



## SAĞLIK TEDBİRİ KAPSAMINDA TEDAVİSİ YÜRÜTÜLEN ÇOCUKLARIN VE AİLELERİNİN PSİKOSOSYAL ÖZELLİKLERİNİN SOSYAL HİZMET PERSPEKTİFİNDEN DEĞERLENDİRİLMESİ\*

### EVALUATION OF PSYCHOSOCIAL FEATURES OF CHILDREN AND THEIR FAMILIES UNDER TREATMENTS IN THE SCOPE OF HEALTH PRECAUTION IN SOCIAL WORK PERSPECTIVE

Ayşe ER FAZLIOĞLU\*\*

#### Öz

Ülkemizde “Korunmaya muhtaç çocuk” kapsamında değerlendirilen çocukların 5395 Sayılı Çocuk Koruma Kanunu gereğince takipleri, haklarında uygulanacak koruyucu ve destekleyici tedbir kararları ile yapılmaktadır. Sağlık tedbiri, sözü edilen koruyucu ve destekleyici tedbir kararlarından bir tanesidir. Türk Medeni Hukuku anne ve babaların çocukları üzerinde hakları olduğu gibi sorumlulukları da olduğunu belirtir. Ailelerin yetkileri, çocuklarının bakım ve gözetimlerini yeterince yapamadıkları, çocuklarını ihmal ve istismar ettikleri durumlarda mahkemelerce engellenir.

İhmal ve/veya istismar mağduru çocukların tıbbi bakımları, özellikle de ruh sağlığı yönünden tedavilerinin sürdürülmesi sağlık tedbiri kapsamında yürütülür. Mahkeme kararı doğrultusunda; ailenin en az üç ayda bir kere olmak üzere çocuk ve ergen psikiyatri kliniğine başvurusu istenir. Ailelerin hastaneye geliş ve gidişlerinin takibi hastanelerin tıbbi sosyal hizmet birimi tarafından yapılır. Tıbbi sosyal hizmet biriminde görev yapan sosyal hizmet uzmanı vaka yöneticisi olarak mesleki rolünü yerine getirir, tedaviyi yürüten doktor ve diğer profesyonellerle koordineli olarak çalışır, tedavi planını düzenli olarak resmi yazılarla mahkeme ile paylaşır, gerektiğinde çocuğu ilgilendiren diğer kurumlarla eşgüdümü sağlar, çocuğun ve ailenin gereksinimlerini belirler ve gerekli yönlendirmeleri yapar.

Sağlık tedbiri uygulaması ile takip ve tedavisi sürdürülen çocukların büyük kısmının ergenlik döneminde olduğu görülmektedir. Sağlık tedbiri uygulaması başlatılmasının başlıca nedenleri cinsel istismar, fiziksel istismar, duygusal istismar, ihmal ve madde bağımlılığıdır. Dolayısıyla ihmal ve istismara maruz kalan çocukların ruh sağlığı ekibi tarafından uzun dönem takip ve tedavi altına alınması gerekmektedir. İhmal ve istismarın çocuklar ve ergenler üzerindeki etkilerine derinlemesine bakmak, uygulanacak tedavinin niteliği açısından faydalı olacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı, Sağlık Tedbiri, Sosyal Hizmet, Psikososyal Yaklaşım.

#### Abstract

The monitoring of children who are considered as children in need of protection in our country are carried out with the necessary preventive and supportive measures to be applied in accordance with the Law No. 5395 on Child Protection. The health precaution is one of the mentioned preventive and supportive measures. Turkish Civil Law states that mothers and fathers have rights on their children as well as their responsibilities. Authorities of families are prevented by the courts in cases where they cannot do their care and supervision adequately and neglect and abuse their children.

Medical care of children who are victims of negligence and/or abuse is carried out within the scope of health care precautions, especially in terms of mental health. In accordance with the court decision, the family is asked to apply to the child and adolescent mental health clinic at least once every three months. Monitoring of arrive and departure of the families to the hospital is done by the medical social service unit of hospitals. The social worker working in the medical social service unit fulfills his/her professional role as case manager, works in coordination with doctors and other professionals, regularly shares the treatment plan with the court through official writings, coordinates with other institutions that concern the child if necessary, determines the needs of the child and the family and makes the necessary guidance.

It is observed that most of the children who are monitored and treated with health precaution are in adolescence. Sexual abuse, physical abuse, emotional abuse, neglect and substance abuse are primary reasons for the implementation of health precaution. Therefore, children who are exposed to neglect and abuse long term should be monitored and treated by mental health team. An in-depth look at the effects of neglect and abuse on children and adolescents will be beneficial in terms of the quality of the treatment to be applied.

**Keywords:** Child and Adolescent Mental Health, Health Precaution, Social Work, Psychosocial Approach.

#### 1. Giriş

17. yüzyılla birlikte çağdaş tanımı şekillenmeye başlanan “çocukluk” kavramı, çocuğun masumiyeti ve zayıflığını vurgular. Çocukluğun bir masumiyet ve zayıflık dönemi olduğunu ve yetişkinlerin bu masumiyeti koruma ve zayıflığı güçlülüğe dönüştürmeleri gerektiğinin üzerinde durur. Ayrıca çocukların çalışma hayatından uzaklaştırılmaları, eğitime ve okula yönlendirilmeleri gerektiğini de ifade eder (Franklin, 1993, 24).

\* Bu makale yazarın yüksek lisans tezinden üretilmiştir.

\*\*Sosyal Hizmet Uzmanı, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Yenimahalle E.A.H. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ABD.



Toplumların gelişimi ve sürekliliğinin sağlanmasında bir toplumun çocuğa verdiği değer, o ülkenin gelişmişliği ile doğru orantılıdır. Çocukların, kötü muameleye maruz kalmadıkları, kendilerini güvende hissettikleri, korundukları ve gözetildikleri bir ortamda büyümeye hakları vardır. Çocuk haklarının korunması, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde öncelikli bir konudur (Akyüz, 2000, 1). Çocuklara değer veren, onların haklarını koruyan, kendilerini geliştirebilmeleri için fırsatlar sunan toplumlar, sağlıklı nesiller inşa eden gelişmiş toplumlar olarak tanımlanırken; çocukların ihmal, istismar ve kötü muameleye maruz kaldığı toplumlar geri kalmış toplumlar arasında sayılmaktadır (Erdal, 2014, 178).

Birinci Dünya Savaşı sonrasında Avrupa'da çocukların korunması konusu makro düzeyde ilgilenilmesi gereken bir sorun haline gelmiş, çocukların korunması konusunda uluslararası düzenlemelere gidilmiştir. Bunlardan ilki 1923 yılında Belçika'da "Uluslararası Çocukları Koruma Birliği" kurulmasıdır, sonrasında 26 Eylül 1924 "Cenevre Çocuk Hakları Bildirgesi" imzalanmıştır (Sayita, 2000, 373). Sözü edilen bildirme, günümüzdeki Çocuk Hakları Sözleşmesi'nin de temelini oluşturması bakımından önemlidir (Ekici, 2015, 49). 20 Kasım 1959 yılında Birleşmiş Milletler Genel Kurulu, 78 ülkenin temsilcilerinin katıldığı genel oturumda Çocuk Hakları Bildirgesi'ni oybirliği ile kabul etmiştir. Geçen otuz yıllık süre içinde üye ülkeler yeni bir metnin hazırlanmasını gerekli görmüş ve yapılan çalışmalar sonucunda 20 Kasım 1989'da Birleşmiş Milletler Genel Kurulu Çocuk Hakları Sözleşmesini oybirliği ile kabul etmiştir. 28 Ocak 1990 tarihinde imzaya açılan Sözleşme, aynı gün 61 ülke tarafından imzalanmıştır (Aral ve Gürsoy, 2001, 36).

Çocuk Hakları Sözleşmesi'nin 19, 34 ve 39'uncu maddeleri çocuk istismarı, ihmali ve önlenmesiyle ilgilidir. Sözleşmenin 19'uncu maddesine göre çocuğun yetiştirilmesinden sorumlu olanlar, bu haklarını çocuklara zarar verecek şekilde kullanamazlar. Devletler çocuğu anne-babanın ya da çocuğun bakımından sorumlu başka kişilerin her türlü kötü muamelesinden korumak, çocuğun istismarını önlemek ve bu tür davranışlara maruz kalan çocukların tedavisini amaçlayan sosyal programlar hazırlamakla yükümlüdür (Can ve ark., 2009, 93).

Ülkemizdeki çocuk hakları konusunda anayasal düzenlemelere bakıldığında bunlardan özellikle 1961 Anayasası ikinci dünya savaşı sonrasında, kimsesiz, yetim çocukların ve parçalanmış ailelerin artışı nedeniyle uluslararası bildirgelerin de etkisi ile aile ve çocuk politikalarının temellerini oluşturan hükümlerin yer aldığı en ileri Anayasal düzenlemedir. 1982 Anayasasında, 1961 Anayasası'ndaki düzenlemeler aynen benimsenmiştir. Bu yasal yapılanmalar, dezavantajlı olan, istismar ve ihmal edilen, yüksek riskler taşıyan çocuklar için gerçekleştirilmiştir (Ayan, 2007, 185). 1983 tarihinde "2828" sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Yasasının yürürlüğe girmiştir. Daha sonra 2005'te yürürlüğe giren Çocuk Koruma Yasası bu alandaki en yeni düzenleme niteliğindedir. Nihayetinde Türkiye'de çocukların korunmasına ilişkin düzenlemeler; 2828 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Yasası ve 5395 sayılı Çocuk Koruma Kanunu hükümlerine tabi olmuştur (Aldemir, 2011, 15).

Ülkemizde korunma ihtiyacı olan çocuk kavramı; bedensel, zihinsel, ahlaki, sosyal ve duygusal gelişimi ile kişisel güvenliği tehlikede olan, ihmal veya istismar edilen ya da suç mağduru çocuğu, suça sürüklenen çocuk ise; kanunlarda suç olarak tanımlanan bir fiili işlediği iddiası ile hakkında soruşturma veya kovuşturma yapılan ya da işlediği fiilden dolayı hakkında güvenlik tedbirine karar verilen çocuğu tanımlanmaktadır. Bu çocukların koruyucu ve destekleyici tedbirlerle hakları korunmaktadır.

(1) Koruyucu ve destekleyici tedbirler, çocuğun öncelikle kendi aile ortamında korunmasını sağlamaya yönelik alınan danışmanlık, eğitim, bakım, sağlık ve barınma konularındaki tedbirlerdir. Bunlardan;

d) Sağlık tedbiri, çocuğun fiziksel ve ruhsal sağlığının korunması ve tedavisi için gerekli geçici veya sürekli tıbbî bakım ve rehabilitasyonuna, bağımlılık yapan maddeleri kullananların tedavilerinin yapılmasına yönelik tedbirdir (Çocuk Koruma Kanunu, 2005; Karakuş ve Tekin, 2012, 31).

## 2. Sosyal Hizmet ve Çocuk Refahı Alanı

Çocuk refahı alanı, tarihsel sürece baktığımızda sosyal çalışma disiplininin her dönem temel çalışma alanlarından biri olmuştur. Sosyal hizmet uzmanları, buldukları ülkelerin çocuk koruma sistemleri aracılığıyla, çocukların ve ailelerinin problemleri için çözüm önerileri geliştirir, ihtiyaç ve gereksinimlerinin sosyal kurumlarca karşılanmasını sağlamaya çalışır, gerçekleştireceği müdahalelerle mesleki rollerini yerine getirirler. Sosyal çalışmanın "çocuk refahı" alanı, devletin çocuk koruma kurumlarının, kötü muameleye maruz kaldığı, ihmal ve/veya istismara uğradığı tespit edilen çocukları korumayı, onlara uygun hizmet modelleri geliştirmeyi hedefleyen koruyucu, önleyici, rehabilite edici çalışmaları kapsamaktadır (Yolcuoğlu, 2009, 44). Sosyal hizmet uygulamalarında etkin bir biçimde kullanılan ekolojik sistem yaklaşımı ve erken müdahale ilkesine göre, "koruyucu" mekanizmaların desteklenerek, risk yaratan etmenleri ortadan kaldırarak ailelerin güçlendirilmesi gerekmektedir (Yolcuoğlu, 2010, 82).



Cinsel istismara uğrayan çocuklar ve aileleriyle sosyal çalışma yapılırken, istismarın boyutu, sonuçları detaylı olarak ele alınmalı ve değerlendirilmelidir. Aynı zamanda ailenin ve çocuğun psiko-sosyal değerlendirmesi yapılırken, ailenin yapısı, dinamikleri, aile içi roller, ebeveynlik rolleri, anne babanın ruhsal ve psikiyatrik olarak değerlendirilmesi, anne babanın geçmiş yaşantısı, ailenin geleneksel değerleri, sosyal destek sistemleri, çocuğun fiziksel, bilişsel, psikolojik ve sosyal gelişim düzeyi ve sorunları ayrıntılı olarak değerlendirilmelidir. Koruyucu, önleyici ve iyileştirici sosyal hizmet müdahalesinin planlanması ve uygulanması bu bilgiler ışığında gerçekleştirilmelidir (Öztürk, 2009, 93).

Korunmaya muhtaç çocuklara yönelik sosyal hizmetler sunumunda, korunmaya muhtaç duruma gelmiş çocuğun öz ailesi yanında bakım ve korunmasını sağlayıcı hizmetlere öncelik verilmelidir. Ancak, bu gerçekleşmiyorsa kurum bakımı, koruyucu aile uygulaması ve evlatlık gibi değişik bakım türlerine başvurmak faydalı olacaktır (Şenocak, 2006, 177). Özellikle kurumda kalan ergenler, özdeşim kurabilecekleri bireylerden ve sevgi nesnelere yoksun kalmaları sebebiyle güvensizlik duygusu yaşayabilirler ve bu durum bütün yaşamlarını kapsayabilir. Gelişim dönemlerinde aileden ayrılma gibi yaşanan olumsuz yaşam olayları, kötü imgelem, yalnızlık ve umutsuzluk duygularını beraberinde getirir. Yapılan çalışmalarda, kurumda kalan ergenler, ailesiyle yaşayan ergenlerden daha umutsuz ve daha problemlidir davranışlara sahip olmaktadır. Bu nedenle, ergenlerin kurum bakımından çok, ailelerini maddi ve psikolojik destekler sağlamak, ailenin olanaklarını arttırmak daha uygun bir yaklaşım olacaktır (Tümkiye, 2005, 454).

Bu bağlamda, korunmaya muhtaç çocuk kapsamındaki çocuklar için öncelikli hedef, çocuğun aile bağlarını sürdürebilmesi, her yönden doyum sağlayabileceği bir aile ortamı içerisinde yetişebilmesi, bakım ve gözetimlerinin öncelikli olarak aile yanında sürdürülmesi açısından varsa kendi ailesi veya akrabası yanında kalması göz önünde bulundurulmalıdır. Ülkemizde çocukların aile veya akrabası yanında korunması yöntemi, 2828 sayılı Sosyal Hizmetler Kanunu'nda belirtilmiş, ve söz konusu kanunla ekonomik desteğe ihtiyacı olan ailelerin ayni ve nakdi yardımlardan yararlandırılacakları ifade edilmiştir.

Geçmişin çocuk odaklı çocuk refahı hizmetleri bugün yerini aile odaklı hizmetlere bırakmıştır. Amerika Birleşik Devletleri ve Büyük Britanya çocuk koruma politikalarını, ailenin korunması odaklı sürdürmektedir. Ailenin korunması odaklı hizmetler, çocuğun ev dışı bakım modellerine sürüklenmesini önlemek amacıyla aile ve çocuğun gereksinimlerinin karşılanmasına destek olan ve kaynakların ulaşılabilirliğini arttıran hizmetlerdir. Aile ve çocuğun yüksek yararı gözetilerek sunulan bu hizmetler; çocuğun güvenliği ve sağlıklı gelişimini destekleyen bir aile ortamı yaratılmasını, anne babaların ebeveynlik becerilerinin geliştirilmesiyle, çocuk-ebeveyn ilişkisinin iyileştirilmesini ve böylece aile ve çocuğun iyilik halinin kalıcı kılınmasını hedeflemektedir (Aldemir, 2011, 7).

Cameron ve Freymond, çocukların korunmasına yönelik özellikle gelişmiş ülkelerde görülen sistemik çalışmaları üçe ayırmaktadır. Bunlar:

1. Çocuk koruma sistemleri: Çocuk koruma sistemlerinde devlet, bireysel haklar ve sorumluluklar temelinde sosyal ve ahlaki düzenlemeleri yerine getirir. Bu sistemlerde kamusal alan ve özel alan belirgin biçimde ayrılmakta ve ailenin mahremiyeti korunmaktadır. Bu sistemlerde amaç çocuğun ailesi içinde tehlikeden korunmasıdır. İngiltere, Kanada ve Amerika Birleşik Devletlerinin çocuk koruma sistemleri bu kategori altında bulunmaktadır.

2. Aile hizmetleri sistemleri: Aile hizmetleri sistemlerinde ise, devlet, toplumun çocuk, aile ve yine toplumla ilgili ortak ideallerini yansıtan refah hizmetlerini desteklemektedir. Sosyal yardımlaşmanın ve dayanışmanın ön planda olduğu bu sistemlerde, çocuğun korunması görevi ortak bir sorumluluktur. Bu sistemlerin odağında çocuk ve aile ilişkilerinin güçlendirilmesi ve çocuğun bakımı bulunmaktadır. Fransa, Hollanda veya İsveç gibi ülkelerde çocuğun korunmasına yönelik çalışmaların daha çok bu grup içerisinde değerlendirildiği görülmektedir.

3. Toplumsal(Sosyal) bakım sistemleri: Sosyal bakım sistemleri dünyanın çeşitli yerlerindeki Aborjin(Avustralya kıtasında göçebe yaşayan yerliler) topluluklarında ortaya çıkmıştır. Bu sistemlerde sağlıklı bireysel kimliklerin oluşumu bireyin geniş aileye, topluma, tarihe veya bulunduğu yere bağlı olma durumuna göre şekillenir. Toplumsal bakım sistemlerinde çocuğun korunmasında ebeveynlere, geniş aileye ve yerel topluma danışılmaktadır (Cameron ve Freymond, 2006, 4).

### **3. Sağlık Tedbiri Kapsamında Takip ve Tedavisi Yürütülen Çocukların ve Ailelerinin Özellikleri**

Sağlık tedbiri uygulaması ile takip ve tedavisi sürdürülen çocukların yaş grubuna bakıldığında, büyük kısmının ergenlik döneminde olduğu görülmektedir. Bunun yanında sağlık tedbirli çocuklara sağlık tedbiri uygulaması başlatılmasının nedenlerinin başta cinsel istismar olmak üzere, fiziksel istismar, duygusal istismar, ihmal ve madde bağımlılığı gibi sebeplerle başlatılmış olduğu görülür. Dolayısıyla ihmal ve



istismara maruz kalan çocukların ruh sağlığı ekibi tarafından uzun dönem takip ve tedavi altına alınması gerekmektedir. İhmal ve istismarın çocuklar ve ergenler üzerindeki etkilerine derinlemesine bakmak, uygulanacak tedavinin niteliği açısından faydalı olacaktır.

Çocuk istismarı ve ihmali konusunda ortak olan görüş, değişik ülkelerdeki kültürlerarası farklılıklardır. Farklı kültürlerde o kültürün çocukla ilgili değerlerinden ve uygulanan disiplin yöntemlerinden kaynaklanan sorunlar nedeniyle çocuk istismarını evrensel biçimde tanımlamak oldukça zordur (Polat, 2007, 7). Türk aile yapısının kültürel değerleri ile batılı toplumların aile kültürü karşılaştırıldığında, otoriter ve aşırı koruyucu ana babalık, itaat kültürü ve dayanın bir cezalandırma yöntemi olarak kullanılması ve gelenekselleşmesi, çocuk ihmal ve istismarını kolaylaştırmaktadır (Ayan, 2007, 187).

Çocukların hayatında şiddet sadece fiziksel sağlığını değil, ruhsal açıdan da gelişimlerini olumsuz yönde etkilemektedir. Çocuklarda, sosyal uyum azlığı, anti-sosyal davranışlar, okul devamsızlığı, dikkat eksikliği, okul başarısında düşüklük, başkalarına şiddet uygulama, düşük benlik saygısı, güvensizlik, yeme bozuklukları, sağlık problemleri, madde bağımlılığı, intihar girişimi, huzursuzluk, depresyon, uygunsuz cinsel seçimler, suç işlemeye eğilim veya işleme, kendine zarar verme ve hatta ölüm ile sonuçlanabilmektedir (Skinner ve ark., 2006, 623). Çok küçük çocukların duygularını davranışlarına yansıtması kolay olmamaktadır, şiddete maruz kalan küçük yaş grubu çocuklarda gözlemlenen uyku problemleri, içine kapanma, saldırganlık, ağlama, huzursuzluk ve yeme problemleri gibi tepkiler, çocukların şiddete verdikleri tepkiler olabilir. Bunun yanında şiddete uğrayan çocuklarda tuvalet eğitiminde başarısızlık ya da konuşamama şeklinde beliren dil yetersizliğini görülebilmektedir (Osofsky, 2004, 485).

Cinsel istismarda yaş grubu, cinsiyet gibi değişkenlere baktığımızda; Türkiye’de yapılan bir çalışmada, cinsel istismar olgularının yaş ortalamasının 10.8 olduğu saptanmış, olguların %43’ünün ergen yaş grubunda(12-16 yaş) olduğu görülmüştür (Göker ve diğ., 2010, 17). Soylu ve ark.’nın yaptığı çalışmada ise istismarcıların %73.5’inin tanıdık ve %14.5’inin aile bireylerinden biri olduğu bulunmuştur. Ayrıca kızların, erkeklerden 2-5 kat daha fazla cinsel istismara maruz kalma riski taşıdığı bildirilmiştir (Soylu ve ark., 2012, 296). Dünya Şiddet ve Sağlık Raporu’nda, küçük çocuklar fiziksel istismara, daha büyük, özellikle, kız çocukları da cinsel istismara maruz kalmaktadır (Mian, 2005, 15). Bunların dışında cinsel istismara uğrama riskini, çocuk veya gencin zihinsel ve/veya bedensel engelli olması, şizofreni, bipolar bozukluk, dürtü kontrol bozukluğu, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu gibi etkenler artırır (Spencer ve diğ., 2005, 612). Cinsel istismara uğrayan bireylerin, anksiyete, depresyon, madde bağımlılığı, intihar davranışı, borderline kişilik bozukluğu ve posttravmatik stres bozukluğu içeren psikiyatrik problemler yaşaması olasıdır (Polusny ve Follette, 1995, 157).

Cinsel istismar olgularında farklı gelişimsel özelliği olan çocuklara baktığımızda; Türkiye’de yapılan bir çalışmada zeka geriliği olan çocuklarda cinsel istismar sonrasında daha fazla psikiyatrik semptomlar görüldüğü saptanmıştır (Soylu ve diğ., 2012, 297). Bunun nedenlerinden biri zeka geriliği olan çocukların istismar yaşantısını anlamlandırmada zorlanmalarıdır (Hershkowitz ve diğ., 2007, 630). Zihinsel engelli çocuklar, gösterilen ilgi ve sevgiye olumlu karşılık vermeleri, yargılama ve değerlendirme yeteneklerinin yetersiz olması, iyi dokunma, kötü dokunma, özel bölgelerini bilmemeleri gibi sebeplerle cinsel içerikli yapılabilecek bir teklifi, dokunmayı, yakınlaşmayı, cinsel olarak istismar edilebileceklerini bilmeden kabul edebilirler (Morano, 2001, 129). Zeka geriliği olan ve istismara uğrayan çocukların cinsellikle ilgili bilgilerinin az olduğu, kendilerini cinsel istismardan korumakta zorlandıkları ve sıklıkla istismara uğradıkları bilinmektedir (Eastgate ve diğ., 2011, 226). Zihinsel engeli bireylerin, zihinsel engeli olmayan bireylere göre 4-10 kat oranında daha fazla cinsel istismar riski taşıdığı belirtilmiştir (Soylu ve ark., 2012, 297) Bu sebeplerle çocuk psikiyatrisi kliniklerinde zeka geriliği olan çocukların ruhsal durum muayeneleri yapılırken çocuğun anlayabileceği basit bir dil ile cinsel istismarın da sorgulanması ve ailelere bu yönde bilgi verilmesi, cinsel istismarın zeka geriliği olan çocuklarda gözden kaçırılmaması gerekmektedir (İmren ve diğ., 2013, 14).

Çocukları korumak ve gelişimlerini kolaylaştırmak bir ailenin en temel fonksiyonudur. Aileler büyümek ve gelişmek zorunda olan çocuklarına dikkat, şefkat ve güvenlik sağlayan kurumlardır. Yoksulluk, işsizlik gibi stabilizeyi bozan durumlar bu süreci tehlikeye sokan risk faktörleridir (Osofsky, 2004, 483). Bunun yanında çocuklarını istismar ve ihmal eden anne-babaların fiziksel ve ruhsal sağlıklarının problemli olduğu, olumlu bir benlik kavramına sahip olmadıkları, toplumdan dışlandıkları ve anti sosyal davranış sergiledikleri belirtilmektedir (Ünal, 2008, 14). Çocuk istismar ve ihmali artırılan diğer bir neden de anne ve babanın eğitim seviyesinin düşük olmasıdır(Özcan, 2010, 16).





#### 4. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Alanında Çalışanların İhmal ve İstismarı Değerlendirme Süreci

Tüm aile içi şiddet örüntüleri olumsuz aile işlevinin işaretidir ve çocukların ruh sağlığını olumsuz etkilemektedir. Bu nedenlerle çocuk ruh sağlığı alanında çalışanların ruhsal muayene sırasında ailenin çocuğa karşı yaklaşımı, tutumları, aile içi çatışmalar, şiddet ve istismar yaşantılarını da ayrıntılı olarak sorgulaması gerekmektedir (Tahiroğlu ve ark., 2009, 72). Sağlık çalışanlarının temel görevi hastanın yüksek yararını, bu zorunlu bildirim sağlık çalışanları için zaman zaman bir problem olsa da, bir cinsel istismar söz konusu ise ihbar yükümlülüğü mutlaka yerine getirilmelidir. Yasal bildirim ve işlemler sonrasında şüpheli istismarcı ergenden uzaklaştırılmalı, gerekirse koruyucu gündüz bakımı ve eve profesyonel ziyaretçi sağlanmalı, istismarın ardından gebelik riskini dışlamak açısından 2 hafta içerisinde yeniden değerlendirme yapılmalıdır. Ergene ve aile bireylerine psikososyal destek ve danışmanlık sağlanmalıdır. Ayrıca cinsel istismara uğrayan olgularda tanıya yönelik adli tıbbi değerlendirme yeterli değildir. Doğru olan yaklaşım sosyal hizmet uzmanı, psikolog, çocuk gelişimci, psikiyatrist, enfeksiyon ve kadın doğum hastalıkları uzmanı ve gerektiğinde diğer alanları da içeren multidisipliner yaklaşımdır (Sözen, 2011, 36-38).

Aile içi şiddet döngüsel bir toplum sağlığı sorunudur. Bundan dolayı aile içi şiddetin yıkıcı etkilerini önlemek ve azaltmak için birbirleriyle ilişkili risk faktörlerine yönelik yaş gruplarına (çocuk veya erişkin), gruplara ulaşma durumlarına (okulda, işyerinde gibi), bireysel gereksinimlerine (travma sonrası ruhsal belirtilerin varlığı, ebeveynlik becerilerinde yetersizlik, iletişim sorunları, öfke yönetimi sorunları vb.) yönelik programlar planlanabilir (Başoğlu ve ark., 2017, 132). Bunun yanında kriz durumundaki yüksek riskli aileler için aile koruma hizmetleri; ev tabanlı danışmanlık, öfke yönetimi ve somut hizmetler gibi kısa ve etkili hizmetleri içermelidir (Chaffin ve ark. 2001, 1271).

Çocukların ihmal ve istismardan korunması kapsamında öncelikle, çocuklara yönelik erken müdahale koruma programlarının geliştirilmesi hedeflenmelidir. Bu programlar, tüm çocukların ve ailelerinin içinde buldukları koşulları iyileştirme, yaşam niteliğini artırma, çocuklarda gelişimsel sorunların önlenmesi, çocuk ihmal ve istismarına neden olabilecek risklerin oluşmasını önleme amaçlanmalıdır. Bu amaca ulaşmak için gelişmiş ülkelerde uygulanmakta olan çocuk koruma politikalarının oluşturulması, çocuk koruma sisteminin güçlendirilmesi, eğitim düzeyinin yükseltilmesi, kamu sağlığı programlarının geliştirilmesi, işsizlik oranının düşürülmesi ve ulusal gelirin artırılması gereklidir (Yolcuoğlu, 2010, 82). Çocuklara yönelik istismarın önlenmesi konusunda yapılacaklar, hem alanlarına hem de eylemlerine göre iki farklı grupta değerlendirilmelidir. Öncelikle evde, okulda, toplumsal düzeyde ve hükümet ya da kanun yapıcılar düzeyinde yapılacakları değerlendirmek önemlidir. Diğer taraftan yapılacak eylemleri değerlendirmek adına en başta eğitim gelmektedir. Hem bu konuda çalışan profesyonellere yönelik hem de topluma yönelik eğitimler yapılmalıdır (Polat, 2007, 312).

Tüm bunların yanında, çocukların istismarı ve ihmali konusunda çok sayıda vaka göstermektedir ki, uluslararası ve iç hukuk düzenlemelerine rağmen, bu hakların gerçek yaşamda uygulanabilirliğini artırmak ve gerekli tedbirleri almak için hala çok yol kat edilmesi gerekmektedir. Ülkeler, onayladıkları ÇHS' inde de kabul ettikleri gibi, çocuk haklarının ülke düzeyinde uygulanması için gerekli tüm tedbirleri almak ve hukuki yapılarını bu haklarla uyumlu hale getirmekten sorumludur (Uğurlu ve Gülsen, 2014, 9).

#### 5. Sonuç ve Öneriler

Çocukların içinde bulunduğu fiziksel, ekonomik ve sosyal koşullar onların refahı üzerinde güçlü bir etkiye sahiptir. BM Çocuk Haklarına Dair Sözleşme, çocuğa yönelik saygıyı temel almaktadır. Çocuk alanında çalışan sağlık çalışanları, çocukların yalnızca hastalığını tedavi etmenin ötesinde, onların en iyi sağlık durumuna kavuşmaları için çocuk hakları perspektifiyle yaklaşarak çocuklar için rol almalıdırlar (Örün ve Tatlı, 2012, 132). Çocuk Hakları Sözleşmesi'nde de belirtildiği gibi, devlet çocuğu gerektiğinde anne babası ya da bakım ve gözetimini yapan başka kişiler de dahil olmak üzere her türlü ihmal ve istismardan korumalı, risk altında bulunan çocuklar için önleyici programlar, politikalar geliştirmeli, ihmal ve istismar mağduru çocuklar için ise tedavi planları geliştirmelidir. Bunun yanında çocuklar için koruyucu ortamın oluşturulmasında birincil görev devlete ait olmakla birlikte, toplumun da üzerine düşen vazifeler vardır. Toplumdaki bütün üyeler çocuğun ihmal ve istismarı konusunda duyarlı olmalıdır. Bireylerin çocuklar konusunda kendilerini sorumlu hissetmeleri, kuşkusuz en önemli noktalardan biridir.

Aile refahını hedefleyen sosyal devlet politikaları üretilirken, aile içi şiddetten en fazla etkilenenlerin bilimsel çalışmalarla da kanıtlanmış olan kadınlara ve çocuklara öncelik verilmesi, şiddetin kadınlar ve çocuklar üzerindeki olumsuz etkilerini azaltıcı uygulamalara gidilmelidir. Öncelikle, şiddeti önleme hedefiyle, anne babalığa aday eşlerden başlayarak şiddet ile ilgili bilinçlendirici, farkındalık artırıcı eğitim programları geliştirilmelidir. Sosyal hizmetler, eğitim kurumları ve gönüllü kuruluşların katılımıyla



koordineli bir çalışma yürütülebilir. Eğitim programlarının içeriği, aile içerisinde çocuğun şiddete uğramasına sebep olabilecek olumsuz anne baba tutumları, çocuk gelişimi, çocuğa yaklaşım konusunda ebeveynleri bilinçlendirici, olumsuz tutum ve davranışları iyileştirici nitelikte olmalıdır (Ayan, 2007, 467; Özmen, 2004, 35). Ayrıca bu programlar yaş gruplarına (çocuk veya erişkin), gruplara ulaşma durumlarına (okul, işyeri), bireysel gereksinimlerine (travma yaşantısı, yetersiz ebeveynlik bilgisi, iletişim problemleri, öfke yönetimi gibi) göre planlanmalıdır (Başoğlu ve ark., 2017, 132). Danışmanlık yapılması gereken ailelere, olumsuz tutum ve davranışları değiştirme odaklı, pratik önerileri de içeren kısa ve yoğun programlar planlanabilir. Kriz ve aile içi problemleri olan ailelerin başvurabileceği aile danışma merkezleri açılmalı ve işlevsel hale getirilmelidir. Sözü edilen bu görevler devlet tarafından gerçekleştirilebileceği gibi sivil toplum kuruluşlarınınca da yürütülebilir.

Şiddet olaylarının erken dönemde teşhisi ve gerekli müdahalelerin zamanında yapılması, madde bağımlılığı, çocuk suçluluğu, çocuk pornografisi, çocuğun cinsel sömürüsü gibi genellikle çocuğa yönelik şiddetten kaynaklanan birçok sorundan da uzak tutabilir. Şiddetin erken dönemde teşhisi çocukların sağlıklı bireyler olarak yetişmesinde son derece önemlidir (Ayan, 2007, 468). Son zamanlarda yapılan araştırmalar daha çok koruyucu etkenleri saptamaya yönelmiştir (Alikışifoğlu, 2008, 55). Aslında önleyici çalışmalar her zaman müdahale edici çalışmalardan daha etkili ve her anlamda daha ekonomiktir.

İstismarı önleme çalışmalarının üç ana alanı kapsadığı kabul edilmektedir. Birincil önleme, her bireyin sağlıklı olmasını sağlamak; ikincil önleme yüksek risk gruplarını belirlemek; üçüncül önleme ise tekrarlanmasını engellemektir. Birincil önlemenin amacı, tüm çocukların gelişimlerinin iyi bir biçimde sürdürebileceği ortamı sağlamaktır. İkincil korumanın amacı yüksek risk gruplarının belirlenmesi ve gerekiyorsa söz konusu ailelere ek hizmetlerin sunulmasıdır. Üçüncül önleme istismar mağduru çocuğun tekrar istismar edilmesinin önlenmesi ve istismardan sonraki tüm hizmetleri kapsamaktadır (Lynch, 1999, 251). Çocuk ve ergen ruh sağlığı polikliniğinde sosyal hizmet uzmanı, daha çok ikincil ve üçüncül önleme çalışmalarını yürütür. İstismarı vakalarında sosyal hizmet uzmanı değerlendirme, planlama, uygulama ve izleme çalışmalarını yapar, çocuğun güvenli bir ortama gereksinimi olduğunda acil koruma kararı çıkarır, çocuklara ve ailelere danışmanlık verir, adli kurumlar ve sosyal hizmet kuruluşlarıyla, okulla işbirliği yapar (Cankurtaran, 2010, 563).

En önemli önleyici çalışmalardan biri ergenlerle çalışan profesyonellerin, cinsel istismar ve bunun hukuki sonuçları konusunda bilgilendirme yapmalarıdır (Bağ ve Alşen, 2017, 67). Yine yapılması gerekenlere bakıldığında, televizyon, radyo, gazete gibi kitle iletişim araçlarından faydalanarak ailelerin, toplumun farkındalığı artırılabilir, konuya dikkat çekilebilir, doğru bilgilendirmeler yapılabilir. Çocuğa yönelik ihmal ve istismar konularında duyarlılığın gelişmesi ve artması için bu konuların gündemde tutulması sağlanmalıdır.

Toplumsal koruyucu etkenlere baktığımızda, yasa dışı maddelerle ilişkili yasal düzenlemelerin yapılması, gelir dağılımındaki adaletsizliğin ortadan kaldırılması, ergenlerin boş zamanlarını geçirebilecekleri, spor yapabilecekleri ve hobiler edinebilecekleri merkezlerin yaygınlaştırılması, kreş ve bakımevlerinin artırılması sayılabilir (Alikışifoğlu, 2008, 59).

Sağlık çalışanlarının temel görevi hastanın yüksek yararını, zorunlu bildirim sağlık çalışanları için zaman zaman bir problem olsa da, bir cinsel istismar söz konusu ise ihbar yükümlülüğü mutlaka yerine getirilmelidir. Çocuk ve ruh sağlığı alanında çalışan profesyonellerin cinsel istismara bağlı risk etmenlerini ve psikiyatrik bozuklukları göz önünde tutmalı, cinsel istismarın önemli bir toplumsal sorun olduğunu unutmamalı, istismar mağduru çocuk ve ergenleri yakın ve uzun dönem takip etmeleri gerekmektedir. Doğru olan yaklaşım sosyal hizmet uzmanı, psikolog, çocuk gelişimci, psikiyatrist, enfeksiyon ve kadın doğum hastalıkları uzmanı ve gerektiğinde diğer alanları da içeren multidisipliner yaklaşımdır. Ayrıca kurumlar arası koordinasyon ve işbirliğinin sağlanması, çocuk bakımevi ve sosyal hizmet kurumlarının geliştirilmesi gerekmektedir (Sözen, 2011, 36; Öztıp ve Özcan, 2010, 275; İbiloğlu ve ark., 2018, 95; Bahar ve ark., 2009; 63).

Herhangi bir ihmal ya da istismar olayında, durumu ilk olarak fark edebilecek kişiler, çocuklarla en fazla zaman geçiren, onların durumlarını en iyi gözlemleyebilen öğretmenler ve rehber öğretmenlerdir. Bu nedenle ihmal ve istismar konusunda, yapılması gerekenler hakkında en başta bilgilendirilmesi gereken kişi ve kurumlar arasında okullar gelmektedir. Öğretmenlere çocuk istismar ve ihmalinin tespitine ve önlenmesine yönelik bilgilendirme amacıyla "Hizmet içi Eğitim Seminerleri" düzenlenebilir, eğitim fakültelerinde yetiştirilecek öğretmen adaylarına bu konuda bilgi edinebilmeleri için müfredata bu konuyla ilgili ders eklenebilir. Rehber öğretmenler, okullarında yüksek risk grubundaki öğrencileri önceden tespit



edebilir ve anne-babalara yönelik çocuk hakları ve çocukların korunması gibi konularında bilgilendirici toplantılar, ev ziyaretleri yapabilir (Pelendecioğlu ve Bulut, 2009, 48).

Psikiyatrik bozuklukların tanısı ve tedavisi, ruh sağlığının korunması ekip çalışmasıyla gerçekleştirilmelidir (Oral ve Tuncer, 2012, 94). Ekibin parçası olan sosyal hizmet uzmanı, mesleki çalışmalarını yaparken odağında korunma ve bakım ihtiyacı olan bireyler bulunur (Özbesler, 2018, 71). Sosyal hizmet uzmanı çocuğun ayrıntılı olarak öyküsünü alır, aile görüşmesi yapar, gerekirse geniş aile, okul, komşular gibi farklı kaynaklara ulaşır, çocuk ve aileye ilişkin risk etmenlerini değerlendirir (Özdemir ve Karadağ, 2010, 556). Tıbbi sosyal hizmet birimi çalışması planlanırken; sosyal hizmetin en çok bilinen ve etkililiği en yüksek müdahale yöntemlerinden biri olan, hasta ve ailesinin güvenini ve işbirliğini artıran ev ziyaretlerinin, hakkında sağlık tedbiri uygulaması olan hasta ailelerine en az bir kere yapılması hedeflenmelidir. Ev ziyaretleri sonrasında tedaviye dirençli ailelerin tedavi ekibiyle daha anlamlı ilişki kurduğu, tedaviye inançlarının ve katılımlarının arttığı gözlemlenmektedir. Birçok aile, sürekli olarak hastaneye getirildiklerini fakat bunun ne amaçla yapıldığını anlayamadıklarını, çocukları için nasıl bir fayda sağlayacağını bilmediklerini ifade etmektedir. Bu yüzden öncelikle yapılması gereken, ailelere sağlık tedbirinin ne olduğunun, psikiyatrik tedavinin gerekliliğinin ailelerin anlayabileceği şekilde etraflıca anlatılmasıdır.

Tüm bunlara ek olarak, sağlık tedbiri kapsamında takip edilen çocuk ve ergenlerle doğrudan ya da dolaylı olarak çalışırken ihmal, istismar ve bunlara bağlı olarak eş zamanlı gelişebilen madde kullanımının çok boyutlu yönleriyle ele alınması gerekmektedir. Madde bağımlılığı tedavisinde sosyal çevre boyutunun eklenmesi gerekir. Sosyal hizmet mesleğinin birey, aile, grup, topluluk ve toplum düzeylerindeki işlev ve rolleri, madde bağımlılığı tedavisinde önemli bir profesyonel kaynak olarak kullanılabilir (Polat, 2014, 143).

#### KAYNAKÇA

- Akyüz, E. (2000). *Ulusal ve Uluslararası Hukukta Çocuğun Haklarının ve Güvenliğinin Korunması*. Ankara: Milli Eğitim Basımevi.
- Aldemir, V. (2011). *Çocuk Koruma Kanununun Sosyal Hizmetler Ve Çocuk Esirgeme Kurumunda Uygulanmasına İlişkin Bir Değerlendirme*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Ankara.
- Alikaşifoğlu, M. (2008). *Ergenlerde Davranışsal Sorunlar*. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Adölesan Sağlığı II Sempozyum Dizisi, S. 63, s. 55-59.
- Aral, N, Gürsoy, F. (2001). Çocuk hakları çerçevesinde çocuk ihmal ve istismarı. *Milli Eğitim Dergisi*, S. 151, s. 36-39.
- Ayan, S. (2007). *Aile İçinde Çocuğa Yönelik Şiddet(Sivas İlköğretim İkinci Kademe Öğrencileri Üzerine Bir İnceleme*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sivas.
- Bağ, Ö. ve Alşen, S. (2017). Çocuk İzlem Merkezinde Cinsel İstismarın Değerlendirilmesi: Bir Merkezin Bir Yıllık Deneyimi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, S. 18(1), s. 62-68.
- Bahar, G.; Savaş, A.H.; Bahar, A. (2009). Çocuk İstismarı Ve İhmali: Bir Gözden Geçirme. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, S. 12(4), s. 51-65.
- Başoğlu, C, Lök, N, Öncel S. (2017). Çocukların Aile İçi Şiddetten Korunmasında Ailelere Yönelik Girişimler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, S. 9(2), s. 123-135.
- Cameron, G, Freymond, N. (2006). *Understanding International Comparisons of Child Protection, Family Service and Community Caring Systems of Child and Family Welfare. Towards Positive Systems of Child and Family Welfare: International Comparisons of Child Protection, Family Service and Community Caring Systems*. Toronto: University of Toronto Press.
- Can, M, Tırtıl, L, Dokgöz, H. (2009). Çocuk İstismarı Olgularında Hekim Sorumluluğu. *Klinik Gelişim Dergisi*, s. 89-93.
- Cankurtaran, Ö. (2005). Çocuk İhmal ve İstismarı ve Sosyal Çalışma: Çocuk İhmal ve İstismarına Psikososyal Yaklaşım. *Katkı Pediatri Dergisi*, S. 32(5), s. 559-568.
- Chaffin, M, Bonner, BL, Hill, RF. (2001). Family preservation and family support programs: child maltreatment outcomes across client risk levels and program types. *Child Abuse Negl*, S. 25, s. 1269-1289.
- Çocuk Koruma Kanunu, T. C. Resmi Gazete, Sayı: 25876, 15 Temmuz 2005.
- Eastgate, G, Van Driel, ML, Lennox, NG, Scheermeyer, E. (2011). Women with Intellectual disabilities-a study of sexuality, sexual abuse and protection skills. *Aust Fam Physician*, S. 40, s. 226-230.
- Ekici, FY. (2015). Geçmişten günümüze çocukların korunmasına yönelik uygulamalar üzerine bir inceleme. *Türk & İslam Dünyası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, S. 2(4), s. 44-66.
- Erdal, L. (2014). Türkiye'de sosyal politika ve koruyucu aile hizmet modeli. *Sosyoekonomi Dergisi*, S. 22, s. 171-192.
- Franklin, B. (1993). *Çocuk Hakları*. (A. Türker, Çev.), İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- Göker, Z, Aktepe, E, Tural Hesapçıoğlu, S, Kandil, S. (2010). Referral types of sexually abused children and their clinic an sociodemographic features. *S.D.Ü. Tıp Fak Dergisi*, S. 17, s. 15-21.
- Hershkowitz, I, Lamm, ME, Horowitz, D. (2007). Victimization of children with disabilities. *Am J Ortho-psychiatry*, S. 77, s. 629-635.
- İbiloğlu, A.O.; Atlı, A.; Oto, R.; Özkan, M. (2018). Çocukluk Çağı Cinsel İstismar ve Enstet Olgularına Çok Yönlü Bakış. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, S. 10(1), s. 84-98.
- İmren, SG, Ayaz, AB, Yusufoglu, C, Arman, AR. (2013). Cinsel istismara uğrayan çocuk ve ergenlerde klinik özellikler ve intihar girişimi ile ilişkili risk etmenleri. *Marmara Medical Journal*, S. 26(1), s. 11-16.
- Karakuş, Ö. Tekin, HH. (2012). Çocuk koruma kanunu uyarınca haklarında danışmanlık tedbiri uygulanan çocukların özellikleri(Konya örneği). *Sosyal Politika Çalışmaları*, S. 7(29), s. 29-44.
- Lynch, M. (1999). Çocuk İstismarı ve İhmalinin Önlenmesi. E. Konanç ve İ. Gürkaynak (Ed.) *Çocuk İstismarı ve İhmali Kitabı İçinde* (s:251-255). Ankara: Çocuk İstismarını ve İhmalini Önleme Derneği Yayınları.
- Mian, M. (2005). World Report on Violence and Health: What It Means For Children and Pediatricians. *The Journal of Pediatrics*, S. 145, s. 14-19.



- Morano, JP. (2001). Sexual abuse of mentally retarded patient: medical and legal analysis for the primary care physician. *Primary Care Companion J Clin Psychiatry*, S. 3, s. 126-135.
- Oral, M. ve Tuncay, T. (2012). Ruh Sağlığı Alanında Sosyal Hizmet Uzmanlarının Rol ve Sorumlulukları. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, S. 23(2), s. 93-114.
- Osofsky, JD. (2004). Community Outreach For Children Exposed To Violence. *Infant Mental Health Journal*, S. 5, s. 478-487.
- Örün, E.T. ve Tatlı, M.T. (2012). Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi'ne Göre Türk Çocuklarının Sağlık Ve Sosyal Hakları Açısından Durumu. *Yeni Tıp Dergisi*, S. 29(3), s. 132.
- Özcan, MC. (2010). *İstismar ve İhmalin Çocuklar Üzerindeki Fiziksel ve Psikolojik Etkilerinin İncelenmesi*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Erzurum.
- Özmen, S.K. (2004). Aile İçinde Öfke Ve Saldırganlığın Yansımaları. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, S. 37(2), s. 27-39.
- Öztop, D.B. ve Özcan, Ö.Ö. (2010). Cinsel İstismar Vak'alarının Sosyodemografik Ve Klinik Özelliklerinin Değerlendirilmesi, *Yeni Sempozyum*, S. 48(4), s. 270-276.
- Özbesler, C. (2018). Çocuk Ergen Ruh Sağlığı Alanı. A. İçağasıoğlu Çoban ve S. Attepe (Ed.). *Psikiyatrik Sosyal Hizmet Kitabı İçinde* (s. 71-74). Ankara: Nobel Yayınları.
- Özdemir Foto, D. ve Karadağ, F. (2010). Çocuk İhmal ve İstismarına Psikososyal Yaklaşım. *Katkı Pediatri Dergisi*, S. 32(5), s. 553-558.
- Öztürk, AB. (2009). Çocuğun cinsel istismarı ve aileyle çalışma. *Toplum Ve Sosyal Hizmet*, S. 20(2), s. 89-98.
- Pelendecioğlu, B.T. ve Bulut, S.T. (2009). Çocuğa Yönelik Aile İçi Fiziksel İstismar. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, S. 9(1), s. 48.
- Polat G. (2014). Madde Bağımlılığı Tedavisinde Sosyal Hizmet Mesleği. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, S. 30(2), s. 143-148.
- Polat, O. (2007). *Tüm Boyutlarıyla Çocuk İstismarı 1 Tanımlar*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Polat, O. (2007). *Tüm Boyutlarıyla Çocuk İstismarı-2 Önleme ve Rehabilitasyon*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Polusny, MA, Follette, VM. (1995). Long-term correlates of child sexual abuse: theory and review of the empirical literature. *Appl Prev Psychol*, S. 4, s. 143-166.
- Sayıta, SU. (2000). *Çocuk Hakları*. İstanbul: YKY Yayınları.
- Skinner, D, Tsheko, N, Mtero, MS, Segwabe, M, Chibatamoto, P, Mfecane, S, Chitiyo, G. (2006). Towards a definition of orphaned and vulnerable children. *AIDS And Behavior*, S. 6, s. 619-626.
- Soylu, N, Pılan, BŞ, Ayaz, M, Sönmez, S. (2012). Cinsel istismar mağduru çocuk ve ergenlerde ruh sağlığını etkileyen etkenlerin araştırılması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, S. 13(4), s. 292-298.
- Sözen, Ş. (2011). Ergenlik döneminde cinsel istismar olgularında adli tıbbi değerlendirme, multidisipliner yaklaşım. *Türk Pediatri Arşivi*, S. 46, s. 36-38.
- Spencer, N, Devereux, E, Wallace, A, Sundrum, R, Shenoy, M, Bachuss, C, et al. (2005). Disabling conditions and registration for child abuse end neglect: a population-based study. *Pediatrics*, S. 116(3), s. 609-613.
- Şenocak, H. (2006). Korunmaya Muhtaç Çocuklara Sağlanan Bakım Yöntemleri. *Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi*, S. 5, s. 176-228.
- Tahiroğlu, AY, Bahalı, K, Avcı, A, Seydaoğlu, G. (2009). Çocuk psikiyatri olgularında aile içi şiddet öyküsünün sorgulanması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, S. 10(1), s. 71-76.
- Tümkaya, S. (2005). Ailesi Yanında ve Yetiştirme Yurdunda Kalan Ergenlerin Umutsuzluk Düzeylerinin Karşılaştırılması. *Türk Eğitim Bilimleri Dergisi*, S. 3(4), s. 445-459.
- Uğurlu, Z, Gülsen, İA. (2014). Çocuk hakları ve hukuki bağlamda çocuğun ihmal ve istismardan korunması. *Uluslararası Sosyal ve Eğitim Bilimleri Dergisi*, S. 1(1), s. 1-24.
- Ünal, F. (2008). Ailede çocuk istismarı ve ihmal. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi*, S. 12, s. 9-18.
- Yolcuoğlu, İG. (2010). Çocukların ihmal-istismara uğramasında aile ve çocuklara yönelik risk faktörleri ve sosyal hizmet müdahalesi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, S. 21(1), s. 73-83.
- Yolcuoğlu, İG. (2009). Türkiye'de çocuk koruma sisteminin genel olarak değerlendirilmesi. *Aile ve Toplum Dergisi*, S. 5(18), s. 43-57.