerini kullanarak şu uygulamaları gerçekleştirmelidir.



### **Halk sağlığı hemşiresi:**

- Suça sürüklenen çocuğun özgeçmişi, soygeçmişi hakkında ve ceza infaz kurumlarında sağlıklı, güvenli bir çevre oluşturmak için suça sürüklenen çocukların bakımı altında olduğu kurum hakkında fiziksel, biyolojik, sosyal ve kültürel açıdan veri toplamalı ve risk değerlendirmesi yapmalı,
- Elde edilen veriler doğrultusunda çocukların beden ve ruh sağlığını olumsuz olarak etkileyebilecek hizmetlerin yeniden planlanması ve gerekli düzenlemelerin yapılabilmesi için, ilgili kişi, kurum ve kuruluşlarla işbirliği yapmalı,
- Ceza infaz kurumunda bulunan çocukların ilk giriş muayenelerini ve ceza infaz kurumunda kaldığı sürece periyodik boy, kilo, yaşam bulguları takibini yaparak, sistemlere göre fiziksel muayenelerini gerçekleştirerek, görme, işitme, ağız ve diş sağlığına yönelik taramalar yapmalı,
- Elde edilen veriler doğrultusunda hasta ve sağlam çocukları ayırarak, herhangi bir hastalık semptomu gösteren çocukları daha ileri bir tetkik ve tedavi için sağlık kuruluşuna sevk ederek izlemini yapmalı,
- Çocuklara yönelik verilen erken tanı, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin planlama, uygulama ve değerlendirme sürecine katılmalı,
- Çocukların ergenlik döneminde öne çıkan skolyoz, kifoz gibi ortopedik sorunlar, obezite, zayıflık gibi beslenme bozuklukları, dermatolojik problemler, depresyon, intihar riski gibi psikolojik sorunlar, riskli cinsel davranış ve üreme sağlığı sorunları, fiziksel cinsel duygusal istismar, şiddete ilişkin sorunlar, öğrenme güçlüğu ve sigara alkol madde bağımlılığına yönelik biyopsikososyal sağlık sorunlarına yönelik sağlık bakım gereksinimlerini belirleyerek hemşirelik sürecini uygulamalı,
- Çocuklara sağlıklı yaşama bilinci ve sağlığı geliştirecek planlı eğitimler düzenlemeli ve danışmanlık hizmetleri yürütmeli,
- Risk grubundaki çocukların sağlığının korunması ve geliştirilmesi amacıyla bağışıklama hizmetlerini yürütmeli,
- Yapılan hemşirelik aktivitelerinin etkinliğini değerlendirerek kayıt altına almalı,

- İlgili alanda epidemiyolojik çalışmalar yaparak çalışma sonuçlarını bağlı bulunduğu kuruma bildirerek, sağlık ve hemşirelik alanında yapılan bilimsel toplantılarda paylaşmalı, konuya dikkat çekmeli ve bu gruba yönelik verilecek sağlık ve hemşirelik hizmetlerin planlanmasına rehberlik etmesi amacıyla mesleki bir dergide yayımlayarak hemşirelik literatürüne bilgi birikimi kazandırmalı, gerekli sağlık politikalarının oluşturulmasına rehberlik etmelidir. (Kıdak, 2008; T.C.SB. Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, 2011; Baybuğa, 2002; Ay, 2007; Aksungur ve ark., 2011; Anonim, Hemşirelik Meslek Esasları Tekniğine Giriş, 2012; Bahar ve Aydoğdu, 2015).



### **3.MATERYAL VE METOD**

#### **3.1.Araştırmanın Şekli**

Bu araştırma; suça sürüklenen çocukların sağlık bakım gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

#### **3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri**

T.C. Adalet Bakanlığı Ceza ve Tevkifevleri Genel Müdürlüğü'nden gerekli izin alınarak araştırma; İzmir Aliğa/Şakran Çocuk ve Gençlik Kapalı Ceza İnfaz Kurumu'nda yapılmıştır. İzmir Ceza İnfaz Kurumları Yerleşkesi içerisinde yer alan, 7 Ceza İnfaz Kurumu'ndan biri olan ve 12.04.2012 tarihinde açılan İzmir Çocuk ve Gençlik Kapalı Ceza İnfaz Kurumu, yasalarla ihtilafa düşmüş 12-18 yaş arası çocuklar ile 18-21 yaş arası gençleri barındırmaktadır. 23.600 m<sup>2</sup> kapalı, 19.750 m<sup>2</sup> açık olmak üzere 43.350 m<sup>2</sup> alana sahip olan kampüste bulunan İzmir Çocuk ve Gençlik Kapalı Ceza İnfaz Kurumu, her biri 271 m<sup>2</sup> olan, 36 üniteden oluşmaktadır. Her üniteye 10 tane oda bulunmakta ve her çocuk ve gence bir oda verilmektedir. Çocuk ve gençlerin ortak kullanım alanları bulunmaktadır. Kurumun toplam kapasitesi ise 360 kişiliktir. Kuruma kabul kısmından giriş yapan ve öncelikle geçici üniteye yerleştirilen her çocuk ve genç yapılan görüşmeler ve tespitler sonrasında durumlarına uygun ünitelere yerleştirilmektedir. Çocuk ve gençlerin bulunduğu ünitelerde 'akvaryum' adı verilen ve ünitenin ortak yaşam alanını gören kısmı, infaz koruma görevlileri tarafından gözlemlenmektedir.

Çocuk ve Gençlik Kapalı Ceza İnfaz Kurumu'nda okuma- yazma, unlu mamuller, sanatsal mozaik, cam kuşlama, bağlama, bilgisayar, kaval, akvaryum balığı yetiştiriciliği, diksiyon kursu gibi eğitim ve kurslar, basketbol, voleybol, futbol, jimnastik, masa tenisi gibi sportif olanaklar bulunmaktadır. Örgün eğitimine devam ederken tutuklanan çocuk ve gençler, Açık Öğretim Ortaokulu ve Açık Öğretim Lisesine devam edebilmekte; çocuk ve gençlerin öğrenim durumları eğitim biriminde görevli iki öğretmen tarafından takip edilmektedir. Kurumda dört psikolog ve iki sosyal çalışmacının hizmet verdiği psiko-sosyal servis birimi mevcuttur. Psiko-

sosyal servisin amacı; tutuklu ve hükümlülerin; bireysel özelliklerini, hayat şartlarını ve suç işleme sebeplerini belirleyerek kendilerini tanımalarına, kişiliklerini geliştirmelerine, farkındalık düzeylerini artırmalarına ve yeniden eğitilerek topluma kazandırılmalarına yardımcı olmaktır. Bireysel görüşmelerin yanında ihtiyacı olduğu belirlenen çocuk ve gençlere yönelik öfke kontrolü, kişisel gelişim ve iletişim gibi konuları kapsayan grup çalışmaları yapılmaktadır.

Kurumdaki çocuklara, diğer hükümlü ve tutuklulardan farklı olarak, bedensel ve zihinsel gelişimlerini sağlayacak gıda maddeleri verilmekte, başlarında gıda mühendislerinin bulunduğu Açık Ceza İnfaz Kurumu tarafından işletilen mutfakta pişirilen yemekler görevlilerce dağıtılmaktadır. Gün içerisinde banyo yapabilme ve ücretsiz tıraş olabilme imkânına sahip çocuk ve gençlere, ısı merkezinden kesintisiz 24 saat içme ve kullanma suyu sağlanmakta ve her türlü temizlik malzemesi düzenli olarak dağıtılmaktadır. Çocuk ve gençlerin ütü, tamir ve dikim ihtiyaçları terzihaneden karşılanmaktadır. Bankalardaki kredi kartı uygulamasının bir benzerinin yer aldığı teknolojik alt yapıya sahip kurum kantininden, tüm çocuk ve gençler para kullanmadan alışveriş yaparak ihtiyaçlarını karşılama imkânına sahiptir. Kantinde çocukların talep ettiği her türlü gıda ve ihtiyaç malzemesi yeterli çeşitlilikte satışa sunulmaktadır. Her ayın ilk haftası ile dini ve milli bayramlarda açık görüş yapma imkânına sahip çocuk ve gençler, mesai gün ve saatleri içerisinde önceden belirlenen program çerçevesinde kapalı ziyarete ve avukat görüşmelerine çıkarılmaktadır ve haftalık telefon görüşme hakları bulunmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığı'na bağlı aile hekimleri tarafından haftada üç gün yerine getirilmektedir. Kurum revirinde mesai saatleri içerisinde T.C Adalet Bakanlığı'na bağlı görevli iki hemşire bulunmakta olup, mesai saatleri dışında çocukların tedavi hizmetleri ve acil sağlık hizmetleri ceza infaz koruma memurları tarafından yürütülmektedir. Hemşireler tarafından çocukların izlem, muayene ve taramaları hekim ile birlikte yapılmakta olup, her bir çocuk için veriler dosyalara kaydedilmektedir. İhtiyaç halinde çocuk ve gençler kampüs hastanesine ve diğer hastanelere sevk edilebilmektedir. Kampüs hastanesinde sekiz ayrı dalda (diş, psikiyatri, dâhiliye, kadın doğum, göz, KBB, ortopedi, genel cerrahi) poliklinik

hizmeti verilmektedir. Mevcut olmayan poliklinik hizmetleri ile yataklı tedaviler İzmir ve Aliğa'daki hastanelerde gerçekleştirilmektedir.

### 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini; T.C Adalet Bakanlığı İzmir Çocuk ve Gençlik Kapalı Ceza İnfaz Kurumu'nda 2015-2016 yılında kalan 268 suça sürüklenen çocuk oluşturmuştur. Onar kişilik toplam 36 üniteden oluşan ceza infaz kurumunda; çocuklar tutuklu, hükümlü ve hükümlü olarak üç ayrı gruba ayrılmış olup, A,B,C olmak üzere üç ayrı blokta kalmaktadır. Her bir blokta dörder üniteden oluşan ve yıldız olarak tanımlanan üç yıldız mevcuttur. Her bir blokta üç yıldız, her bir yıldızda dört ünite ve toplamda her bir blokta 12 ünite mevcuttur.

Araştırma örneklemini belirlerken çocukların özelliklerinin tutuklu, hükümlü ve hükümlü blokları arasında farklılık göstermesinden dolayı, araştırmada örnekleme yöntemi olarak tabakalı rastgele örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Örneklem grubundaki çocukların sayısı; A bloktan 55, B bloktan 60, C bloktan 43 çocuk olmak üzere toplam 158 çocuk olarak belirlenmiştir. Araştırmaya katılacak çocuklar ise; kendi grubu içinde ayrı ayrı numaralandırılarak ve rastgele sayılar tablosu kullanılarak belirlenmiştir.

#### **Araştırmada örneklem oluşturulması aşağıdaki basamaklar izlenerek yapılmıştır;**

\*Ceza infaz kurumundaki çocuk sayısının bloklara göre dağılımına bakıldığında;

A blokta; 94 çocuk

B blokta; 101 çocuk

C blokta; 73 çocuk

Toplam; 268 çocuk mevcuttur.

\*Örneklem büyüklüğünü saptamak için evrendeki eleman sayısı biliniyorsa;

$$n = \frac{N t^2 p q}{d^2(N-1) + t^2 p q} \quad \text{formülü kullanılmıştır.}$$

N: Evrendeki birey sayısı

n: Örneklem alınacak birey sayısı

p: İncelenecek olayın görülüş sıklığı ( olasılığı )

q: İncelenecek olayın görülmeyiş sıklığı (1-p)

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosunda bulunan teorik değer

d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen  $\pm$  sapma olarak simgelenmiştir.

\*Araştırmanın örneklem büyüklüğü formül kullanılarak; n: 158 olarak hesaplanmıştır.

$$N:268 \quad p:0.50 \quad q:0.50 \quad t:1.96 \quad d:0.05 \quad n: ?$$

$$268 \cdot (1,96)^2 \cdot (0,50) \cdot (0,50)$$

$$n = \frac{\quad}{(0,05)^2 \cdot (268-1) + (1,96)^2 \cdot (0,50) \cdot (0,50)} \quad n:158$$

\*Araştırmaya katılan çocukların özelliklerinin bloklar arasında farklılık göstermesinden dolayı tabakalı rastgele örneklem yöntemi kullanılarak, örneklem grubundaki çocuk sayısının, evrendeki çocuk sayısına oranı ile tabaka ağırlığı hesaplanmıştır.

**Tabaka ağırlığı:** Örneklem grubundaki çocuk sayısı / Evrendeki çocuk sayısı

**Araştırmanın tabaka ağırlığı:** 158/268: 0,5895 olarak hesaplanmıştır.

Her bir blok için örneklem grubu büyüklüğü;

A blok için; 94. 0,5895: 55 çocuk

B blok için; 101. 0,5895: 60 çocuk

C blok için; 73. 0,5895: 43 çocuk olmak üzere,

Toplam: 158 çocuktur.

\*Araştırmaya dahil edilecek çocuklar; her bir blok için tabaka ağırlığına göre örneklem grubu büyüklüğü belirlendikten sonra, kendi grubu içinde ayrı ayrı numaralandırılarak ve rastgele sayılar tablosu kullanılarak belirlenmiştir.

<b>Tablo 9: YERLEŐKE PLANINA GÖRE ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEME AŞAMASI</b>		
<b>A BLOK (Tutuklu)</b>	<b>B BLOK (Hükümözlü)</b>	<b>C BLOK (Hükümlü)</b>
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">12 ÜNİTE</div> <p><b>A BLOKTAKİ ÇOCUK SAYISI</b> 94</p> <p><b>A Blok örneklem grubu büyüklüğü</b> 55</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">12 ÜNİTE</div> <p><b>B BLOKTAKİ ÇOCUK SAYISI</b> 101</p> <p><b>B Blok örneklem grubu büyüklüğü</b> 60</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">12 ÜNİTE</div> <p><b>C BLOKTAKİ ÇOCUK SAYISI</b> 73</p> <p><b>C Blok örneklem grubu büyüklüğü</b> 43</p>
<b>Bloklardaki toplam çocuk sayısı: 268</b>		
<b>Örneklem grubuna dahil edilecek toplam çocuk sayısı:158</b>		

### 3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak, Sağlık Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesine İlişkin Anket Formu (Ek I) ve Fizik Muayene Formu (Ek II) kullanılmıştır. Sağlık Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesine İlişkin Anket Formu araştırmacı tarafından, Subaşı Baybuğa (2002) tarafından geliştirilen ‘Sokakta Yaşayan/Çalışan Çocukların Sağlık Bakım Gereksinimlerinin Saptanmasına İlişkin Anket Formu’, literatür ve Gordon’un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli’ nden yararlanılarak hazırlanmıştır. Araştırmada Fizik Muayene Formu olarak; Subaşı Baybuğa (2002) tarafından geliştirilen Fizik Muayene Formu izin alınarak kullanılmıştır.

#### 3.4.1. Sağlık Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesine İlişkin Anket Formu

Sağlık Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesine İlişkin Anket Formu araştırmacı tarafından, Subaşı Baybuğa (2002) tarafından geliştirilen ‘Sokakta Yaşayan/Çalışan Çocukların Sağlık Bakım Gereksinimlerinin Saptanmasına İlişkin Anket Formu’ , literatür ve Gordon’un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli’ ne göre hazırlanmıştır. Anket formu, sosyo-demografik verileri ve sağlık bakım gereksinimlerinin belirlenmesine ilişkin verileri içeren 2 bölümden oluşmaktadır. Sosyo-demografik veriler 21 sorudan ve sağlık bakım gereksinimlerinin belirlenmesine ilişkin veriler 69 sorudan oluşmaktadır.

**1. Sosyo-Demografik Veriler:** Bu bölüm; cinsiyet, yaş, medeni durum, doğum yeri, eğitim durumu, eğitime devam etme düşüncesi, aile yapısı, kardeş sayısı, anne ve babanın eğitim durumu, yaşı, mesleği, sosyal güvencesi, yakınlık derecesi, birlikte yaşama durumu, ailenin göç etme durumu, göç etme nedeni, çocuğun bugüne kadar para kazanmak için herhangi bir işte çalışma durumunu, çalışmaya başlama yaşını, çalışma yerini, çalışmaya başlama nedenini, ailede suç işleyen bireyin olma durumunu, toplam ceza süresini, cezaevinde kalma süresini ve daha önce cezaevinde yatma durumunu içeren bilgileri içermektedir.



**2. Sağlık Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesine İlişkin Veriler:** Bu veriler; kendi içinde 10 bölümden oluşmaktadır.

- 1.Sağlığın algılanması-sağlığın yönetim biçimi
- 2.Beslenme ve metabolik durum
- 3.Boşaltım şekli
- 4.Aktivite-egzersiz biçimi
- 5.Uyku-istirahat şekli
- 6.Bilişsel algılama biçimi
- 7.Kendini algılama, kendini kavrama şekli
- 8.Rol ilişki şekli
- 9.Stres ile başetme/tolere etme durumu
- 10.İnanç ve Değerler Şekli

**Sağlığın Algılanması-Sağlığın Yönetim Biçimi:** Alerji, sağlık durumunu algılama, sağlık sorunu, geçirilen hastalıklar, kronik hastalıklar, kaza geçirme yaralanma durumu, ameliyat geçirme durumu, aileden gelen risk faktörleri, fiziksel engeli, protez, el, yüz ve ayakların yıkanma durumu, sıklığı, tırnakların kesilme ve banyo sıklığı, tüyleri yok etmede kullanılan yöntem ve tüyleri yok etme sıklığı, küçük tuvalet ve büyük tuvaletten sonra bu bölgenin temizlenme durumu, iç çamaşırın ve kıyafetlerin değiştirilme sıklığı, saçların taranma sıklığı ile ilgili verileri kapsar.

**Beslenme ve Metabolik Durum:** Öğün sıklığı, kahvaltı yapma durumu, su tüketim miktarı, beslenme durumunun değerlendirilmesi, kilo kaybı, ilaç kullanma, sigara, alkol ve madde kullanımı durumu, diş fırçalama durumu, sıklığı, diş fırçasının bulunma durumu, değiştirme sıklığı ile ilgili verileri kapsar.

**Boşaltım Şekli:** Küçük tuvalet yapma sıklığı, idrar yaparken yanma durumu, idrar tutmada zorluk çekme, geceleri idrar kaçırma, diyare ve konstipasyon probleminin olma durumuna ilişkin verileri kapsar.

**Aktivite- Egzersiz Biçimi:** Solunum sıkıntısı, öksürük problemi, egzersiz yapma, boş vakit değerlendirilmesine ilişkin verileri kapsar.

**Uyku-İstirahat Biçimi:** Düzenli uyuma durumu, uyku sorunu yaşama durumu, uyku sorunu biçimlerine ilişkin verileri kapsar.

**Bilişsel Algılama Biçimi:** Ağrı, ağrıyı azaltma uygulamaları, hafızanın değerlendirilmesi, dikkat toplama ve öğrenme gücü çekme durumu ile ilgili verileri kapsar.

**Kendini Algılama, Kendini Kavrama Şekli:** Korku, huzursuzluk yaşama durumu, ruhsal ve kendini değerlendirme durumu ve geleceğe ilişkin düşüncelerle ilgili verileri kapsar.

**Rol İlişki Şekli:** Önemli bir kayıp yaşama durumu, aile ile ilgili ilişkiler, aile ile görüşme durumu, çevredeki insanlarla ilişkiler, kurumda arkadaşın olma durumu, arkadaş ilişkileri, çevreye güvenme durumu, kendine ve başkasına zarar verme isteğinin olma durumuna ilişkin verileri kapsar.

**Stres İle Başetme/Tolere Etme Durumu:** Strese yol açan faktörler ve bu faktörlerle baş etme biçimi ile ilgili verileri kapsar.

**İnanç ve Değerler Şekli:** Yaşamın anlamı ve dini inançları yerine getirme durumu ile ilgili verileri kapsar.

### 3.4.2. Fizik Muayene Formu

Fizik muayene formu; ateş, nabız, kan basıncı, solunum sayısı, boy ve kiloya ilişkin verilerden oluşan bölüm ve deri, saçlı deri, tırnaklar, baş boyun, ağız ve diş, solunum sistemi, kardiyovasküler sistem, gastrointestinal sistem, sinir sistemi, ruhsal ve duygusal durum, üreme ve üriner sistem, kas iskelet sistemi, duyu organları ile ilgili verilerin bulunduğu 13 bölümden oluşmaktadır.

### **3.5.Araştırmanın Ön Uygulaması**

Araştırmada kullanılan anket formunun ön uygulaması; T.C. Adalet Bakanlığı Ceza ve Tevkifevleri Genel Müdürlüğü'nden gerekli izin alındıktan sonra; Kasım 2015 tarihinde İzmir Çocuk ve Gençlik Kapalı Ceza İnfaz Kurumu'nda kalan 12 suça sürüklenen çocuk ile yapılmıştır. Araştırmanın ön uygulamasına katılmayı kabul eden suça sürüklenen 12 çocuğa, araştırmanın amacı ve önemi açıklanarak, araştırmaya katılımın gönüllülüğe dayandığı ve verilerin gizliliğinin sağlanacağı vurgulanarak, aydınlatılmış sözlü onamları alınmıştır. Ön uygulama her bir çocuk için ortalama 45 dakika sürmüştür. Araştırmanın ön uygulaması sonrasında, veri toplama araçlarında gerekli düzeltme ve düzenlemeler yapılmıştır. Ön uygulamaya alınan çocuklar örneklem grubuna dahil edilmemiştir.

### **3.6. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması**

Veri toplama araçlarının uygulaması Kasım 2015- Haziran 2016 tarihleri arasında yapılmıştır. Anket formunun uygulaması cezaevi tarafından verilen grup çalışma odasında, bir ceza infaz koruma memurunun gözetiminde yapılmıştır. Her bir üniteden belirlenen çocuklara; ünite önlerinde araştırmanın amacı ve önemi açıklanarak, çalışmaya katılımın gönüllülüğe dayandığı ve verilerin gizliliğinin sağlanacağı anlatılmış ve gönüllülük bildiren çocuklarla en fazla 6 kişilik gruplar halinde grup çalışma odasına geçilerek uygulama gerçekleştirilmiştir. Öncelikle her bir çocukla birebir görüşülerek fizik muayene formunun uygulaması yapılmıştır. Arkasından grup halinde her bir çocuk kendi anketini dolduracak şekilde sağlık bakım gereksinimlerinin belirlenmesine ilişkin anket formu uygulaması yapılmıştır. Anketlerin uygulaması her bir çocuk için ortalama 45 dakika sürmüştür.

#### **3.6.1. Fizik Muayene Formunun Uygulaması**

Fizik muayene formunun uygulaması için araştırmacı, uygulama öncesinde ilgili polikliniklerden eğitim almıştır. Güven ilişkisinin oluşturulması için ünite önlerinde araştırmanın amacı, önemi, anketlerin uygulama süresi ve verilerin gizliliği

açıklanırken ve çocukların gönüllülüğü sorulurken; çocuklara isimleriyle hitap edilmiştir. Grup çalışma odasına geçerken çocuklarla kısa bir sohbet edilerek anketlerin uygulamasına hazırlık yapılmıştır. Grup halinde gelen çocuklara öncelikli olarak fizik muayenelerinin yapılacağı ve gizliliğin sağlanması için çocuklarla tek tek görüşüleceği açıklanmıştır. Ve çocukların ceza infaz koruma memurlarının izni doğrultusunda mümkün olduğunca oturarak beklemesi sağlanmıştır. Grup çalışma odasına çocuklar tek tek alınarak ve mahremiyet ilkesine dikkat edilerek fizik muayene formu araştırmacı tarafından doldurulmuştur. Fizik muayene sırasında çocuklara ismiyle hitap edilmesine özen gösterilerek çocukları iletişim kurmaya cesaretlendirmeye ve konsantrasyonlarının sağlanmasına çalışılmıştır. Fizik muayene formunun uygulaması her bir çocuk için ortalama 15 dakika sürmüştür.

### **Fizik Muayene Ölçüm Kriterleri**

**Ateş:** Aksiller bölgeden dijital termometre ile ölçülmüştür. Ölçüme başlamadan önce koltuk altının terli olmamasına dikkat edilmiş, bu bölge kağıt havlu ile kurulanmıştır. Daha sonra dijital termometrenin metal kısmı koltuk altına yerleştirilerek, metal kısmının deriye temas etmesine, giysilere değmemesine ve koltuk altında mümkün olduğunca sabit olmasına özen gösterilmiştir. Dijital termometre alarm verdiğinde ölçüm değeri okunarak kaydedilmiştir. Daha sonra dezenfektanlı pamukla dijital termometre temizlenerek kılıfına yerleştirilmiştir (Ay, 2007; Törüner ve Büyükgönenç, 2011). (Tablo 10).

**Kan Basıncı:** Çocukların kan basıncı, çocuklar en az 5 dakika dinlendikten sonra oturur pozisyondayken ölçülmüştür. Ölçüm sırasında çocuğun ekstremitelerinin kalp seviyesinde olması sağlanmıştır. Ölçümler manşonun havası tamamen boşaltılarak, çocukların sağ kollarından yaşına uygun manşonlu bir tansiyon aleti kullanılarak yapılmıştır. Manşon, çocuğun sağ kolundan palpe edilen brakial arterin 2,5-5 cm üstüne ve manşon kordonu brakial arter hizasında olacak şekilde yerleştirilmiştir. Manşon ekstremiteye çok gevşek olmadan dolanarak, steteskopun diyaframı palpe edilen brakial arter üzerine yerleştirilmiştir. Steteskop diyaframı manşon altına yerleştirilmeden ölçüm yapılmıştır. Tansiyon aletinin puvarının hava ayar düğmesi

kapatılarak, arter nabzının duyulmasının kesildiği değerin 30 mm Hg üzerine kadar manşon şişirilmiştir. Manşonun havası saniyede 2-3 mmHg olacak şekilde yavaşça boşaltılarak, ilk duyulan ses olan Korotkoff sesleri anındaki manometre değeri sistolik kan basıncı, Korotkoff seslerinin kaybolduğu andaki manometre değeri ise diastolik kan basıncı ölçüm değeri olarak kaydedilmiştir. Ölçüm yapıldıktan sonra manşondaki hava tamamen boşaltılmıştır (Ay, 2007; Törüner ve Büyükgöneç, 2011). (Tablo 10).

**Nabız:** Yapılacak işlem çocuğa açıklanarak çocuk oturur pozisyondayken; işaret, orta, yüzük parmağı radial arter üzerine, başparmak bilek üstüne yerleştirilerek palpasyonla nabız atımları sayılmıştır. Regüler nabız atım hızlarında 30 saniye sayılmış ve 2 ile çarpılmıştır. İrregüler nabız atım hızlarında ise 1 dakika tutularak nabız sayılmıştır (Ay, 2007; Törüner ve Büyükgöneç, 2011). (Tablo 10).

**Solunum Sayısı:** Çocuk oturduğu yerde kendisine fark ettirilmeden göğüs kafesindeki torasik hareketler gözlemlenerek solunumu sayılmıştır. Regüler solunum hızlarında solunum 30 saniye sayılarak 2 ile çarpılmıştır. İrregüler solunum hızlarında ise 1 dakika boyunca sayılmıştır (Ay, 2007; Törüner ve Büyükgöneç, 2011). (Tablo 10).

**Tablo 10: 12-18 Yaş Yaşam Bulguları Değerleri**

12-18 Yaş Yaşam Bulguları Değerleri					
Yaş	Ateş (aksiller)	Kan Basıncı (mmHg)		Nabız (dk)	Solunum Sayısı (dk)
		Sistolik	Diastolik		
12-18 yaş	36,4°C – 37 °C	112-128	66-80	60-100	12-16

(Törüner ve Büyükgöneç, 2011).

**Ağırlık ölçümü:** Çocukların giysileri hafifletilerek ve ayakkabıları çıkartılarak dijital tartı kullanılarak ölçülmüştür.

**Boy ölçümü:** Çocukların topuk arkası, sırt ve omuzları duvara düz gelecek şekilde pozisyon verilerek kalem ile işaretlenerek mezura ile ölçülmüştür.

**Beden Kitle İndeksi:** Çocukların kilosunun boylarının karesine bölünmesiyle hesaplanmıştır. **BKİ:** Kilo / Boy<sup>2</sup> : kg/m<sup>2</sup> dir.

**BKİ Persentil Değeri:** Çocukların BKİ değerlerine karşılık gelen persentil değerleri hesaplanmıştır. (Neyzi ve ark., 2008). (Ek 3).

Fizik muayenesi yapılması sırasında verilerin toplanması; inspeksiyon, palpasyon yöntemleri kullanılarak ve çocuğa sorularak gerçekleştirilmiştir. Veriler değerlendirilirken son 6 ay ile sınırlandırılmış olup, çocuğa son 6 ay içinde sorunun yaşanıp yaşanmadığı sorulmuştur. Veriler; sorun var, sorun yok şeklinde işaretlenmiştir.

**Deri:** Deri; aydınlık ortamda inspeksiyon ve palpasyon yöntemleri kullanılarak değerlendirilmiştir. Fiziksel değerlendirmede derinin rengine, görünümüne, nemine, pigmentasyonuna, lezyonlarına, skar dokularına ve deri turgoruna bakılmıştır. Deride; sarı renk, dudak ve burunda siyanoz varlığı, deride solukluk, kuru cilt, deri turgorunda değişiklik, deride çürük, ezik, hematoma, ekimoz, skar dokusu, kaşıntı ve koku olup olmadığına bakılarak derinin fizik muayenesi yapılmıştır. Deri turgoru değerlendirilirken deri, başparmak ve işaret parmağı arasına alınarak, daha sonra serbest bırakılarak normale dönme durumu incelenmiştir. Veriler; sorun var, sorun yok şeklinde işaretlenerek kaydedilmiştir (Törüner ve Büyükgönenç, 2011).

**Saçlı Deri:** Saçlı deriye ilişkin verilerin bir kısmı inspeksiyonla, bir kısmı ise çocuğa sorularak toplanmıştır. Saçlı derinin fiziksel değerlendirmesinde, saç dökülmesi, kellik, bit, sirke varlığı, kepeklenme sorununun varlığına bakılmıştır.

**Tırnaklar:** Tırnaklara ilişkin veriler inspeksiyon yöntemi kullanılarak toplanmıştır. Tırnaklarda solukluk, siyanoz varlığı, çomaklaşma olup olmadığına bakılmıştır.

**Baş ve Boyun:** Baş ve boyuna ilişkin verilerin bir kısmı inspeksiyon ve palpasyonla bir kısmı ise çocuğa sorularak toplanmıştır. İnspeksiyon yöntemi kullanılarak yüzde ödem, döküntü, akne varlığına bakılmıştır. Abeslang ve ışık kaynağı yardımı ile de ağız içi muayenesi sırasında tonsillerde büyüme olup olmasına bakılmıştır (Törüner ve Büyükgönenç, 2011).

**Ağız ve Diş:** Ağız ve diş sağlığına ilişkin yapılan değerlendirme, inspeksiyon yöntemi kullanılarak, abeslang ve ışık kaynağı yardımıyla yapılmıştır. Ayrıca çocuğa sorularak da bazı veriler elde edilmiştir. Çocuğa ağızda kuruluk, diş etlerinde son 6 aydır kanama olup olmadığı sorulmuş, ağızda aft, diş etlerinde çekilme, ödem, dişlerde şekil bozukluğu olup olmadığına, normal dil rengi görünümü varlığına( pembe olup olmasına) bakılmış, çürük ve eksik dişler sayılmıştır. Elde edilen veriler kaydedilmiştir (Törüner ve Büyükgönenç, 2011).

**Solunum Sistemi:** Çocuğa; son 6 ayda nefes alıp vermede güçlük yaşayıp yaşamadığı, öksürük, balgam ve kanlı balgamının olup olmadığı sorularak, elde edilen veriler kaydedilmiştir.

**Kardiyovasküler Sistem:** Çocuğa son 6 ayda; çarpıntı, baygınlık hissi ve göğüs ağrısı yaşayıp yaşamadığı sorulmuştur. Ve inspeksiyonla boyun venlerinde dolgunluk olup olmadığına bakılmıştır. Boyunda venöz dolgunluk (Juguler Ven) değerlendirmesi; hastanın başı, 30-45 derece kaldırılarak yapılmıştır, juguler vende dolgunluk olup olmadığına bakılarak yapılmıştır. Normalde juguler venler dolgun olmamalıdır (Törüner ve Büyükgönenç, 2011).

**Gastrointestinal Sistem:** Çocuğa son 6 aydır; karın ağrısı, melena (siyah dışkılama), hematemez (kanlı kusma), diyare (ishal), distansiyon (karında gerginlik, şişkinlik), midede yanma ekşime, yutma güçlüğü, bulantı kusma, konstipasyon (kabızlık) ve umbilikal hernisinin ( göbek fitiğinin) olup olmadığı sorularak veriler elde edilmiştir.

**Sinir Sistemi:** Sinir sistemi değerlendirilirken; ellerde titreme olup olmadığına bakılmıştır. Çocuğa; daha önceye göre son 6 ayda kas ve kuvvet gücünde değişiklik

olup olmadığı sorulmuştur Ayrıca hastanın motor ve kuvvet kaybının olup olmadığına, oturur pozisyondayken ellere itme kuvveti uygulanarak kuvvete karşılık vermesi istenerek, ayak bileklerini öne arkaya doğru itmesi istenerek, dizlere aşağı doğru kuvvet uygulanarak kuvvete karşılık vererek bacaklarını yukarı kaldırmaya çalışması istenmiştir. Çocuğun düz bir hat boyunca ayak topuklarını birleştirerek yürümesi istenmiştir. Dengede kalması değerlendirilmiştir. Son 6 ayda baş dönmesi şikayeti olup olmadığı sorulmuş ayrıca; el, ayak, parmak ve bacaklarda uyuşma veya karıncalanma hissi olup olmadığı sorularak parestezi varlığına bakılmıştır (Törüner ve Büyükgönenç, 2011).

**Ruhsal ve Duygusal Durum:** Çocuğa son 6 aydır unutkanlık sorunu yaşayıp yaşamadığı, enürezis (istemsiz idrar kaçırma), enkoprezis (istemsiz dışkı kaçırma) olup olmadığı, parmak emme ve tırnak yemenin, tikin olup olmadığı sorulmuştur. Ayrıca cevaplar doğrultusunda yer, zaman, kişi oryantasyonunun olup olmadığı, heyecan, uykulu durum, kekemelik olup olmadığına da bakılmıştır.

**Üreme ve Üriner Sistem:** Çocuğa inmemiş testis, son 6 aydır hematüri (idrarda kan gelmesi), yan ağrısı, idrar yaparken ağrı, zorla idrar yapma, kum taş düşürme, akıntı, testiste ağrı, inguinal herni varlığı (kasık fitiği) olup olmadığı sorulmuştur.

**Kas İskelet Sistemi:** Çocuğa son 6 aydır bel ağrısının olup olmadığı sorulmuştur. İncelemeyle çocuğun postürü önden yandan ve arkadan gözlemlenerek, omuzların, kalçaların simetrik olup olmadığına bakılmış, çocuğun elleri yere doğru sarkmış şekilde yavaşça öne doğru eğilmesi istenerek vertebranın herhangi bir yana eğimi olup olmadığına bakılmıştır. Omurganın pozisyonu, kalça yüksekliği, yandan görünüş, omuz yüksekliği gözlenerek değerlendirilmiş, kifoz, lordoz ve skolyoz varlığı saptanmaya çalışılmıştır (Törüner ve Büyükgönenç, 2011). Çocukların ayağı ıslak pamukla ıslatılarak ve kağıt üzerine ayakta bastırılarak da düztabanlık varlığı saptanmaya çalışılmıştır (Çamurdan, 2005).



### **Duyu Organları:**

**Göz:** Çocuklarda görme kaybı değerlendirmesi Snellen skalası ile yapılmıştır. Snellen skalası; her bir çocuk için 6 metre uzaklıkta ve göz seviyesinde olacak şekilde duvara asılmıştır. Test öncesi çocuklara testin amacı ve uygulanışı ile ilgili açıklama yapılmıştır. Testteki E harflerin açıklıklarının hangi tarafa baktığı ve gösterilen harflerin hangi harf olduğu sorulmuştur. Okuryazar olmayan çocuklara ise; E harfinin açıklıkları gösterilerek sadece bu harf üzerinden test yapılmıştır. Teste alınan çocuğun ölçümü yapılmayacak olan gözü yumulmadan, göz kapama kartı kullanılarak, her iki göz açık olacak şekilde test uygulanmıştır. Sırasıyla her iki göz için aynı işlem yapılmıştır. Gözlük kullanan çocuklar için test gözlük çıkarılarak gerçekleştirilmiştir. Harfler; eğer bir sıranın bir kısmını bilip (yarısını) bir kısmını bilmezse çocuğa birkaç kere daha karışık olarak sorulmuştur. 8. Satıra kadar yani 20/20 ye kadar harflerin  $\frac{3}{4}$  ünden fazlasını görebilen çocukların görmesi normal kabul edilmiş; görme kaybı ile ilgili kısma sorun yok şeklinde işaretlenmiştir. 8. satıra kadar yani 20/20 ye kadar harflerin  $\frac{3}{4}$  ünden fazlasını okuyamayan çocuklar sorun var şeklinde işaretlenmiştir (<https://www.sbn.gov.tr/BKindeksi.aspx>, 2016; <http://www.besoptik.com/uzak-okuma-testi/>, 2016). Renk körlüğünü değerlendirmek için Ishihara testi kullanılmıştır. Ishihara testinde kullanılan renk körlüğü kartları; çocuklara yaklaşık bir kol boyu mesafeden, 4 saniye kadar gösterilmiştir. Ve çocuklardan kartta yazılan sayının okunması istenmiştir. Kartlardaki sayıyı okuyamayan, seçemeyen ve yanlış okuyan çocuklar için; renk körlüğü ile ilgili kısım sorun var şeklinde işaretlenmiştir. Okuryazar olmayan çocuklar için; kartta belirgin gördükleri şeklin üzerinden parmakla gitmesi ve takip etmesi söylenerek test gerçekleştirilmiştir (Ceyhan ve Yaşar, 2010). Ayrıca göz muayenesinde gözde şaşılık, ekzoftalmiya, pitozis, göz sklerasının rengine bakılarak sarılık, kızarıklık olup olmadığına bakılmış, gözde sulanma akıntı, çapaklanma olup olmadığı inspeksiyonla incelenmiştir. Çocuğa kataraktının olup olmadığı sorulmuştur.

**Kulak:** Öncelikle çocuğun kulak kepçeleri boyut, şekil, deformite, lezyon, deri bütünlüğü, açısından inspeksiyonla incelenmiştir. Çocuğa kulak ağrısı, kaşıntısı, akıntısı olup olmadığı sorulmuştur. İşitme testi her iki kulak için ayrı ayrı yapılmıştır. İşitmenin değerlendirilmesinde fısıltı testi kullanılmıştır. Fısıltı testi öncesi odanın

sessiz olmasına dikkat edilmiş, çocuğun tek kulağı ıslak pamukla tıkanarak, 6-7 metreden fisıldanan basit heceli kelimeleri tekrar etmesi istenmiştir. Bu testi yaparken çocuğun dudak hareketlerini görmemesi için ağız kağıtla kapatılmıştır. Kelimeleri doğru tekrar eden çocuklarda işitme sorunu kısmı sorun yok şeklinde işaretlenmiştir (Bakır, KBB notları, 2016).

**Burun:** Çocuğa öncelikle burun kanaması, akıntısı olup olmadığı sorulmuş, daha sonra inspeksiyonla burun incelenerek, çocuğa sırasıyla burun deliklerini kapatarak nefes alması istenmiş ve hangisiyle nefes almada zorlandığı sorularak ve nazal septum incelenerek burunda deviasyon varlığı saptanmaya çalışılmıştır (Anonim, KBB'de Muayene Yöntemleri, 2016).

Fizik muayenesi biten çocuklar; bir anketin daha doldurulacağı açıklanarak dışarı alınmıştır. Fizik muayeneler tamamlandıktan sonra çocuklar grup halinde içeri alınarak, Sağlık Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesine İlişkin Anket Formu' nun Uygulaması yapılmıştır.

### **3.6.2.Sağlık Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesine İlişkin Anket Formu' nun Uygulaması**

Bu form her bir çocuk kendi anketini dolduracak şekilde uygulanmıştır. Çocuklar grup çalışma odasında birbirlerinden etkilenmemeleri için, arada mesafe bırakılarak ayrı ayrı oturtulmuştur. Anlaşılamayan sorular açıklanmıştır. Okuryazar olmayan çocukların (13 çocuk) anketi ise cevaplar doğrultusunda araştırmacı tarafından doldurulmuştur. Bu kısmın uygulaması ortalama 30 dakika sürmüştür.

### **3.7. Verilerin Değerlendirilmesi**

Çocukların yaşam bulgularının, boy ve ağırlık ölçümlerinin ve diğer fizik muayene bulgularının değerlendirilmesinde ise konu ile ilgili literatür kaynaklarından yararlanılmıştır (Ay, 2007; Törüner ve Büyükgönenç, 2011;

<https://www.sbn.gov.tr/BKindeksi.aspx>; <https://www.sbn.gov.tr/BKindeksi.aspx>;  
<http://www.besoptik.com/uzak-okuma-testi/>; Ceyhan ve Yaşar, 2010; Bakır, KBB Notları, 2016; Anonim, KBB'de Muayene Yöntemleri, 2016; Çamurdan, 2005). Verilerin istatistiksel değerlendirmesi bilgisayarda SPSS 18.00 (Statistical Package Social Sciences) hazır paket programı kullanılarak yapılmıştır. Elde edilen verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzdelik, aritmetik ortalama ve ortanca ) ve Ki-kare önemlilik testi kullanılmıştır.

### **3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırmanın evreni, T.C Adalet Bakanlığı İzmir Çocuk ve Gençlik Kapalı Ceza İnfaz Kurumu'nda Kasım 2015- Mayıs 2016 tarihleri arasında kalan 268 suça sürüklenen çocuk ile sınırlandırılmıştır. Araştırmanın başında; araştırmaya gönüllü olan çocukların tamamına ulaşılması hedeflenirken; araştırma süresinin kısıtlı olmasından dolayı örneklem seçimine gidilmiştir. Örneklem grubunu oluşturan çocuklar için yapılması ve sorulması planlanan gelir gider düzeylerine; cezaevine getirilme nedenlerine ilişkin verilerin toplanması ayrıca; hemogloblin değerinin ölçümü gibi çocuklara girişim gerektiren işlemler Adalet Bakanlığı' nın izin vermemesi nedeniyle yapılamamıştır. Ayrıca araştırmanın Çocuk ve Gençlik Kapalı Ceza İnfaz Kurumu'nda yapılabilmesi için T.C. Adalet Bakanlığı Ceza ve Tevkifevleri Genel Müdürlüğü'nden alınan izin; Çocuk ve Gençlik Kapalı Ceza İnfaz Kurumu'nda kaldıkları düşünülen fakat Kadın Kapalı Ceza İnfaz Kurumu'nda kalan kız çocuklarını kapsamadığı için kız çocukları araştırmaya dahil edilememiş; araştırmanın örneklem grubu erkek çocuklarla sınırlı kalmıştır. Ayrıca veriler; çocukların anket sorularına verdikleri cevaplar ile sınırlı kalmıştır. Bu konuda ceza infaz kurumundaki suça sürüklenen çocuklara yönelik kaynaklar sınırlı olduğu için, verilerin tartışması ulaşılan belirli kaynaklarla yapılabilmektedir.

### **3.9. Araştırmanın Etik Yönü**

Araştırmanın uygulaması için Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan ve T.C. Adalet Bakanlığı Ceza ve Tevkifevleri Genel

Müdürlüğü'nden gerekli yazılı izin alınmıştır. Araştırma öncesi; katılımcılara, araştırmanın amacı ve önemi açıklanarak, araştırmaya katılımın gönüllülük esasına dayandığı ve verilerin gizliliğinin sağlanacağı vurgulanarak, katılımcıların aydınlatılmış sözlü onamları alınmıştır. Gönüllülük bildiren çocuklar örneklem grubuna dahil edilmiştir. Çocukların mahremiyetleri korunmuş ve verilerin gizliliği ilkesine dikkat edilmiştir. Gözlem, görüşme ve muayeneler sonucunda sorun saptanan çocuklar ceza infaz kurumu sağlık hizmetlerine yönlendirilmiştir.



#### 4. BULGULAR

**Tablo 1: Araştırmaya Katılan Çocukların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı**

Tanıtıcı Özellikler	n	%
<b>Grubu</b>		
Tutuklu	55	34.8
Hükümlü	60	38.0
Hükümlü	43	27.2
<b>Toplam</b>	158	100.0
<b>Yaşı (Yıl) (16.51±0.859, Min:13, Max:17)</b>		
<16	16	10.2
16-17	141	89.8
<b>Toplam</b>	157	100.0
<b>Cinsiyeti</b>		
Erkek	158	100.0
<b>Toplam</b>	158	100.0
<b>Medeni Durumu</b>		
Bekar	147	93.0
Evli	10	6.3
Boşanmış	1	0.7
<b>Toplam</b>	158	100.0
<b>Doğum Yeri</b>		
Ege Bölgesi	78	51.0
Akdeniz Bölgesi	24	15.7
İç Anadolu Bölgesi	12	9.8
Güneydoğu Anadolu Bölgesi	15	9.2
Marmara Bölgesi	14	7.8
Doğu Anadolu Bölgesi	9	5.9
Yurtdışı	1	0.6
<b>Toplam</b>	153	100.0
<b>Aile Yapısı</b>		
Çekirdek aile	87	55.0
Parçalanmış aile	39	24.7
Geniş aile	32	20.3
<b>Toplam</b>	158	100.0
<b>Kardeş Sayısı</b>		
Kardeş yok	18	12.5
1-2	28	19.6
3-6	63	44.1
7-10	27	18.9
11-12	7	4.9
<b>Toplam</b>	143	100.0

<b>Tablo 1'in devamı</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Eğitim Durumu</b>		
Okuryazar değil	13	8.2
Okuryazar	4	2.5
İlkokul öğrencisi	5	3.2
İlkokul mezunu	25	15.8
Ortaokul öğrencisi	23	14.6
Ortaokul mezunu	38	24.1
Lise öğrencisi	49	31.0
Lise mezunu	1	0.6
<b>Toplam</b>	<b>158</b>	<b>100.0</b>
<b>Eğitime Devam Etme İle İlgili Düşüncesi</b>		
Evet	135	86.5
Hayır	21	13.5
<b>Toplam</b>	<b>156</b>	<b>100.0</b>
<b>Bugüne Kadar Herhangi Bir İşte Çalışma Durumu</b>		
Evet*	139	88.0
Hayır	19	12.0
<b>Toplam</b>	<b>158</b>	<b>100.0</b>
<b>Çalışmaya Başlama Yaşı</b>		
6-10	22	18.2
11-15	89	73.5
16-17	10	8.3
<b>Toplam</b>	<b>121</b>	<b>100.0</b>
<b>Çalışma Yeri **</b>		
İşyeri	99	66.9
Sokak	34	23.0
Ailesiyle	15	10.1
Diğer***	12	8.1
<b>Toplam</b>	<b>148</b>	<b>-</b>
<b>Çalışmaya Başlama Nedeni**</b>		
Kendi isteğiyle	104	71.7
Ekonomik nedenlerle	47	32.4
Ailesinin isteğiyle	23	15.9
Çalışan arkadaşlarının etkisiyle	4	2.8
<b>Toplam</b>	<b>145</b>	<b>-</b>
<b>Toplam Ceza Süresi</b>		
1-5 yıl	21	21.6
5 yıl 1 ay -10 yıl	45	46.4
10 yıl 1 ay -47 yıl	31	32.0
<b>Toplam</b>	<b>97</b>	<b>100.0</b>

<b>Tablo 1'in devamı</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Cezaevinde Kalma Süresi (Ay)</b> (9.13±8.23, Min: 1, Max: 30 )		
<12	107	69.0
12 ≤	48	31.0
<b>Toplam</b>	155	100.0
<b>Daha Önce Cezaevinde Yatma Durumu</b>		
Evet	61	38.6
Hayır	97	61.4
<b>Toplam</b>	158	100.0
<b>Daha Önce Cezaevinde Yatma Sayısı</b> (Ortanca:2)		
1-2 kez	32	56.1
3-6 kez	23	40.4
11-27 kez	2	3.5
<b>Toplam</b>	57	100.0

\*Marangoz, mobilya, sanayi, tekstil, matbaa, fabrika, nakliyat, inşaat, otopark, oto kiralama, fırın, kasap, yufkacı, kuaför, berber, tarla, sera, garsonluk, açılılık, dönercilik, hurdacılık, gül, mendil, simit, midye satıcılığı, hırsızlık, uyuşturucu satıcılığı, müzisyenlik, futbolcu.

\*\*Birden fazla cevap verildiği için yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

\*\*\*Tarla, otobüs, inşaat.

Tablo 1'de araştırmaya katılan çocukların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı verilmiştir. Tabloya göre araştırmaya katılan çocukların %34.8'i tutuklu, %38'i hükümlü, %27.2'si ise hükümlüdür. Çocukların %10.2'si 16 yaşın altında, %89.8'i ise 16-17 yaş grubunda olup, %93'ü bekar, %6.3'ü evli ve %0.7'sinin ise boşanmış olduğu saptanmıştır. Çocukların %51'i Ege Bölgesi'nde doğmuş olup, %55'inin aile yapısı çekirdek, %24.7'sinin parçalanmış, %20.3'ünün ailesi ise geniş aile yapısındadır. Tabloya göre; çocukların %12.5'i tek çocuklu, yarısından fazlası ise çok çocuklu ailelerden gelmektedir. Çocukların eğitim durumuna ilişkin veriler incelendiğinde; %15.8'inin ilkokul, %24.1'inin ortaokul mezunu, %31'inin lise öğrencisi olduğu, %8.2'sinin ise okuryazar olmadığı ve %86.5'inin eğitime devam etmek istediği görülmektedir.

Araştırmaya katılan çocukların %88'i bugüne kadar herhangi bir işte çalıştığını, %18.2'si 10 yaşında ve daha küçük yaşta, %73.5'i ise 11-15 yaş grubunda çalışmaya başladığını ifade etmiştir. Çocukların çalışma yerlerine bakıldığında tablo

1’de görüldüğü gibi %23’ünün sokakta, %66.9’unun işyerinde, %10.1’inin ise ailesinin yanında, ekonomik nedenler (%32.4), kendi (%71.7) ve ailesinin isteğiyle (%15.9) çalışmaya başladığı belirlenmiştir.

Çocukların toplam ceza süresi, cezaevinde kalma süresi, daha önce cezaevinde yatma durumuna göre dağılımına bakıldığında ise; %21.6’sının 1-5 yıl, %32’sinin ise 10 yıldan fazla ceza aldığı, çocukların %31’inin 12 ay ve üzeri cezaevinde kaldığı, %38.6’sının daha önce cezaevinde yattığı görülmektedir. Daha önce cezaevinde yatan çocukların %56.1’i 1-2 kez, 43.9’u ise cezaevine 3 ve daha fazla kez yatmıştır. Ailede suç işleme ile cezaevinde yatma durumu arasındaki ilişki istatistiksel olarak incelendiğinde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. ( $\chi^2$ : 0.434, Sg: 0.510,  $p > 0.05$ ).

**Tablo 2: Araştırmaya Katılan Çocukların Ailelerinin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı**

Anne			Baba		
Tanıtıcı Özellikler	n	%	Tanıtıcı Özellikler	n	%
<b>Yaş</b>			<b>Yaş</b>		
27-30 yaş	2	1.7	32-40 yaş	17	14.3
31-40 yaş	54	45.0	41-50 yaş	74	62.2
41-50 yaş	54	45.0	51-65 yaş	28	23.5
51-63 yaş	10	8.3			
<b>Toplam</b>	120	100.0	<b>Toplam</b>	119	100.0
<b>Eğitim Durumu</b>			<b>Eğitim Durumu</b>		
Okuryazar değil	41	32.8	Okuryazar değil	14	11.0
Okuryazar	8	6.4	Okuryazar	17	13.5
İlkokul mezunu	44	35.2	İlkokul mezunu	45	35.4
Ortaokul öğrencisi	1	0.8	Ortaokul mezunu	36	28.3
Ortaokul mezunu	23	18.4	Lise mezunu	11	8.7
Lise mezunu	8	6.4	Üniversite mezunu	4	3.1
<b>Toplam</b>	125	100.0	<b>Toplam</b>	127	100.0
<b>Meslek</b>			<b>Meslek</b>		
Ev hanımı	123	85.4	İşsiz	17	12.0
İşçi	17	11.8	İşçi	73	51.4
Diğer*	4	2.8	Esnaf	14	9.9
			Memur	7	4.9
			Emekli	1	0.7
			Diğer**	30	21.1
<b>Toplam</b>	144	100.0	<b>Toplam</b>	142	100.0



<b>Tablo 2'nin devamı</b>	<b>n</b>	<b>%</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Sosyal Güvencesi</b>			<b>Sosyal Güvencesi</b>		
SSK	25	18.2	SSK	35	25.0
Emekli sandığı	1	0.8	Emekli sandığı	7	5.0
Bağkur	7	5.1	Bağkur	10	7.2
Yeşilkart	9	6.6	Yeşilkart	9	6.4
Yok	45	32.8	Yok	34	24.3
Bilmiyor	50	36.5	Bilmiyor	45	32.1
<b>Toplam</b>	<b>137</b>	<b>100.0</b>	<b>Toplam</b>	<b>140</b>	<b>100.0</b>
<b>Annenin Yakınlık Derecesi***</b>			<b>Babanın Yakınlık Derecesi***</b>		
Öz	141	89.2	Öz	145	91.8
Üvey	18	11.4	Üvey	7	4.4
Vefat	6	3.8	Vefat	10	6.3
<b>Toplam</b>	<b>158</b>	<b>-</b>	<b>Toplam</b>	<b>158</b>	<b>-</b>
			<b>n</b>	<b>%</b>	
<b>Anne ve Babanın Birlikte Yaşama Durumu</b>					
Birlikte yaşıyor (resmi nikahlı)			108	68.8	
Birlikte yaşıyor (resmi nikahları yok)			7	4.5	
Ayrı yaşıyor (boşanmış)			20	12.7	
Ayrı yaşıyor (boşanmamış)			9	5.7	
Diğer***			13	8.3	
<b>Toplam</b>			<b>157</b>	<b>100.0</b>	
<b>Ailenin Göç Durumu</b>					
Evet			83	52.5	
Hayır			75	47.5	
<b>Toplam</b>			<b>158</b>	<b>100.0</b>	
<b>Göç Nedeni***</b>					
Ekonomik			37	82.2	
Kan davası			6	13.3	
Eğitim			1	2.2	
Savaş			1	2.2	
Aile baskısı			1	2.2	
<b>Toplam</b>			<b>45</b>	<b>-</b>	
<b>Ailede Suç İşleyen Bireyin Olma Durumu</b>					
Evet			63	40.6	
Hayır			92	59.4	
<b>Toplam</b>			<b>155</b>	<b>100.0</b>	

<b>Tablo 2'nin devamı</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Suç İşleyen Bireyin Yakınlığı***</b>		
Anne	3	5.4
Baba	24	42.9
Kardeş	25	44.6
Büyükanne/büyükbaba	1	1.8
Amca/dayı/enişte	9	16.1
Kuzen	2	3.6
<b>Toplam</b>	<b>56</b>	<b>-</b>

\*Boyacı, çiçekçi, pazarcı, terzi.

\*\*Boyacı, çiftçi, hurdacı, seyyar satıcı, serbest meslek.

\*\*\*Birden fazla cevap verildiği için yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

\*\*\*\*Vefat, biri cezaevinde.

Araştırmaya katılan çocukların ailelerinin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı tablo 2'de verilmiştir. Çocukların annelerinin tanıtıcı özelliklerine bakıldığında, %90'ının 31-50 yaş grubunda, %35.2'sinin ilkokul, %18.4'ünün ortaokul, %6.4'ünün lise mezunu olduğu, %32.8'inin ise okuryazar olmadığı, %85.4'ünün ev hanımı ve %18.2'sinin sosyal güvencesinin SSK olduğu, %32.8'inin ise herhangi bir sosyal güvencesinin olmadığı dikkati çekmektedir. Tablo 2'de ayrıca babalarının tanıtıcı özelliklerine bakıldığında, %76.5'inin 32-50 yaş grubunda olduğu, %11'inin okuryazar olmadığı, %35.4'ünün ilkokul, %28.3'ünün ortaokul, %8.7'sinin lise ve %3.1'inin ise üniversite mezunu, %12'sinin işsiz, %51.4'ünün ise işçi olduğu, %25'inin sosyal güvencesinin SSK iken, %24.3'ünün ise sosyal güvencesinin olmadığı görülmektedir. Çocukların anne ve babalarına yakınlık derecesine, anne ve babalarının birlikte yaşama ve göç etme durumlarına göre dağılımına bakıldığında ise, annelerinin %89.2'sinin, babalarının %91.8'inin öz olduğu, çocukların anne ve babalarının %68.8'inin resmi nikahlı olarak birlikte yaşadığı, %4.5'inin resmi nikahları olmadan beraber yaşadığı, %12.7'sinin ise boşanmış olduğu ve ayrı yaşadığı, ailelerin %52.5'inin buldukları yerden göç ettiği, göç edenlerin ise %82.2'sinin ekonomik, %13.3'ünün kan davası nedeniyle bulunduğu yerden göç ettiği saptanmıştır. Çocukların ailelerinde suç işleyen bireyin olma durumu ve yakınlığı incelendiğinde, %40.6'sının ailesinde suç işleyen bireyin olduğu, suç işleyen bireyin çocuğa yakınlığının %42.9'unun babası, %44.6'sının ise kardeşi olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 3: Araştırmaya Katılan Çocukların Sağlık Durumunu Algılama Biçimi, Sağlık Sorunu, Geçirdiği Hastalıklar ve Ameliyatlar, Kaza ve Yaralanmalar, Alerjisinin Olma Durumu, Kullandıkları İlaç, Yardımcı Cihaz ve Protezlere Göre Dağılımı**

	n	%
<b>Sağlık Durumunu Algılama Biçimi</b>		
Kendimi sağlıklı buluyorum	89	57.1
Kendimi kısmen sağlıklı buluyorum	40	25.6
Kendimi sağlıklı bulmuyorum	27	17.3
<b>Toplam</b>	156	100.0
<b>Herhangi Bir Sağlık Sorununun Olma Durumu</b>		
Evet	55	35.3
Hayır	101	64.7
<b>Toplam</b>	156	100.0
<b>Var Olan Sağlık Sorunu*</b>		
Dispne	5	11.6
Balgam	3	7.0
Göğüs ağrısı	3	7.0
Burun kanaması	2	4.7
Diğer**	34	79.0
<b>Toplam</b>	43	-
<b>Hastalık Geçirme Durumu</b>		
Evet	52	34.2
Hayır	100	65.8
<b>Toplam</b>	152	100.0
<b>Geçirilen Hastalık Çeşidi*</b>		
Solunum sistemi hastalıkları	23	54.8
Kardiyovasküler sistem hastalıkları	6	14.3
Çocukluk çağı hastalıkları	6	14.3
Dermatolojik hastalıklar	2	4.8
Sinir sistemi hastalıkları	2	4.8
Sindirim sistemi hastalıkları	1	2.4
Ürogenital sistem hastalıkları	1	2.4
Diğer***	5	11.9
<b>Toplam</b>	42	-
<b>Kronik Bir Hastalığının Olma Durumu</b>		
Evet	6	4.0
Hayır	144	96.0
<b>Toplam</b>	150	100.0
<b>Var Olan Kronik Hastalık Çeşidi</b>		
Kalp hastalığı	4	80.0
Akdeniz ateşi	1	20.0
<b>Toplam</b>	5	100.0

<b>Tablo 3'ün devamı</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Kaza Geçirme ve Yaralanma Durumu</b>		
Evet	104	68.0
Hayır	49	32.0
<b>Toplam</b>	153	100.0
<b>Kaza ve Yaralanma Çeşidi*</b>		
Motor kazası	48	51.6
Araba kazası/Araba çarpması	29	31.2
Kırık/çıkık	6	6.5
Yüksekten düşme	3	3.2
Kesik	3	3.2
Diğer****	14	15.1
<b>Toplam</b>	93	-
<b>Ameliyat Geçirme Durumu</b>		
Evet	44	28.2
Hayır	112	71.8
<b>Toplam</b>	156	100.0
<b>Ameliyat Çeşidi*</b>		
Apendisit	9	26.5
Bademcik	5	14.7
Kıl dönmesi	4	11.8
Diğer*****	17	50.0
<b>Toplam</b>	34	-
<b>Alerjisinin Olma Durumu</b>		
Evet	18	11.4
Hayır	80	50.6
Bilmiyorum	60	38.0
<b>Toplam</b>	158	100.0
<b>Var Olan Alerji Çeşidi*</b>		
Solunum yolu alerjisi	3	23.1
Deri alerjisi	2	15.4
Besin alerjisi	3	23.1
Göz alerjisi	4	30.8
İlaç alerjisi	2	15.4
<b>Toplam</b>	13	-
<b>İlaç Kullanma Durumu</b>		
Evet	61	38.9
Hayır	96	61.1
<b>Toplam</b>	157	100.0
<b>Kullandığı İlaç Türü*</b>		
Ağrı kesici ilaç	20	33.3
Uyku ilacı	14	23.3
Psikiyatrik ilaçlar	12	20.0
Enürezis ilaçları	2	3.3
Diğer*****	21	35.0
<b>Toplam</b>	60	-

<b>Tablo 3'ün devamı</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Herhangi Bir Fiziksel Engelinin Olma Durumu</b>		
Evet*****	1	0.6
Hayır	157	99.4
<b>Toplam</b>	158	100.0
<b>Gözlük</b>		
Evet	15	9.5
Hayır	143	90.5
<b>Toplam</b>	158	100.0

\*Birden fazla cevap verildiği için yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

\*\*Unutkanlık, psikolojik sorunlar, baş, diş, bel, diz, ayak, mide, boğaz, kalp ve kulak ağrısı, görme bozukluğu, kalpte delik, kulak zarında delik, akdeniz ateşi hastalığı, diş çürüğü, kalp ritim bozukluğu, sedef hastalığı, uyku bozukluğu.

\*\*\*Zehirlenme, havale, sarılık, enfeksiyon hastalıkları, akdeniz ateşi hastalığı.

\*\*\*\*Bıçaklanma, silahla yaralanma, darp, köpek ısırması, bisikletten düşme, bisiklet çarpması.

\*\*\*\*\*Kırık, varikozel, burun, kalp, böbrek, karaciğer, eksizyon ameliyatı.

\*\*\*\*\*Antibiyotik, antialerjik, antifungal, inhaler ilaçlar.

\*\*\*\*\*Bir bacağın kısa olması.

Tablo 3'te araştırmaya katılan çocukların sağlık durumunu algılama biçimi, sağlık sorunu, geçirdiği hastalıklar, ameliyatlar, kaza ve yaralanmalar, alerjisinin olma durumu, kullandıkları ilaç, yardımcı cihaz ve protezlere göre dağılımı verilmiştir. Tabloya göre; çocukların %57.1'i kendini sağlıklı, %25.6'sı kısmen sağlıklı olarak değerlendirirken, %17.3'ünün ise kendini sağlıklı bulmadığı görülmektedir. Araştırmaya katılan çocukların %35.3'ü sağlık sorunu olduğunu ifade ederken, %11.6'sında dispne, %7'sinde balgam ve %7'sinde ise göğüs ağrısı olduğu, %34.2'sinin herhangi bir hastalık geçirdiği saptanmıştır. Hastalık geçiren çocukların %54.8'i solunum sistemi, %14.3'ü kardiyovasküler sistem, %14.3'ü çocukluk çağı hastalığı ve %4.8'i ise dermatolojik hastalık geçirmiştir. Çocuklarda herhangi bir kronik hastalığın olma durumu ise %4'dür. Kronik hastalığı olan çocukların, %80'i var olan kronik hastalığını kalp hastalığı ve %20'si ise Akdeniz Ateşi olarak ifade etmektedir. Çocukların %68'inin daha önce kaza geçirdiği ve yaralandığı, daha önce kaza geçiren ve yaralanan çocukların %51.6'sının motor kazası, %31.2'sinin araba kazası/çarpması gibi durumlarla karşılaştığı görülmektedir. Çocukların ameliyat geçirme durumu ve geçirilen ameliyat çeşitlerine göre dağılımı incelendiğinde; %28.2'sinin daha önce ameliyat geçirdiği ve ameliyat geçiren çocukların %26.5'inin

apandisit, %14.7'sinin bademcik, %11.8'inin ise kıl dönmesi ameliyatı geçirdiği saptanmıştır. Çocukların %11.4'ünün alerjisinin olduğu, %23.1'inin solunum yolu, %15.4'ünün deri, %30.8'inin göze ilişkin alerjik bulguların olduğu, %23.1'inin besin ve %15.4'ünün ilaç alerjisi olduğu, %38.9'unun ilaç kullandığı, ilaç kullanan çocukların %33.3'ünün ağrı kesici, %23.3'ünün uyku, %20'sinin psikiyatrik, %3.3'ünün ise enürezise ilişkin ilaç kullandığı tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan çocuklarda sadece birinin fiziksel engelinin olduğu, tabloda belirtilmemesine rağmen çocukların hiçbirinin işitme ve yürümeye ilişkin herhangi bir yardımcı cihaz ve protez kullanmadığı, sadece %9.5'inin gözlük kullandığı belirlenmiştir.

**Tablo 4: Çocukların Ağrı Sorunu ve Ağrı ile Baş Etme Biçimine Göre Dağılımı**

<b>Ağrı Sorunu ve Ağrı ile Baş Etme Biçimi</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Ağrı Durumu</b>		
Var	47	29.7
Yok	111	70.3
<b>Toplam</b>	<b>158</b>	<b>100.0</b>
<b>Ağrı Çeşidi*</b>		
Bel ağrısı	19	48.7
Ekstremitte ağrısı	13	33.3
Diş ağrısı	6	15.4
Baş ağrısı	4	10.3
Kulak ağrısı	1	2.6
Diğer**	9	23.1
<b>Toplam</b>	<b>39</b>	<b>-</b>
<b>Ağrıyı Azaltma Biçimi*</b>		
Ağrı kesici ilaçlar	31	52.5
Masaj	12	20.3
İstirahat	13	22.0
Diğer***	7	11.9
<b>Toplam</b>	<b>59</b>	<b>-</b>

\*Birden fazla cevap verildiği için yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

\*\*Böbrek, boyun, göğüs, sırt, mide, karın, göz ağrısı.

\*\*\*Spor yapma, duş alma, sohbet etme, duvara yaslanma

Araştırmaya katılan çocukların ağrı sorunu ve ağrı ile baş etme biçimine göre dağılımı tablo 4'te verilmiştir. Çocukların %29.7'si ağrı sorununun, ağrısı olan çocukların %10.3'ünün baş ağrısı, %15.4'ünün diş ağrısı, %33.3'ünün ekstremitte ağrısı ve %48.7'sinin ise bel ağrısı sorununun olduğu saptanmıştır. Çocukların ağrıyı azaltmak için %52.5'inin ağrı kesici ilaç kullandığı, %20.3'ünün masaj yaptığı, %22'sinin ise istirahat ettiği belirlenmiştir.

**Tablo 5: Araştırmaya Katılan Çocukların Sigara, Alkol ve Diğer Bağımlılık Yapıcı Maddeleri Kullanma Durumuna Göre Dağılımı**

Kullanılan Madde	Evet		Hayır		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Sigara	141	89.2	17	10.8	158	100.0
Alkol	110	70.1	47	29.9	157	100.0
Uçucu Madde	51	32.9	104	67.1	155	100.0
Esrar-Kokain	96	60.8	62	39.2	158	100.0
Diğer Bağımlılık Yapıcı Maddeler*	29	18.4	129	81.6	158	100.0
			<b>n</b>	<b>%</b>		
<b>Sigaraya Başlama Yaşı</b>						
<10 yaş			36	26.3		
10-15 yaş			100	73.0		
>15 yaş			1	0.7		
<b>Toplam</b>			137	100.0		
<b>Alkole Başlama Yaşı</b>						
<10 yaş			10	9.9		
10-15 yaş			83	82.2		
>15 yaş			8	7.9		
<b>Toplam</b>			101	100.0		
<b>Uçucu Maddeye Başlama Yaşı</b>						
<10 yaş			3	6.0		
10-15 yaş			43	86.0		
>15 yaş			4	8.0		
<b>Toplam</b>			50	100.0		
<b>Esrar-Kokaine Başlama Yaşı</b>						
<10 yaş			6	6.6		
10-15 yaş			70	76.9		
>15 yaş			15	16.5		
<b>Toplam</b>			91	100.0		
<b>Diğer Bağımlılık Yapıcı Maddeye Başlama Yaşı</b>						
<10 yaş			1	3.7		
10-15 yaş			23	85.2		
>15 yaş			3	11.1		
<b>Toplam</b>			27	100.0		

\*Sentetik bağımlılık yapıcı maddeler (bonzai vb), antidepresan ilaçlar.

Tablo 5'te araştırmaya katılan çocukların sigara, alkol ve diğer bağımlılık yapıcı maddeleri kullanma durumuna göre dağılımı görülmektedir. Çocukların %89.2'si sigara, %70.1'i alkol kullanırken, %32.9'u uçucu madde, %60.8'i esrar, kokain ve %18.4'ü ise diğer bağımlılık yapıcı maddeleri kullandığını ifade etmektedir. Çocukların %73'ü sigaraya, %82.2'si alkole, %86'sı uçucu maddeye,

%76.9'u esrar, kokaine, %85.2'si ise diğ er bağımlılık yapıcı madde kullanımına 10-15 yaş grubunda başlamıştır.

**Tablo 6: Çocukların Soy Geçmişinde Var Olan Hastalıkların Dağılımı**

Soygeçmişte Var Olan Hastalıklar	Var		Yok		Bilmiyor		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Hipertansiyon</b>	32	20.3	88	55.7	38	24.0	158	100.0
<b>Diyabet</b>	31	19.6	94	59.5	33	20.9	158	100.0
<b>Kalp Hastalığı</b>	28	17.9	95	60.9	33	21.2	156	100.0
<b>Böbrek Hastalığı</b>	20	12.8	104	66.7	32	20.5	156	100.0
<b>Kanser</b>	13	8.5	114	74.0	27	17.5	154	100.0
<b>Epilepsi</b>	7	4.5	116	74.4	33	21.1	156	100.0
<b>Tüberküloz</b>	5	3.2	117	74.5	35	22.3	157	100.0
<b>Hepatit</b>	5	3.2	115	73.7	36	23.1	156	100.0
<b>Alzheimer</b>	1	0.6	157	99.4	-	-	158	100.0

Çocukların soy geçmişinde var olan hastalıklarının dağılımı tablo 6'da verilmiştir. Çocukların %20.3'ünün ailesinde hipertansiyon, %19.6'sında diyabet, %17.9'unda kalp hastalığı, %12.8'inde böbrek hastalığı, %8.5'inde kanser, %4.5'inde epilepsi, %3.2'sinde tüberküloz ve %3.2'sinde ise hepatit hastalığı olduğu saptanmıştır.



**Tablo 7: Çocukların Beslenmeye İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı**

<b>Beslenmeye İlişkin Özellikler</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Günlük Öğün Sayısı</b>		
Bir öğün	4	2.4
İki öğün	20	12.7
Üç öğün	99	62.7
Üç öğünden fazla	35	22.2
<b>Toplam</b>	<b>158</b>	<b>100.0</b>
<b>Kahvaltı Yapma Durumu</b>		
Yapıyor	120	77.9
Yapmıyor	34	22.1
<b>Toplam</b>	<b>154</b>	<b>100.0</b>
<b>Su Tüketme Durumu</b>		
Günde bir-üç bardak	60	38.0
Günde dört-altı bardak	36	22.8
Günde yedi-on bardak	33	20.9
Günde on bardaktan fazla	29	18.3
<b>Toplam</b>	<b>158</b>	<b>100.0</b>
<b>Beslenme Durumunu Değerlendirme Biçimi</b>		
Genellikle iştahsız	27	17.0
Normal iştahlı	99	62.7
Aşırı iştahlı	32	20.3
<b>Toplam</b>	<b>158</b>	<b>100.0</b>
<b>Kilo Kaybı Yaşama Durumu (Son 6 ay)</b>		
Evet	39	25.2
Hayır	116	74.8
<b>Toplam</b>	<b>155</b>	<b>100.0</b>

Tablo 7’de çocukların %2.4’ünün günde 1, %12.7’sinin günde 2, %62.7’sinin günde 3 öğün, %22.2’sinin günde 3 öğünden fazla yemek yediği, %22.1’inin ise kahvaltı yapmadığı, günde %38’inin günde 1-3 bardak, %22.8’inin günde 4-6 bardak su tükettiği belirlenmiştir. Tabloda ayrıca çocukların %17’si beslenme durumunu genellikle iştahsız, %20.3’ü aşırı iştahlı olarak değerlendirirken, %25.2’si kilo kaybı yaşadığını ifade etmektedir.

**Tablo 8: Çocukların Boşaltım Sistemi ve Sorunlarına Göre Dağılımı**

<b>Boşaltıma İlişkin Özellikler</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>İdrar Yapma Sıklığı (Günde)</b>		
<5 kez	85	61.6
5-10 kez	52	37.7
>10 kez	1	0.7
<b>Toplam</b>	138	100.0
<b>İdrar Yaparken Yanma</b>		
Var	36	23.1
Yok	120	76.9
<b>Toplam</b>	156	100.0
<b>İdrar Tutmada Zorluk Çekme</b>		
Var	26	16.5
Yok	132	83.5
<b>Toplam</b>	158	100.0
<b>Geceleri İdrar Kaçırma</b>		
Var	10	6.4
Yok	147	93.6
<b>Toplam</b>	157	100.0
<b>Konstipasyon</b>		
Var	6	3.8
Yok	151	96.2
<b>Toplam</b>	157	100.0
<b>Diyare</b>		
Var	3	1.9
Yok	155	98.1
<b>Toplam</b>	158	100.0

Çocukların boşaltım sistemi ve sorunlarına göre dağılımı tablo 8’de verilmiştir. Çocukların %61.6’sı günde 5 kezden daha az idrara çıkmakta, %23.1’i idrar yaparken yanma, %16.5’i idrarını tutmada zorluk çekmekte, %6.4’ü ise geceleri idrar kaçırdığını ifade etmektedir. Tabloda ayrıca çocukların %3.8’inde konstipasyon, %1.9’unda ise diyare sorununun olduğu görülmektedir.

**Tablo 9: Çocukların Düzenli Uyku ve Uykuya Bağlı Yaşadıkları Sorunlara Göre Dağılımı**

Uykuya İlişkin Özellikler	n	%
<b>Düzenli Uyuma Durumu</b>		
Evet	90	57.0
Hayır	38	24.0
Bazen	30	19.0
<b>Toplam</b>	158	100.0
<b>Uyku Sorunu Yaşama Durumu</b>		
Evet	85	53.8
Hayır	73	46.2
<b>Toplam</b>	158	100.0
<b>Uyku Sorunu Çeşidi*</b>		
Uykuya dalmada güçlük	73	61.9
Kabus görme	46	39.0
Erken uyanma	48	40.7
<b>Toplam</b>	118	-

\*Birden fazla cevap verildiği için yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

Tablo 9’da çocukların düzenli uyku ve uykuya bağlı yaşadıkları sorunlara göre dağılımı görülmektedir. Çocukların %57’si düzenli, %19’ı bazen düzenli uyuduğunu, %24’ü ise düzenli uyumadığını, %53.8’i uyku sorunu yaşadığını, uyku sorunu yaşayanların %61.9’u uykuya dalmada güçlük yaşadığını, %39’u kabus gördüğünü, %40.7’si ise uykudan erken uyandığını belirtmiştir.

**Tablo 10: Çocukların Hijyenik Uygulamalarına Göre Dağılımı**

Hijyenik Uygulamalar	n	%
<b>Ellerini Yıkama Zamanı*</b>		
Yemekten önce	138	87.3
Yemekten sonra	130	82.3
Tuvalete girmeden önce	33	20.9
Tuvalete girdikten sonra	149	94.3
Sabah uyandıktan sonra	134	84.8
Gece yatmadan önce	66	41.8
Aklına geldikçe	81	51.3
<b>Toplam</b>	158	-
<b>Ellerini Yıkamada Kullandığı Materyal*</b>		
Sabun ile	146	92.4
Su ile	10	6.3
Bulaşık deterjanı-şampuan ile	9	5.7
<b>Toplam</b>	158	-

<b>Tablo 10'un devamı</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Yüzünü Yıkama Zamanı*</b>		
Sabah kalkınca	149	94.3
Abdest alırken	15	9.5
Hiç	5	3.2
<b>Toplam</b>	<b>158</b>	<b>-</b>
<b>Dişlerini Fırçalama Durumu</b>		
Evet	136	86.1
Hayır	22	13.9
<b>Toplam</b>	<b>158</b>	<b>100.0</b>
<b>Dişlerini Fırçalama Sıklığı</b>		
Hiç	8	5.3
Günde bir kez	47	31.1
Günde iki-üç kez	71	47.0
Aklına geldikçe	25	16.6
<b>Toplam</b>	<b>151</b>	<b>100.0</b>
<b>Kendine Ait Diş Fırçası Olma Durumu</b>		
Evet	150	94.9
Hayır	8	5.1
<b>Toplam</b>	<b>158</b>	<b>100.0</b>
<b>Diş Fırçasını Değiştirme Sıklığı</b>		
Haftada bir	16	12.3
15 günde bir	32	24.4
Ayda bir	48	36.6
Hiç	14	10.7
Diğer**	21	16.0
<b>Toplam</b>	<b>131</b>	<b>100.0</b>
<b>Banyo Sıklığı</b>		
Günde iki-üç kez	16	10.2
Günde bir kez	60	38.0
İki günde bir kez	47	29.7
Haftada bir kez	34	21.5
Ayda bir kez	1	0.6
<b>Toplam</b>	<b>158</b>	<b>100.0</b>
<b>Ayaklarını Yıkama Zamanı*</b>		
Her gün akşam	92	58.2
Banyodan banyoya	39	24.7
Abdest alırken	32	20.3
Hiç	2	1.3
<b>Toplam</b>	<b>158</b>	<b>-</b>
<b>Tüy Yok Etme Yöntemi*</b>		
Jilet	136	99.3
Tüy dökücü krem	2	1.5
İp	1	0.7
<b>Toplam</b>	<b>137</b>	<b>-</b>

<b>Tablo 10'un devamı</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Tüy Yok Etme Sıklığı</b>		
Haftada bir	140	91.5
15 günde bir	6	3.9
Ayda bir	1	0.7
Diğer***	6	3.9
<b>Toplam</b>	153	100.0
<b>Tırnaklarını Kesme Sıklığı*</b>		
Haftada bir	108	68.4
Tırnaklarını yeme	33	20.9
Kesmiyor	5	3.2
Diğer****	15	9.5
<b>Toplam</b>	158	-
<b>İdrar Yaptığı Bölgeyi Temizleme Durumu</b>	138	87.3
Evet	20	12.7
Hayır		
<b>Toplam</b>	158	100.0
<b>İdrar Yaptığı Bölgeyi Temizleme Materyali*</b>		
Su	60	60.6
Peçete/tuvalet kağıdı	59	59.6
Islak mendil	2	2.0
Sabun	1	1.0
Şampuan	3	3.0
El	3	3.0
<b>Toplam</b>	99	-
<b>İdrar Yaptığı Bölgeyi Temizleme Nedeni</b>		
Temizlik için	15	78.9
Hasta olmamak için	2	10.5
Kokmaması için	1	5.3
Namaz kıldığı için	1	5.3
<b>Toplam</b>	19	100.0
<b>Gaita Yaptığı Bölgeyi Temizleme Durumu</b>	153	98.1
Evet	3	1.9
Hayır		
<b>Toplam</b>	156	100.0
<b>Gaita Yaptığı Bölgeyi Temizleme Materyali*</b>		
Su	102	85.0
Peçete/tuvalet kağıdı	75	62.5
Islak mendil	2	1.7
Sabun	1	0.8
El	3	2.5
Banyo yapma	4	3.3
<b>Toplam</b>	120	-

<b>Tablo 10'un devamı</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Gaita Yaptığı Bölgeyi Temizleme Nedeni*</b>		
Temizlik için	14	88.0
Hasta olmamak için	1	6.0
Mecburiyetten	1	6.0
Kokmaması için	1	6.0
<b>Toplam</b>	16	-
<b>İç Çamaşırı Değişirme Sıklığı</b>		
Her gün	71	44.9
Haftada bir-iki	35	22.2
Haftada üç-dört	48	30.4
Ara sıra	4	2.5
<b>Toplam</b>	158	100.0
<b>Kıyafetlerini Değişirme Sıklığı</b>		
Her gün	43	27.6
Haftada bir-iki	52	33.3
Haftada üç-dört	53	34.0
Ara sıra	8	5.1
<b>Toplam</b>	156	100.0
<b>Saçlarını Tarama Sıklığı</b>		
Her gün	55	35.2
Aklına geldikçe	44	28.2
Hiç	53	34.0
Diğer*****	4	2.6
<b>Toplam</b>	156	100.0

\*Birden fazla cevap verildiği için yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

\*\*Yıprandıkça, 2-3-6 ayda 1.

\*\*\*2-3-5 günde 1.

\*\*\*\*Uzadıkça, 10-15 günde 1.

\*\*\*\*\*Banyodan sonra, haftada 1.

Tablo 10'da çocukların hijyenik uygulamalarına göre dağılımı verilmiştir. Çocukların %87.3'ü yemekten önce, %82.3'ü yemekten sonra, %20.9'u tuvalete girmeden önce, %94.3'ü tuvalete girdikten sonra, %84.8'i sabah uyandıktan sonra, %41.8'i gece yatmadan önce, %51.3'ü ise aklına geldikçe ellerini yıkadığını belirtmiştir. Çocukların ellerini yıkamada %92.4'ünün sabun, %5.7'sinin bulaşık deterjanı ve şampuan, %6.3'ünün ise sadece su kullandığı ve %94.3'ünün sabah kalkınca, %9.5'inin abdest alırken yüzünü yıkadığı, %3.2'sinin ise yüzünü hiç yıkamadığı belirlenmiştir. Ayrıca tabloya göre; çocukların %86.1'nin dişlerini fırçaladığı, %13.9'unun ise dişlerini fırçalamadığı, dişlerini fırçalayan çocukların

%47'sinin günde 2-3 kez dişlerini fırçaladığı, %5.1'inin ise diş fırçasının olmadığı saptanmıştır. Çocukların %12.3'ü haftada 1, %24.4'ü 15 günde 1, %36.6'sı ise ayda 1 diş fırçasını değiştirmekte, %10.7'si ise diş fırçasını hiç değiştirmemektedir.

Çalışma grubunda yer alan çocukların banyo sıklıklarına göre dağılımına bakıldığında %38'i günde 1 kez, %29.7'si 2 günde 1, %21.5'i ise haftada 1 kez banyo etmekte olup, %24.7'sinin ayaklarını banyodan banyoya, %58.2'sinin ise her akşam yıkadığı görülmektedir. Katılımcıların %99.3'ü tüylerini yok etmede jilet, %1.5'i tüy dökücü krem, %0.7'si ise ip kullanmakta olup, %91.5'i tüylerini haftada 1 temizlemektedir. Ayrıca çocukların %68.4'ü tırnaklarını haftada 1 kestğini ifade ederken, %3.2'si tırnaklarını kesmediğini, %20.9'u ise tırnaklarını yediğini belirtmiştir.

Çalışmada çocukların tuvalet sonrası temizlenme alışkanlıklarına bakıldığında; %87.3'ünün idrarını yaptıktan sonra idrar yaptığı bölgeyi temizlediği, %60.6'sının idrar yaptığı bölgeyi temizlemede su, %59.6'sının ise peçete-tuvalet kağıdı kullandığı görülmektedir. Çocukların %78.9'u temizlik, %10.5'i hasta olmamak için idrar yaptığı bölgeyi temizlediğini ifade etmiştir. Çocukların %98.1'i ise gaita yaptıktan sonra bu bölgeyi temizlediğini, %85'i temizlemek amacıyla su, %62.5'i peçete-tuvalet kağıdı kullandığını, %6 gibi benzer oranlarda sırasıyla hasta olmamak için, mecburiyetten, kokmaması için gaita yaptığı bölgeyi temizlediğini belirtmiştir. Tabloya göre çocukların %35.2'si saçlarını her gün taramakta, %34'ü ise saçlarını hiç taramamaktadır. Araştırmaya katılan çocukların %44.9'u iç çamaşırını, %27.6'sı kıyafetlerini her gün değiştirdiğini ifade ederken, %2.5'inin iç çamaşırını, %5.1'inin ise kıyafetlerini ara sıra değiştirdiği saptanmıştır.

**Tablo 11: Çocukların Egzersiz Yapma Durumu ve Boş Zaman Aktivitelerine Göre Dağılımı**

<b>Egzersiz ve Boş Zaman Aktiviteleri</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Egzersiz Yapma Durumu</b>		
Evet	78	50.6
Hayır	76	49.4
<b>Toplam</b>	154	100.0
<b>Boş Zaman Aktiviteleri*</b>		
Spor	105	66.9
Müzik	97	61.8
Kursa katılma	87	55.4
Kitap/gazete okuma	66	42.0
Resim	31	19.7
Bilgisayar oyunları oynama	18	11.5
Ders çalışma	17	10.8
Diğer**	44	28.0
<b>Toplam</b>	157	-

\*Birden fazla cevap verildiği için yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

\*\*Sohbet etme, tv izleme, oyun oynama, mektup yazma, banyo yapma, uyuma, yemek yeme, kendini kesme.

Araştırmaya katılan çocukların egzersiz yapma durumu ve boş zaman aktivitelerine göre dağılımı tablo 11'de verilmiştir. Çocukların %66.9'u boş zamanlarında spor yaptığını, %61.8'i müzikle ilgilendiğini, %55.4'ü kursa katıldığını, %50.6'sı egzersiz yaptığını, %49.4'ü ise egzersiz yapmadığını, %42'si kitap, gazete okuduğunu, %19.7'si resimle ilgilendiğini, %11.5'i bilgisayar oyunları oynadığını, %10.8'i ders çalıştığını belirtmiştir.

**Tablo 12: Çocuklarda Stres Faktörleri, Baş Etme Yöntemleri, Kendine ve Başkalarına Zarar Verme Durumlarına Göre Dağılımı**

<b>Stres Faktörleri ve Baş Etme Biçimi</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Strese Yol Açan Faktörler*</b>		
Arkadaş sorunları	32	32.3
Cezaevinde bulunma	24	24.2
Ailesiyle görüşememe	21	21.2
Mahkeme günü	7	7.1
Parasız kalmak	2	2.0
Cezaevi personeliyle yaşanan sorunlar	1	1.0
Diğer**	32	32.3
<b>Toplam</b>	99	-



<b>Tablo 12'nin devamı</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Strese Yol Açan Faktörlerle Baş Etme Biçimi*</b>		
Sabretme	17	18.5
Düşünmemeye çalışma	17	18.5
Arkadaşlarla sohbet etme/oyun oynama	7	7.6
Kendine zarar verme	9	9.8
Başkasına zarar verme	3	3.3
Eşyalara zarar verme	5	5.4
Dini aktivitelerde bulunma	7	7.6
Diğer***	37	40.2
<b>Toplam</b>	92	-
<b>Kendine Zarar Verme İsteğinin Olma Durumu</b>		
Evet	54	34.2
Hayır	104	65.8
<b>Toplam</b>	158	100.0
<b>Kendine Zarar Verme Biçimi</b>		
Kendine kesi uygulama	16	76.2
İntihar isteği	5	23.8
<b>Toplam</b>	21	100.0
<b>Başkalarına Zarar Verme İsteğinin Olma Durumu</b>		
Evet	31	19.7
Hayır	126	80.3
<b>Toplam</b>	157	100.0
<b>Başkalarına Zarar Verme Biçimi</b>		
Yaralama/darp	2	66.7
Öldürme isteği	1	33.3
<b>Toplam</b>	3	100.0

\*Birden fazla cevap verildiği için yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

\*\*Yalnız kalma, iftira, tecrit, zorlanma, adaletsizlik, geçmişle ilgili düşünceler, gelecek kaygısı, haber alamama, sigara ve uyuşturucu madde kullanamama, şiddet uygulanması, kalabalık, televizyonda istediği kanalları izleyememe, kız arkadaş sorunları, kötü söz söylenmesi.

\*\*\*Duş alma, el, yüz yıkama, kitap okuma, saz çalma, şarkı söyleme, müzik dinleme, tv izleme, yalnız kalma, hedef belirleme, nefes egzersizi yapma, fotoğraflara bakma, sigara içme, bahçeye çıkma, yakınlarına telefon etme, hayal kurma, uyuşturucu alma, yürüyüş yapma, küfretme, ağlama, yemek yeme, zeytin çekirdeğinden tespih yapma, tespih çekme.

Tablo 12'de çocuklarda stres faktörleri, baş etme yöntemleri, kendine ve başkalarına zarar verme durumlarına göre dağılımı verilmiştir. Araştırmaya katılan çocukların %32.3'ü arkadaşlarıyla olan sorunlar, %24.2'si cezaevinde bulunma,

%21.2'si ailesiyle görüşememe, %7.1'i mahkeme günü, %2'si parasız kalma nedeniyle stres yaşadığını belirtmiştir. Stres yaşayan çocukların %18.5'i sabrederek, %18.5'i düşünmemeye çalışarak, %7.6'sı arkadaşlarıyla sohbet ederek ve oyun oynayarak, %9.8'i kendine, %3.3'ü başkasına, %7.6'sı ise dini aktivitelerde bulunarak stresle baş etmeye çalıştığını %5.4'ü eşyalara zarar vererek, belirtmiştir. Tabloya göre; çocukların %34.2'sinin kendine, %19.7'sinin başkasına zarar verme isteğinin olduğu görülmektedir. Kendine zarar vermek isteyen çocukların %76.2'sinin kendine kesi uyguladığı, %23.8'inin ise intihar etme isteğinin olduğu, %66.7'sinin başkalarını yaralamak ya da darp etmek, %33.3'ünün ise öldürme isteğinin olduğu saptanmıştır.

**Tablo 13: Çocukların Korku Yaşama, Korku Çeşidi ve Huzursuzluk Hissetme Durumuna Göre Dağılımı**

<b>Korku ve Huzursuzluk Durumu</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Korku Yaşama Durumu</b>		
Evet	65	41.7
Hayır	91	58.3
<b>Toplam</b>	156	100.0
<b>Korku Çeşidi*</b>		
Uzun süre cezaevinde kalma/ceza alma	12	26.1
Ailesini kaybetme/ailesine zarar gelmesi	8	17.4
Allah	6	13.0
Ruhani şeyler	3	6.5
Ani hareketler	1	2.2
Diğer**	20	43.5
<b>Toplam</b>	46	-
<b>Huzursuzluk Hissetme Durumu</b>		
Evet	61	39.4
Hayır	94	60.6
<b>Toplam</b>	155	100.0

\*Birden fazla cevap verildiği için yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

\*\*Tutanak yazılması, yalnız kalma, okul hayatının bitmesi, kavga, karanlık, yüksek, kurbağa, yılan, köpek, cehennem, ailesi, insanlar, sesler.

Çocukların korku yaşama, korku çeşidi ve huzursuzluk hissetme durumuna göre dağılımı tablo 13'te gösterilmektedir. Araştırmaya katılan çocukların %41.7'si korkularının olduğunu, korkusu olan çocukların %26.1'i cezaevinde uzun süre kalmaktan ve ceza almaktan, %17.4'ü ailesini kaybetmekten ve ailesine zarar

gelmesinden, %13'ü ise Allah'tan korktuğunu belirtmiştir. Tabloda ayrıca çocukların %39.4'ünün huzursuzluk hissettiği belirtilmektedir.

**Tablo 14: Çocukların Ruhsal ve Bilişsel Durumunu Değerlendirme, Yaşamın Anlamına ve Geleceğe İlişkin Düşüncelerinin Dağılımı**

<b>Ruhsal ve Bilişsel Durumu</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Hafızasını Değerlendirme Durumu</b>		
Çok kötü	18	11.4
Kötü	28	17.7
İyi	92	58.2
Çok iyi	20	12.7
<b>Toplam</b>	<b>158</b>	<b>100.0</b>
<b>Dikkat Toplamada Güçlük Çekme</b>		
Var	72	45.6
Yok	86	54.4
<b>Toplam</b>	<b>158</b>	<b>100.0</b>
<b>Öğrenme Güçlüğü Yaşama</b>		
Var	66	41.8
Yok	92	58.2
<b>Toplam</b>	<b>158</b>	<b>100.0</b>
<b>Ruhsal Durumunu Değerlendirme Biçimi</b>		
Kendimi ruhsal yönden iyi hissediyorum	61	38.6
Kendimi ruhsal yönden bazen iyi hissediyorum	45	28.5
Kendimi ruhsal yönden iyi hissetmiyorum	23	14.6
Fikrim yok	29	18.3
<b>Toplam</b>	<b>158</b>	<b>100.0</b>
<b>Kendini Değerli Bulma Durumu</b>		
Kendimi çok değerli bulurum	46	30.3
Kendimi değerli bulurum	82	53.9
Kendimi değersiz bulurum	24	15.8
<b>Toplam</b>	<b>152</b>	<b>100.0</b>
<b>Yaşamın Anlamına İlişkin Düşüncesi*</b>		
Aile	52	38.2
Sevdiklerim	14	10.3
Özgürlük	17	12.5
Anlamı yok	18	13.2
İş sahibi olmak	5	3.7
Evlenmek	2	1.5
İyi şeyler yapmak	12	8.8
Diğer**	42	30.9
<b>Toplam</b>	<b>136</b>	<b>-</b>

<b>Tablo 14'ün devamı</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Geleceğe İlişkin Düşüncesi*</b>		
Meslek /iş sahibi olmak istiyorum	116	75.3
Eğitimime devam etmek istiyorum	64	41.6
Diğer***	12	7.8
<b>Toplam</b>	<b>154</b>	<b>-</b>

\*Birden fazla cevap verildiği için yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

\*\*Güzellik, insanlar, mücadele etmek, sınav, umut, namus, şeref, eğlenmek, sevmek, düzenli yaşamak, huzur, adalet, mutluluk, inanç, aşk.

\*\*\*Evlenmek, intihar etmek.

Tablo 14'te araştırmaya katılan çocukların ruhsal ve bilişsel durumunu değerlendirme, yaşamın anlamına ve geleceğe ilişkin düşüncelerinin dağılımı verilmiştir. Çocukların %11.4'ü hafızasını çok kötü, %17.7'si kötü olarak değerlendirirken, %45.6'sının dikkat toplamada, %41.8'inin ise öğrenmede güçlük yaşadığı belirlenmiştir. Çalışmada ayrıca çocukların %38.6'sı kendini ruhsal yönden iyi hissettiğini, %28.5'i bazen iyi hissettiğini, %14.6'sı ise iyi hissetmediğini, %53.9'u kendini değerli bulduğunu, %15.8'i ise kendini değersiz bulduğunu ifade etmiştir. Katılımcılar yaşamın anlamını %38.2'si aile, %10.3'ü sevdiklerim, %12.5'i özgürlük olarak tanımlarken, %13.2'si ise yaşamın kendileri için bir anlamının olmadığını, geleceğe ilişkin düşüncesinde %41.6'sı eğitime devam etmek istediğini, %75.3'ü meslek ve iş sahibi olmak istediğini belirtmiştir.

**Tablo 15: Çocukların Ailesiyle ve Çevresiyle Olan İlişisini Değerlendirme Biçimine Göre Dağılımı**

<b>Ailesiyle ve Çevresiyle Olan İlişkileri</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Ailesiyle İlişkilerini Değerlendirme Biçimi</b>		
Kötü	6	3.8
Orta	30	19.2
İyi	55	35.3
Çok iyi	65	41.7
<b>Toplam</b>	<b>156</b>	<b>100.0</b>
<b>Ailesiyle Görüşme Durumu</b>		
Evet	134	84.8
Hayır	24	15.2
<b>Toplam</b>	<b>158</b>	<b>100.0</b>

<b>Tablo 15'in devamı</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Çevresindeki İnsanlarla İlişkilerini Değerlendirme Biçimi</b>		
Kötü	13	8.2
Orta	30	19.0
İyi	80	50.6
Çok iyi	35	22.2
<b>Toplam</b>	<b>158</b>	<b>100.0</b>
<b>Çevresinde Güvendiği Kişiler*</b>		
Ailesi	129	81.6
Kendisi	58	36.7
Arkadaşları	22	13.9
Hiçkimse	19	12.0
Kız arkadaşı	1	0.6
<b>Toplam</b>	<b>158</b>	<b>-</b>
<b>Cezaevinde Arkadaşının Olma Durumu</b>		
Var	140	89.2
Yok	17	10.8
<b>Toplam</b>	<b>157</b>	<b>100.0</b>
<b>Arkadaşlarıyla İlişkilerini Değerlendirme Biçimi</b>		
Kötü	8	5.1
Orta	25	15.8
İyi	89	56.3
Çok iyi	36	22.8
<b>Toplam</b>	<b>158</b>	<b>100.0</b>

\*Birden fazla cevap verildiği için yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

Araştırmaya katılan çocukların ailesiyle ve çevresiyle olan ilişkisini değerlendirme biçimine göre dağılımı tablo 15'te görülmektedir. Çocukların ailesiyle olan ilişkilerini %3.8'i kötü, %19.2'si orta, %35.3'ü iyi olarak değerlendirirken, %15.2'si ise ailesiyle görüşmediğini belirtmiş, %8.2'si çevresindeki insanlarla ilişkilerini kötü, %19'u orta, %50.6'sı iyi olarak değerlendirmiştir. Ayrıca çocukların %81.6'sı ailesine, %13.9'u arkadaşlarına, %36.7'si kendisine güvendiğini, %12'si ise kimseye güvenmediğini, %10.8'i cezaevinde hiç arkadaşının olmadığını belirtmiştir.

**Tablo 16: Araştırmaya Katılan Çocukların Yaşam Bulguları ve Beden Kitle İndekslerine Göre Dağılımı** **n:158**

<b>Yaşam Bulguları ve BKİ</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Ateş</b>		
Normal (36,4°C – 37 °C)	37	23.4
Yüksek	1	0.7
Düşük	120	75.9
<b>Sistolik Kan Basıncı</b>		
Normal (112-128 mmHg)	30	19.0
Yüksek	6	3.8
Düşük	122	77.2
<b>Diastolik Kan Basıncı</b>		
Normal (66-80 mmHg)	61	38.6
Yüksek	-	-
Düşük	97	61.4
<b>Nabız</b>		
Normal (60-100/dk)	158	100.0
Yüksek	-	-
Düşük	-	-
<b>Solunum Sayısı</b>		
Normal (12-16/dk)	56	35.4
Yüksek	102	64.6
Düşük	-	-
<b>Toplam</b>	<b>158</b>	<b>100.0</b>
<b>BKİ Percentil Değeri (kg/m<sup>2</sup>)</b>		
5>	-	-
5≤ - <15	16	10.1
15≤ - <25	11	7.0
25≤ - <50	43	27.2
50≤ - <75	47	29.7
75≤ - <85	24	15.2
85≤ - <95	13	8.2
95≤	4	2.5
<b>Toplam</b>	<b>158</b>	<b>100.0</b>

Tablo 16’da çocukların yaşam bulguları ve beden kitle indekslerine göre dağılımı verilmiştir. Tabloya göre; çocukların %23.4’ünün ateşinin normal, %0.7’sinin yüksek, %75.9’unun ise düşük olduğu görülmektedir. Çocukların kan basınçları incelendiğinde, %19’unun sistolik, %38.6’sının diastolik kan basınçlarının normal sınırlarda olduğu, %3.8’inin sistolik kan basıncının yüksek, %77.2’sinin sistolik kan basıncının düşük, %61.4’ünün ise diastolik kan basıncının düşük olduğu saptanmıştır. Çocukların tamamının nabızı normal sınırlarda, %64.6’sının solunum sayısı yüksek, %10.1’i 5≤percentil<15, %2.5’i 95 ve üzeri percentil değerinde bulunmuştur.

**Tablo 17: Araştırmaya Katılan Çocukların Sistemlere Göre Fizik Muayene Bulgularının Dağılımı** **n :158**

SİSTEMLER	Sorun var		Sorun yok	
	n	%	n	%
<b>DERİ</b>				
Sarı renk	3	1.9	155	98.1
Siyanotik (dudak, burun)	-	-	158	100.0
Solukluk	21	13.3	137	86.7
Kuru cilt	23	14.6	135	85.4
Turgorunda değişiklik	-	-	158	100.0
Çürük-ezik	1	0.6	157	99.4
Koku (yapıştırıcı madde)	-	-	158	100.0
Kaşıntı (mantar, uyuz hastalığı)	53	33.5	105	66.5
Hematom	3	1.9	155	98.1
Ekimoz	3	1.9	155	98.1
Skar dokusu (Kesi izi vb.)	123	77.8	35	22.2
<b>SAÇLI DERİ</b>				
Saç dökülmesi	40	25.3	118	74.7
Kellik	3	1.9	155	98.1
Bit-sirke	-	-	158	100.0
Kepeklenme	6	3.8	152	96.2
<b>TIRNAKLAR</b>				
Soluk	9	5.7	149	94.3
Siyanotik	-	-	158	100.0
Çomaklaşma	-	-	158	100.0
<b>BAŞ BOYUN</b>				
Yüzde ödem	-	-	158	100.0
Döküntü	9	5.7	149	94.3
Akne	71	44.9	87	55.1
Tonsillerde büyüme	-	-	158	100.0
<b>AĞIZ VE DİŞ</b>				
Ağızda kuruluk	3	1.9	155	98.1
Ağızda aft	10	6.3	148	93.7
Diş etlerinde kanama	43	27.2	115	72.8
Diş etlerinde çekilme	-	-	158	100.0
Diş etlerinde ödem	-	-	158	100.0
Şekil bozukluğu	39	24.7	119	75.3
Çürük diş (1-7 çürük diş)	111	70.3	47	29.7
Eksik diş sayısı (1-6 eksik diş)	56	35.4	102	64.6
Normal dil rengi görünümü	158	100.0	-	-

<b>Tablo 17'nin devamı</b>				
<b>SİSTEMLER</b>	<b>Sorun var</b>		<b>Sorun yok</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>SOLUNUM SİSTEMİ</b>				
Dispne	49	31.0	109	69.0
Öksürük	35	22.2	123	77.8
Balgam	53	33.5	105	66.5
Hemoptizi	8	5.1	150	94.9
<b>KARDİYOVASKÜLER SİSTEM</b>				
Boyun venlerinde dolgunluk	-	-	158	100.0
Çarpıntı	23	14.6	135	85.4
Baygınlık hissi	11	7.0	147	93.0
Göğüs ağrısı	30	19.0	128	81.0
<b>GASTROİNTESTİNAL SİSTEM</b>				
Karın ağrısı	24	15.2	134	84.8
Melena	-	-	158	100.0
Hematemez	-	-	158	100.0
Diyare	1	0.6	157	99.4
Distansiyon	-	-	158	100.0
Yanma-ekşime	61	38.6	97	61.4
Yutma güçlüğü	-	-	158	100.0
Bulantı kusma	1	0.6	157	99.4
Herni(umbilikal)	-	-	158	100.0
Konstipasyon	3	1.9	155	98.1
<b>SİNİR SİSTEMİ</b>				
Titreme	8	5.1	150	94.9
Motor kaybı	-	-	158	100.0
Kuvvet kaybı	29	18.4	129	81.6
Paraestezi	-	-	158	100.0
Denge bozukluğu	-	-	158	100.0
Baş dönmesi	13	8.2	145	91.8
<b>RUHSAL VE DUYGUSAL DURUM</b>				
Unutkanlık	97	61.4	61	38.6
Yer zaman kişi oryantasyonu	158	100.0	-	-
Heyecan	4	2.5	154	97.5
Uykulu durum	5	3.2	153	96.8
Kekemelik	2	1.3	156	98.7
Entürezis	8	5.1	150	94.9
Enkoprezis	-	-	158	100.0
Parmak emme	6	3.8	152	96.2
Tırnak yeme	53	33.5	105	66.5
Tik	45	28.5	113	71.5



<b>Tablo 17'nin devamı</b>				
<b>SİSTEMLER</b>	<b>Sorun var</b>		<b>Sorun yok</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>ÜREME VE ÜRİNER SİSTEM</b>				
İnmemiş testis	-	-	158	100.0
Hematüri	1	0.6	157	99.4
Yan ağrısı	2	1.3	156	98.7
İdrar yaparken ağrı	17	10.8	141	89.2
Zorla idrar yapma	19	12.0	139	88.0
Kum/taş düşürme	5	3.2	153	96.8
Akıntı	1	0.6	157	99.4
Herni(inguinal)	-	-	158	100.0
Testiste ağrı	2	1.3	156	98.7
<b>KAS İSKELET SİSTEMİ</b>				
Bel ağrısı	80	50.6	78	49.4
Kifoz	2	1.3	156	98.7
Skolyoz	14	8.9	144	91.1
Lordoz	-	-	158	100.0
Düz tabanlık	-	-	158	100.0
<b>DUYU ORGANLARI</b>				
<b>Göz</b>				
Görme kaybı	44	27.8	114	72.2
Şaşılık	-	-	158	100.0
Renk körlüğü	5	3.2	153	96.8
Ekzoftalmiya	-	-	158	100.0
Pitozis	-	-	158	100.0
Sarılık	-	-	158	100.0
Kızarıklık	6	3.8	152	96.2
Katarakt	-	-	158	100.0
Çapaklanma	6	3.8	152	96.2
Sulanma	58	36.7	100	63.3
Akıntı	19	12.0	139	88.0
<b>Kulak</b>				
İşitme sorunu	11	7.0	147	93.0
Kulakta ağrı	21	13.3	137	86.7
Kulakta kaşıntı	4	2.5	154	97.5
Kulakta akıntı	7	4.4	151	95.6
Kulakta şekil bozukluğu	1	0.6	157	99.4
<b>Burun</b>				
Burun kanaması	22	13.9	136	86.1
Deviasyon	36	22.8	122	77.2
Akıntı	4	2.5	154	97.5

Tablo 17’de araştırmaya katılan çocukların sistemlere göre fizik muayene bulgularının dağılımları verilmiştir. Çocukların deri muayenesinde; %1.9’unda sarı renk, %13.3’ünde solukluk, %14.6’sında kuru cilt, %0.6’sında çürük-ezik, %33.5’inde kaşıntı, %1.9’unda hematoma, %1.9’unda ekimoz, %77.8’inde skar dokusunun olduğu bulunmuştur. Ayrıca çalışmada çocukların %25.3’ünde saç dökülmesi, %1.9’unda kellik, %3.8’inde kepeklenme sorunu saptanırken, %5.7’sinin ise tırnaklarının soluk olduğu belirlenmiştir. Çocukların baş ve boyun fiziksel değerlendirmesinde; %5.7’sinde döküntü, %44.9’unda akne tespit edilmiştir. Ayrıca %1.9’unun ağız ve diş sağlığı değerlendirmesinde ağız kuruluğu, %6.3’ünde ağızda aft, %27.2’sinde diş eti kanaması, %24.7’sinde dişlerde Şekil bozukluğu, %70.3’ünde çürük diş, %35.4’ünde eksik dişe sahip oldukları bulunmuştur.

Çocukların solunum sistemi değerlendirmesinde; %31’inde dispne, %22.2’sinde öksürük, %33.5’inde balgam, %5.1’inde hemoptizi; kardiyovasküler sistem değerlendirmesinde; %14.6’sında çarpıntı, %7’sinde baygınlık hissi, %19’unda göğüs ağrısı; gastrointestinal sistem değerlendirmesinde; %15.2’sinde karın ağrısı, %0.6’sında diyare, %38.6’sında midede yanma, ekşime, %0.6’sında bulantı, kusma, %1.9’unda konstipasyon sorununun olduğu saptanmıştır. Sinir sistemi değerlendirmesinde, çocukların %5.1’inde titreme, %18.4’ünde kuvvet kaybı, %8.2’sinde baş dönmesi saptanırken, ruhsal ve duygusal durum değerlendirmesinde; %61.4’ünde unutkanlık, %2.5’inde heyecan, %3.2’sinde uykulu durum, %1.3’ünde kekemelik, %5.1’inde enürezis, %3.8’inde parmak emme, %33.5’inde tırnak yeme ve %28.5’inde ise tik gibi davranış sorunlarının olduğu tespit edilmiştir.

Çocukların üreme ve üriner sistem değerlendirmesinde; %0.6’sında hematüri, %1.3’ünde yan ağrısı, %10.8’inde idrar yaparken ağrı, %12’sinde zorla idrar yapma, %3.2’sinde kum, taş düşürme, %0.6’sında akıntı ve %1.3’ünde testiste ağrı olduğu saptanmıştır. Kas- iskelet sistemi değerlendirmesinde; %50.6’sında bel ağrısı, %1.3’ünde kifoz, %8.9’unda skolyoz, duyu organları değerlendirmesinde %27.8’inde görme kaybı, %3.2’sinde renk körlüğu, %3.8’inde gözlerde kızarıklık ve aynı oranda çapaklanma, %36.7’sinde gözlerde sulanma, %12’sinde gözlerde akıntı belirlenmiştir. Çocukların %7’sinde işitme sorunu, %13.3’ünde kulakta ağrı,

%2.5'inde kulakta kaşıntı, %4.4'ünde kulakta akıntı, %0.6'sında kulakta şekil bozukluğu olduğu, %13.9'unda burun kanaması, %22.8'inde deviasyon ve %2.5'inde ise burun akıntısı olduğu saptanmıştır.

## 5. TARTIŞMA

Bu bölümde, suça sürüklenen çocukların sağlık bakım gereksinimlerinin belirlenmesine yönelik araştırma sonucunda elde edilen bulgular doğrultusunda tartışmasına yer verilmiştir.

Araştırmaya katılan çocukların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımına bakıldığında, çocukların büyük çoğunluğunun (%89.8) 16-17 yaş grubunda olduğu görülmektedir (Tablo1). Ayar ve Öztürk (2015) ve Tunceroğlu (2015)'in yaptığı çalışmalarda da suça sürüklenen çocukların büyük bir çoğunluğunun 15 yaş ve üzerinde olduğu bulunmuştur. Benzer şekilde Akbaba (2011)'nin yaptığı çalışmada; en fazla 17 yaş grubunda bulunan çocukların suç işlediği ve bunu 16 yaş grubundaki çocukların izlediği saptanmıştır. Ergenlik dönemi; aile ile daha az, arkadaş gruplarıyla daha fazla zamanın geçirildiği, bir grup içine girme eğiliminin arttığı, karşılaşılan sorunlarla baş etmede ve öfkeyi kontrol etmede zorluklar yaşandığı, kurallara karşı çıkma, ani ve kesin kararlar alma, fevri hareket etme, kendini kanıtlama çabasının hakim olduğu bir dönemdir (Akbaba, 2011). Bu nedenle araştırmadaki çocukların daha çok 16 ve 17 yaş grubunda bulunması, ergenlik döneminin suç işleme eğilimini artıracak dönem özellikleri ile ilişkilendirilebilir.

Araştırmada çocukların cinsiyetine bakıldığında tamamının erkek olduğu dikkati çekmektedir (Tablo 1). T.C. Adalet Bakanlığı Ceza ve Tevkifevleri Genel Müdürlüğü'nün 2016 yılında yayınlamış olduğu istatistiklere göre; ceza infaz kurumlarındaki tutuklu ve hükümlü çocukların %97'si erkek, %3'ü ise kız çocuklarıdır (T.C. Adalet Bakanlığı Ceza ve Tevkifevleri Genel Müdürlüğü İstatistikleri, 2016). Özellikle; geleneksel toplum yapısında erkek çocukların kız çocuklarına oranla daha dışa dönük ve risk almaya yönelik yetiştirilmesi, ev dışında daha serbest olması ve üzerindeki aile denetiminin daha az olması, ekonomik

sorumluluğun erkeğin üzerine yüklenmesi ve kız çocuklarının ise daha korunmacı ve geleneksel yapıda yetiştirilmesi gibi faktörler erkek çocukların kızlara oranla daha fazla suça sürüklenmesine neden olabilmektedir. Bununla birlikte her ne kadar çalışma grubunda kız çocukları yer almasa da, sanayileşen toplumlarda kızların da çalışma yaşamına girmesiyle birlikte, kızlarda da suça sürüklenme oranlarında bir artışın olabileceğine vurgu yapılmaktadır (Şenses, 2010; Ağırötüren, 2006).

Çocukların medeni durumlarına bakıldığında ise, çocuklar arasında evli (%6.3) ve boşanmış (%0.7) çocukların olduğu görülmektedir (Tablo 1). Bu durum ise; suça sürüklenen çocukların daha henüz biyopsikososyal gelişimlerini ve eğitimlerini tamamlayamadan, ekonomik anlamda daha olgunlaşmadan evlilik gibi büyük bir yükümlülüğün altına girdiğini göstermektedir. Ülkemizde toplum baskısı, geleneksel ve dini inançlar, eğitimsizlik, mülkiyet unsuru gibi nedenlerle ortaya çıkan erken yaştaki evlilikler, uzun yıllardan beri var olmasına rağmen, toplumun çoğunluğu tarafından önemli bir sorun olarak görülmemektedir. Bilindiği gibi çocuk yaşta yapılan evlilikler çocukların eğitim, sağlık, yaşama ve gelişme hakkını ihlal etmekte (Anonim, TAPV, 2010), onların üstesinden gelemeyecekleri sorumluluk almalarına, beden ve ruh sağlıklarının olumsuz olarak etkilenmesine neden olabilmektedir. Bu nedenle suça sürüklenen çocuklar arasında erken yaşta yapılan evliliklerin önlenerek, çocukların sağlığının korunması ve geliştirilmesi amacıyla toplumun bu konudaki farkındalık düzeyinin arttırılmasında üreme sağlığına yönelik yapılacak çalışmalar önem kazanmaktadır.

Araştırmaya katılan çocukların 1/4'ünün parçalanmış, %20.3'ünün ise geniş aileden geldiği bulunmuştur (Tablo 1). Benzer konuda Şengül ve ark. (2012)'de yapmış olduğu çalışmada çocukların %28.1'i parçalanmış aileden, Teker (2010)'un yapmış olduğu çalışmada ise çocukların %22.7'sinin kalabalık bir aileden geldiği saptanmıştır. Literatüre göre; geniş ve kalabalık aile yapısı ebeveynlerin çocukların sevgi, koruma, ilgi ihtiyaçlarını karşılamakta zorlanmasına, ekonomik yetersizliklere, çocuğun erken yaşta çalışma ortamına girmesine, ebeveynin çocuk üzerindeki kontrolünün azalmasına, kendini ihmal edilmiş hisseden çocuğun yanlış arkadaş çevresi edinmesi gibi faktörler çocuğun suça sürüklenmesine neden olabilmektedir.

Ayrıca parçalanmış ailelerde de ailenin bir üyesinin, anne ya da babanın ya da her ikisinin birden ölüm, boşanma, terk, ayrılık nedenleriyle bir arada olmayışı ailenin çocuk üzerindeki sosyal kontrolünün azalmasına yol açmaktadır (Göç,2006, Çoğan,2006, İpek, 2010). Tüm bu faktörler göz önünde bulundurulduğunda, geniş ve parçalanmış aile yapısına sahip olan çocukların suç işlemeye yönelme ile ilgili önemli bir risk grubunda olduklarını düşündürmektedir.

Çalışmada çocukların yarıdan fazlasının (%67.9) üç ve daha fazla çocuklu aileden geldiği bulunmuştur (Tablo 1). İpek (2010)'in benzer konuda yaptığı çalışmada, çocukların %78.1'inin üç ve daha fazla kardeşe sahip olduğu ve ortalama kardeş sayısının dört olduğu bulunmuştur. Öter (2005), ailede çocuk sayısının fazla olması; kalabalık ailenin ekonomik yönden sıkıntı çekmesine, ebeveynlerin çocukların üzerindeki kontrolünün ve çocuklara ayrılan zamanın azalmasına bu nedenle çocukların ilgisiz ve sevgisiz büyümesine neden olması gibi durumların çocuğun suç işlemesi ile ilişkili olabileceğini belirtmektedir. Araştırmadaki çocukların ailesinde suç işleyen bireylerin çocuğa olan yakınlığına bakıldığında; birinci sırada %44.6 oranında kardeşin, %42.9 oranında babasının suç işlediği dikkati çekmektedir (Tablo 2). Tunceroğlu (2015) ve Öter (2005)'in yaptığı çalışmalarda da araştırmaya paralel olarak daha çok kardeş ve babanın suç işlediği bulunmuştur. Bu durum ailede suç işleyen bireyin bulunması durumunda sosyal öğrenme kuramının etkisiyle baba ya da kardeşin rol alınarak suç işlemenin öğrenilebileceğini ve suça sürüklenen çocuklar grubuna yeni bireylerin katılabileceğini göstermektedir.

Araştırmada çocukların %15.8'inin ilkokul, %24.1'inin ortaokul mezunu olduğu, %8.2'sinin okuryazar olmadığı ve yarıya yakınının öğrenim düzeyinin düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 1). Ayar ve Öztürk (2015)'de yaptığı çalışmada suça sürüklenen çocukların öğrenim düzeylerinin düşük olduğunu bulmuştur. Benzer şekilde Şengül ve ark (2012) ve Kunt (2003) eğitim durumunun suça yönelme üzerinde etkisine vurgu yapmaktadırlar. Okul, aileden edinilen kimliğin geliştirileceği, topluma uygunluk tanımlarının net olarak öğrenildiği ve çocuğun gelecek fikriyle tanıştığı bir yerdir. Ayrıca okul, toplumsal roller ve sorumluluklar nedeniyle çocuğa, ileride içinde yer alacağı bürokratik toplumun benzeri bir modelini

sunma ve model alma imkanı vermektedir (Kunt, 2003; Göç, 2006; Hatipoğlu, 2008). Tüm bu faktörler eğitimi tamamlayamayan ya da yarıda kesen çocukların sosyalleşmesinin yetersiz olacağını ve dolayısıyla toplumsal kuralara uymada sorun yaşayabileceğini, gelecek yaşamında kalifiye olmayan işlerde çalışabileceğini ve suç işleme potansiyellerinin olabileceğini göstermektedir. Ayrıca çalışmada çocukların büyük çoğunluğunun eğitime devam etmek istemesi istendik bir durum olup, yeterli eğitim, ekonomik imkanlar sağlandığı ve desteklendiği takdirde eğitimlerine devam etmelerinin çocukların sosyalleşmesine önemli katkı sağlayacağı ve tekrar suç işleme potansiyellerinin azalmasında etkili olabileceğini düşündürmektedir.

Araştırmaya göre; suça sürüklenen çocukların büyük çoğunluğunun (%88) bugüne kadar herhangi bir işte çalıştığı saptanmıştır (Tablo 1). Göcek (2009)'un yaptığı çalışmada çocukların %75.3'ünün, Tunceroğlu (2015)'nin çalışmasında ise %81'inin çalışma bulgusuna benzer ve yakın oranlarda daha önce herhangi bir işte çalıştığı bulunmuştur. Araştırmada çalışan çocukların en fazla 11-15 yaş grubunda, daha çok kalifiye olmayan işlerde, kendi isteğiyle ve ekonomik nedenlerle, işyeri ve sokak ortamında çalışmaya başladıkları belirlenmiştir (Tablo 1). Tunceroğlu (2015)'de yaptığı çalışmada suça sürüklenen çocukların çoğunlukla tekstil sektörü olmak üzere vasıfsız işçi olarak çalıştıklarını bulmuştur. Erken yaşta çalışma hayatına girme, aile kontrolünden ve denetiminden uzak kalan ve niteliksiz olarak her türlü işi yapan bu çocukların, sokakta pek çok riskle karşı karşıya kalmasına, sokak ortamında sapkın bireylerle ve suçlu kültürlerle temas etmesine, şiddet ve tacize uğramasına, mağdur olmasına ve suça sürüklenmesine neden olabilmektedir. Ayrıca bu durum; gelişim dönemindeki bu çocuklarda kas iskelet sistemi sorunlarına ve beslenme bozukluklarının oluşmasına, çocuğun madde bağımlılığı ve davranış bozukluğu gibi sapma davranışları göstermesine yol açabilmektedir. Diğer yandan yaşlıları okula giderken ya da oynarken hayatın bütün yükünü omuzlarında taşıyan bu çocukların, duygusal ya da bilişsel yönden tam ve sağlıklı olarak gelişmemesine, eğitim yoluyla kötü etkilere direnmeyi sağlayacak manevi desteklerden yoksun duruma düşmesine ve çeşitli ruhsal sağlık problemleri yaşamasına neden olabilmektedir (Demirhan, 2007; Kızmaz ve Bilgin, 2010; Akbaba, 2011; Önay, 2009).

Çalışmada çocukların büyük çoğunluğunun 5 ile 47 yıl arasında ceza aldıkları ve %31'inin 12 ay ve üzeri cezaevinde kaldığı, %38.6'sının ise daha önce cezaevinde yatma deneyiminin olduğu belirlenmiştir (Tablo 1). Çocukların ergenlik döneminde olduğu düşünüldüğünde; bu dönem kimlik gelişiminin olduğu, özgürlük ve bağımsızlık hissinin ön plana çıktığı bir dönemdir. Çocuğun bu dönemdeki sosyal izolasyonu, etkileşim halinde olması gereken toplumsal çevre sistemlerinden uzak olması, sürekli aynı, kapalı mekan içinde yaşamın tekdüze geçmesi, önemli bir yaşam kesitinde sürekli aynı kişilerle yüz yüze olma ve alternatif insan ilişkilerine sahip olma olanağının olmaması, insan kişiliğini besleyen geliştiren sanatsal, kültürel, sportif etkinliklerin, özel uğraş ve hobilerin ceza infaz kurumu koşullarıyla sınırlı olması, dış dünya ile iletişimin sınırlı olması (Harputlu, 2005), dönem itibariyle karşı cinsle olan ilişkilerin sürdürülmesinde kısıtlılıkların yaşanması, aile ve arkadaş çevresi gibi manevi destek sağlayıcı faktörlerden uzak kalmasının çocukların depresyon, psikoz, intihara eğilim gibi psikolojik sorunlar ve travma yaşamasına neden olabileceğini düşündürmektedir.

Araştırmada çocukların annelerinin 1/3'ünün ilkokul mezunu olduğu, %32.8'inin okuryazar olmadığı, babalarının ise %35.4'ünün ilkokul mezunu olduğu, %11'inin ise okuryazar olmadığı belirlenmiştir (Tablo 2). Teker (2010), Gönültaş (2009), Karabulut (2006) ve Sözer (2004)'ün yapmış olduğu çalışmalarda da suçta sürüklenen çocukların anne ve babalarının eğitim düzeyleri düşük bulunmuştur. Çocukların anne ve babalarının eğitim düzeyinin düşük olması, onların vasıfsız işlerde çalışmasına, bu da çocukların aile bütçesine katkı sağlamak amacıyla erken yaşta çalışmaya başlamalarına ve suç işleme potansiyelinin olduğu ortamlarla erken yaşta tanışmalarına yol açabilmektedir.

Araştırmada çocukların annelerinin çoğunluğunun ev hanımı, %11.8'inin işçi olduğu, babalarının ise yarısının işçi, %12'sinin işsiz olduğu belirlenmiştir (Tablo 2). Teker (2010), İpek (2010), Gönültaş (2009), Sözer (2004)'ün yapmış olduğu çalışmalarda da araştırmaya benzer olarak suçta sürüklenen çocukların annelerinin yarısından fazlasının ev hanımı, babaların ise işçi olduğu saptanmıştır. Bilindiği üzere, vasıfsız işçilik gelişmiş toplumlarda yeterli gelir ve sürekli çalışma imkanı

sağlayan bir özellik değildir ve aileler geçim stratejilerini olabildiğince çok hane üyesinin çalışması üzerine kurmaktadır. Özellikle kırdan kente göç eden ailelerde yaşanan ekonomik sorunların neticesinde, erkekler seyyar satıcılık ve inşaat işçiliği gibi vasıfsız işler yapmakta, üretimden koparak kırdan kente göç eden ve önceleri eve kapanan kadınlar ise daha sonra ailenin geçinimini sağlamak için çocuk bakıcılığı, ev temizliği gibi işler yapmakta, küçük çocuklar ise eğitimini yarıda bırakarak erken yaşta çalışma yaşamına girmektedir. Çalışmada bulgu olarak verilirse de Aldemir (2010) ve Göcek (2009)'un yapmış olduğu çalışmalarda suça sürüklenen çocukların yaklaşık  $\frac{3}{4}$ 'ünün düşük sosyoekonomik düzeye sahip ailelerden geldiği bulunmuştur. Ayrıca Dinler ve İçli (2009) çalışmasında yoksulluk ve işlenen suç arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit etmiştir. T.C. Adalet Bakanlığı'nın 2016 yılı istatistikleri incelendiğinde, suça sürüklenen çocukların en fazla (%34.8) hırsızlık suçunu işlediği görülmektedir (T.C. Adalet Bakanlığı Ceza ve Tevkifevleri Genel Müdürlüğü resmi web sayfası). Bu noktada hissedilen yoksulluk nedeniyle ihtiyaçları karşılanamayan çocukların, gayri meşru yollara başvurarak hırsızlık yaptığı ve suça sürüklendikleri düşünülmektedir.

Araştırmaya göre çocukların anne ve babalarının sosyal güvencesine bakıldığında ise, annelerinin %18.2'sinin sosyal güvencesinin SSK olduğu, %32.8'inin herhangi bir sosyal güvencesinin olmadığı, babalarının ise  $\frac{1}{4}$ 'ünün sosyal güvencesinin SSK iken, %24.3'ünün ise sosyal güvencesinin olmadığı görülmektedir (Tablo 2). Tunceroğlu (2015)'in yapmış olduğu çalışmada suça sürüklenen çocukların ailelerinin büyük bir kısmının (%76) sosyal güvencesinin olmadığını saptamıştır. Bu durum aile bireylerinin sağlığının korunması ve geliştirilmesinde, sağlık hizmetlerine ulaşmada ve kaliteli sağlık bakımı almada problemlerin yaşanabileceğini göstermektedir.

Çalışmada çocukların anne ve babalarına yakınlık derecesine bakıldığında; çoğunluğunun öz ve az bir oranının ise üvey anne ya da babaya sahip olduğu (sırasıyla %11.4, %4.4) bulunmuştur. Ayrıca çalışmada çocukların yarıdan fazlasının anne ve babası resmi nikahlı, az bir oranı (%4.5) resmi nikahı olmaksızın birliktelik yaşamakta, %5.7'sinin anne ve babası ise ayrı yaşamaktadır (Tablo 2). Aldemir



(2010), Kurtuluş ve ark. (2009)'un yapmış olduğu çalışmalarda da çocukların çoğunluğunun anne ve babalarının öz olduğu ve resmi nikahlı olarak beraber yaşadığı bulunmuştur. Bununla birlikte anne ve babanın resmi nikahlı olarak bir arada yaşamamasının ya da parçalanmış aile olarak ayrı yaşamalarının çocukların toplum tarafından dışlanmasına ve damgalanmalarına neden olabileceği, bu durumun ise ergenlik dönemindeki çocuğun özellikleri göz önünde bulundurulduğunda, çocuğun ruh sağlığı üzerinde olumsuz bir etki oluşturabileceği, dolayısıyla suç işleme potansiyelini artırabileceğini düşündürmektedir.

Araştırmada çocukların ailelerinin yarısının şu anda bulunduğu yerleşim yerine, en fazla ekonomik nedenlerle ve %13.3'ünün kan davası nedeniyle göç ettiği belirlenmiştir (Tablo 2). Yapılan çalışmalarda suça sürüklenen çocukların ailelerinin göç etme durumları incelendiğinde; Göcek (2009)'un İstanbul'da yaptığı çalışmaya göre %75'inin, Gönültaş (2009) 'un Adana'da yaptığı çalışmada ise %53.8'inin bulunduğu yere göç ile geldiği saptanmıştır. Sanayileşmenin etkisiyle kırsal kesimden kentsel kesime göçlerin artması beraberinde ekonomik sorunları, çarpık kentleşmeyi, konut yetersizliği ve gecekondu sorunlarını getirmektedir. Gecekondu sorunları ise; aile yaşamının iç içe oluşu, aile içi kalabalık nüfus nedeniyle bir odada gereğinden çok kişinin yaşaması, kavga, üzüntünün çok olması, çocuğun kendisine ait dinlenebileceği, hayal gücünü ve düşünmesini geliştirebileceği oyunlar oynayabileceği bir odadan mahrum olması, çocuğun aile içi cinsel ilişkilere tanıklık etmesi gibi durumlarla yüz yüze kalabileceğini (Demirhan, 2007; Güney, 2008), hatta ensest ilişkilere maruz kalabileceğini, dolayısıyla çocukların hem beden hem de ruh sağlığını olumsuz olarak etkileyebilecek birtakım sağlık sorunları ile karşılaşabileceğini düşündürmektedir.

Araştırmaya katılan çocukların sağlık durumuna ilişkin bulgular tablo 3 'te verilmiştir. Araştırmada çocuklar sağlık durumunu; %57.1'i kendini sağlıklı, %25.6'sı kısmen sağlıklı olarak değerlendirirken, %17.3'ünün ise kendini sağlıklı bulmadığı görülmektedir (Tablo 3). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ye göre sağlık; sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, sosyal ve mental yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlanmaktadır. Bunun yanı sıra sağlık kavramı objektif ve

subjektif olarak ele alınan bir kavram olmakla birlikte, subjektif sağlık, bireyin kendisini fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden sağlıklı hissetmesi anlamını taşımaktadır (Biol, 2010). Bununla birlikte sağlık hastalık kavramı bireylerin içinde bulunduğu kültürel özelliklerden etkilenmekte, bu kavramlar toplumlara göre farklılıklar göstermektedir. Özellikle çocukların yarıya yakınının kendini sağlıklı bulmaması ve kısmen sağlıklı olarak değerlendirmesinin önemli olduğu, çocukların bu anlamda yakından takip edilmeleri gerektiği düşünülmektedir.

Araştırmaya göre çocukların %35.3'ü sağlık sorununun olduğunu ifade ederken, çocuklarda sırasıyla en fazla dispne (%11.6), balgam (%7), göğüs ağrısı (%7), burun kanaması (%4,7) ve %2.3 oranlarıyla baş ve diş ağrısı sorunlarının olduğu görülmektedir (Tablo 3). Çocukların %34.2'sinin herhangi bir hastalık geçirdiği, hastalık geçiren çocukların ise sırasıyla en fazla solunum sistemi (%54.8), kardiyovasküler sistem (%14.3), çocukluk çağı hastalıkları (%14.3), dermatolojik hastalıklar (%4.8), sinir sistemi (%4.8), sindirim sistemi (%2.4) ve ürogenital sistem hastalıkları (%2.4) geçirdiği saptanmıştır. Çalışmada ayrıca altı çocuk kronik bir hastalığının olduğunu ifade etmiş olup, dört çocukta kalp, bir çocukta ise Akdeniz Ateşi hastalığı olduğu belirlenmiştir. Bir çocuk ise kronik hastalık çeşidine cevap vermemiştir. Gönültaş (2009)'un yaptığı bir çalışmada ise suça sürüklenen çocukların %1,5'inde tanısı konmuş bir hastalığın olduğu ve bunların ise genel olarak beyinsel, kalp, astım ve bedensel engellilik gibi sağlık sorunları bulunmuştur. Bu veriler doğrultusunda ceza infaz kurumundaki sağlık sorunu ve herhangi bir hastalığı, kronik hastalığı saptanan çocukların fiziksel, mental, duygusal, sosyal ve spiritüel boyutlarda sağlığının korunması ve geliştirilmesi için, ceza infaz kurumlarında sağlıklı ve güvenli bir çevrenin oluşturulabilmesi için, birincil, ikincil ve üçüncül koruma düzeyinde verilecek olan halk sağlığı hizmetlerinin etkinliği önemlidir. Bu nedenle birincil koruma düzeyinde; çocuklarda hastalık odaklı risklerin ve bulaşıcı hastalıkların azaltılması, bağışıklığın sağlanması, ağız ve diş sağlığı, ayrıca sigara, alkol, ve madde bağımlılığı ile ilgili eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin yürütülmesi, ikincil koruma düzeyinde; erken tanı ve tedavi hizmetleri kapsamında risk faktörlerinin tanınması, bulaşıcı ve kronik hastalıklara yönelik tarama ve izlem çalışmalarının yürütülmesi, maliyet etkin test, tedavi ve

danışmanlığın yerleştirilmesi, üçüncül koruma düzeyinde; rehabilitasyon hizmetleri kapsamında ise kronik hastalığı olan çocukların yeni durumuna uyumunun sağlanmasının çocukların sağlığının korunması ve geliştirilmesinde önemli bir yer tutması nedeniyle, bu doğrultuda sağlık bakım hizmetlerinin planlanmasını ve uygulanmasını gerekli kılmaktadır.

Araştırmaya katılan çocukların %11.4'ünün alerjisinin olduğu, çocuklarda en fazla sırasıyla göz (%30.8), solunum yolu (%23.1), deri (%15.4) ye ilişkin alerjik bulguların olduğu, ayrıca çocukların besin (%23.1) ve ilaç alerjisine (%15.4) sahip oldukları saptanmıştır (Tablo 3). Doğada bulunan polen, ev tozu, kedi köpek tüyü, bazı besin ve ilaç içerikleri gibi maddeler alerjen özellikte olabilmekte ve alerjik astım, alerjik rinit, alerjik konjunktivit ve alerjik dermatit gibi hastalıklara yol açabilmektedir. Bu hastalıklardan korunmanın en etkili yolu ise, alerjen etkenlerden kaçınmak ve korunmaktır (Uludağ Üniversitesi Sağlık Kuruluşları, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, 2007). Bu sebeple ceza infaz kurumundaki çocukların alerjik hastalıklardan korunması için; çocuklarda alerjen etkilerin belirlenmesi, bu etkenlere karşı, özellikle ilaç ve besin alerjilerine yönelik çocuğun ve kurumun bilinçlendirilmesinin önemli olduğu unutulmamalıdır. Ceza infaz kurumunda kalan çocukların kalabalık ve kapalı ortamda bulunmaları, özellikle bazı çocukların koşullarda kuş beslediğini ifade etmeleri alerjik durumu olan çocukların daha fazla etkilenebileceğini, dolayısıyla sağlıklarının daha kötüye gidebileceğini düşündürmektedir.

Araştırmada çocukların %68inin daha önce kaza geçirdiği ve yaralandığı, daha önce kaza geçiren ve yaralanan çocukların en çok motor kazası (%51.6) ve araba kazası/çarpması (%31.2) geçirdiği ve bir çocuğun doğuştan fiziksel engelinin olduğu bulunmuştur (Tablo 3). Bunun nedeninin ise, çocuklarda ergenlik döneminden kaynaklanan bağımsızlık duygusu, hız, macera tutkusu ve serüven isteği ile göstermiş olduğu güvensiz hareketler ve davranışlar olduğu düşünülebilir. Ayrıca bunların yanı sıra, çocuklarda kırık, çıkık, yüksekte düşme, kesik, bıçaklanma, silahla yaralanma, darp, köpek ısırması, bisikletten düşme ve bisiklet çarpması gibi kaza ve yaralanmaların da olduğu saptanmıştır. Çalışma bulgularına bakıldığında,

çocukların önemli bir kısmı kaza geçirmekte ve yaralanmaktadır. Çocukların ergenlik döneminde olduğu düşünüldüğünde bu yaş döneminde büyüme ve gelişmeye bağlı olarak hareketleri koordine etmede yaşadığı sorunlara bağlı olarak kaza ve yaralanmalara daha yatkın olduğu unutulmamalıdır. Bu durum suça sürüklenen çocukların kaldığı ortamlarda gelişim dönemlerine uygun gerekli çevresel düzenlemelerin yapılmasını ve çocuklara kazalar ve kazalardan korunmaya ilişkin eğitimlerin planlanmasının gerekli olduğunu göstermektedir.

Araştırmada çocukların, %29.7'si ağrısının olduğunu, ağrısı olan çocukların ise; sırasıyla daha çok bel ağrısı, ekstremitte ağrısı, diş ağrısı, baş ağrısı yaşadığı, çocukların bunların yanı sıra, kulak, böbrek, boyun, göğüs, sırt, mide, karın ve göz ağrısı probleminin olduğu saptanmıştır (Tablo 4). Çocukların ağrıyla baş edebilmek için en çok sırasıyla ağrı kesici ilaç kullandığı, istirahat ettiği, masaj yaptığı, bunların yanı sıra ise; spor yaptığı, duş aldığı, sohbet ettiği ve duvara yaslandığı bulunmuştur. Özellikle büyüme döneminde ergenler kas iskelet sisteminde gelişmelere bağlı olarak büyüme ağrılarının yanında ergonomik olmayan yatak ve mobilya kullanımı çocuklarda bel ağrısına sebep olabilmektedir. Bu anlamda var olan ağrılarının nedenlerinin tespit edilmesi için erken tanı için taramaların yapılması, ayrıca çocuklara vücut mekanikleri, akılcı ilaç kullanımı ve ağrı ile etkili baş etme yöntemleri konusunda eğitim yapılmasının önemli olduğu düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan çocukların çoğunluğunun sigara, alkol, yarıdan fazlasının esrar, kokain, 1/3'ünün uçucu madde ve %18.4'ünün ise diğer bağımlılık yapıcı maddeleri kullandığı saptanmıştır (Tablo 5). Suça sürüklenen çocuklarla ilgili yapılan çalışmalarda çocuklar arasında sigara, alkol ve madde kullanımının yaygın olduğu tespit edilmiştir (Ayar ve Öztürk, 2015; Tunceroğlu,2015; Şenses, 2010; Gönültaş 2009, Göcek,2009; Ögel ve Aksoy, 2007; Öter, 2005, Sözer 2004). Ögel ve Aksoy (2007) suça sürüklenen çocukların %32.8'inin suç işlerken madde etkisi altında suç işlediğini belirtmektedir. Literatürde çocuklarda bağımlılık oranının yüksek olmasının nedeni; kaçak sigara, uyuşturucu vb. gibi bağımlılık yapan maddelerin kolay ulaşılabilir olması ve çocukların aile yapısı, aile içindeki sağlıklı ilişkiler, ailelerin sosyo-ekonomik statüsü, çevrelerinde model aldıkları kişilerde

özellikle sigara kullanımının yoğun olması, sözde keyif verdiklerini düşündükleri maddelere olan merak duygusuna bağlanmaktadır (Şenses, 2010). Ayrıca çocukların kaldıkları koşullarda kalabalık ve akran gruplarıyla birlikte yaşamalarına bağlı olarak birbiriyle etkileşimde bulunmalarının sigara, alkol ve diğer bağımlılık yapıcı maddeleri kullanmalarında etkili olduğu söylenebilir. Her ne kadar yasal olarak 18 yaş altı çocuklara tütün mamulleri ve alkollü içkilerin toptan ve perakende satışı yasak olmasına rağmen, gözlemlere göre denetimin yetersiz olması çocukların yaşadığı mekanlara yakın yerlerde bu maddelerin satışlarının yapılması gibi nedenler çocukların bu maddelere ulaşımını kolaylaştırmaktadır. Özellikle çocukların içinde buldukları duruma bağlı olarak yaşadıkları güçlükler ve stresle baş edebilmek için bu maddeleri kullandıkları düşünülmektedir. Ayrıca çalışma sırasında çocukların bu maddelere ulaşmak için kendilerine zarar verecek şekilde yöntemler kullandıkları (kesici cisimle kendini yaralama vb. ) sevk alarak kurum dışına çıkmaya çalıştıkları öğrenilmiştir. Bu anlamda bu gruba yönelik hizmet veren personel ile güvenin zedelenmesine bağlı olarak, kurum personeli tarafından konunun ciddiyeti anlaşılamayacağından gerçek sağlık sorunu yaşamaları durumunda sağlık hizmetlerinin zamanında yararlanamayacağı için sağlık durumunun olumsuz olarak etkileneceği unutulmamalıdır. Diğer maddelere geçişte sigara kullanımı önemli bir basamak olup, kullanılan bu maddeler çocukların hayati organlarına zarar vermekle birlikte, geri dönüşsüz tahribatlara sebep olmakta, dolayısıyla var olan sağlık durumlarının daha kötüye gidebileceğini ve kullanılan bu maddelerin çocukların suça yatkınlığının artmasında önemli etkisinin olabileceğini göstermektedir. Bu sebeple sigara, alkol ve madde bağımlılığına yönelik danışmanlık ve planlı eğitimlerin yapılması ve kurum içi denetimlerin artırılması önemlidir.

Çocukların soy geçmişinde en fazla sırasıyla hipertansiyon (%20.3), diyabet (%19.6), kalp hastalığı (%17.9), böbrek hastalığı (%12.8), kanser (%8.5), epilepsi (%4.5), tüberküloz (%3.2), hepatit (%3.2), Alzheimer hastalığı (%0.6) saptanmıştır (Tablo 6). Yapılan çalışmalarda; suça sürüklenen çocukların soy geçmişinde hipertansiyon, migren, diyabet, böbrek, sinir, astım, kanser, bel fıtığı hastalıklarının (Teker, 2010), mental ya da fiziksel olarak kronik probleminin olduğu tespit edilirken (Tunceroğlu,2015), benzer şekilde Gönültaş'ın (2009) yaptığı çalışmada

çocukların soy geçmişinde diyabet, tansiyon, böbrek yetmezliği, kalp yetmezliği, psikiyatrik ve fiziksel rahatsızlıklar şeklinde tanısı konmuş hastalıkların bulunduğu belirlenmiştir. Bu noktada suça sürüklenen çocukların bu hastalıklara yönelik erken tanı ve tedavilerinin gerçekleştirilebilmesi için taramaların yapılması, kronik hastalıklar ve kronik hastalıklardan korunmaya ilişkin bilgilendirilmesi oldukça önemlidir.

Araştırmada çocukların %15.1'i günde 3 öğünden az beslenmekte olup, %22.1'inin ise kahvaltı yapmadığı, yarısından fazlasının ise 10 bardak ve daha az su tükettiği belirlenmiştir (Tablo 7). Ergenlik dönemi büyüme ve gelişmenin en hızlı olduğu dönemdir. Bu dönemdeki hızlı büyüme ve gelişme, vücudun enerji ve besin öğelerine olan ihtiyacını, dolayısıyla ergenlerin ek kalori, protein, kalsiyum, demir ve suya olan gereksinimini artırmaktadır. Besin öğelerine ihtiyaçtaki bu artış ihtiyaçların karşılanmasında düzensiz öğün, öğün aralarındaki atıştırma, fast-food beslenme ve öğün atlama gibi sorunları da beraberinde getirmektedir. En çok atlanan öğün ise en önemli öğün olan sabah kahvaltısıdır. Bu sorunlar, ergenlerde dikkat bozukluğuna, algıda azalmaya, öğrenme güçlüklerine ve davranış bozukluklarına neden olabilmektedir. Yeterli ve dengeli olmayan bir beslenme alışkanlığı ayrıca ergenlerde, zayıflık, obezite, metabolik sendrom, avitaminozlar, anemi, basit guatr, diş çürükleri, osteoporoz, hiperlipidemi, cinsel gelişimde gecikme, kalp damar hastalıkları, kanser ve diğer kronik hastalıkların oluşmasına da zemin hazırlayabilmektedir (Baltacı ve ark., 2006; Erkan, 2008; Kılınç ve Çağdaş, 2012). Bu sebeple bu gruba yönelik, yeterli ve dengeli beslenmelerine yönelik düzenli ve planlı eğitimler yapılmasının gerekli olduğu düşünülmektedir.

Araştırmaya göre çocukların %61.6'sı günde 5'den daha az idrara çıkmakta, %23.1'i idrar yaparken yanma hissetmektedir (Tablo 8). Bu noktada, idrar yaparken yanma hissetmenin, bir üriner sistem enfeksiyonu varlığı göstergesi olabileceği söylenebilir. Bununla ilgili olarak semptom gösteren çocukların tanı ve tedavisi için gerekli sağlık hizmetlerinin planlanması, el hijyeni, vücut hijyeni, su tüketimi gibi üriner sistem enfeksiyonlarından korunmaya ilgili planlı eğitimler yapılmasının gerekli olduğunu göstermektedir.

Araştırmada ayrıca çocukların %16.5'inin idrarını tutmada zorluk çektiği, %6.4'ünün ise geceleri idrar kaçırdığı saptanmıştır (Tablo 8). Çocuklarda idrar tutmada zorluk çekme ve idrar kaçırmada; mesane kapasitesi ve sfinkterlerin fizyolojisinin etkili olabileceği gibi; ailede ölüm, boşanma, göç, travmatik yaşam, çocuk ihmal ve istismarı gibi stres dolu yaşam olaylarının ve olumsuz ebeveyn çocuk ilişkisi, baskıcı yöntemler ve ebeveynlerde ruhsal bozuklukların olması da çocuklarda regresif semptomların gelişmesine ve enürezise neden olabilmektedir (Küçük, 2009). Bu nedenle enürezisi olan çocuğun tedavisinde, hem fizyolojik ve ürolojik anlamda tetkiklerinin ve tıbbi tedavisinin yapılması, hem de psikiyatrik anlamda gerekli terapötik görüşmelerin yapılmasının önemli olduğu düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan çocukların yarısından fazlası, uyku sorunu yaşadığını uyku sorunu yaşayanların en çok uykuya dalmada güçlük yaşadığı, uykudan erken uyandığı ve kabus gördüğü saptanmıştır (Tablo 9). Bunun nedeni fizyolojik sorunlara bağlı olabileceği gibi, çocukların aile ortamından ayrı olması, dönem itibarıyla bağımsızlık duygularının ön plana çıktığı böyle bir dönemde kurumun bakımı altında olmasına bağlı olarak özgürlüğünün kısıtlandığı hissi, kalabalık ortamda bulunmaları, kültürel farklılıkların olması, işlediği suça bağlı kendini damgalanmış hissetmesi ve gelecek kaygılarının olmasına bağlı olarak yaşadığı sorunlar ile açıklanabilir.

Araştırmaya katılan çocukların hijyenik uygulamalarına ilişkin değerlendirmeleri yapıldığında; çocukların çoğunluğunun yemekten önce ve sonra, tualete girdikten sonra, sabah uyandıktan sonra, bununla birlikte sadece %20.9'unun tualete girmeden önce, yarıdan fazlasının aklına geldikçe ellerini yıkadığı, %6.3'ünün el yıkama materyali olarak sadece su kullandığı bulunmuştur (Tablo 10). El hijyeni mikroorganizmaların yayılmasını engelleyen, kişisel sağlığın ve toplum sağlığının korunmasında en basit ve etkili yöntemlerden biridir (Anonim, MEB, 2012). Özellikle ceza infaz kurumu gibi kapalı ve kalabalık ortamlar bulaşıcı hastalıkların yayılımında önemli bir rol oynamaktadır. Bireyler hastalıklardan

korunmak ve vücut temizliğini sürdürmek için hijyenle ilgili sorumluluklarını yerine getirmelidir. Kişisel temizlik alışkanlıkları, mikrobik, paraziter hastalıklar, mantar ve soğuk algınlığı gibi pek çok hastalığın oluşmasını engellemektedir. Bu nedenle ceza infaz kurumundaki çocuklara el hijyeni ile ilgili eğitim vermenin, sabun kullanmanın, el yıkama alışkanlığı kazandırmanın, bulaşıcı hastalıkların geçişinin önlenmesi ve kişilik gelişiminin gerçekleştiği bu dönemde hijyenik uygulamalarla ilgili olumlu tutum ve davranışlarının kazandırılmasında önemli olduğu söylenebilir. Araştırmada çocukların çoğunluğu sabah kalkınca yüzünü yıkadığı, beş çocuğun ise yüzünü hiç yıkamadığı belirlenmiştir. Vücutta çok sıklıkla kirlenen ve kötü görüntüler yaratabilen yüz ve boyun kısımları; devamlı temiz tutulması ve her gün akşam yatmadan önce ve sabah kalkıldığında, yüzün yıkanması gerekmektedir (Anonim, MEB, 2012). Bilindiği gibi yüz temizliği günlük temizliğin bir parçası olup, düzenli yapılan bir temizlik bireyin güne rahat ve dinç başlamasına, kendine olan güveninin artmasına neden olmakta ve bireyin beden ve ruh sağlığının sürdürülmesine katkıda bulunmaktadır.

Kişisel bakımda bir diğer önemli nokta ise ağız ve diş bakımındır. Araştırmada çocukların büyük çoğunluğu dişlerini fırçalamakla beraber, %13.9'u ise dişlerini fırçalamamaktadır. Çocukların diş fırçalama sıklığına bakıldığında ise; sadece %47'sinin günde 2-3 kez dişlerini fırçaladığı, %10.7'sinin diş fırçasını hiç değiştirmedeği ve ayrıca %5.1'inin ise diş fırçasına sahip olmadığı tespit edilmiştir (Tablo 10).

Ağız ve diş sağlığı uygulamalarındaki eksiklikler, sağlığın bozulmasına ayrıca ağız ve diş hastalıklarına neden olmakta, yaşamı tehdit edici olarak görülmemekle beraber yaygın enfeksiyonlara sebep olması yönünden dünyanın en önemli sağlık sorunlarından biri olarak ele alınmaktadır. Özellikle ağzın yumuşak ve sert dokularını ilgilendiren bozukluklar meydana gelerek sinüzit, endokardit, miyokardit, nefrit gibi birçok kronik hastalığa yol açabilmektedir. Ayrıca ağız hijyeni, bireyin benlik saygısını, konuşmasını, beslenmesini ve genel olarak kendisini iyi hissetmesini doğrudan etkilemektedir (Anonim, MEB, 2012). Bu nedenle çocuklara, ağız ve diş sağlığının korunmasına yönelik eğitimlerin planlanmasının, ağız ve diş



sağlığı uygulamalarının pekiştirilmesinin, ağız ve diş sağlığına yönelik taramaların yapılmasının önemli olacağı düşünülmektedir.

Çalışma grubunda yer alan çocukların her ne kadar tablo 10'da önemli bir oranının banyo yapma, ayaklarını yıkama, tüy temizliği, tırnak kesme, perine bölgesi temizliği çamaşır değiştirme ve saç tarama gibi hijyenik uygulamalara dikkat ettiği saptansa da; 1 kişinin ayda 1 kez banyo yaptığı, yaklaşık  $\frac{1}{4}$ 'ünün banyodan banyoya ayaklarını yıkadığı, %1.3'ünün banyo dışında ayaklarını hiç yıkamadığı, %20.9'unun tırnaklarını yediği, %3.2'sinin tırnaklarını hiç kesmediği, %12.7'sinin idrar yaptığı bölgeyi, 3 kişinin gaita yaptığı bölgeyi temizlemediği, az bir oranının iç çamaşır ve kıyafetlerini ara sıra değiştirdiği, %34'ünün saçlarını hiç taramadığı belirlenmiştir (Tablo 10). Bu veriler doğrultusunda çocukların genel olarak vücut hijyenine dikkat ettiği, bunun nedeninin ise ergenlik dönemindeki beden imajı algısının ve çocukların boş zamanlarını kendi vücut hijyenleri için kullanmak istemiş olmasından kaynaklanabileceği düşünülebilir. Her ne kadar çalışmada çocukların çoğunluğu hijyenik uygulamaları yerine getirdiğini ifade etse de azımsanmayacak oranda çocuğun genel hijyenik uygulamaları yerine getirme ile ilgili sorununun olduğu görülmektedir. Çocukların içinde buldukları dönem düşünüldüğünde, sağlıklarının korunması ve geliştirilmesi amacıyla var olan olumlu hijyenik uygulamalarının pekiştirilmesinin, yanlış ya da eksik olarak yaptığı hijyenik uygulamalara yönelik planlı eğitim ve düzenlemelerin yapılmasının gerekli olduğunu göstermektedir. Ayrıca çocukların ifadelerine göre tüy temizliği için hafta 1 kez verilen tek kullanımlık jiletlerin kullanımı sırasında kendilerine ve başkalarına zarar verebileceği riski göz önünde bulundurularak, bu anlamda çocukların kendine ve çevresindeki bireylere zarar vermemesi için kontrol ve denetimi sağlanmalıdır.

Çocukların yarıdan fazlası boş zamanlarında spor yaptığını, müzik dinlediğini, kursa katıldığını, yarıya yakını kitap, gazete okuduğunu, %11,5'i bilgisayar oyunları oynadığını belirtmektedir (Tablo 11). Bilindiği gibi boş zamanlar, bireylerin çalışma ve diğer görevlerinden sonra özgür olarak dinlendiği, eğlendiği, toplumsal başarı ve toplumsal gelişimi için kullandığı zamandır. Boş zamanların etkili bir şekilde değerlendirilmesi, kötü alışkanlıklar varsa bunların önlenmesi açısından önemlidir.

Ayrıca Çoğan (2006)'ın aktardığı üzere iyi düzenlenmemiş boş zamanlar suç işleme fırsatı meydana getirerek, çocuğun anti-sosyal davranışlar göstermesine ve suç işlemesine neden olmaktadır. Bu anlamda ceza infaz kurumları kurumda kalan çocukların boş zamanlarını etkili bir şekilde değerlendirebilmesi ve kullanabilmesi için uygun ortamları hazırlamalı ve gerekli çevresel düzenlemeleri yapmalıdır.

Araştırma sonucunda çocukların çoğunluğunun sırasıyla; arkadaşlarıyla, cezaevinde olma, ailesiyle görüşememe, mahkeme günü, ekonomik sorunlar ve cezaevi personeliyle yaşadığı sorunlar nedeniyle stres yaşadığı saptanmıştır. Stres yaşayan çocukların ise; sabretmeye çalışarak (%18.5), düşünmemeye çalışarak (%18.5), arkadaşlarıyla sohbet ederek, oyun oynayarak (%7.6), kendine (%9.8), başkasına (%3.3), eşyalara zarar vererek (%5.4) ve dini aktivitelerde bulunarak (%7.6) stresle baş etmeye çalıştığı belirlenmiştir (Tablo 12). Ergenlik dönemi duygusal iniş çıkışların çok ani, derin, anksiyete ve stresin çok yoğun yaşandığı bir dönemdir. Ve ergenlik döneminin bir diğer özelliği ise; ergenin stresini ve anksiyetesini kontrol etme problemi yaşamasıdır (Öztürk, 2008). Bu nedenle çocuklarla bireysel ve grup terapileri yapılarak, öfkeye neden olan faktörler birlikte belirlenerek, çocuklara kendi davranışlarını izleme konusunda olumlu davranış kazandırmalı, çocuklara düzenli öfke kontrolü, stresle baş etme yöntemleri hakkında eğitimler verilerek öfke ve stres kontrol teknikleri geliştirilmesi ve danışmanlık yapılmasının önemli olduğu belirtilmektedir (Anonim, İzmir Çocuk ve Gençlik Kapalı Ceza İnfaz Kurumu Raporu, 2013).

Ayrıca araştırma verilerine bakıldığında, çocukların %34.2'sinin kendine zarar verme isteğinin olduğu, kendine zarar vermek isteyen çocukların çoğunluğunun kendine kesi uyguladığı, yaklaşık ¼'ünün intihar etme isteğinin olduğu, başkalarına zarar verme isteği olan çocukların ise yarıdan fazlasının başkalarını yaralamak ya da darp etmek, %33.3'ünün öldürme isteğinin olduğu belirlenmiştir (Tablo 12). Literatüre göre eğer ergen yaşadığı stres ve öfke sonucu; eşyaya zarar verme, çevresindeki insanlara zarar verme hatta kendine zarar verme girişiminde bulunuyorsa bu ciddi bir sorun ve psikopatolojik belirti olarak ele alınmaktadır. Ve özellikle kendine zarar verme, psikopatolojinin en riskli davranışlarından biri olarak

düşünülmektedir. Bu zarar verme elini kolunu çizme ya da intihara teşebbüs etme şeklinde olabilmektedir (Öztürk, 2008). Her ne kadar Güven ve Güçray (2009) Türkiye’de kızların erkeklere göre daha yüksek oranda intihar girişiminde bulunduğunu belirtirken, intiharı gerçekleştirme oranında ise erkeklerin kızlara göre daha fazla risk altında olduğunu belirtmektedir (Güven ve Güçray, 2009). Bu noktada araştırma kapsamındaki çocukların tamamının erkek olduğu göz önünde bulundurulduğunda intihar etme isteği olan çocukların intiharı gerçekleştirme anlamında risk altında olduğunu, ruh sağlığı yönünden değerlendirilmesi ve var olan sorunlarına yönelik tedavi ve izlemlerin yapılması gerekmektedir.

Araştırmaya katılan çocukların yarıya yakını korkularının olduğunu, korkusu olan çocukların ise; cezaevinde uzun süre kalmaktan ve ceza almaktan, ailesini kaybetmekten ve ailesine zarar gelmesinden korktuğunu ifade etmektedir (Tablo 13). Ayrıca çocukların yalnızca %38.6’sı kendini ruhsal yönden iyi hissederken, %28.5’inin bazen iyi hissettiği, %14.6’sı kendini ruhsal yönden iyi hissetmediğini belirtmiştir (Tablo14). Bu verilerden de anlaşılacağı üzere, ceza infaz kurumundaki çocuklar ciddi psikolojik sorunlar ve korkular yaşamakta bu noktada, çocukların gerek kurumda kaldıkları süre içerisinde gerek ceza sürelerini bitirdiklerinde içinde buldukları topluma yeniden uyum sağlama sürecinde, ruh sağlıklarının olumsuz etkilenmemesi için korku nedenlerinin daha derinlemesine araştırılmasının ve psikososyal hizmetlerin etkinliğinin artırılmasının önemli olacağı düşünülmektedir.

Araştırmada çocukların ailesiyle olan ilişkilerini %3.8’i kötü, %19.2’si orta, %35.3’ü iyi, %41.7’si çok iyi olarak değerlendirirken, %15.2’si ise ailesiyle görüşmediğini, ayrıca %5.1’inin arkadaşlarıyla ilişkilerini kötü, %15.8’inin orta olarak değerlendirdiği, %10.8’inin ise cezaevinde arkadaşının olmadığını görülmektedir (Tablo 15). Bu veriler doğrultusunda çocukların büyük çoğunluğunun ailesiyle ve arkadaşlarıyla olan ilişkilerinin iyi olması nedeniyle sosyal desteklerinin olduğu, fakat ailesi ve arkadaşlarıyla olan ilişkileri iyi olmayan, ailesiyle görüşmeyen (%15.2) ve cezaevinde arkadaşı olmayan (%10.8) çocukların ise sosyal desteğinin olmadığı söylenebilir. Bilindiği gibi ergenlik döneminde öz kimliğine ulaşma çabasında başarısız olan genç, yetişkin yaşamında diğerleriyle yakınlaşmaktan

korkma, yalnız kalma isteği, kişilerarası ilişkilerde yakın dostluklar kuramama, duygusal yalıtım gibi davranışlar gösterebilmektedir (Güven ve Güçray, 2009; Öztürk, 2008). Özellikle ergenlik döneminde ergenin arkadaşlarıyla daha yakın bir ilişki içine girdiği, arkadaşların ergenin yaşamında giderek daha fazla önem kazandığı göz önünde bulundurulduğunda bu tür davranışlar ailelerinden uzakta yaşamlarını sürdüren bu ergenlerin yalnız kalmasına, arkadaşları tarafından dışlanmasına, manevi yönden güçsüz kalmasına ve bu durum ise çocuğun kendini değersiz hissetmesi ve suçlamasına, üzüntülü ve ümitsiz olmasına, öfke ve hırçınlığın artmasına, psikolojik bunalımlara, depresyona, hatta intihara sebep olabileceği (Ertem ve Yazıcı, 2006) göz önünde bulundurulmalıdır. Bu nedenle ceza infaz kurumunda kalan çocuklara yönelik etkili iletişim, problem çözme becerisi ve ilişkilerde olumlu beceriler kazandırılması konusunda yapılacak olan planlı eğitim ve danışmanlığın önemli olduğu düşünölmektedir.

Araştırmada çocukların çoğunluğunun kendini çok değerli ve değerli bulduğu, bunun yanında %15.8'inin kendini değersiz bulduğu saptanmıştır (Tablo 14). Çocuklar yaşamın anlamını; aile, sevdiklerim ve özgürlük (%12.5) olarak tanımlamış, %13.2'si ise yaşamın kendileri için bir anlamının olmadığını belirtmiştir. Çocukların geleceğe ilişkin düşüncesinde; yarıya yakını eğitimine devam etmek istediğini, yarıdan fazlası bir meslek ve iş sahibi olmak istediğini ifade etmiştir. Güven ve Güçray (2009) içinde yaşadığımız ülkenin sosyal, siyasal, ekonomik ve kültürel olarak hızlı bir değişim yaşayan toplum olduğu ve bireylerin, kendileri ve gelecekleri hakkında olumsuz düşünmeye daha fazla eğilimli olduklarını, özellikle ergenlerin bu dönemde geleceklerine ilişkin negatif düşünce ve davranış içinde psikolojik açıdan daha zayıf olduklarını belirtmektedir. Araştırmada çocukların büyük oranda kendini değerli bulması, yaşamın anlamı olduğuna inanan düşüncelere sahip olması, geleceğe ilişkin düşüncelerinde eğitimini sürdürme ve meslek sahibi olmak istemelerine yer vermesi umut düzeylerinin ve geleceğe ilişkin beklentilerinin yüksek olduğunu göstermektedir. Bu noktada çocukların dönem itibariyle gelecekleri açısından önemli bir dönüm noktasında olması nedeniyle, geleceğe yönelik umut ve güven duygusu kazanabilmesi, ergenin olumlu bir benlik geliştirebilmesi, diğerleri tarafından kabul görmesi ve bazı alanlarda başarı göstermesi, kendi kendine doğru

karar verebilme ve özgüven duygularının geliştirilmesine yönelik danışmanlık yapılması önemli bir yer tutmaktadır. Çocuğun geleceğine yönelik olumlu yön verebilmesi için holistik bir anlayış çerçevesinde eğitim, sosyal, psikolojik ve spiritüel anlamda desteklenmelerinin önemli olacağı düşünülmektedir.

Araştırmada çocukların %19'unun sistolik, %38.6'sının diastolik kan basınçlarının normal sınırlarda olduğu, %3.8'inin sistolik kan basıncının yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 16). Özellikle yüksek sistolik kan basıncının hipertansiyon hastalığı için risk oluşturabileceği ve kan basıncının uzun süre yüksek seyretmesi durumunda, zaman içinde ciddi komplikasyon ve organ hasarlarına neden olabileceği, kalbe, böbreklere, göze ve dolaşım sistemine zarar verebileceği belirtilmektedir. Ayrıca kardiyovasküler morbidite ve mortalitenin hem sistolik hem de diastolik kan basıncı ile ilişkili olduğu gösterilmektedir. (Akan ve ark., 2010; Şendur ve Güven, 2011). Bu nedenle kurumda kalan ergenlerin özellikle soy geçmişinde hipertansiyon öyküsü olan çocukların belli aralıklarla kan basıncı ölçülerek taramaların yapılması, normalden sapma gösteren çocukların yakından takip edilmesinin, özellikle hipertansiyona bağlı gelişen kronik hastalıkların önlenmesi ya da erken tanı ve tedavisinde, çocukların sağlığının korunması ve geliştirilmesinde önemli katkısının olacağı düşünülmektedir. Bu bulguyla bağlantı olarak çalışmada çocukların %2.5'inin BKİ değerlerine göre persentil değeri 95 ve üzeri bulunmuştur (Tablo 16). Literatürde obezite ve hipertansiyon arasında yakın bir ilişki olduğu belirtilmektedir (Kavukçu, 2002). Tüm bu bilgiler ışığında; ceza infaz kurumundaki çocukların düzenli olarak boy kilo ve yaşam bulguları takibinin ve taramalarının yapılması, çocuklarda hipertansiyon ve obezitenin tanılanması, bu hastalıkların önlenmesinde uygun diyet ve egzersizin eğitimler düzenlenerek öneminin vurgulanması ve tanısı konulan çocukların tıbbi tedavi ve bakımının yapılmasının önemli olduğu göz ardı edilmemelidir.

Araştırmaya katılan çocukların az bir oranında cilt renginin sarı olduğu, %13.3'ünün soluk görünümüne, %5.7'sinin ise soluk tırnak yapısına sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 17). Özellikle bu anlamda çocukların karaciğer hastalıkları, anemi, dolaşım sistemi yönünden taramalarının yapılması ileri tetkik ve tedavilerinin

yapılması için sağlık kuruluşlarına yönlendirilmesi konusunda danışmanlık yapılmasının erken tanı ve tedavi açısından önemli olduğu düşünülmektedir. Araştırmada çocukların %14.6'sının kuru cilt yapısına sahip olduğu saptanmıştır. Özellikle kuru cilt görülmesi durumunda deri bütünlüğünün bozulmasına bağlı olarak enfeksiyon hastalıklarına karşı yatkınlığın arttığı düşünüldüğünde çocukların bu yönden dikkatli gözlemlerinin yapılmasının gerektiği düşünülmektedir. Çocukların 1/3'ü vücudunda veya ayak parmak aralarında kaşıntı olduğunu ifade etmiştir. Ayak parmak aralarında oluşan kaşıntının nedeni ise genellikle mantar hastalığıdır. Mantar hastalığı cilde temas sonucu oluşan bulaşıcı bir hastalık olup, mantar enfeksiyonundan korunmak amacıyla; ayakların temizliği, bakımı, kuru tutulması, kişisel malzemelerin ortak kullanılmaması, çorapların sık değiştirilmesi ve önerilen tedavinin uygun şekilde kullanılması oldukça önemlidir. Çocukların bir kısmı ise özellikle gece vücutlarında kaşıntı olduğunu, bazen ünite değiştirdiklerinde kaşıntının geçtiğini ifade etmiştir. Özellikle gece oluşan vücut kaşıntısı uyuz hastalığının bir habercisi olarak düşünülebilir. Uyuz hastalığının en sık ve en erken gözlenen belirti özellikle geceleri şiddetli artan kaşıntıdır. Uyuz hastalığı tedavisinde tıbbi tedavinin yanı sıra, kişisel temizlik ve çevrenin temizliği de oldukça önemlidir. Çünkü uyuz hastalığı her zaman kötü kişisel hijyenle ilgili olmayıp, içinde yaşanılan toplumun hijyen ve sosyoekonomik koşullarıyla da doğrudan ilişkilidir (<http://www.turkderm.org.tr/menu/72/kasinti-ve-uyuz>, 2016 ). Bu sebeple özellikle ceza infaz kurumu gibi sirkülasyonun yoğun ve kalabalık olduğu yerlerde kullanılan eşyaların sık sık dezenfeksiyonu, yatak örtüleri ve giysilerin uygun ısıda yıkanması ve ütülenmesi, yatak dahil tüm eşyaların sık sık havalandırılması, halı ve döşemeli mobilyaların elektrik süpürgesi ile sık sık temizlenmesi, çocukların sık banyo yapması, temiz giysiler giymesi, kişisel malzemelerin ortak kullanılmaması uyuz hastalığının bulaşma kaynaklarının önlenmesinde ve enfeksiyon zincirinin kırılmasında oldukça önemlidir. Bunun yanı sıra çocuklara ve personele temas ve temasla bulaşan hastalıklar ve korunma yollarına ilişkin yapılacak olan eğitimlerin planlanmasının ve taramalar yapılmasının, uyuz hastalığının görülmesini önlemede önemli olduğu düşünülmektedir.

Deri muayenesinde ayrıca çocukların %77.8'inde skar dokusu saptanmıştır (Tablo 17). Bu skar dokularının ise büyük oranda çocukların kollarına uyguladığı kesiler sonucu oluştuğu gözlemlenmiştir. Öter (2005)'de yapmış olduğu çalışmada araştırmaya benzer nitelikte suça sürüklenen çocukların kendisine faça atarak kestiğini ve zarar verdiğini ayrıca bunu çocukların her ne kadar bu araştırmada incelenirse daha çok bağımlılık yapan maddelerin etkisindeyken ya da depresif oldukları bir anda yaptıklarını bulmuştur. Araştırmada çocuklara kesi izlerinin nedeni sorulduğunda, çocuklar moralleri bozuk olduğunda rahatlamak için, sigara ve madde temini sağlamada revire ve kurum dışına çıkmak için bazı çocukların ise arkadaş grubu içinde kabul görmek için arkadaş baskısı ve kendi istekleri ile kendilerine kesi uyguladığı yanıtı alınmıştır. Bu durum çocukların bedensel ve ruhsal sağlığını olumsuz olarak etkilemekle birlikte, ortak malzeme kullanımına bağlı HIV/AIDS gibi kan ve kan yoluyla bulaşan hastalıklar yönünden risk altında olduklarını düşündürmektedir.

Çocukların saçlı deri muayenesinde ise  $\frac{1}{4}$ 'ünde saç dökülmesine rastlanmıştır (Tablo 17). Yeterli ve dengeli olmayan bir beslenme biçimi, vitamin ve minerallerin yeterli ölçüde alınamaması, demir eksikliği anemisi, sigara, alkol ve madde bağımlılığı ve psikolojik sorunlar gibi faktörler, çocuklarda saç dökülmesine neden olabilmektedir (Şenel, 2013). Fizyolojik bir sebep bulunmadığı takdirde yukarıda bahsedilen nedenlerin yanı sıra stres saç dökülmesinde etkili olabilmektedir. Bu anlamda çocukların saç dökülmesi yönünden değerlendirilmesi yapılırken beslenme durumu, stresör faktörler, kullanılan bireysel temizlik malzemeleri yönünden kapsamlı değerlendirmesi yapılmalı ve uygun sağlık kuruluşuna yönlendirilmelidir. Çocukların %44.9'unda ise akne bulunmaktadır. Çocuklarda görülen aknenin sebebinin ise, ergenlik döneminden kaynaklanan vücuttaki artan yağ oranına bağlanabilir. Ayrıca adolesan döneminde görülen fizyolojik ve psikolojik değişimler konusunda çocuklara eğitim ve danışmanlık yapılmasının çocukların bu dönemi sağlıklı olarak geçirebilmesinde etkili olabileceği söylenebilir.

Çocukların ağız muayenelerinde; %1.9 oranında ağız kuruluğu saptanmıştır (Tablo 17). Ağız kuruluğu, bireye subjektif rahatsızlık yaratmasının yanında, tükürüğün fizyolojik yıkama etkisinin ortadan kalkmasına ve ağız florasında ortaya

çıkan değişikliklere bağlı olarak diş çürüklerinin artmasına neden olmaktadır (Keçeci ve Özdemir, 2015). Ayrıca ağız kuruluğu diyabet hastalığının bir belirtisi olması yönünden de önemli bir bulgudur. Çocukların aile risk faktörleri arasında; ikinci sırada %19.6 oranında diyabet hastalığının olduğu (Tablo 6) düşünüldüğünde, risk grubundaki çocukların açlık ve tokluk kan şekerlerinin bakılması çocuklarda var olabilecek diyabet hastalığının tanısını koymada oldukça önemlidir. Çocukların %6.3'ünde ise ağızda aft, %27.2'sinde diş eti kanaması saptanmıştır. Bunun nedeni yeterli ve dengeli beslenmeme sonucu oluşan vitamin ve mineral eksikliği olabilmektedir. Özellikle C vitamini eksikliği ve skorbut hastalığı sonucunda diş eti kanaması görülebilmektedir. Bu nedenle ceza infaz kurumundaki çocukların skorbut hastalığı yönünden takip edilmesi, C vitamininden zengin besinlerin temininin sağlanması, mineral ve vitaminlerden zengin besinlerle çocukların beslenmelerinin ve diyetlerinin düzenlenmesi gerekmektedir. Çocukların ¼'ünde dişlerde şekil bozukluğu, çoğunluğunda çürük diş, 1/3'ünde eksik diş saptanmıştır. Buradan da anlaşılacağı üzere, çocukların ağız ve diş sağlığı uygulamalarında yetersiz olduğu söylenebilir. Bu noktada ağız ve diş sağlığının önemine yönelik eğitimlerin düzenlenmesinin, taramaların yapılmasının ve çocukların sağlık kuruluşuna tedavi için sevkinin sağlanmasının, ayrıca sıvı alımının artırılması ve sigara kullanımına yönelik planlı eğitimlerin yapılmasının ağız ve diş sağlığının korunmasında etkili olabileceği düşünülmektedir.

Çocukların solunum sistemi değerlendirmesinde; %31'inde dispne, %22.2'sinde öksürük, %33.5'inde balgam gibi belirtiler saptanmıştır (Tablo 17). Çocuklarda dispne, balgam ve öksürüğün yüksek oranda bulunması, çocukların sigara ve madde bağımlılığı ile ilişkilendirilebilir. Ayrıca çocuklarda sigara ve madde kullanımı ileriki dönemde oluşabilecek kronik obstruktif akciğer hastalığı, kanser ve diğer kronik hastalıklar yönünden risk altında olduklarını düşündürmektedir. Bu anlamda erken tanı ve tedavi, sağlığın korunması ve geliştirilmesi amacıyla bu belirtilerin herhangi bir hastalık yönünden kapsamlı olarak değerlendirilmesi, taramaların yapılması, çocuklara sigara, alkol, madde bağımlılığı ve zararlarına yönelik eğitim verilmesi ve danışmanlık yapılması önem kazanmaktadır. Araştırmada 8 çocukta hemoptizi bulgusu saptanmıştır. Çocukların %3.2'sinin



ailesinde tüberküloz öyküsünün olduğu (Tablo 6) ve çocukların büyük oranda sosyoekonomik düzeyi düşük ailelerden geldiği, kalabalık ortamda yaşadığı göz önünde bulundurulduğunda çocukların tüberküloz hastalığı yönünden taramalarının yapılmasının özelde çocukların genelde toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesinde önemli bir katkısının olacağı düşünülmektedir.

Araştırmada çocukların kardiyovasküler sistem değerlendirmesinde; %14.6'sında çarpıntı, %7'sinde baygınlık hissi, %19'unda göğüs ağrısının olduğu tespit edilmiştir (Tablo 17). Çocukların soy geçmişi incelendiğinde üçüncü sırada %17.9 oranında kalp hastalıklarının yer alması (Tablo 6), bu anlamda çocukların başlıca kardiyovasküler ve bu bulgulara sebep olabilecek diğer hastalıklar olmak üzere risk faktörlerinin değerlendirilmesinin önemli olduğunu göstermektedir.

Çocukların gastrointestinal sistem değerlendirmesinde ise; %38.6'sında ise midede yanma ekşime saptanmıştır (Tablo 17). Midede yanma ve ekşime reflü ve gastrit hastalığının önemli bir belirtisidir. Bu noktada çocukların gastroenterolojik risk faktörleri yönünden değerlendirilmesi, tanı konması ve tıbbi tedavilerinin yapılması gerekmektedir. Ayrıca gastrointestinal sisteme ilişkin herhangi bir hastalık tanısının konması durumunda diyetlerinin düzenlenmesi (Kürklü ve Kaner, 2015), izlemlerin yapılması gerekmektedir.

Araştırmada çocukların %5.1'inde titreme, %18.4'ünde kuvvet kaybı, yarıdan fazlasında unutkanlık olduğu tespit edilmiştir (Tablo 17). Bu durumu fizyolojik rahatsızlıkların yanı sıra kullandıkları maddelere bağlayabiliriz. Bu belirtilerin herhangi bir hastalık bulgusu yönünden değerlendirilmesi, çocukların ileri tetkik ve tedavi için uygun sağlık kuruluşuna yönlendirilmesinin erken tanı ve tedavi açısından önemli olduğu unutulmamalıdır. Çocukların ruhsal ve duygusal durum değerlendirmesinde %5.1'inde enürezis, %3.8'inde parmak emme ve %33.5'inde tırnak yeme gibi davranış bozukluğu belirtilerinin olduğu saptanmıştır. Çocukların özellikle davranış bozukluğu belirtileri ve etkili faktörler yönünden kapsamlı değerlendirilmesinin, erken tanı ve tedavi ve ruh sağlıklarının korunmasında önemli katkısının olacağını düşündürmektedir.

Araştırmada ayrıca çocukların yarısında (%50.6) bel ağrısı tespit edilmiş, az bir oranında (%1.3) kifoz, %8.9'unda skolyoz riskinin olabileceği saptanmıştır (Tablo 17). Bu anlamda çocukların bel ağrısının kas iskelet sistemi hastalıkları yönünden taramaların ve kapsamlı değerlendirilmelerinin, kifoz ve skolyoz açısından erken tanı ve tedavi için sağlık kuruluşuna yönlendirilmelerinin önemli olduğu söylenebilir.

Araştırmada çocukların duyu organları muayenesinde; %27.8'inde görme kaybı, %3.8'inin gözlerde kızarıklık aynı oranda çapaklanma, 1/3'ünde sulanma olduğu tespit edilmiştir (Tablo 17). Bu noktada çocukların düzenli olarak görme taramalarının yapılması, özellikle görme bozukluğu saptanan çocukların ileri tetkiklerinin yapılması, gözlük kullanımı gerektiren ve beden imajı algısı nedeniyle gözlük kullanmayan çocuklarda gözlük kullanımının önemini anlatılması ve izlemlerinin yapılması gerekmektedir. Bununla birlikte gözlerde kızarıklık, çapaklanma gibi belirtilere sahip çocukların göz enfeksiyonları yönünden değerlendirilmesinin göz sağlığının korunması ve geliştirilmesinde önemli katkısının olacağı göz ardı edilmemelidir. Ayrıca araştırmada çocukların %7'sinde işitme sorunu saptanmış olup, çocuklara düzenli işitme taramalarının yapılmasının, işitme sorunu saptanan çocukların ileri tetkik ve tedavilerinin yapılması için sağlık kuruluşuna yönlendirilmesinin önemli olduğu düşünölmektedir.

## 6.SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu bölümde suça sürüklenen çocukların sağlık bakım gereksinimlerinin belirlenmesine yönelik yapılan araştırmanın sonuçlarına ve bu sonuçlar doğrultusunda geliştirilen çözüm önerilerine yer verilmiştir.

### 6.1.Sonuçlar

Suçta sürüklenen çocukların sağlık bakım gereksinimlerinin belirlenmesi konusunda yapılan araştırmanın sonuçları aşağıda sunulmuştur.

- Araştırmaya göre çocukların büyük çoğunluğunun 16-17 yaş grubunda olduğu, çocuklar arasında evli ve boşanmış çocukların bulunduğu, yarıya yakınının öğrenim düzeyinin düşük olduğu, 1/4'ünün parçalanmış, yarıdan fazlasının ise üç ve daha fazla çocuklu ailelerden geldiği ve büyük çoğunluğunun daha önce herhangi bir işte çalıştığı tespit edilmiştir. Araştırmada ayrıca çocukların yarısının ailesinin göç ile geldiği, anne ve babalarının eğitim düzeylerinin düşük olduğu, annelerinin çoğunun ev hanımı, babalarının ise yarısının işçi, %12'sinin işsiz olduğu, annelerinin 1/3'ünün, babalarının ise 1/4'ünün herhangi bir sosyal güvencesinin olmadığı saptanmıştır. Çocukların büyük çoğunluğu 5 ile 47 yıl arasında ceza almış olup, %31'inin 12 ay ve üzeri cezaevinde kaldığı belirlenmiştir.
- Araştırmada çocukların çoğunluğu sigara ve alkol, yarıdan fazlası esrar, kokain, 1/3'ü uçucu madde ve %18.4'ü ise diğer bağımlılık yapıcı maddeleri kullandığını ifade etmiş olup, çocuklar bu maddeleri daha çok 10-15 yaşlarında kullanmaya başlamıştır.
- Araştırmaya katılan çocukların %17.3'ü kendini sağlıklı bulmadığını, %25.6'sı ise kısmen sağlıklı bulunduğunu ifade ederken, %35.3'ünün sağlık sorununun olduğu, %34.2'sinin herhangi bir hastalık geçirdiği, 6 çocukta kronik bir hastalık, 4 çocukta kalp, 1 çocukta ise Akdeniz Ateşi hastalığı saptanmıştır. Araştırmada ayrıca çocukların %11.4'ünün alerjisinin olduğu, %38.9'unun ilaç kullandığı, ilaç kullanan çocukların en fazla sırasıyla ağrı kesici, uyku, psikiyatrik ve enürezise ilişkin ilaç kullandığı, %28.2'sinin

ameliyat, %68'inin daha önce kaza geçirdiği ve yaralandığı, bir çocuğun ise doğuştan fiziksel engelinin olduğu belirlenmiştir. Çocukların %29.7'sinin ağrısının olduğu, ağrısı olan çocukların sırasıyla en fazla bel, ekstremiteler, diş, baş ve kulak ağrısı çektiği saptanmış olup, çocukların soy geçmişinde sırasıyla hipertansiyon, diyabet, kalp, böbrek hastalığı, kanser, epilepsi, tüberküloz, hepatit ve Alzheimer hastalıklarının olduğu belirlenmiştir.

- Çocukların yaşam bulguları ve BKİ persentil değeri sonuçlarına bakıldığında; %3.8'inin sistolik kan basıncının yüksek, %2.5'inin 95 ve üzeri persentilde olduğu dikkati çekmektedir.
- Sistemlere göre yapılan fiziksel değerlendirme sonucunda ise çocukların %13.3'ünün soluk görünümüne, %5.7'sinin soluk tırnak yapısına sahip olduğu, %33.5'inin vücudunda ve ayak parmak aralarında kaşıntı olduğu, %77.8'inde skar dokusu, %25.3'ünde saç dökülmesi, %1.9 'unda ağız kuruluğu, %27.2'sinde diş eti kanaması, ¼'ünde dişlerde şekil bozukluğu, çoğunluğunda çürük diş, 1/3'ünde eksik diş olduğu tespit edilmiştir. Çocukların solunum sistemi değerlendirmesinde; %31'inde dispne, %22.2'sinde öksürük, %33.5'inde balgam, %5.1'inde hemoptizi, kardiyovasküler sistem değerlendirmesinde ise %14.6'sında çarpıntı, %19'unda göğüs ağrısı, %7'sinde baygınlık hissi saptanmıştır.
- Gastrointestinal sistem değerlendirmesinde çocukların %38.6'sında midede yanma ve ekşime, sinir sistemi değerlendirmesinde %5.1'inde titreme, %18.4'ünde kuvvet kaybı, ruhsal ve duygusal durum değerlendirmesinde ise yarıdan fazlasında unutkanlık, %5.1'inde enürezis, %3.8'inde parmak emme ve %33.5'inde tırnak yeme sorunu olduğu belirlenmiştir. Araştırmada ayrıca çocukların %23.1'inin idrar yaparken yanma, %16.5'inin idrar tutmada zorluk çektiği, %6.4'ünde ise geceleri idrar kaçırmaya sorunu, yarısında bel ağrısı, az bir oranında kifoza, %8.9'unda skolyoz riski olduğu, %27.8'inde görme kaybı, %7'sinde işitme sorunu tespit edilmiştir.
- Araştırmada ayrıca çocukların %22.1'i kahvaltıda yapmadığını, yarısından fazlası 10 bardak ve daha az su tükettiğini, %49.4'ü egzersiz yapmadığını, yarısından fazlası uyku sorunu yaşadığını belirtmiştir.

- Çocukların %45.6'sı dikkat toplamada, %41.8'i ise öğrenmede güçlük çektiğini, çoğunluğu stres yaşadığını, %14.6'sı kendisini ruhsal yönden iyi hissetmediğini, %15.8'i kendini değersiz bulduğunu, %13.2'si ise yaşamın kendileri için bir anlamının olmadığını ifade ederken, %34.2'sinin kendine zarar verme isteğinin olduğu, kendine zarar vermek isteyen çocukların çoğunluğunun kendine kesi uyguladığı, yaklaşık ¼'ünün intihar etme isteğinin olduğu, çocukların %19.7'sinin ise başkalarına zarar verme isteğinin olduğu dikkati çekmektedir.
- Araştırmaya katılan çocukların hijyenik uygulamalarına ilişkin değerlendirme sonucunda ise; her ne kadar önemli bir oranının hijyenik uygulamalara dikkat ettiği saptansa da bazı çocuklarda el hijyeni, yüz yıkama, diş fırçalama, banyo yapma, ayak yıkama, tırnak kesme, perine temizliği, saç tarama, iç çamaşırı ve kıyafet değiştirme sıklığına ilişkin genel hijyenik uygulamaları yerine getirmede sorunlar olduğu belirlenmiştir.

## 6.2.Öneriler

Araştırmadan elde edilen bulgu ve sonuçlar doğrultusunda;

### -Uygulamaya yönelik;

- Çocukların sağlığa ilişkin davranışlarının ve sağlık problemlerinin belirlenebilmesi için ceza infaz kurumlarına ilk girişte, periyodik olarak ve çıkışta bütüncül ve kapsamlı değerlendirilmesi,
- Ceza infaz kurumundaki çocukların topluma daha sağlıklı ve olumlu tutum ve davranışlarla geri dönebilmesi, sağlığının korunması ve geliştirilmesi, sağlık sorunlarının erken tanı, tedavisi ve rehabilitasyonu için sağlık bakım hizmetlerinin halk sağlığı hizmetleri kapsamında birincil, ikincil ve üçüncül koruma düzeyinde etkin bir şekilde, holistik ve multidisipliner bir ekip anlayışı içinde verilmesi, sürekliliğinin sağlanması,
- Ceza infaz kurumunda çocukların sağlık sorunlarının ve hastalık odaklı risklerin tanımlanması için düzenli boy, kilo ve yaşam bulguları takiplerinin yapılması, sistemik muayenelerinin gerçekleştirilmesi, görme, işitme, ağız ve diş sağlığı vb. tarama ve izlemlerinin yapılması,

- Çocukların sağlığının korunması ve geliştirilmesi için ceza infaz kurumunda; beslenme, egzersiz, hijyenik uygulamalar, üreme sağlığı, aile planlanması, boş zamanların düzenlenmesi, sigara, alkol ve madde bağımlılığı, kronik ve bulaşıcı hastalıklar ile ilgili planlı eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin yürütülmesi,
- Ceza infaz kurumunda kalan suça sürüklenen çocukların bağımsızlığının sağlanması, kronik ve bulaşıcı hastalıklarının yönetimi,
- Ceza infaz kurumlarında kendine kesi uygulama ve şiddet eğilimli davranışların yaygın olması nedeniyle; stres ve stresle baş etme biçimi, öfke kontrolü, problem çözme becerisi, ilişkilerde olumlu beceri kazanma, etkili iletişim ve boş zamanların düzenlenmesine yönelik eğitim ve danışmanlık verilmesi,
- Suça sürüklenen çocukların topluma yeniden kazandırılması ve çocuk suçluluğunun önlenmesi için ceza infaz kurumlarında gerekli eğitim, sağlık, psikososyal hizmetlerin ve meslek edindirme faaliyetlerinin etkinliğinin artırılması,
- Merkezi ve yerel yönetimlerin, sivil toplum örgütlerinin ve diğer gönüllü kuruluşların toplumdaki risk grubundaki çocukların suça sürüklenmesinin önlenmesine ilişkin eğitim, sağlık ve sosyal alanlardaki hizmetlerinin ve bu hizmetleri ulaştırmadaki rolünün artırılması,
- 18 yaş altı çocuklara sigara ve alkol satışı yasağının uygulamadaki yaptırımın artırılması, düzenli kontrol ve denetlemeler yapılarak, sigara, alkol ve bağımlılık yapıcı maddelerin satışının yapılmasının ve çocukların bu maddelere kolay ulaşılabilirliğin önlenmesi,
- Çocuğun toplumsallaşmasında ve suça sürüklenmesinin önlenmesinde önemli bir yere sahip olan aile ve okul sağlığı kavramlarının üzerinde durulması, halk sağlığı hemşireliği hizmetleri kapsamında aile ve okul sağlığı hizmetlerinin etkinliğinin artırılması,
- Ceza infaz kurumlarında halk sağlığı hizmetlerinin etkin bir şekilde verilebilmesi için hemşirelik hizmetlerinin halk sağlığı hemşireliği hizmetleri kapsamında verilmesi,

- Bu doğrultuda ülkemizde son çıkan hemşirelik yönetmeliğindeki halk sağlığı hemşireliği uzmanlık alanının bir uygulama alanı olan, ünvan, görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanan ceza ve tutukevi hemşireliğinin, uygulamadaki görünürlüğünün sağlanması, gerekli alt yapı ve kadrolarının oluşturulması,

**-Araştırmaya yönelik;**

- Ceza infaz kurumlarında halk sağlığı hemşiresinin ve halk sağlığı hizmetlerinin önemini ortaya koyacak bilimsel çalışmaların yapılması,
- Özellikle hemşirelik alanında çocuk suçluluğu ile ilgili yapılan çalışmaların sınırlı olması nedeniyle, hemşirelik alanında suça sürüklenen çocuklarla ilgili araştırmalar yapılması, hemşirelik bilimine ve literatüre bilgi birikimi kazandırılması,
- Çalışmaların ülke düzeyinde gösterilebilmesi için örneklem grubunun artırılması, hatta bütün ceza infaz kurumlarındaki suça sürüklenen çocuklara uygulanması önerilebilir.

## 7. KAYNAKLAR

**Acar, G., Demir, A., Görmez, D., Keser, İ. (2015).** Aile ve Çocuk Suçluluğu İlişkisi, *Poster Bildiri*, 11-13 Mayıs 2015, H.Ü. Kültür Merkezi, Ankara, 1:651-656.

**Ağırçötüren, B. (2006).** *Malatya Kentinde Çocuk Suçluluğu*, Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Malatya, 250s.

**Akan, H., İzbrak, G., Tanrıöver, Ö., Kaspar, E.Ç., Yıldız, A., Tilev, S.M., Tektaş, S., Vitrinel, A. (2010).** Ergenlerde Prehipertansiyon ve Hipertansiyon Sıklığı, *Türk Aile Hek Derg*, 14(3): 115-123.

**Akbaba, T. (2011).** *Kartal-Kadıköy Bölgesi Çocuk Suçluluğu Profili*, Yüksek Lisans Tezi, T.C. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 127s.

**Akdeniz, S., Üzümcü, A. (2013).** Suç ve Sosyoekonomik Değişkenler Arasındaki Bağımlılık İlişkisi: Kars Cezaevi Üzerine Bir İnceleme, *Kafkas Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 4(6):115-138.

**Akduman, G.G. (2007).** *Suçta Karışan 12-15 Yaş Grubundaki Çocuklarda Akran İstismarı ve Kendilik Algısının Karşılaştırılması Olarak İncelenmesi*, Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 179s.

**Aksungur, A., Göktaş, B., Önder, Ö.R., Cankul, İ.H. (2011).** *Öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Davranışlarının Değerlendirilmesi*, Ankara Üniversitesi Dikimevi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi, Cilt 10, Sayı 1, 2011

**Aldemir, F.A. (2010).** *Çocuk Suçluluğu Profili 2007-2008 Yılları Üsküdar Bölgesi*, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü, İstanbul, 166s.

**American Public Health Association (APHA). (2004).** Correctional Health Care Standards and Accreditation. <http://www.apha.org/policies-and-advocacy/public->



[health-policy-statements/policy-database/2014/07/02/12/07/correctional-health-care-standards-and-accreditation](http://health-policy-statements/policy-database/2014/07/02/12/07/correctional-health-care-standards-and-accreditation). Erişim tarihi: 13.12.2016.

**Anonim**, KBB’de Muayene Yöntemleri. Erişim Tarihi: 20.10.2016.

**Anonim. (2008).** *Eğitimciler İçin Eğitim Rehberi Çocuk ve Ergen Sağlığı Modülleri*, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü, Ankara.

**Anonim. (2008).** *Eğitimciler İçin Eğitim Rehberi Sağlık ve Sağlığın Korunması Rehberi*, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü, Ankara.

**Anonim. (2010).** *Görünüm*, TAPV.

**Anonim. (2012).** *Hemşirelik Kişisel Hijyen ve Vücut Mekanikleri*, T.C. Milli Eğitim Bakanlığı, Ankara, 26s.

**Anonim. (2012).** *Hemşirelik Meslek Esasları Tekniğine Giriş*, T.C. Milli Eğitim Bakanlığı, Ankara, 28s.

**Anonim. (2013).** *Hemşirelik: Ana-Çocuk ve Okul Sağlığı*, T.C. Milli Eğitim Bakanlığı, Ankara.

**Anonim. (2013).** *İzmir Çocuk ve Gençlik Kapalı Ceza İnfaz Kurumu Raporu*, İzmir Barosu Başkanlığı, İzmir, 36s.

**Anonim.** Snellen Testi. <http://www.besoptik.com/uzak-okuma-testi/>. Erişim Tarihi: 20.09.2016.

**Anonim.** Snellen Testi. <https://www.sbn.gov.tr/BKindeksi.aspx>. Erişim Tarihi: 20.09.2016.

**Anonim.** Türkiye’de Ceza İnfaz Kurumlarının Sorunları. file:///C:/Users/pc/Downloads/1875%20(4).pdf. Erişim tarihi: 13.12.2016.

**Aslan, M.Y. (2008).** Çocuk Suçluluğu Hakkında Uluslararası ve Ulusal Hukuk Düzenlemeleri, *Ankara Barosu Dergisi*, 4:88-96.

**Avcı, M. (2009).** *Çocuk Suçluluğunun Toplumsal Nedenleri (Erzurum İli Örneği)*, Doktora Tezi, T.C. Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Erzurum, 214s.

**Ay, F.A. (2007).** Temel Hemşirelik Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar, Medikal Yayıncılık, İstanbul.

**Ayar, D., Öztürk, C. (2015).** Türkiye’de Lisansüstü Çalışmalarda Çocuk Suçluluğu, *The Journal of Pediatric Research*, 2(1):17-20.

**Ayaz, M., Ayaz, A. B., Soylu, N. (2012).** Çocuk ve Ergen Adli Olgularda Ruhsal Değerlendirme, *Klinik Psikiyatri*, 15:33-40.

**Ayaz, S., Tezcan, S., Akıncı, F. (2005).** Hemşirelik Yüksekokul Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışları, *C.Ü.Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 9(2):26-34.

**Aydın, H. (2010).** *Yerel Yönetimlerin Çocuk Suçluluğunu Önlemedeki Rolü*, Yüksek Lisans Tezi, T.c. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Bolu, 199s.

**Bahar, Z., Aydoğdu, G.N. (2015).** Çevre, Sağlık, Araştırma ve Hemşirelik, *DEUHFED*, 8(2):119-122.

**Bakır, S.** İşitmenin Değerlendirilmesi ve Odyoloji, KBB Notları. Erişim tarihi: 20.10.2016.

**Balcı, H. (2011).** *Çocuk Suçluluğu ve Toplumsal Nedenleri*, Yüksek Lisans Tezi, T.C. Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kütahya, 132s.

**Balo, Y. S. (2013).** Terör Suçları Bağlamında 13-15 Yaş Grubu Çocukların Kusur Yeteneğinin Belirlenmesi, *TBB Dergisi*.

**Baltacı, G., Ersoy, G., Karaağaoğlu, N., Derman, O., Kanbur, N. (2006).** *Ergenlerde Sağlıklı Beslenme, Hareketli Yaşam*, Sinem Matbaacılık, Ankara.

**Baybuğa, M.S. (2002).** *Sokakta Yaşayan/Çalışan Çocukların Sağlık Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi ve Sorunların Çözümünde Halk Sağlığı Hemşiresinin Yeri*, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

**Bayındır, N., Özel, A., Köksal, E. (2007).** Çocuk Suçluluğu Demografisi: Kütahya Şehri Örneği, *Polis Bilimleri Dergisi*, 9(1-4):95-108.

**Beşer, N. (2009).** Suça Yönelen Çocuk-Ergen III. *Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi (Uluslararası Katılımlı)*, 4-6 Haziran, Akçakoca, Bildiri Özet Kitabı:43.

**Bilgin, R. (2012).** Sokakta Çalışan Çocukları Bekleyen Risk ve Tehlikeler: Diyarbakır Örneği, *ZKÜ Sosyal Bilimler Dergisi*, 8(15):80-96.

**Bilir, S. (2009).** *Liselerde Çocuk Suçluluğunun Önlenmesine Yönelik Okul Kaynaklı Faktörlere İlişkin Okul Yöneticilerinin ve Öğretmenlerin Görüşleri*, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 206s.

**Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Bildirgesi. (1959).**

**Birol, L. (2010).** Hemşirelik Süreci, Etki Yayınları, İstanbul.

**Boğa, M. (2011).** *Çocuk Suçluluğunun Sosyo-Ekonomik Sebepleri ve Önlenmesi için Alınması Gereken Tedbirler*, Yüksek Lisans Tezi, Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kütahya, 265s.

**Burkay, S. (2008).** Teorik Çerçeve de Suç, *ETHOS: Felsefe ve Toplumsal Bilimlerde Diyaloglar*, 2(4):1-15.

**Ceyhan, D., Yaşar, T. (2010).** Renk Görme ve Sağlık Kurulu İşlemleri.

**Ceza İnfaz Kurumlarında Bulaşıcı Hastalıkların Teşhisi, Tedavisi Ve Korunma Yöntemleri.**[http://www.cte.adalet.gov.tr/menudekiler/saglik\\_hizmetleri/bulasici\\_hastaliklar.asp](http://www.cte.adalet.gov.tr/menudekiler/saglik_hizmetleri/bulasici_hastaliklar.asp). Erişim tarihi: 13.12.2016.

**Cılga, İ.** Risk grupları, <http://www.sosyalhizmetuzmani.org/risk1.htm>. Erişim tarihi: 15.05.2016.

**Çamurdan, A. (2005).** Çocuk Sağlığı Açısından Esnek Pes Planus, *Sosyal Pediatri BD*, 14(3):65-67.

**Çeliköz, N., Seçer, Z., Durak, T. (2008).** Suç İşleyen ve İşlemeyen Çocukların Düşünme Becerileri ve Ahlaki Yargılarının İncelenmesi, *Selçuk Üniversitesi Ahmet Keleşoğlu Eğitim Fakültesi Dergisi*, Sayı: 25:335-350.

**Çoban, S. (2014).** Bazı Sosyal Etkenlerin Çocuk Suçluluğu ile İlişkisi Üzerine Karşılaştırmalı Bir Araştırma, *Edebiyat Fakültesi Dergisi*, 31(2):78-95.

**Çoğan, O. (2006).** *Çocuk Suçluluğunun Nedenleri ve Edirne Ceza Mahkemelerinde Açılan Davaların Bu Yönden İncelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 105s.

**Çopur, E.Ö., Ulutaşdemir, N., Balsak, H. (2015).** Çocuk ve Suç, *Uluslararası Katılımlı III. Çocuk Gelişimi ve Eğitimi Kongresi “Erken Müdahale”*, 11-13 Mayıs 2015, H.Ü. Kültür Merkezi, Ankara, 1:120-124.

**Demirhan, D. T. (2007).** *Yoğun Düşünme Eğitimi Programının Suçlu Çocukların Ahlaki Yargularına Etkisinin İncelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya, 147s.

**Dinler, V., İçli, T. (2009).** Suç ve Yoksulluk Etkiselliği (Isparta Örneği), *Uluslararası Davraz Kongresi*, 24-27 Eylül 2009, Süleyman Demirel Üniversitesi, Isparta, 2469-2486.

**Erci, B. ve ark. (2009).** *Halk Sağlığı Hemşireliği*, Fırat Matbaacılık, Ankara.

**Erdoğan, F. (2010).** *Kanunla İhtilafa Düşmüş Çocuklar ve Çocuk Suçluluğuna Etki Eden Sosyo-Ekonomik Faktörler*, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü, İstanbul, 70s.

**Ereş, F. (2009).** Toplumsal Bir Sorun: Suçlu Çocuklar ve Ailenin Önemi, *Aile ve Toplum*, 5(17):88-96.

**Ergündüz, Z. (2010).** *Çocuk Suçluluğunda Çocuk İstismarı Olgularının Değerlendirilmesi*, Doktora Tezi, T.C. İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü, İstanbul, 241s.

**Erkan, T. (2008).** Ergenlerde Beslenme, *İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Adolesan Sağlığı 2 Sempozyumu*, Mart 2008, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi Anabilim Dalı, 73-77s.

**Ertem, Ü., Yazıcı, S. (2006).** Ergenlik Döneminde Psiko-Sosyal Sorunlar ve Depresyon, *Aile ve Toplum*, 3(9):7-12.

**Esen, S. (2008).** *Kentleşme ve Kentleşme Sürecinin Çocuk Suçluluğu Üzerindeki Etkileri (Ankara Örneği)*, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 274s.

**Fazel, S. ve Danesh, J. (2002).** Serious mental disorders in 23.000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *Lancet*, 359 (9306), 545-550.

**Göcek, G. (2009).** *Suç Faili Olan Çocuklar Açısından Çocuk Suçluluğu ve Çocuklara Uygulanan Ceza ve Güvenlik Tedbirleri*, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü, İstanbul, 236s.

**Göç, N. (2006).** *Çocuk Suçluluğu ve Polisin Yaklaşımı*, Yüksek Lisans Projesi, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kahramanmaraş, 73s.

**Gökçakan, N., Büyükşahin Çevik, G., Tunç, A. (2010).** Mersin İlinde 2005-2009 Yılları Arasında Çocuk Suçları Oranının İncelenmesi, *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 6:52-59.

**Gökpınar, M. (2007).** Sosyal ve Kriminal Boyutlarıyla Çocuk Suçluluğu, *TBB Dergisi*, Sayı72:206-233.

**Gönültaş, B. (2009).** *Adana İlinde Mala ve Şahsa Karşı Suç İşleyen Çocukların Sosyodemografik Özelliklerinin Ortaya Konulması*, Yüksek Lisans Tezi, T.C. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Adli Tıp Anabilim Dalı, Adana, 85s.

**Güler, Ç., Akın, L. (2012).** Halk Sağlığı Temel Bilgiler, Hacettepe Yayınları.

**Güney, H. (2008).** *Sosyolojik Açıdan, Çocuk Suçluluğu ve Nedenleri*, Yüksek Lisans Tezi, 154s.

**Güral, B. (2009).** *Türkiye’de Çocuk Suçluluğu ve Nedenleri-Erzurum Örneği*, Yüksek Lisans Tezi, T.C. Polis Akademisi Güvenlik Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 165s.

**Güven, S., Güçray, S. (2009).** Ergenlerin Psikolojik Belirtileri ve Genel Sağlık Örüntüleri, *M.Ü. Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, (30):119-136.

**Harputlu, D. (2005).** *Kadın Mahkumlarda Benlik Saygısı ve Kendi Kendine Meme Muayenesi İlişkisi*, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 148s.

**Hatipoğlu, F. (2008).** *Kentleşmenin Çocuk Suçluluğuna Etkisi ve Bir Çözüm Önerisi Denemesi*, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 112s.

**Hükümlü.** <http://www.hukukitercumburosu.com/hukumozlu-nedir/>. Erişim tarihi: 05.12.2016.

**Hükümlü.**<http://www.dersimiz.com/terimler-sozlugu/Hukumozlu-Nedir-17597.html#.WDqoNtKLTIU>. Erişim tarihi: 05.12.2016.

**İpek, A. (2010).** *Suçta Sürüklenen Çocukların Okul Dönemlerinin İncelenmesi ve Bu Dönemde Barındırdıkları Risk Faktörlerinin Belirlenmesi: Ankara, İstanbul ve İzmir Jandarma Çocuk Merkezleri Örneği*, Yüksek Lisans Tezi, Kara Harp Okulu Savunma Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 159s.

**İzmir Çocuk ve Gençlik Kapalı Ceza İnfaz Kurumu Resmi İnternet Sitesi.**  
<http://www.izmircocukvegenclik.adalet.gov.tr/hakk%C4%B1m%C4%B1zda.html>.  
Erişim Tarihi: 20.10.2016.

**Karabulut, S. (2006).** *Suçlu Çocukların Türkiye Profili*, Yüksek Lisans Tezi, Niğde Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Niğde, 224s.

**Kavukçu, S. (2002).** Çocukluk ve Ergenlikte Hipertansiyon, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi.

**Kayaalp, G. (2010).** *Gaziantep'te Çocuk Suçluluğu*, Yüksek Lisans Tezi, T.C. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kahramanmaraş, 70s.

**Keçeci, A.D., Özdemir, F. (2015).** Ağız Kuruluşunun Etiyolojisi ve Tedavisinde Günümüzdeki Yaklaşım, *S.D.Ü. Tıp Fak. Derg.*, 12(4): 58-67.

**Kıdak, B. L. (2008).** Ergen Sağlığı Yönetimi: Ulusların Gelecekleri İle İlgili Umutlarının Anahtarı, *Sosyal Bilimler*, 6(1):62-80.

**Kılıç, Y.S. (2007).** *Çocuk Suçluluğuna Sebep Olan Sosyo-Ekonomik Faktörler*, Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Malatya, 194s.

**Kılınç, F.N., Çağdaş, D. (2012).** Sağlık Meslek Lisesi Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıklarının, Beslenme Bilgi Düzeylerinin ve Vücut Bileşimlerinin Değerlendirilmesi, *Türk Ped Arş*, 47: 181-8.

**Kızmaz, Z. (2013).** Cezaevinden Çıkan Bazı Suçlular Niçin Yeniden Suç İşlemektedir: Elazığ E Tipi Cezaevi Örneği, *Geçmişten Geleceğe Harput Sempozyumu*, 23-25 Mayıs 2013, Fırat Üniversitesi Harput Uygulama ve Araştırma Merkezi, Elazığ, 909-920.

**Kızmaz, Z., Bilgin, R. (2010).** Sokakta Çalışan/Yaşayan Çocuklar ve Suç: Diyarbakır Örneği, *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 9(32):269-311.

**Knox, C. (2013).** Correctional Nursing Practice. Applying the New Scope and Standards (ANA 2013). <http://essentialsofcorrectionalnursing.com/2013/06/14/the->



*new-scope-and-standards-of-practice-for-correctional-nursing/*. Erişim tarihi: 10.12.2016.

**Kobat, İ. (2009).** *Ulusal ve Uluslararası Hukukta Çocuk Hakları Işığında Çocuk Suçluluğu ve Nedenleri*, T.C. Kırıkkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kırıkkale, 137s.

**Kopar, H. (2008).** *Uluslararası İlkeler Işığında Türkiye’de Çocuk Suçluluğunun Önlenmesinde Kamusal Tedbirlerin İncelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, T.C. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 130s.

**Köseoğlu, M. (2011).** *Çocuk Suçluluğunda Arkadaş Çevresinin Rolü*, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 79s.

**Kunt, V. (2003).** *Suç ve Çocuk*, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara, 110s.

**Kurtuluş, A., Salman,N., Günbet, N., Boz, B., Cenger, C. D., Acar, K. (2009).** Denizli İlinde 12-15 Yaş Arasındaki Suça Sürüklenen Çocukların Sosyodemografik Özellikleri, *Pamukkale Tıp Dergisi*, 2(1):8-14.

**Küçük, L. (2009).** Çocuk ve Ergenlerde Önemli Bir Sorun Olan Entürezisin Psikososyal Yönü, *IV. Ulusal Ürojinekoloji Kongresi*, 21.10 2009, 3(3):69-72.

**Küçüköner, E. (2004).** *Suçlu Çocuklarla İlgili Kurumların İncelenmesi ve Bu Kurumlarda Verilen Psiko-Sosyal Hizmetlerin Değerlendirilmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Karadeniz teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Trabzon, 124s.

**Marshall, T., Simpson, S. ve Stevens, A. (2000).** Health Care in Prisons: A Health Care Needs Assessment. University of Birmingham, Birmingham. Erişim: 26/08/2013,[http://www.antoniocasella.eu/salute/Birmingham\\_health\\_care\\_prison\\_2000.pdf](http://www.antoniocasella.eu/salute/Birmingham_health_care_prison_2000.pdf)

**Neyzi, O., Günöz, H., Furman, A., Bundak, R., Gökçay, G., Darendeliler, F., Baş, F. (2008).** Türk Çocuklarında Vücut Ağırlığı, Boy Uzunluğu, Baş Çevresi ve Vücut Kitle İndeksi Referans Değerleri. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 51:1-14

**Oğuşgil, V.A. (2009).** Avrupa Birliği Sosyal Politikası Kapsamındaki Risk Gruplarına Polis Desteği: İstanbul Şükrü Balcı Polis Meslek Yüksekokulu Örneği, *Polis Bilimleri Dergisi*, 11(1):73-98.

**Ögel, K., Aksoy, A. (2007).** Tutuklu ve Hükümlü Ergenlerde Madde Kullanımı, *Bağımlılık Dergisi*, 8(1):11-17.

**Önay, H. (2009).** *Türkiye’de Çocuk Suçluluğunun Önlenmesinde Yerel Yönetimlerin Rolü: Ankara Büyükşehir Belediyesi Sokakta Çalışan Çocuklar Merkezi Örneği*, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 136s.

**Öter, A. (2005).** *Çocuk Suçluluğunun Toplumsal Nedenleri (Antalya Örneği)*, Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta, 153s.

**Özpuat, F. (2010).** Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesinde Hemşirenin Çağdaş Bir Rolü: Eğitici Kimliği, *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, Sempozyum Özel Sayısı:294-297.

**Öztek, Z., Kubilay, G. (2008).** Toplum Sağlığı Hemşireliği, Palme Yayıncılık, Ankara.

**Öztürk, M. (2007).** *Sokakta Çalışan ve Suç İşlemiş Çocukların Toplumsal ve Bireysel Uyum ve Davranış Bozukluklarının Ölçülmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 128s.

**Öztürk, M. (2008).** Ergen Psikolojisi, *Sosyal Bilimler Konferansları*, 4 Şubat 2008, Altunizade Kültür ve Sanat Merkezi, 17s.

**Pehlivan, Ş.A. (2015).** *Ceza İnfaz Kurumunda Sunulan Hemşirelik Hizmetlerinin Kadınların Fiziksel Sağlıklarına, Sağlığı Koruyucu ve Geliştirici Davranışlarına Etkisinin İncelenmesi*, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 196s.

**Qabaha, N. (2015).** *Filistin'de Çocuk Suçluluğu*, Yüksek Lisans Tezi, Polis Akademisi Güvenlik Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 78s.

**Sapancı, F. (2013).** *Sağlık Hizmetlerinde Engellilik Kavramı Engellilerin Sağlık Hizmetlerinden Yararlanmaları*, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 96s.

**Schoenly, L. ve Knox, C.M. (2013).** *Essentials of Correctional Nursing*. New York: Springer Publishing Company, LLC.

**Kürklü, N., Kaner, G. (2015).** Gastroözofageal Reflü Hastalığında Beslenmeye Güncel Bakış, *Güncel Gastroenteroloji*, 19(3):139-141.

**Sözer, A. (2004).** İslahevlerinde Kalan Çocukların Suç İşlemelerinde Aile Ortamının Etkisi, *TSA*, (2-3):155-192.

**Şahinli, K. (2012).** *Çocuk Suçluluğuna Sebep Olan Ailesel Faktörler: Ankara Çocuk ve Gençlik Kapalı Ceza İnfaz Kurumunda Bulunan Tutuklu ve Hükümlü Çocuklar Üzerine Bir Çalışma*, Yüksek Lisans Tezi, T.C. Polis Akademisi Güvenlik Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 143s.

**Şendur, M.A.N., Güven, G.S. (2011).** Güncel kılavuzlar Eşliğinde Hipertansiyon Tedavisi, *Hacettepe Tıp Dergisi*, 42:53-64.

**Şenel, F. (2013).** Saç Dökülmesi, *Bilim ve Teknik*, 80-81.

**Şengül A. H., Cantürk, N., Cantürk, G., Dağalp,R. (2012).** Ankara 1. Çocuk Ağır Ceza Mahkemesi'nde akran istismarı nedeniyle yargılanan çocukların değerlendirilmesi, *Türk Ped Arş*, 47: 283-9.

**Şengül, H.A. (2012).** *Ankara 1. Çocuk Ağır Ceza Mahkemesinde Görülen Davaya Dosyalarının İncelenmesi ve Çocuk Suçluluğunun Değerlendirilmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 75s.

**Şenses, Ü. (2010).** *Türkiye'de Çocuk Suçluluğunun Nedenleri ve Önlenmesi: Adıyaman Örneği*, Yüksek Lisans Tezi, T.C. Polis Akademisi Güvenlik Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 141s.

**T.C. Adalet Bakanlığı Ceza ve Tevkifevleri Genel Müdürlüğü.**  
<http://www.cte.adalet.gov.tr/#>. Erişim tarihi: 06.09.2016.

**T.C. Resmi Gazete,** *Ceza İnfaz Kurumları ile Tevkifevlerinin Yönetimine ve Cezaların İnfazına Dair Tüzük*, 12662, 1967, 1-49.

**T.C. Resmi Gazete,** *Ceza İnfaz Kurumlarının Yönetimi İle Ceza ve Güvenlik Tedbirlerinin İnfazı Hakkında Tüzük*, 26131, 2006.

**T.C. Resmi Gazete,** *Çocuk Koruma Kanunu*, 25876, 2005, 9501-9514.

**T.C. Resmi Gazete,** *Türk Ceza Kanunu*, 25611, 2004, 8965-9046.

**T.C.SB. Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik.**  
<http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-12606/hemsirelik-yonetmeliginde-degisiklik-yapilmasina-dair-y-.html>. Erişim tarihi: 27.12.2014.

**Taşdelen, H., Turhan, M., Erikci, M., Özkan, S. (2014).** Okullardaki Dezavantajlı ve Risk Altındaki Çocuklar, *Okullardaki Dezavantajlı ve Risk Altındaki Çocuklar Proje Grubu*, 2014, Konya, 64s.

**Tek, Ö. (2012).** *Çocuk Suçluluğunun Chaid Çözümlemesi ile Değerlendirilmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 67s.

**Teker, K. (2010).** *Suçlu Çocuklarda Sosyo- Demografik Özellikler ile Ebeveyn Tutum Algısının Çocuk Suçluluğuna Katkısı*, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 158s.

**Temür, T. (2012).** *Kentleşme, Çocuk Suçluluğu ve Eğitim: İstanbul İli Örneği*, Yüksek Lisans Tezi, T.C. Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 224s.

**Terzi, A.K. (2007).** *Kent Ölçeğinde Çocuk Suçluluğu Çankaya Örnek Araştırması*, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Kamu Yönetimi Anabilim Dalı, Ankara, 192s.

**Topçuoğlu, T. (2014).** *Çocuk Suçluluğu ve Gelişimsel (Risk-odaklı) Suç Önleme*, *KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 16(1):217-226.

**Törüner, E.K., Büyükgöncü, L. (2011).** *Çocuk Sağlığı Temel Hemşirelik Yaklaşımları*.

**Tunceroğlu, Z. (2015).** *Suçta Sürüklenen Çocuklarda Mükerrerliğin İrdelenmesi*, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü, 176s.

**Tutuklu,Hükümlü.**

<http://nedir.ileilgili.org/h%C3%BCk%C3%BCm+%C3%B6zl%C3%BC-nedirnedemek-ileilgili-bilgiler.html>. Erişim tarihi: 05.12.2016.

**TÜİK.** [www.tuik.gov.tr](http://www.tuik.gov.tr). Erişim tarihi: 15.09.2016.

**Türk Dil Kurumu.** [www.tdk.gov.tr](http://www.tdk.gov.tr). Erişim tarihi: 20.10.2016.

**Uludağ Üniversitesi Sağlık Kuruluşları, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı.** (2007). Alerji Önlemleri ve Alerji Aşıları Bilgilendirme Kitapçığı.

**UNİCEF Türkiye.** (2014). Çocuk Haklarına Dair Sözleşme.

**Uyuz Hastalığı.** <http://www.turkderm.org.tr/menu/72/kasinti-ve-uyuz>. Erişim tarihi: 22.09.2016.

**Van den Bergh, B.J., Fraserb, G.A. ve Moller, A.L. (2011).** Imprisonment and women's health: concerns about gender sensitivity. human rights and public health. *Bulletin of the World Health Organization*, 89, 689–694.

**Watson, R., Stimpson, A. ve Hostick, T. (2003).** Prison health care: a review of the literature. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14725776>. Erişim tarihi: 13.12.2016.

**Whitehead , D. (2004).** The Health Promoting Prison (HPP) and its imperative for nursing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16326167>. Erişim tarihi: 13.12.2016.

**Yağbasan, Y. (2010).** *Çocuk Suçluluğunun Toplumsal Nedenleri ve Cezai Sorumluluğu*, Yüksek Lisans Tezi, Kırıkkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kırıkkale, 164s.

**Yıldız, Ö. (2009).** Toplumsal Değişme Sürecinde 'Çocuk Suçluluğunda' Yeni Boyutlar, *VI. Ulusal Sosyoloji Kongresi*, Ekim 2009, Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın.

**Zengin, E., Kesgin, M. (2013).** Yerel Yönetimlerin Çocuk Suçluluğunun Önlenmesinde İlgili Kurumlarla Etkileşimi, *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, Sayı-37.

**EK 1****SUÇA SÜRÜKLENEN ÇOCUKLARIN SAĞLIK BAKIM GEREKSİNİMLERİNİN  
BELİRLENMESİNE İLİŞKİN ANKET FORMU**

Sayın katılımcı; bu çalışma ‘Suça sürüklenen çocukların sağlık bakım gereksinimlerinin belirlenmesi’ amacıyla yapılmaktadır. Anket formunda yer alan sorulara vereceğiniz cevaplar bilime katkı sağlayacak olup, verileriniz gizli tutulacaktır. Anketleri doldurmanız ve fizik muayenesi olmanız; bu çalışmaya gönüllü olarak katıldığınız anlamına gelmektedir. Herhangi bir sorunuz olması durumunda araştırmacıya aşağıda verilen adresten ulaşabilirsiniz. Gönüllü katılımınız için teşekkür ederiz.

**ARAŞTIRMACI****Serap GÖKBEL**

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı

**İSOSYO-DEMOGRAFİK VERİLER:****1.Cinsiyetiniz:** ( ) Kız ( ) Erkek**2.Yaşınız:****3.Medeni durumunuz:** ( ) Evli ( ) Bekar ( ) Dul**4.Doğum yeriniz:****5.Eğitim durumunuz:**

- ( ) Okur-yazar değil ( ) Okuryazar  
 ( ) İlkokul öğrencisi ( ) İlkokul mezunu  
 ( ) Ortaokul öğrencisi ( ) Ortaokul mezunu  
 ( ) Lise öğrencisi ( ) Lise mezunu  
 ( ) Diğer.....

**6. Eğitiminize devam etme ile ilgili düşünceniz:**

- ( ) Evet devam etmek istiyorum.  
 ( ) Hayır devam etmek istemiyorum.

**7.Aile yapınız:**

- ( ) Çekirdek aile  
 ( ) Geniş aile  
 ( ) Parçalanmış aile  
 ( ) Diğer.....

**8.Kardeş sayınız:****9.Aşağıda ailenizle ilgili verilen soruları cevaplayınız.**

	<b><u>Anne</u></b>	<b><u>Baba</u></b>
<b>Eğitim durumu:</b>		
<b>Yaşı:</b>		
<b>Mesleği:</b>		
<b>Sosyal güvencesi:</b>		

**10. Anne babanın yakınlık derecesi : (birden fazla seçenek işaretlenebilir)**

	<u>Öz</u>	<u>Üvey</u>	<u>Vefat</u>	<u>Diğer</u>
<b>Anne:</b>				
<b>Baba:</b>				

**11. Anne ve babanın birlikte yaşama durumu:**

- ( ) Birlikte yaşıyorlar( resmi nikahlı)  
 ( ) Birlikte yaşıyorlar( resmi nikahları yok)  
 ( ) Ayrı yaşıyorlar(boşanmış)  
 ( ) Ayrı yaşıyorlar (evleri ayrı)  
 ( ) Diğer.....

**12. Aileniz şu an oturduğu yere başka yerden göç ederek mi geldi ?**

- ( ) Evet  
 ( ) Hayır

**13. Evet ise neden göç ettiniz?**

**14. Bugüne kadar para kazanmak için herhangi bir işte çalıştınız mı?**

- ( ) Evet ...açıklayınız.....  
 ( ) Hayır

**15. Evet ise, çalışmaya başlama yaşıınız:**

**16. Çalışma yeriniz:**

- ( ) Sokakta  
 ( ) İşyerinde  
 ( ) Ailemle  
 ( ) Diğer.....

**17. Çalışmaya başlama nedeniniz:**

- ( ) Ailemin isteği ile  
 ( ) Ekonomik nedenlerle  
 ( ) Çalışan arkadaşlarımla baskısıyla/isteğiyle  
 ( ) Kendim istedim  
 ( ) Diğer.....

**18. Ailenizde suç işleyen bireyin olma durumu:**

- ( ) Evet...açıklayınız.....  
 ( ) Hayır

**19. Toplam ceza süreniz:**

**20. Ne kadar süredir cezaevindesiniz?**

**21. Daha önce cezaevinde yattınız mı?**

- ( ) Evet.....evet ise kaç kez.....  
 ( ) Hayır



## II. SAĞLIK BAKIM GEREKSİNİMLERİNE İLİŞKİN VERİLER

### 1.SAĞLIĞIN ALGILANMASI- SAĞLIĞIN YÖNETİM BİÇİMİ

**22. Herhangi bir alerjiniz var mı?**

- Evet .....evet ise açıklayınız.....  
 Hayır  
 Bilmiyorum

**23.Sağlık durumunuzu nasıl algılıyorsunuz?**

- Kendimi sağlıklı buluyorum  
 Kendimi kısmen sağlıklı buluyorum  
 Kendimi sağlıklı bulmuyorum

**24.Herhangi bir sağlık sorunuz var mı?**

- Evet.....evet ise açıklayınız.....  
 Hayır

**25.Bugüne kadar geçirdiğiniz hastalıklar:**

- Evet.....evet ise açıklayınız.....  
 Hayır

**26.Sürekli tedavi/izlem gerektiren kronik bir hastalığınız var mı?**

- Evet ..... evet ise açıklayınız.....  
 Hayır

**27.Bugüne kadar kaza geçirme ve yaralanma durumunuz:**

- Evet ..... evet ise açıklayınız.....  
 Hayır

**28.Ameliyat geçirme durumunuz:**

- Evet ..... evet ise açıklayınız.....  
 Hayır

**29.Ailesinden Gelen Risk Faktörleri:**

	Bilmiyor	Var	Yok	Yakınlık Derecesi
<b>Kalp Hastalığı:</b>				
<b>Diyabet:</b>				
<b>Kanser:</b>				
<b>Hipertansiyon:</b>				
<b>Böbrek Hastalığı:</b>				
<b>Tüberküloz:</b>				
<b>Epilepsi:</b>				
<b>Hepatit:</b>				
<b>Diğer:</b>				

**30.Fiziksel engelinizin olma durumu:**

- Var.... var ise açıklayınız.....  
 Yok

**31. Herhangi bir protez kullanma durumunuz:**

Protez adı	Var	Yok	Süresi
İşitme cihazı			
Gözlük			
Yürümeye ilişkin protez			
Diğer			

**32. Ellerinizi ne zaman yıkarsınız?( birden fazla işaretleyebilirsiniz).**

- Yemekten önce  
 Yemekten sonra  
 Tuvalete girmeden önce  
 Tuvalete girdikten sonra  
 Sabah uyandıktan sonra  
 Gece yatmadan önce  
 Aklıma geldikçe yıkarım  
 Hiç yıkamam  
 Diğer

**33. Ellerinizi ne ile yıkarsınız?**

- Sabun ile  
 Su ile  
 Diğer.....

**34. Yüzünüzü ne zaman yıkarsınız?**

- Sabah kalkınca  
 Hiç yıkamam  
 Diğer.....

**35. Tırnaklarınızı hangi sıklıkla kesersiniz?**

- Haftada 1  
 Kesmem  
 Kesmem, tırnaklarımı yiyorum  
 Diğer.....

**36. Hangi sıklıkla banyo yapıyorsunuz?**

- Haftada bir  
 Ayda bir  
 Diğer.....

**37. Vücutunuzdaki tüyleri yok etmek için hangi yöntemi kullanıyorsunuz?****38. Vücutunuzdaki tüyleri hangi sıklıkla temizliyorsunuz?**

- Haftada 1  
 15 günde 1  
 Ayda 1  
 Diğer.....

**39. Ayaklarınızı ne zaman yıkıyorsunuz?**

- Banyodan banyoya  
 Hiç yıkamam  
 Her gün akşam yıkarım  
 Diğer.....

**40. Küçük tuvaletinizi yaptıktan sonra küçük tuvaletinizi yaptığınız bölgeyi temizleme durumunuz:**

- Evet.....evet ise nasıl açıklayınız.....  
 Hayır...nedenini yazınız.....

**41. Büyük tuvaletinizi yaptıktan sonra bu bölgeyi temizleme durumunuz:**

- Evet.....evet ise nasıl açıklayınız.....  
 Hayır...nedenini yazınız.....

**42.İç çamaşırınızı ve kıyafetlerinizi değiştirme sıklığınız:**

	İç çamaşırı	Kıyafetleri
Her gün		
Haftada 1-2		
Haftada 3-4		
Sık değiştirmem		
Diğer		

**43.Saçlarınızı hangi sıklıkta tararsınız?**

- ( ) Her gün  
 ( ) Aklına geldikçe  
 ( ) Taramam  
 ( ) Diğer.....

**2.BESLENME VE METABOLİK DURUM**

**44.Günde kaç öğün yemek yiyorsunuz?**

- ( ) Bir öğün  
 ( ) İki öğün  
 ( ) Üç öğün  
 ( ) Diğer.....

**45.Günlük kahvaltınızı yapıyor musunuz?**

- ( ) Evet ( ) Hayır

**46.Günlük ortalama su tüketiminiz:**

- ( ) Günde 1-3 bardak  
 ( ) Günde 4-6 bardak  
 ( ) Günde 7-10 bardak  
 ( ) Günde 10 bardaktan fazla  
 ( ) Diğer.....

**47.Beslenme durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?**

- ( ) Genellikle iştahsızım  
 ( ) Normal iştahlıyım  
 ( ) Aşırı iştahlıyım  
 ( ) Diğer.....

**48.Son günlerde beklenmeyen bir kilo kaybı yaşadınız mı?**

- ( ) Evet ...evet ise kilo kaybı yaşama zamanınız..... Kaç kilo kaybettiniz?.....  
 ( ) Hayır

**49.İlaç kullanma durumunuz:**

- ( ) Evet  
 ( ) Hayır

**İlacın adı/türü      alış nedeni      alış yolu      düzenli kullanma durumu**  
**süresi**

.....

**50.Aşağıdaki maddeleri kullanma durumunuz:**

Maddenin adı	Evet	Hayır	Başlama yaşıınız
Sigara			
Alkol			
Uçucu madde(bali-uhu-tiner)			
Esrar- kokain			
Diğer			

**51.Dişlerinizi fırçalıyor musunuz?**

Evet  Hayır

**52.Dişlerinizi kaç kere fırçalıyorsunuz?**

Hiç fırçalamıyorum

Günde 1 kez

Günde 2-3 kez

Aklıma geldikçe

Diğer

**53.Kendinize ait bir diş fırçanız var mı?**

Evet  Hayır

**54.Diş fırçanızı hangi sıklıkta değiştiriyorsunuz?****3.BOŞALTIM ŞEKLİ****55.Günde kaç kere küçük tuvaletinizi yapıyorsunuz?****56.İdrar yaparken yanma hissediyor musunuz?**

Evet

Hayır

**57.İdrarınızı tutmada zorluk çekiyor musunuz?**

Evet

Hayır

**58.Geceleri idrar kaçırma probleminiz var mı?**

Evet.....evet ise ne kadar süredir var?.....

Hayır

**59.Kabızlık sorunuz var mı?**

Evet.....evet ise ne kadar süredir?.....

Hayır

**60.İshal probleminiz var mı?**

Evet.....evet ise ne kadar süredir?.....

Hayır

**4.AKTİVİTE-EGZERSİZ BİÇİMİ****61.Solunum sıkıntısı çekiyor musunuz?**

Evet.....evet ise ne zaman.....

Hayır

**62.Öksürük probleminiz var mı?**

Evet.....evet ise ne zaman.....

Hayır

**63.Egzersiz yapıyor musunuz?**

Evet evet ise egzersiz şekli..... egzersiz sıklığı..... egzersiz süresi.....

Hayır nedenini yazınız.....

**64.Boş zamanlarınızda ne yaparsınız? (birden fazla işaretleyebilirsiniz)**

Spor

Müzik

Resim

Kitap okumak

Bilgisayar oyunları oynamak

İnternete girmek

Ders çalışmak

Kursu katılmak

Diğer.....

**5.UYKU-İSTİRAHAT ŞEKLİ****65.Düzenli uyuyor musunuz?**

- Evet  
 Hayır  
 Bazen

**66.Uyku sorunuz var mı?**

- Evet  Hayır

**67.Uyku sorunuz varsa aşağıdakilerden hangisine sahipsiniz?**

- Uykuya dalmada güçlük  
Kabus görme  
 Erken uyanma  
 Diğer.....

**6. BİLİŞSEL ALGILAMA BİÇİMİ****68.Ağrınız var mı?**

- Evet..... evet ise açıklayınız.  
 Hayır

**69.Ağrınızı azaltmak için ne yapıyorsunuz?****70.Hafızanızı nasıl değerlendiriyorsunuz?**

- Çok kötü  
 Kötü  
 İyi  
 Çok iyi

**71.Dikkatinizi toplamada güçlük çekiyor musunuz?**

- Evet  
 Hayır

**72.Öğrenme güçlüğü yaşıyor musunuz?**

- Evet  
 Hayır

**7. KENDİNİ ALGILAMA, KENDİNİ KAVRAMA ŞEKLİ****73.Korkularınız var mı?**

- Evet.... evet ise açıklayınız.....  
 Hayır

**74.Huzursuzluğunuz var mı?**

- Evet.... evet ise açıklayınız.....  
 Hayır.....

**75.Ruhsal durumunuzu nasıl tanımlarsınız?**

- Kendimi ruhsal yönden iyi hissediyorum  
 Kendimi ruhsal yönden bazen iyi hissediyorum  
 Kendimi ruhsal yönden iyi hissetmiyorum.  
 Fikrim yok

**76.Kendinizi nasıl değerlendiriyorsunuz?**

- Kendimi çok değerli bulurum  
 Kendimi değerli bulurum  
 Kendimi değersiz bulurum  
 Diğer.....

**77.Geleceğe ilişkin düşünceniz?**

- Eğitimime devam etmek istiyorum.  
 Meslek sahibi olmak istiyorum.  
 Diğer...

**8.ROL İLİŞKİ ŞEKLİ****78.Sizi etkileyen önemli bir kayıp yaşadınız mı?**

- Evet..... evet ise açıklayınız.....  
 Hayır

**79.Ailenizle ilişkileriniz nasıl değerlendiriyorsunuz?**

- Kötü  
 Orta  
 İyi  
 Çok iyi  
 Diğer.....

**80.Ailenizle görüşüyor musunuz?**

- Evet.....evet ise sıklığı.....  
 Hayır...hayır ise nedeni.....

**81.Çevrenizdeki insanlarla ilişkilerinizi nasıl değerlendiriyorsunuz?**

- Kötü  
 Orta  
 İyi  
 Çok iyi  
 Diğer

**82.Bulduğunuz kurumda arkadaşınızın olma durumu?**

- Var  
 Yok

**83.Arkadaşlarınızla ilişkilerinizi nasıl değerlendiriyoruz?**

- Kötü  
 Orta  
 İyi  
 Çok iyi  
 Diğer

**84.Çevrenizde kime güvenirsiniz?**

- Aileme  
 Arkadaşlarıma  
 Kimseye  
 Kendime  
 Diğer.....

**85.Kendine zarar verme isteğinin olma durumu?**

- Evet.....evet ise açıklayınız.....  
 Hayır

**86.Başkalarına zarar verme isteğinin olma durumu?**

- Evet.....evet ise açıklayınız.....  
 Hayır

**9. STRES İLE BAŞETME/ TOLERE ETME DURUMU****87.Size göre sizde strese yol açan faktörler nelerdir?****88.Strese yol açan bu faktörlerle nasıl baş ediyorsunuz?****10. İNANÇ VE DEĞERLER ŞEKLİ****89.Size göre yaşamın anlamı nedir?****90. Dini inançlarınızı yerine getirme durumunuz?**

**EK 2****FİZİK MUAYENE FORMU**

Ateş:

Kan basıncı:

Nabız:

Solunum sayısı:

Kilo:

Boy:

	Var	Yok	Nedeni	Ne kadar süredir
<b>DERİ:</b>				
Sarı renk				
Siyanotik (dudak, burun)				
Solukluk				
Kuru cilt				
Turgorunda değişiklik				
Çürük-ezik				
Koku (yapıştırıcı madde)				
Kaşıntı (bit-mantar)				
Hematom				
Ekimoz				
Skar dokusu				
Diğer				
<b>SAÇLI DERİ:</b>				
Saç dökülmesi				
Kellik				
Bit-sirke				
Kepeklenme				
Diğer				
<b>TIRNAKLAR:</b>				
Soluk				
Siyanotik				
Çomaklaşma				
Diğer				
<b>BAŞ BOYUN:</b>				
Yüzde ödem				
Döküntü				
Akne				
Tonsillerde büyüme				
Diğer				
<b>AĞIZ VE DİŞ:</b>				
Ağızda kuruluk				
Ağızda aft				
Diş etlerinde kanama				
Diş etlerinde çekilme				
Diş etlerinde ödem				
Şekil bozukluğu				
Çürük diş sayısı				
Eksik diş sayı				
Normal dil rengi görünümü				
Diğer				

<b>SOLUNUM SİSTEMİ:</b>				
Dispne				
Öksürük				
Balgam				
Hemoptizi				
Diğer				
<b>KARDİYOVASKÜLER SİSTEM:</b>				
Boyun venlerinde dolgunluk				
Çarpıntı				
Baygınlık hissi				
Göğüs ağrısı				
Diğer				
<b>GASTROİNTESTİNAL SİSTEM:</b>				
Karın ağrısı				
Melena				
Hematemez				
Diyare				
Distansiyon				
Yanma-ekşime				
Yutma güçlüğü				
Bulantı kusma				
Herni(umbilikal)				
Konstipasyon				
Diğer				
<b>SİNİR SİSTEMİ:</b>				
Titreme				
Motor kaybı				
Kuvvet kaybı				
Paraestezi				
Denge bozukluğu				
Baş dönmesi				
Diğer				
<b>RUHSAL VE DUYGUSAL DURUM:</b>				
Unutkanlık				
Yer zaman kişi oryantasyonu				
Heyecan				
Uykulu durum				
Kekemelik				
Enürezis				
Enkoprezis				
Parmak emme				
Tırnak yeme				
Tik				
Diğer				



<b>ÜREME VE ÜRİNER SİSTEM:</b>				
İnmemiş testis				
Hematüri				
Yan ağrısı				
İdrar yaparken ağrı				
Zorla idrar yapma				
Kum/taş düşürme				
Akıntı				
Herni(inguinal)				
Testiste ağrı				
Diğer				
<b>KAS İSKELET SİSTEMİ:</b>				
Bel ağrısı				
Kifoz				
Skolyoz				
Lordoz				
Düşük ayak(düz tabanlık)				
Diğer				
<b>DUYU ORGANLARI:</b>				
<b>Göz:</b>	Sağ	Sol	Sağ	Sol
Görme kaybı				
Şaşılık				
Renk körlüğü				
Ekzoftalmiya				
Pitozis				
Sarılık				
Kızarıklık				
Katarakt				
Çapaklanma				
Sulanma				
Akıntı				
Diğer				
<b>Kulak:</b>	Sağ	Sol	Sağ	Sol
İşitme sorunu				
Kulakta ağrı				
Kulakta kaşıntı				
Kulakta akıntı				
Kulakta şekil bozukluğu				
Diğer				
<b>Burun:</b>				
Burun kanaması				
Deviasyon				
Akıntı				
Diğer				

### EK 3. Vücut Kitle İndeksi Persentil Değerleri Tablosu

Tablo III. Vücut kitle indeksi persentil değerleri (kg/m<sup>2</sup>)

Erkek							Kız							
5	15	25	50	75	85	95	Yaş	5	15	25	50	75	85	95
11.4	12.2	12.7	13.7	14.6	15.2	16.1	Doğum	11.4	12.2	12.6	13.5	14.4	14.9	15.8
14.4	15.3	15.8	16.9	18.0	18.6	19.7	3 ay	13.9	14.8	15.3	16.3	17.3	17.9	18.9
15.0	15.9	16.5	17.5	18.6	19.2	20.3	6 ay	14.7	15.4	15.9	16.9	18.0	18.6	19.7
15.1	16.0	16.5	17.5	18.6	19.3	20.4	9 ay	14.8	15.5	16.0	17.0	18.0	18.6	19.8
14.9	15.7	16.2	17.2	18.3	18.9	20.0	12 ay	14.6	15.3	15.7	16.6	17.7	18.2	19.4
14.7	15.5	16.0	17.0	18.0	18.6	19.7	15 ay	14.5	15.1	15.6	16.4	17.4	18.0	19.1
14.5	15.3	15.7	16.7	17.7	18.3	19.3	18 ay	14.2	14.9	15.3	16.2	17.1	17.7	18.8
14.3	15.0	15.4	16.3	17.3	17.9	19.0	2yaş	14.0	14.6	15.1	15.9	16.9	17.4	18.5
14.2	14.8	15.3	16.2	17.2	17.7	18.8	2.5yaş	13.9	14.6	15.0	15.8	16.7	17.3	18.3
13.9	14.6	15.0	15.9	17.0	17.6	18.7	3 yaş	13.8	14.4	14.8	15.5	16.4	17.0	17.9
13.8	14.5	14.9	15.8	16.8	17.4	18.5	3.5 yaş	13.7	14.3	14.7	15.5	16.4	17.0	18.0
13.7	14.4	14.8	15.7	16.7	17.3	18.4	4 yaş	13.6	14.2	14.6	15.4	16.4	17.0	18.1
13.6	14.2	14.7	15.6	16.6	17.2	18.4	4.5 yaş	13.5	14.2	14.6	15.4	16.5	17.1	18.2
13.5	14.2	14.6	15.5	16.5	17.1	18.3	5 yaş	13.4	14.1	14.5	15.4	16.5	17.2	18.5
13.4	14.1	14.5	15.4	16.5	17.1	18.4	5.5 yaş	13.4	14.0	14.5	15.5	16.6	17.3	18.8
13.4	14.1	14.5	15.4	16.5	17.2	18.5	6 yaş	13.3	14.0	14.5	15.5	16.7	17.5	19.1
13.6	14.3	14.7	15.7	16.9	17.6	19.1	7 yaş	13.3	14.0	14.5	15.6	16.9	17.8	19.7
13.8	14.5	15.0	16.1	17.4	18.2	19.9	8 yaş	13.4	14.2	14.7	15.9	17.4	18.4	20.4
14.0	14.8	15.3	16.5	18.0	19.0	21.0	9 yaş	13.6	14.5	15.1	16.4	18.1	19.2	21.5
14.1	15.1	15.7	17.1	18.9	20.1	22.5	10 yaş	13.9	14.9	15.6	17.1	19.0	20.2	22.6
14.6	15.8	16.5	18.2	20.4	21.7	24.5	11 yaş	14.5	15.6	16.4	18.0	20.0	21.3	23.8
15.2	16.5	17.4	19.3	21.7	23.1	26.0	12 yaş	15.3	16.5	17.3	19.0	21.1	22.3	24.8
15.6	17.0	18.0	19.9	22.3	23.7	26.5	13 yaş	16.3	17.5	18.3	19.9	21.9	23.1	25.4
16.4	17.7	18.6	20.5	22.8	24.2	27.0	14 yaş	17.1	18.3	19.0	20.6	22.5	23.6	25.8
17.2	18.5	19.4	21.2	23.4	24.8	27.6	15 yaş	17.7	18.8	19.5	21.0	22.8	23.9	26.0
18.0	19.3	20.1	21.9	24.1	25.4	28.2	16 yaş	18.1	19.1	19.8	21.2	23.0	24.0	26.1
18.7	19.9	20.7	22.5	24.7	26.1	28.8	17 yaş	18.5	19.5	20.1	21.5	23.1	24.2	26.2
19.2	20.5	21.3	23.1	25.2	26.6	29.4	18 yaş	19.0	19.9	20.5	21.8	23.3	24.3	26.1


## EK 4. ETİK KURUL İZİNİ

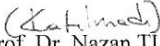
### T.C. MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR VE YAYIN ETİĞİ KURULU DEĞERLENDİRME FORMU


<b>SAĞLIK BİLİMLERİ ETİK KURULU</b>	
Protokol No: 52	Karar No: 51
<b>Araştırmanın Yürütücüsü</b>	MSKÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Serap GÖKBEL
<b>Araştırmanın Başlığı:</b>	Suçta Sürüklenen Çocukların Sağlık Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi
<b>Başvuru Formunun Etik Kurula Geldiği Tarih:</b>	10.03.2015
<b>Başvuru Formunun Etik Kurulda İncelendiği Tarih:</b>	10.03.2015
<b>Karar Tarihi:</b>	19.03.2015

#### SONUÇ


1.	<input checked="" type="checkbox"/> Kabul. Araştırmanın/Projenin uygulanabilirliği konusunda bilimsel araştırmalar etiği açısından bir sakınca yoktur.
2.	<input type="checkbox"/> Düzeltme gereklidir.
3.	<input type="checkbox"/> Red.

  
Prof. Dr. Yasemin BALCI  
(Başkan)

  
Prof. Dr. Nazan TUĞAY

  
Prof. Dr. Erşan KARABABA

  
Prof. Dr. Feral ÖZTÜRK

  
Prof. Dr. Nilgün TURHAN



**EK 5. KURUM İZİNİ**

T.C.  
ADALET BAKANLIĞI  
Ceza ve Tevkifevleri Genel Müdürlüğü

Sayı : 85138863-203.02/435/101224  
Konu : Tez izin talebi

19/06/2015

MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE  
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı

İlgi: 01.06.2015 tarih ve 28677689-302.08.00.00-1808/9110 sayılı yazınız.

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans programı öğrencisi Serap GÖKBEL'in "Suça Sürüklenen Çocukların Sağlık Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi" konulu tez çalışması kapsamında İzmir Çocuk ve Gençlik Kapalı Ceza İnfaz Kurumlarında bulunan çocuklara yönelik anket uygulayabilme talebine ilişkin ilgi yazınız ve eki incelendi.

Söz konusu çalışmada; çocuğun yüksek yararı ve özel hayatın gizliliği ilkesine dikkat edilmesi, çocukların rızalarının alınması, çocukların kimlikleri, geçmişleri, işledikleri suç ve aileleri ile ilgili bilgilerin teşhir edilmemesi, kurumun işleyişinin aksatılmaması için kurum müdürü ile birlikte çalışma takviminin belirlenmesi, kurum idaresi, eğitim ve psiko-sosyal yardım servis görevlileri refakatinde gerçekleştirilmesi, sosyo-demografik bilgi anketinde yer alan 5'inci (gelir durumunuz) ve 20'nci (bu kuruma gelme nedeniniz) sorularının sorulmaması, fiziki muayene formunda geçen hemoglobin değerinin ölçülmemesi ve fiziki muayenenin fiziki temasta bulunulmadan görsel izlenimle yapılması, araştırma tamamlandıktan sonra sonuçların ve varsa önerilerin bir rapor halinde Genel Müdürlüğümüze gönderilmesi, çalışmadan elde edilecek verilerin Genel Müdürlüğümüzün izni olmadan hiçbir şekilde kullanılmaması, yazılı ve görsel basın organları ile paylaşılması koşullarıyla yapılması uygun bulunmuştur.







Çocukların topluma kazandırılmasına yönelik sürdürdüğünüz çalışmalarınızdan dolayı teşekkür eder, bilgilerinize rica ederim.

Ali YILDIZ  
Hâkim  
Bakan a.  
Genel Müdür Yardımcısı

Konya Yolu No 70 Beşevler 06330 ANKARA  
Telefon: (0312)204 16 38 – 204 13 57 Faks:223 43 91

Ayrıntılı bilgi için irtibat: H. KANOĞLU Şb.Md.  
e-posta: cte.adalet.gov.tr Elektronik Ağ: www.adalet.gov.tr

## EK 6. TEZ ÇALIŞMA TAKVİMİ

<b>ÇALIŞMA TAKVİMİ</b>	
TEZ HAZIRLAMA AŞAMALARI	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 -----2015-----//-----2016-----
<p><b>-Literatür taraması:</b> 1 Ocak 2015- 15 Aralık 2016</p>	
<p><b>-Tez konusunun belirlenmesi:</b> 1 Ocak 2015- 23 Ocak 2015</p>	
<p><b>-Anket formunun hazırlanması:</b> 15 Ocak 2015- 23 Ocak 2015</p>	
<p><b>-Etik kurul izninin ve kurum izninin çıkması:</b> 1 Şubat 2015- 1 Ağustos 2015</p>	
<p><b>-Verilerin toplanması, analizi ve değerlendirilmesi:</b> 1 Kasım 2015- 31 Ekim 2016</p>	
<p><b>-Rapor Yazımı:</b> 1 Şubat 2015- 15 Aralık 2016</p>	

**EK 7. KİŞİSEL BİLGİ FORMU**

<b>Kişisel Bilgiler</b>	
Adı Soyadı	: Serap GÖKBEL SÖNMEZ
Ünvan	: Hemşire
Doğum yeri ve yılı	: Bodrum/MUĞLA -1991

<b>Eğitim Bilgileri</b>
<p><b>Lisans:</b> Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü (2009-2013)</p> <p><b>Lise:</b> Bodrum Anadolu Lisesi (2005-2009)</p>

<b>Mesleki Bilgiler</b>
<p>- İzmir Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Hastanesi, Genel Pediatri Servisi ( 2013 Ekim- ...)</p> <p>- İzmir Medicalpark Hastanesi, Anestezi Yoğun Bakım Servisi (2013 Temmuz- Ekim)</p>

<b>Yabancı Dil Bilgisi</b>
-İngilizce