

T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ



**KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ ÇOCUK ERGEN PSİKİYATRİSİNE BAŞVURAN
SAĞLIK TEDBİRLİ HASTALARIN SOSYO-DEMOGRAFİK RİSK
FAKTÖRLERİNİN VE RUHSAL TANILARININ İNCELENMESİ**

Dr. UĞUR SARI

ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI
UZMANLIK TEZİ

2018

T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ



**KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ ÇOCUK ERGEN PSİKİYATRİSİNE BAŞVURAN
SAĞLIK TEDBİRLİ HASTALARIN SOSYO-DEMOGRAFİK RİSK
FAKTÖRLERİNİN VE RUHSAL TANILARININ İNCELENMESİ**

Dr. UĞUR SARI

ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI
UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Ayşen COŞKUN

Anabilim Dalı Başkanı

Prof. Dr. Ayşen COŞKUN

Etik Kurul Onay Tarihi: 2.2.2018

Karar No: KÜ GOKAEK 2018/2.11

Proje No: 2018/21

2018

İÇİNDEKİLER DİZELGESİ

TEŞEKKÜR.....	III
KISALTMALAR DİZELGESİ.....	IV
TABLolar DİZELGESİ.....	V
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	2
1. Çocukluk.....	2
2.1.1. Çocuğun tanımı.....	2
2.1.2. Çocukluğun tarihçesi.....	2
2.1.3. Korunma İhtiyacı Olan Çocuk	3
2.1.4. Suça Sürüklenen Çocuk	4
2. Çocuğun Korunması.....	5
2.2.1. Yasal Düzenlemeler.....	5
2.2.2. Koruyucu ve Önleyici Tedbir Kararları	11
3. Korunmaya Muhtaç ve Suça Sürüklenen Çocukların Özellikleri.....	14
2.3.1. Aile Özellikleri.....	14
2.3.1.1. Korunmaya Muhtaç Çocuklarda Aile Özellikleri.....	14
2.3.1.2. Suça Sürüklenen Çocuklarda Aile Özellikleri.....	18
2.3.2. Bireysel Özellikler.....	20
2.3.2.1. Korunmaya Muhtaç Çocuklarda Bireysel Özellikler.....	20
2.3.2.2. Suça Sürüklenen Çocuklarda Bireysel Özellikler.....	22
2.3.3. Çevresel Özellikler.....	25
2.3.3.1. Korunmaya Muhtaç Çocuklarda Çevresel Özellikler.....	25
2.3.3.2. Suça Sürüklenen Çocuklarda Çevresel Özellikler.....	26
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	28
1. Katılımcıların Seçimi.....	28
2. Yöntem.....	28
3. Gereçler.....	28
3.3.1. Sosyodemografik ve Klinik Özellikler.....	28
3.3.2. WISC-R.....	29

4. İstatistiksel Analiz.....	29
4. BULGULAR.....	30
1. Tedbir Kararları.....	30
2. Katılımcıların Aile Özellikleri.....	31
4.2.1. Katılımcıların Ebeveyn Özellikleri.....	33
4.2.2. Katılımcıların Aile İçi Olumsuz Özellikleri.....	37
4.2.3. Katılımcıların Kardeş Özellikleri.....	38
3. Katılımcıların Bireysel Özellikleri.....	40
4.3.1. Katılımcıların Tanı ve Hastalık Durumları	40
4.3.2. Katılımcıların Psikotrop İlaç Kullanımları.....	43
4.3.3. Katılımcıların Zeka Düzeyleri.....	44
4.3.4. Katılımcıların Okul Durumları.....	45
4.3.5. Katılımcıların Diğer Özellikleri.....	46
5. TARTIŞMA.....	48
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	58
7. KISITLILIKLAR.....	61
8. ÖZET.....	62
9. ABSTRACT.....	63
10. KAYNAKLAR.....	64

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimde kendisinden ve öğrencilerinden çok şey öğrendiğim, bu konuda kendimi oldukça şanslı hissettiğim, ayrıca tezimin danışmanlığını da üstlenen değerli hocam Prof. Dr. Ayşen Coşkun'a,

Uzmanlık eğitimim boyunca büyük bir içtenlikle bana yol gösterip destek olan, bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, güler yüz ve içtenlikleriyle bana her konuda destek olan hocalarım, Prof. Dr. Işık Karakaya'ya, Prof. Dr. Özlem Yıldız Gündoğdu'ya, Prof. Dr. Nursu Çakın Memik'e, Doç. Dr. Şahika Gülen Şişmanlar'a,

Uzmanlık eğitimim boyunca birlikte keyifle çalıştığım tüm asistan arkadaşlarıma ve diğer çalışanlara,

Tez çalışmam esnasında büyük yardımları olan, sevgili dostlarım Yunus Dursun, Ömer Nart ve Emrah Tatır'a,

Sevgilerini ve özverilerini hiç esirgemeyen, sahip olduğum için kendimi şanslı hissettiğim, sevgili annem, babam ve abime,

Ve desteğini hiç esirgemeyen, hayatın her alanında özverisini hissettiğim çok değerli eşime en içten teşekkürlerimi ve minnettarlığımı sunarım.

KISALTMALAR DİZELGESİ

BM: Birleşmiş Milletler

ÇKK: Çocuk Koruma Kanunu

DB: Davranım bozukluğu

DEHB: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu

DİE: Devlet İstatistik Enstitüsü

DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5. edisyon

KOKGB: Karşıt olma karşı gelme bozukluğu

MR: Mental retardasyon, zeka geriliği

OKB: Obsesif kompulsif bozukluk

OSB: Otizm spektrum bozukluğu

ÖÖG: Özgül öğrenme güçlüğü

SHÇEKK: Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu

SNGİ: Selektif nöradrenalin gerilim inhibitörü

SPSS: Statistical Program for Social Sciences

SSGİ: Selektif serotonin gerilim inhibitörü

TBMM: Türkiye Büyük Millet Meclisi

TCK: Türk Ceza Kanunu

TMK : Türk Medeni Kanunu

TSSB: Travma sonrası stres bozukluğu

T.C. : Türkiye Cumhuriyeti

UNESCO: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization

WISC-R: Wechsler Çocuklar için Zeka Ölçeği-Yeniden Gözden Geçirilmiş Formu

TABLolar DİZELGESİ

Tablo 1. Tedbir Kararları

Tablo 2. Sağlık Tedbiri Nedenleri

Tablo 3. Aile Özellikleri

Tablo 4. Ebeveynlerin Yaş Ortalamaları

Tablo 5. Anne Özellikleri

Tablo 6. Baba Özellikleri

Tablo 7. Aile İçi Olumsuz Özellikler

Tablo 8. Kardeş Sayıları

Tablo 9. Ev İçinde Kardeş Varlığı

Tablo 10. Kardeşlerin Hastalık Durumları

Tablo 11. Ruhsal Tanılar

Tablo 12. Fiziksel Hastalık Durumları

Tablo 13. Psikotrop İlaç Kullanım Durumları

Tablo 14. Zekâ Puanı Ortalamaları

Tablo 15. Okul Durumları

Tablo 16. Sosyal Aktiviteye Gitme Durumları

Tablo 17. Olumsuz Yaşam Olayı Durumu

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Tüm dünyada var olan sosyoekonomik sorunlardan en çok çocuklar olumsuz etkilenmekte, bazı çocukların temel gereksinimleri karşılanamamakta ve sağlıklı birer birey olarak yetişmelerinin önünde engeller bulunmaktadır. Zamanla küçülen bazı ailelerin çocuklarına bakamadıkları durumlar ortaya çıkabilmektedir. Bu çocukların toplumsal sistem tarafından korunma gereklilikleri söz konusu olmaktadır. Korunması gereken çocuklar olgusu, her toplumun içinde bulunduğu kendine özgü ortamın ürünü ve önemli sosyal sorunlardan biri olarak kendini göstermektedir. Bu sorundan etkilenen çocukların profili, sayı ve nitelik bakımından zaman içerisinde değişimlere uğramakta ve sorunu ortaya çıkaran etkiler bağlamında yoğunluğu zaman içerisinde ve ülkedeki konjonktüre göre farklılaşabilmektedir.¹ Çocuk Koruma Kanununda, korunmaya muhtaç çocuk; bedensel, zihinsel, ahlaki, sosyal ve duygusal gelişimi ile kişisel güvenliği tehlikede olan, ihmal ve istismar edilen ya da suç mağduru çocuklar olarak tanımlamıştır.²

Çocukluk çağında kötü muamele gören kişilerin, zihinsel ve fiziksel sağlık sorunlarına bağlı yetişkinlik döneminde depresyon, kaygı ve bozulma belirtilerinin olduğu, yaşam boyunca yüksek oranda alkol sorunlarının bulunabildiği ve madde bağımlılığı risklerinin yüksek olduğu bildirilmiştir.³ Korunma ihtiyacı içinde olan çocukların sorunlarının belirlenmesi ve bu sorunlara yönelik çözüm önerilerinin getirilmesi artık bir zorunluluk haline almıştır.⁴ Literatüre bakıldığında; ülkemizde yapılan çalışmalarda korunmaya muhtaç çocuklar ile ilgili farklı hasta gruplarıyla sosyo-demografik özelliklerin ve ruhsal tanılarının ortaya konulmasına yönelik çalışmalar bulunmasına rağmen sağlık tedbiri uygulanan hastalar özelinde yalnızca bir çalışmanın yapıldığı fakat kontrol grubunun olmadığı gözlemlenmiştir.

Bu araştırma belli bir zaman aralığında, hakkında sağlık tedbiri kararı alınmış olup çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğinde takibe gelen hastalar ile çocuk ergen psikiyatrisi polikliniğine ayaktan başvuran ve haklarında herhangi bir tedbir kararı bulunmayan hastaların arasında sosyo-demografik ve klinik özellikler bakımından anlamlı bir fark olup olmadığını belirlemek, çocukların korunmaya muhtaçlığı açısından öngörücü belirteçleri saptamak ve sağlık tedbiri alınması açısından riskli hastaları önceden belirleyerek tedavi altına almak amacıyla tasarlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. ÇOCUKLUK

2.1.1. Çocukluğun Tarihçesi

Postman "Çocukluğun Yok Oluşu" isimli kitabında antik dönemde çocukların nasıl tanımlandığı ile ilgili yeterli bilgi bulunmadığını, çocukluğun özel bir dönem olmasına rağmen bu dönemin yeterince incelenmediği ve çocukluğun bebeklik ile yaşlılık arasındaki her çağı içeren bir kavram olarak kullanıldığını ifade etmiştir.⁵ Günümüzdeki çocuk ve çocukluk tanımlamasından Orta Çağ'da bahsedilmediği, çocukların küçük yetişkinler şeklinde algılandığı belirtilmektedir.⁶

Yine Postman, çocukluğun keşfedilmesi ile ilgili, çocukluğun henüz yeni bir tasarım olduğunu, çocukluk kavramının 13.-16. yüzyıllar arasında ortaya çıktığını ve 150 yıl önce somut bir kavram olarak belirdiğini, çocukluk fikrinin Rönesans'ın en büyük ve belki de en insanı buluşu olduğunu aktarmıştır.⁵

İkinci dünya savaşının çocuklara olumsuz etkilerinin yoğun biçimde gözlemlenmesi ile birçok ülkenin çocuklar konusunda daha hassas olmaya başladıkları ifade edilmektedir.⁷ Bilimsel gelişmeler, insan hakları ile ilgili çalışmalar ve gelişimsel bakış açısının gelişmesi ile çocukluğa ait bütün kavram ve tanımlar değişmiş, 20. yüzyıl, "Çocuk Yüzyılı" olarak kendini göstermiştir.⁶

2.1.2. Çocuğun Tanımı

Günümüzde çocuğun farklı tanımlamaları bulunmakla birlikte Türk Dil Kurumu sözlüğünde çocuk "Bebeklik ile erginlik arasındaki gelişme döneminde bulunan oğlan veya kız, uşak" olarak tanımlanmıştır.⁸

Türkiye'nin 14 Eylül 1990'da imzaladığı Birleşmiş Milletler Çocuk Haklarına Dair Sözleşmesi (ÇHS) 1. Maddesi'nde çocuk "Bu Sözleşme uyarınca çocuğa uygulanabilecek olan kanuna göre daha erken yaşta reşit olma durumu hariç, onsekiz yaşına kadar her insan çocuk sayılır." şeklinde çocukluk dönemini, mahkeme kararı ile rüştün kazanılması durumu haricinde 18 yaş altı dönem olarak tanımlamıştır.⁹

5237 sayılı Türk Ceza Kanununun (TCK) 6/1-c maddesinde çocuk “18 yaşını doldurmamış kişi” olarak tanımlanmıştır.¹⁰ 5395 sayılı Çocuk Koruma Kanununun (ÇKK) 3/1-a maddesinde ise “daha erken yaşta ergin olsa bile, 18 yaşını doldurmamış kişi” çocuk olarak tanımlanmıştır.² Bu kanunlar ışığında 18 yaşını doldurmamış her insanın çocuk sayıldığı, kişi 18 yaşından önce ergin (reşit) olsa da çocuk sayılmaya devam edeceği ve Türk hukukuna göre çocuk teriminin kişiliğin başlangıcı için gerekli olan sağ ve tam doğum şartını gerçekleştirmiş ve on sekiz yaşın altındaki tüm bireyleri kapsayıcı bir terim olduğu düşünülmelidir.

2.1.3. Korunma İhtiyacı Olan Çocuk

Çocukluğun, korunması gereken bir dönem olduğu düşüncesi 17. ve 18. yüzyıllar Avrupa’ında Aydınlanma döneminin ve teknolojik gelişmelerin etkileriyle modern çocukluk anlayışının ortaya çıkması ile gelişmeye başlamıştır. Postman’a göre, 19. yüzyılda devletin, çocukların koruyucusu olarak yasa yapma hakkı olduğu düşüncesi yeni ve radikal bir fikir olarak ortaya çıkmıştır.⁵

Yoksul veya kimsesiz çocuklar olarak adlandırılan çocukların tanımlanmasına paralel olarak, yoksul veya kimsesiz olmayan çocukların da korunma ihtiyacı olabilmesi sebebiyle, korunmaya muhtaç çocuk kavramı doğmuştur. Koşar, her yönden sağlıklı yetişmesi için gerekli koşulların sağlanamadığı çocuğu, en geniş anlamıyla korunmaya muhtaç çocuk olarak tanımlamıştır.¹¹

Ülkemizde ilk olarak 2828 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu(SHÇEKK)’nda Korunmaya İhtiyacı Olan Çocuğu; beden, ruh ve ahlak gelişimleri veya şahsi güvenlikleri tehlikede olup;

- a) Ana veya babasız, ana ve babasız,
- b) Ana veya babası veya her ikisi de belli olmayan,
- c) Ana ve babası veya her ikisi tarafından terk edilen,

d) Ana veya babası tarafından ihmal edilip; fuhuş, dilencilik, alkollü içkileri veya uyuşturucu maddeleri kullanma gibi her türlü sosyal tehlikelere ve kötü alışkanlıklara karşı savunmasız bırakılan ve başıboşluğa sürüklenen çocuk, şeklinde tanımlanmıştır.¹²

15 Temmuz 2005’de yürürlüğe giren 5395 sayılı Kanun’un 3. maddesinde Korunmaya İhtiyacı Olan Çocuk kavramı genişletilerek; “bedensel, zihinsel, ahlaki, sosyal ve duygusal gelişimi ile kişisel güvenliği tehlikede olan, ihmal ve istismar edilen ya da suç mağduru çocuklar” olarak tanımlanmıştır.²

2.1.4. Suça Sürüklenen Çocuk

Bireylerin birbirleriyle olan ilişkileri ile toplumsal gruplar, toplumsal grupların bir araya gelmesiyle de toplum oluşur. Toplumun, sürekli değişmekte olan bir yapı olduğu söylenebilir. Toplumun oluşuran bireyler de değişmektedirler. Bireyin değişim hızı ile toplumun değişim bireyler her zaman bu değişime ayak uyduramayabilirler. Aradaki bu uyumsuzluk çeşitli sorunların özellikle de suç ve suçluluğun kaynağını oluşturabilir.¹³ Çocuk ve ergenlerin suça sürüklenmesi dünyada hızla artan toplumsal bir sorundur.¹⁴

Çocuk Koruma Kanunu’nda (ÇKK); “daha erken yaşta ergin olsa bile, onsekiz yaşını doldurmamış kişi” çocuk olarak kabul edilmekte; bu kapsamda, yasalarda suç olarak tanımlanan bir fiili işlediği iddiası ile hakkında soruşturma veya kovuşturma yapılan veya işlediği fiilden dolayı hakkında güvenlik önlemi kararı alınan çocuklar “suça sürüklenen çocuk” olarak tanımlanmaktadır.²

Çocuk Koruma Kanunu’na göre suça sürüklenen çocuk, kanunlarda suç olarak tanımlanan bir fiili işlediği iddiası ile hakkında soruşturma veya kovuşturma yapılan ya da işlediği fiilden dolayı hakkında güvenlik önlemi kararı alınan çocuk olarak tanımlanmaktadır.¹⁵

ÇKK ile birlikte çocukların suç işleyen bir suçlu olarak görülmesi yerine suça sürüklenmiş olduğu kavramı benimsenmiş; fail çocuğun aynı zamanda suçun mağduru olduğu kabul edilmiştir. Sonuçta temel olarak suça sürüklenen çocuğun cezalandırılması yerine korunması hedeflenmiştir. Bu yaklaşımla, çocukların suç eylemlerinin bir kısmının, içinde buldukları koşullardan köken aldığı, bir kısmının ise ergenliğe özgü davranışlar olduğu düşüncesinden hareketle, risk faktörlerinin araştırılması ve ortadan kaldırılması için gerekli önlemlere başvurulmasını sağlayan mekanizmaların oluşturulması hedeflenmiştir.¹⁶ Kanunda, çocukla ilgili tüm işlemlerde öncelikli olarak çocuğun yararının düşünülmesi ilkesi benimsenmiş, bu nedenle çocukların suç gibi sosyal risklerden korunmaları amacıyla, destekleyici ve koruyucu tedbirlere büyük yer verilmiştir.¹⁷

Adli sicil kaydı verilerinde Türkiye’de 2005 yılı içinde gelen davalardaki suçta sürüklenen çocuk sayısı 158.917; 100.000 çocuk nüfustaki suçta sürüklenen çocuk sayısı 1.530 olarak belirtilirken; 2015 yılı içinde açılan davalarda suçta sürüklenen çocuk sayısı 173.297, 100.000 çocuk nüfusta suçta sürüklenen sayısı ise 2.251 olduğu belirtilmiştir.¹⁸

2.2. ÇOCUĞUN KORUNMASI

Aydınlanma döneminin etkileriyle modern çocukluk anlayışının başlamasıyla 18. yüzyıldan sonra çocuğun korunması hakkında devletin de sorumlulukları olduğu anlayışı etkili olmuştur. Çocuk hakları ile ilgili en önemli değişim ve gelişmelerin 20. yüzyılda olması sebebi ile 20. yüzyıl çocuk yüzyılı olarak isimlendirilmiş, bu yüzyılda çocuğun değerli, önemli, kendine has özgü duygu, düşünce ve ihtiyaçları olan bir varlık olduğu düşüncesi öne çıkmıştır. Bu gelişmeler ile çocuk koruma sistemlerinin yasal ve örgütsel açıdan ortaya çıkmasının zemini oluşturulmuştur. Ülkelerin gelişmişlik düzeyleri, ekonomi uygulamaları ve sosyal politikalarının aynı şekilde çocuk koruma sistemlerine yansıdığı söylenebilir. Çocuk refahı politikaları gelişmişlik seviyesiyle ilişkili olarak, yasal ve örgütsel açıdan önemli değişimler geçirmiştir. Çocukluk dönemine bakış açısındaki ve çocuk refahı politikalarındaki bu değişim ve gelişmeler sayesinde çocuk koruma sistemlerinin ortaya çıkmıştır. Günümüzde çocuk koruma sistemleri; çocuğun refahına yönelik hizmetlerinin organize edildiği, çocuğun ihmal ve istismardan korunması gibi ‘çocuğun yüksek yararını’ temel alan hizmetlerin yürütüldüğü yasal ve örgütsel sistemlerdir. Ülkelerde ve çocukların iyilik halini tehdit eden risk faktörleri karşısında, çocukların gereksinimlerini karşılamak, çocuk ihmallerini ve çocuk istismarını önlemek hedefiyle, çocuk koruma sistemleri, çağdaş toplumsal refah sistemlerinde yerlerini almışlardır.^{1,19}

2.2.1. Yasal Düzenlemeler

İsviçre’nin Zurih Kantonu’nda 1779 yılında kabul edilen “emirname”nin çocuk hakları alanında ilk politika belgesi olduğu kabul edilmektedir.²⁰ Tarihsel açıdan bakıldığında coğrafyamızda yaşamış olan İlhanlı ve Selçuklu gibi hükümdarlıkların korunmaya muhtaç çocuklara yönelik kurum oluşturdukları bilinmektedir.^{21,22} Osmanlı döneminde ise; babası ölen çocukların mağduriyetinin önüne geçmek amacı ile kurulan Eytam Sandıkları, yine korunmaya muhtaç çocuklara “yetimhane” ve eğitim desteği verilen Mithatpaşa

ıslahhaneleri, 1873 yılında yoksul ve yetim çocukların eğitim-öğretimine destek olmak amacıyla kurulan ve halen hizmet vermeye devam eden Darüşşafaka, kurulduğu dönemde yoksul kadın ve çocuklara hizmet verilen Hamidiye Etfal Hastanesi, muhtaç yetişkinler, özürllüer ve korunmaya muhtaç çocuklara hizmet amaçlı kurulan Darülaceze, kimsesiz, bakıma muhtaç çocukların korunmasını ve eğitimini amaçlayan Darüleytam'lar, gibi korunmaya muhtaç çocuklara hizmet veren kuruluşların varlığı bilinmektedir.²³⁻²⁶

Türkiye Cumhuriyeti'nin kurucusu Gazi Mustafa Kemal Atatürk'ün de 1924 yılında imzaladığı Cenevre Çocuk Hakları Bildirgesi ile başlayan çocuğun korunmasına yönelik yasal adımlar ve çocuk haklarına yönelik uluslararası yürütülen çalışmalar, II. Dünya Savaşı sebebiyle duraklamış, savaş bitimiyle Birleşmiş Milletler (BM) uluslararası örgütü önderliği ile devam ettirilmiştir. Cenevre Çocuk Hakları Bildirgesi "Dünyadaki çocuklara asgari bir özen gösterilmelidir" temel prensibi ile 1959 yılında BM Genel Kurulunca kabul edilmiştir.²⁷

Ülkemizde, çocuk ve çocuk haklarının korunmasıyla ilgili özel olarak çıkarılan ilk kanun 5387 nolu, Korunmaya Muhtaç Çocuklar Hakkında Kanun olup, 23 Mayıs 1949'da kabul edilmiştir.²⁸ Ülkemizde 1982 yılında kabul edilen Anayasa'nın değişik maddelerinde çocuğun korunmasına ilişkin yasal düzenlemeler yer almaktadır.²⁹

Ülkemizde çocuk koruma sistemi açısından en önemli düzenleme sayılan 1983 yılında kabul edilen 2828 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu(SHÇEKK) ile "Korunmaya İhtiyacı Olan Çocuk" tanımı yapılmış ve Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu(SHÇEK) bu kanunla hizmet vermeye başlamıştır. SHÇEK'e, korunmaya muhtaç çocuklara ve ailelere sosyal hizmetleri planlamak, bu hizmeti uygulamak, rehberlik hizmetleri sağlamak, koordine etmek, yönlendirmek ve denetleme gibi görevler verilmiştir.^{1,12}

"Dünya Çocuk Yılı" ilan edilen 1979 yılında başlatılan çalışmalar neticesinde, 20 Kasım 1989'de Birleşmiş Milletler Genel Kurulu tarafından Çocuk Hakları Sözleşmesi kabul edilmiştir.²⁷

Uluslararası hukukta çocuk haklarına dair en kapsamlı belge olan ÇHS, Dünya Çocuklarının "İnsan Hakları Yasası" sayılmaktadır. Çocuk Haklarına yasa gücü kazandıran ilk metin sayılan ÇHS, insan hakları alanında yapılan sözleşmeler arasında en kısa

zamanda yürürlüğe giren ilk sözleşmedir. Diğer sözleşmelerden farklı olarak çocukların katılım hakkını da içermektedir. ÇHS ile çocukların kendi haklarında karar verebilme ve kişiliklerini geliştirme, toplumsal örgütlenmelerde kendilerini ifade edebilme hakları tanınmıştır. Sözleşmede özel ilgi ve eğitim gerektiren çocuklar için özel düzenleme ve hükümler de yer almaktadır.³⁰

ÇHS’de yer alan çocuk hakları, dört ana grupta toplanabilir.

Yaşama hakları, çocuğun yaşama ve uygun yaşam standartlarına sahip olma, barınma, tıbbi bakım, beslenme ve benzeri temel ihtiyaçlarının karşılanmasını öngören hakları içermektedir.

Gelişme hakları, çocuğun kabiliyetlerinin azami düzeyde gerçekleştirebilmesi amaçlı eğitim hakkı, oyun ve dinlenme hakkı, din, vicdan ve düşünce özgürlüğü, bilgi alma hakkı, bilgi edinme hakkı gibi hakları içermektedir.

Katılma hakları, çocuğun ailede ve toplumda etkinlik kazanmasını sağlamak için, görüşlerini açıklama ve kendisini ilgilendiren konularda karara katılma, düşünce, düşüncelerini ifade etme, vicdan ve din özgürlüğü, dernek kurma ve toplanma haklarıdır. Böylece insan haklarıyla bağlantılı bütün haklar çocuklara tanınmıştır.

Korunma hakları, çocuğu her türlü ihmal, istismar ve sömürüye karşı korunması amaçlı verilen haklardır. Bunlar yargı sisteminde, silahlı çatışmada, çalışma yaşamında; fiziksel, duygusal, cinsel istismar, madde bağımlılığı ve sığınmacı (mülteci) çocuklar için özel bakıma ilişkin konularda çocukların korunmasını sağlayan haklar tanınmıştır.³¹

Güncel çocuk koruma sistemlerinde, çocuklar ve ailelerin gereksinimlerinin temel alınarak özellikle çocuğun iyilik halinin sürdürülmesi konusuna odaklanılmalıdır. ÇHS’de, çocuğun yaşatılması, korunması ve gelişimi bakımından ‘aile’, öncelikli kurum olarak ele alınmıştır. ÇHS gereğince devletin görevleri arasında ailenin gereksinimlerini karşılamak, ebeveynlik becerilerinin geliştirilmesini sağlamak, onların haklarını göz ardı etmeksizin iyi birer anne-baba olduklarını kabul etmek ve kapasitelerini güçlendirmek, temel ilke olarak da çocukların ailelerinden ayrılmasından mümkün olduğunca kaçınmak sayılabilir.^{1,9}

Ülkemizde 1961 Anayasası sonrasında planlı kalkınma dönemine geçilmiş, günümüze kadar yapılan on kalkınma planında, korunması gereken çocuklar da ele alınmıştır. Bu

planlarda korunmaya muhtaç çocukların bakımı, yetiştirilmeleri ve çocuk refahının sağlanmasının amaçlandığı; ailenin korunmasının öncelikli olarak ele alınacağı ve aile kurumunun her bakımdan güçlendirilerek, kalkınmaya paralel olarak ekonomik ve sosyal yapıdaki değişme ve gelişmelere uyum sağlamasına yardımcı olacak tedbirlerin alınacağı ifade edilmiştir. Korunmaya muhtaç çocukların topluma kazandırılmasına yönelik politikaların uygulanmasında ilgili kuruluşlar arasında etkin iş birliğinin sağlanacağı, kurum bakımı yerine hizmetlerin mümkün olduğu kadar ailede bakım hedef alınarak organize edileceği ve ailenin güçlendirileceği temel ilkelerine yer verilmiştir. Sonuç olarak, 2001 yılında 4721 sayılı Türk Medeni Kanunu(TMK) ve 2005 yılında 5395 sayılı Çocuk Koruma Kanunu (ÇKK)'nun yürürlüğe girmiştir.^{1,2,32}

TMK'da 18 yaşını bitirmemiş kişiyi reşit kabul etmemektedir. TMK'nın 185. Maddesinde "Eşler, aile birliğinin mutluluğunu elbirliğiyle sağlamak ve çocukların bakımına, eğitim ve gözetimine beraberce özen göstermekle yükümlüdürler" şeklinde, 346. Maddesinde "Çocuğun menfaati ve gelişmesi tehlikeye düştüğü takdirde, ana ve baba duruma çare bulamaz veya buna güçleri yetmezse hakim, çocuğun korunması için uygun önlemleri alır." şeklinde ve 347. Maddesinde ise, "çocuğun menfaati ve bedensel ve zihinsel gelişmesi tehlikede bulunur ve çocuk manen terk edilmiş halde kalırsa hâkim, çocuğu bir aile yanına veya bir kuruma yerleştirebilir" şeklinde çocuğun haklarının korunması ve temsili konusunda anne-babanın yükümlülüklerini, kamunun velayet hakkındaki yetkilerini ve hakimin çocuğun korunması için uygun önlemleri alma(aileye rehberlik, yardım, anne-babaya ihtar, emir veya direktiflerin verilmesi veya denetime tabi tutulmaları, çocuğa kayyum tayini gibi velayeti anne, babada bırakırken, çocuğun korunması için aileye destek verilmesi gibi...) yetkisini tanımlanmaktadır.³²

Suçta sürüklenen çocukların cezai sorumluluğu Türk Ceza Kanunu'na (TCK) göre erişkinlerden farklı olarak değerlendirilmektedir. TCK'nın 31. maddesine göre;

- Fiili işlediği tarihte 12 yaşını doldurmamış olan çocukların ceza sorumluluğu olmadığı kabul edilmekte,
- Fiili işlediği sırada 12 yaşını doldurmuş, ancak 15 yaşını doldurmamış çocukların ceza sorumluluğunun olup olmadığının saptanması gerekmektedir.¹⁰

Suça sürüklenen çocuğun ceza sorumluluğunun saptanması hakim tarafından yapılmakla beraber, hakim bu görevi yerine getirirken bilirkişi görüşüne ihtiyaç duyabilir ve karar alırken bilirkişi görüşünü kullanabilir. Bilirkişi olarak genellikle çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı başta olmak üzere ilgili diğer uzmanlıkları da içeren bir tanımlama yer almaktadır. TCK madde 31/2 gereğince suça sürüklenen çocukların alacakları ceza belirlenirken, atanan bilirkişilerin düzenleyeceği rapor önem taşımaktadır. TCK'nın 31. maddesinin 3. fıkrası (31/3) gereğince, fiili işlediği sırada 15 yaşını doldurmuş, ancak 18 yaşını doldurmamış çocukların ceza sorumluluğu var kabul edilmiş, ancak bu yaştaki çocuğa yetişkinlerden daha az ceza verilmesi uygun görülmüştür.¹⁴

Türkiye'de ceza sorumluluğu başlangıcı yaş sınırı 12 iken, Gana, Hindistan, İrlanda, Liechtenstein, Malawi, Nijerya, Papua Yeni Gine, Singapur, Güney Afrika Cumhuriyeti, Pakistan, Sudan, Ürdün, Tazmanya ve Hong Kong'da ceza sorumluluğunun başlangıç yaşı 7; Belçika, Panama, Peru, Brezilya, Kolombiya ve Lüksemburg'da ceza sorumluluğunun başlangıç yaşı 18 olarak kabul edilmiştir. Farklı ülkelerde uygulamalar farklılık göstermekte, yaş sınırı 7-18 arasında değişmektedir. Ülkeler arasında ceza sorumluluğu başlangıç yaşı farklı olduğu gibi, Türkiye'de yapılan çalışmalarda da suça sürüklenen çocuklar hakkında düzenlenen raporlar değerlendirildiğinde, eylemin hukuksal anlam ve sonucunu algılama ve davranışlarını yönlendirme yeteneğinin gelişmesi konusunda oranların çok farklı olduğu göze çarpmaktadır.¹⁴

Çocuk Koruma Kanunu 2005'de yürürlüğe girmiş ve kanunun amacı "korunma ihtiyacı olan veya suça sürüklenen çocukların" korunması olarak belirtilmiştir. Kanunda sayılan temel ilkelerden bazıları, çocuğun yararının gözetilmesi, çocuğun yaşama ve gelişme hakkının korunması, ayrımcılık yapılmaması, çocuk suçlularla hapis cezasının son çare olması şeklinde belirtilmiştir. Kanunda çocuğun öncelikle kendi aile ortamında bakılması ve korunmasının esas olduğu belirtilmektedir. Çocuk Koruma Kanununun yürürlüğe girmesiyle birlikte, suça yönelmiş çocuklar için koruma, bakım ve rehabilitasyon merkezleri, suç mağduru olmuş çocuklar için de bakım ve sosyal rehabilitasyon merkezleri kurulmuştur. Merkezlerin temel amacı, suça sürüklenen ve

suçun mağduru olan çocukların rehabilitasyonunun sağlanıp, en kısa zamanda yeniden ailesi ve toplumla bütünleşmesini sağlayabilmektir.^{2,33}

Korunmaya muhtaç çocuklara yönelik en son yasal gelişmelerden birisi olan Avrupa Konseyi Çocukların Cinsel Sömürü ve İstismara Karşı Korunması Sözleşmesi(Lanzarote sözleşmesi) 2007’de imzalanarak Türkiye’de 2011’de yürürlüğe girmiştir. Sözleşme diğer sözleşmelerde yer alan hükümleri de kapsamakla birlikte güncel gelişmelere ve sorunlara da değinmektedir.

Sözleşmeyi kabul eden ülkeler tarafından; cinsel erginlik yaşına gelmemiş olan bir çocukla cinsel faaliyetlerde bulunmak; bir çocuğu zor, güç veya tehdit kullanarak veya - aile içi dahil- çocuk üzerinde güven, yetki veya etki gerektiren mevki kullanarak istismar; özellikle bir zihinsel veya fiziksel özrürlük veya bağımlılığı sebebiyle, çocuğun özellikle savunmasız bir durumundan yararlanarak istismar etmek, hukuki açıdan suç kapsamına alınmak zorundadır.

Lanzarote sözleşmesinde ek olarak çocuk fuhuşuna da ayrıca değinilmekte, çocuk fuhuşu “Ödeme olarak para veya herhangi bir ücret ya da bedel verilmesi veya vaat edilmesi karşılığında, bu ödemenin, vadin veya bedelin çocuğa mı yoksa üçüncü bir kişiye mi yapıldığına bakılmaksızın, bir çocuğu cinsel faaliyetler için kullanma eylemi” olarak tanımlanmaktadır.

Yine bu sözleşmede somut bir şekilde istismar mağdurlarına yardım konusunda aşağıda yer alan detaylı açıklamalar yer almaktadır:

1- Taraflardan her biri, mağdurların kısa veya uzun süreçte, fiziksel ve psiko sosyal iyileşmelerine yardım etmek için gereken yasal ve diğer tedbirleri alır. Bu fıkra uyarınca alınan tedbirler çocuğun görüşleri, ihtiyaçları ve kaygılarını dikkate alır.

2- Taraflardan her biri, kendi iç hukukunun sağladığı şartlar altında, mağdurlara yardım etmekle uğraşan sivil toplum örgütleri, diğer ilgili örgütler veya sivil toplumun diğer unsurlarıyla işbirliği yapmak için tedbirler alır.

3- Çocuğun anne babası veya bakımından sorumlu kişi, çocuğun cinsel sömürüsü veya istismarına karışmış ise, 11. Maddenin 1. fıkrasının

uygulanmasında ele alınan müdahale usulleri, varsayılan failin uzaklaştırılması ihtimali ve mağdurun kendi aile ortamından çıkarılması olasılığını içerir. Bu çıkarılmanın şartları ve süresi çocuğun yüksek menfaatine uygun şekilde belirlenir.

4- Taraflardan her biri, mağdura yakın olan kişilerin, uygun olan hallerde, tedavi amaçlı yardımlardan, özellikle acil psikolojik bakımdan, yararlanmalarını sağlamak için gereken yasal ve diğer tedbirleri alır.

Lanzarote sözleşmesinde çocuk pornografisi, “görsel olarak bir çocuğun gerçek veya temsili açık cinsel ilişkiye girdiğini ortaya koyan veya bir çocuğun cinsel organlarının cinsel amaç öncelikli olarak her türlü gösterimini içeren herhangi bir materyal” olarak tanımlanmış ve çocuk pornografisine ilişkin suç kapsamına alınması gereken eylemler,

- Çocuk pornografisi üretimi;
- Çocuk pornografisi teklifi veya sağlanması;
- Çocuk pornografisi dağıtımı veya yayınlanması;
- Kendisi veya başkası için çocuk pornografisi temin etmek;
- Çocuk pornografisine sahip olmak;
- Bilgi ve iletişim teknolojileri yoluyla bilerek çocuk pornografisine erişim sağlamak.
- Bir çocuğu pornografik gösterilere katılması için işe almak veya bir çocuğun böyle gösterilere katılımına neden olmak;
- Bir çocuğu pornografik gösterilere katılması için zorlamak veya bir çocuk üzerinden kazanç sağlamak veya bu amaçla çocuğu her türlü istismar etmek;
- Bilerek çocukların katılımını içeren pornografik gösterilere katılmak olarak belirtilmiştir.³⁴

2.2.2. Koruyucu ve Önleyici Tedbir Kararları

Çocuk Koruma Kanunu bünyesinde tedbir kararları, çocuklarla ilgili olarak istenilen yönde gelişmelerin sağlanabilmesi ve çocuğun sağlıklı bir birey olarak topluma kazandırılması için alınabilecek önlemleri ve izlenebilecek yolları belirtmektedir. Çocuk

Koruma Kanunu'nda geçen koruyucu ve destekleyici tedbir kararları kanunun 5/1. maddesinde eğitim, sağlık, danışmanlık, bakım ve barınma olarak belirtilmiştir.

Destekleyici tedbir kararlarıyla çocuğun ailesinin yanında desteklenerek bakım ve gözetiminin yapılması, koruyucu tedbirlerle ise ailesinin yanında kalmasında sakınca olan çocukların sosyal hizmet kurumlarında bakım ve gözetiminin yerine getirilebilmesi hedeflenmiştir.³⁵

Kanun, suça sürüklenmiş veya korunma ihtiyacı bulunan mağdur çocuklara yönelik destekleyici ve koruyucu tedbirleri belirtmiş; gerekli tedbir veya tedbirlerin uygulanmasını istemiştir. ÇKK'da bu tedbirler;

Danışmanlık tedbiri, çocuğun bakımından sorumlu olan kimselere çocuk yetiştirme konusunda; çocuklara da eğitim ve gelişimleri ile ilgili sorunlarının çözümünde yol göstermek amacıyla verilecek hizmetleri,

Eğitim tedbiri, çocuğun bir eğitim kurumuna gündüzlü veya yatılı olarak yerleştirilmesine; iş ve meslek edinmesi amacıyla bir meslek veya sanat edinme kursuna gitmesine veya meslek sahibi bir ustanın yanına yahut kamuya ya da özel sektöre ait işyerlerine yerleştirilmesine,

Bakım tedbiri, çocuğun bakımından sorumlu olan kimsenin herhangi bir nedenle görevini yerine getirememesi hâlinde, çocuğun resmi veya özel bakım yurdu ya da koruyucu aile hizmetlerinden yararlandırılması veya bu kurumlara yerleştirilmesine,

Sağlık tedbiri, çocuğun fiziksel ve ruhsal sağlığının korunması ve tedavisi için gerekli geçici veya sürekli tıbbi bakım ve rehabilitasyonuna, bağımlılık yapan maddeleri kullananların tedavilerinin yapılmasına,

Barınma tedbiri, barınma yeri olmayan çocuklu kimselere veya hayatı tehlikede olan hamile kadınlara uygun barınma yeri sağlamaya, yönelik alınacak tedbirler olarak belirtilmiştir.²

Çocuk Koruma Kanunu'nda belirtilen koruyucu ve destekleyici tedbirlerin özellikleri şu şekilde ifade edilmektedir:

- Hükmedilen çocuğun iyilik halini amaçlayan tedbirlerdir.

- Amaç çocuğun korunması, maddi ve manevi açıdan desteklenmesidir.
- Tedbir kararları hem korunma ihtiyacı olan hem de suça sürüklenmiş olan çocuklara uygulanabilir.
- Hakkında kesinleşmiş mahkumiyet kararı bulunan çocuklar hakkında koruyucu ve destekleyici tedbirler uygulanamaz.

Çocuk hakkında koruyucu ve destekleyici tedbir kararının mahkeme tarafından hükmedilmesi için, çocuğun annesi, babası, vasisi, bakım ve gözetiminden sorumlu kimse, SHÇEK ve Cumhuriyet Savcısı talepte bulunabilir.

- Hakim gerekli görmediyse koruyucu ve destekleyici tedbir kararları duruşmasız olarak verilir.

- Koruyucu ve destekleyici tedbir kararlarına itiraz yolu açıktır.³⁵

Yapılan bir değerlendirmede; çocuğun aile içinde bakımı ve korunmasının toplum-temelli bir hizmet modeli olduğu, çocuğun yararını gözeten ideal sosyal çalışma uygulaması olarak ele alındığı, tüm anne babaların çocuklarını en iyi şekilde yetiştirmek istemesine karşın yaşam koşulları ve yaşam olaylarının bunu her zaman mümkün kılmadığı, bazı ailelerin aile bütünlüğü dağıldıktan sonra fiziksel, psikolojik, sosyal, ekonomik nedenlerle güçsüz kalarak sorunlarını çözemez bir hale geldiği, bu sebeplerle çocuklarına bakamayacak duruma düşebildiği, ailedeki çözülemeyen sorunlar sebebiyle çocukların kurum bakımına alınabildiği, ailelerin gereksinimleri karşılandığında veya aileler normal koşullarına döndüklerinde ise aileye sosyal çalışma müdahalesi yoluyla çocukların ailesine dönerek normal yaşamlarına devam edebileceği, çocuk için sosyal çalışmanın temel felsefesi açısından doğru olan yönteminde bu olduğu ifade edilmektedir.¹

Bunlar göz önüne alındığında destekleyici tedbirlerin çocuğun aile içinde bakımı ve korunmasında çocuğun korunmasında oldukça önemli bir rol oynadığı düşünülmüştür.

SHÇEKK'da belirtilen korunma kararı ile Çocuk Koruma Kanunu'nda belirtilen tedbir kararlarının yerine getirilmesinde ilgili kurumların doğrudan sorumlu olduğu, ÇKK'nın 45. Maddesinde "Sağlık Tedbiri" uygulanmasından Sağlık Bakanlığı'nın sorumlu olduğu belirtilmiştir.²

2.3. KORUNMAYA MUHTAÇ VE SUÇA SÜRÜKLENEN ÇOCUKLARIN ÖZELLİKLERİ

Yaygın ekolojik ve işlemsel teoriler, çocuk istismarı ve ihmalinin, çoklu bağlamlarda birçok faktörden etkilenen karmaşık süreçlerle ortaya çıktığını ortaya koymaktadır.^{36,37}

Çocuğun suç davranışının nedenleri Yörükoğlu'na göre çok çeşitlidir ve suça sürüklenme, zihinsel, ruhsal, ailesel ve toplumsal olumsuz etkenlerin bir sonucudur. Çocuğu suça yönelten nedenler; çocuğun yapısı, özellikleri ve yeteneklerine ilişkin değişkenler, yetiştiği aile yapısı, aile düzensizliği ve ana-baba ile ilişkileri, içinde yaşadığı toplumsal ortam ve yaşam koşulları olarak bu etkenler sayılabilir.³⁸

2.3.1. Aile özellikleri

2.3.1.1. Korunmaya Muhtaç Çocuklarda Aile özellikleri

Çocuklara yönelik kötü muamele riskini arttırdığı bilinen bazı aile demografik faktörleri bilinmektedir. Araştırmalar, aile ekonomik kaynaklarının yetersizliğinin (ör., gelir düşüklüğü veya maddi yardım alma) çocuğa kötü muamele ile ilişkili olabileceğini bildirmektedir.^{39,40}

Araştırmalarda yoksulluk ve düşük gelirin, çocuk istismarı ve ihmali ile kötü muamelenin ciddiyetine güçlü bir şekilde bağlı olduğunu gösteren çok fazla kanıt olduğunu göstermiştir. Fakirleşen ve düşük gelirli ailelerden gelen çocuklar arasında, çocuk istismarı ve ihmalinin yüksekliği dikkat çekmektedir. Çalışmalar, gelir ve kötü muamele arasındaki güçlü ilişkinin, duygusal istismar, duygusal ihmal ve cinsel istismar dahil olmak üzere, tanımlanmış her tür çocuk istismarı ve ihmali için geçerli olduğunu göstermektedir. Yoksulluk ile çocuk istismarı ve ihmal arasındaki ilişki gerçek olmasına karşın kendi içinde nedenselliği saptanamamıştır. Ancak, çocuk ihmal ve istismarının büyük ölçüde çocuğun içinde bulunduğu çevrenin ekonomik yetersizlik derecesine bağlı olarak, maddi zorluklar ile doğrudan ilişkili olduğu bildirilmektedir. Dolayısıyla çocuk istismarı ve ihmal olasılığı, dolaylı olarak maddi zorluklarla, bu tür zorlukların ebeveynler üzerinde ortaya çıkarabileceği streslerle ilişkili olabilir.⁴¹

Yoksulluğun kötü muameleye yol açtığı mekanizmalar tam olarak açıklığa kavuşturulmamış olsada, düşük gelirli ailelerdeki ebeveynlerin çocuklarına kötü davranma olasılığının yüksek olduğunu öne süren çeşitli teorik nedenler vardır.

İlk olarak bu ebeveynler çocuklarına yeterli düzeyde bakım sağlamaları için yeterli kaynaklara sahip olmayabilirler. Bu doğrudan etki, özellikle yetersiz yiyecek, barınma, kıyafet, tıbbi bakım ve yetersiz ev koşulları sağlanmasıyla tanımlanan ihmal ile ilgilidir. İkincisi, yoksulluk ve düşük gelirli durum, artan ebeveynlik stresi ile sonuçlanarak ilişkili olabilir.⁴²⁻⁴⁴

Bir bakıcı, mali kaynak eksikliği nedeniyle ebeveynliğe fazla zaman ayıramazsa, çocuk yetiştirme ve çocuk yetiştirme isteğinin miktarı ve kalitesi azalabilir. Bu sorunlar ebeveynlerde, benlik saygısı azalması, kişisel etkinlikte yetersizlik, stres, depresyon, anksiyete ve madde kötüye kullanımı gibi ruhsal belirtilerin ortaya çıkmasına neden olabilir. Gelir, bir çocuğun yaşadığı aile yapısını da etkileyebilir ve mali kısıtlama nedeniyle aile dinamikleri ve aile yapısında meydana gelen değişiklikler, bir çocuğun refahını tehdit eden bakıcı davranışlarını değiştirebilir. Örneğin, tek ebeveynli aileler ve üvey aileler ortalama olarak düşük gelirlere, daha fazla zaman kısıtlamasına, daha yüksek stres düzeylerine, daha büyük aile çatışmasına ve ebeveyn rolünün belirsizliğine sahiptir. Bu faktörler bazı çalışmalarda ortaya çıkan, tek ebeveynli ve üvey ailelerde kötü muamele oranlarının iki-biyolojik ebeveynli ailelerden daha yüksek olduğu sonucunu açıklayabilir.^{45,46}

Raission ve arkadaşları, asgari ücretlerdeki artışların, özellikle ihmal raporları başta olmak üzere, genel çocuklara yönelik kötü muamele raporlarında bir düşüşe neden olduğunu, asgari ücrette 1 dolarlık bir artışın ihmal raporlarında istatistiksel olarak % 9,6 oranında bir düşüş sağlayabileceğini bildirmişlerdir.⁴⁶

Aile yapısı ile çocuk kötü muamelesi arasındaki ilişkiler, ekonomik fedakarlıklar çerçevesinde ele alınabilir. Özgecilik modeli, birbirine bağlı fayda fonksiyonlarını, yani bir bireyin faydasının kısmen başka bir kişinin faydasına bağlı olduğunu ve “ailenin tek bir karar verici olarak hareket ettiğini” varsayar. Ebeveyn-çocuk ilişkileri için uygulanan fedakar bir model, genellikle bir ebeveynin bakım sağladığında durumun ters olduğunu kabul eder. Özellikle ebeveynlerden birinin biyolojik bir ebeveyn olmaması halinde, bu aileler arasında daha sınırlı bir özgecilik rolünün beklenmesi de mantıklıdır.^{44,47,48}

Case ve Paxson, üvey anneler ile yaşayan çocukların rutin doktor ve diş hekimliği hizmetlerine ulaşım olasılıklarının daha düşük olduğunu ve diğer sağlık risklerine maruz kalma olasılıklarının daha yüksek olduğunu bulmuştur. Benzer şekilde, Case ve ark., bir çocuğun evlatlık, üvey veya koruyucu bir anneye sahip olduğu ailelerde gıdaya daha az kaynak harcandığını bildirmiştir.⁴⁹

Ek olarak, tek ebeveynli ailelerdeki çocuklarda, ebeveynlerinin çocuk bakımına daha az kaynak ayırma olasılığından dolayı (zaman ve para) kötü muameleye maruz kalma riski daha yüksek olabilir.⁵⁰

Yukarıda bahsedilen şekilde birçok çalışma, aile büyüklüğu ve tek ebeveynlik gibi aile yapısı göstergelerinin istismar ve ihmal ile ilişkili olduğunu bulmuştur.^{51,52} Yapılan bir çalışmada çocuk fiziksel istismarında, istismar edilen çocukların anne babalarının daha genç olduğunu ve bu çocukların daha büyük hanelerden geldiği gösterilmiştir.⁵³

Çok sayıda çocuğa sahip olmak ya da bekar bir ebeveyn olmak aile mali kaynaklarını zorlayabilir ve bir ebeveynin çocuk bakımına ayırabileceği zamanı sınırlayabilir, böylece kötü muamelenin ve özellikle ihmalin ortaya çıkma riskini artırabilir.^{44,54} Tek ebeveynli bir ailede biyolojik olmayan bir bakıcının varlığı, özellikle fiziksel istismarın kötü muamele olasılığını da artırabilir.^{55,56}

Yapılan bir takip çalışmasında yukarıdaki çalışmalarla benzer şekilde ailedeki çocuk sayısının artması çocuğa kötü muamele ile ilişkilendirilmiş; aynı zamanda anne eğitiminin lise veya daha düşük seviyede olması, annenin ilaç kullanımı, maternal depresif semptomların da çocuk kötü muamelesi riskini arttırdığı bildirilmiştir.⁵⁷

Göçün çocuk kötü muamelesi ve çocuk suçluluğu ile ilişkisi bilinmektedir. Çin'de 667 göçmen ve 496 yerel ergen ile yapılan araştırmada göçmen aileler arasında çocuklara kötü muamelenin yaygınlığı ve risk faktörleri incelenmiş, ebeveyn tarafından istismarın göçmenler arasında yerel adölesanlara göre daha yaygın olduğunu gösterilmiştir. Aynı çalışmada ergenlerde düşük akademik performans, suça sürüklenme, ailenin ekonomik sıkıntıları ve düşük ebeveyn bağlılığı gibi faktörlerin hem psikolojik hem de fiziksel kötü muamele riskini arttırdığı belirtilmiştir.⁵⁸

Genç anne yaşı ve düşük eğitim düzeyi gibi diğer anne özellikleri de kötü muamele ile ilişkilendirilmiştir. Anne yaşı küçüldükçe, özellikle anne adaylarının fakir, bekar ve az

eğitilmiş olma ihtimalinin artması nedeniyle, çocuklara kötü muamelelerin bir “nedeni” olmasa da güvenilir bir belirleyicisi olduğu üzerinde durulmuştur. Ayrıca, planlı gebelik olasılıkları düştüğünden erken yaşta çok çocuk sahibi olmaları nedeniyle çocuk bakımı konusunda yeterli donanıma sahip olmadıkları belirtilmiştir.^{40,59,60}

Depresyon veya madde kötüye kullanımı bozukluğu olan bir ebeveyn veya bakıcıya sahip olan çocukların kötü muamele görme riski altında oldukları bilinmektedir.^{53,61} Ebeveyn madde kötüye kullanımı ve bağımlılığının, karıştırıcı faktörlerden bağımsız olarak, çocuklara kötü muamele ile ilişkili olduğu da gösterilmiştir.⁶²

Avustralya’da 2443 Avustralyalı’nın incelendiği popülasyona dayalı kohort çalışmasında, çocuklara yönelik kötü muameleyle ilişkili olası bir dizi çocuk, ebeveyn ve aile risk faktörü incelenmiş, yetersiz ebeveyn ruh sağlığı ve madde kullanımının çocuklara kötü muamele riskinin artmasıyla güçlü bir şekilde ilişkili olduğu saptanmıştır.⁶³

Amerika’da Ulusal Aile Şiddeti Anketi uygulanarak 2760 aile üzerinde yapılan çalışmada, hem tek ebeveynli hem de iki ebeveynli ailelerde depresyon, anne alkol tüketimi ve aile içi şiddet öyküsünün çocukların istismar edilme olasılıklarını arttırdığı gösterilmiştir.⁶⁴

Birçok çalışma, çocukluk döneminde kötü muameleyle uğramış yetişkinlerin çocuklarının bakımlarında kötü muameleyle maruz kalma riski olduğunu da ortaya çıkarmıştır.⁶⁵⁻⁶⁷

Çocuğa kötü muamele için risk faktörlerinin saptanmasına yönelik 644 aile üzerinde yapılan uzunlamasına bir analizde; düşük anne eğitimi, anne gençliği, bekar ebeveyn ve refah bağımlılığı ciddi anne hastalıkları, düşük baba katılımı, çocuğun gebelik veya doğum komplikasyonları fiziksel istismar ile; anne gençliği ve ebeveyn ölümü, olumsuz yaşam olayları, üvey babanın varlığı, istenmeyen gebelik, çocuk cinsiyeti(kız) ve engellilik durumu cinsel istismar ile; hanedeki birey sayısı, düşük gelir düzeyi, düşük anne eğitimi, anne gençliği, bekar ebeveyn, refah bağımlılığı, anne baba psikopatolojisi, anneden erken ayrılma, kötü evlilik kalitesi, ciddi anne hastalıkları, çocukta düşük sözel zeka düzeyi ise çocuk ihmali ile ilişkilendirilmiştir.⁶³

2.3.1.2. Suça Sürüklenen Çocuklarda Aile özellikleri

Çocuk suçluluğu hakkında yapılan araştırmalarda çocukların suça sürüklenmesi ile ilgili çok sayıda faktör tespit edilmiştir. Sosyo-ekonomik durum, geniş aile yapısı, parçalanmış aile yapısı, anne-babada psikopatoloji ve daha önce suça sürüklenme, etnik köken, anne-baba tutumları, çocuğun cinsiyeti, kişilik yapısı, fiziksel-psikolojik hastalık durumu, okul çevresi, akademik performans ve akranlarla ilişkisi gibi birçok faktörün suça sürüklenmeyle ilişkili olduğu belirtilmektedir.⁶⁸

Aile içerisinde alkol ve/veya madde kullanımı olması, suç işlemekte olan veya işlemiş bireylerin bulunması, boşanma, yeterli duygusal desteğin bulunmaması ergenin suça sürüklenmesinde etken olarak gözlenmektedir.⁶⁹

Suçta sürüklenen çocukların ailelerinin niteliksel ve işlevsel özellikleri araştırıldığında; ebeveynlerin eğitim düzeyi, baba mesleği, kardeş sayısı, ailedeki birey sayısı, aile ilişkilerin zayıf olması, aile parçalanması ya da ailede sözel ve fiziksel şiddet, alkol veya madde kullanımı ya da suça karışma öyküsü olan bireylerin varlığı suça sürüklenme ile ilişkili bulunmuştur.⁷⁰

Aile özelliklerinin çocuk suçluluğu üzerinde son derece etkili olabileceği ile ilgili çok sayıda çalışma mevcuttur. Genç yaşta anne olmak bu faktörlerden birisi olarak sayılabilir. Birçok çalışmada erken yaşta çocuk sahibi olan annelerin çocuklarının, suç davranışını da içeren problem davranışlar sergileme oranlarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir.^{71,72} Bu ilişki genç annelerin daha fazla olumsuzluklarla karşılaşması ve çocuklarıyla ilişkilerinde yetersiz, sınırlı veya olumsuz tutum sergilemeleri ile açıklanmaktadır.⁷¹

Anne-babalarla çocuklar arasındaki ilişkilerin çocuğun suça sürüklenmesinde önemli bir rol oynadığını, ailesel değişkenlerin hem doğrudan hem de dolaylı yollarla suça sürüklenmede rol oynayabileceğini bildirilmektedir. Henry ve ark. yaptıkları bir araştırmada, duygusal yakınlığın ve yetiştirme yöntemlerinin yetersiz olduğu ailelerin çocuklarında, olumsuz akran etkisi ile ilişkili olarak, şiddet davranışlarının ve suça sürüklenmenin daha sık görüldüğü sonucuna varmışlardır.^{73,74}

Anne-baba desteğinin, kontrolünün ve gözetiminin yüksek olduğu ailelerin çocuklarında suça sürüklenmenin daha az görüldüğü birçok çalışma ile bilinmektedir.^{72,75-77} Kim ve arkadaşları suça sürüklenen çocukların ailelerinde, aile içi şiddet, zayıf anne-baba bağı ve aile içi işlevsellikte daha fazla yetersizlik görüldüğünü, bu çocukların ebeveynlerini daha

olumsuz algıladıklarını bildirmiştir.⁷⁵ Bu çalışmada aile içi işlevsellik içerisinde, uyumlu ilişkiler, duygusal yakınlık, rollerin ve sorumlulukların paylaşımı, işbirliği içerisinde karar vererek sorunlara çözüm üretimi, akrabalarla ve arkadaşlarla olumlu ilişkiler sürdürmek gibi değişkenler tanımlanmıştır.

Ebeveynlik rolünü üstlenen kişilerin sık değişmesi, başka bir ifadeyle çocuğu sahiplenen yerleşik anne-baba yoksunluğu da çocuğun suça sürüklenmesi için önemli bir risk faktörü olarak belirlenmiştir.⁷⁸ Ebeveyn figürlerinin sabit olduğu bir aile yapısının, çocuk ile anne-baba arası etkileşimi güçlendirerek sorun davranışları ve suça sürüklenmeyi azalttığı düşünülmektedir.^{72,79} Biyolojik anne-babalardan ikisiyle birlikte büyümemenin de suç davranışını artırdığı bildirilmektedir.⁸⁰ Bazen anne-babaların boşanması aile yapısını bozabilmekte ve anne babalık görevlerinin yerine getirilmesini zorlaştırabilmektedir. DeGarmo ve Forgatch çalışmalarında ebeveynlik rolünde sapmaya ve yetersiz ebeveynliğe yol açan boşanmaların, çocuklarda çeşitli uyum sorunları ve davranış problemlerini artırabileceğinden söz edilmiştir.⁸⁰ Suça sürüklenen çocukların boşanma veya ölüm sebebiyle parçalanmış ailelerden geldiği yapılan bir çalışmada gösterilmiştir.⁸⁰ Benzer şekilde aile yapısının suç davranışının önemli bir yordayıcısı olduğunu belirtmiş, anne-babaya bağlılığın ise suça sürüklenme için koruyucu bir faktör olduğu saptanmıştır.⁸¹ Başka bir çalışmada çocuğun suça sürüklenmesi üzerinde koruyucu faktör olarak, çocuğun annesine olan bağlılığının, aile yapısı ve ekonomik durumdan çok daha etkili olduğu bildirilmiştir.⁸²

Sosyo-ekonomik yoksunluk çeken ailede olan ve baba figürünün olmadığı ailelerdeki erkek çocuklarının suça sürüklenme olasılıklarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.⁸³ Başka bir çalışmada babanın eğitim düzeyi ve kardeş sayısının, erkek çocukların suça sürüklenmesine yönelik önemli belirteçler olduğu saptanmış, daha az sayıda kardeşi olan ve babası lise mezunu olan erkek çocuklarının daha az suça sürüklendiği bulunmuştur.⁸⁴ Dembo ve arkadaşları fiziksel ve cinsel istismara uğrayan çocukların suça sürüklenme için istismara maruz kalmayan bireylere göre daha fazla risk altında olduklarını belirtmişlerdir.⁸⁵ Yapılan bir çalışmada da desteklendiği üzere anne-babaların çocuğa yönelik saldırgan/şiddet içeren davranışlarının çocuğun suça sürüklenmesini ve şiddet davranışını artırdığı bildirilmiştir.^{86,87}

Korunmaya muhtaç çocuklarda bahsedildiği üzere suça sürüklenmede de ailenin sosyo-ekonomik durumu ve eğitim düzeyi oldukça önem arz etmektedir. Yapılan bir çalışmada anne-babaların eğitim seviyesi arttıkça çocuklarının suça sürüklenme olasılıklarının düştüğü bildirilmiş, eğitilmiş anne-babaların çocuk yetiştirme konusunda kazandıkları deneyim ve bakış açılarının bu etkiyi yarattığı düşünülmüştür.⁸¹ Düşük ekonomik gelir suça sürüklenme ile ilişkili bulunmuştur.^{88,89} Ailenin sosyo-ekonomik durumunun, çocukların içinde bulunduğu okul ve çevre şartlarını değiştirerek çocuğun akran gruplarına etki ettiği ve bu yolla suç davranışında rol oynayabileceği düşünülmektedir.⁹⁰ Düşük ekonomik geliri olan ve annelerin işsiz ve eğitim düzeyi düşük olduğu ailelerde çocukların ev dışında daha çok vakit geçirdikleri ve denetimden yoksun oldukları bulunmuştur.⁹¹

Ebeveynlerin suç öyküsü, ebeveynleri psikolojik sağlığı ve madde kullanımı çocukların suça sürüklenmesi ile ilişkili bulunan diğer faktörler olarak sayılabilir.^{78,85,92} Ebeveynlerde suça karışma ve madde kullanımı çocuğun suça sürüklenmesini artırmakta, anne-babaların suç davranışları nedeniyle çocukların yaşayacakları anne-baba yoksunluğunun, çocukların davranışları üzerinde olumsuz etki oluşturabileceği düşünülmektedir.⁷⁸

Anne-babaların suç davranışıyla çocuğun suça sürüklenmesi arasındaki ilişki nesiller arası aktarım yoluyla da açıklanmaktadır. Yapılan bir çalışmada nesiller arası aktarımda bireysel, ailesel ve sosyo-ekonomik risk faktörlerinin rol oynayabileceğini belirtilmiş fakat bu faktörleri kontrol etmelerine rağmen çocukların suça sürüklenmesinin babadan oğullara geçtiğini bulunmuştur.⁹² Aile bireylerinde suç davranışı varlığının incelendiği diğer bir araştırmada ebeveynlerin suç davranışı ile çocukların suça sürüklenmesi arasında güçlü bir ilişki bulunamamış ancak kardeşler arası suç davranışında güçlü bir benzerlik bildirilmiş, bu benzerlikte ise öğrenme ve taklit gibi etkenlerin rol oynayabileceği düşünülmüştür.⁹³

2.3.2. Bireysel Özellikler

2.3.2.1. Korunmaya Muhtaç Çocuklarda Bireysel Özellikler

Çocukların özelliklerinin istismar ve ihmal gibi süreçlerde rolü net bir şekilde anlaşılammıştır. Dünya Sağlık Örgütü(WHO) çocuk istismarı için risk faktörlerini bireysel, ailesel ve toplumsal olarak 3 ana başlıkta toplamıştır. Çocuğa ilişkin faktörler, cinsiyet, yaş, prematürite, istenmeyen çocuk olma ve engellilik olarak belirtilmiştir.⁹⁴

Bazı demografik değişkenler, bir çocuğun kötü muamele görme riskini ayırt etmede yardımcı olabilir. Örneğin, resmi olarak doğrulanmış kötü muamelenin görülme sıklığı, ırksal ve etnik azınlık çocukları arasında daha yüksektir.⁵⁵ Irk ve etnisite, diğer ilgili birey, aile ve dışlayıcı faktörleri kontrol ettikten sonra genellikle çocuğa yönelik kötü muamele ile ilişkili olmadığını saptayan çalışmalar mevcuttur.⁹⁵⁻⁹⁷ Bazı kötü muamele türleri cinsiyete göre değişebilir. Kız çocuklarının cinsel istismara maruz kalma olasılıklarının daha yüksek olduğu belirtilmektedir.⁹⁸ Erkek cinsiyetin ise çocuklarda fiziksel istismara maruz kalma olasılığını arttırdığını bildiren çalışmalar mevcuttur.⁹⁹

Çocuk koruma kararı alınanlar ile yapılan çalışmalar sonucu çocuklarda genel topluma göre daha sık davranışsal ve ruhsal sorunlar ortaya çıktığı gözlemlenmiştir.¹⁰⁰

Çocuk bakım evlerinde kalan çocukların neredeyse yarısında davranış sorunları gözlemlenirken bu oran genel toplumda % 20 civarında bazen daha düşük orandadır.¹⁰¹

Yapılan bir diğer çalışmada çocuk bakım sisteminde olan çocukların yaklaşık %25'inde çeşitli sağlık sorunları ile mücadele ederken bu oran normal ailelerde yaşayan çocuklardan anlamlı derecede yüksek görülmüştür.¹⁰²

Çalışmalar, çocukların zor mizaçlarının veya davranış problemlerinin kötü muamele dahil olmak üzere çeşitli kötü ebeveynlik göstergeleriyle ilişkili olduğunu saptamıştır.¹⁰³⁻¹⁰⁵ Zor mizaç ya da davranış sorunları sergileyen çocukların, bakıcıların rahatsızlıklarını ve streslerini artırma yoluyla kötü muamele görme ihtimallerinin arttığı düşünülmektedir.^{106,107} Aynı zamanda, hem istismara uğrayan hem de ihmal edilen çocukların, daha sonraki davranışsal problemler için de risk altında olduğunu belirten çalışmalar mevcuttur.¹⁰⁸⁻¹¹⁰ Yapılan bir çalışmada araştırmacılar davranış sorunlarının ve bu tür sorunların yoğunluğunun, çocuk ihmali için artmış risk ile ilişkili olduğunu bildirmişlerdir.¹¹¹

Williamson ve arkadaşları ihmalkâr annelerin çocuklarını, ihmalkar olmayan annelerin çocuklarıyla karşılaştırıldığında, daha yüksek düzeyde çocuk davranış bozukluğu ve dikkat problemlerinin olduğunu bildirmişlerdir. Çocuk davranış problemlerinin raporlanmasında hem çocukların davranışlarının, hem de annelerin çocuklar hakkındaki algılarından etkilenmesi muhtemel olduğuna dikkat edilmelidir. Yine Williamson ve arkadaşları ergenlerin öz bildirimlerinde de, ihmal edilen ergenlerin, ihmal edilmemiş ergenlere

kıyasla SCL-90-R puanlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğunu da bildirmiştir.¹¹² Dikkatsizlik, impulsif davranış ve aşırı hareketlilik ile kendini gösteren dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu(DEHB) olan çocukların istismar ve ihmal edilme açısından yüksek risk grubunda oldukları unutulmamalıdır.¹¹²

Yapılan çalışmalar, çocukların fiziksel sağlığı azaldıkça çocuk istismarı potansiyelinin arttığını göstermiştir.¹¹³ Erken doğum ve düşük doğum ağırlığı da istismar ve ihmalin öncülü olarak kabul edilmektedir.¹⁰⁸ Normal popülasyonda %7-8 sıklıkta görülen prematüreliliğin, çocuk istismarına uğrayan çocuklarda %23-25'lere çıktığı saptanmıştır.¹¹⁴ Çocuğun olağandışı görünümü anne çocuk bağına etkileyebildiği, bu çocukların ağlamalarının normal doğum ile dünyaya gelenlerden daha şiddetli ve uyarıcı olduğu ve bu çocukların çekici olmayan görünümünün istismar için sebep olabileceği üzerinde durulmuştur.¹¹⁵ Bu çocukların bakımının aile için zorlayıcı bir durum olması ve çocuğun görünümünün anne-babanın beklentilerine uymaması gibi durumların da istismar oranlarını arttırmış olabileceği öne sürülmüştür.¹¹⁶ Ek olarak, araştırmalar engelli çocukların engelli olmayan akranlarına göre daha fazla kötü muameleye maruz kaldıklarını göstermiştir.^{113,117} Çocuğun sakatlığı genellikle ebeveynlere ihtiyacın artmasına bunun da ebeveynin çocuğun ihtiyaçlarını karşılama kapasitesini aşması yoluyla çocuğa ihmal ile sonuçlanabileceği düşünülmektedir. Bazı durumlarda, artan stres seviyeleri de bir çocuğun istismar edilme olasılığını artırabilir.¹¹³

2.3.2.2. Suça Sürüklenen Çocuklarda Bireysel özellikler

Suça sürüklenmede en önemli nedenlerden biri de bireysel etkenlerdir. Araştırmacılar, suça sürüklenmede organik ve biyolojik etkenlerin dolaylı ya da doğrudan rol oynadığını göstermektedir. Bireysel etkenlerin genellikle çevresel etkenlerle bir araya gelerek suç işlemeye zemin hazırladıkları düşünülmektedir.¹¹⁸

Beynin çocukluk döneminde gelişimini tamamladığı düşüncelerinin aksine ergenlik döneminde de belirgin değişikliklerin olduğu artık net şekilde bilinmektedir. Onlu yaşlarda yanıt engellenmesi, risk ve ödül dengesi, duygusal düzenleme ile ilgili olan beyin bölgeleri başta olmak üzere beynin yapı ve işlevlerinde belirgin değişiklikler görülmektedir.¹¹⁹ Bu değişim ve gelişmeler özellikle frontal lobda belirgin şekilde görülmekle beraber, yürütücü işlevlerden sorumlu prefrontal korteks bölgesinin de ergenlik döneminde gelişmeye devam

ettiği gösterilmiştir. Ergenlikte dürtü kontrolü, plan yapma ve karar verme gibi prefrontal korteks işlevleri de bu nedenle henüz erişkin düzeyine ulaşamamıştır.¹²⁰ Bu durum, karar verme gibi alanlarda ergenin halen birinin rehberliğine ihtiyaç duymasını açıklayabilir.¹²¹ Ergenlik döneminde suça sürüklenmeyi ortaya çıkarabilecek ortak özellikler arasında dürtü kontrol eksikliğinin olması, düşünmeden hareket etmesi, engellenmeyle karşılaştıkları zaman bu durumla başa çıkamama, sosyal becerilerin zayıf olması, iletişim kurmada zorluk çekmesi, öfke kontrolü gibi becerilerinin az olması veya bu becerilerinin etkili olamaması olarak sayılabilir.¹²² Bu özellikler göz önünde bulundurulduğunda çocuğun suça sürüklenmesinde ergen olmanın başlı başına bir risk faktörü olarak görülmesi gerekliliği ortaya çıkmaktadır.

Bireysel nedenlerin başında düşük zeka düzeyi ve ruhsal bozukluklar yer almaktadır. Kriminologlar düşük zeka düzeyinin, suçluluğun en önemli nedeni olduğunu ileri sürmekte ve zeka düzeyi düşük olan çocukları ise potansiyel suçlu olarak görmektedirler. Ancak düşük zeka düzeyinin, suçluluğu oluşturan en önemli etken olduğu bakışı doğru değildir. Düşük zeka düzeyinin suçluluğun oluşumundaki kısmi rolü kabul edilmekte fakat zeka geriliği, öğrenim yoksunluğu ve suçluluk üçlüsü arasındaki ilişki üzerinde durmak daha gerçekçi bir yaklaşım olacaktır.¹²³ Düşük zeka düzeyine sahip olan çocukların daha fazla dürtüsellik gösterdikleri, bu sebeple daha çok suça sürüklendikleri, yine bu çocukların düşük başarı ve engellenme sonucunda depresif durum içine girmelerinin onları suça sürüklenme açısından daha riskli hale getirdiği bildirilmiş, bu sebeplerden zeka düzeyi düşük suça sürüklenen çocuklara müdahalede çocukların dürtüselliklerine ve depresyonlarına odaklanmasının önemi vurgulanmıştır.¹²⁴

Çocuklarda suça sürüklenmenin bireysel nedenlerden birisi de kalıtsal olarak geçen hastalıklardır. Biyolojik yaklaşımı savunan bilim adamları, suça sürüklenmede biyolojik farklılıklardan söz etmektedirler. Bu yaklaşıma göre suçlu kişilerde ailesel geçen anatomik ve genetik yetersizlikler olduğu düşünülmektedir.¹²⁵ Bedensel yetersizlikleri olan çocukların yaşamlarının belirli bir anında mutlaka suça sürüklenecekleri söylenemez. Ancak bu özelliklere sahip olan çocukların, normal çocuklara nazaran suça sürüklenme eğilimleri fazladır.¹²³ İstanbul Kriminoloji Enstitüsü'nde yapılan ankette suça sürüklenen çocukların %13'ünün ağır bedensel veya ruhsal hastalık geçirdikleri saptanmıştır. Epilepsi,

menenjit gibi organik durumların yarattığı yıkımın bir sonucu olarak ortaya çıkan davranış sorunları dolaylı olarak suça sürüklenmeye neden olabilir.¹²⁵

Ruhsal hastalıklar çocuklarda suça sürüklenme açısından önemli risk faktörlerindedir. Suça sürüklenen çocuklardaki ruhsal bozukluk sıklığı araştırıldığında herhangi bir ruhsal bozukluk görülme oranının kızlarda %73,8, erkeklerde %66,3'e ulaştığı bildirilmektedir. Sık görülen ruhsal bozuklukların dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu(DEHB), yıkıcı davranış bozuklukları, alkol ve madde kötüye kullanımları, duygudurum bozuklukları ve kaygı bozuklukları olarak belirtilmektedir.¹²⁶⁻¹²⁸

Cinsiyet çocukların suça sürüklenmesindeki bireysel faktörler arasında sayılmakta, erkek cinsiyetin suça sürüklenme için daha riskli olduğu belirtilmektedir.^{72,81,84,129}

Ülkemizde yapılan çalışmalarda, erkek çocuklar arasında suça sürüklenmenin daha sık olmasını toplumumuzun sosyal yapısı çerçevesinde yorumlamış ve erkek çocukların kız çocuklara göre daha serbest konumda olmasının erkek çocukları olumsuz etkenlere daha açık hale getirebileceğini belirtmiştir.^{81,130}

Son yıllarda yapılan çalışmalarda çocuğun çalışma durumu ile suça sürüklenme arasındaki ilişki ile ilgili çelişkili bulgulara rastlanmıştır. Yapılan son araştırmalarda okul yıllarında sürdürülen yoğun iş yaşamının çocukların davranışları üzerinde olumsuz etki yarattığı ve suç davranışını artırdığı tespit edilmiştir.^{79,131,132} Buna karşın bazı çalışmalarda bu ilişki gösterilememiş, yapılan bir çalışmada ise yoğun iş temposunun suça sürüklenmeyi azalttığı fakat okuldaki ayrılma oranını artırdığı bulunmuştur.¹³³

Çocuklarda suça sürüklenmenin kalıtsal olmayan bireysel risk faktörleri arasında, annenin hamilelik sırasında yeterince beslenmemesi, ilaç alkol ve uyuşturucu madde kullanması, radyoaktif maddeye maruz kalması, olumsuz yaşam olayları yaşaması, ağır doğum koşulları ve doğum sonrası uygun olmayan bakım altında kalması gibi zeka gelişimini etkileyebilecek faktörler yer almaktadır.¹²⁵

Çocuğu madde ve alkol kullanımı ile çocuk suçluluğu arasında ilişki olduğunu gösteren çok sayıda araştırma bulunmaktadır. Yapılan bir çalışmada madde kullanımının suç davranışının en önemli yordayıcısı olduğunu belirtilmiştir.¹³⁴ Diğer bir çalışmada alkol kullanımı ile suça sürüklenme arasında direkt bir ilişki saptanmış, alkol kullanımının orta ergenlikte suça sürüklenmeyi artırdığı, suça sürüklenmesinde gelecekteki alkol kullanımını

artırdığı bildirilmiş ve alkol kullanımının kişinin sosyal bağlarını zayıflatarak alkol kullanımı ve suç davranışının sürmesinde etkili olduğu belirtilmiştir.¹³⁵ Madde kullanımı ile suça sürüklenmenin birbirini karşılıklı olarak etkilediği çalışmalarda belirtilmektedir.^{136,137} Madde kullanımının çocuğun toplum içerisindeki işlevselliğini düşürerek suçtan kurtulmayı engellediği veya yavaşlattığı düşünülmektedir.¹²⁴

Bu faktörler dışında suç açısından kurban konumunda olmanın da çocukların suç davranışıyla ilişkili bulunmuş, ayrıca bu ilişkinin iki yönlü olduğu belirtilmiştir.¹³⁸ Okulda akran zorbalığına maruz kalmanın, özellikle okul bağı zayıf olan ve yüksek saldırgan tutumlar sergileyen çocuklarda suça sürüklenmeyi artırdığı bildirilmektedir.¹³⁹

2.3.3. Çevresel Özellikler

2.3.3.1. Korunmaya Muhtaç Çocuklarda Çevresel Özellikler

Çocuğun suça yönelmesinde, çevresel etkenlerin bireysel nedenlerden daha fazla rol oynadığı, hatta birçok bireysel nedenin de aslında çevresel etkenlerden kaynaklandığı genel olarak paylaşılan bir görüştür.³⁸ Çocuğa yönelik toplumsal zarar; toplumsal fakirlik, yetersiz konutlaşma, yetersiz sağlık hizmetleri, yetersiz besin kaynakları gibi ulusal/uluslararası olayları kapsar. Çocuğun gelişimini engellediği için ihmal-istismar grubuna girebilen bu faktörler, bireysel ana-baba iradelerinin dışında değişkenlerdir.¹⁴⁰

Araştırmalar, sosyal izolasyon, düşük sosyal destek seviyeleri, yüksek yerel işsizlik oranları ve yüksek nüfus yoğunluğu gibi toplum düzeyindeki değişkenlerin istismar ve ihmal ile ilişkili olduğunu göstermiştir.¹⁴¹⁻¹⁴⁵ Bu araştırmaların çoğu, düşük gelirli, heterojen ve oldukça hareketli, kolektif etkileşimin ve kaynakların az olduğu toplulukların, suç ve çocuk kötü muamelesi gibi istenmeyen sonuçlara yol açtığını öne süren sosyal düzensizlik teorisinden etkilenmiştir.^{146,147} Çalışmalarda özellikle, mahalle yoksulluğu ve göçe önemli ölçüde dikkat çekmiştir. Yoksulluğun yüksek olduğu bir mahallede veya toplumda ikamet, aile yoksulluğunun etkilerinin üstünde ve ötesinde kötü muamele riski olarak görülmüştür.^{146,148} Birçok çalışma konut hareketliliğinin çocuğa kötü muamele riskini artırdığını ortaya koymuştur^{149,150}.

Drake ve Pandey çocuk ihmali için topluluğun risk faktörlerinin ekolojik bir araştırmasını gerçekleştirmiş, yoksulluk oranlarının artışı ve okulu bırakma ile ihmal

arasında kayda değer bir ilişki saptamışlardır. Yüksek yoksulluk oranına sahip olan topluluklarda on sekiz kat fazla ihmal olayı bildirilmiştir.¹⁴⁸ Sedlak yaptığı araştırmada, çok büyük şehirlerde (nüfus> 1.000.000) yaşayan çocukların muhtemelen yoksullukla ilişkili olarak fiziksel ihmal için daha yüksek risk altında olduğunu bulmuştur. Aynı şekilde eğitim ihmali riskinin kentte yaşayanlarda, kırsal topluluklardan daha yüksek olduğunu bildirmiştir.¹⁵¹

Öfkenin sergilendiği ortamlarda sürekli biçimde bulunmak çocukları şiddete karşı hassas hale getirebilir. Çocukluk ve ergenlik döneminde şiddete maruz kalmak, toplumda şiddet uygulamayı arttırıcı etki yapmaktadır. Yine çocukluk döneminde agresif davranışların erken başlangıcı, sosyal problemlerin çözümsüzlüğü, ailelerin görev ve davranışlarında zayıflık, akranlarının negatif etkileri, ateşli silahlara kolay ulaşabilme, ileri derecede yoksulluk ve geçimsiz karakterde komşular bu şiddeti arttıran diğer önemli faktörler olarak sayılabilir. Sosyo-ekonomik düzeyi yüksek çevrelerde özellikle aile içi geçimsizlikler ya da aileye yeni bir bebeğin gelmesi istismar olasılığını etkileyen toplumsal faktörlerdendir. Bu ailelerin toplumda güçlü tanındıklarının olması, güvence altında olmaları, çoğu kez bu suçun bakıcılara yüklenmesini sağlayan ve aileleri masum gösteren unsurlardır.¹⁵²

Fiziksel istismar ve ihmali etkileyen diğer sosyal faktörler yetersiz sağlık bakımı ve sosyal servisler, ayrıca geniş ailelere ve topluluklara destek eksikliği olarak bildirilmiştir. Fiziksel cezalandırmanın kültürel olarak yer edinmiş olması, istismar olgularının alt yapısını oluşturmaktadır. Çocuk istismarında en önemli sorunlardan biri şiddetin hafif boyutlarının hoş görülmesidir. Terbiye, eğitim ve benzeri nedenlerle hafif boyutlarda şiddete başvurulmakta ve sürekli bir nitelik kazanmaktadır.¹⁵²

2.3.3.2. Suça Sürüklenen Çocuklarda Çevresel Özellikler

Çevresel faktörlerin çocuğun suça sürüklenmesinde oldukça önemli bir rol oynadığı bilinmektedir. Özellikle ekonomik koşulların ve çevre-yaşam koşullarının çocuğun suça sürüklenmesinde önemli bir rolü olduğu belirtilmektedir.¹³⁰

Araştırmalar, göç ve yoksulluk ile suça sürüklenme arasında ilişki olduğunu bildirmektedir.^{72,153,154} Yoksulluk göçe bağlı olarak oluşabilmektedir. Akduman'ın yaptığı çalışmada, suça sürüklenen ergenlerin %94.7'sinin, Türkiye'nin çeşitli bölgelerinden göç

ile Ankara'ya gelen çocuklar olduğu dikkati çekmektedir.⁸¹ Gönültaş ve Hilal'in yaptığı çalışmada ise, göçün malvarlığına yönelik suçları zayıf da olsa pozitif yönde etkilediğini bildirilmiştir.¹³⁰ Büyük şehirlerde göç ve gecekondulaşmanın gruplar arası çatışmalara ve gerilimlere yol açtığı ve bununla ilişkili olarak da çocukların özellikle mala yönelik suça sürüklenmelerinde artışa neden olduğu düşünülmektedir.⁸¹ Yapılan diğer bir çalışmada göç eden ailelerin çocuklarında daha az davranışsal sorun bildirilmiştir.¹⁵⁵

Sosyo-demografik ve kültürlerarası iletişim gibi faktörlerin de çocukların problem davranışları üzerinde etkili olabileceği düşünülmektedir. Neto yaptığı araştırmada göç edilen yerleşim yerinde gözlemlenen ayrımcılık algısının, sosyal uyumu zorlaştırdığından bahsetmektedir.¹⁵⁵ Göç olgusunun, farklı değişkenler yoluyla çocukların suça yönelimi üzerinde rol oynayabileceğini düşünülmekte, çalışmalarda göç sonrası çevredeki ilişkilerle ilgili olumsuz algı, suç davranışı sergileyen akranlarla arkadaşlık kurma, göç edilen sosyo-ekonomik açıdan avantajsız çevre, toplumsal bağlılıklarının yeterince gelişmemesi gibi sebeplerin göç etmiş çocukların suç davranışı üzerinde dolaylı bir etkiye sahip olabileceği belirtilmiştir.^{91,156-158}

Akranlar çocuğun suça sürüklenmesindeki en önemli risk faktörlerindedir. Yapılan bir çalışmada okulda suç davranışı sergileyen akarana sahip olmanın suça sürüklenme için en önemli yordayıcı olduğu bildirilmiştir.¹⁵⁹ Yapılan diğer araştırmalarda da suça sürüklenen arkadaşlara sahip olmanın suça sürüklenmeyi arttırdığı saptanmıştır.^{160,161}

Çocuk suçluluğunu açıklayan diğer bir çevresel faktör de çocuğun okul ile ilişkisidir. Eğitimden uzak kalmanın çocukların başarısını, gelişimini, çevresiyle uyumunu ve psikolojik sağlığını olumsuz yönde etkileyebileceği ve eğitimden yoksun kalan çocukların suça daha açık hale gelebileceği belirtilmiştir.⁸¹ Okula bağlılığı yüksek olan çocuklarda suça sürüklenme daha az olduğu bildirilmektedir.¹⁶²

Yüksek derecede şiddet içeren yayınlara maruz kalmanın da saldırganlığı ve suça sürüklenmeyi artırdığı bildirilmektedir.^{76,163}

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. KATILIMCILARIN SEÇİMİ

Çalışmanın başlatılması ve dosya bilgilerinin incelenmesi amaçlı gerekli izinler alınmış, KÜ GOKAEK 2018/2.11 karar no ile araştırma hastanemizin etik kurulunca kabul edilmiştir. Kocaeli Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı'nda takip edilmekte olan, Ocak 2018-Şubat 2018 tarihleri arasında tarafımıza başvuran, sağlık tedbiri uygulanan, kurum bakımında olmayan hastalar içerisinde sosyo-demografik ve klinik özelliklerine dosya bilgilerinden ulaşılabilen 55 hasta örneklem grubu olarak çalışmaya dahil edilmiştir.

Kontrol grubu Ocak 2018-Şubat 2018 tarihleri arasında Kocaeli Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne ayaktan başvuran, benzer yaş ve cinsiyetteki, hakkında herhangi bir tedbir kararı bulunmayan, daha önce tarafımızca en az bir kere değerlendirmesi mevcut olan, dosyasında istenen sosyo-demografik ve klinik bilgilerine ulaşılabilen 55 hasta polikliniğe başvuru sırasında göre kontrol grubuna alınmıştır. Her iki grup için standardize zeka testi olan WISC-R sonucunun olmaması bir dışlanma kriteri olarak kabul edilmemiştir.

3.2. YÖNTEM

Her iki gruptaki çocukların en az iki görüşmede tamamlanan psikiyatrik değerlendirmeleri sonucunda konulan ruhsal tanıları ve görüşmeler sırasında edinilen sosyo-demografik bilgileri, zeka düzeyleri ve ilaç kullanımı gibi klinik özellikleri gruplar arasındaki farklılıkları anlamak adına karşılaştırılacak, sağlık tedbiri alınması ile ilişkili faktörler anlaşılmaya çalışılacaktır.

3.3. GEREÇLER

3.3.1. Sosyodemografik ve Klinik Özellikler

Sosyo-demografik ve klinik özelliklere dair veriler hastaların takipleri sırasında anne ve babalarından alınan anamnez bilgilerini, ailelerin sosyal incelemelerini, hastaların ruhsal tanımlarını, hastaların takip bilgilerini ve zeka puanlarını içeren hasta dosyalarından elde

edilmiştir. Çalışmada sosyo-demografik ve klinik özellik olarak; yaş, cinsiyet, okula devam ve sınıf tekrarı durumu, aile yapısı, kardeş sayısı, barınma durumu, ailenin aylık gelir düzeyi, göç durumu, anne ve babanın yaşı, ebeveyn çalışma durumu, ailedeki fiziksel ve ruhsal hastalıklar, çocuğun sosyal aktiviteye gidip gitmediği, çocuğun olumsuz yaşam olayı yaşayıp yaşamadığı, hakkındaki tedbir kararları, tedbir kararının sebebi, ailede başka tedbir uygulanan çocuğun varlığı, ailede sözel ve fiziksel şiddet olup olmadığı, , DSM-5(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5. edisyon)'a göre bir çocuk ve ergen psikiyatristi tarafından en az iki görüşme sonunda netleştirilen ruhsal tanı karşılaştırmaya alınmıştır.

3.3.2. WISC-R

WISC-R(Wechsler Intelligence Scale for Children-Revised, WÇZÖ-R, Wechsler Çocuklar için Zeka Ölçeği-Yeniden Gözden Geçirilmiş Formu), Wechsler tarafından 1974 yılında 6-16 yaş aralığındaki çocukların zeka düzeylerinin belirlenmesi için geliştirilen bir zeka testidir. Sözel ve performans becerilerini içeren 12 alt testten oluşur. Bu testin, Türkçeye uyarlaması Savaşır ve Şahin tarafından yapılmıştır.^{164,165} WISC-R sonucunun olmaması dışlama kriteri olarak kabul edilmediğinden her iki grupta WISC-R test sonucu olan bireyler sözel zeka, performans zeka ve toplam zeka düzeylerinin anlaşılması amaçlı karşılaştırmaya alınmıştır.

3.4. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

İstatistiksel değerlendirme, IBM SPSS 22.0 (IBM Corp., Armonk, NY, USA) paket programı ile yapıldı. Normal dağılıma uygunluk testi Kolmogorov-Smirnov Testi ile değerlendirildi. Normal dağılım gösteren nümerik değişkenler ortalama \pm standart sapma, normal dağılım göstermeyen nümerik değişkenler medyan (25.th - 75.th persantil), kategorik değişkenler ise frekans (yüzdeler) olarak verildi. Gruplar arasındaki farklılık normal dağılıma sahip olan nümerik değişkenler için student-t testi ile, normal dağılıma sahip olmayan nümerik değişkenler için ise Mann Whitney U Testi ile belirlendi. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkiler ise Fisher Exact Ki-kare, Yates Kikare ve Monte Carlo Kikare analizi ile değerlendirildi. İki yönlü hipotezlerin testi için $p < 0.05$ istatistiksel önemlilik için yeterli kabul edildi.

4. BULGULAR

4.1. TEDBİR KARARLARI

Sağlık tedbirli hastaların haklarındaki ek tedbir kararları incelendiğinde, sağlık tedbirli hastaların %45,5'inin başka tedbir kararının, %38,2'sinin sağlık ve danışmanlık tedbirinin, %7,3'ünün de sağlık, danışmanlık ve eğitim tedbirinin olduğu saptanmıştır.

Tablo 1: Tedbir Kararları

		ÖRNEKLEM	
		N	%
HAKKINDAKİ TEDBİR KARARLARI	YALNIZ SAĞLIK TEDBİRİ	30	54,5
	SAĞLIK VE DANIŞMANLIK TEDBİRİ	21	38,2
	SAĞLIK, DANIŞMANLIK VE EĞİTİM TEDBİRİ	4	7,3
AİLEDE BAŞKA TEDBİRLİ ÇOCUK	VAR	28	50,9
	YOK	27	49,1

Örneklem grubunun sağlık tedbiri kararlarının sebepleri Tablo 2'de özetlenmiştir. Sağlık tedbiri kararı genel bilgiler kısmında bahsedildiği üzere çeşitli nedenlerle alınabilmekte ve kararın alınmasında çoklu sebepler rol oynayabilmektedir. Örneklem grubundaki hastaların tedbir kararı sebepleri incelendiğinde %47,3'ünde ihmal, %34,5'inde istismar, %25,5'inde boşanma, %18,2'side ruhsal hastalık gibi süreçlerin %7,3'ünde da diğer sebeplerinde kararın alınmasına etki ettiği görülmektedir. Diğer sebepler annenin intiharı, baba vefatı sonrası aile içi sorunlar, anne-babanın ruhsal hastalığı olarak sayılabilir.

Tablo 2: Sağlık Tedbiri Nedenleri

		ÖRNEKLEM	
		N	%
İHMAL	VAR	26	47,3
	YOK	29	52,7
İSTİSMAR	VAR	19	34,5
	YOK	36	65,5
BOŞANMA	VAR	14	25,5
	YOK	41	74,5
RUHSAL HASTALIK	VAR	10	18,2
	YOK	45	81,8
SUÇA SÜRÜKLENME	VAR	7	12,7
	YOK	48	87,3
DİĞER SEBEPLER	VAR	4	7,3
	YOK	51	92,7

4.2. KATILIMCILARIN AİLE ÖZELLİKLERİ

Katılımcıların ailelerinde göç, akraba evliliği, aylık gelirleri, aile yapısı, ev içerisinde öz ebeveyn varlığı, ev içerisinde üvey ebeveyn varlığı, ev içerisinde öz kardeş varlığı, ev içerisinde üvey kardeş varlığı gibi aile özellikleri incelenerek Tablo 3’te özetlenmiştir. Her iki gruptaki ebeveynler göç durumları açısından karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır($p=0,703$). Ebeveynlerde akraba evliliği varlığının da örneklem ve kontrol grubunda benzer oranlarda görüldüğü saptanmıştır($p=0,760$).

Katılımcıların ailelerinin aylık gelirleri karşılaştırıldığında örneklem grubunu ailelerinin kontrol grubu ailelerine göre daha az aylık gelirleri olduğu, kontrol grubu ailelerinin %45,5(n:25)'inin aylık gelir düzeyinin asgari ücret veya daha az düzeyde olduğu, bu oranın kontrol grubunda %10,9(n:6) oranında olduğu, 3000TL'den fazla geliri olan ailelerin oranının örneklem grubunda %20(n:11) iken kontrol grubunda %60(n:33) olduğu, ailelerin aylık gelir düzeyleri arasındaki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır ($p<0,001$).

Katılımcıların aile yapılarına bakıldığında örneklem grubunun büyük oranının (%58,2) parçalanmış aile yapısına sahip olduğu, bu oranın kontrol grubunda %14,5 olduğu, kontrol grubundaki çocukların %74,5'i çekirdek aile içerisinde yaşarken örneklem grubunda %30,9 çocuğun çekirdek aile içerisinde yaşadığı, her iki grupta da 6 çocuğun geniş aileye sahip oldukları, katılımcıların aile yapılarındaki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu bulunmuştur ($p<0,001$).

Katılımcı çocukların yanlarında öz ebeveyn varlığı incelendiğinde aile yapılarına benzer şekilde, her iki gruptaki çocukların büyük oranda öz anne-babaları ile kaldıkları, bu oranın örneklem grubunda %41,8 iken kontrol grubunda iki katından daha fazla (%85,5) olduğu, örneklem grubundaki çocukların %40'ının kontrol grubundaki çocukların ise %9,1'inin sadece öz annesi ile, örneklem grubundaki çocukların %18,2'sinin kontrol grubundaki çocukların ise %5,5'inin sadece öz babası ile kaldıkları bu farklarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Katılımcıların üvey ebeveyn ile kalma durumları karşılaştırıldığında örneklem grubunda 9 çocuğun(%16,4), kontrol grubunda ise 1 çocuğun(%1,8) yanında üvey ebeveyn olduğu saptanmış, bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,020$).

Tablo 3: Aile Özellikleri

AİLE ÖZELLİKLERİ		ÖRNEKLEM		KONTROL		P
		N	%	N	%	
GÖÇ	EVET	28	50,9	26	47,3	0,703
	HAYIR	27	49,1	29	52,7	
AKRABA EVLİLİĞİ	EVET	5	9,1	7	12,7	0,760
	HAYIR	50	90,9	48	87,3	
AİLENİN AYLIK GELİRİ	ASGARİ ÜCRET VEYA DAHA DÜŞÜK	25	45,5	6	10,9	<0,001
	ASGARİ ÜCRET-3000 TL	19	34,5	16	29,1	
	3001 TL – 4500 TL	7	12,7	17	30,9	
	4500 TL'DEN FAZLA	4	7,3	16	29,1	
AİLE YAPISI	ÇEKİRDEK AİLE	17	30,9	41	74,5	<0,001
	GENİŞ AİLE	6	10,9	6	10,9	
	PARÇALANMIŞ AİLE	32	58,2	8	14,5	
YANINDA ÖZ EBEVEYN VARLIĞI	ÖZ ANNE-BABA	23	41,8	47	85,5	<0,001
	ÖZ ANNE	22	40	5	9,1	
	ÖZ BABA	10	18,2	3	5,5	
YANINDA ÜVEY EBEVEYN VARLIĞI	VAR	9	16,4	1	1,8	0,020
	YOK	46	83,6	54	98,2	

*Ki-kare testi

4.2.1. Katılımcıların Ebeveyn Özellikleri

Katılımcıların ebeveynlerinin yaşlarının karşılaştırılmasına dair veriler Tablo 4’de yer almaktadır. Anne yaşları incelendiğinde örneklem grubunda anne yaşlarının medyan(25.-75. persantil) değerlerinin 37,50(33-45) olduğu kontrol grubunda ise 41,00(37-46) olduğu, örneklem grubundaki annelerin yaşlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu saptanmıştır (p=0,020). Baba yaşlarının medyan değerinin kontrol grubunda 45(40,5-51) örneklem grubunda ise 42(38-51,5) olmasına karşın bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı görülmüştür (p=0,243).

Tablo 4: Ebeveynlerin Yaş Ortalamaları

	ÖRNEKLEM			KONTROL			P
	ORT.	MED.	25.-75. PER.	ORT.	MED.	25.-75. PER.	
ANNE YAŞI	38,29	37,50	33,0-45,0	41,36	41,00	37-46	0,020
BABA YAŞI	45,49	42,00	38,0-51,5	46,00	45,00	40,5-51,0	0,243

***Mann Whitney U testi**

Katılımcıların annelerinin eğitim düzeyleri, çalışma durumları, ruhsal hastalık ve fiziksel hastalık durumlarına dair veriler Tablo 5’de verilmiştir. Örneklem grubundaki 1 hastanın annesi suicid nedeniyle vefat ettiğinden çalışma durumu ve kronik fiziksel hastalık varlığı açısından karşılaştırmaya dahil edilmemiştir. Annelerin eğitim düzeyleri incelendiğinde okuma-yazması olamayan annelerin oranının örneklem grubunda %12,7 kontrol grubunda %0 olduğu, ilkokul mezunu annelerin oranının örneklem grubunda %65,5 kontrol grubunda %40 olduğu, ortaokul mezunu annelerin oranının örneklem grubunda %9,1 kontrol grubunda %20 olduğu, lise mezunu annelerin oranının örneklem grubunda %10,9 kontrol grubunda %23,6 olduğu, üniversite mezunu annelerin oranının örneklem grubunda %1,8 kontrol grubunda %16,4 olduğu ve kontrol grubundaki hastaların

annelerinin eğitim düzeylerinin örneklem grubundaki hasta annelerine kıyasla istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Katılımcıların annelerinin çalışma durumları ve annelerinde kronik fiziksel hastalık varlığına bakıldığında örneklem grubundaki hastaların annelerinin %20,4'ünün çalıştığı bu oranın kontrol grubunda %32,7 olduğu, annelerde kronik fiziksel hastalığın örneklem grubunda %33,3 kontrol grubunda ise %32,7 oranında görüldüğü ve bu farkların istatistiksel anlamlılığa ulaşmadığı saptanmıştır ($p=0,214$, $p=0,946$). Katılımcıların annelerinde ruhsal hastalık görülme sıklığı örneklem grubunda %43,6 kontrol grubunda ise %23,6 oranında saptanmış, bu sıklığın örneklem grubunda istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p=0,044$).

Tablo 5: Anne Özellikleri

ANNELERİN ÖZELLİKLERİ		ÖRNEKLEM		KONTROL		P
		N	%	N	%	
EĞİTİM DÜZEYİ	OKUMA-YAZMA YOK	7	12,7	0	0	<0,001
	İLKOKUL MEZUNU	36	65,5	22	40	
	ORTAOKUL MEZUNU	5	9,1	11	20	
	LİSE MEZUNU	6	10,9	13	23,6	
	ÜNİVERSİTE MEZUNU	1	1,8	9	16,4	
ÇALIŞMA DURUMU	ÇALIŞIYOR	11	20,4	18	32,7	0,214
	ÇALIŞMIYOR	43	79,6	37	67,3	
KRONİK FİZİKSEL HASTALIK	VAR	18	33,3	18	32,7	0,946
	YOK	36	66,7	37	67,3	
RUHSAL HASTALIK ÖYKÜSÜ	VAR	24	43,6	13	23,6	0,044
	YOK	31	56,4	42	76,4	

*Ki-kare testi

Katılımcıların babalarının özellikleri Tablo 6'da özetlenmiştir. Her iki gruptan ikişer katılımcının babasının vefat ettiği öğrenilmiştir. Babası vefat eden katılımcılar babalarının çalışma durumu ve babalarının kronik fiziksel hastalık varlığı açısından karşılaştırmaya dahil edilmemiştir. Ayrıca örneklem grubundaki vefat eden babaların eğitim durumuna ulaşılamadığından eğitim durumu karşılaştırmasına bu babalar dahil edilmemişlerdir. Hastaların babalarının eğitim düzeyleri incelendiğinde okuma-yazması olamayan babaların oranının örneklem grubunda %11,3 kontrol grubunda %0 olduğu, ilkökul mezunu babaların oranının örneklem grubunda %49,1 kontrol grubunda %34,5 olduğu, ortaokul mezunu babaların oranının örneklem grubunda %11,3 kontrol grubunda %10,9 olduğu, lise mezunu babaların oranının örneklem grubunda %26,4 kontrol grubunda %39,5 olduğu, üniversite mezunu babaların oranının örneklem grubunda %1,9 kontrol grubunda %20 olduğu, kontrol grubundaki hastaların babalarının eğitim düzeylerinin örneklem grubundaki hastaların babalarına kıyasla istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Katılımcıların babalarının çalışma durumlarına bakıldığında örneklem grubundaki hastaların babalarında bu oranın %60,4 kontrol grubu hastalarının babalarında ise %84,9 olduğu, örneklem grubundaki hastalarının babalarının çalışma durumlarının kontrol grubuna göre istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha düşük olduğu görülmüştür ($p=0,009$). Babalarda kronik fiziksel hastalık varlığı oranı örneklem grubunda %30,2 kontrol grubunda ise %18,9 oranında saptanmış ancak bu fark istatistiksel anlamlılığa ulaşmamıştır ($p=0,259$). Katılımcıların babalarında ruhsal hastalık görülme sıklığı örneklem grubunda %24,5 kontrol grubunda ise %5,7 oranında saptanmış, bu sıklığın örneklem grubunda istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p=0,015$).

Tablo 6: Baba Özellikleri

BABALARIN ÖZELLİKLERİ		ÖRNEKLEM		KONTROL		P
		N	%	N	%	
EĞİTİM DÜZEYİ	OKUMA-YAZMA YOK	6	11,3	0	0	0,001
	İLKOKUL MEZUNU	26	49,1	19	34,5	
	ORTAOKUL MEZUNU	6	11,3	6	10,9	
	LİSE MEZUNU	14	26,4	19	39,5	
	ÜNİVERSİTE MEZUNU	1	1,9	11	20	
ÇALIŞMA DURUMU	ÇALIŞIYOR	32	60,4	45	84,9	0,009
	ÇALIŞMIYOR	21	39,6	8	15,1	
KRONİK FİZİKSEL HASTALIK	VAR	16	30,2	10	18,9	0,259
	YOK	37	69,8	43	81,1	
RUHSAL HASTALIK ÖYKÜSÜ	VAR	13	24,5	3	5,7	0,015
	YOK	40	75,5	50	94,3	

*Ki-kare testi

4.2.2. Katılımcıların Aile İçi Olumsuz Özellikleri

Aile içi sözel şiddet öyküsü, aile içi fiziksel şiddet öyküsü, ailede madde kullanımı öyküsü, ailede suç öyküsü gibi özellikler olumsuz aile içi özellikler tablosunda özetlenmiştir.

Aile içi sözel şiddet öyküsü örneklem grubunda %63,6 oranında iken kontrol grubunda %18,2 oranında, aile içi fiziksel şiddet öyküsü örneklem grubunda %38,2 iken kontrol grubunda %7,3 oranında saptanmış; aile içi sözel şiddet ve fiziksel şiddet öyküsü örneklem grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,001$). Örneklem grubunda %18,2, kontrol grubunda ise %14,5 oranında saptanan ailede madde kullanım öyküsü istatistiksel açıdan anlamlı farklılık oluşturmamıştır ($p=0,797$). Ailede madde kullanan bireyin ebeveyn, kardeş veya diğer akrabalar olma durumu da istatistiksel açıdan anlamlı fark yaratmamıştır ($p=0,661$). Ailede suç öyküsü örneklem grubunda %36,4 kontrol grubunda ise %14,5 oranında saptanmış, örneklem grubundaki bireylerin suç öyküsüne sahip olma durumlarının kontrol grubuna göre istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha fazla olduğu görülmüştür ($p=0,016$). Kontrol grubunda 1 kişinin kardeşinde (%12,5), 1 kişinin ebeveyninde (%12,5) ve 6 kişinin de diğer akrabalarında (%75) suç öyküsü saptanırken, örneklem grubunda 18 kişinin ebeveynlerinde (%85,7), 1 kişinin kardeşinde (%4,8), 2 kişinin de diğer akrabalarında (%9,5) suç öyküsü saptanmıştır. Örneklem grubundaki katılımcıların daha çok ebeveynlerinde, kontrol grubu katılımcılarının ise daha çok diğer akrabalarında suç öyküsünün olduğu ve bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu görülmektedir ($p=0,001$).

Tablo 7: Aile İçi Olumsuz Özellikler

		ÖRNEKLEM		KONTROL		P
		N	%	N	%	
AİLE İÇİ SÖZEL ŞİDDET ÖYKÜSÜ	VAR	35	63,6	10	18,2	<0,001
	YOK	20	36,4	45	81,8	
AİLE İÇİ FİZİKSEL ŞİDDET ÖYKÜSÜ	VAR	21	38,2	4	7,3	<0,001
	YOK	34	61,8	51	92,7	
AİLEDE MADDE KULLANIM ÖYKÜSÜ	VAR	10	18,2	8	14,5	0,797
	YOK	45	81,8	47	85,5	
MADDE KULLANIM ÖYKÜSÜ OLAN BİREY	EBEVEYN	5	50	2	25	0,661
	KARDEŞ	1	10	1	12,5	
	DİĞER AKRABALAR	4	40	5	62,5	
AİLEDE SUÇ ÖYKÜSÜ	VAR	20	36,4	8	14,5	0,016
	YOK	35	63,6	47	85,5	
SUÇ ÖYKÜSÜ OLAN BİREY	EBEVEYN	18	85,7	1	12,5	0,001
	KARDEŞ	1	4,8	1	12,5	
	DİĞER AKRABALAR	2	9,5	6	75	

*Ki-kare testi

4.2.3. Katılımcıların Kardeş Özellikleri

Katılımcıların kardeş sayılarına ilişkin bulgular Tablo 8’de özetlenmiştir. Öz kardeş sayısı medyan (25.-75. persantil) değeri örneklem grubunda 2(1-3), kontrol grubunda ise 1(1-2) olarak saptanmış ve öz kardeş sayısındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,020$). Yine üvey kardeş sayısının da örneklem grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha fazla olduğu saptanmıştır ($p=0,037$).

Tablo 8: Kardeş Sayıları

	ÖRNEKLEM			KONTROL			P
	ORT.	MED.	25-75 PER.	ORT.	MED.	25-75 PER.	
ÖZ KARDEŞ SAYISI	1,80	2,00	1,00-3,00	1,34	1,00	1,00-2,00	0,020
ÜVEY KARDEŞ SAYISI	0,74	0,00	0,00-0,00	0,12	0,00	0,00-0,00	0,037

*Mann Whitney U testi

Aile özellikleri içerisinde değerlendirilen katılımcıların yanında öz veya üvey kardeş varlığına dair sonuçlar Tablo 9’da özetlenmiştir. Örneklem grubundaki çocukların %85,5’inin kontrol grubundaki çocukların ise %83,6’sının ev içerisinde öz kardeşi ile yaşadığı, bu oranların gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmadığı saptanmıştır ($p=1,000$). Üvey kardeş ile barınma durumlarına bakıldığında örneklem grubundaki çocukların %16,4’ünün kontrol grubundaki çocukların ise %1,8’inin yanında üvey kardeşinin olduğu, örneklem grubunda üvey kardeş ile kalma oranlarının kontrol grubuna göre istatistiksel açıdan anlamlı şekilde fazla olduğu bulunmuştur ($p=0,020$).

Tablo 9: Ev İçinde Kardeş Varlığı

		ÖRNEKLEM		KONTROL		P
		N	%	N	%	
YANINDA ÖZ KARDEŞ VARLIĞI	VAR	47	85,5	46	83,6	1,000
	YOK	8	14,5	9	16,4	
YANINDA ÜVEY KARDEŞ VARLIĞI	VAR	9	16,4	1	1,8	0,020
	YOK	46	83,6	54	98,2	

*Ki-kare testi

Tablo 10’da katılımcıların kardeşlerinde ruhsal ve fiziksel hastalık durumunun karşılaştırması özetlenmiştir. Örneklem grubunda 11 hastanın, kontrol grubunda ise 6 hastanın kardeşinde fiziksel hastalık varlığı bildirilmiş, aralarında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,330$). Örneklem grubundaki hastaların %47,3’ünün($n:26$) kardeşlerinde ruhsal hastalık varlığı bildirilmiş, örneklem grubundaki hastaların kardeşlerinde ruhsal hastalık görülmesinin istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha fazla olduğu bulunmuştur ($p=0,041$).

Tablo 10: Kardeşlerin Hastalık Durumları

KARDEŞ ÖZELLİKLERİ		ÖRNEKLEM		KONTROL		P
		N	%	N	%	
FİZİKSEL HASTALIK	VAR	11	20	6	11,3	0,330
	YOK	44	80	47	88,7	
RUHSAL HASTALIK	VAR	26	47,3	14	26,4	0,041
	YOK	29	52,7	39	73,6	

*Ki-kare testi

4.3. KATILIMCILARIN BİREYSEL ÖZELLİKLERİ

Çalışmamızda gerek sağlık tedbirli grup gerekse kontrol grubu 32'si erkek (%58,2), 23'ü kız (%41,8) olmak üzere 55'er çocuktan oluşmaktadır ($p=1,000$). Çalışmaya katılan çocuklar 3-18 yaş aralığındadır. Örneklem grubundaki çocukların yaş ortalaması ay cinsinden $151,94\pm 46,60$, kontrol grubundaki çocukların yaş ortalaması $151,45\pm 46,50$ olarak hesaplanmıştır. Her iki grubun yaş ortalamaları arasında anlamlı istatistiksel fark bulunmamıştır ($p=0,956$).

4.3.1 Katılımcıların Tanı ve Hastalık Durumları

Katılımcıların ruhsal tanılarına dair veriler Tablo 11'de verilmiş, hastalıklar görülme sıklıklarına göre sıralanmıştır. Katılımcılarda en sık görülen ruhsal hastalık olan dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu(DEHB) tanısı kontrol grubunda %76,4 oranında örneklem grubunda ise %45,5 oranında saptanmış, bu fark istatistiksel anlamlılığa ulaşmıştır. Davranım bozukluğu tanısı kontrol grubunda %1,8 oranında görülür iken örneklem grubunda 10 katından daha fazla (%21,8 oranında) bulunmuş, davranım bozukluğu örneklem grubunda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fazla saptanmıştır ($p=0,003$). Zeka geriliğine(MR) kontrol grubunda rastlanmaz iken örneklem grubunun %20'sinde zeka geriliği olduğu, zeka geriliği tanısının örneklem grubunda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fazla görüldüğü bulunmuştur ($p=0,001$). Travma sonrası stres bozukluğu(TSSB) oranları kontrol grubunda %1,8 oranında örneklem grubunda ise %14,5 oranında görüldüğü, bu farkın da istatistiksel anlamlılığa ulaştığı görülmektedir ($p=0,032$).

Özgül öğrenme güçlüğü(ÖÖG), karşıt olma karşı gelme bozukluğu(KOKGB), depresif bozukluklar, anksiyete bozuklukları, iletişim bozuklukları, obsesif kompulsif bozukluk(OKB) ve ilişkili bozukluklar, psikotik bozukluklar, madde kullanım bozukluğu, otizm spektrum bozukluğu(OSB), motor bozukluklar, cinsel disfori, konversiyon bozukluğu, bipolar bozukluk, uyum bozukluğu gibi tanılar ve sınırda kişilik özellikleri katılımcılarda görülen diğer ruhsal tanılar olmakla birlikte bu ruhsal tanılar açısından gruplar arasında anlamlı farklılıklar saptanmamıştır.

Tablo 11: Ruhsal Tanılar

RUHSAL HASTALIKLAR		ÖRNEKLEM		KONTROL		P
		N	%	N	%	
DEHB	VAR	25	45,5	42	76,4	0,002
	YOK	30	54,5	13	23,6	
ÖÖG	VAR	12	21,8	15	27,3	0,658
	YOK	43	78,2	40	72,7	
KOKGB	VAR	6	10,9	12	21,8	0,198
	YOK	49	89,1	43	78,2	
DEPRESİF BOZUKLUKLAR	VAR	6	10,9	12	21,8	0,198
	YOK	49	89,1	43	78,2	
DB	VAR	12	21,8	1	1,8	0,003
	YOK	43	78,2	54	98,2	
MR	VAR	11	20	0	0	0,001
	YOK	44	80	55	100	
TSSB	VAR	8	14,5	1	1,8	0,032
	YOK	47	85,5	54	98,2	
ANKSİYETE BOZUKLUKLARI	VAR	4	7,3	5	9,1	1,000
	YOK	51	92,7	50	90,9	
İLETİŞİM BOZUKLUKLARI	VAR	2	3,6	3	5,5	1,000
	YOK	53	96,4	52	94,5	
OKB ve İLİŞKİLİ BOZUKLUKLAR	VAR	2	3,6	2	3,6	1,000
	YOK	53	96,4	53	96,4	
PSİKOTİK BOZUKLUKLAR	VAR	2	3,6	2	3,6	1,000
	YOK	53	96,4	53	96,4	
MADDE KULLANIM BOZUKLUKLARI	VAR	3	5,5	0	0	0,243
	YOK	52	94,5	55	100	

OSB	VAR	1	1,8	1	1,8	1,000
	YOK	54	98,2	54	98,2	
MOTOR BOZUKLUKLAR	VAR	2	3,6	0	0	0,495
	YOK	53	96,4	55	100	
CİNSEL DİSFORİ	VAR	1	1,8	1	1,8	1,000
	YOK	54	98,2	54	98,2	
KONVERSİYON BOZUKLUĞU	VAR	0	0	2	3,6	0,495
	YOK	55	100	53	96,4	
SINIRDA KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ	VAR	2	3,6	0	0	0,495
	YOK	53	96,4	55	100	
BİPOLAR BOZUKLUK	VAR	0	0	1	1,8	1,000
	YOK	55	100	54	98,2	
UYUM BOZUKLUĞU	VAR	1	1,8	0	0	1,000
	YOK	54	98,2	55	100	

*Ki-kare testi

Örneklem ve kontrol gruplarında eşit oranda (%23,6) kronik fiziksel hastalık bildirilmiştir (p=1,000).

Tablo 12: Fiziksel Hastalık Durumları

		ÖRNEKLEM		KONTROL		P
		N	%	N	%	
KRONİK FİZİKSEL HASTALIK	VAR	13	23,6	13	23,6	1,000
	YOK	42	76,4	42	76,4	

*Ki-kare testi

4.3.2. Katılımcıların Psikotrop İlaç Kullanımları

Grupların psikotrop ilaç kullanım durumları ve kullandıkları ilaçlar incelendiğinde psikotrop ilaç kullanım oranının kontrol grubunda %89,1 oranında olduğu, bu oranın örneklem grubu ilaç kullanım oranına (%45,5) göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha fazla olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Kontrol grubunda en yüksek oranda (%56,4) kullanılan ilaç grubunun psikostimulan ilaçlar olduğu, psikostimulan grubu ilaçların örneklem grubunda %21,8 oranında kullanıldığı ve gruplar arası bu farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Örneklem grubunda ise en yüksek oranda kullanılan ilaç grubunun %27,3 oran ile antipsikotikler olduğu, kontrol grubunda antipsikotik grubu ilaç kullanımının %21,8 oranında olduğu ve bu farkın istatistiksel anlamlılığa ulaşmadığı görülmüştür ($p=0,658$). Selektif noradrenalin geri alım inhibitörü(SNGİ) kullanım oranlarının örneklem grubunda %3,6, kontrol grubunda ise %12,7 olduğu ve bu oranların istatistiksel açıdan anlamlı farklılık oluşturmadığı bulunmuştur ($p=0,161$). Selektif Serotonin geri alım inhibitörü(SSGİ) kullanımını örneklem grubunda %5,5 oranında iken kontrol grubunda %32,7 oranında saptanmış, kontrol grubunun istatistiksel açıdan anlamlı şekilde örneklem grubuna göre daha fazla SSGİ grubu ilaç kullandığı görülmektedir ($p=0,001$). (Tablo 13)

Tablo 13: Katılımcıların Psikotrop İlaç Kullanım Durumları

PSİKOTROP İLAÇ KULLANIMI		ÖRNEKLEM		KONTROL		P
		N	%	N	%	
PSİKOTROP İLAÇ KULLANIMI	VAR	25	45,5	49	89,1	<0,001
	YOK	30	54,5	6	10,9	
PSİKOSTİMULAN KULLANIMI	VAR	12	21,8	31	56,4	<0,001
	YOK	43	78,2	24	43,6	
SNGİ KULLANIMI	VAR	2	3,6	7	12,7	0,161
	YOK	53	96,4	48	87,3	
ANTİPSİKOTİK KULLANIMI	VAR	15	27,3	12	21,8	0,658
	YOK	40	72,7	43	78,2	
SSGİ KULLANIMI	VAR	3	5,5	18	32,7	0,001
	YOK	52	94,5	37	67,3	

*Ki-kare testi

4.3.3. Katılımcıların Zeka Düzeyleri

Örneklem grubundan 36 hastanın kontrol grubundan ise 41 hastanın Wechsler Çocuklar için Zeka Ölçeği-Yeniden Gözden Geçirilmiş Formu(WISC-R) ile ölçülen zekâ düzeyleri karşılaştırmaya alınmış, sonuçlar Tablo 14’de özetlenmiştir. Sözel zekâ puan ortalamasının örneklem grubunda $79,11 \pm 20,36$, kontrol grubunda $88,90 \pm 11,28$ olduğu ve istatistiksel açıdan anlamlı şekilde örneklem grubunun sözel zekâ puan ortalamasının kontrol grubuna göre daha düşük olduğu bulunmuştur ($p=0,013$). Performans zekâ puanı ortalamasının örneklem grubunda $84,52 \pm 20,46$, kontrol grubunda ise $91,68 \pm 11,87$ olduğu ancak gruplar arası bu farkın istatistiksel anlamlılığa ulaşmadığı görülmüştür ($p=0,071$). Grupların toplam zekâ puan düzeyleri karşılaştırıldığında, örneklem grubunun toplam zekâ puanı ortalamasının ($80,02 \pm 19,59$) kontrol grubu toplam zekâ puan ortalamasından ($90,00 \pm 9,61$) istatistiksel açıdan anlamlı şekilde düşük olduğu saptanmıştır ($p=0,008$).

Tablo 14: Zeka Puanı Ortalamaları

WISC-R	ÖRNEKLEM			KONTROL			P
	N	ORT.	SD	N	ORT.	SD	
SÖZEL ZEKÂ PUANI	36	79,11	20,36	41	88,90	11,28	0,013
PERFORMANS ZEKÂ PUANI	36	84,52	20,46	41	91,68	11,87	0,071
TOPLAM ZEKÂ PUANI	36	80,02	19,59	41	90,00	9,61	0,008

*Student t testi

4.3.4. Katılımcıların Okul Durumları

Katılımcıların okula devam durumları incelendiğinde örneklem grubundan 3 çocuğun kontrol grubundan ise 2 çocuğun henüz okula başlamadıkları, örneklem grubundan 7 çocuğun kontrol grubundan ise 2 çocuğun okulu bıraktığı, diğer çocukların ise okula devam ettiği bildirilmiş, gruplar arasındaki bu farklar için istatistiksel anlamlılık saptanmamıştır ($p=0,162$). Örneklem grubundan 6 çocuğun kontrol grubundan ise 3 çocuğun sınıf tekrarı öyküsü olduğu saptanmış, sınıf tekrarı açısından istatistiksel anlamlılık oluşmamıştır ($p=0,489$). (Tablo 15)

Tablo 15: Okul Durumları

		ÖRNEKLEM		KONTROL		P
		N	%	N	%	
OKULA DEVAM DURUMU	OKULA BAŞLAMAMIŞ	3	5,5	2	3,6	0,162
	OKULA GİDİYOR	45	81,8	51	92,7	
	OKULU BIRAKMIŞ	7	12,7	2	3,6	
SINIF TEKRARI ÖYKÜSÜ	VAR	6	10,9	3	5,5	0,489
	YOK	49	89,1	52	94,5	

* Fisher's Exact Ki-Kare Testi

4.3.5. Katılımcıların Diğer Özellikleri

Sosyal aktiviteye gitme durumları karşılaştırıldığında, örneklem grubunun %27,3'ünün, kontrol grubunun ise %38,2'sinin sosyal bir aktiviteye devam ettikleri gruplar arasındaki bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p=0,310$). (Tablo 15)

Tablo 16: Sosyal aktiviteye gitme durumları

		ÖRNEKLEM		KONTROL		P
		N	%	N	%	
SOSYAL AKTİVİTE	GİDİYOR	15	27,3	21	38,2	0,310
	GİTMİYOR	40	72,7	34	61,8	

* Yates Ki-Kare Testi

Katılımcıların öykülerinde olumsuz yaşam olayı varlığı ve olumsuz yaşam olayı türlerine ilişkin bilgiler Tablo 17’de verilmiştir. Örneklem grubunda %78,2 oranına ulaşan olumsuz yaşam olayı kontrol grubunda %30,9 oranında saptanmış, istatistiksel açıdan anlamlı şekilde örneklem grubundaki katılımcıların daha yüksek randa olumsuz yaşam olayına maruz kaldıkları tespit edilmiştir ($p<0,001$). Olumsuz yaşam olayının türüne yönelik yapılan karşılaştırmada ise anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0,441$).

Tablo 17: Olumsuz yaşam olayı durumu

		ÖRNEKLEM		KONTROL		P
		N	%	N	%	
OLUMSUZ YAŞAM OLAYI	VAR	43	78,2	17	30,9	<0,001
	YOK	12	21,8	38	69,1	
OLUMSUZ YAŞAM OLAYI TÜRÜ	İSTİSMAR MARUZİYETİ	17	39,5	5	29,4	0,441
	BOŞANMA	16	37,2	5	29,4	
	YAKIN KAYBI	3	7	4	23,5	
	FİZİKSEL TRAVMA	3	7	2	11,8	
	YAKINININ TRAVMA MARUZİYETİ	4	9,3	1	5,9	

* Pearson Ki-Kare Testi

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada Kocaeli Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda 5395 sayılı ÇKK kapsamında sağlık tedbiri ile takip edilen ve aileleri yanında kalmakta olan çocukların sosyo-demografik ve klinik özellikleri incelenmiş; bu özellikler hakkında tedbir kararı olmaksızın takip edilen hastalar ile karşılaştırılmış, çocuklar hakkında sağlık tedbiri alınmasına yönelik faktörlerin gözden geçirilmesi ve sağlık tedbirli çocukların özelliklerinin anlaşılması amaçlanmıştır. Sağlık tedbirli hastaların özellikleri hakkında bir adet araştırma bulunduğundan, elde edilen veriler sağlık tedbiri grubunu oluşturan korunmaya muhtaç ve suça sürüklenen çocuklarla ilgili çalışmalar ışığında tartışılmıştır.

Kontrol grubunun, çalışma grubuyla benzer yaş aralığı ve cinsiyetteki çocuklardan oluşturulması nedeniyle gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Aile özelliklerinde; ebeveyn yaşları incelendiğinde, sağlık tedbirli çocukların ebeveyn yaşlarının daha düşük olduğu ve annelerinin daha genç olmasının istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Bu bulgu literatür ile eşleşmekte, korunmaya muhtaçlıkta ve suça sürüklenmede anne yaşının düşüklüğünün suçlandığı bilinmektedir.^{40,59,60,71,72} Eğitim düzeylerinin az olması, planlı gebeliklere sahip olma olasılıklarının az olması, çocuk bakımına dair yeterli donanıma sahip olmamaları, çocukları ile ilişkilerinde yetersiz veya olumsuz tutum sergileyebilmeleri, maddi yetersizlikler gibi nedenler ile düşük anne yaşı çocukların korunmaya muhtaçlığı ve suça sürüklenmesini artırıyor olabilir.

Her iki grubun ailelerinin aylık gelir düzeyleri incelendiğinde, sağlık tedbirli çocukların ailelerinin aylık gelir düzeyinin tedbir kararı olmayan çocukların ailelerinin aylık gelir düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu, sağlık tedbiri alınması ile ailelerin aylık gelir düzeyi arasında negatif bağlantı bulunduğu saptanmıştır. Bu durum ailelerin aylık gelir düzeyinin düşük olmasının suça sürüklenme, ihmal ve istismar riskini artırdığı bilgisi ile uyumludur.^{41-44,81,88,89} Bu sonuç literatür bilgisi ışığında değerlendirildiğinde düşük gelir düzeyinin: Ebeveyn işsizliği, ebeveynin düşük eğitim düzeyi, ebeveyn stresini artırma, çocuğun çevre koşullarını olumsuzlaştırma, çocuğa bakım için gereken bütçenin yetersiz kalması, mali kaynak bulma çabaları nedeniyle çocukla geçirilen vaktin azalması, ebeveynlerin psikopatoloji riskini artırma, aile

dinamiklerini ve yapısını değiştirebilme gibi yollar ile çocukların korunmaya muhtaçlığını ve suça sürüklenmesini arttırıyor olabileceği düşünölmektedir. Riskli ailelerin önceden saptanarak gerekli maddi yardımların sağlanması, çocuğun suça sürüklenmesi ve korunmaya muhtaçlığı açısından koruyucu ve önleyici olabileceği, bu olumsuz sonuçların yarattığı mali yükün de azalmasını sağlayabileceği düşünölmüştür.

Grupların aile yapıları incelendiğinde, sağlık tedbirli çocukların parçalanmış aileye sahip olma oranlarının tedbir kararı olmayan çocuklara kıyasla yüksek olduğu, sağlık tedbirli çocuklarının büyük oranda sadece öz anne veya öz babası ile yaşadığı, kontrol grubunun ise büyük oranda öz anne ve babası ile birlikte yaşadığı, sağlık tedbirli çocukların daha yüksek oranda üvey ebeveyn ile barındıkları, bu farkların istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır. Literatür incelendiğinde, üvey ebeveynli ailelerde çocukların kötü muamele ve suça sürüklenme oranlarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir.^{45,46,80} Çalışmalar bulgumuzu destekler nitelikte, parçalanmış ve tek ebeveynli ailelerde, daha düşük gelire sahip olabilmeleri, çocuklarına daha az kaynak ayırabilmeleri, daha fazla zaman kısıtlamasına sahip olmaları, ebeveynlerinin stres düzeylerinin yüksek olabilmesi, daha yüksek oranda aile çatışması yaşayabilmeleri, ebeveyn tarafından daha sınırlı bir özgecilik rolünün benimsenebilmesi ve anne baba görevlerinin yerine getirilememesi gibi süreçlerin, bu ailelerin çocuklarında korunmaya muhtaçlık ve suça sürüklenme riskini arttırabileceği bildirilmektedir.^{45,46,52,68,70,79,80} Bahsedilen bu aile değişkenleri sağlık tedbiri alınması için birer risk faktörü olabilir.

Her iki grubun yaşadığı şehre göç sonucu gelme oranları karşılaştırılmış; sağlık tedbirli çocuklarda bu oran %50,9, sağlık tedbirli olmayan çocuklarda %47,3 olarak bulunmuştur. Bu farkın istatistiksel açıdan anlamlılığa ulaşmaması literatür ile çelişmekte, konut hareketliliğinin çocuğun kötü muamele görmesini ve suça sürüklenmesini arttırdığı bildirilmektedir.^{58,72,149,150,153,154} İlk akla gelen göçün, aile yanındaki çocuklarda sağlık tedbiri alınması ile ilişkili bir risk faktörü olmayabileceğidir. Ancak Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre 2016-2017 yılları arasında Kocaeli'nin en fazla göç alan 3. il olduğu görölmekte; Kocaeli'nde göç oranları ve göç hızının yüksek olmasının bu duruma yol açmış olabileceği akla gelmektedir.¹⁶⁶ Sağlık tedbirli çocuklardan sadece psikiyatrik tedavi alan bir grubunun incelemeye alınması, kurum bakımındaki çocukların çalışmaya dahil edilmemiş olması, göçün yoksulluk ve kötü çevre şartlarına sebep olma gibi olumsuz

etkilerinin gerçekleşmemiş olabileceği gibi nedenler de bu farkın anlamlılık kazanmamasında etkili olabilir.

Katılımcıların annelerinin eğitim düzeyleri incelendiğinde sağlık tedbirli çocukların annelerinin daha çok ilkokul veya daha düşük eğitim düzeylerinin olduğu, kontrol grubu annelerinin ise daha çok ilkokul veya daha yüksek eğitim düzeylerinin olduğu, bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu, sağlık tedbiri alınması ile hastaların annelerinin eğitim düzeyi arasında negatif bir korelasyon varlığı saptanmıştır. Yazınlar incelendiğinde de bulgumuz ile benzer şekilde annelerin düşük eğitim düzeyleri ile çocuğa kötü muamele ve çocuğun suça sürüklenmesinin ilişkilendirildiği görülmektedir.^{40,57,59,60,63,70,81}

Gruplar arasında katılımcıların annelerinin çalışma durumları incelendiğinde, sağlık tedbirli hastaların annelerinin çalışma oranları kontrol grubuna göre daha az olduğu ancak bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı görülmüştür. Sağlık tedbirli çocukların annelerinin işsiz olma oranının yüksekliği istatistiksel anlamlılığa ulaşmamasına karşın, literatürde düşük ekonomik gelirli, annelerin işsiz ve eğitim düzeyinin düşük olduğu ailelerde çocukların daha çok ev dışı vakit geçirdikleri ve daha denetimsiz oldukları bildirilmektedir.⁹¹ Bu bulgu, annelerin çalışma durumu ile sağlık tedbiri alınması arasında korelasyon olmadığını düşündürmekle birlikte, bu ilişkinin tam olarak anlaşılması için daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Katılımcıların annelerinde kronik fiziksel hastalık durumu ve ruhsal hastalık öyküsü incelendiğinde, sağlık tedbirli grubun annelerde kronik fiziksel hastalık varlığı ve ruhsal hastalık öyküsünün kontrol grubuna göre yüksek olduğu saptanmış; bunlardan sadece ruhsal hastalık öyküsünün varlığı istatistiksel anlamlılığa ulaşmıştır. Yapılan bir çalışmada da ciddi anne hastalıklarının çocuk ihmali ile ilişkili olabileceği bildirilmiştir.⁶³ Ancak çalışmamızda hastalığın şiddeti veya ciddiyeti değerlendirilmemiş, sağlık tedbirli olma ile annede kronik hastalık varlığı arasındaki ilişki araştırılmış ve bu ilişki saptanmamıştır. Literatür incelendiğinde annede psikopatolojinin, özellikle de depresyon ve madde kullanım bozuklukları varlığının, çocuğun kötü muamele görmesi ve suça sürüklenmesi ile ilişkili olduğunu gösteren çok sayıda çalışma mevcuttur.^{53,61-64,78,85,92} Bulgumuz bahsedilen çalışmaları destekler niteliktedir ve sağlık tedbiri alınması ile maternal psikopatoloji arasında pozitif bir ilişkinin var olduğunu göstermektedir.

Katılımcıların babalarının eğitim düzeyleri incelendiğinde sağlık tedbirli çocukların babalarının daha çok ilkokul veya daha düşük eğitim düzeylerinin olduğu, kontrol grubu babalarının ise daha çok ilkokul veya daha üstü eğitim düzeylerinin olduğu, bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır. Sağlık tedbiri alınması ile tedbirli çocukların babalarının eğitim düzeyi arasında negatif bir korelasyon varlığı saptanmıştır. Literatür incelendiğinde çocuğa kötü muamelelerin daha çok annenin eğitim düzeyinin düşük olması ile ilişkilendirildiği ancak ebeveynlerin her ikisinin veya babanın düşük eğitim düzeyine sahip olmasının suça sürüklenme ile ilişkisi bildirilmektedir.^{70,81,84} Ebeveyn eğitiminin, ebeveynlerin çocuk yetiştirme konusunda deneyim ve bakış açıları kazanmalarını sağlama, iş olanakları ve maddi kaynakları artırma gibi yollar ile çocukları kötü muameleden ve suça sürüklenmeden koruyabileceği, bulgumuzda da bu süreçlerin etkili olabileceği düşünülmüştür. Sonuç olarak ebeveynlerin eğitim düzeylerinin artırılmasının, çocuğun kötü muameleyle maruz kalmasını ve suça sürüklenmesini, bu sebeplerle gelişen ruhsal, fiziksel ve toplumsal olumsuzlukları, oluşan adli ve diğer kurumların yükünü, bu süreçlere aktarılan bütçeyi azaltmak ve en önemlisi çocukların yüksek yararını korumak adına önemli bir adım olacağı düşünülmüştür.

Gruplar arasında katılımcıların babalarının çalışma durumları incelendiğinde; sağlık tedbirli hastaların babalarının çalışma oranlarının, kontrol grubuna göre istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha az olduğu görülmüştür. Literatür incelendiğinde; yüksek yerel işsizlik oranlarının çocuk ihmal ve istismarı ile ilişkilendirildiği, çocuğa kötü muamelede daha çok anne işsizliği suçlanmakla birlikte işsiz babaların çocuklarına daha yüksek oranda kötü muamele uyguladığının da bildirildiği görülmüştür.^{141,145,167,168} Bahsedilen çalışmalar ile bulgumuzun uyumlu olduğu, sağlık tedbiri alınması ile baba işsizliği arasında pozitif bir ilişki olduğu düşünülmüştür.

Katılımcıların babalarının kronik fiziksel rahatsızlık durumları ve ruhsal hastalık öyküleri incelendiğinde; sağlık tedbirli grupta babaların kronik fiziksel hastalığa ve ruhsal hastalık öyküsüne sahip olma oranlarının kontrol grubuna göre yüksek olduğu, ruhsal hastalık öyküsü varlığının yüksek olmasının aynı zamanda istatistiksel açıdan anlamlı olduğu görülmüştür. Literatür incelendiğinde bulgumuzu destekler şekilde ebeveynde ruhsal hastalık varlığının çocuğun kötü muamele görmesi ve suça sürüklenmesi ile ilişkili olduğunu gösteren çok sayıda çalışma bulunmakta, özellikle de ebeveyn depresyonu ve

madde kullanım bozuklukları suçlanmaktadır.^{53,61-64,78,85,92} Bulgumuz çalışmaları destekler niteliktedir ve sağlık tedbirli olma ile maternal psikopatoloji arasında pozitif bir ilişkinin var olduğunu göstermektedir.

Aile içi olumsuz özellikler arasında ailede fiziksel ve sözel şiddet öyküsü incelendiğinde, sözel ve fiziksel şiddet öyküsü sağlık tedbirli grupta istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha yüksek oranda bulunmuştur. Yazınlar incelendiğinde aile içi şiddet öyküsünün, çocuk istismarı ve çocuğun suça sürüklenmesi ile ilişkilendirildiği görülmektedir.^{64,70,75,86,87} Aile içi şiddetin, çocuğun ihmal ve istismarına yol açması, çocuğun korunmaya muhtaçlığına böylece sağlık tedbiri alınmasına yol açması olasıdır. Ancak sağlık tedbirli hasta grubunda suça sürüklenen çocukların da olduğu, korunmaya muhtaç çocukların küçük bir kısmında ebeveyn tarafından istismar öyküsünün bulunduğu ve bu grubun aile yanında korunan çocuklar olduğu düşünüldüğünde aile içi sözel-fiziksel şiddetin dolaylı yollarla da çocukların korunmaya muhtaçlığını ve suça sürüklenmesini arttırdığı düşünülmüştür. Sonuç olarak aile yanında korunan çocuklarda, aile içi sözel ve fiziksel şiddet öyküsü ile sağlık tedbiri alınması arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur.

Ailede madde kullanım öyküsü değerlendirildiğinde gruplar arasında anlamlı farklılık oluşmamıştır. Literatür bilgisi çocuğun ihmal, istismar ve suça sürüklenmesinde ailede madde kullanımının ve madde bağımlılığının risk faktörü olduğunu göstermektedir.^{53,61-63,69,70,78,85,92} Çalışmamızda bu farkın oluşmamasında, madde kullanımına dair bilgilerin dosya bilgilerindeki öz bildirimlere dayanması, kurum bakımındaki sağlık tedbirli çocukların çalışmamızda bulunmaması, örneklemin nispeten küçük olması gibi sebepler etkili olmuş olabilir. Çocukların ailelerinde madde kullanım öyküsünün varlığının, sağlık tedbirli alınması ile ilişkisi saptanmamakla birlikte bu ilişkiyi anlamak amaçlı ileri çalışmalara gereksinim duyulmaktadır.

Aile içi ilişkiler alanında yaşanan kötü toplumsallaşma sürecinin, çocuğun suç sayılabilecek davranışlara sürüklenmesinde büyük rol oynayabileceği bilinmekte, çalışmalarda ailede suç öyküsü varlığının çocuğun suça sürüklenmesi ile ilişkili olduğu bildirilmektedir.^{69,70} Yapılan bir çalışmada babanın suç davranışının nesiller arası aktarım yoluyla çocuğa geçebildiği ileri sürülmüştür.⁹² Yapılan diğer bir çalışmada ise suç davranışında kardeşler arasında güçlü bir benzerlik olduğu bildirilmektedir.⁹³ Suça sürüklenmenin, ihmal ve istismara uğrama olasılığını arttırdığı bildirilmiştir.⁵⁸

Çalışmamızda ailede suç öyküsü varlığı oranı sağlık tedbirli grupta anlamlı şekilde yüksek saptanmıştır. Suç öyküsü olan bireyin ebeveyn, kardeş veya akraba olma durumu da gruplar arası anlamlı farklılık oluşturmuş; sağlık tedbirli grupta daha çok ebeveynde suç öyküsü, sağlık tedbirli olmayan grupta ise daha çok diğer akrabalarda suç öyküsü varlığı saptanmıştır. Bu bulgular ailede suç öyküsü varlığının özellikle de ebeveynlerde suç öyküsünün, çocuğa sağlık tedbiri alınması ile ilişkili olabileceğini göstermektedir.

Öz kardeş ve üvey kardeş sayıları arasında gruplar arasında karşılaştırıldığında, istatistiksel açıdan anlamlı şekilde öz ve üvey kardeş sayılarının sağlık tedbirli grupta daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda aile büyüklüğünün istismar ve ihmal ile ilişkili olduğu, ailelerin çok sayıda çocuk sahibi olmasının çocuklarının ihmal ve istismar edilme olasılığını arttırabileceği, kardeş sayısı ile çocuğun suça sürüklenmesi arasında pozitif bir ilişki olduğunu bildirmektedir.^{44,51-54,57,70,84} Sonuçta artan kardeş sayısı doğrudan ya da dolaylı sebepler ile aile yanında korunan çocuklarda sağlık tedbiri alınması için risk faktörü olabilir.

Ev içinde öz ve üvey kardeş varlığı incelendiğinde öz kardeş varlığı gruplarda benzer oranlar görülmeyle birlikte, üvey kardeş varlığı sağlık tedbirli grupta sağlık tedbirli olmayan gruba göre istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Literatürde üvey kardeş varlığı ile korunmaya muhtaçlık veya suça sürüklenme arasında ilişkinin bildirildiği çalışma bulunamamıştır. Gruplar arasındaki bu fark üvey kardeş ile barınmanın, aile yanındaki çocuklar için sağlık tedbiri alınmasına yönelik bir risk faktörü olabileceğini ya da bu değişkenin literatürde korunmaya muhtaçlık ve suça sürüklenme ile ilişkili olduğu bildirilen, bakım verenin değişmesi ve üvey ebeveyn varlığı gibi diğer değişkenlerden etkilenmiş olabileceği düşünülmüştür. Bu ilişkinin aydınlatılması için yeni çalışmalara ihtiyaç vardır.

Katılımcıların kardeşlerinde fiziksel ve ruhsal hastalık varlığı oranları incelendiğinde, kardeşte fiziksel ve ruhsal hastalık varlığının sağlık tedbirli çocuklarda daha yüksek oranda görüldüğü; sağlık tedbirli çocukların kardeşinde ruhsal hastalık varlığının daha yüksek olmasının istatistiksel anlamlılığa da ulaştığı saptanmıştır. Sağlık tedbirli katılımcıların kardeşlerinde psikopatoloji oranının daha yüksek olması, sağlık tedbirli hastaların dolayısıyla kardeşlerinin psikopatoloji gelişimi açısından daha fazla ailesel ve toplumsal risklere sahip olabileceklerini, bireysel açıdan da psikopatolojiye daha yatkın

olabileceklerini akla getirmektedir. Bu sonuçlar doğrultusunda sağlık tedbiri alınan çocuklarda ailenin bütüncül şekilde psikiyatrik değerlendirmesinin yapılmasının, hastalıkların tedavisi, aile işlevselliğini artırma, çocukların tekrarlayan kötü muameleye maruz kalmalarını ve tekrar eden suça sürüklenmelerini engelleme gibi yollar ile çocuğun, ailenin ve toplumun adına önemli bir fayda sağlayabileceği düşünülmüştür.

Gruplar arası ruhsal tanı oranları incelendiğinde davranım bozukluğu, mental retardasyon ve travma sonrası stres bozukluğunun sağlık tedbirli grupta, dikkat eksikliği hiperaktivite tanısının ise kontrol grubunda istatistiksel açıdan anlamlı şekilde yüksek olduğu bulunmuştur.

Son yıllarda yapılan kapsamlı bir metaanalizde, çocuk ve ergenlerde DEHB prevalansı %5.9-7.1 olarak bildirilmiştir.¹⁶⁹ Çocuk ve ergen psikiyatri polikliniğine başvuru sonrasında DEHB tanısı konulmasının %26,5 gibi yüksek oranda görülebildiği bildirilmektedir.¹⁷⁰ Halihazırda en sık başvuru sebebi olan DEHB'nin kontrol grubunda yüksek oranlarda saptanmasında; kontrol grubuna netleştirilmiş tanılarının olması amaçlı daha önce en az bir kez değerlendirmesi olan kontrol hastalarının alınması, DEHB'li hastaların daha yoğun ilaç kullanımları ve denetime tabi olabilen ilaçların yönetmelikler ile az miktarda reçete edilebilmesi, son yıllarda aileler ve öğretmenlerin DEHB'ye yönelik farkındalıklarının ve tedaviye yönlendirmenin artması gibi nedenlerin etkili olabileceği düşünülmektedir. Ancak sağlık tedbirli grup kendi içerisinde değerlendirildiğinde; İlimizde Şubat 2018 itibarı ile 431 sağlık tedbirli hastanın olduğu, Kocaeli Üniversitesi Hastanesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisinde takip edilen sağlık tedbirli hastalardan 55'inin çalışmaya dahil edilmiş olması, aile yanında korunan sağlık tedbirli hastalar açısından homojen ve yeterli bir örneklem oluşturabileceği düşünülmüştür. Sağlık tedbirli grupta DEHB'nin %45,5 oranında görüldüğü, DEHB sıklığına yönelik literatür bilgisi göz önünde bulundurulduğunda bu oranlardan yüksek olduğu görülmektedir. Türkiye'de sağlık tedbirli grupta yapılan başka bir çalışmada da DEHB oranı %38,1 olarak bildirilmiştir.¹⁶⁷ Literatürde koruma kararı alınan ve ihmal, istismar mağduru çocuklarda daha sık davranışsal ve ruhsal sorunlar görüldüğü bildirilmektedir.^{100,108-110} Ayrıca DEHB'li çocukların ihmal ve istismar açısından yüksek risk grubunda oldukları da bildirilmektedir.¹¹² Suça sürüklenen çocuklarda da DEHB'nin sık görüldüğüne dikkat çekilmiştir.^{126,127} Literatür bilgisi ve sağlık tedbirli grupta DEHB sıklığına yönelik

bulgumuz, DEHB'nin sağlık tedbiri alınmasına y6nelik risk fakt6r6 olabileceğini d6ş6nd6rm6ş, ancak bu ilişki 7alışmamızda g6sterilememiştir. Bu ilişkinin anlaşılabilmesi i7in kısıtlılıkların giderildiği yeni 7alışmalara ihtiya7 vardır.

Davranım bozukluğu sağlık tedbirli grupta %21,8 oranında ve kontrol grubuna g6re anlamlı d6zeyde y6ksek saptanmıştır. Yapılan bir 7alışmada bakımevlerinde kalan korunmaya muhta7 7ocukların yaklaşık yarısında davranış sorunlarının olduğu bildirilmiştir.¹⁰¹ Literat6rde davranış problemlerinin 7ocuğa k6t6 muamele ile ilişkili olduğu, k6t6 muamele g6ren 7ocukların da davranış problemi geliştirme a7ısından artmış riske sahip oldukları bildirilmektedir.^{103-105,108-110} Su7a s6r6klenen 7ocuklarda da yıkıcı davranış bozukluklarının sık g6r6ld6đ6ne dikkat 7ekilmiştir.^{126,127} Bulgumuzun literat6r bilgisi ile uyumlu olduğu, davranım bozukluğu tanısının sağlık tedbiri alınması ile ilişkili olabileceği d6ř6n6lm6ştir.

Gruplar arasında TSSB oranları incelendiğinde sağlık tedbirli grupta bu oranın %14,5 olduğu ve TSSB'nin kontrol grubuna g6re anlamlı d6zeyde y6ksek g6r6ld6đ6 bulunmuştur. Bu oran y6ksekliğinin 7ocukların travma maruziyetleri ve korunmaya muhta7lıklarının bir sonucu olduğu d6ř6n6lm6ştir.

Gruplar arası zekâ geriliği (mental retardasyon, MR) oranları incelendiğinde zeka geriliği tanısının %20 oranında g6r6ld6đ6, kontrol grubunda ise g6r6lmediği, bu farkın istatistiksel anlamlılık olduğu g6r6lmektedir. Bununla birlikte grupların standardize zeka testi ile incelenen zeka d6zeylerine bakıldığında s6zel, performans ve toplam zeka puan ortalamaları sağlık tedbirli grupta d6ř6k saptanmış, gruplar arasında s6zel ve toplam zeka puan ortalamaları a7ısından ise istatistiksel anlamlılık oluşmuştur. 7ocuklarda d6ř6k zeka d6zeyi ile su7a s6r6klenme arasında ilişki bildiren 7alışmalar mevcuttur.^{124,125} Yapılan bir 7alışmada d6ř6k s6zel zeka d6zeyi 7ocuk ihmali ile ilişkilendirilmiştir.⁶³ Literat6r ile uyumlu olan bu bulgumuz, sağlık tedbirli 7ocukların s6zel ve toplam zeka d6zeylerinin d6ř6k olabileceğini, 7ocuklarda sağlık tedbiri alınması ile zeka d6zeyleri arasında ilişki olabileceğini g6stermektedir.

Gruplar arasın kronik fiziksel hastalığa sahip olma durumu karşılaştırıldığında, kronik fiziksel hastalık gruplarda aynı oranda saptanmış ve gruplar arasında anlamlı farklılık oluşmadığı g6r6lm6ştir. Araştırmalarda engelli 7ocukların daha fazla k6t6 muameleye

maruz kalabildiklerini gösteren çalışmalar mevcuttur.^{113,117} Kalıtsal hastalıkların, epilepsi ve menenjit gibi organik durumların suça sürüklenme ile ilişkili olabileceği bildirilmiştir.¹²⁵ Çalışmamızda kronik hastalık durumu ile sağlık tedbirli olma arasında ilişki saptanmamıştır. İleride yapılacak çalışmalarda sağlık tedbirli çocukların fiziksel, ruhsal engellik durumları ve doğumsal hastalıkları özelinde araştırma yapılması, bu ilişkilerin aydınlatılması açısından yol gösterici olabilir.

Grupların ilaç kullanım oranları incelendiğinde; sağlık tedbirli grubun istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha az psikotrop ilaç kullanımının olduğu bulunmuştur. İlaç özelinde ise sağlık tedbirli grupta antipsikotik kullanım oranlarının kontrol grubuna göre daha fazla olduğu ancak psikostimulan, SNGİ ve SSGİ kullanımının daha az olduğu, psikostimulan ve SSGİ kullanımı açısından gruplar arasındaki bu farkların anlamlı olduğu saptanmıştır. İlaç kullanım oranları arasındaki bu farklar sağlık tedbirli çocukların ilaç uyumlarının daha az olduğunu, bu çocuklarının ailelerinin ilaç kullanımı konusunda ihmalkar olabildiğini akla getirmektedir. Bu ilişkilerin aydınlatılması için ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Katılımcıların okula devam durumları ve sınıf tekrarı yapma durumları incelendiğinde gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamış ancak sağlık tedbirli çocukların daha yüksek oranda sınıf tekrarı yaptıkları ve daha yüksek oranda okula devam etmedikleri görülmüştür. Çocuklarda okul bağının düşük olmasının ve eğitimden uzak kalmanın suça sürüklenmeyi arttırdığı bildirilmektedir.¹³⁹ Ayrıca okulu bırakma ile ihmal arasında da ilişki bildirilmektedir.¹⁴⁸ Sağlık tedbirli grubun sadece aile yanında kalan çocukları içermesi, sağlık tedbirli grubun nispeten küçüklüğü bu farkların anlamlılığını etkilemiş olabilir. Aile yanındaki çocuklarda, sağlık tedbirli olma ile okula devam durumu ve sınıf tekrarı durumu arasında anlamlı farklılık bulunmamasına karşın bu ilişkinin anlaşılabilmesi için yeni çalışmalara ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda sağlık tedbirli çocukların kontrol grubundaki akranlarına kıyasla sosyal aktiviteye gitme oranlarının düşük olduğu ancak bu farkın anlamlılık oluşturmadığı gözlenmiştir. Daha önceki çalışmalarda çocukluk çağında sınırlı sosyal yeterliliğe sahip olmanın suç davranışını artıran bir risk faktörü olduğu, çocukların boş vakitlerinin iyi denetlenmemesinin, onları olumsuz arkadaş gruplarına ve suça yönlendirebileceği bilgisi verilmektedir.¹⁷¹ Çocuğun kötü muamele görmesinde sosyal aktivitenin risk veya

koruyuculuğuna yönelik araştırmaya rastlanamamıştır. Aile yanındaki çocuklarda sağlık tedbiri alınması ile sosyal aktiviteye gitme arasında ilişki bulunmamasına karşın bu ilişkinin anlaşılması için başka çalışmalarda bu ilişkinin araştırılmasına ihtiyaç vardır.

Gruplar arasında olumsuz yaşam olayı yaşama oranları incelendiğinde, sağlık tedbirli çocuklarda %78,2 oranında görülen olumsuz yaşam olayı öyküsünün kontrol grubu çocuklarında %30,9 oranında görüldüğü, bu oran farklarının istatistiksel anlamlılık oluştuğu bulunmuştur. Kontrol grubu çocuklarda da olumsuz yaşam olayı yaşamanın %30,9 gibi yüksek oranda görülmesine karşın haklarında tedbir kararının olmaması, olumsuz aile özelliklerinin çocuklara tedbir kararı alınmasına yol açmış olabileceğini akla getirmektedir. Sağlık tedbirli çocukların yaşadıkları olumsuz yaşam olayları incelendiğinde ebeveyn boşanması ve istismar maruziyetinin de bu fakları oluşturmuş olabileceği görülmektedir. Bu bulgumuz aile yanında korunan çocuklarda olumsuz yaşam olayı yaşamanın sağlık tedbiri alınması ile ilişkili olabileceğini göstermektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Korunmaya muhtaçlık ve suça sürüklenme açısından dezavantajlı çocukların ve ailelerinin saptanması amaçlı risk faktörlerinin belirlenmesine ve meslek elemanları tarafından riskli çocuk ve ailelerin saptanarak tedbir kararları öncesi erken müdahalelerin planlanmasına ihtiyaç duyulmaktadır. Çalışmamızda; sosyo-demografik ve klinik özellikler ile sağlık tedbirli olma arasındaki ilişki değerlendirmeye çalışılmıştır. Sağlık tedbirli olma ile ailelerin sosyoekonomik düzeyleri arasında negatif bağlantı olduğu; düşük gelir düzeyi ile sağlık tedbirli olma arasında güçlü bir ilişkinin varlığı saptanmıştır. Sağlık tedbirli çocukların kontrol grubu çocuklara göre babalarının daha az oranda çalıştıkları saptanmıştır. Bu bulgu literatür bilgisini desteklemekte; riskli ailelerin doğru şekilde saptanarak gerekli maddi yardımlarının yapılmasının ve risklerin her mülakatta tekrar değerlendirilmesinin çocukların korunmasına yönelik önemli bir adım olacağını akla getirmektedir. Sağlık tedbirli grupta babaların istihdam oranının düşük olması ve gelir düzeylerinin daha düşük olması ekonomi politikalarının çocuğun korunmasında da önemli olduğunu göstermektedir.

Çocukların aile özelliklerinde parçalanmış aile yapısı ve üvey ebeveyn ile yaşama ile sağlık tedbirli olma arasında pozitif bir ilişki, öz anne-baba ile yaşama arasında negatif bir ilişki saptanmıştır. Bu bulgular aile yapısındaki bozulmaların; düşük gelir düzeyine sahip olma, ebeveyn stresini arttırma, aile içi çatışmaları arttırma, anne-baba görevlerinin sınırlı şekilde yerine getirilebilmesi gibi doğrudan ve dolaylı yollar ile çocukların kötü muamele görme ve suça sürüklenme risklerini arttırdığı bilgisini destekler niteliktedir.

Sağlık tedbirli çocukların anne-baba ve kardeşlerine ilişkin özellikleri incelendiğinde, anne-babalarının eğitim düzeylerinin düşük olduğu, anne-baba ve kardeşlerinin ruhsal hastalık öykülerinin daha fazla olduğu, annelerinin daha genç olduğu, daha fazla öz-üvey kardeşe sahip oldukları ve üvey kardeş ile barınmanın daha yüksek oranda görüldüğü saptanmış, bu değişkenlerin sağlık tedbiri alınması ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Sağlık tedbirli hastaların üvey kardeş sayılarının daha fazla olması ve daha yüksek oranda üvey kardeş ile barınmaları bu değişkenlerin aile yapısı ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Ancak sağlık tedbirli çocukların öz kardeş sayılarının da yüksek olması kardeş ile ilişkili bu değişkenlerin hane büyüklüğü, daha az kaynak ve daha az denetime sahip olma gibi yollar ile sağlık tedbiri alınmasına yönelik bir risk faktörü olabileceğini

göstermektedir. Ebeveynlerin eğitim seviyeleri ile ilgili bulgularımız anne-babaların artan eğitim düzeyinin çocuğu ihmal, istismar, suça sürüklenme ve buna bağı tedbir kararları alınmasından koruyabileceğini; bu olumsuz durumlara yönelik önleyici müdahalelerde ebeveyn eğitime yönelik bir yol haritası çizilebileceğini; düşük eğitim düzeyinin çocuğun korunmaya muhtaçlığı, suça sürüklenmesi ve bunlara ilişkin tedbir kararları alınması gibi olumsuz etkilerini kırma amacıyla bu olumsuz durumlarda da ebeveyn eğitiminin çocuğun yüksek yararına olabileceğini göstermektedir. Çocukların korunmasına yönelik, tedbir kararları, rehabilitasyon ve tedavi programları gibi müdahalelerde anne-baba ve kardeşlerdeki yüksek psikopatoloji oranları göz önünde bulundurulmalı, aile bütüncül şekilde ele alınmalıdır. Ailenin işlevsel hale getirilmesi amaçlı, ailenin tüm üyelerinin rehabilitasyon, tedavi ve eğitim programlarına dahil edilmesi noktasında yasal düzenlemelere de ihtiyaç doğmaktadır.

Aile içi sözel-fiziksel şiddet öyküsü, ailede suç öyküsü ve ebeveynlerde suç öyküsü gibi olumsuz aile özellikleri sağlık tedbirli çocukların ailelerinde anlamlı şekilde yüksek saptanmıştır. Literatürde suça sürüklenme ve korunmaya muhtaçlık için bahsedilen, çalışmamızda da sağlık tedbirli olma ile ilişkili olduğu saptanan bu özelliklerin, adli ve idarî merciler, kolluk görevlileri, sağlık ve eğitim kuruluşları, sivil toplum kuruluşları, sosyal çalışma görevlileri, aile mahkemeleri, asliye hukuk mahkemeleri, çocuk hakimlerince bilinmesinin, bu riskli grubun erken tanımak ve müdahale etmek gibi açılardan oldukça önemli olduğu düşünülmektedir.

Klinik özellikler içerisinde katılımcıların zeka düzeyleri, ruhsal tanıları, psikotrop ilaç kullanımları ve olumsuz yaşam olayları incelenmiş, sağlık tedbirli çocuklarda sözel ve toplam zeka puanlarının anlamlı düzeyde düşük olduğu; sağlık tedbirli çocuklarda zeka geriliği, davranım bozukluğu ve travma sonrası stres bozukluğu tanılarının daha yüksek, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısının daha düşük oranda görüldüğü; sağlık tedbirli çocukların daha az psikotrop ilaç, psikostimulan ve SSGİ kullandıkları; sağlık tedbirli çocukların daha yüksek oranda olumsuz yaşam olayı yaşadıkları saptanmıştır. Literatürde korunmaya muhtaçlık ve suça sürüklenme ile ilişkili olduğu bildirilen DEHB tanısının sağlık tedbirli grupta %45,5 gibi yüksek bir oranda görülmesine karşın kontrol grubuna kıyasla düşük saptanmasının, kontrol grubu hasta seçimine ve tedbirli hastaların tedavi amaçlı daha az başvurularına bağı olabileceği düşünülmüştür. Sağlık tedbirli

hastalarda DEHB sıklığına yönelik yapılan çalışmalarda belirtilen oranlardan daha yüksek DEHB oranının olduğu görülmekte, bu ilişkinin aydınlatılması için başka çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Davranım bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu, zeka geriliği gibi çalışmamızda sağlık tedbirli grupta yüksek görülen tanıların bilinmesi, riskli çocukları saptanması, sağlık tedbirli çocukların bu tanıları açısından taranması ve bu tanıların saptanması durumunda etkin tedavinin planlanması gibi yönleri ile önem arz etmektedir. Psikotrop ilaç kullanımının düşük olmasının, ailenin ve çocuğun ilaç uyumunun düşük olmasına ya da ailenin ihmâlkâr tutumuna bağlı olabileceği; sağlık tedbirli çocukların tedavisinde bu bulgu göz önünde bulundurularak aile ve çocuğa ilaç kullanımı hakkında geniş psikoeğitim verilmesinin önemli olduğu düşünülmüştür.

Sağlık tedbirli çocukların bireysel, ailesel ve çevresel özellikleri ile ilişki bu bulguların, çocukların sağlıklarının korunması ve tedavisi için gerekli tıbbî bakım, rehabilitasyon ve bağımlılık tedavisi gibi süreçlerinde kullanılacak önemli belirteçler olabileceği, dezavantajlı bu grubun tanınmasına ve erken müdahalelere olanak sağlayacağı düşünülmüştür.

7. KISITLILIKLAR

Bu araştırmada aile yanında korunan sağlık tedbirli çocukların özellikleri ve sağlık tedbiri alınmasına ilişkin faktörler incelenmiştir. Kurum bakımındaki çocukların aileleri ve yetiştikleri evre hakkında güvenilir verilerin tedavi sürecinde elde edilememesi, bu çocukların korunmaya muhtalıklarının aile yanında barınan çocuklara göre daha st düzeyde olabileceği gibi nedenler ile çalışmamıza kurum bakımındaki çocuklar dahil edilmemiştir. Bunun yanında ilimizde sağlık tedbiri nedeni ile Şubat 2018 itibari ile takip edilen 431 vakadan 55'inin çalışmaya alınmış olmasına karşın psikiyatrik tedavi görmeyen kısım çalışmamızda yer almamıştır. Yapılacak yeni araştırmalarda kurum bakımındaki çocukların ve psikiyatrik tedavi görmeyen sağlık tedbirli çocukların da çalışmaya dahil edilmesi, sağlık tedbirli çocukların örneklemini daha homojen hale getirebilir.

Kontrol grubu hasta seçiminde hastaların tanılarının netleştirilmiş olması amaçlı daha önce en az bir kez değerlendirilmesinin yapılmış olması kriteri, kliniğimize daha sık başvuruları olan DEHB'li hastaların kontrol grubunda daha yüksek saptanmasına sebep olmuş olabilir. Bu nedenle hastaların rastgele seçimi ve tanıların daha homojen dağılımı amaçlı yeni çalışmalarda kontrol grubunun, tüm başvurular sonrası en az iki görüşmeci tarafından yapılandırılmış görüşmelerle ruhsal tanıları netleştirilen hastalardan oluşması önemli olabilir.

Sağlık tedbirli çocuklarda tedbirli olma ile ilişkilisi saptanamayan ancak literatürde çocukların korunmaya muhtaçlık, suça sürüklenme durumları ile ilişkisinden bahsedilen (g, anne-babada fiziksel hastalık, ailede madde kullanımı, anksiyete bozuklukları, madde kullanım bozukluğu, duygudurum bozuklukları v.b.) faktörlerin aydınlatılmasına ihtiyaç duyulmaktadır. Çalışmamızda anlamlılığa ulaşan ve ulaşmayan değişkenlerin rolünün aydınlatılmasına yönelik, daha geniş bir örneklemin saha çalışması desteği ile taranmasına, çocukların ruhsal tanılarının görüşmecinin çocukların sağlık tedbirli olma durumu hakkında kr olduğu yapılandırılmış görüşmeler ile netleştirilmesine ihtiyaç duyulmuştur. Kısıtlılıkların giderildiği yeni çalışmalar ile sağlık tedbirli çocukların sosyo-demografik ve klinik özelliklerine ve risk faktörlerine ilişkin daha net sonuçlar ortaya konulabilir.

8. ÖZET

Giriş ve Amaç: Sağlık tedbirli çocukların özelliklerinin anlaşılması çocuğun korunması adına bir zorunluluk haline gelmiştir. Araştırmamızda sağlık tedbirli çocukların sosyo-demografik ve klinik özelliklerinin tedbir kararı olmayan çocuklar ile karşılaştırılarak olası risk faktörlerinin saptanması hedeflenmiştir.

Gereç ve Yöntem: Araştırmaya Ocak-Şubat 2018 aralığında Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D.'de sağlık tedbiri kararı nedeniyle takip edilen ve aile yanında barınan 55 hasta ve aynı klinikte daha önce en az bir kere değerlendirmesi mevcut olan, benzer yaş ve cinsiyette, hakkında tedbir kararı bulunmayan 55 hasta dâhil edilmiştir. Sosyo-demografik ve klinik özellikler hastaların dosya bilgilerinden elde edilmiştir.

Bulgular: Sosyo-demografik özellikler karşılaştırıldığında sağlık tedbirli çocukların; ailelerinin aylık gelir düzeyinin daha düşük olduğu, parçalanmış aileye daha fazla sahip oldukları, daha yüksek oranda üvey ebeveyn ile yaşadıkları, annelerinin daha genç olduğu, ebeveynlerinin daha düşük eğitim düzeyine sahip oldukları, ebeveyn ve kardeşlerinde daha çok ruhsal hastalık öyküsünün bulunduğu, babalarının işsizlik oranının daha yüksek olduğu, ailelerinde daha fazla sözel-fiziksel şiddet görüldüğü, ailelerinde daha fazla suç öyküsünün bulunduğu, öz ve üvey kardeş sayılarının daha fazla olduğu ve daha yüksek oranda üvey kardeşleri ile yaşadıkları saptanmıştır.

Klinik özellikler karşılaştırıldığında sağlık tedbirli çocukların; davranım bozukluğu, zekâ geriliği ve travma sonrası stres bozukluğu tanı oranlarının daha yüksek olduğu, DEHB tanısına daha az sahip oldukları, psikotrop ilaç kullanımlarının daha az olduğu, sözel ve toplam zeka puan ortalamalarının daha düşük olduğu, daha çok olumsuz yaşam olayına sahip oldukları görülmüştür.

Tartışma: Çalışmamızda sağlık tedbirli olma ile ilişkili olarak, literatürde çocukların suça sürüklenmesi ve kötü muamele görmesine yönelik risk faktörleri ile uyumlu bulgular elde edilmiştir. Kısıtlılıkların giderildiği yeni çalışmalarla daha gerçekçi sonuçlar ortaya çıkabilir.

Anahtar Sözcükler: Sağlık tedbiri, sosyo-demografik, klinik özellikler

9. ABSTRACT

Introduction and aim: Understanding the characteristics of children with health care protection has become a necessity for the protection of the child. In our study, we aimed to identify possible risk factors by comparing socio-demographic and clinical characteristics of protected children and with those who not.

Materials and methods: The study was conducted between January-February 2018 at Kocaeli University Faculty of Medicine, Department of Child and Adolescent Psychiatry, 55 patients who were living with family and followed up due to health care protection and 55 patients with no protection, at the same age and sex and at least assessed once at the same clinic were included. Socio-demographic and clinical characteristics were obtained from patient file information.

Results: When socio-demographic characteristics were compared, it was found that children with health care protection; had lower monthly income levels, had more broken families, more living with step-parents, had younger mothers, had lower parent educational levels, had more mental illness story at their parents and siblings, their father's were more unemployed, more verbal-physical violence in the family, more crime history in their families, had more biological and step siblings, have lived with their stepsiblings at a higher rate.

When clinical characteristics were compared, it was found that children with health care protection; had higher diagnostic rates of conduct disorder, mental retardation and post-traumatic stress disorder, less had ADHD, less psychotropic drug use, lower verbal and total intelligence mean scores, more had a negative life experiences.

Discussion: In our study, we found evidence consistent with risk factors with the literature for juvenile delinquency and maltreatment. New studies that eliminates limitations can lead to more realistic results.

Key words: health care protection, socio-demographic, clinical characteristics

11. KAYNAKLAR

1. Yolcuoğlu D. Türkiye’de Çocuk Koruma Sisteminin Genel Olarak Değerlendirilmesi. Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi, 2009;18(18):43-58.
2. Çocuk Koruma Kanunu. TC. Resmi Gazete, 15 Temmuz 2005, Sayı:5395.
3. Herrenkohl TI, Hong S, Klika JB ve ark. Developmental Impacts of Child Abuse and Neglect Related to Adult Mental Health, Substance Use and Physical Health. Journal of Family Violence, 2013;28(2):191-199.
4. Karakuş Ö, Tekin HH. Koruma Kanunu Uyarınca Haklarında Danışmanlık Tedbiri Uygulanan Çocukların Özellikleri (Konya Örneği). Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi, 2012;7(29):29-44.
5. Postman N. The Disappearance of Childhood. Child Education, 1985;61(4):286-293.
6. Gander MJ, Gardiner HW. Çocuk ve Ergen Gelişimi. Çeviri: Dönmez A, Çelen HN, Onur B. Ankara, İmge Kitapevi, 2010:26-33.
7. Hamon H. Avrupa Hukuku’nda Çocuk ve Genç Adalet Sistemi. Çocuk ve Genç Adalet Sistemi Sempozyumu, İstanbul, İstanbul Barosu Yayınları, 2006:51-78.
8. Türk Dil Kurumu.
http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5a959e88bfb8a7.07909479. Erişim Tarihi: 27 Şubat, 2018.
9. Birleşmiş Milletler Genel Kurulu. Birleşmiş Milletler Çocuk Haklarına Dair Sözleşmesi. 1989:1-16.
10. Türk Ceza Kanunu. TC. Resmi Gazete, Kanun No: 5237,26 Eylül 2004, Sayı:25611.
11. Koşar NG. Sosyal Hizmetlerde Aile ve Çocuk Refahı Alanı. 2. Baskı, 1992; Ankara.
12. Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu. TC. Resmi Gazete, 24 Mayıs 1983, sayı:2424.

13. Erkan R, Erdoğan MY. Göç ve Çocuk Suçluluğu. Aile ve Toplum. 2006;3(9):79-90.
14. Çakaloz B, Ünlü G. Aktaş Terzioğlu M ve ark. Çocuklarda Suç Davranışı İle Sosyodemografik Özelliklerin ve Zekanın İlişkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2016;17(5):411-418
15. Aksu H, Karakoç Demirkaya S, Gürbüz Özgür B ve ark. Aydın İlinde Bir Yıldaki Çocuk ve Ergen Adli Olguların Değerlendirilmesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2013;14(4):369-377.
16. Erol K. Çocuk, Suç ve Ceza Kavramlarına Aydın Bakışı Yansıtan Roman: Suçlu. Sosyal Bilimler Dergisi, 2017;7(14):335-357
17. Cevher M. Suça Sürüklenen Çocuklar. Editör: Solak A. Okullarda Şiddet ve Çocuk Suçluluğu. Ankara: Anı Yayıncılık. 2007:19-35.
18. T.C. Adalet Bakanlığı, Adli Sicil ve İstatistik Genel Müdürlüğü. http://www.adlisicil.adalet.gov.tr/istatistik_2015/çocuk/3.pdf. Erişim Tarihi: 2 Mart, 2018.
19. Koşar NG. Sosyal Hizmetlerde Aile ve Çocuk Refahı Alanı. 2. Baskı, 1992; Ankara.
20. Atılğan A, Atılğan EÜ. Çocuk Hakları Paradigması ve Çocuk Ceza Yargılamasına Hakim Olan İlkeler Açısından Türkiye'deki Düzenleme ve Uygulamaların Değerlendirilmesi. İnsan Hakları Ortak Platformu Yayınları. Ankara. 2009:6.
21. Yazıcı N. Tanzimat Döneminde Yetim Çocuklara Yönelik Koruma Çalışmaları, Osmanlılar Döneminde Yoksullukla Mücadele Yolunda Yapılan Çalışmalar. Editör: Ateş İ. Ankara: Yoyav Yayınları. 2000:35.
22. Yörükoğlu A. Değişen Toplumda Aile ve Çocuk. Özgür Yayınları, İstanbul, 2000
23. Akyüz E. Cumhuriyet Dönemi'nde Çocuk Hakkındaki Gelişmeler. 2.Ulusal Çocuk Kültürü Kongresi. Ankara : Çokaum Yayınları. 1999:495-496.
24. Darüşşafaka Cemiyeti. <https://www.darussafaka.org/hakkimizda/cemiyet/tarihce>. Erişim Tarihi: 3 Mart, 2018.

25. Onur B. Anılardaki Aşklar, Çocukluğun ve Gençliğin Psikoseksüel Tarihi. Kitap Yayınları, İstanbul, 2005:102
26. Özbek N. Cumhuriyet Türkiye'sinde Sosyal Güvenlik ve Sosyal Politikalar. Emeklilik Gözetim Merkezi Yayınları, İstanbul, 2006:36-43.
27. Birleşmiş Milletler Genel Kurulu. Birleşmiş Milletler Çocuk Haklarına Dair Sözleşmesi. 1989
28. Polat O. Çocuk ve Hakları. Analiz Yayınları, İstanbul, 1997.
29. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası. TC. Resmi Gazete, 7 Kasım 1982, Kanun No: 2709.
30. Acar H. Türkiye Cumhuriyeti Kalkınma Bakanlığı X. Beş Yıllık Kalkınma Planı Çocuk İhtisas Komisyonu Ön Raporu. 2012.
31. Akyüz E. Çocuk Hukuku Çocukların hakları ve korunması. Ankara, Pegem Akademi, 2010.
32. Türk Medeni Kanunu. TC. Resmi Gazete, 8 Aralık 2001, Sayı: 24607, Kanun No:4721.
33. UNICEF Çocuk Refahı Belgesi. Kalkınma Bakanlığı ve UNICEF Türkiye Temsilciliği. 2013:80.
34. Avrupa Konseyi Çocukların Cinsel Sömürü ve İstismara Karşı Korunması Sözleşmesi. TC. Resmi Gazete, 10 Eylül 2011, Sayı:28050.
35. Topaloğlu M. Çocuk Koruma Kanununda Tedbirler Sorunu. İstanbul Barosu Dergisi, 2007;81(4):1651-1657.
36. Cichetti D, Toth SL. A Developmental Psychopathology Perspective on Child Abuse and Neglect. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1995;34(5):541-565.
37. Belsky J. Etiology of Child Maltreatment: A Developmental-Ecological Analysis. Psychological Bulletin, 1993;114(3):413-434.
38. Öztürk N. Suça Sürüklenen Çocukların Risk Alma Davranışlarının Ve Problem Çözme Becerilerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. T.C. Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. İstanbul. 2013.

39. Berger LM, Brooks-Gunn J. Socioeconomic Status, Parenting Knowledge and Behaviors, and Perceived Maltreatment of Young Low-Birth-Weight Children. *The Social Service Review*, 2005;79(2):237-267.
40. Lee BJ, Goerge RM. Poverty, Early Childbearing and Child Maltreatment: A Multinomial Analysis. *Child and Youth Service Review*, 1999;21(9-10):755-780.
41. Pelton LH. The Continuing Role of Material Factors in Child Maltreatment and Placement. *Child Abuse & Neglect*, 2015;41:30-39.
42. Weinberg BA. An Incentive Model of the Effect of Parental Income on Children. *Journal of Political Economy*, 2001;109(2):266-280.
43. Becker GS. Nobel Lecture: The Economic Way of Looking at Behavior. *Journal of Political Economy*, 1993;101(3):385-409.
44. Berger LM. Income, Family Structure and Child Maltreatment Risk. *Child and Youth Service Review*, 2004;26(8):725-748.
45. Berger LM, Waldfogel J. Economic Determinants and Consequences of Child Maltreatment. OECD Publishing, Paris, 2011.
46. Raissian KM, Bullinger LR. Money Matters: Does The Minimum Wage Affect Child Maltreatment Rates?. *Child and Youth Service Review*, 2017;72:60-70.
47. Lundberg S, Pollak RA. Noncooperative Bargaining Models of Marriage. *American Economic Review*, 1994;84(2):132-137.
48. Becker GS. A Theory of Social Interactions. *Journal of Political Economy*. 1974;82(6):1063-1093.
49. Case A, Paxson C. Mothers and Others: Who Invests in Children's Health?. NBER Working Paper Series, Cambridge, MA, 2000.
50. Currie J, Hotz VJ. Accidents Will Happen? Unintentional Injury, Maternal Employment, and Child Care Policy. NBER Working Paper Series, Cambridge, MA, 2001.
51. Sidebotham P, Heron J, ALSPAC Study Team. Child maltreatment in the "children of the nineties": A cohort study of risk factors. *Child Abuse and Neglect*, 2006;30(5):497-522.

52. Paxson C, Waldfogel J. Work, Welfare and Child Maltreatment. *Journal of Labor Economics*, 2002;20(3):435-474.
53. Chaffin M, Kelleher K, Hollenberg J. Onset of Physical Abuse and Neglect: Psychiatric, Substance Abuse and Social Risk Factors From Prospective Community Data. *Child and Abuse Neglect*, 1996;20(3):191-203.
54. Dubowitz H. *Neglected Children: Research, Practice, and Policy*. Sage Publications, New Delhi, 1999.
55. Mersky JP, Berger LM, Reynolds AJ ve ark. Risk Factors For Child and Adolescent Maltreatment: A Longitudinal Investigation of A Cohort of Inner-City Youth. *Child Maltreatment*, 2009;14(1):73-88.
56. Radhakrishna A, Bou-Saada IE, Hunter WM ve ark. Are Father Surrogates a Risk Factor for Child Maltreatment?. *Child Maltreatment*, 2001;6(4):281-289.
57. Dubowitz H, Kim J, Black MM ve ark. Identifying Children At High Risk for A Child Maltreatment Report. *Child and Abuse Neglect*, 2011;35(2):96-104.
58. Gao Y, Atkinson-Sheppard S, Liu X. Prevalence and Risk Factors of Child Maltreatment Among Migrant Families in China. *Child and Abuse Neglect*, 2017;65:171-181.
59. Zuravin SJ. The Ecology of Child Abuse and Neglect: Review of the Literature and Presentation of Data. *Violence Victims*, 1989;4(2):101-120.
60. Scher CD, Forde DR, McQuaid JR ve ark. Prevalence and Demographic Correlates of Childhood Maltreatment in An Adult Community Sample. *Child and Abuse Neglect*, 2004;28(2):167-180.
61. Sun AP, Shillington AM, Hohman M ve ark. Caregiver AOD Use, Case Substantiation and AOD Treatment: Studies Based on Two Southwestern Counties. *Child Welfare Information Gateway*, 2001;80(2):151-177.
62. Kelleher K, Chaffin M, Hollenberg J ve ark. Alcohol and Drug Disorders Among Physically Abusive and Neglectful Parents in A Community-Based Sample. *American Journal of Public Health*, 1994;84(10):1586-1590.

63. Brown J, Cohen P, Johnson JG ve ark. A Longitudinal Analysis of Risk Factors For Child Maltreatment: Findings of A 17-Year Prospective Study of Officially Recorded and Self-Reported Child Abuse and Neglect. *Child and Abuse Neglect*, 1998;22(11):1065-1078.
64. Berger LM. Income, Family Characteristics and Physical Violence Toward Children. *Child and Abuse Neglect*. 2005;29(2):107-133.
65. Pears KC, Capaldi DM. Intergenerational Transmission of Abuse: A Two-Generational Prospective Study of An at-Risk Sample. *Child and Abuse Neglect*, 2001;25(11):1439-1461.
66. Lounds JJ, Borkowski JG, Whitman TL. The Potential for Child Neglect: The Case of Adolescent Mothers and Their Children. *Child Maltreatment*, 2006;11(3):281-294.
67. Dixon L, Browne K, Hamilton-Giachritsis C. Risk Factors of Parents Abused as Children: A Mediation Analysis of the Intergenerational Continuity of Child Maltreatment (Part I). *Journal of Child Psychology Psychiatry*, 2005;46(1):47-57.
68. Andrew JM. Delinquency: Correlating variables. *Journal of Child Psychology Psychiatry*, 1981;10(2):136-140.
69. Gürel Yılmaz G. Suça Sürüklenen ve Suça Sürüklenmeyen Ergenlerin Benlik Saygısı düzeylerinin Karşılaştırılması. 2009. Yüksek Lisans Tezi. T. C. Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. İstanbul. 2009.
70. Balkaya A, Ceyhan E. Lise Öğrencilerinin Suç Davranışı Düzeylerinin Bazı Kişisel ve Ailesel Nitelikler Bakımından İncelenmesi. *Aile ve Toplum Dergisi*, 2007;3(11):13-27.
71. Wakschlag LS, Gordon RA, Lahey BB ve ark. Maternal Age at First Birth and Boys Risk for Conduct Disorder. *Journal of Research on Adolescence*, 2000;10:417-441
72. Cheng T. Impact of Family Stability on Children's Delinquency: An Implication for Family Preservation. *Journal of Family Social Work*, 2004;8(1):47-60.

73. Cheung CK, Ngai NP, Ngai SSY. Family Strain and Adolescent Delinquency in Two Chinese Cities, Guangzhou and Hong Kong. *Journal of Child and Family Studies*, 2007;16(5):626-641.
74. Henry DB, Tolan PH, Gorman-Smith D. Longitudinal Family and Peer Group Effects on Violence and Nonviolent Delinquency. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 2001;30(2):172-186.
75. Laird RD, Pettit GS, Bates JE ve ark. Parents' Monitoring-Relevant Knowledge and Adolescents' Delinquent Behavior: Evidence of Correlated Developmental Changes and Reciprocal Influences. *Child Development*, 2003;74(3):752-768.
76. Graber JA, Nichols T, Lynne SD ve ark. A Longitudinal Examination of Family, Friend, and Media Influences on Competent Versus Problem Behaviors Among Urban Minority Youth. *Applied Developmental Science*, 2006;10(2):75-85.
77. Barnes GM, Hoffman JH, Welte JW ve ark. Effects of Parental Monitoring and Peer Deviance on Substance Use and Delinquency. *Journal of Marriage and Family*, 2006;68(4):1084-1104.
78. Keller TE, Catalano RF, Haggerty KP ve ark. Parent Figure Transitions and Delinquency and Drug Use Among Early Adolescent Children of Substance Abusers. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 2002;28(3):399-427.
79. Leung A. Delinquency, Schooling, and Work: Time Allocation Decision of Youth. *Applied Economics Letter*, 2003;10(15):943-949.
80. Stouthamer-Loeber M, Wei EH, Homish DL ve ark. Which Family and Demographic Factors Are Related to Both Maltreatment and Persistent Serious Juvenile Delinquency?. *Child Service*, 2002;5(4):261-272.
81. Akduman G, Akduman B, Cantürk G. Ergen Suçluluğunda Bazı Kişisel ve Ailesel Özelliklerin İncelenmesi Orijinal Araştırma. *Türk Pediatri Arşivi*, 2007;42(4):156-161.
82. Mack KY, Leiber MJ, Featherstone RA ve ark. Reassessing the Family-Delinquency Association: Do Family Type, Family Processes, and Economic Factors Make A Difference?. *Journal of Criminal Justice*, 2007;35(1):51-67.

83. Paschall MJ, Ringwalt CL, Flewelling RL. Effects of Parenting, Father Absence, and Affiliation With Delinquent Peers on Delinquent Behavior Among African-American Male Adolescents. *Adolescence*, 2003;38(149):15-34.
84. Kalb G, Williams J. Delinquency and Gender. *Applied Economics Letter*, 2003;10(7):425-429.
85. Dembo R, Wothke W, Shemwell M, ve ark. A Structural Model of The Influence of Family Problems and Child Abuse Factors on Serious Delinquency Among Youths Processed at a Juvenile Assessment Center. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 2000;10(1):17-31.
86. Ilomäki E, Viilo K, Hakko H ve ark. Familial Risks, Conduct Disorder and Violence. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 2006;15(1):46-51
87. Brendgen M, Vitaro F, Tremblay RE ve ark. Parent and Peer Effects on Delinquency- Related Violence and Dating Violence: A Test of Two Mediational Models, 2002;11(2):225-244
88. Kocadaş B. Düşük Sosyo-Ekonomik Yapı Suç İlişkisi: Malatya'da Çocuk Suçluluğu. *Sosyoloji Araştırmaları*. 2007:157-186.
89. Parker JS, Benson MJ. Parent-Adolescent Relations and Adolescent Functioning: Self-Esteem, Substance Abuse and Delinquency. *Adolescence*, 2004;39(155):519-530.
90. Garnier HE, Stein JA. An 18-Year Model of Family and Peer Effects on Adolescent Drug Use and Delinquency. *Journal of Youth and Adolescence*, 2002;31(1):45-56.
91. Levine Coley R, Eileen Morris J, Hernandez D. Out-of-School Care and Problem Behavior Trajectories Among Low-Income Adolescents: Individual, Family, and Neighborhood Characteristics as Added Risks. *Child Development*, 2004;75(3):948-965.
92. Alltucker KW, Bullis M, Close D ve ark. Different Pathways to Juvenile Delinquency: Characteristics of Early and Late Starters in a Sample of Previously Incarcerated Youth. *Journal of Child and Family Studies*, 2006;15(4):475-488.

93. Van de Rakt M, Nieuwbeerta P, Apel R. Association of Criminal Convictions Between Family Members: Effects of Siblings, Fathers and Mothers. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 2009;19(2):94-108.
94. Butchart A, Harvey AP. Preventing Child Maltreatment: A Guide to Taking Action and Generating Evidence. World Health Organization International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect. 2006.
95. Freisthler B, Bruce E, Needell B. Understanding the Geospatial Relationship of Neighborhood Characteristics and Rates of Maltreatment for Black, Hispanic, and White Children. *Social Work*, 2007;52(1):7-16
96. Drake B, Zuravin S. Bias in Child Maltreatment Reporting: Revisiting the Myth of Classlessness. *American Journal Orthopsychiatry*, 1998;68(2):295-304.
97. Ards SD, Myers SL, Chung C ve ark. Decomposing Black-White Differences in Child Maltreatment. *Child Maltreatment*, 2003;8(2):112-121.
98. Putnam FW. Ten-Year Research Update Review: Child Sexual Abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2003;42(3):269-278.
99. Tajima EA. Risk Factors for Violence Against Children. *Journal of Interpersonal Violence*, 2002;17(2):122-149.
100. Woods SB, Farineau HM, McWey LM. Physical Health, Mental Health, and Behaviour Problems Among Early Adolescents in Foster Care. *Child: Care Health and Development*, 2013;39(2):220-227.
101. Jee S, Szilagyi M, Blatt S ve ark. Timely Identification of Mental Health Problems in Two Foster Care Medical Homes. *Child Youth Services Review*, 2010;32(5):685-690.
102. Galehouse P, Herrick C, Raphael S. On Foster Care International Society of Psychiatric-Mental Health Nurses. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nurses*, 2010;23(1):36-39.
103. McBride BA, Schoppe SJ, Rane TR. Child Characteristics, Parenting Stress, and Parental Involvement: Fathers Versus Mothers. *Journal of Marriage and Family*, 2002;64(4):998-1011.

104. Harrington D, Black MM, Starr RH ve ark. Child Neglect: Relation to Child Temperament and Family Context. *American Journal of Orthopsychiatry*, 1998;68(1):108-116.
105. Brayden RM, Altemeier WA, Tucker DD ve ark. Antecedents of Child Neglect in the First Two Years of Life. *Journal of Pediatrics*, 1992;120(3):426-429.
106. Belsky J. The Determinants of Parenting: A Process Model. *Child Development*, 1984;55(1):83.
107. Windham AM, Rosenberg L, Fuddy L ve ark. Risk of Mother-Reported Child Abuse in the First 3 Years of Life. *Child Abuse Neglect*, 2004;28:645-667.
108. Ireland TO, Smith CA, Thornberry TP. Developmental Issues in the Impact of Child Maltreatment on Later Delinquency and Drug Use. *Criminology*, 2002;40(2):359-400
109. Herrenkohl TI, Herrenkohl RC. Examining the Overlap and Prediction of Multiple Forms of Child Maltreatment, Stressors, and Socioeconomic Status: A Longitudinal Analysis of Youth Outcomes. *Journal of Family Violence*, 2007;22(7):553-562.
110. Mersky JP, Reynolds AJ. Child Maltreatment and Violent Delinquency: Disentangling Main Effects and Subgroup Effects. *Child Maltreatment*, 2007;12(3):246-258.
111. Aragona JA, Eyberg SM. Neglected Children: Mothers' Report of Child Behavior Problems and Observed Verbal Behavior. *Child Development*, 1981;52(2):596.
112. Williamson JM, Borduin CM, Howe BA. The Ecology of Adolescent Maltreatment: A Multilevel Examination of Adolescent Physical Abuse, Sexual Abuse, and Neglect. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 1991;59(3):449-457.
113. Percelay JM, Physicians' Roles in Coordinating Care of Hospitalized Children. *Pediatrics*, 2003;111(3):707-709.
114. Frodi AM, Lamb ME. Child Abusers' Responses to Infant Smiles and Cries. *Child Development*, 1980;51(1):238-241.

- 115.Smith SL. Significant Research Findings in the Etiology of Child Abuse. *Social Casework*, 1984;65(6):337-346.
- 116.Polat O. Çocuk istismarında istismarcı ve kurban ilişkisi. *Çocuk Forumu Dergisi*, 2000; 3 (4):1.
- 117.Sullivan PM, Knutson JF. Maltreatment and Disabilities: A population-Based Epidemiological Study. *Child Abuse Neglect*, 2000;24(10):1257-1273.
- 118.Ereş F. Toplumsal bir sorun: Suçlu Çocuklar ve Ailenin Önemi. *Aile ve Toplum*, 2008;11(5):88-96.
- 119.Stainberg L. Cognitive and Affective Development in Adolescence. *Trends in Cognitive Sciences*. 2005;9:69-74.
- 120.Weinberger DR, Elvevåg B, Giedd JN. *The Adolescent Brain: A Work in Progress*. 2005.
- 121.Çepik Kuruoğlu A. Ergenlik dönemi, Editörler; Soykan Aysev A, Işık Taner Y. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. İstanbul: Golden Print. 2007:195-205.
- 122.Ögel K, Aksoy A. Tutuklu ve Hükümlü Ergenlerde Madde Kullanımı. *Bağımlılık Dergisi*, 2007;8(1):11-17.
- 123.Sevük HY. Uluslararası Sözleşmelerdeki İlkeler Açısından Çocuk Suçluluğu İle Mücadele Kurumsal Yaklaşım. İstanbul: Beta Basım Yayın; 1998.
- 124.Welte JW, Barnes GM, Hoffman JH ve ark. Substance Involvement and the Trajectory of Criminal Offending in Young Male. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 2005;31(2):267-284.
- 125.Turan İ. Suça Sürüklenen Çocuklar: Kocaeli örneği. Yüksek Lisans Tezi. Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Sakarya. 2012.
- 126.Mallett CA, Stoddard Dare P, Seck MM. Predicting Juvenile Delinquency: The Nexus of Childhood Maltreatment, Depression and Bipolar Disorder. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 2009;19(4):235-246.
- 127.Robertson AA, Dill PL, Husain J ve ark. Prevalence of Mental Illness and Substance Abuse Disorders Among Incarcerated Juvenile Offenders in Mississippi. *Child Psychiatry and Human Development*. 2004;35(1):55-74.

128. Philippi SW, DePrato DK. Assessment and Treatment of Juvenile Offenders. Editörler: Benedek EP, Ash, Peterscott CL. Child and Adolescent Forensic Mental Health, 1st ed, Arlington: American Psychiatric Publishing. 2010:362-363.
129. Kocadaş B. Düşük Sosyo-Ekonomik Yapı Suç İlişkisi: Malatya'da Çocuk Suçluluğu. Sosyoloji Araştırmaları Dergisi, 2007;10(1):157-186.
130. Gönültaş MB. Adana İlinde Mala ve Şahsa Karşı Suç İşleyen Çocukların Sosyodemografik Özelliklerinin Ortaya Konulması. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Adli Tıp Anabilim Dalı. Adana. 2009
131. Kouvonen A, Kivivuori J. Part-Time Jobs, Delinquency and Victimization Among Finnish Adolescents. Journal of Scandinavian Studies Criminology and Crime Prevention, 2001;2(2):191-212.
132. Bachman JG, Safron DJ, Sy SR ve ark. Wishing to Work: New Perspectives on How Adolescents' Part-Time Work Intensity is Linked to Educational Disengagement, Substance Use and Other Problem Behaviours. International Journal of Behavioral Development, 2003;27(4):301-315.
133. Apel R, Bushway SD, Paternoster R ve ark. Using State Child Labor Laws to Identify the Causal Effect of Youth Employment on Deviant Behavior and Academic Achievement. Journal of Quantitative Criminology, 2008;24(4):337-362.
134. Simões C, Matos MG, Batista-Foguet JM ve ark. Juvenile Delinquency: Analysis of Risk and Protective Factors Using Quantitative and Qualitative Methods. Cognition Brain Behavior, 2008;12(4):389-408.
135. Ford JA. The Connection Between Heavy Drinking and Juvenile Delinquency During Adolescence. Sociological Spectrum, 2005;25(6):629-650.
136. Mason WA, Windle M. Reciprocal Relations Between Adolescent Substance Use and Delinquency: A Longitudinal Latent Variable Analysis. Journal of Abnormal Psychology, 2002;111(1):63-76.

137. Ford JA. Substance Use, the Social Bond, and Delinquency. *Sociological Inquiry*, 2005;75(1):109-128
138. Smith DJ, Ecob R. An Investigation Into Causal Links Between Victimization and Offending in Adolescents. *The British Journal of Sociology*, 2007;58(4):633-659.
139. Cullen FT, Unnever JD, Hartman JL ve ark. Gender, Bullying Victimization and Juvenile Delinquency: A Test of General Strain Theory. *Victim Offender*, 2008;3(4):346-364.
140. Polat N. Çocuk İstismarının Psikososyal Boyutu. *Çocuk Forumu Dergisi*, 2000;3(4):52.
141. Kotch JB, Browne DC, Dufort V ve ark. Predicting Child Maltreatment in the First 4 Years of Life From Characteristics Assessed in the Neonatal Period. *Child Abuse Neglect*, 1999;23(4):305-319.
142. Gillham B, Tanner G, Cheyne B ve ark. Unemployment Rates, Single Parent Density, and Indices of Child Poverty: Their Relationship to Different Categories of Child Abuse and Neglect. *Child Abuse Neglect*, 1998;22(2):79-90.
143. Garbarino J, Kostelny K. Child Maltreatment as A Community Problem. *Child Abuse Neglect*, 1992;16(4):455-464.
144. Elliott GC, Cunningham SM, Linder M ve ark. Child Physical Abuse and Self-Perceived Social Isolation Among Adolescents. *Journal of Interpersonal Violence*, 2005;20(12):1663-1684.
145. DePanfilis D. Social Isolation of Neglectful Families: A Review of Social Support Assessment and Intervention Models. *Child Maltreatment*, 1996;1(1):37-52.
146. Coulton CJ, Korbin JE, Su M. Neighborhoods and Child Maltreatment: A Multi-Level Study. *Child Abuse Neglect*, 1999;23(11):1019-1040.
147. Begle AM, Dumas JE, Hanson RF. Predicting Child Abuse Potential: An Empirical Investigation of Two Theoretical Frameworks. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 2010;39(2):208-219.

148. Drake B, Pandey S. Understanding the Relationship Between Neighborhood Poverty and Specific Types of Child Maltreatment. *Child Abuse Neglect*, 1996;20(11):1003-1018.
149. Coulton CJ, Korbin JE, Su M ve ark. Community Level Factors and Child Maltreatment Rates. *Child Development*, 1995;66(5):1262.
150. Ernst JS. Mapping Child Maltreatment: Looking at Neighborhoods in A Suburban County. *Child Welfare Information Gateway*, 2000;79(5):555-572.
151. Sedlak AJ. Risk Factors for the Occurrence of Child Abuse and Neglect. *Journal of Aggress Maltreatment Trauma*, 1997;1(1):149-186.
152. Cummings EM, Iannotti RJ, Zahn-Waxler C. Influence of conflict between adults on the emotions and aggression of young children. *Developmental Psychology*, 1985;21(3): 495-507.
153. Duncan GJ, Boisjoly J, Harris KM. Sibling, Peer, Neighbour, and Schoolmate Correlations as Indicators of the Importance of Context for Adolescent Development. *Demography*, 2001;38(3):437-447.
154. Topçuoğlu T. Çocuk Suçluluğu ve Gelişimsel (Risk-odaklı) Suç Önleme. *Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 2014;2014(3):217.
155. Neto F. Behavioral Problems of Adolescents from Returned Portuguese Immigrant Families. *North American Journal of Psychology*, 2009;11(1):133-142.
156. Lee M, Horn V, Hawkins JD ve ark. Assesing Community Effects on Adolescent Substance Use and Delinquency. *Journal of Community Psychology Banner*, 2007;35(8):925-946
157. Haynie DL, Silver E, Teasdale B. Neighborhood Characteristics, Peer Networks, and Adolescent Violence. *Journal of Quantitative Criminology*, 2006;22(2):147-169.
158. Titzmann PF, Raabe T, Silbereisen RK. Risk and Protective Factors for Delinquency Among Male Adolescent Immigrants at Different Stages of the Acculturation Process. *International Journal of Psychology*, 2008;43(1):19-31.

159. Miller WJ, Matthews RA. Youth Employment, Differential Association and Juvenile Delinquency. *Sociological Focus*, 2001;34:251-268.
160. Haynie DL, Osgood DW. Reconsidering Peers and Delinquency: How do Peers Matter? *Social Forces*, 2005;84(2):1109-1130.
161. Barnes GM, Hoffman JH, Welte JW ve ark. Adolescents' Time Use: Effects on Substance Use, Delinquency and Sexual Activity. *Journal of Youth and Adolescence*, 2007;36(5):697-710.
162. Hoffmann JP, Erickson LD, Spence KR. Modeling the Association Between Academic Achievement and Delinquency: An Application of Interactional Theory. *Criminology*, 2013;51(3):629-660.
163. Huesmann LR, Moise J. Media Violence: A Demonstrated Public Threat to Children. *Harvard Mental Health Letter*, 1996;12(12):5-7.
164. Wechsler D. WAIS-R Manual: Wechsler Adult Intelligence Scale-Revised. Psychological Corporation, New York DC, 1981.
165. Savaşır I, Şahin N. Wechsler Çocuklar için Zeka Ölçeği (WISC-R) Uygulama Kitapçığı. Türk Psikologlar Derneği Yayını, Ankara, 1995.
166. Türkiye İstatistik Kurumu.
http://www.tuik.gov.tr/PreIstatistikTablo.do?istab_id=163. Erişim Tarihi: 12 Mart, 2018.
167. Nasıroğlu S. Sağlık Tedbiri Alınan Çocuk ve Ergenlerin Ruhsal Değerlendirmesi. *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2017;42(3):645-645.
168. Wolfner GD, Gelles RJ. A profile of Violence Toward Children: A National Study. *Child Abuse Neglect*, 1993;17(2):197-212.
169. Acar G, Demir A, Görmez D, ve ark. Aile Ve Çocuk Suçluluğu İlişkisi. *Hacettepe University Faculty of Health Sciences*, 2018; 17(15):0-18.
170. Karabekiroğlu K. Çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğine başvuran hastalarda tanı dağılımı. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 2011;24:113-120

171.Korkmaz MN, Erden G. Çocukları Suç Davranışına Yönelten Olası Risk Faktörleri. Türk Psikoloji Yazıları. 2010;13(25):76-87.

