T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
ADLİ TIP ANABİLİM DALI

İSTİSMARA VE İHMALE UĞRAMIŞ ÇOCUKLARIN TEDAVİ VE REHABİLİTASYONU: BİR YATAKLI MERKEZ MODELİ

Uzm.Psk.Dan.SUNAY FIRAT

DOKTORA TEZİ

DANIŞMANI
Prof.Dr. Necmi ÇEKİN

ADANA- 2007

T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
ADLİ TIP ANABİLİM DALI

İSTİSMARA VE İHMALE UĞRAMIŞ ÇOCUKLARIN TEDAVİ VE REHABİLİTASYONU: BİR YATAKLI MERKEZ MODELİ

Uzm.Psk.Dan.SUNAY FIRAT

DOKTORA TEZİ

DANIŞMANI
Prof.Dr. Necmi ÇEKİN

Tez No:…….
ADANA- 2007

TEŞEKKÜR

Tezimin planlanmasında ve yürütülmesinde her zaman destek olan tez danışmanım Prof. Dr. Necmi ÇEKİN'e ve halen aktif görevimi sürdürdüğüm bölüm olan Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanı Prof.Dr. Ayşe AVCI'ya, tezimin konusu olan Oğuz Kağan Köksal Çocuk ve Gençlik Merkezinin programının yürütülmesi ve çocukların değerlendirilmesinde katkısı bulunan Yard.Doç.Dr. Ayşegül (YOLGA) TAHİROĞLU'na ve asistan arkadaşlarıma çok teşekkür ederim. Ayrıca tezimin istatistiği sırasında yardımlarını esirgemeyen Biyoistatistik Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi İlker Ünal'a, desteğini ve dostluğunu esirgemeyen Doç.Dr. Hatice Sofu'ya ve gereksinimim olduğu her zaman yanımda olan sevgili arkadaşlarıma çok teşekkür ederim.

Sunay FIRAT

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR III
İÇİNDEKİLER IV
ŞEKİLLER DİZİNİ VI
ÇİZELGELER DİZİNİ VII
ÖZET VIII
ABSTRACT IX
1. GİRİŞ 1
2. GENEL BİLGİ 3
2.1.Tarihçe: Geçmişten Günümüze Çocuk İstismarı ve İhmali Kavramı 3
2.2.Çocuk İstismarı ve İhmali Tanımları ve Tipleri 3
2.2.1.Fiziksel İstismar 4
2.2.2.Cinsel İstismar 5
2.2.3.Ekonomik İstismar 6
2.2.4.Duygusal İstismar 7
2.3.Sıklık ve Yaygınlık (Epidemiyoloji) 9
2.3.1.Çocuk İstismarı ve İhmalinin Türkiye'deki ve Dünyadaki Sıklık ve ve Yaygınlığı 9
2.4.Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri 11
2.5.Çocuk ve Gençlik Merkezleri ile İlgili Yasal Düzenlemeler 13
3.GEREÇ VE YÖNTEM 39
3.1.Çalışma Grubu 39
3.2.Veri Toplama Araçları 39
3.2.1.Hasta Bilgi Formu 39
3.2.2.Wechsler Zeka Ölçeği (WISC-R) 39
3.2.3.Çocuklar için Beck Depresyon Ölçeği 40
3.2.4.Çocuklar için Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri 40
3.2.5.Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi 41
3.3.İstatistiksel Analiz 42
4.BULGULAR 43
4.1. Adana Oğuz Kağan Köksal Çocuk ve Gençlik Merkezi'ne Kabul Edilen Kız Çocuklarının Sosyodemografik Verilerinin Değerlendirilmesi 43
4.2. Adana Oğuz Kağan Köksal Çocuk ve Gençlik Merkezi'ne Kabul Edilen Kız Çocukların Başvuru Şekli İle İlgili Verilerin Değerlendirilmesi 48
4.3. Adana Oğuz Kağan Köksal Çocuk ve Gençlik Merkezi'ne Kabul Edilen Kız Çocuklarının Tanılarıyla İlgili Verilerin Değerlendirilmesi 49
4.4. Adana Oğuz Kağan Köksal Çocuk ve Gençlik Merkezi'ne Kabul Edilen Kız Çocuklarına Uygulanan Beck Depresyon Ölçeği, Durumluk Kaygı Envanteri (STAI-I), Sürekli Kaygı Envanteri (STAI-II) ve Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL) ile İlgili Verilerin Değerlendirilmesi 51
5.TARTIŞMA 61
6.SONUÇ VE ÖNERİLER 68
7.KAYNAKLAR 71

8.EKLER
8.1. Çocuk ve Gençlik Merkezleri ile ilgili Yasal Düzenlemeler 78
8.2. Çocuk Ve Gençlik Merkezleri Yönetmeliği 84
8.3. Oğuz Kağan Köksal Gençlik Merkezi Tedavi-Rehabilitasyon Program Basamaklar Kitapçıkları 91
9.ÖZGEÇMİŞ 140

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 4.4.1. Hastalara Uygulanan Beck Depresyon Ölçeği (Bdö), Durumluk Kaygı Envanteri (Stai-I), Sürekli Kaygı Envanteri (Stai-Ii) Ve Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (Moksl) Yatış Ve Son Ölçüm Ortalamaları.

Şekil 4.4.3. Hastalara Uygulanan Beck Depresyon Ölçeği (Bdö), Durumluk Kaygı Envanteri (Stai-I), Sürekli Kaygı Envanteri (Stai-Ii) Ve Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (Moksl) Gruplandırılmış Kalış Sürelerine (0-3 Ay) Göre Ölçek Puanlarının Yatış-Son Ölçüm Karşılaştırılması.

Şekil 4.4.4. Hastalara Uygulanan Beck Depresyon Ölçeği (Bdö), Durumluk Kaygı Envanteri (Stai-I), Sürekli Kaygı Envanteri (Stai-Ii) Ve Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (Moksl) Gruplandırılmış Kalış Sürelerine (4-6 Ay) Göre Ölçek Puanlarının Yatış-Son Ölçüm Karşılaştırılması.

Şekil 4.4.5. Hastalara Uygulanan Beck Depresyon Ölçeği (Bdö), Durumluk Kaygı Envanteri (Stai-I), Sürekli Kaygı Envanteri (Stai-Ii) Ve Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (Moksl) Gruplandırılmış Kalış Sürelerine (7-9 Ay) Göre Ölçek Puanlarının Yatış-Son Ölçüm Karşılaştırılması.

Şekil 4.4.6. Hastalara Uygulanan Beck Depresyon Ölçeği (Bdö), Durumluk Kaygı Envanteri (Stai-I), Sürekli Kaygı Envanteri (Stai-Ii) Ve Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (Moksl) Gruplandırılmış Kalış Sürelerine (10 + Ay) Göre Ölçek Puanlarının Yatış-Son Ölçüm Karşılaştırılması.

Şekil 4.4.7.A Hastalara Uygulanan Beck Depresyon Ölçeği (Bdö), Durumluk Kaygı Envanteri (Stai-I), Sürekli Kaygı Envanteri (Stai-Ii) Ve Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (Moksl), Geliş Nedenlerine Göre Ölçek Puanlarının Yatış-Son Ölçüm Karşılaştırılması.

Şekil 4.4.7.B Hastalara Uygulanan Beck Depresyon Ölçeği (Bdö), Durumluk Kaygı Envanteri (Stai-I), Sürekli Kaygı Envanteri (Stai-Ii) Ve Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (Moksl), Geliş Nedenlerine Göre Ölçek Puanlarının Yatış-Son Ölçüm Karşılaştırılması

ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge 4.1.1. Merkeze Yatışı Yapılan Hastaların Eğitim Durumu

Çizelge 4.1.2. Hastaların Anne-Babalarının Sağ/Ölü Durumları

Çizelge 4.1.3. Hastaların Annelerinin Çalışma Durumları

Çizelge 4.1.4. Hastaların Babalarının Çalışma Durumları

Çizelge 4.1.5. Hastaların Anne Ve Babalarındaki Fiziksel Hastalık

Çizelge 4.1.6. Annede Psikiyatrik Hastalık

Çizelge 4.1.7. Babada Psikiyatrik Hastalık

Çizelge 4.1.8. Aile Durumu I.

Çizelge 4.1.9. Aile Durumu Iı. (Hastaların Yaşam Şekli)

Çizelge 4.2.1. Hastaların Merkeze Geliş Nedenleri

Çizelge 4.3.1. Hastaların Eksen I. Tanıları

Çizelge 4.3.2. Hastaların Eksen Iı. Tanıları

Çizelge 4.3.3. Hastaların Zeka Testi Değerlendirmesi

Çizelge 4.4.1. Hastalara Uygulanan Beck Depresyon Ölçeği (Bdö), Durumluk Kaygı Envanteri (Staı-I), Sürekli Kaygı Envanteri (Staı-Iı) Ve Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (Moksl) Yatış Ve Son Ölçüm Ortalamaları

Çizelge 4.4.2. Merkezden Taburcu Olan Ve Hala Merkezde Kalan Hastaların Kalış Sürelerinin Gruplandırılması

Çizelge 4.4.3. Kız Çocuklarına Uygulanan Beck Depresyon Ölçeği (Bdö), Durumluk Kaygı Envanteri (Staı-I), Sürekli Kaygı Envanteri (Staı-Iı) ve Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (Moksl) Gruplandırılmış Kalış Sürelerine (0-3 Ay, 4-6 Ay, 7-9 Ay, 10 Ay Ve Üzeri) Göre Ölçek Puanlarının Yatış-Son Ölçüm Karşılaştırılması

Çizelge 4.4.4. Hastalara Uygulanan Beck Depresyon Ölçeği (Bdö), Durumluk Kaygı Envanteri (Staı-I), Sürekli Kaygı Envanteri (Staı-Iı) Ve Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (Moksl), Geliş Nedenlerine Göre Ölçek Puanlarının Yatış-Son Ölçüm Karşılaştırılması

ÖZET

İstismara ve İhmale uğramış Çocukların Tedavi ve Rehabilitasyonu: Bir Yataklı Merkez Modeli

Rehabilitasyon ve tedavi merkezleri, çocuk ve ergenlere hizmet veren organizasyonlardır. Temel amaç, bakım verilen kişilerin "zihinsel sağlık" tedavi planlarının yapılmasıdır. Yirmi dört saat bakım veren, uygulanan programlar ve tedavi yöntemleri açısından değişkenlik gösteren kuruluşlardır.

Oğuz Kağan Köksal Çocuk ve Gençlik Merkezi Adana ilinde, istismar ve ihmale uğramış, alkol-madde kullanan, ruhsal sorunları nedeni ile tedaviye ihtiyaç duyan, sokakta yaşayan 8-18 yaş arası kızların tedavi ve rehabilitasyonu amacıyla kurulmuştur.

Kuruma, 26 Nisan 2004 – 31 Ağustos 2007 tarihleri arasında toplam 72 kız çocuk yatırılmıştır. Hastaların yaşları 10 yaş 5 ay ile 19 yaş 3 ay arasındadır (ort: 14,83; ss. ± 2.12). Çocuk ve Gençlik Merkezine kabul edilen kızların 48'i (%66.7) cinsel taciz, 27'i (%37.5) tecavüz, 31'i (% 43.1) evden ya da yaşadığı SHÇEK'dan kaçma, 18'i (%25.0) fiziksel istismar, 13'ü (%18.1) ensest ve 34'ü (%47.2) ise ihmal nedeniyle çocuk polisi ya da mahkeme/savcılık aracılığıyla başvurmuşlardır. Kız Çocuklarına Uygulanan Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Durumluk Kaygı Envanteri (STAI-I), Sürekli Kaygı Envanteri (STAI-II) ve Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL) Yatış ve Son Ölçüm olarak uygulanmıştır. Kız çocuklarının, Durumluk Kaygı Envanteri (STAI-I), Sürekli Kaygı Envanteri (STAI-II) ve Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.001$).

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Durumluk Kaygı Envanteri (STAI-I), Sürekli Kaygı Envanteri (STAI-II) ve Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL) puanlarının tedavi sonrası değerleri, başlangıç değerlerine göre önemli olacak şekilde düşüktü ($p\leq0.001$).

Çocukların gruplandırılmış kalış sürelerine (0-3 ay; 4-6 ay; 7-9 ay ve ≥10 ay) göre ölçeklerin puanlarının yatış-son ölçüm ortalamaları özellikle 3-7 ay arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Ölçek puanlarının tedavi sonrası değerleri, başlangıç değerlerine göre önemli olacak şekilde düşük olduğu gözlenmiştir ($p\leq0.05$). Bu durum merkezde kalan hastaların 3 aydan önce taburcu edilmeleri ve 7. aydan sonra kalmaya devam etmelerinin depresyon, sürekli kaygı ve obsesyon ölçeği değerlerini anlamlı ölçüde etkilemediğini düşündürmektedir.

Geliş nedeni sayısının çokluğunun ölçek puanlarına etkisini inceleyebilmek için iki ve daha az nedenle gelenler ile, üç ve daha fazla nedenle gelenler karşılaştırılmış ve geliş nedenlerine göre ölçek puanlarının yatış ve son ölçüm ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Bu durum, geliş neden sayısının ölçek puan ortalamalarına hiçbir etkisi olmadığı sonucunu düşündürebilir. Çünkü, çocuk bir kez herhangi bir istismar nedeniyle travmaya uğramış ise geliş nedenlerinin sayısının artması travmasının ağırlaşması anlamına gelmeyebilir.

İstismar ve ihmale uğrayan çocukların tedavi ve rehabilitasyon merkezlerinde tedavilerinin yapılması ve uzun dönemde bu çocuklarının yaşamlarında neler yapabileceklerinin planlanması, merkezden ayrıldıktan sonra günlük yaşama adaptasyonlarının sağlanması ve örgün eğitimlerini sürdürebilmelerini ve daha sonra mesleki yaşama hazırlanmaları sağlıklı bir toplum olmamız açısından önemlidir.

Anahtar kelimeler: Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezi, Çocuklar, Cinsel İstismar

ABSTRACT

Treatment and Rehabilitation of Abused and Neglecter Children: A Boarding Center Model

Rehabilitation and treatment centers are organizations that serve children and adolescents. The main aim of these institutions is preparing "mental health" treatment plans of the individuals under care. These institutions which provide service on 24 hour basis vary regarding their programs and methods of treatment.

Oğuz Kağan Köksal Child and Youth Center has been founded in the province of Adana with the purpose of treatment and rehabilitation of girls aged 8-18, abused and neglected, needing care due to substance or alcohol use, and living on the streets.

The institution has accepted 72 girls ranging in age between 10 years 5 months and 19 years 3 months (the average age is 14,83; sd. ± 2.12) from April 26, 2004 to August 31, 2007. These girls have applied to the police or they have been sent by the court due to following reasons: 48 (66.7%) of them sexual abuse, 27 (37.5%) rape, 31 (43.1%) running away from their home or Child Care Center, 18 (25.0%) physical abuse, 13 (18.1%) ensest, and 34 (47.2%) neglect. The girls have been given Beck Depression Scale, Situational Anxiety Inventory, Permanent Anxiety Inventory, and Maudsley Obsessive Compulsive Questionnaire at the beginning and end of their stay at the institution. A statistically significant difference among the averages of Situational Anxiety Inventory, Permanent Anxiety Inventory, and Obsessive Compulsive Questionnaire has been found ($p<0.001$).

Scores of Beck Depression Scale, Situational Anxiety Inventory, Permanent Anxiety Inventory, and Maudsley Obsessive Compulsive Questionnaire after treatment were significantly lower than the initial values ($p\leq0.001$).

When the results of the scales of groups are compared regarding the children's duration of stay, the average of entrance and final measures have been found statistically significant specifically between 3 to 7 months. The scores of the final application are observed to be significantly lower compared to initial values ($p\leq0.05$). This result leads us to think that deporting patients before 3 months or keeping them after 7 months does not influence their depression, permanent anxiety, and obsession scales significantly.

In order to investigate the influence of the multiplicity of reasons for application on the scores of the scales, the girls who came due to two reasons have been compared to the ones who came due to three or more reasons. However, a statistically significant difference was not detected. Thus, we may conclude that the number of reasons for coming to the institution does not effect average value of the scales, since if the child has once been traumatized because of any abuse, the increase in the number of abuses does not necessarily increase her trauma.

To treat children subjected to abuse and neglect at treatment and rehabilitation centers, to plan what these children can do in their lives in the long run, to help them to adopt to life after leaving the center, have education and prepare for professional life is very important for the health of our community.

Key words: Residential Treatment Center, Children, Sexual Abuse

1. GİRİŞ

Yirminci yüzyıl, örseleyici yaşantıların çocukları en fazla etkilediği bir zaman dilimi olarak geride kalırken, bilim dünyasına ruhsal travmaların trajik sonuçlarını gözleyebilme olanağı da vermiştir. Şimdiye kadar ruhsal travmayla ilgili yapılan çalışmaların büyük bir çoğunluğunun gelişmiş batı toplumlarıyla ve erişkin nüfus ile ilgili olduğu görülmektedir. Oysa, gelişmekte olan ülkelerde ve özellikle çocuklar ruhsal örseleyici yaşantılara çok daha yoğun olarak maruz kalmaktadırlar.

Günümüzde çocuk istismarı ve ihmalinin giderek artması ve önem kazanması bu konuda verilmesi gereken tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin profesyonel ve işlevsel olarak planlanmasını gerektirmektedir. Özellikle fiziksel ve cinsel istismar vakalarında ilk muayene ve tıbbi müdahale sonucunda, çocuk ya bir Sosyal Hizmet Kuruluşu'na yerleştirilmekte ya da ailelerine teslim edilmektedir. Yeterli destek ve rehabilitasyon hizmeti alamayan çocuk ve aile yalnız bırakılma duygusu yaşamakta, bu da istismar sonrası örselenmenin devam etmesine ve giderek kronikleşmesine yol açmaktadır.

Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK) mevzuatına göre "Çocuk Koruma Merkezi" olarak da tanımlanan "Çocuk ve Gençlik Merkezleri" sosyal tehlikelerle karşı karşıya olan sokakta yaşayan çocuklar ile sokakta çalıştırılan çocuk ve gençlerin rehabilitasyonları ve topluma yeniden kazandırılmalarını sağlamakla görevli, Çocuk ve Gençlik Merkezlerinin kuruluş ve çalışma esaslarını, hizmet standartlarını belirlemek, ilgili kişiler ve kurumlar arasında eşgüdümü sağlamak ile hizmetin en etkili ve verimli şekilde yürütülmesine ilişkin kuralları saptamaktır. Ayrıca, bu merkezler, eşlerarası anlaşmazlık, ihmal, hastalık, kötü alışkanlık, yoksulluk, terk ve bu gibi nedenlerle sokağa düşerek sosyal tehlike ile karşı karşıya kalan veya sokakta çalıştırılan çocuk ve gençlerin geçici süre ile rehabilitasyonlarını ve topluma yeniden kazandırılmalarını sağlamak amacı ile kurulan yatılı ve gündüzlü sosyal hizmet kuruluşlarını kapsamaktadır. Ancak, herhangi bir istismar ve ihmal olayında acil müdahale edebilecek, çocuk ve aile ile ilk görüşmeyi yapacak, travma sonrasında birinci derecede çocuğun ve ikinci derecede ailenin örselenmesini önleyecek tedbirlerin alınmasını sağlayacak, çocuktaki ve ailedeki olası travma ve örselenmeyi tedavi ve rehabilite etmek amaçlı çalışmaların yürütülebileceği, yataklı ve ayaktan rehabilitasyon hizmeti verebilecek, çocuk istismar ve ihmali ile rehabilitasyon yöntemleri konusunda uzman

personele sahip Çocuk ve Gençlik Merkezi kurulması; bir gereklilik olarak karşımıza çıkmaktadır.

Dünyada istismar ve ihmale uğramış çocuklara yönelik çok sayıda ve nitelikte tedavi ve rehabilitasyon merkezleri bulunmasına karşın, ülkemizde böyle merkezlerin örneği bulunmamaktadır. Bu çalışmada, Türkiye'de bu alanda ilk örnek sayılabilecek olan Adana Oğuz Kağan Köksal Çocuk ve Gençlik Merkezi'nin tanıtımı, işleyişi, merkeze kabul edilen olguların özellikleri ve sürecin aktarılması amaçlanmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Tarihçe: Geçmişten Günümüze Çocuk İstismarı ve İhmali Kavramı

Çocuk istismarına, yazılı tarihin başlangıcından itibaren çeşitli kaynaklarda rastlanmasına karşın, insanlığın konuya dikkati son yüzyıl içinde çekilebilmiştir[1,2]. 1860 yılında Tardieu tarafından tıbbi literatürdeki ilk tanımlama yapılmadan önce, Hugo ve Dickens'in romanlarında konuya değinildiği görülmektedir[3,4]. Kepme 1962'de ilk kez hırpalanmış çocuk ("battered child") terimini kullanmış, daha sonra bu terim yerini çocuk istismarı ("child abuse") terimine bırakmıştır [1,3,5.] Günümüze uzanan süreçteki en önemli gelişme, kuşkusuz 1989'da Birleşmiş Milletler'ce kabul edilen Çocuk Hakları Sözleşmesi'dir. Sözleşmenin 19. maddesi; çocuğun, bakımıyla sorumlu olan kişilerden gelecek, her türlü kötü muameleye karşı korunmasının, sözleşmeyi imzalayan devletlerin yükümlülüğünde olması koşulunu getirmiştir[6].

Türkiye'de çocuk istismarıyla ilgili çalışmaların başlangıcı çok yeni olup, tıpta daha çok adli tıp, sosyal pediatri, çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanlarının öncülüğünde yürütülmektedir. 1991'de tıp doktoru, pedagog, psikolog, hukukçu ve gönüllüler tarafından kurulan, konuyla ilgili ilk dernek olan Çocuğu İstismardan Koruma ve Rehabilitasyon Derneği (ÇİKORED) ile Çocuk İstismarı ve İhmalini Önleme Derneği'nin çalışmaları özellikle vurgulanmalıdır[6,7].

2.2. Çocuk İstismarı ve İhmali Tanımları ve Tipleri

Çocuk istismarı karmaşık nedenleri ve trajik sonuçları olan, tıbbi, hukuki, gelişimsel ve psiko-sosyal kapsamlı ciddi bir sorundur [6,8] . Çocuk istismarı ve ihmali, anne-baba ya da bakıcı gibi bir erişkin tarafından çocuğa yöneltilen, toplumsal kurallar ve profesyonel kişilerce uygunsuz ya da hasar verici olarak nitelendirilen, çocuğun gelişimini engelleyen ya da kısıtlayan eylem ve eylemsizliklerin tümüdür. Bu eylem ya da eylemsizliklerin sonucu olarak çocuğun fiziksel, ruhsal, cinsel ya da sosyal açıdan zarar görmesi, sağlık ve güvenliğinin tehlikeye girmesi söz konusudur [9,10].

Çocuk istismarı; fiziksel, cinsel, duygusal ya da ekonomik istismar olarak çocuk ihmali ise fiziksel ve duygusal ihmal olarak ayrılmaktadır. İstismar ve ihmalin farklı şekilleri yalnız aileleri değil, toplumu, sosyal kuruluşları, yasal sistemleri, eğitim sistemini ve iş alanlarını etkileyen bir toplumsal sorundur [8,11].

2.2.1. Fiziksel istismar

Fiziksel istismar, 18 yaşından küçük çocuk ya da gencin, anne-babası ya da bakımından sorumlu başka kişi tarafından, sağlığına zarar verecek biçimde fiziksel hasara uğraması, yaralanması ya da yaralanma riski taşımasıdır. Bu hasar; elle ya da bir nesneyle vurarak, itilerek, sarsılarak, yakılarak ya da ısırılarak oluşabilmektedir [12].

Fiziksel ihmal, 18 yaşından küçük çocuğun ya da gencin yetersiz beslenme, giydirme, hijyen ya da bakım vermeme sonucunda zarara uğramasıdır [12].

Fiziksel istismar ve ihmalin yaygınlığının tam olarak belirlenmesi oldukça güç olmakla birlikte, Amerika Birleşik Devletler (ABD)'inde fiziksel istismarın 5-20/1000 civarında olduğu bildirilmektedir[13]. Fiziksel istismarın çoğunlukla "kaza" olduğu düşünülerek gözden kaçırıldığı öne sürülmektedir. Fiziksel ihmalin ise çok daha yüksek oranda meydana geldiği düşünülmektedir[12]. Fiziksel istismarda kız-erkek oranı arasında belirgin bir fark bulunmamaktadır. Ancak cinsiyet dağılımı kurbanın yaşı ile değişiklik gösterebilmektedir, örneğin; ergenlik çağında kızlar daha fazla fiziksel istismarla karşı karşıya kalabilmektedir[14].

Fiziksel istismara ve ihmale uğramış çocuklarda bilişsel yetilerde bozukluk ve akademik başarısızlığa sık rastlanılmaktadır [12,15].

Saldırgan ve suça yönelik davranışlar, fiziksel istismar ve ihmalle en sık birliktelik gösteren sorunlardır[16]. Bu çocuklarda, kontrollere göre daha yüksek oranda davranım bozukluğu ve zıtlaşma bozukluğu görülmektedir [17].

Fiziksel istismara uğramış kişilerde intihar düşünceleri ve girişimlerine daha yüksek oranda rastlanılmaktadır [18].

Madde kötüye kullanımı, psikopatik kişilik bozuklukları, tehlikeli cinsel deneyimler gibi sağlığı tehdit eden davranışlar, dikkat eksikliği-hiperaktivite bozukluğu ve kaygı

bozuklukları gibi psikiyatrik hastalıklar da fiziksel istismar ve ihmale uğramış çocuklarda daha sık saptanmaktadır[10,12,18]. Ağır fiziksel istismar vakalarında travma sonrası stres bozukluğu görülebilmektedir [19].

2.2.2. Cinsel istismar

Cinsel istismar, psiko-sosyal gelişimini tamamlamamış ve yaşı küçük olan bir çocuğun bir yetişkin tarafından cinsel uyarılma (stimulasyon) için kullanılmasıdır [20,21,22]. Yani bir erişkinin cinsel gereksinim ve isteklerini karşılamak amaçlı çocukları araç olarak kullanmasıdır[20]. Çocuk istismarı tipleri içerisinde saptanması en zor olan ve çoğunlukla gizli kalan cinsel istismar, özellikle kısa ve uzun dönem ruhsal etkileri açısından önemli bir olgudur. Genital bölgeleri elleme, teşhircilik, röntgencilik, pornografide kullanımdan ırza geçmeye kadar çok geniş bir yelpazedeki davranışları kapsamaktadır [20].

Cinsel istismar sık rastlanan bir durum olmakla birlikte sıklıkla gizli kalmaktadır. Vakaların yalnızca %15'inin bildirildiği düşünülmektedir[22]. Cinsel istismarın yaygınlığı konusunda bildirilen oranlar büyük farklılıklar göstermektedir. ABD'de 1999 yılında 18 yaş ve altı çocuklarda cinsel istismarın yaygınlığı 1.3/1000 olarak saptanmış ve kız çocuklarının daha fazla istismara uğradığı bildirilmiştir[23].

Bir başka çalışmada ise 18 yaşına kadar kız çocuklarının %12-25'inin, erkek çocukların ise %8-10'unun istismara uğradığı saptanmıştır [22,23,24,25].

Cinsel istismarın herhangi bir sosyo-demografik grupla bağlantısı saptanmamış ve her sosyo-ekonomik düzeyde görülebileceği belirtilmiştir [11]. Tacizde bulunan kişilerin çoğunluğu erkeklerdir [20]. Boşanma, şiddet, alkol ve madde kullanımı olan ailelerde cinsel istismar daha sık görülmektedir. Çocuğun bakımıyla doğrudan ilgilenen babaların daha az istismar uyguladığı saptanmıştır. Cinsel istismarın sık görüldüğü aileler genel olarak işlevselliği bozuk aileler olarak tanımlanmakta ve bu ailelerde olaya yol açtığı düşünülen çeşitli patolojiler bulunmaktadır [22].

Çocuklarda cinsel istismar uzun dönem olumsuz sonuçlara yol açmaktadır. Uzun dönemde gözlenen olumsuz sonuçlar için tek bir bozukluk yoktur. Ancak cinsel istismar bir grup bozukluk için risk etmeni olarak kabul edilmektedir [26].

Kaygı bozuklukları, cinsel istismara uğrayan çocuklarda kısa süre içinde ortaya çıkabilmektedir. Uyku bozuklukları, kabuslar, fobiler, bedensel yakınmalar ve korku tepkileri yüksek kaygı düzeyinin kliniğe yansıması olarak gözlenmektedir[20]. Cinsel istismara uğrayan çocuklardaki duygusal ve davranışsal etkileri tanımlayan araştırmalara göre, bu çocuklarda korku reaksiyonu, anksiyete, depresyon, kızgınlık, düşmanlık, travma sonrası stres bozukluğu, uygunsuz cinsel davranışlar sık görülmektedir [27]. Dikkat eksikliği-hiperaktivite bozukluğu, ikincil enürezis ve enkoprezis cinsel istismar kurbanlarında daha sık ortaya çıkmaktadır [28,29] .

Disosiasyon, ruhsal travmaya karşı ilkel bir savunma olarak kabul edilmektedir. İstismarın erken döneminde, amnezi, aşırı fantezi kurma, trans benzeri durumlar ve uyurgezerlik ortaya çıkabilmektedir. Bu çocuklarda konversiyon tepkilerine de yüksek oranda rastlanılmaktadır [19].

Ensest, geleneksel olarak biyolojik olarak akrabalığı olan aile bireyleri arasındaki ilişki olarak değerlendirilmektedir. Bu ilişki türü tarihte tabu olarak görülmüştür. Klasik ensest ilişki sadece kan bağına dayanmaktadır. Yakın ilişkilerin kurulmuş olduğu ebeveyn bağının ve güvenin oluşmuş olması ve ebeveynlerle olan ensest ilişki uzun yıllar boyunca görmezlikten gelinmiştir. Bu nedenle son yıllarda ensestin daha genel bir yaklaşımla çocukta cinsel istismar olarak değerlendirilmesi ve sadece cinsel ilişki dışında daha geniş anlamda cinsel içerikli davranışları da içermesi gerektiği görüşü ağırlık kazanmaktadır [30].

En sık ensest ilişki şekli olan baba-kız ilişkisinde risk faktörleri alkolizm, otoriterlik, madde bağımlılığı, zihinsel özür ya da anti-sosyal kişilik bozukluğu olan babalardır. Bunun yanında anne-babanın cinsel yaşantısında sorunların olması, ev işleri yapan ve anne rolünü oynayan kız çocuğunun olması, anne-babanın yabancılara düşmanca, paranoid tavır içine girmiş olması, anne ya da babanın ailesinde önceden ensest ilişkinin varlığı ensest ilişkinin risk faktörlerini oluşturmaktadır [30].

2.2.3. Ekonomik İstismar

Ekonomik istismar, çocuğun gelişimini engelleyici, haklarını ihlal edici işlerde ya da düşük ücretli işgücü olarak çalışması veya çalıştırılmasıdır. Çocukların küçük yaşta çalışma veya çalıştırılma nedenleri, sosyal, ekonomik ve kültürel sorunlarla yakından ilgilidir. Gelir dağılımındaki giderek artan adaletsizlik, yaygınlaşan yoksulluk, köyden kente hızlı bir şekilde göç ve bunun sonucunda ortaya çıkan toplumsal ve ekonomik sorunlar, kaçak işçiliğin

artması, çocuk emeğinin ucuz olması ve işverenin de ucuz işgücünü tercih etmesi sonucunda çalışan ya da çalışma hayatına itilen çocuk sorunu ortaya çıkmaktadır [31].

2.2.4. Duygusal İstismar ve İhmal

Duygusal istismar, çocukların kendilerini olumsuz etkileyen tutum ve davranışlara maruz kalarak ya da gereksinimleri olan ilgi ve sevgiden yoksun bırakılarak toplumsal ve bilimsel standartlara göre psikolojik zarara uğratılması durumudur. Tanımlanması en zor, ancak en sık rastlanan istismar türüdür [30,32]. Duygusal istismar; sözel istismar, fiziksel olmayan ancak çok ağır olan cezalar ve tehditleri içerir[33]. Reddetme, aşağılama, yalnız bırakma, yalıtma, ayırma, korkutma, yıldırma, tehdit etme, suça yöneltme, duygusal bakımından gereksinimlerini karşılamama gibi davranışları içerir [30].

Fiziksel ve cinsel istismar türlerinin çoğunda duygusal istismar ve ihmal de yer almaktadır[34]. Fiziksel istismar ve ihmal olgularının %90'ında duygusal istismar ve ihmal olduğu saptanmıştır[35]. Fiziksel ve cinsel istismarın olmadığı durumlarda da duygusal istismar ve ihmal gerçekleşebilir.

Töre, insanların yaşayışlarını düzenleyen davranış kurallarıdır. Bu toplumsal alışkanlıklar toplumun ekonomik etkinliği, inançları, doğa koşulları vb. gibi çeşitli etkilerle oluşur. Törelerin gerici ve ilerici olan kuralları bulunmaktadır. Örneğin, kadınların küçümsenmesi gibi gerici kurallar ciddi toplumsal sorunlar yaratmaktadır[36]. Kadınlara yönelik bu bilindik görüş, Doğu ve Güneydoğu illerinde yaşanan ve yaşanmakta olan olayların, bu kapsamda ele alınması önemlidir. Özellikle kız çocukları ailenin istediği kişilerle evlendirilmeye zorlanmakta, çocuk kabul etmeyince, evden kaçınca ya da ailenin istemediği biriyle flört edince, aile meclisleri tarafından namus ve töre kisvesi altında öldürülmektedir. Eğer istenen eylem aile üyeleri tarafından gerçekleştirilmezse, o toplum tarafından iffetsizlikle suçlanacaklar ve küçük görüleceklerdir. Bunun yanında izolasyona uğrayacaklar ya da uğratılacaklar ve yalnızlığa itileceklerdir. Kız çocuğunun töreye aykırı davranışlarının çözümü konusunda bölgede geleneksel olarak süregelen cinayetler konusundaki toplumsal baskıya dayalı beklenti o kadar güçlü olabilmektedir ki; ailelerin genellikle bu baskıya boyun eğerek kendi istekleri dışında bu eylemi gerçekleştirmek zorunda kaldıkları görülmektedir. Törenin etkin varlığını sürdürdüğü bölgelerde, bu ciddi sorunun toplumsal (sosyolojik), kültürel, hukuksal ve psikolojik olmak üzere birçok bileşeni bulunmaktadır. Töre

cinayetlerinin durdurulması ve toplumsal bilincin kazandırabilmesi için çok kapsamlı değerlendirilmesi gerekmektedir.

2.3. Sıklık ve Yaygınlık (Epidemiyoloji)

2.3.1.Çocuk İstismarı ve İhmalinin Türkiye'deki ve Dünyadaki Sıklık ve Yaygınlığı

Günümüzde kayıtlara yeterince geçmemekle birlikte çocuğa yönelik şiddet olaylarına pek çok ülkede sıklıkla rastlanmaktadır. İstismar ile ilgili sıklık bilgilerine ancak hastane kayıtları, tıbbi kayıtlar ve toplum tarama çalışmalarıyla ulaşmak mümkündür. Hastane kayıtları, sadece bildirilen ve resmen kanıtlanan olguları içerdiği için gerçeği yeterince yansıtmamaktadır. Ayrıca klinik çalışmalara dahil olan örneklem genellikle küçük bir grubu yansıttığından topluma genellenmekten uzaktır. Toplum temelli çalışmalar daha gerçekçi bilgi vermekle birlikte, istismarcı ve kurbanın bilgiyi saklama eğilimleri nedeniyle gerçeğin altında oranlar verir[36]. Theodora ve arkadaşları (2005), çalışmalarında, 0-17 yaş arası çocuğu olan 1435 anneye telefon ile ulaşmışlar ve fiziksel istismar oranını %4.3 olarak belirlemişlerdir. Toplum temelli bu çalışmada ulaşılan oranın, resmi kayıtlarda çok daha fazla olduğu bildirilmiştir[37]. ABD'de her yıl 1200-1500 çocuğun kendi ailesi ya da bakımevlerinin istismarı sonucu öldüğü tahmin edilmektedir. Bu ölümlerin % 52'sinde fiziksel şiddet, %42'sinde ihmal ve %5'inde ise her iki istismar şekli olduğu düşünülmektedir[38,39]. Ülkemizde Bilir ve arkadaşlarının 16 bin çocuk üzerinde yaptıkları çalışmaya göre çocuğa uygulanan fiziksel şiddet oranı %33.5'tir[40].

Çocuklarda cinsel istismara maruz kalma sıklığı %10-40 olarak bildirilmektedir. Kız çocuklar cinsel istismar açısından erkeklerden 10 kat daha fazla risk altındadırlar. Birçok olguda istismar çocukluk ve ergenlik döneminde başlar ve zaman içinde tekrarlayarak devam eder. İstismara uğrayan olguların saldırganlarının yarıdan fazlası çocuğun daha önceden tanıdığı ve güvendiği biridir[41]. Anne-baba ya da anne-babanın yerini tutan kişiler tarafından cinsel istismar oranı ise %1-2 olarak tahmin edilmektedir[42].

Son yıllarda istismar ve ihmal olgularında aşamalı bir artış gözlenmektedir. Bunun nedeni, istismar ve ihmale uğrayan çocuk sayısı ve/veya bildirilen vaka oranındaki artıştır[1,37,43]. Kız çocukları erkek çocuklara oranla biraz daha fazla istismara uğramaktadırlar (%52'ye %48)[4]. İstismar ve ihmale uğrayan çocukların cinsiyet oranının birbirine yakın olduğu, istismarın %80'inin aile bireyleri ya da bakıcı tarafından gerçekleştirildiği bildirilmektedir. Colerado'da yapılan bir başka çalışmaya göre, 11927 çocuğun 2005 yılının bir kısmını evlerinin dışında geçirdikleri, büyük çoğunluğunun istismar ve ihmale uğradığı

saptanmış 1500 çocuğun, çocuk ve gençlik tedavi merkezlerinde yoğun tedavi edici programlara alındığı bildirilmiştir[44].

ABD'de 1993'te yapılan bir çalışmanın verilerine göre çocukların yaklaşık %1'i istismar, %1.5'i ihmale uğramaktadır. Bu oranların, olasılıkla buzdağının sadece görülebilen kısmı olduğu düşünülmektedir. Çocuğun yaşı ne kadar küçükse istismar olasılığı o kadar fazladır. 0-6 yaş arası çocukların istismar ve ihmale uğrama oranı daha büyük çocuklarla karşılaştırıldığında hemen hemen iki kat fazladır[3,24].

ABD'de 2003 yılında 903 bin çocuğun tacize uğradığı ve bunlardan 1500'ünün istismar ve ihmal sonucu öldüğü bildirilmiştir. Colorado' da 2005'de 30 bin çocuğun istismar ve ihmale uğradığı iddia edilmiş ancak bunların 9 bin'inde istismar ve ihmal bulguları saptandığı bildirilmiştir. Bu olguların % 46'sı ihmal, % 21'i fiziksel istismar, %11.5'i cinsel istismar, % 5'i psikolojik travmaya (maltreatment) bağlı istismar, % 1.4'ü tıbbi ihmal ve % 18'i diğer olarak saptanmıştır[44] .

İstismara ve ihmale uğrayan çocukların cinsiyet açısından oranı birbirine eşit durumdadır. Bunun yanında, çocuk istismarının %80'i aile bireyleri ya da bakıcı tarafından gerçekleştirilmektedir. Her yıl Colorado'da ortalama 20 çocuk istismar ya da ihmalden ölmektedir. Çocuk istismarından kaynaklanan ölümlerin %75'i 4 yaşın altındaki çocuklardır. Çocuk ihmali istismardan daha fazladır. 1500 çocuk tedavi ve rehabilitasyon merkezlerinde yoğun tedavi edici programlara alınmışlardır. Bu kurumlarda kalan çocukların büyük çoğunluğunun istismar ve ihmal kurbanı çocuklar olduğu bildirilmiştir[44].

Kisiel ve Lyons'a göre (2001), çocukluk çağında uzun dönem etkileri bakımından cinsel istismar, fiziksel istismara kıyasla daha zarar vericidir. Ancak cinsel istismara uğrayan çocukların belirgin bir psikiyatrik profili yoktur. Depresyon, anksiyete somatik cinsel yakınmalar daha çok belgelenmiştir. Ancak cinsel istismara uğrayan çocuklarda intihar ve kendine zarar verici davranışlar, madde kullanımı gibi riskli davranışlar olabilmektedir. Bu riskli davranışlar, çocukların tekrar istismara uğrama sıklığını arttırabilmektedir. 10-18 yaşları arası toplam 114 çocukta istismar ve ihmal araştırılmıştır (59 erkek, 55 kız). Bu çocukların tedavi ve rehabilitasyon merkezinde kalma süreleri ortalama 15 aydır. Zeka testi sonuçlarına göre hastaların IQ'ları ortalama 82 puandır (min 50-max 125 puan). Araştırma sonuçlarına göre, hastaların %97'si bir tür istismara (cinsel fiziksel, duygusal istismar vs.) uğradığı,

%92'sinin ihmale uğradığı bildirilmiştir. %61'i cinsel istismara, %47'si fiziksel istismara ve %39'u ise hem cinsel hem de fiziksel istismara birden uğradıkları tespit edilmiştir[45].

2.4. Rehabilitasyon ve Tedavi Merkezleri

Rehabilitasyon ve tedavi merkezleri, çocuk ve ergenlere hizmet veren organizasyonlardır. Bu organizasyonlar tam anlamı ile bir psikiyatri hastanesi değildir. Temel amaç, bakım verilen kişilerin "zihinsel sağlık" tedavi planlarının yapılmasıdır[46]. Bu tür merkezler düşük, orta ve yüksek güvenlikli merkezler olarak 3'e ayrılmaktadır. Sadece kızlar ya da sadece erkeklerin kabul edildiği merkezlerin yanında karma olarak kabul edilen merkezler de bulunmaktadır. Tedavi ve rehabilitasyon merkezlerindeki çocuk ve ergenlerin tedaviye kabul nedenlerinin % 50'den fazlasını istismar ve ihmale uğramış çocuklar, madde kullanım bozuklukları, alkolizm ve zihinsel özür oluşturmaktadır[46,47]. ABD' de rehabilite ve tedavi edilecek çocuğun psikiyatrik tanısına göre yüksek güvenlikli merkezlerden düşük güvenlikli merkezlere doğru bir entegre programı dahilinde tedavi yapılmaktadır. Bu güvenlik süreci çocukların, topluma daha rahat uyum yapabilmelerini sağlamaktadır. Bu merkezlere kabul edilen çocuklara ilaç tedavileri, grup ve bireysel terapiler, boş zaman etkinlikleri gibi entegre programlar uygulanmaktadır.

ABD'de tedavi ve rehabilitasyon merkezlerine çocukların kabulü belli standartlara bağlıdır. Çocuğun merkezlerde tedavisinin yapılabilmesi için mahkeme kararı, veli ya da vasinin izni ve sosyal inceleme raporlarının bulunması gerekmektedir. Bu kriterlerin tamamlandığı çocuklar, tedavi ve rehabilitasyon merkezlerinin başvuru komitelerinde görüşmeye alınır ve kabul kriterlerini karşılayıp karşılamadığı tartışılır. Görüşmeler sırasında aile veya vasi, bölge sosyal çalışmacısı ve çocuk bulunmaktadır. Eğer görüşme sırasında sosyal çalışmacı aile ya da vasi bulunamazsa bunlardan alınan bir belge olmak zorundadır. Kabul görüşmesi sırasında aile ve gencin o merkezdeki programı daha iyi anlayabilmesi için video sunumu da yapılabilmektedir.

Merkeze kabul edilen çocuklara uygulanacak tedavi planının FIA 3600 denilen standartlara uygun olması gerekmektedir. Bu standartlardan bazıları;

- çocuğun değerlendirmeler sonucunda ailesiyle görüşmesinde herhangi bir sakınca yoksa, düzenli aralıklarla iletişimi sürdürmek için telefon görüşmelerinin yapılması,
- ailelerin belirli aralıklarla çocuğu ziyareti

- düzenli tedavi planlarının yapılması (ilaç, terapiler ve uğraşı eğitimleri vs.) vs.

Eğer merkeze tedavi için kabul edilen çocuğa çok özel bir tedavi gerekiyorsa ve bu tedavi, eyalet dışındaki bir merkezde yapılıyorsa, çocuklar daha önce alınan öyküleri ve merkezdeki tedavi bilgileriyle birlikte bu merkezlere gönderilebilmektedir. Böyle bir durumun gerçekleşebilmesi için ailelerin onayı ve mahkeme kararı gerekmektedir. Eyalet dışındaki bir merkeze hiçbir genç velisinin, vasisinin izni olmadan ve mahkeme aileyi bilgilendirmeden gönderilmemektedir[46,47].

Çocuğun tedavi ve rehabilitasyon merkezinden taburcu edilebilmesi için mahkeme emri gerekmektedir. Taburcu duruşması için sosyal hizmetler kurumunun, aile ile bağlantı kurulduktan sonra yazılı istekte bulunması gereklidir. Taburcu planında; taburcu sonrası bakım, çocuğun tedavisinin takibi ve ev ziyaretlerinin yapılmasını içeren tedavi planı mahkemeye sunulur. Mahkemenin, çocuğu taburcu etme kabul sürecinden sonra belli aralıklarla takibinin yapılması sürdürülür[47].

Çocuk ve gençlik merkezleri, yataklı psikiyatrik bakımın dışında; duyusal ve davranışsal bozukluğu olan çocuklar için sağlanan en pahalı, en sınırlı bakım veren kuruluşlardır. Bu merkezler hastane ortamından farklıdır. Yirmi dört saat bakım veren, uygulanan programlar ve tedavi yöntemleri açısından değişkenlik gösteren kuruluşlardır. ABD'de bulunan 36 eyalette, 92 şehirde 96 tane bu statüde merkez incelenmiş ve 0-14 yaş arası 5500 çocuğa bu merkezlerde tedavi ve bakım verildiği bildirilmiştir[48].

Çocuk ve gençlik merkezleri yataklı üniteleri, ABD'de duygusal güçlüğü olan çocukların tedavi ve rehabilitasyonunda, akıl sağlığı hizmetlerinin önemli bir kısmını yerine getirmektedir. ABD'de, 1988'de bu tür hizmetleri veren 440 tane merkez, akıl sağlığı kurumlarının % 9'unu oluşturmaktadır. Bu statüdeki merkezlerde kalan hastaların % 94'ünde esas bozukluğun bir akıl hastalığı olduğu belirtilmektedir. 1988'de çocuk ve gençlik merkezlerinde 43 bin kişi çalışmakta ve çalışanlardan 900'ü psikiyatrist, 300'ü diğer branşlardan doktor, 1700'ü psikolog, 4800'ü sosyal hizmet uzmanı ve 1000 tanesinin de hemşire olduğu bildirilmiştir[48].

ABD'de bulunan çocuk ve gençlik merkezleri yataklı ünitelerinde tüm gün çalışan personel sayısı 39.000 kişidir ve yaklaşık 1.3 milyar dolar bütçe ayrıldığı bildirilmektedir. 1986-1988 yılları arasında yataklı tedavi merkezlerinin sayısı biraz daha artmış ve tedavinin yoğunluğu değişmiştir. Bunun yanında kısmi bakım ve ayaktan tedavi edilen hasta sayısında da artış gözlenmiştir. Bu tür merkezlerde çalışan personel sayısında %13 ve giderlerde de % 33 artış olduğu açıklanmıştır. 1988'de Kuzey Dacota hariç her eyalette çocuk ve gençlik merkezleri yataklı ünitelerinin bulunduğu bildirilmiştir. Californiya'da 48, Massachusetts'de 38 ve New Yorkta 28 tane hizmet veren merkez bulunmaktadır. ABD'deki tüm merkezlerin 1/3'ünde kısmi bakım hizmeti, 1/3'ünde ayaktan hasta bakımı yapılmakta olduğu bildirilmektedir. ABD' de en yüksek oranda bakım veren eyaletler Minnesota ve Colerado'dur ve her 100 bin kişiye bu hizmeti veren bir merkez düşmektedir. Bu merkezlerin % 94'ünde hastalar 18 yaşın altındadır. Bu hastaların % 70'inin erkek, % 30'unun kız, %28'inin zenci ve % 10' nun hispanik olduğu bildirilmiştir[48].

2. 5. Çocuk ve Gençlik Merkezleri ile ilgili Yasal Düzenlemeler

Çocuk ve Gençlik Merkezleri ile ilgili yasal düzenlemeler, korunma ihtiyacı olan veya suça sürüklenen çocukların korunmasına, haklarının ve esenliklerinin güvence altına alınmasına ilişkin usûl ve esasları düzenlemektir. Bu esaslar dikkate alınarak Oğuz Kağan Köksal Çocuk ve Gençlik Merkezi' ne çocuklar kabul edilmiştir.

Türkiye'de çocuklara özgü ilk kanun, 7.11.1979 tarihli ve 2253 sayılı Çocuk mahkemelerinin Kuruluşu, Görev ve Yargılama Usulleri Hakkında Kanun olup, 21.11.1979 tarihli ve 16816 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmış, 1 Haziran 1982 tarihinde yürürlüğe girmiş ve bu güne kadar altı kez değişikliğe uğramıştır. Özellikle istismar ve ihmale uğramış çocukların tedavi ve rehabilitasyonu için Çocuk ve Gençlik Merkez'lerinin kurulması Temmuz 2005 yılında yürürlüğe giren yeni Çocuk Koruma Kanun'u ile daha da işlerlik kazanmıştır. Bu 5395 sayılı kanunun ilgili maddeleri Ek 1. sunulmuştur. korunma ihtiyacı olan veya suça sürüklenen çocukların korunmasına, haklarının ve esenliklerinin güvence altına alınmasına ilişkin usûl ve esasları düzenlemektir.

Çocuk ve Gençlik Merkezleri Yönetmeliği, Devlet Bakanlığı 30/09/2001tarihli ve 24539 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanmıştır. Bu yönetmeliğin amacı, sosyal tehlikelerle karşı karşıya olan sokakta yaşayan çocuklar ile sokakta çalıştırılan çocuk ve gençlerin rehabilitasyonları ve topluma yeniden kazandırılmalarını sağlamakla görevli, Çocuk ve

Gençlik Merkezlerinin kuruluş ve çalışma esaslarını, hizmet standartlarını belirlemek, ilgili kişiler ve kurumlar arasında eşgüdümü sağlamak ile hizmetin en etkili ve verimli şekilde yürütülmesine ilişkin kuralları saptamaktır. Bu Yönetmelik, sokakta yaşayan ve çalıştırılan çocukları ve gençleri bedensel, ruhsal ve duygusal gelişimleri açısından tehlike yaratabilecek risklerden korumak, temel gereksinimlerini gidermelerine yardımcı olmak, gerektiğinde geçici olarak barınmaları için gerekli hizmetleri sunmak veya sunulmasını sağlamak, belirli bir süreç sonunda kendi kendilerine yeterli hale gelmelerini sağlayıcı her türlü sosyal hizmet müdahaleleri ile rehabilite edici mesleki çalışmaları gerçekleştirmek, aile ve topluma yönelik çalışmaları yapmakla yükümlü Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Çocuk ve Gençlik Merkezlerini ve bu Merkezlerle bağlantılı birimleri kapsamaktadır. Bu yönetmelikle ilgili maddeler Ek 2. de sunulmuştur[49].

OĞUZ KAĞAN KÖKSAL GENÇLİK MERKEZİ

Oğuz Kağan Köksal Çocuk ve Gençlik Merkezi Adana ilinde, istismar ve ihmale uğramış, alkol-madde kullanan, ruhsal sorunları nedeni ile tedaviye ihtiyaç duyan, sokakta yaşayan 8-18 yaş arası kızların tedavi ve rehabilitasyonu amacıyla kurulmuştur.

Adana farklı sosyo-kültürel yapıları bir arada bulunduran ve dışardan sürekli göç alan bir ildir. İşsizliğin fazla olduğu ilde çocuk ihmali, istismarı ve çocukların suça karışma oranları oldukça yüksektir. Böyle bir merkezin kurulma fikri ilk olarak 2000 yılında emniyet birimlerinin ihtiyaca dikkat çekmesi ile ortaya çıkmış ve 4 yıl kadar süren hazırlık aşamasından sonra Nisan 2004 yılında hizmete başlamıştır. Türkiye'de, çalışma sistemi oldukça farklı olmakla birlikte, benzer bir hedef gruba hizmet vermek üzere ilk merkez İstanbul'da açılmıştır. Adana'daki merkez Türkiye'de mağdur çocuklara hizmet vermek amacıyla açılan ikinci; işleyişi düşünüldüğünde psikiyatrik tedaviden eğitime, her alanda hizmet veren ilk merkezdir.

Oğuz Kağan Köksal Çocuk ve Gençlik Merkezi Protokolü: Merkezin işleyişi ve amaçlarının belirlendiği protokol 21.01.2001 tarihinde oluşturulmuştur. Pekçok kamu kuruluşu ve sivil toplum örgütünün yer aldığı protokolde her kuruluşun görevleri, sorumlulukları ve yetkileri tanımlanmıştır. Protokolde yer alan kuruluşlar; Çukurova Üniversitesi, Adana Büyükşehir Belediyesi, Adana Barosu, Adliye, İl Milli Eğitim

Müdürlüğü, İl Sağlık Müdürlüğü, İl Emniyet Müdürlüğü, İl Sosyal Hizmetler Müdürlüğü, İl Jandarma Komutanlığı ve Adana Sokak Çocukları derneğidir.

Merkezin Fiziksel Koşulları: Merkez, zemin üzeri iki kattan oluşan bahçe içinde bir binadır.

Zemin kat:

- Yemekhane ve çay odası
- Mutfak
- Santral
- Depo
- Çamaşırhane
- Uğraşı salonu
- Etüd salonu

1.Kat:

- Müracaat
- Emniyet Görevlisi
- Bekleme Salonu
- Müdüriyet
- Sosyal Hizmet Uzmanı ve Psikolog Odası
- Günlük Müdahaleler İçin Doktor Odası
- Uğraşı Alanı ve Kütüphane
- Doktor Odası
- Yatakhane
- WC ve duşlar olarak tesis edilmiştir.

2.Kat:

- Tıbbi müdahale odası
- Doktor odası
- Hemşire odası
- Muayene odası
- Dinlenme odası
- Grup terapi ve gözlem (krize müdahale) odası
- Yatakhane
- Çocuklar için dinlenme ve televizyon odası olarak tesis edilmiştir.

Bahçede çocukların spor saatlerinde kullanmaları için düzenlenmiş basketbol potası, voleybol filesi ve dolaşma alanları yer almaktadır. Bahçede bulunan ayrı bir bina trikotaj atölyesi olarak düzenlenmiştir. Atölye şu an merkezde bulunan bazı gençlerin konu ile ilgili eğitimi tamamlandıktan sonra kullanıma açılacaktır.

Merkezin Yönetimi ve Tarafların Yükümlülüğü

Merkezin çalışmaları yürürlükteki yasa ve mevzuatlar çerçevesinde Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK) İl Müdürlüğü'nce yürütülmektedir.

Merkezin çalışmasında yol göstermek ve önerilerde bulunmak amacıyla bir merkez yürütme kurulu oluşturulmuştur.

Merkez Yürütme Kurulunu Oluşturan Birimler:

- Adana Valisi veya görevlendireceği bir yetkili,
- Adana Büyükşehir Belediye Başkanı veya görevlendireceği bir yetkili,
- Çukurova Üniversite'si Rektörü veya görevlendireceği bir yetkili,
- İl Emniyet Müdürü veya görevlendireceği bir yetkili,
- İl Milli Eğitim Müdürü veya görevlendireceği bir yetkili,
- İl Sosyal hizmet Müdürü veya görevlendireceği bir yetkili,
- İl Sağlık Müdürü veya görevlendireceği bir yetkili,

Adana Valisi Başkanlığında Merkez Yürütme Kurulu asgari 3 ayda bir toplanır. Toplantının geçerli olabilmesi için üye sayısının yarısından bir fazlasının katılımı yeterlidir.

Projede Tarafların Yükümlülüğü:

Çukurova Üniversitesi Rektörlüğü: Çukurova Üniversite'si Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığınca:

- Üçer aylık Rotasyonlarla Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları uzmanlık öğrencileri ve psikolog (psikolojik danışman) görevlendirildi.
- Çukurova Üniversite'si Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Ayşe Avcı ve Yrd. Doç. Dr. Ayşegül (Yolga) Tahiroğlu Merkez'in Konsültan'lığını yapmışlardır.

İl Emniyet Müdürlüğü: Adana Emniyet Müdürlüğü merkezin ve merkezde yatışı yapılan çocukların güvenliğini sağlamak amacıyla 24 saat görev esasına göre çalışacak 3'ü erkek 3'ü kadın toplam 6 polis memuru görevlendirilmiştir.

Adana Emniyet Müdürlüğü, Çocuk Şube Müdürlüğü tarafından sorunu tespit edilen ya da başka ilgili kurumlar tarafından bildirilen adli çocuk olguların ön araştırması yapılıp (kimlik tespiti, aile bilgileri, sosyal inceleme raporu vb.), raporları düzenlenmiş ve Adana Cumhuriyet Başsavcılığına gönderilmiştir. Bu çocuk olgulara koruma kararı ile düzenlenen evrakın bir sureti merkeze gönderilip arşivlenmiştir.

Büyükşehir ve İlçe Belediye Başkanlıkları: Büyükşehir ve ilçe belediyeleri Oğuz Kağan Köksal Çocuk ve Gençlik Merkez'inin telefon santral hizmetini yürütmüş, genel ve özel yazışmalar için birer memur görevlendirmiş ve merkezin temizlik işleri ve bahçe bakımı için personel desteği sağlamıştır.

İl Jandarma Komutanlığı: Jandarma Komutanlığı il merkezi dışındaki yerleşim birimlerinde istismara ve ihmale uğramış çocuk ve gençlerin tespiti durumunda ön araştırma, kimlik tespiti, aile bilgileri, sosyal inceleme gibi raporları düzenlemiş ve merkeze bildiren bir ekip bulundurmuşlar ve merkeze alınması gerekecek çocuk ve gençleri danışma kuruluna sunmuşlardır.

İl Milli Eğitim Müdürlüğü: Milli Eğitim Müdürlüğü Oğuz Kağan Köksal Çocuk ve Gençlik Merkez'inde başlangıçta Psikolojik Danışmanlık görevini yürütmek üzere 2 rehber öğretmen atanmasını bildirmiş ancak gerçekleştirilmemiştir. Ancak iki sınıf öğretmeni atanmasını sağlamış ve bu öğretmenler merkezde kalan kızlara öğretim desteğini yürütmektedirler.

İl Sağlık Müdürlüğü: İl Sağlık Müdürlüğü, merkezde 24 saat sağlık hizmeti vermek üzere 5 pratisyen hekimi ve 5 hemşireyi görevlendirmiş ve bu çocukların adli muayenelerinin sağlanmasına yardımcı olmuşlardır. Bu hizmetin yanısıra gerektiğinde yardımcı sağlık personeli desteği de müdürlük tarafından verilecektir.

Adana Barosu: Merkeze alınacak çocuklarla ilgili olarak adliyeye yansıyan olgularda, Adana Barosu Çocuk Hakları Komisyon Üyeleri, avukatlar olarak hukuki danışmanlık, adliye içerisinde gelen yazışmaların takibi ve ilgili mahkemelerle bağlantı kurarak işlerin çabuklaştırılmasını sağlamışlardır.

MERKEZİN İŞLEYİŞİ

Merkezin işleyişinden iki kurul sorumludur:

Koordinasyon ve Yönetim Kurulu: Merkezin işleyişinden sorumlu kurumlar yetkilerini kullanarak değerlendirme ve danışma kurulunun merkeze alınacak ya da alınmış çocuklar hakkında verdiği karar ve yönlendirmelerin daha uygun ve daha hızlı yürütülmesini sağlamak amacıyla bilimsel ve idari kararları desteklemişlerdir.

Değerlendirme ve Danışma Kurulu: İstismara ve ihmale uğramış ve merkeze alınması düşünülen çocukların değerlendirildiği kuruldur. Bu kurulda, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Öğretim Üyesi/Uzmanı/Araştırma görevlisi, Psikolojik Danışman, Çocuk Şube Müdürü, Sosyal Hizmet Uzmanı, Cumhuriyet Savcısı, Adana Barosu Çocuk Komisyon'undan görevli bir avukat, Sağlık Müdürlüğü Ruh Sağlığı Daire Başkanı, Adana Milli Eğitim Müdürlüğü Rehberlik Araştırma Merkezi tarafından görevlendirilmiş bir yetkili, Adana Sokak Çocukları Derneğinden bir temsilci, Adana Büyükşehir ya da Seyhan Belediyesi'nden bir temsilci yer almıştır. Bu kurul, her ayın ilk haftası toplanıp o ayın gündeminde yer alan çocuklar hakkında görüş bildirmişler, merkeze alınması ya da merkezden ayrılması gereken çocukların tedavi ve rehabilitasyonunu yönlendirmişlerdir. Ayrıca merkezden ayrılmasına karar verilen çocukların merkezden taburcu sonrası yaşam ortamı için kararlar alınmış ve uygulamaya konulmuştur.

Merkezin Çalışma İlkeleri

Oğuz Kağan Köksal Çocuk ve Gençlik Merkez'inden Adana il sınırları içinde ikamet edenler veya Adana'da istismar ve ihmale uğramış çocuklar ve gençler yararlanmışlardır.

Merkezden yataklı olarak tedavi ve rehabilitasyon hizmeti alan çocuk ve genç sayısı aynı anda 20'den fazla olmamıştır.

Merkeze alınacak çocuklar Çocuk Şube Müdürlüğü'nce gerekli soruşturma ve araştırmaları yapıldıktan sonra alınmışlardır.

Merkeze alınan çocuklarda yaş sınırı 8-18 olmuştur.

Merkezde çalışacak personel (pratisyen hekim, hemşire, çocuk polisi vs) merkezdeki görevine başlamadan önce 3 ay Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda hizmetiçi eğitimden geçirilmişler ve görevi süresince de hizmetiçi eğitimlerine devam edilmiştir.

Merkezin işleyişinde rol alan tüm kurumlar sağlayacakları desteği bir protokolle belirleyerek yükümlülük altına girmişlerdir.

Merkeze alınan çocuklar için mutlaka acil yasal tedbirler alınmıştır (çocuklar hakkında tedbir kararının çabuklaştırılması konusunda adliye ile gerekli işbirliği yapılmıştır).

Merkezde kalan çocukların durumları haftada bir değerlendirilmiştir.

Oğuz Kağan Köksal Gençlik Merkez'i Çalışanları Görev Dağılımı

Merkez Müdürünün Görevleri:

- Merkezin idari sorumluluğunu taşır.
- Merkezin SHÇEK ile olduğu kadar tüm diğer kamu kurumları ile koordinasyonundan sorumludur.
- Tüm alım-satımların tek sorumlusudur.
- İdari ve tıbbi nöbetleri düzenler.
- Nöbetlerin tutulmasını denetler. Nöbet ya da diğer sorumluluklarda hatalı bulunan kişiler ile ilgili tutanak tutulmasını sağlar, kişinin bağlı olduğu kurumunu haberdar eder.
- Hizmetiçi eğitim programını konsültan çocuk psikiyatristi ile birlikte hazırlar.
- Danışma ve yürütme kurulu toplantılarının düzenlenmesi, sürekliliğinin sağlanması merkez müdürünün görevidir.
- Hergün konsültan çocuk psikiyatristi, görevli hekim tarafından çocukların durumu hakkında bilgilendirilir. Bu bilgiler yalnızca psikiyatrik ve tıbbi değil idari açıdan önemli olan bilgilerin de aktarım sözkonusudur.

- Çocukların yeme içme, yaşamsal konforu ve giysileri ile ilgili tüm düzenlemeleri üstlenir.
- Merkeze gelen misafirler ve basın ile ilgilenir, onların çocuklarla karşılaşmamalarını ve doğru bilgilendirilmelerini sağlar.
- Herhangi bir kuruluş ya da kişinin bilgi isteminde valilik kurumu ile iletişime girer. Gerekirse valilik onayını alır.
- Kriz durumlarında gerekli kişilere ulaşır ve koordinasyonu sağlar, görevlendirmeleri yapar.
- Merkezle ilgili yardım ve bağışları koordine eder, bu konuda yardımcı olabilecek sivil toplum örgütleri ile iletişim sağlar.
- Mesai saatleri dışında ulaşılabilinir.

Doktorların Görevleri :

- Merkez bünyesinde çalışan doktorlar, 24 saatlik nöbetler tutarlar. Nöbetçi oldukları zamanlarda görev yerini terk edemezler. Uyuyamazlar. Acil durumlar söz konusu olduğunda merkez müdürlüğünü bilgilendirerek ve görevi başka bir görevli doktora teslim ettikten sonra ayrılabilirler.

- Nöbet tarihleri sorumlu doktor tarafından hazırlanır ve merkez müdürlüğüne bildirilir. Tarihlerle ilgili son karar merkez müdürlüğüne aittir. Gerekli olduğu taktirde müdürlük tarafından değişiklik yapılabilir. Ay içinde nöbet değişikliği yapılması gerektiğinde, merkez müdürlüğüne bilgi verilir ve onay alınır.

- Nöbet günleri dışında her çarşamba saat 10.00'da yapılacak olan "hizmetiçi eğitim seminerlerine" ve iki haftada bir çarşamba günleri saat 11.00'de yapılacak olan, merkez işleyişi ve sorunları ile ilgili bilgilendirmenin sağlanacağı toplantılara katılırlar. Bu toplantılara katılamayacak olanlar merkez müdürlüğüne mazeretlerini sunarak bilgilendirmelidir.

- Merkezde bulunan çocukların, merkez dışında muayene, tetkik ve tedavileri gerektiğinde, bu görev için merkez müdürlüğünce görevlendirilecek doktor (o günkü nöbetçi dışında) yardım sağlayacaktır.

- Merkeze kabul edilen çocukların, geldikleri ilk gün, o günkü nöbetçi doktor tarafından, fizik muayeneleri yapılır, sosyo-demografik bilgileri ve öyküsü alınır, hasta dosyası üzerindeki gerekli bilgiler doldurulur ve hazırlanan hasta dosyasının protokol defterine kaydı sağlanır.

- Merkezde bulunan tüm çocuklarla ilgili, günlük izlem notları nöbetçi doktor tarafından yazılır ve dosyalanır. Çocuklarla ilgili günlük izlemlerin yapılırken aşağıdaki noktalar dikkate alınır:

- **Göz teması**
- **Dışa vuran davranışlar;** kendine olan ilgi ve bakımı, (hareketli ya da durgun olması, ajite davranışlar gibi).
- **Duygulanım;** artmış, azalmış ya da normal olup olmadığı, öfori, çökkünlük halleri, gün içi duygudurumda dalgalanmalar varsa şekli ve süresi ayrıntılı olarak yazılmalıdır.
- **Düşünce içeriği ve süreci;** düşünce içeriğinin fakir ya da normal olması, sanrı ya da yüklü düşünceler, obsesif düşünceler, özkıyım düşüncesi ve ayrıntısı. Çağrışımının hızlanması yavaşlaması ya da hızlanması.
- **Konuşma;** hızı ve içeriği, bloklar, klang çağrışım, kelime salatası, anlamlı ya da anlamsız konuşma gibi.
- **Algı;** işitsel, görsel, koku halüsünasyonları.
- **Bellek;** bozukluk varsa yazılır. (özellikle ilaç kullanımı, toksikasyon, madde çekilmesi gibi durumlarda ortaya çıkacak olan deliryum tablolarında dikkatle muayene yapılmalıdır).
- **Yönelim;** yer, zaman, kişi yönelimi özellikle deliryumu olan hastada ayrıntılı kaydedilmeli, gün içi değişiklikler belirlenmelidir.
- **Genel özellikler;** her çocuğun genel özellikleri; zıtlaşması, dürtüselliği, davranım sorunları, depresif özellikleri, uyku ve yeme sorunları o gün için ve daha önceki günlerde gözlenen özelliklerle kıyaslanarak ayrıntılı olarak yazılmalıdır.
- **Ajitasyon;** zarar verici davranışlar ve bunların sonucunda yapılan uygulamalar.
- Kullanılan **ilaçlarla** ilgili değişiklikler; doz değişiklikleri, yeni ilaçlar varsa günlük izlem yazılır.
- Merkezde kalan çocuklar için hazırlanan basamak sistemi kitapçıkları ile günlük çalışmalar ve bu konudaki başarı ve güçlükler kaydedilir.

- Nöbet defteri, o günkü nöbetçi doktor tarafından doldurulur. (hasta sayısı, hastalara ait özel takipler varsa bunlar yazılır (özkıyım gibi). Yirmidört saatlik genel izlenimler, yaşanan önemli sorunlar, günlük program dışında yaşanan farklı olaylara yer verilir.

- Çocukların bedensel rahatsızlıkları ortaya çıktığında, (enfeksiyon, travma gibi) nöbetçi doktor tarafından muayenesi yapılarak gerekli tedavi planlanır.

- Merkezde uygulanan basamak sistemine göre ceza alması gerektiği durumlarda cezaların belirlenmesi ve uygulanması aşamasında hemşire, öğretmen ve psikolog (psikolojik danışman) ile birlikte görev alır.

- Çocukların kullandığı tüm ilaçlar (çocuk psikiyatristi tarafından önerilen psikotrop ilaçlar, bedensel sorunlar nedeniyle kullanılan ilaçlar, ajitasyon ya da uyku sorunu için verilen ilaçlar) günlük olarak nöbetçi doktor tarafından ilaç çizelgesi kağıtlarına doz ve saatleri belirtilerek yazılır.

- Çocukların kullandığı ancak tükenen ilaçlar nöbetçi doktor tarafından reçete edilerek, ilacın bitmesi nedeniyle doz atlanmamasına dikkat edilmelidir.

- Çocukların merkez dışında muayene ve tedavileri gerektiğinde sevk işlemleri yapılır.

- Günlük listelerin dışında ilaç uygulaması gerektiğinde (ajitasyon, uyku sorunu gibi) tedaviye nöbetçi doktor tarafından karar verilir. Kullanılan ek ilaçlar listeye işlenir.

- Hafta içi sabah saat 08.30'da konsultan çocuk psikiyatristinin yöneteceği vizit toplantılarına o gün nöbetçi olan ve nöbeti devralacak olan doktorlar katılır.

- Hafta içi sabah 09.00'da yapılacak olan günaydın toplantılarına nöbetçi doktor katılır.

- Çocuklar arasında yaşanan sorunlara (ajitasyon, kavga, özkıyım girişimi, vb.) müdahele eder, sorunun çözümlenmesi, ceza uygulaması gibi aşamalarda yer alır ve ilaç uygulaması, çocuğun tespiti gerekirse gerekli kişileri görevlendirerek ve bu işlemler sırasında olay yerinde kalır.

- Haftada en az iki kez hemşireler tarafından yapılacak olan oda ve dolap kontrolüne nöbetçi doktor yardımcı olur.

- Hastaların grup içindeki özelliklerini gözlemek, gerekli tedavinin planlanmasına katkıda bulunmak ve denetlemekle görevli oldukları personeli gözlemleyebilmek için, nöbetçi doktorlar grup etkinliklerine katılmalıdır (uğraşı, spor, eğlence saatleri, tv. saatlerinin her birinin en az yarısında hastalar ve diğer çalışanlarla birlikte olmalıdır).

- Her akşam uyku saatinden önce (saat 21.00-22.00 arası) her çocuğun basamak kitabı nöbetçi doktor tarafından incelenir, o gün yaptıkları kontrol edilir, hatalar varsa belirlenerek düzeltilmesine yardımcı olunur.

- Nöbetçi hemşirenin denetiminden, görevlerin eksik ya da hatalı yapılması halinde sorumlu hemşire ve sorumlu doktoru bilgilendirme o günkü nöbetçi doktorun görevidir. Nöbetçi doktor bu bilgilendirmeyi tutanak hazırlayarak yazılı olarak yapmalıdır. Bu bilgilendirmeyi sağlamayan doktor hatanın ortağı kabul edilir.

- Günlük gelişmelerin belirlenmesi, tedavinin planlanması, gerektiğinde acil müdahale gibi pekçok alanda doktorların alacağı önemli görevler yukarıda özetlenmeye çalışılmıştır. Tüm bunların yapılabilmesi için nöbet süresinin büyük kısmını çocuklarla aynı ortamda geçirmesi gerektiği açıkça görülmektedir.

Sorumlu Doktorun Görevleri:

- Sorumlu doktor tüm doktorlar arasında yapılacak oylama ile seçilir. Merkez müdürlüğüne bildirilir.

- Sorumlu doktor, doktorların aylık nöbet listesini hazırlar. Sorumlu hemşirenin yardımı ile hemşirelerin aylık nöbet listesini hazırlar.

- Eksilen ilaç ve sarf malzemeleri nöbetçi doktor tarafından reçete edilir. Bunun denetlenmesi sorumlu hekimin görevidir. Ayrıca sorumlu hemşire tarafından bildirilecek olan diğer malzeme eksiklerin (aşılar, dosyalar, order kağıtları, tıbbi araç ve cihazlar gibi) sağlanması ve bu konuda müdürlük ile işbirliği halinde devralınması sorumlu doktorun görevidir.

- Çocukların muayene ya da tetkik amacıyla merkez dışındaki bir sağlık kuruluşuna götürülmesi gerektiğinde, çocuklarla birlikte gidecek olan doktor ve hemşirenin sırayla

belirlenmesi ve merkez müdürlüğüne bildirilmesini sağlar. Görevin denetlenmesi yine sorumlu doktor tarafından yapılır.

- Yukarıda belirtilen doktorlar ile ilgili görevlerde eksiklik ya da hata olduğu belirlendiğinde, bunun konsültan çocuk psikiyatristi ve merkez müdürlüğüne bildirilmesi sorumlu doktorun görevidir. Sorumlu doktor bu nedenlerle diğer doktorlara yaptırım uygulama yetkisine sahip değildir. Ancak, diğer doktorların görevleri ile ilgili hataları bildirmediği takdirde; hatanın ortağı durumunda olacaktır.

- Hemşireler ile ilgili görevlerde hata ya da eksiklik sorumlu doktora bildirildiğinde ya da bunu fark ettiğinde tutanak tutmak ve merkez müdürlüğüne bildirmekle sorumludur.

- Sorumlu doktorun görevini eksik ya da hatalı yapması durumunda bunu gören tüm doktorlar konsültan çocuk psikiyatristi ve merkez müdürlüğüne bildirmekle görevlidir.

Hemşirelerin Görevleri

- Merkez bünyesinde çalışan hemşireler, 24 saatlik nöbetler tutarlar. Nöbetçi oldukları zamanlarda görev yerini terk edemezler. Uyuyamazlar. Acil durumlar söz konusu olduğunda merkez müdürlüğünü bilgilendirerek ve görevi başka bir görevli hemşireye teslim ettikten sonra ayrılabilirler.

- Nöbet tarihleri sorumlu hemşirenin yardımı ile sorumlu doktor tarafından hazırlanır ve merkez müdürlüğüne bildirilir. Nöbet tarihleri ile ilgili son karar merkez müdürlüğüne aittir. Gerekli olduğu taktirde müdürlük tarafından değişiklik yapılabilir. Ay içinde nöbet değişikliği yapılması gerektiğinde merkez müdürlüğüne bilgi verilmeli ve onay alınmalıdır.

- Nöbet günleri dışında her çarşamba saat 10.00 da yapılacak olan "hizmetiçi eğitim seminerlerine" ve iki haftada bir çarşamba günleri saat 11.00 de yapılacak olan, merkezin işleyişi, sorunlar ve işleyişle ilgili bilgilendirmenin sağlanacağı toplantılara katılırlar. Bu toplantılara katılamayacak olanlar merkez müdürlüğüne mazeretlerini sunarak bilgilendirmelidir.

- Merkezde bulunan çocukların, merkez dışında muayene, tetkik ve tedavileri gerektiğinde, merkez müdürlüğünce görevlendirilecek hemşire (o günkü nöbetçi dışında) yardım sağlar.

- Merkeze ilk kez gelen çocuklar nöbetçi hemşire tarafından karşılanır. Eşyaları aranarak uygun olmayanlar ayrılır. Merkez gezdirilerek kurallar anlatılır. Diğer çocuklar ve çalışanlarla tanışması sağlanır.

- Yukarıdaki maddede anlatılan ilk kabul sırasında çocukla ilgili gözlemler ayrıntılı bir şekilde yazılarak kaydedilir:

- Merkeze kabul; kiminle geldi?, nereden?, ne şekilde geldi? Tanışma isteğimize olan tepkisi (ilgili-ilgisiz) nasıldı?

- Kendine olan bakım ve ilgisi; sosyo-kültürel uyumu, giysilerin temizlik ve düzeni, (saç, makyaj ve takılar), yüz görünümü (çökkün-künt-elemli-neşeli-öfkeli-tedirgin)

-Merkezde kalmaya tepkisi; istekli isteksiz- uyumlu uyumsuz-zorla ya da güvenlik güçleri ile.

-Merkez tanıtılıp kurallar anlatılırken tepkisi; ilgili, ilgisiz, ayrıntıcı, meraklı.

-İlk görüşmede yakınmaları sorulur, anlatmak istemiyorsa ısrar edilmez.

-Konuşma ve davranışları; yavaş-normal-hızlı konuşma, anlamsız jest ve mimikler.

-Konuşma ritmi; hızlı-yavaş, tepkisiz, alçak ses tonu ile uyaklı, melodik. Hiç konuşmayabilir. Duymuyormuş gibi davranabilir. Yalnızca sorulanları yanıtlayabilir. Geçiştirici tarzda konuşabilir. Kendiliğinden konuşabilir. Ayrıntılara girebilir.

-Diğer hastalara tepkisi; kendiliğinden tanışabilir. Görevli tanıştırabilir. Diğerleri ile hiç iletişim kurmayabilir.

-Eşyaların kontrolü; kesici, delici, yanıcı, yakıcı maddelerin olup olmadığı kontrol edilir. İlaç bulunmamalıdır. Kolonya, parfüm vb. kabul edilmemelidir. Radyo, wolkman gibi cihazlar uygun saatlerde verilmek üzere alınmalıdır. Değerli eşyalar kabul edilmemelidir.

-Eğer özkıyım düşüncesi varsa; kemer, kravat, metal askı gibi eşyalar kabul edilmez.

-Yanında kıymetli eşya, para vb. varsa ya aileye teslim edilmeli ya da tutanakla teslim alınmalıdır. Çocuğun ihtiyacı oldukça imza karşılığı para, çocuğa verilmelidir.

- Merkezde bulunan tüm çocuklarla ilgili, günlük izlem notları nöbetçi hemşire tarafından yazılır ve dosyalanır.

Günlük izlemde yer olması gereken bilgiler:

-**Merkez kurallarına uyumu;** kurallara kendiliğinden uyup uymadığı, uyarılma gereksinimi, uyarıyı dikkate alması, aldığı cezalar ve ödüller.

- Kendine olan bakım ve ilgisi; odanın temizliği, düzeni. Kişisel hijyenine gösterdiği özen - yardımla, kendiliğinden ya da uyarılınca yapıp yapmadığı.

-Diğer hastalarla olan uyumu; ölçülü, fazla uzak ya da samimi, hangi hastalarla iletişim kurduğu, kendiliğinden mi yoksa karşı tarafın isteğine yönelik mi?

-Zamanını daha çok nerede geçirdiği; odasında, dinlenme salonunda, balkonda vs.

-Merkezdeki görevlilerle iletişimi; kendiliğinden görüşme isteği getiriyor mu? Çalışanların görüşme isteğini nasıl karşılıyor? (olumlu-olumsuz). Görüşme kendiliğinden mi yoksa soru yanıt biçiminde mi oluyor? Sorulan sorulara yanıt veriyor mu? (kaçamak, anlamlı, dağınık, kısa, isteksiz, ayrıntılı). Çoğunlukla nelerden söz ediyor?

-Yemek; yemek saatinde kendiliğinden gelip sıraya giriyor mu? Çağırılınca mı geliyor? Yardımla mı geliyor? Yeterli miktarda yiyor mu? Tertipli düzenli mi yiyor, yoksa döke saça mı yiyor? Seçici davranıyor mu?

-Uyku; zamanında yatıyor mu? uyarılınca mı yatağına geçiyor? Ek ilaç alıyor mu? Uyku kalitesi nasıl? Yeterli ve düzenli uyuyor mu? Uykuya dalmakta güçlük çekiyor mu? Sık sık uyanıyor mu? Sabah uyanınca kendini iyi dinlenmiş hissediyor mu? Rüyaları, kabusları var mı?

-İlaç; kendiliğinden gelip itiraz etmeden alıyor mu? İlacı saklıyor mu?

-Uğraşılar; günlük gazeteleri okuyor mu? Kitap okumaya istekli mi? TV izliyor mu? Satranç oynuyor mu? Uğraşı tedavisine katılıyor mu? İlgi alanları ve becerileri neler? İşin başında uzun süreli kalabiliyor mu? Kısa sürede sıkılıyor mu? Dikkatini yoğunlaştırabiliyor mu?

-Gezi ve eğlencelere katılım; istekli mi? Kendiliğinden mi katılıyor? Sessizce ilgisizce bir kenarda mı izliyor? Odasında kalmayı mı tercih ediyor?

-Ziyaret saatleri; Ziyaretine kimler geliyor? Onlara nasıl davranıyor? Görüşmelerden hoşnut kalıyor mu?

-Telefon görüşmeleri; duruma göre izin verilebiliyor mu? Görüşme sırasındaki davranışları nasıl? (öfkeleniyor mu? kabul ediyor mu? üzülüyor mu?)

-İzinler; merkezden izinli olarak ayrılmış mı? İzinde ilaca uyumu nasıl? Zamanını nasıl değerlendirmiş? Çevre ile uyumu nasıl? (Aileye de sorulmalı). Hasta, merkezde ne kadar süre yattı? Geldiği güne oranla ne gibi farklılıklar oldu? Hastanın durumu ve hastalığıyla ilgili ne düşünüyor? Tedavi ile ilgili ne düşünüyor? Gelecek ile ilgili planları var mı?

- Nöbet defteri o günkü nöbetçi hemşire tarafından doldurulur (hasta sayısı, hastaların bulundukları basamaklar, özkıyım girişimlerinin olup olmadığı, tansiyon, ateş, nabız, iştah durumu, ilaç takipleri vs.).
- Doktor orderlarında belirtilen ilaçlar saat ve dozlarına uygun olarak hemşireler tarafından çocuklara uygulanacaktır. Acil durumlarda uygulanması gereken ilaçlar doktor tarafından belirlendikten sonra hemşireler tarafından uygulanacak ve uygulanan tüm ilaçlar hemşire orderlerine saat ve doz belirtilerek işlenecektir.

- Nöbetçi hemşire, çocukların ceza alması gerektiği durumlarda cezaların belirlenmesi ve uygulanması aşamasında doktor, öğretmen ve psikolog/psikolojik danışman ile birlikte görev alır.

- Tüm ilaçlar hemşire odasında bulunan ilaç dolabında kilitli olarak saklanır. Bunların korunmasından ve kötüye kullanılmasından hemşireler sorumludur.

- Azalan ve biten ilaçlar hemşireler tarafından belirlenerek reçete edilmesinin sağlanması amacıyla doktorlara bildirilir. Bu bilgilendirme ilaç bitmeden önce olmalı ve ilaç bitmesi nedeni ile doz atlanmamasına dikkat edilmelidir.

- Hafta içi sabah saat 08.30'da konsultan çocuk psikiyatristinin yöneteceği vizit toplantılarına o gün nöbeti alan ve nöbeti devreden hemşireler katılır.

- Hafta içi sabah 09.00'da yapılacak olan günaydın toplantılarına nöbetçi hemşire katılır.

- Çocuklar arasında yaşanan sorunlara (ajitasyon, kavga, özkıyım girişimi vb.) müdahele eder, sorunun çözümlenmesi, ceza uygulaması, çocuğun tesbiti gibi aşamalarda yer alır, hemşire, doktor tarafından önerilen ilaç uygulamasını yapar, kriz çözülene kadar olay yerinde kalır. Her gece saat başı çocukların yataklarında olup olmadığını kontrol eder ve sayım yapar.

- Bazı klinik kuralların uygulanmasının takibi nöbetçi hemşirenin sorumluluğundadır; uyuma ve uyanma saatleri, çocuklar tarafından sağlanması gereken oda düzeninin kontrolü, çocukların gün içinde günlük kıyafetleri ile dolaşmaları, odalarında sigara içilmemesi, yasak eşyaların bulundurulmaması, düzenli banyo yapılmasının sağlanması ve banyo yapamayanlara yardım edilmesini sağlar.

- Nöbetçi hemşire, haftada en az iki kez hasta oda ve dolapları ayrıntılı olarak incelenmeli, yasak ve uygun olmayan eşyalar alınmalı, oda düzeni ile ilgili aksaklıklar belirlenmelidir. Bu görev için nöbetçi doktor ve polis memurundan yardım alabilir.

- Hemşireler çocuklarla sürekli işbirliği halinde olmalı ve etkinliklerin düzenlenmesi aşamasında görev almalıdır.

-Servis genel düzeni: Hemşire kliniği dolaşıp dolapları gezerken görevlendirilen çocuklardan yardım istenmelidir (çocuk yatağını toplamış mı? eşyalar ortada mı? serviste eksik ya da onarım gerektiren yerler var mı?).

-Spor: Görevlendirilen çocuk ve öğretmen ile birlikte her sabah ve akşam (programda belirlenen saatte) diğer çocuklar organize edilerek pasif jimnastik, yürüyüş , spor ya da bahçe oyunlarını düzenlemeli ve katılmalıdır.

-Çay yapımı: Belirlenen saatlerde, çay yapımı ve servisi için uygun çocukları görevlendirerek yardım almalı ve çay saatini onlarla birlikte geçirmelidir.

-Uğraşıya yönlendirme: Çocukların uğraşı programına yönlendirilmesinde ve uğraşı etkinliklerinde görevli kişi ile birlikte çalışır.

-Duvar gazetesi: Çocukların kendi ürünleri ya da gazete ve dergilerden toparladıkları ürünlerden duvar gazetesi hazırlanmasına yardımcı olur.

-Kütüphane sorumlusu: Klinikteki kitaplıktan sorumlu olacak uygun bir çocuk belirlenir. Bu çocuk hemşire ile işbirliği halinde diğer çocuklara kitap dağıtımı ve listelenmesini sağlar.

-Çiçek bakımı: Merkezdeki çiçeklerin bakımını yapmak üzere uygun bir çocuk görevlendirilir (sulama, havalandırma vs.). Görevlendirilen çocuk, hemşire tarafından denetlenir.

-Eğlence: Haftada bir gün eğlence düzenlenebilir. Eğlencede tüketilecek olan gıdalar çocuklarla birlikte hazırlanmalıdır (pasta, börek, kısır vs.).

Günlük gelişmelerin belirlenmesi, tedavinin planlanması, gerektiğinde acil müdahele gibi pek çok alanda hemşirelerin alacağı önemli görevler yukarıda özetlenmeye çalışılmıştır. Tüm bunların yapılabilmesi için nöbet süresinin büyük kısmının çocuklarla aynı ortamda geçirmesi ve her çocuğa bireysel zaman ayırması gerektiği açıkça görülmektedir.

Sorumlu Hemşirenin Görevleri:

Sorumlu hemşire tüm hemşireler arasında yapılacak oylama ile seçilir. Merkez müdürlüğüne bildirilir.

Sorumlu hemşire, hemşirelerin aylık nöbet listesinin hazırlanmasında sorumlu doktora yardım eder.

Eksilen ya da tükenen ilaçlar, diğer sarf malzemeleri, psikolojik testler, hasta dosyaları, görüşme formları, orderler ve aşılar sorumlu hemşire tarafından belirlenir ve temini için görevli kişilere bilgi verir (eksiklerin belirlenmesi, işleyişi aksatmayacak şekilde tam olarak tükenmeden yapılmalıdır).

Hemşireler ile ilgili tanımlanan görevlerde eksiklik ya da hata olduğu belirlendiğinde, bunun sorumlu doktora, çocuk psikiyatristine ve merkez müdürlüğüne bildirilmesi sorumlu hemşirenin görevidir. Sorumlu hemşire bu nedenlerle diğer hemşirelere yaptırım uygulama yetkisine sahip değildir. Ancak diğer hemşirelerin görevleri ile ilgili hataları bildirmediği takdirde hatanın ortağı durumunda olacaktır.

Sorumlu hemşirenin görevini eksik ya da hatalı yapması durumunda, tüm hemşireler, sorumlu doktora ve merkez müdürlüğüne bildirmekle görevlidir.

Konsültan Çocuk Psikiyatrist'inin Görevleri :

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi (Ç.Ü.T.F.) Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ABD tarafından görevlendirilen çocuk psikiyatristi hafta içi dört gün 08.30-12.00 arasında merkezde görev yapar.

Her sabah saat 08.30'da nöbeti devreden doktor ve hemşire, nöbeti devralan doktor ve hemşire, psikolog/psikolojik danışman, öğretmenler ve nöbetçi polis memurlarından birinin katılacağı vizit toplantılarına katılır ve yönetir. Günlük doktor ve hemşire izlemlerinin okunacağı bu toplantıda psikiyatrik ilaçlarla ilgili değişiklik ve düzenlemelere karar verir.

Her sabah saat 10.00'da nöbetçi doktor, hemşire, polis memurlarından biri, psikolog/psikolojik danışman, öğretmenler, sosyal hizmet uzmanının katılacağı günaydın toplantılarına katılır ve yönetir. Bu toplantıda ödül ve cezalar ile ilgili son düzenlemeleri yapar. Basamak kitapçıklarını inceler, basamak atlama ve inme ile ilgili karar verir. Tüm bunlarla ilgili grubun bilgilenmesini sağlar.

Her çarşamba saat 10.00'da yapılacak olan hizmetiçi eğitim seminerlerine katılır. Ayrıca onbeş günde bir çarşamba günleri yapılacak olan tüm çalışanların katılacağı genel toplantılara katılır. Bu toplantılara katılamayacadığı durumlarda merkez müdürlüğünü önceden bilgilendirir.

Konsültan çocuk psikiyatristi, Emniyet Müdürlüğü, Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü, Jandarma Komutanlığı, Sağlık Müdürlüğü, Mahkemeler ve Çukurova Üniversite'si tarafından merkezde tedavi olmak üzere önerilen çocukların psikiyatrik değerlendirmesini yaparak, merkezde tedavisinin uygun olup olmadığı ile ilgili danışma kuruluna fikir belirtir.

Merkeze ilk kez gelen çocuklar ile görüşür, ayrıntılı aile değerlendirmesi, ruhsal muayene yapar, psikiyatrik tanıları koyar.

Psikiyatrik tedavinin tüm aşamalarını planlar, yürütür ve gerekirse tedavi için diğer çalışanları görevlendirir (ilaç tedavisi, bireysel ve grup tedaviler gibi).

Bireysel ve grup terapiler konsültan psikiyatrist tarafından yapılır. Gruplara dahil edilecek çocukların belirlenmesi buna dahildir. Yardımcı terapist, psikiyatrist tarafından belirlenir ve görevlendirilir.

Merkezde tedavi gören her çocukla ilgili haftalık izlem bulgularını, ruhsal muayenede ve tedavide değişikliklerini yazarak dosyalar.

İşleyiş sırasında ortaya çıkacak ihtiyaçları gözönünde bulundurarak, mevcut tedavi sistemi ile ilgili değişiklikleri, yeni tedavi stratejilerini geliştirir ve yürütür. Bu konularda merkez çalışanlarını bilgilendirir ve eğitir.

Günlük programı hazırlar. İşleyiş sırasında aksaklıklar belirirse daha işlevsel programlar hazırlar. Hazırlanan programları merkez müdürlüğüne sunar.

Merkezde tedavi ile ilgili yeni gereksinimler doğduğunda merkez müdürlüğünü bilgilendirir.

Her ayın ilk çarşambası yapılacak olan Danışma Kurulu toplantılarında, bir aylık işleyişle ilgili kurulu bilgilendirir, bir sonraki dönem ile ilgili planları ve işleyişle ilgili yeni gereksinim ve önerileri sunar.

Tedavisi tamamlanan çocukların son durumu ile ilgili Danışma Kurulu'nu bilgilendirir. Çocukların merkezde kalış sürelerinin uzatılması ya da sonlandırılması ile ilgili gerekçeli görüşlerini bildirir. Çocukların merkezden çıktıktan sonraki durumları ile ilgili kurula görüş sunar (ailesinin yanına dönüp dönmemesi, sosyal kurumlara yerleştirilmesi, ayaktan tedavinin devam etmesi gibi).

Tedavi ile ilgili resmi yazışmaları yapar (adli birimlerden istenen raporların düzenlenmesi, çocukların daha önce tedavi olduğu sağlık kurumlarından yazılı bilgi istenmesi gibi).

Doktor ve hemşirelerin görevlerinin denetlenmesi konsültan psikiyatristin görevidir. Görevlerin eksik ya da hatalı yapıldığının belirlenmesi durumunda tutanak tutarak merkez müdürlüğünü yazılı olarak bilgilendirir. Bu bilgilendirilmenin yapılmadığı durumlarda hataya ortak sayılır.

Psikoloğun/Psikolojik Danışmanın Görevleri:

Haftaiçi sabah saat 08.30'da konsultan çocuk psikiyatrist ile birlikte vizit toplantılarına katılır.

Hafta içi sabah 09.00'da yapılacak olan günaydın toplantılarına katılır.

Konsültan psikiyatristin olmadığı günlerde (Cuma günleri) günaydın toplantılarını yönetir.

Her çarşamba saat 10.00 da yapılacak olan “hizme içi eğitim seminerlerine” ve 2 haftada bir çarşamba günleri saat 11.00 de yapılacak olan, merkez işleyişi, sorunlar ve işleyişle ilgili bilgilendirmenin sağlanacağı toplantılara katılır. Bu toplantılara katılamadığı durumlarda merkez müdürlüğüne mazeretlerini sunarak bilgilendirmelidir.

Psikometrik testlerin uygulanması ve dosyalanması ile görevlidir (cümle tamamlama, depresyon, obsesyon skalaları, Bender-Gestalt Testi, Zeka Testleri ve kişilik testleri gibi).

Basamak sisteminin uygulanması, yeni başlayan görevlilere sistemin öğretilmesi, basamak kitapçıklarında yer alan çalışmalar için çocuklara yardımcı olunması, kitapçıkları doldururken çocukların yaptığı hataların belirlenmesi ve düzeltilmesi için yardım edilmesi psikoloğun/psikolojik danışmanın görevidir.

Psikolog/psikolojik danışman grup terapilerine ko-terapist olarak katılır. Konsültan psikiyatristin bulunmadığı durumlarda gruplarda terapist olarak yer alır.

Bireysel terapilere izleyici olarak katılır. Konsültan psikiyatrist tarafından önerilen çocukların bireysel terapisini tek başına yürütür.

Aile terapilerine ko-terapist ya da izleyici olarak katılır. Konsültan psikiyatristin önerdiği ailelerin terapilerini tek başına yürütür.

Tüm çocuklarla ilgili haftalık izlem yazar ve dosyalamasını yaparlar. Bu izlemde basamak çalışmaları ile ilgili bilgiler, ruhsal muayene ile ilgili değişiklikler, bireysel ve grup terapiler ile ilgili bilgiler, çocuklardaki önemli olumsuz-olumlu gelişmelere yer verir.

Sosyal Hizmet Çalişanlarinin Görevleri:

Her sabah saat 09.00 da yapılacak olan günaydın toplantılarına katılırlar.

Her çarşamba saat 10.00 da yapılacak olan “hizmetiçi eğitim seminerlerine” ve 2 haftada bir çarşamba günleri saat 11.00 de yapılacak olan, merkez işleyişi, sorunlar ve işleyişle ilgili bilgilendirmenin sağlanacağı toplantılara katılırlar. Bu toplantılara katılamayanlar durumlarda merkez müdürlüğüne mazeretlerini sunarak bilgilendirmelidir.

Çocukların aileleri ve adli kurumlarla olan iletişim onun görevidir. Bu konularla ilgili sosyal raporlarını merkez yönetimi ile paylaşır.

Merkeze kabul edilen her çocuk için (kabulden en geç 15 gün içinde) ev ziyareti yapar ve sosyal inceleme raporu hazırlarlar. Hazırlanan rapor ve görüşlerini tedavi ekibine sunarlar.

Polis Memurlarının Görevleri:

Nöbetçi polis memurlarından biri her sabah 09.00 da yapılacak olan günaydın toplantılarına katılır.

Her çarşamba saat 10.00 da yapılacak olan "hizmetiçi eğitim seminerlerine" ve 2 haftada bir çarşamba günleri saat 11.00 de yapılacak olan, merkez işleyişi, sorunlar ve işleyişle ilgili bilgilendirmenin sağlanacağı toplantılara katılırlar. Bu toplantılara katılamayanlar durumlarda merkez müdürlüğüne mazeretlerini sunarak bilgilendirmelidir.

Merkezin güvenliği polis memurlarının sorumluluğundadır. Çalışanlar dışında merkeze gelen kişilerin kimlik bilgileri ve gerekli durumlarda aranmasını sağlarlar. Merkez kapısının sürekli olarak kilitli tutulmasını sağlarlar. Bahçeye yerleştirilen güvenlik kamerası aracılığıyla binanın dış güvenliğini kontrol ederler, gerekli durumlarda müdahale ederler.

Merkezde tedavi olan çocukların taşkınlık durumlarında, kendine, diğer çocuklara, personele ya da eşyalara zarar verici davranışları olduğunda müdahele ederler. Çocuğun tespitini, diğer kişilerin güvenliğini sağlarlar.

Çocuklarla ilgili tedaviye direnç söz konusu olduğunda (enjeksiyonu reddetme gibi), çocuğun kendini ya da çevreyi tehdit edici, zarar verici davranışları varsa; polis memurları tedavinin uygulanması için tedavi ekibine yardımcı olur. Gerekirse çocuğun tespitini sağlar. Merkezin güvenliğinin sağlanmadığına inandıkları durumlar karşısında ekip çağırarak yardım alırlar.

Öğretmenlerin Görevleri -Uğraşı ve Diğer (Branş ya da Sınıf) Öğretmenler

Her sabah 09.00 da yapılacak olan günaydın toplantısına katılırlar. Her çarşamba saat 10.00 da yapılacak olan "hizmetiçi eğitim seminerlerine" ve 2 haftada bir çarşamba günleri saat 11.00 de yapılacak olan, merkez işleyişi, sorunlar ve işleyişle ilgili bilgilendirmenin sağlanacağı toplantılara katılırlar. Bu toplantılara katılamayanlar merkez müdürlüğüne mazeretlerini sunarak bilgilendirirler. Günlük programda belirtilen saatlerde bahçe ve spor etkinliklerini düzenlerler. Günlük programda belirtilen saatlerde uğraşı öğretmeni yönetiminde, diğer öğretmen ve hemşirelerin yardımıyla uğraşı etkinliklerini düzenler. Merkezde eğitimi devam edecek çocukların ders programlarının hazırlanması, ders saatlerinin uygulanması, ödevler ve denetimi sınıf öğretmenlerinin sorumluluğundadır. Çocukların eğlence saatlerinin düzenlenmesinde (pasta hazırlama, dışarda gezinti, parti düzenlenmesi gibi) hemşirelerle birlikte çalışır ve her aşamasında görev alırlar. Merkezde bulunduğu sırada okuluna dışarda devam eden çocukların öğretmeni okullarıyla bağlantı kurar, eğitim durumunu takip eder ödevlerin planlanması, yapılması ve denetlenmesini sağlarlar. Her çocukla ilgili haftalık izlem notlarını yazarak dosyalar (genel davranış değişiklikleri, eğitim durumları, eğitimle ilgili güçlükler ve planlar gibi).

Oğuz Kağan Köksal Çocuk ve Gençlik Merkezi, çok sayıda disiplinin bir araya geldiği, farklı kuruluşlardan çalışanların görev yaptığı bir yapıdadır. İdari işler, binanın ve çocukların gereksinimleri Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğünce yürütülmektedir. Sosyal hizmetler tarafından görevlendirilen merkez müdürü idari işleri yürütmekte ve diğer kuruluşlar ile iletişimi sağlamaktadır. Yine Sosyal Hizmetler Müdürlüğünce görevlendirilmiş olan sosyal hizmet uzmanı aile incelemelerini yapmakta bu amaçla düzenli ev ziyaretlerini gerçekleştirmektedir.

Psikiyatrik tedavi çocuk psikiyatristleri tarafından sürdürülmektedir. Bu amaçla Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim dalı çalışanları görevlendirilmiştir. Bireysel terapi, grup terapileri, davranışçı teknikler, aile tedavileri ve ilaç tedavisi kullanılan psikiyatrik yaklaşımlardır.

Genel sağlık sorunları ve tedavi ile ilgili hizmetler İl Sağlık Müdürlüğü'nün sorumluluğundadır. Bu amaçla 5 pratisyen hekim ve 5 hemşire görevlendirilmiştir. Doktor ve hemşireler 24 saatlik nöbetler şeklinde çalışmaktadırlar. Sağlık görevlileri, çocukların ilk

kabulünden itibaren muayene ve takiplerini sürdürmekte, merkezde uygulanan davranışçı tedavi tekniklerinin gün boyunca sürdürülmesini sağlamaktadır.

Binanın ve binada bulunanların güvenliği İl Emniyet Müdürlüğü'nün sorumluluğundadır. Bu amaçla görevlendirilen 5 polis memuru 24 saat boyunca görev yapmaktadır. Dıştan gelecek tehlikeler için bahçe ve giriş, güvenlik kameraları ile izlenmektedir. Polis memurları saldırgan davranışlar karşısında çocuk ve gençlerin kendilerine ve başkalarına zarar vermelerini engellemek amacı ile sağlık çalışanlarına yardımcı olmaktadır.

Rehabilite edilen çocuk ve gençlerin eğitimini planlamak ve sürdürmek İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nün sorumluluğundadır. Bu amaçla görevlendirilen 2 öğretmen hizmet vermektedir. Öğretmenler okula devam eden öğrencilerin ev ödevleri ve bireysel eğitimleri, okula dışardan devam eden öğrencilerin ders programları ve bireysel eğitimleri ile ilgilenmektedirler. Aynı zamanda okullarla iletişimin sürdürülmesi, çocukların okulda yaşadıkları sorunları takip ederek gerektiğinde müdahale etme gibi görevler de öğretmenler tarafından yürütülmektedir.

Halk Eğitim tarafından görevlendirilmiş olan bir uğraşı öğretmeni çocukların el becerisi ve boş zaman etkinlikleri ile ilgili yardım sağlamaktadır. Ayrıca haftanın belli günlerinde gönüllü olarak gelen jimnastik ve halk oyunları öğretmenleri çocuklara hizmet vermektedir. Binanın temizlik ve bakımı Büyük Şehir Belediye'sinin sorumluluğundadır. Bu amaçla görevlendirilmiş iki temizlik görevlisi ve bir bahçıvan hizmet vermektedir.

Merkezin İşleyişi ve Psikiyatrik Uygulamalar: Tedavi ve rehabilitasyon için merkeze alınması düşünülen kızların psikiyatrik muayeneleri yapılmakta, danışma kurulunda görüşüldükten sonra kurumdaki tedaviden faydalanıp faydalanmayacağına karar verilmektedir. Bu çocuk ve gençler genellikle emniyet, jandarma, sosyal hizmet kurumları ve üniversitenin çocuk psikiyatri anabilim dalından merkeze alınmak üzere önerilmektedir. Merkeze alınmasına karar verilen kızlar savcılığa bildirilmektedir. Mahkeme tarafından koruma kararı çıkarılan çocukların merkeze alınmaları gerçekleşmektedir. Kızlar, burada bulundukları süre içinde devletin koruması altındadırlar. Tüm sağlık ve eğitim giderleri devlet tarafından karşılanmaktadır. Merkeze giriş çıkışlar kontrollüdür ve kapılar sürekli kapalıdır.

Kızlar ancak görevli biriyle ya da özel durumlarda izinli olarak tek başlarına dışarı çıkabilmektedirler.

Merkezin İşleyişinde Kullanılan Davranışçı Teknikler: Merkezin işleyişi ve genel kurallar davranışçı tekniklerin grup ortamına adapte edilmesiyle oluşturulan basamaklı bir sistem ile sağlanmaktadır. Bu sistem üç basamaktan oluşmaktadır. Merkeze ilk kabul edilen herkes birinci basamakta yer alır. Bu basamakta çocuk ve gençlerin diğerleri ile tanışmaları, kurallı öğrenmeleri, ortama alışmaları amaçlanır. Birinci basamak görev ve sorumluluklarının yazılı olduğu kitapçık ilk gün çocuk ve gençlere verilir. bu basamaktaki temel görevler; günlük programa göre hangi saatte ne yapacağı ile ilgili bilgiler, kendisinin ve odasının temizliği ve bakımı ile ilgili kurallar, kendine ve çevresindekilere nasıl davranması gerektiği ile ilgili beklentiler yer alır. Kendine ve çevresine zarar verecek şekilde davranıldığında, öfke patlamalarını denetleyemediği durumlarda ve yasak eşyaları bulundurduğunda nasıl ceza alacağı da bu kitapçıkta yer alır. Böyle durumlarda davranışa göre süresi belirlenecek mola cezası, oda cezası ve gerekirse kriz odasına alınacağı ve bunların uygulama şekilleri kitapçıkta ayrıntılı olarak anlatılır. Birinci basamakta bulunanlar ancak bina içindeki etkinliklere, televizyon ve müzik saatlerine katılabilirler. Bahçedeki ya da bina dışındaki etkinliklere henüz katılamazlar. Birinci basamak kitapçığında kendilerini tanıtıp, sorunlarını tanımladıkları yazılı ödevler de yer almaktadır. Bu basamakta kalma süresi iki haftadır. Sorumluluklarını ve kitapçıkla ilgili ödevlerini tamamlayanlar iki haftanın sonunda ikinci basamağa geçerler.

İkinci basamağın görev ve sorumlulukları da yeni bir kitapçık aracılığıyla çocuk ve gençlere bildirilir. Temel sorumluluklar bu basamakta da devam eder, buna ek olarak grup etkinliklerine katılma, grup içinde yer alma, günlük tutarak bunu tedavi ekibine verme gibi sorumluluklar vardır. Ceza uygulamaları devam eder. İki kez mola cezası alanlar ya da 1 kez kriz odasına alınanlar, uzun süreli oda cezası alanlar birinci basamağa düşerler. Birinci basamağa düştükten sonra en az bir hafta süreyle bu basamakta kalırlar, birinci basamağın sorumluluklarını yerine getirdikleri bir haftanın sonunda tekrar ikinci basamağa çıkabilirler. İkinci basamakta bahçedeki etkinlikler ve spor saatlerine katılma, bireysel psikoterapiye başlama, deodorant, makyaj malzemesi gibi kişisel bakım malzemelerini kullanma ve görevliler eşliğinde pasta pişirme gibi etkinliklere katılma hakkı kazanırlar. Bu basamakta kalma süresi de iki haftadır. Bu süre içinde ikinci basamak kitapçığında yer alan problem çözme becerilerini arttırmaya ve öfke denetimini sağlamaya yönelik egzersizleri tedavi

ekibinin yardımı ile tamamlamaları gerekir. İki haftanın sonunda sorumluluklarını yerine getirenler son basamak olan üçüncü basamağa geçerler.

Üçüncü basamak görev ve sorumlulukları da yeni bir kitapçıkla bildirilir. Bu basamakta çocuk ve gençlerin sorumluluklarına; grup içinde çıkan sorunlara yönelik çözüm üretmek, alt basamaktakilere yardımcı ve örnek olacak şekilde davranmak, mutfak, toplantı salonu, toplu yaşam alanlarının düzenine dikkat etmek, tedavi sürecinde kendine amaçlar belirlemek ve kitapçıkta yer alan sorun çözme basamaklarını kullanarak bu amaçlara yönelik çözümler üretmek gibi yenileri eklenir. Bu basamakta tek ceza alınması ya da günlük programı sürekli olarak aksatılması basamak düşmek için yeterlidir. Basamak düşenler en az bir hafta süreyle ikinci basamakta kaldıktan sonra tekrar üçüncü basamağa çıkabilirler. Bu basamakta olanlar bahçe dışındaki etkinliklere katılma, geziye, konsere, sinemaya gitme, uygun durumlarda hafta sonları ailelerinin yanına izinli gitme, grup terapilere katılma, oda arkadaşlarını seçebilme gibi haklara da sahip olurlar.

Bu sistemde her davranışın bir sonucu olmasını sağlayarak çocuk ve gençlere davranış kontrolünü geliştirmede yardım amaçlanır. İstenmeyen davranışlar merkeze geldikleri ilk gün onlara merkezi tanıtan çalışanlar tarafından ve ayrıca basamak kitapçıkları ile bildirilir. Yani ne yaparlarsa bunun karşılığında nasıl bir ödül ya da ceza alacaklarını ilk andan itibaren bilirler. Burada esas önemli unsur ödül-ceza sisteminin tutarlı ve kararlı bir şekilde işletilebilmesidir.

Grup terapileri haftalık oturumlar şeklinde gerçekleştirilir. Genel olarak etkileşim ve daha nadir olarak eğitim oturumları şeklinde sürdürülür. Burada amaçlanan benzer yaşantılar için farklı çözüm yolları dinlemek, öfke denetimi, sorun çözme basamakları gibi amaçların grup ortamında da çalışılmasını sağlamaktır.

Psikiyatrik ilaçlar da merkezde uygulanan tedaviler arasındadır. Tanı alan psikiyatrik bozuklukların tedavisinde ilaç kullanılır. Ayrıca ani öfke ya da anksiyete nöbetleri sırasında akut ilaç uygulamaları gerekmektedir. Kızların merkezde bulundukları süre içinde gerek varsa aile ile de çalışılır. Problemlerin aileden kaynaklanan yönleri varsa bunlar düzeltilmeye çalışılır. Etkili iletişim ve sorun çözme yolları üzerinde durulur. Gerekirse anne ya da baba bireysel tedavileri için psikiyatriste yönlendirilir. Çocuk ve gençlerin merkezden taburcu

edilmesi planlandığında uygun şartlar sağlanmışsa ailenin yanına yerleştirilir, şartlar uygun değilse başka bir sosyal hizmet kurumuna yerleştirilirler.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Çalışma Grubu

Adana Oğuz Kağan Köksal Çocuk ve Gençlik Merkezi 26 Nisan 2004 tarihinde hizmete açılmıştır. 8-18 yaş grubundaki cinsel, fiziksel, duygusal istismar ve ihmale uğramış, alkol ve madde bağımlılığı ya da kötüye kullanımı olan, ruhsal sorunları nedeniyle tedaviye gereksinim duyan ve sosyal nedenlerle sokakta yaşayan 72 çocuğun tedavi, rehabilitasyon ve eğitimini sürdürmesini sağlamıştır. Merkeze kabul edilen çocuklara Wechsler Zeka Testi (WISC-R) uygulanmıştır. İstismar ve ihmale uğramış çocuklara merkeze kabulde ve taburcu olurken Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Durumluk-sürekli Kaygı Envanter'leri (STAI-1, STAI-2), Obsesyon Ölçeği uygulanmıştır. Ayrıca merkeze kabul edilen çocukların sosyo-demografik özellikleri ve psikiyatrik tanıları da tartışılmıştır.

3.2. Veri Toplama Araçları

3.2.1. Hasta Bilgi Formu

Çukurova Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim dalı tarafından geliştirilmiştir. Adana Oğuz Kağan Köksal Çocuk ve Gençlik Merkez'ine kabul edilen hastaların yaş, cinsiyet, anne-baba eğitim durumu ve işi vs. gibi demografik bilgileri toplamak amacıyla bu bilgi formu kullanılmıştır.

3.2.2. Wechsler Zeka Testi (WISC-R)

Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeği, araştırmalarda ve zeka ölçümlerinde en sık kullanılan araçlar biridir. Alt testlerinde değişik yetenek alanlarından örnekler bulunması, yorum ve puanlama esaslarının belirginliği, psikometrik özelliklerinin doyuruculuğu bu ölçeğin tercih edilmesine katkıda bulunmaktadır. Yaklaşık 25 yıl süren araştırma ve değerlendirmenin ışığında , ölçek D. Wechsler tarafından 1974 yılında geliştirilmiştir. Türkiye'de kültürümüze I. Savaşır ve N. Şahin tarafından uyarlanmış ve standardizasyonu birkaç kez yapılmıştır. Sözel Zeka ve Performans Zeka denilen iki alt bölümden oluşmaktadır. Her iki alt bölümde de 6'şar alt ölçek bulunmaktadır. Uygulama sonucunda, hem genel zeka, hem sözel zeka, hem de performans zeka puanı hesaplanmaktadır[50].

3.2.3. Çocuklar için Beck Depresyon Ölçeği

Çocuklarda depresyon olduğu, gözlenip ölçülebileceği ve özelliklerinin erişkinlere benzediği varsayımlarından yola çıkarak hazırlanmış bir özbildirim ölçeğidir. Kovacs tarafından 1981 yılında geliştirilmiştir. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) esas alınarak hazırlanmıştır. Ülkemizde Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Öy (1991) tarafından yapılmıştır. Toplam 27 sorudan oluşan likert tipi bir ölçektir. 6-17 yaş arası çocuklara uygulanabilmektedir. Beck Depresyon Ölçeğinin patolojik kesim noktası 19 puan ve üzeri olarak belirlenmiştir [51].

Beck Depresyon Ölçeği, duygudurum, kötümserlik, başarısızlık duyumu, doyumsuzluk, suçluluk duygusu, cezalandırılma durumu, kendinden nefret etme, kendini suçlama, kendini cezalandırma arzusu, ağlama nöbetleri, sinirlilik, sosyal içedönüklük, kararsızlık, bedensel imge, çalışılabilirliğin ketlenmesi, uyku bozuklukları, yorgunluk-bitkinlik, iştahın azalması, kilo kaybı, somatik yakınmalar vs. gibi 21 depresif belirti kategorisi içerir. Bu kategorilerden her biri 3 tane kendini değerlendirme maddesinden oluşur ve 0 ile 3 puan arasında derecelendirilir.

3.2.4. Çocuklar için Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri

Spielberger tarafından 1976'da geliştirilmiş olan bu ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmaları Özusta (1995) tarafından gerçekleştirilmiştir. Her ne kadar ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışması 9-12 yaş çocuklarında yapıldıysa da 17 yaşa kadar kullanılmaktadır.

Durumluk (STAI TX-1)-Sürekli Kaygı (STAI TX-2) Envanter'i bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendisini nasıl hissettiğini betimlemesini, içinde bulunduğu durumla ilişkili duygularını dikkate alarak yanıtlamasını gerektirir. Durumluk Kaygı Envanter'inde ifade edilen duygu ya da davranışlar bu tür yaşantıların şiddet derecesine göre (1) hiç, (2) biraz, (3) çok ve (4) tamamıyla olarak işaretlenir. Sürekli kaygı maddelerinde ifade edilen duygu ya da davranışlar ise sıklık derecesine göre (1) hemen hemen hiçbir zaman, (2) bazen, (3) çok zaman, (4) hemen hemen her zaman şeklinde işaretlenir. Puanların yüksek olması kaygı seviyesinin yüksek olduğuna işaret eder.

Durumluk Kaygı Ölçeği (STAI TX-1): Çocukların o anda kendilerini nasıl hissettiklerini değerlendirmeleri ve "Kendimi ( )çok öfkeli hissediyorum, ( )öfkeli hissediyorum, ( )öfkeli hissetmiyorum" gibi ifadelerden en uygununu işaretlemeleri istenir. Toplam madde sayısı yirmidir. Alınabilecek en düşük puan 20, en yüksek puan ise 60'tır. Durumluk kaygı ölçeği, test koşullarında ortaya çıkabilecek, heyecanlara/tedirginliklere duyarlı bir ölçek olduğundan uygulamalarda sürekli kaygı ölçeğinden önce verilmesi önerilmektedir (Özusta, 1995).

Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI TX-2): Kaygı yatkınlığının yanı sıra kalıcı bireysel farklılıkları ölçmeyi amaçlar. Ölçek, toplam 20 maddeden oluşmaktadır. Çocuğun genellikle nasıl hissettiğini oluş sıklığına göre değerlendirir. "Evde sinirlerim bozulur" ya da " Ellerim titrer" gibi ifadeler, "hemen hemen hiç", "bazen" ve "sık sık" seçeneklerinden biriyle yanıtlanır. Ölçekten alınacak puanlar 20-60 arasındadır, puanların artışı sürekli kaygıdaki artışı ifade etmektedir[52].

3.2.5. Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL):

Obsesif kompulsif bozukluğun belirtilerinin türünü araştırmayı amaçlayan bu ölçek Hosdgson ve Rachman (1977) tarafından geliştirilmiş, ülkemizde geçerlik ve güvenirlik çalışması Erol ve Savaşır tarafından 1988 yılında yapılmıştır. Doğru ve yanlış biçiminde yanıtlanan obsesif kompulsif belirtilerin türünü araştırmak ve absesif hastaları diğer nevrotik hastalardan ayırdetmek amacıyla geliştirilen bir özbildirim ölçeğidir. MOKSL'nin Türkçe uyarlaması 7 madde eklenmesiyle 37 madde olarak yeniden düzenlenmiştir. Doğru olarak işaretlenen soru için 1 puan verilirken, 11 numaralı soru hayır ya da yanlış olarak işaretlense de 1 puan verilmektedir. Ölçeğin 12-20 yaş arası normal ve psikiyatrik örneklemlerde obsesif kompulsif yakınmaların türünü ve yaygınlığını ölçmede, araştırmalarda ve klinik kullanımda geçerli ve güvenilir olduğu gösterilmiştir. Ancak ölçek genellikle 9 yaş ve üzeri çocuklarda uygulanmaktadır. Ölçekte temizlik, kuşku, kontrol ve yavaşlık ile ilgili alt ölçekleri içermektedir[53,54].

3.3. İstatistiksel analiz

Verilerin istatistiksel analizinde SPSS 15.0 paket programı kullanıldı. Yaş ve ölçekler gibi sürekli ölçümlü değişkenlerin özetlenmesinde ortalama ve standart sapma kullanıldı. Cinsiyet ve geliş nedeni gibi kategorik değişkenlerinde özetlenmesinde ise sayı ve yüzdelikler kullanıldı. İlk ölçüm ve son ölçüm farklılıklarını karşılaştırmada normallik varsayımının sağlanmasına göre Bağımlı gruplarda t testi veya Wilcoxon Signed Ranks testi kullanıldı. Gruplanmış verilere göre ölçek karşılaştırılmasında bağımsız gruplarda t testi veya alternatifi olan Mann Whitney U testi kullanıldı. Tüm analizlerde istatistiksel önem düzeyi 0.05 alındı.

4. BULGULAR

Adana Oğuz Kağan Köksal Çocuk ve Gençlik Merkezi'ne 26 Nisan 2004 – 31 Ağustos 2007 tarihleri arasında toplam 72 kız çocuk yatırılmıştır. Hastaların yaşları 10 yaş 5 ay ile 19 yaş 3 ay arasındadır (ort: 14,83; ss. ± 2.12).

4.1. Adana Oğuz Kağan Köksal Çocuk ve Gençlik Merkezi'ne Kabul Edilen Kız Çocuklarının Sosyodemografik Verilerinin Değerlendirilmesi

Kurumda kalan gençlerin eğitimi; hiç eğitim almayanlar ile halen 10.sınıfta okuyan olarak değişmektedir (ort: 6,28; ss: ±2.66). Merkeze alınan kız çocuklarının eğitim yıllarına göre dağılımı Çizelge 1.1'de gösterilmiştir.

Çizelge 4.1.1. Merkeze Yatışı Yapılan Kız Çocuklarının Eğitim Durumu

EĞİTİM DÜZEYİ	N / %
Eğitimsiz	2 / 2.8
İlköğretim (1-8.sınıf)	24 / 33.4
Lise (9-11.sınıf)	46 / 63.8
TOPLAM	**72 / 100.0**

Çizelge 4.1.1' e göre yatan kız çocuklarının 70'i (%97.2) eğitimli iken 2'si (%2.8) hiç eğitim almamıştır.

Merkeze kabul edilmiş kız çocuklarının kardeş sayısı; tek çocuk olan 8 (%11.1) çocuk, 1-3 kardeşi olan 46 (%63.9) çocuk, 4-7 kardeşi olan 15 (%20.9) çocuk, 8-13 kardeşi olan 3 (%4.2) çocuk saptanmıştır.

Merkeze kabul edilen kız çocuklarının anne-babalarının sağ/ölü durumu Çizelge 4.1.2.' de gösterilmiştir.

Çizelge 4.1.2. Kız Çocuklarının Anne-Babalarının Sağ/Ölü Durumları

SAĞ/ÖLÜ DURUMU	ANNE N/%	BABA N/%
SAĞ	65 / 90.3	64 / 87.5
ÖLÜ	7 / 9.7	8 / 12.5
TOPLAM	**72 / 100.0**	**72 /100.0**

Çizelge 4.1.2'e göre kız çocuklarının 65'nin (%90.3) annesi sağ, 64'ünün (% 87.5) babası sağ olarak tespit edilmiştir.

Çocukların anne/ babalarının çalışma durumları Çizelge 4.1.3'te gösterilmiştir.

Çizelge 4.1.3. Kız Çocuklarının Annelerinin Çalışma Durumları

ÇALIŞMA DURUMU	ANNE N / %
Ev Hanımı	52 / 72.2
Düzensiz Çalışma (Dışarıda)	9 / 12.5
İşçi	6 / 8.3
Emekli	2 / 2.8
Diğer	3 / 4.2
TOPLAM	**72 / 100.0**

Çizelge 4.1.3' e göre kızların 52'sinin (% 72.2) annesi ev hanımı olduğu saptanmıştır.

Çizelge 4.1.4. Kız Çocuklarının Babalarının Çalışma Durumları

ÇALIŞMA DURUMU	BABA
	N / %
Çalışmıyor	15 / 20.8
Düzensiz (Geçici İşçi)	15 / 20.8
İşçi	16 / 22.2
Emekli	6 / 8.3
Çiftçi	5 / 6.9
Serbest	14 / 19.4
Cezaevinde	1 / 1.4

Çizelge 4.1.4'e göre kızların babalarının 15'nin (%20.8) çalışmadığı, 15'nin (20.8) geçici ve düzensiz işçi olduğu, 16'sının (%22.2) kadrolu işçi olduğu bulunmuştur.

Çizelge 4.1.5. Kız Çocuklarının Anne ve Babalarındaki Fiziksel Hastalık

FİZİKSEL HASTALIK	ANNE	BABA
	N / %	N / %
Hastalık yok	56 / 77.8	64 / 88.9
Diyabet	3 / 4.2	1 / 1.4
Kalp Hastalığı	2 / 2.8	1 / 1.4
Hipertansiyon/Obezite	4 / 5.6	1 / 1.4
Böbrek Yetmezliği	3 / 4.2	1 / 1.4
Akciğer Kanseri	1 / 1.4	-----
Ortopedik Özür	1 / 1.4	-----
İşitme Kaybı	1 / 1.4	-----
Bel Fıtığı	1 / 1.4	4 / 5.6

Çizelge 4.1.5'e göre, merkezde yatan gençlerin 56'sının (%77.8) annelerinde ve babaların ise 64'ünde (%88.9) herhangi bir fiziksel hastalık saptanmamıştır.

Çizelge 4.1.6. Annede Psikiyatrik Hastalık

PSİKİYATRİK HASTALIK	ANNE
	N / %
Yok	61 / 84.7
Nöroz	3 / 4.2
Psikoz	4 / 5.6
Depresyon	4 / 5.6
TOPLAM	**72 / 100.0**

Çizelge 4.1.6'a göre merkeze kabul edilen gençlerin psikiyatrik muayeneleri yapılırken alınan öyküden 61'inin (%84.7) annesinde herhangi bir psikiyatrik hastalık bulunmadığı bildirilmiştir.

Çizelge 4.1.7. Babada Psikiyatrik Hastalık

PSİKİYATRİK HASTALIK	BABA
	N / %
Yok	56 / 77.8
Kişilik Bozukluğu	8 / 11.1
Madde Bağımlılığı	6 / 8.3
Psikoz	2 / 2.8
TOPLAM	**72 / 100.0**

Çizelge 4.1.7'e göre merkeze kabul edilen kızların 56'sının (%77.8) babasında herhangi bir psikiyatrik bulunmadığı saptanmıştır.

Adana Oğuz Kağan Köksal Çocuk ve Gençlik Merkezi'ne kabul edilen, istismar ve ihmale uğramış kızların 24'ünün (%33.3) babalarında alkol kullanımı var iken, 48'inin (%66.7) babalarında alkol kullanımı yoktur.

Çizelge 4.1.8. Aile Durumu I.

AİLE DURUMU I.	N / %
Anne-Baba Birlikte (İntakt)	42 / 68.3
Boşanmış	15 / 20.8
Anne Ölü	7 / 9.7
Baba Ölü	8 / 11.1

Çizelge 4.1.9. Aile durumu II. (Kız Çocuklarının Yaşam Şekli)

AİLE DURUMU II.	N / %
Çekirdek Aile	39 / 54.2
Geniş Aile	4 / 5.6
Anne ile Birlikte	12 / 16.7
Üvey Anne ile Birlikte	1 / 1.4
Koruyucu Aile ile	1 / 1.4
Evlat Edinilmiş	1 / 1.4
SHÇEK'da (Anne-Baba ile Görüşüyor)	13 / 18.1
SHÇEK'da (Anne-Baba ile Görüşmüyor)	1 / 1.4
TOPLAM	**72 /100.0**

Çizelge 4.1.9'a göre, merkeze kabul edilmeden önce kızların 39'u (%54.2) anne-babalarıyla birlikte, 13'ü (% 18.1) Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumunda kalıp anne-baba ile belirli aralıklarla görüşür iken, 12 kız çocuğunun (%16.7) yalnızca anneleriyle yaşamakta oldukları saptanmıştır.

4.2. Adana Oğuz Kağan Köksal Çocuk ve Gençlik Merkezi'ne Kabul Edilen Kız Çocukların Başvuru Şekli İle İlgili Verilerin Değerlendirilmesi

Oğuz Kağan Köksal Çocuk ve Gençlik Merkezine yatışı yapılan kızlardan 71'i (%98.6) çocuk polisi ve mahkeme/savcılık aracılığıyla başvurmuş iken, yalnızca 1'i (%1.4) kendiliğinden başvurmuştur.

Çizelge 4.2.1. Kız Çocukların Merkeze Geliş Nedenleri

GELİŞ NEDENLERİ	VAR	YOK
	N / %	N / %
Cinsel Taciz	48 / 66.7	24 / 33.3
Tecavüz	27 / 37.5	49 / 68.1
Ensest	13 / 18.1	59 / 81.9
Fuhuşa Yönlendirilen	7 / 9.7	65 / 90.3
Fiziksel İstismar	18 / 25.0	54 / 75.0
Kaçma (Evden, SHÇEK'dan vs.)	31 / 43.1	41 / 56.9
İhmal	34 / 47.2	38 / 52.8
Özkıyım Girişimi	8 / 11.1	64 / 88.9
Özkıyım Girişimine Tanık Olma	1 / 1.4	71 / 98.6
Hırsızlık	4 / 5.6	68 / 94.4

Çizelge 4.2.1'a göre Çocuk ve Gençlik Merkezine kabul edilen kızların 48'i (%66.7) cinsel taciz, 27'i (%37.5) tecavüz, 31'i (% 43.1) evden ya da yaşadığı SHÇEK'dan kaçma, 18'i (%25.0) fiziksel istismar, 13'ü (%18.1) ensest ve 34'ü (%47.2) ise ihmal nedeniyle çocuk polisi ya da mahkeme/savcılık aracılığıyla başvurmuşlardır.

Kuruma kabul edilen kızlardan 4'ü (%5.6) kurumdan kaçmıştır ve hala bulunamamışlardır. Ayrıca çocukların 7'si (% 9.7) kuruma alındıklarında tecavüz sonrası gebelikleri mevcuttu. Gebelikleri ile ilgili alınan öyküde, 2'si (%2.8) özbaba, 1'i (%1.4) abi 1'i (%1.4) üvey baba, 1'i (%1.4) enişte ve 2'si (%2.8) bilinmeyen bir tecavüzcü tarafından işlendiği belirtilmiştir.

4.3. Adana Oğuz Kağan Köksal Çocuk ve Gençlik Merkezi'ne Kabul Edilen Kız Çocuklarının Tanılarıyla İlgili Verilerin Değerlendirilmesi

Çocuk polisi tarafından Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine çeşitli nedenlerle başvuran kızlar çocuk psikiyatristleri tarafından değerlendirilmiş ve DSM IV'e göre tanılandırılıp tedavi edilmek üzere Oğuz Kağan Köksal Çocuk ve Gençlik Merkezi'ne kabulü sağlanmıştır. 2003-2007 tarihleri arasında merkeze tedavi amaçlı alınan çocukların tanıları aşağıda belirtilmiştir.

Çizelge 4.3.1. Çocukların Eksen I. Tanıları

TANILAR (EKSEN I.)	**N / %**
Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB)	32 / 44.6
Depresyon	5 / 6.9
Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Boz. + Davranım Boz.	2 / 2.8
Davranım Bozukluğu	30 / 41.8
Obsesif Kompulsif Bozukluk	1 / 1.4
Psikoz	1 / 1.4
Bipolar Bozukluk	1 / 1.4
TOPLAM	**72 / 100.0**

Çizelge 4.3.1'e göre 32 (%44.6) kız çocuğuna Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB), 30 (%41.8) gence Davranım Bozukluğu tanısı konulmuştur.

Çizelge 4.3.2. Kız Çocuklarının Eksen II. Tanıları

TANILAR (EKSEN II.)	N / %
Zihinsel Özür	12 / 16.7
Borderline (Sınırda) Kişilik Özelliği	19 / 26.4
Zihinsel Özür + Borderline Kişilik Özelliği	6 / 8.3

Çizelge 4.3.2'ye göre,12 (%16.7) kız çocuk Zihinsel Özür, 19 (%26.4) kız çocuk Sınırda (Borderline) Kişilik Özelliği ve 6 (%8.3) çocuğa Zihinsel Özür + Sınırda (Borderline) Kişilik Özelliği II. Eksen tanıları konulmuştur.

Çizelge 4.3.3. Kız Çocukların Zeka Testi Değerlendirmesi

ZEKA BÖLÜMLERİ (Puan)	N / %
49 Puan ve Altı	8 / 11.1
50-69 Puan Arası	11 / 15.3
70-89 Puan Arası	1 / 1.4
90- +	--------
Test Uygulanmayanlar	52 / 72.2
TOPLAM	**72 / 100.0**

Çizelge 4.2.3'e göre uygulanan Zeka Testi'ne göre 8 (%11.1) çocuk 49 puan altı (Orta düzeyde Zihinsel Özür) ve 11 (%15.3) çocuk ise 50-69 puan arası (Hafif Düzeyde Zihinsel Özür) olduğu saptanmıştır.

III. Eksen tanısı olarak gençlerin 2'sinde (%2.8) Epilepsi tespit edilmiştir. Ayrıca hastaların 7'sinde (%9.7) tecavüze bağlı gebelik saptanmıştır.

4.4. Adana Oğuz Kağan Köksal Çocuk ve Gençlik Merkezi'ne Kabul Edilen Kız Çocuklarına Uygulanan Beck Depresyon Ölçeği, Durumluk Kaygı Envanteri (STAI-I), Sürekli Kaygı Envanteri (STAI-II) ve Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL) ile İlgili Verilerin Değerlendirilmesi

Adana Oğuz Kağan Köksal Çocuk ve Gençlik Merkezi'ne kabul edilen, taburcu olmuş ya da olmamış 72 kız çocuğuna ait bulgular bu bölümde verilmiştir. Ancak uygulanan ölçekler, bazı çocukların zihinsel sorunlarından dolayı sağlıklı doldurulamamış olabilir.

Çizelge 4.4.1. Kız Çocuklarına Uygulanan Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Durumluk Kaygı Envanteri (STAI-I), Sürekli Kaygı Envanteri (STAI-II) ve Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL) Yatış ve Son Ölçüm Ortalamaları

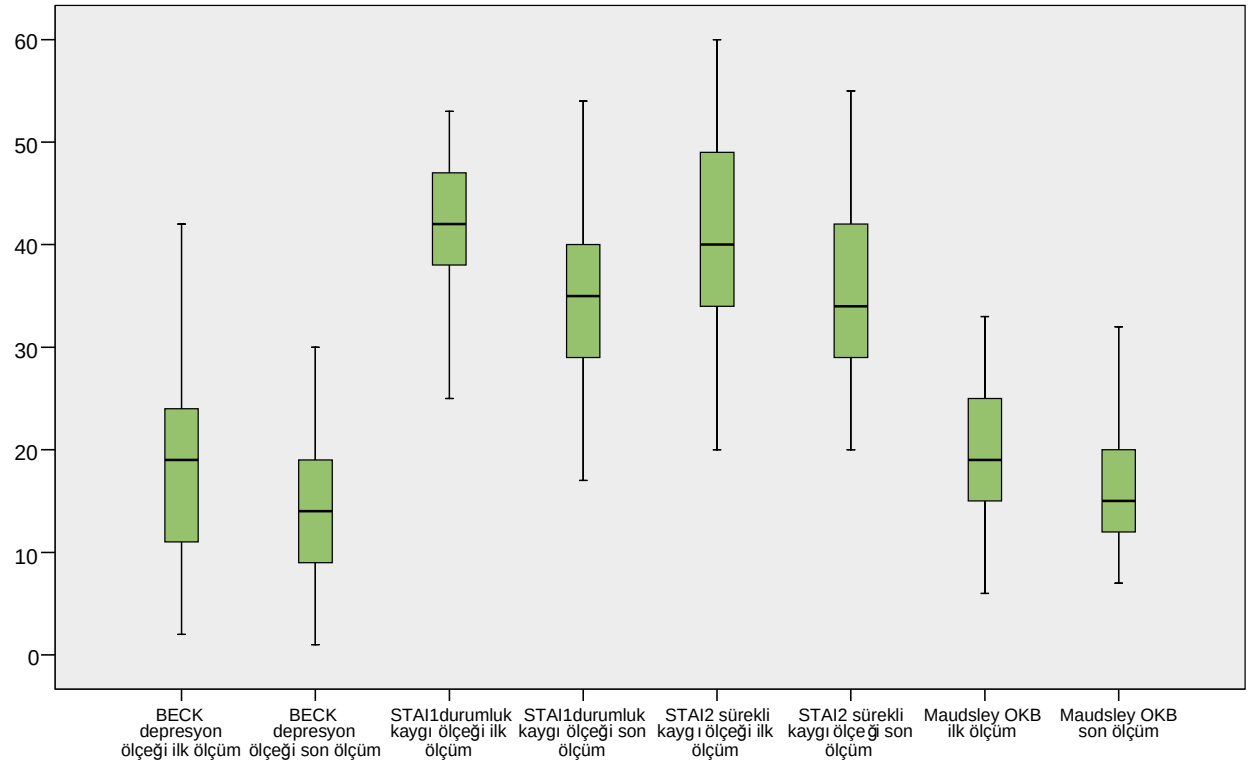
ÖLÇEKLER	YATIŞ	SON ÖLÇÜM	
	Ort / ±ss	Ort / ±ss	P
Beck Depresyon Ölçeği	18.00 ±8.97	14.27 ±6.77	**.001***
Durumluk Kaygı Env. (STAI-I)	41.00 ±7.99	34.97 ±8.46	**.000***
Sürekli Kaygı Env. (STAI-II)	40.78 ±10.19	34.59 ±9.27	**.000***
Obsesif Kompulsif Soru Listesi	19.43 ±6.97	16.15 ±6.52	**.000***

* P<0.005

Çizelge 4.4.1'e göre kız çocuklarının merkeze yatış ve son ölçüm (20 çocuk halen merkezde kalmaktadır), Beck Depresyon Ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (p=0.001).

Kız çocuklarının, Durumluk Kaygı Envanteri (STAI-I), Sürekli Kaygı Envanteri (STAI-II) ve Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p<0.001).

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Durumluk Kaygı Envanteri (STAI-I), Sürekli Kaygı Envanteri (STAI-II) ve Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL) puanlarının tedavi sonrası değerleri, başlangıç değerlerine göre önemli olacak şekilde düşüktü (p≤0.001).



Şekil 4.4.1. Kız Çocuklarına Uygulanan Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Durumluk Kaygı Envanteri (STAI-I), Sürekli Kaygı Envanteri (STAI-II) ve Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL) Yatış ve Son Ölçüm Ortalamaları

Oğuz Kağan Köksal Çocuk ve Gençlik Merkezine kabul edilen çocuklar ortalama 6.39 ±4.54 ay merkezde kalmışlardır.

Çizelge 4.4.2. Merkezden Taburcu Olan ve Hala Merkezde Kalan Kız Çocuklarının Kalış Sürelerinin Gruplandırılması

KALIŞ SÜRELERİ (AY)	N / %
0-3 ay	18 / 25.0
4-6 ay	27 / 37.5
7-9 ay	16 / 22.2
10-+ ay	11 / 15.3
TOPLAM	**72 / 100.0**

Çizelge 4.4.3. Kız Çocuklarına Uygulanan Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Durumluk Kaygı Envanteri (STAI-I), Sürekli Kaygı Envanteri (STAI-II) ve Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL) Gruplandırılmış Kalış Sürelerine (0-3 ay, 4-6 ay, 7-9 ay, 10 ve üzeri) Göre Ölçek Puanlarının Yatış-Son Ölçüm Karşılaştırılması

YATIŞ SÜRESİ	ÖLÇEKLER	YATIŞ ÖLÇÜM	SON ÖLÇÜM	P
		Ort / ±ss	Ort / ±ss	
0-3 AY	Beck Depresyon Ölçeği	17.53 ±10.37	12.20 ±6.8	.059
	Durumluk Kaygı Env.(STAI-I)	39.80 ±9.68	33.20 ±8.71	.007
	Sürekli Kaygı Env. (STAI-II)	40.67 ±11.31	32.33 ±9.27	.013
	Obsesif Komp. Soru Listesi	18.88 ±7.66	15.19 ±7.54	.002
4-6 AY				
	Beck Depresyon Ölçeği	18.29 ±8.43	13.92 ±6.56	.004*
	Durumluk Kaygı Env.(STAI-I)	41.72 ±5.97	36.48 ±9.34	.001*
	Sürekli Kaygı Env. (STAI-II)	40.04 ±8.39	34.68 ±9.19	.016*
	Obsesif Komp. Soru Listesi	22.46 ±6.02	17.88 ±7.09	.002*
7-9 AY				
	Beck Depresyon Ölçeği	19.40 ±8.54	15.53 ±7.20	.011*
	Durumluk Kaygı Env.(STAI-I)	42.71 ±9.78	34.93 ±7.81	.000*
	Sürekli Kaygı Env. (STAI-II)	45.29 ±10.59	36.57 ±9.77	.001*
	Obsesif Komp. Soru Listesi	16.53 ±6.28	14.67 ±5.09	.272
≥ 10 AY				
	Beck Depresyon Ölçeği	17.60 ±9.63	14.11 ±7.35	.932
	Durumluk Kaygı Env.(STAI-I)	40.82 ±9.15	33.90 ±6.99	.008*
	Sürekli Kaygı Env. (STAI-II)	36.50 ±11.21	35.00 ±9.46	.760
	Obsesif Komp. Soru Listesi	17.40 ±7.09	15.80 ±5.03	.510

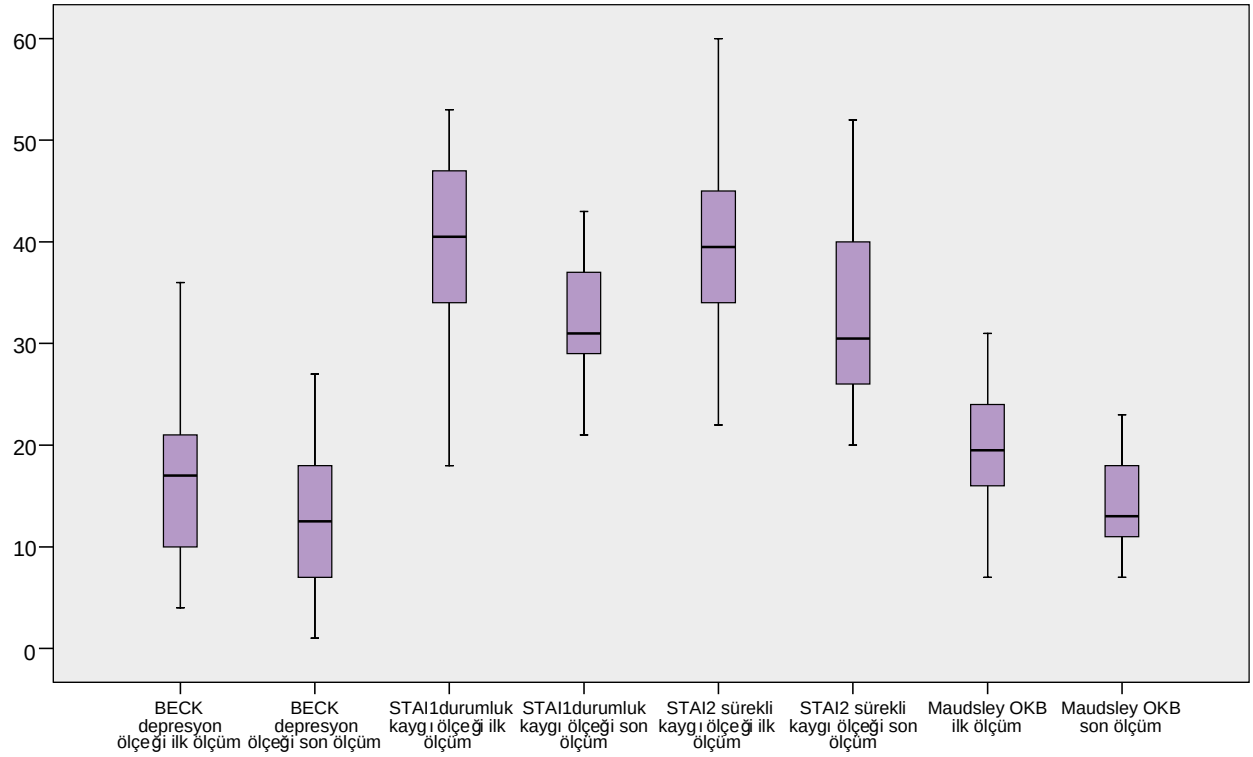
$p \leq 0.05$

Çizelge 4.4.3'e göre, çocukların gruplandırılmış kalış sürelerine (0-3 ay) göre ölçeklerin puanlarının yatış-son ölçüm ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Ölçek puanlarının tedavi sonrası değerleri, başlangıç değerlerine göre önemli olacak şekilde düşük olduğu gözlenmiştir ($p \leq 0.05$).

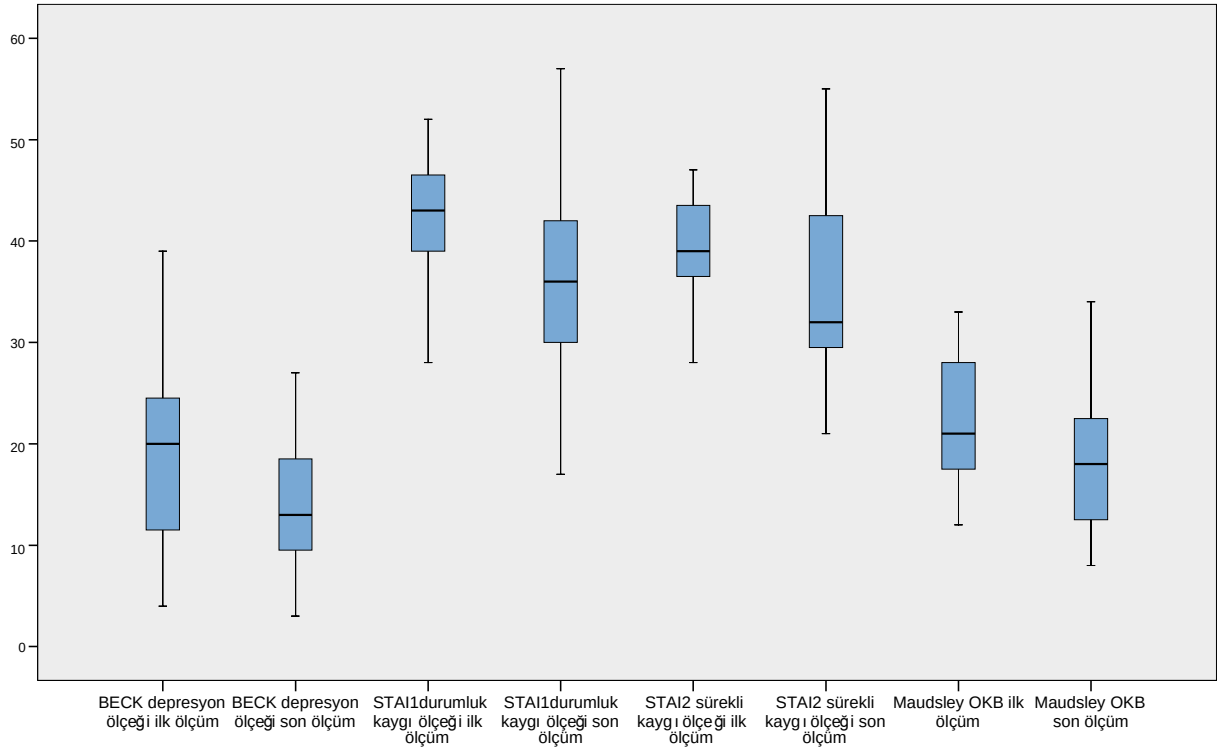
Çocukların gruplandırılmış kalış sürelerine (4-6 ay) göre son ölçüm ölçeklerin puanlarının ortalamaları, yatış ölçüm ortalamalarına göre daha düşük bulunmuştur ($p<0.05$). Ancak bütün ölçeklerin ortalamaları arasındaki anlamlılık düzeyi değerlendirildiğinde, 3-7 ay arası ölçek ortalamaları 0-3 ay ve ≥7 ve üzeri aylardaki ölçek ortalamalarına göre daha anlamlı olduğu bulunmuştur. Kalış süreleri değerlendirildiğinde 3-7 ay arası kalış süresinin kızlarda daha anlamlı olduğu düşünülmektedir.

Kız çocukların gruplandırılmış kalış sürelerine (7-9 ay) göre ölçeklerinden Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Durumluk Kaygı Envanteri (STAI-I) ve Sürekli Kaygı Envanteri (STAI-II) puanlarının yatış-son ölçüm ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL) dışındaki tüm ölçek puanlarının tedavi sonrası değerleri, başlangıç değerlerine göre önemli olacak şekilde düşüktü ($p<0.05$). Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL) puanlarının değişmediği istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır.

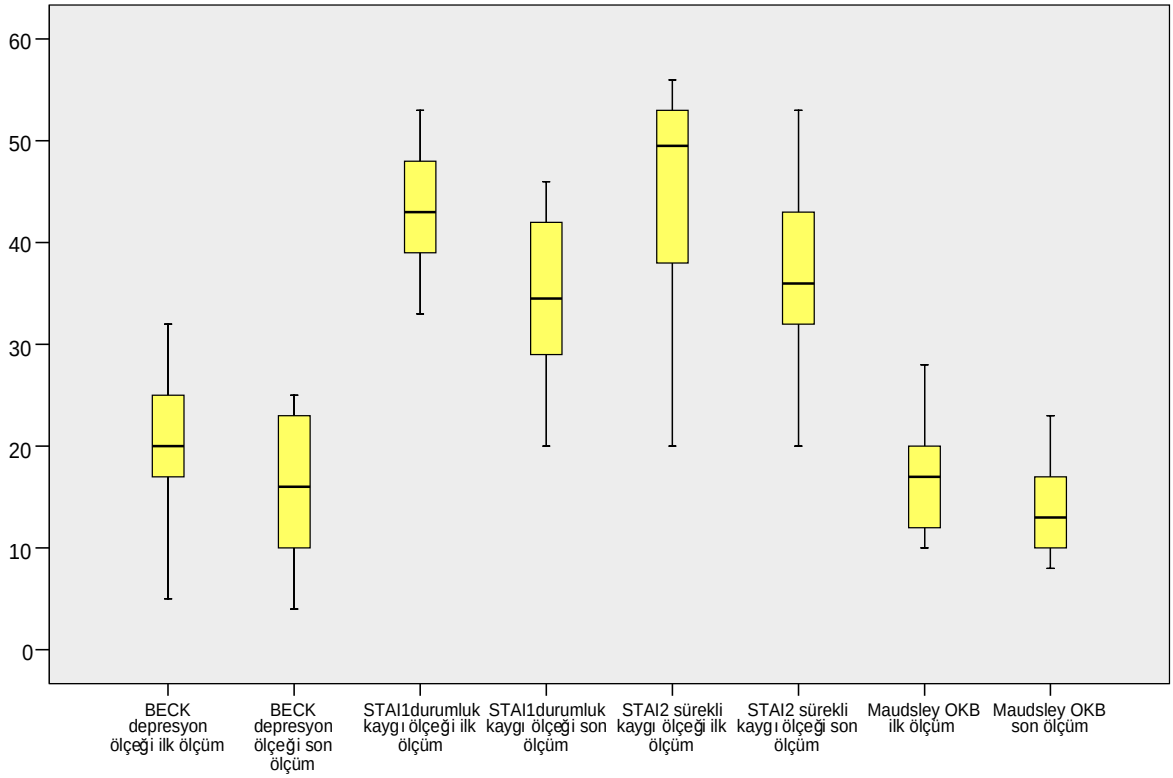
Kızların gruplandırılmış kalış sürelerine (7-9 ay) göre ölçeklerden yalnızca Durumluk Kaygı Envanter'i puanlarının yatış-son ölçüm ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$).



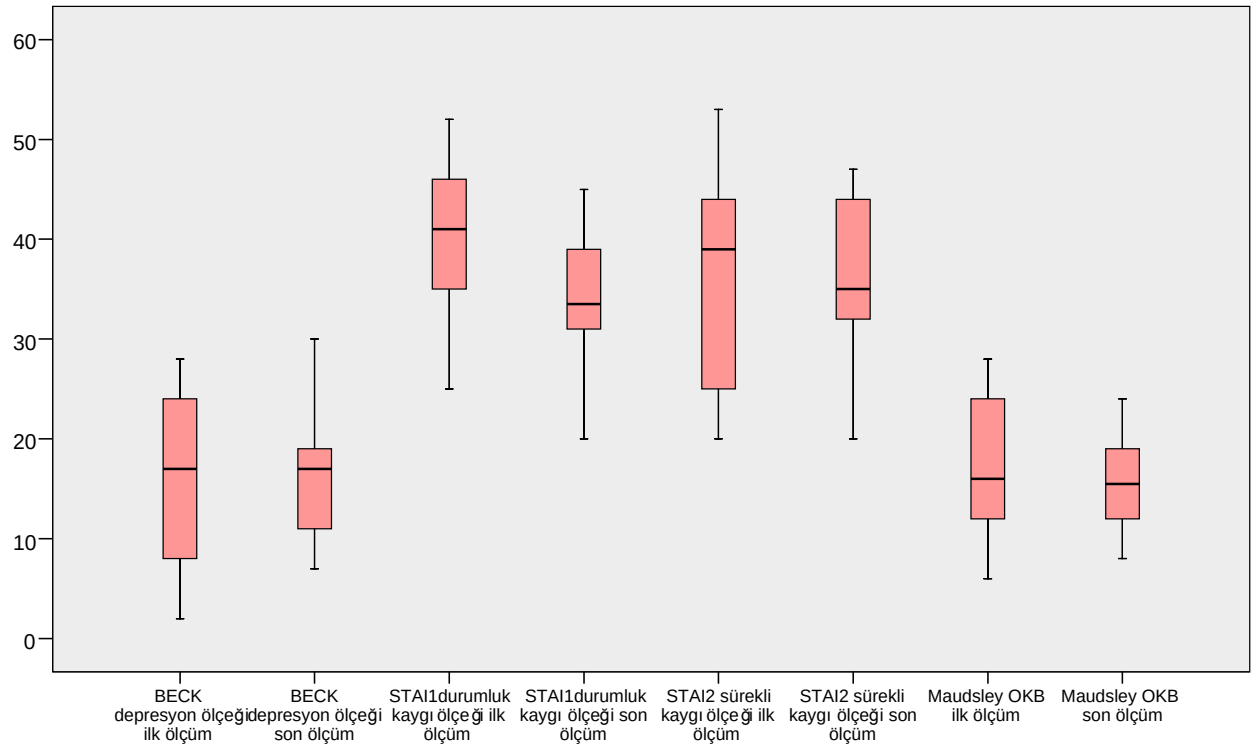
Şekil 4.4.3.A Kız Çocuklarına Uygulanan Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Durumluk Kaygı Envanteri (STAI-I), Sürekli Kaygı Envanteri (STAI-II) ve Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL) Gruplandırılmış Kalış Sürelerine (0-3 ay) Göre Ölçek Puanlarının Yatış-Son Ölçüm Karşılaştırılması



Şekil 4.4.4.B Kız çocuklarına Uygulanan Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Durumluk Kaygı Envanteri (STAI-I), Sürekli Kaygı Envanteri (STAI-II) ve Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL) Gruplandırılmış Kalış Sürelerine (4-6 ay) Göre Ölçek Puanlarının Yatış-Son Ölçüm Karşılaştırılması



Şekil 4.4.3.C Kız çocuklarına Uygulanan Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Durumluk Kaygı Envanteri (STAI-I), Sürekli Kaygı Envanteri (STAI-II) ve Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL) Gruplandırılmış Kalış Sürelerine (7-9 ay) Göre Ölçek Puanlarının Yatış-Son Ölçüm Karşılaştırılması



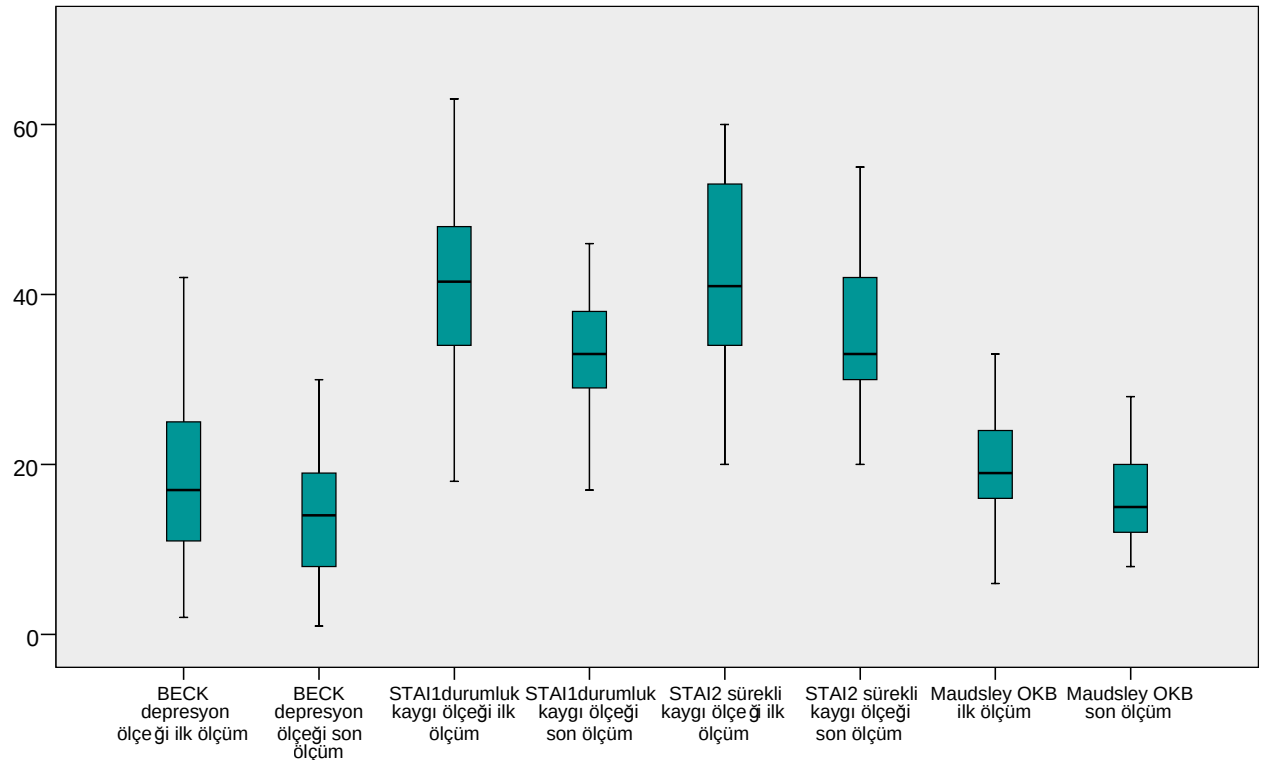
Şekil 4.4.3.D Kız çocuklarına Uygulanan Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Durumluk Kaygı Envanteri (STAI-I), Sürekli Kaygı Envanteri (STAI-II) ve Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL) Gruplandırılmış Kalış Sürelerine (10 + ay) Göre Ölçek Puanlarının Yatış-Son Ölçüm Karşılaştırılması

Çocukların geliş nedenleri tekrar değerlendirildiğinde; tek nedenle gelen 29 (%40.3) çocuk, 2 nedenle gelen 10 (%13.9) çocuk, 3 nedenle gelen 19 (%26.4) çocuk, 4 nedenle gelen 8 (%11.1) çocuk, 5 nedenle gelen 4 (%5.6) çocuk ve 6 nedenle gelen 2 (%2.8) çocuk bulunmaktadır. Geliş neden sayısının çokluğunun ölçek puanlarına etkisini inceleyebilmek için 2 neden veya daha az nedenle gelenlerle, 3 veya daha fazla nedenle gelenler karşılaştırılmıştır.

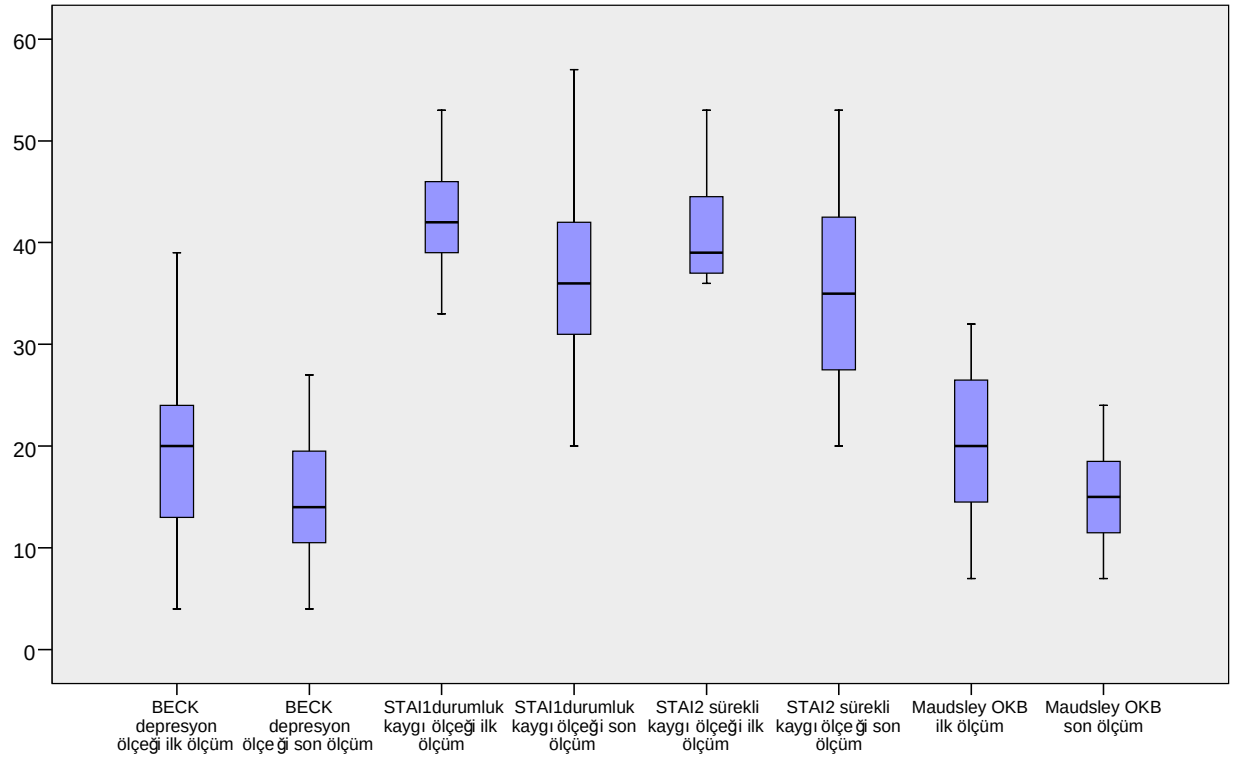
Çizelge 4.4.4. Kız çocuklarına Uygulanan Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Durumluk Kaygı Envanteri (STAI-I), Sürekli Kaygı Envanteri (STAI-II) ve Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL), Geliş Nedenlerine Göre Ölçek Puanlarının Yatış-Son Ölçüm Karşılaştırılması

ÖLÇEKLER	Geliş nedeni sayısı en fazla 2 olanlar	3 veya daha fazla geliş nedeni olanlar	P
Beck Depresyon Ölçeği-İlk Ölçüm	17.56 ±9.54	18.35 ±8.5	.714
Beck Depresyon Ölçeği-Son Ölçüm	14.11 ±7.35	14.45 ±6.13	.846
Durumluk Kaygı Env.(STAI-I)-İlk Ölçüm	40.13 ±9.11	41.77 ±6.55	.411
Durumluk Kaygı Env.(STAI-I)-Son Ölçüm	33.97 ±8.71	36.10 ±8.16	.319
Sürekli Kaygı Env. (STAI-II)-İlk Ölçüm	41.08 ±10.57	40.07 ±9.50	.682
Sürekli Kaygı Env.(STAI-II)-Son Ölçüm	35.21 ±9.05	33.90 ±9.62	.578
Obsesif Kompulsif Soru Listesi-İlk Ölçüm	19.21 ±6.69	19.50 ±7.26	.865
Obsesif Kompulsif Soru Listesi-Son Ölçüm	16.61 ±6.37	15.59 ±6.77	.533

Çizelge 4.4.7'a göre; çocuklara uygulanan Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Durumluk Kaygı Envanteri (STAI-I), Sürekli Kaygı Envanteri (STAI-II) ve Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL), Geliş Nedenlerine Göre Ölçek Puanlarının Yatış ve Son Ölçüm ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Bu durum, geliş neden sayısının ölçek puan ortalamalarına hiçbir etkisi olmadığı sonucunu düşünülebilir.



Şekil 4.4.4.A Kız Çocuklarına Uygulanan Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Durumluk Kaygı Envanteri (STAI-I), Sürekli Kaygı Envanteri (STAI-II) ve Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL), Geliş Nedenlerine Göre Ölçek Puanlarının Yatış-Son Ölçüm Karşılaştırılması



Şekil 4.4.4.B Kız Çocuklarına Uygulanan Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Durumluk Kaygı Envanteri (STAI-I), Sürekli Kaygı Envanteri (STAI-II) ve Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL), Geliş Nedenlerine Göre Ölçek Puanlarının Yatış-Son Ölçüm Karşılaştırılması

5. TARTIŞMA

Rehabilitasyon ve tedavi merkezleri, çocuk ve ergenlere hizmet veren organizasyonlardır. Temel amaç, bakım verilen kişilerin "zihinsel sağlık" tedavi planlarının yapılmasıdır[46]. Çocuk ve gençlik merkezleri, yataklı psikiyatrik bakımın dışında; duyusal ve davranışsal bozukluğu olan çocuklar için sağlanan en pahalı, en sınırlı bakım veren kuruluşlardır[55]. Rehabilitasyon ve tedavi merkezleri dünyada özellikle ABD'de oldukça yaygındır. Çocuk ve gençlik merkezleri yataklı üniteleri, ABD'de duygusal güçlüğü olan çocukların tedavi ve rehabilitasyonunda, akıl sağlığı hizmetlerinin önemli bir kısmını yerine getirmektedir. ABD'de, 1988'de bu tür hizmetleri veren 440 tane merkez, akıl sağlığı kurumlarının % 9'unu oluşturmaktadır. Bu merkezler hastane ortamından farklıdır. Yirmi dört saat bakım veren, uygulanan programlar ve tedavi yöntemleri açısından değişkenlik gösteren kuruluşlardır. ABD'de bulunan 36 eyalette, 92 şehirde 96 tane bu statüde merkez incelenmiş ve 0-14 yaş arası 5500 çocuğa bu merkezlerde tedavi ve bakım verildiği bildirilmiştir[55]. Dünyada istismar ve ihmale uğramış çocuklara yönelik çok sayıda ve nitelikte tedavi ve rehabilitasyon merkezleri bulunmasına karşın, ülkemizde böyle merkezlerin örneği bulunmamaktadır. Ülkemizde örnek sayılabilecek Oğuz Kağan Köksal Çocuk ve Gençlik Merkezi 2004 yılından Ağustos 2007'e kadar 72 çocuğun kabulü sağlanmıştır.

Cinsel istismara uğrayan çocukların psikiyatrik ve davranış problemlerinin başlangıçtaki düzeyi, tedavi merkezinde ne kadar kalacağını ve ne tür bir tedavi alacağını belirlemektedir. Yani çok sorunlu olan hastalar daha uzun kalmaktadırlar. Çalışmamızda, merkezde kalan hastaların kalış süresini psikiyatrik tedaviye ve rehabilitasyona verdikleri yanıt belirlemektedir. Ayrıca, çocuğun taburcu sonrası nereye yerleştirileceği merkezdeki kalış süresini de belirlemektedir.

Tedavi ve rehabilitasyon merkezlerindeki çocuk ve ergenlerin tedaviye kabul nedenlerinin % 50'den fazlasını istismar ve ihmale uğramış çocuklar, madde kullanım bozuklukları, alkolizm ve zihinsel özür oluşturmaktadır[46,47]. Adana Oğuz Kağan Köksal Çocuk ve Gençlik Merkezi başlangıçta hem kız hem de erkek çocuklara hizmet vermek üzere kurulmuştur. Ancak merkezde çalışacak profesyonellerin eğitimi, uygulanacak programların işlerliği ve güvenliğin oluşturulması anlamında başlangıçta cinsel istismara uğramış kız çocukları kabul edilmiştir.

Adana Oğuz Kağan Köksal Çocuk ve Gençlik Merkezi'ne 26 Nisan 2004–31 Ağustos 2007 tarihleri arasında kabul edilen toplam 72 kız çocuğunun yaşları 10 yaş 5 ay ile 19 yaş 3 ay arasındadır (ort: 14,83; ss. ± 2.12). Bulgularımız, bu tür merkezlere yatırılan hastaların yaş aralığı ile uyumdur. Yapılan araştırmalarda, benzer şekilde, çocukluk ve ergenliği kapsayacak şekilde merkezlere hasta kabul edilmektedir[56].

Çalışmamızda olguların eğitim düzeyi incelendiğinde ilköğretim mezunu ya da hala ilköğretime devam edenlerin oranı %33.4, liseden terk ya da devam edenlerin oranı ise %63.8 olarak bulunmuştur. Hastaların her ne kadar eğitim düzeyleri yaşlarıyla uyumlu görünse de bilişsel fonksiyonlarındaki yetersizlik istismar ve ihmale uğramaları için risk oluşturmaktadır[57].

İstismar ve ihmale uğrayan çocuk ve gençlerin ebeveynlerinin çalışma durumları, sağ ya da ölü olmaları, istismar ve ihmal riskini arttırmaktadır[58]. Çalışmamızda, hastaların %72.2'sinin annelerinin ve %41.6'sının babalarının ya çalışmadıkları ya da geçici işlerde çalıştıkları saptanmıştır.

Çalışmamızdaki olguların annelerinin fiziksel hastalıklarına bakıldığında, %22.2'sinde diyabet, hipertansiyon, kalp hastalıkları vs. gibi kronik hastalıklar olduğu bildirilmiştir. Çocukların annelerindeki hastalıklar istismar ve ihmal risk etmenlerinden biri olarak düşünülmektedir. Çünkü kronik hastalığı olan annelerin yaşam kaliteleri de düşük olacağından, çocuklarını denetleme ve disipline etme güçlükleri bulunabilmektedir (Çizelge 4.1.5).

David ve Shenyang'ya göre çocuk ve gençlik merkezlerinde istismar ve ihmalden dolayı tedavi ve rehabilitasyonu yapılan çocuklarda ebeveynlerin psikiyatrik öykülerinin varlığı risk etmenlerinden biri olarak saptanmıştır. Çalışmamızdaki hastaların özellikle babalarındaki psikiyatrik öykünün varlığı (%22.2) dikkati çekmektedir. Psikiyatrik yardım alan hastaların babalarının %11.1'de antisosyal kişilik bozukluğu, % 8.3'ünde madde bağımlılığı ve %2.8'inde ise psikoz tanısı bildirilmiştir. Araştırmamızdaki sonuçlar literatürle uyumludur[59]. Dale, Baker, Anastasio ve Purcell' in 2007 yılında yaptıkları bir araştırmada hastaların ebeveynlerinde psikiyatrik bozukluk oranı %8.4 ve madde kullanımı ise %60.8'dir. Bu sonuçlar anne-babaların madde kullanımı, çalışmamızdaki oranlara uymamaktadır[60]. Ülkemizde yetişkinlerde uyuşturucu madde kullanım sıklığı ile ilgili çalışmalar daha yeni

olup, prevelans çalışmaları yetersizdir. İstismar ve İhmale uğramış çocukların babalarındaki madde kullanımının gizli olması, polise ve adliyeye yansımaması kullanım oranının düşük bulunmasına yol açmış olabilir. Bununla birlikte, madde kullanımının toplumdaki genel sıklığının başka toplumlara göre çok yüksek bulunmayacağı da düşünülmektedir.

Çalışmamızdaki olguların aile durumu değerlendirildiğinde, %56.9'unun anne-babaları birlikte, %43.1'inin ise anne-babaları boşanmış ve parçalanmıştır. Kaynaklarda, tedavi merkezlerinde kalan, cinsel istismara uğramış çocukların ailelerinde sosyal kaos, aile problemleri, boşanma ve ayrı yaşama sorunlarının bulunduğu saptanmıştır. Ayrıca aile sorunlarının dışında merkezlere kabul edilen istismar ve ihmale uğramış kızların bir kısmının da merkeze alınmadan önce Çocuk Sitelerinde veya Çocuk Esirgeme Kurumlarında kaldığı bildirilmiştir[57]. Benzer olarak araştırmamızdaki olgulardan 14 (%19.5) tanesi Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu'ndan gelmiştir.

Oğuz Kağan Köksal Çocuk ve Gençlik Merkez'ine kabul edilen kız çocukları farklı istismarlar nedeniyle birden fazla istismar ve ihmale maruz kalma şikayetleriyle gelebilmektedirler. Geliş nedenlerine bakıldığında %66.7'si cinsel taciz, %47.2'si ihmal, % 43.1'i evden ya da sosyal kurumlardan kaçma, %37.5'i tecavüz, %25'i fiziksel istismar, %18.1'i ensest ve %11.1'i ise özkıyım girişimidir. Dale, Baker, Anastasio ve Purcell' in 2007 yılında yaptıkları bir çalışmaya göre, Newyork'ta 16 Çocuk ve Gençlik Tedavi Merkez'lerine kabul edilen 648 hastanın geliş nedeni sorgulandığında, %42.3'ü fiziksel istismar, %17.8'i cinsel istismar ve %50.9'u ise ihmal'dir[60]. Çalışmamızdaki olguların geliş nedeni oranlarından, fiziksel istismar oranı literatürdeki orandan daha düşük saptanmıştır. Bu oran genel popülasyonu yansıtmamaktadır. Ülkemizde çocuklara uygulanan her fiziksel şiddet olayı sosyal kurumlara, çocuk polisine ya da adliyeye yansımamaktadır. Bu da oranın literatürden daha düşük çıkmasına yol açmıştır. Bununla ilgili olarak, başvuranların önemli bir kısmını cinsel istismar olguları oluşturmaktadır. Merkeze kabul edilenlerin cinsel istismar öykülerinin bir kez adli makamlara yansımasının kamu davası haline gelmesinde rolü büyüktür.

İstismar ve ihmale maruz kalan çocuklarda uzun dönem olumsuz sonuçlar görülmektedir. Birçok psikiyatrik bozukluk için istismar ve ihmal risk etmenidir. Kaygı bozuklukları cinsel istismara uğrayan çocuklarda kısa süre içinde ortaya çıkabilmektedir. Uyku bozuklukları, kabuslar, fobiler, bedensel yakınmalar ve korku tepkileri çocuklarda

gözlenebilmektedir. Dikkat eksikliği-hiperaktivite bozukluğu, ikincil enürezis ve enkoprezis cinsel istismara uğrayan çocuklarda sık ortaya çıkmaktadır. Disosiasyon, ruhsal travmaya karşı ilkel bir savunma düzeneği olarak kabul edilmektedir. Bu çocuklarda konversiyon tepkilerine de yüksek oranda rastlanılmaktadır. Yine bu olumsuz deneyimi yaşamış çocuklarda yüksek oranda travma sonrası stres bozukluğu, depresyon görülmekte mağdurun benlik saygısı ciddi hasara uğramaktadır. Bu çocuklarda özkıyım düşünceleri ve girişimleri de sıktır. Öfke tepkileri, zayıf dürtü kontrolü, karşı olma-karşı gelme bozukluğu, cinsel istismara uğramış çocuklarda gözlenebilmektedir. Kişilerarası ilişki kurma ve sosyal ilişkileri sürdürebilme becerisi olumsuz olarak etkilenmektedir. Yüksek riskli cinsel eylemler istismara uğramış çocuklarda daha sık görülmektedir. Ayrıca cinsel istismar öyküsü olan çocukların cinsel saldırıya tekrar uğrama olasılıkları yüksek bulunmuştur[61,62,63,64].

Merkeze kabulde Ağır Ceza, Asliye Ceza ve Çocuk Mahkemeleri tarafından doğrudan gönderildiği gibi, çocuk polisi tarafından da Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğimize getirilmektedir. Çeşitli nedenlerle getirilen kız çocukları çocuk psikiyatristleri tarafından değerlendirilmiş ve Tanı Kriterleri El kitabı (DSM IV)'na göre tanılandırılıp tedavi edilmek üzere Oğuz Kağan Köksal Çocuk ve Gençlik Merkezi'ne kabulü sağlanmıştır. 2003-2007 tarihleri arasında merkeze tedavi amaçlı alınan hastalara %41.8'i travma sonrası stres bozukluğu, %41.8'i davranım bozukluğu, % 6.9'u depresyon, %2.8'i Dikkat eksikliği-hiperaktivite bozukluğu, % 2.8'i akut stres bozukluğu tanıları konmuştur. Yapılan çalışmalara göre, cinsel istismara uğrayan çocukların, travma sonrası stres bozukluğu, davranım bozukluğu, dikkat eksikliği-hiperaktivite bozukluğu, zıtlaşma bozukluğu, dissosiasyon, dürtü kontrol bozukluğu gibi tanıları aldıkları belirtilmektedir[65,66,67] . Çalışmamızda da istismar ve ihmale uğrayan çocuklara DSM-IV'e göre benzer tanılar konulmuştur.

Cinsel istismara uğrayan çocuklardaki duygusal ve davranışsal etkilerini tanımlayan çalışmalara göre, bu çocuklarda korku reaksiyonu, anksiyete, depresyon, öfke vs. gibi davranışlar görülmektedir (Browne A, Finkelhor D, 1986; Kendall-Tackett KA, Williams LM, Finkelhor D 1993). İstismar ve ihmale uğrayan çocukların tedavi ve rehabilitasyonu için yatışı yapılan merkezlerde sürekli bağımsız yaşam durumlarına adaptasyonunun sağlanmasının yanında, tıbbi ve psikiyatrik tedavileri de, çocukların tanıları doğrultusunda yapılmaktadır. Travma sonrası stres bozukluğu belirtileri, anksiyete ve depresyon bulguları psikofarmakolojik ajanlarla ve çeşitli terapi yöntemleriyle tedavi edilmeye çalışılmakta ve psikometrik değerlendirmelerle tedavinin etkililiği ölçülmektedir [68,69]. Oğuz Kağan Köksal

Çocuk ve Gençlik Merkezine kabul edilen hastalar 3 yıl içerisinde ortalama 6.39 ±4.54 ay merkezde kalmışlardır. Merkeze kabul edilen, taburcu olmuş ya da halen merkezde kalan 72 hastaya ait uygulanan Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Durumluk Kaygı Envanteri (STAI-I), Sürekli Kaygı Envanteri (STAI-II) ve Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL) yatış ve son ölçüm ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar bulunmuştur. Ölçek puanlarının tedavi sonrası değerlerinin, başlangıç değerlerine göre önemli olacak şekilde düşük olduğu gözlenmiştir. Bu bulgu, bu tür tedavi merkezlerinin cinsel istismara uğramış kızların tedavisinde başarılı olduğu, psikiyatrik belirtilerinin azaldığını gösterebilmektedir.

Hastaların kalış süreleri değerlendirildiğinde; 0-3 ay kalan 18 (%25) hasta, 4-6 ay kalan 27 (%37.5) hasta, 7-9 ay kalan 16 (%22.2) hasta ve 10 ayın üzerinde kalan toplam 11 (%15.3) hasta olduğu görülmüştür.

0-3 ay, 4-6 ay gruplandırılmış kalış süreleri dikkate alındığında, 72 hastaya uygulanan Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Durumluk Kaygı Envanteri (STAI-I), Sürekli Kaygı Envanteri (STAI-II) ve Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL)'ne ölçek puanlarının yatış-son ölçüm ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Ölçek puanlarının tedavi sonrası değerleri, başlangıç değerlerine göre önemli olacak şekilde düşük olduğu gözlenmiştir (Çizelge 4.4.3. ve Çizelge 4.4.4.). Yapılan bir çalışmaya göre, tedavi ve rehabilitasyon merkezine cinsel istismar nedeniyle yatışı yapılan 54 kız hastaya depresyon, anksiyete ve benlik saygısı ölçekleri uygulanmış ve hastaların benlik saygısının düşük olduğu, depresyon ve anksiyetelerinin yüksek olduğu saptanmıştır[70].

Hussey DL ve Guo S'nin yaptığı bir araştırmaya göre, cinsel istismara uğramış kızların tedavi merkezinde 18 ay içinde kalış süreleri ortalama 374 gündür. Hastaların psikiyatrik ve davranış problemlerinin başlangıçtaki düzeyi, tedavi merkezinde ne kadar kalacağını ve ne tür bir tedavi alacağını belirlemektedir[71]. Bunun yanında, Kupsinel ve Dubsky'in yaptığı bir başka çalışmaya göre çocukların merkezde kalış süresini davranım bozukluğu ve derecesi belirlemektedir. Yani, çok sorunlu olan hastalar daha uzun kalmaktadırlar. Ayrıca, çocuğun taburcu sonrası nereye yerleştirileceği merkezdeki kalış süresini de belirlemektedir[72]. Çalışmamızda, merkezde kalan hastaların kalış süresini psikiyatrik tedaviye ve rehabilitasyona verdikleri yanıt belirlemektedir. Çocuk ruh sağlığı uzmanları tarafından tedavileri planlanan hastaların, başlangıçtaki semptomlarının şiddeti ve

süreçte azalması önemlidir. Bunun yanında çocuk, merkezden taburcu olduğunda yerleştirileceği ortam da (aile yanı, SHÇEK vs) kalış süresini uzatmaktadır. Çalışmamızda, istismar ve ihmale uğrayan çocukların merkezde kalış süresinin özellikle 6 aydan daha fazla olması psikiyatrik belirtilerinin şiddetini azaltmamaktadır. Ancak ensest ve töre cinayetleri nedeniyle merkezimize kabulü sağlanan kızların 6 aydan daha fazla süre merkezimizde kaldığı görülmektedir. Çalışmamızda özellikle 2 çocuktan biri berdel diğeri ise üvey dayıyla evlendirilmek istenmiş ve bu durum çocuk polisine yansımıştır. Merkezimize alınan bu çocuklardan biri çocuk sitesine yerleştirilmiş diğeri ise hala merkezimizde kalmakta ve tedavisi sürdürülmektedir. Tedavisi sürdürülen bu çocuğun taburcu sonrası hayati tehlikesinin olması, yaşadığı toplumda geleneklerin sürdürülmek istenmesi yoksa töre cinayetine kurban gideceği toplumsal bir sorundur. Bunun yanında ensest olguları için de benzer sorunlar karşımıza çıkmaktadır. Ailenin yanına yerleştirilmesi uygun görülmeyen hastaların nereye yerleştirileceği büyük sorundur. Ülkemizde SHÇEK dışında çocukların yerleştirilebileceği herhangi bir kurum bulunmamaktadır. SHÇEK ise, 18 yaşını doldurmuş çocukları kabul etmemektedir. Özellikle kadın sığınma evleri bu kızları kabul edebilmekte ancak, bu kurumların yetersiz sayıda olması ve kontenjanlarının sınırlı olması nedeniyle bu kurumlara kabulü de büyük sorun olmaktadır.

Çalışmamızda, 7-9 ay ve 10 ay ve üzeri kalış süreleri olan hastaların sadece Durumluk Kaygı Envanteri ortalamaları arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Kalış süresi 7 ay ve üzeri hastaların depresyonu ölçeği, sürekli kaygı envanteri ve obsesyon ölçeği ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Bu durum merkezde kalan hastaların 3 aydan önce taburcu edilmeleri ve 7. aydan sonra kalmaya devam etmelerinin depresyon, sürekli kaygı ve obsesyon ölçeği değerlerini anlamlı ölçüde etkilemediğini düşündürmektedir (Çizelge 4.4.5; Çizelge 4.4.6). Durumluk kaygı puanı ortalamalarının anlamlı oranda düşük çıkması beklenen bir durumdur. Çünkü durumluk kaygı envanteri; çocukların ölçeği doldurduğu anda kendilerini nasıl hissettiklerini değerlendiren bir ölçme aracıdır. Yatan hastaların 7. aydan sonra, merkezden taburcu edildiklerinde nereye gönderileceklerinin belirsizliği, gelecek yaşam kaygısı; taburcu tarihleri yaklaştıkça durumluk kaygıyı arttırdığı gözlenmiştir. depresyon, sürekli kaygı ve obsesyon ölçek ortalamalarının istatistiksel olarak etkilemediği sonucunu düşündürebilir. Ancak Kendall-Tackett KA, Williams LM, Finkelhor D.'un yaptığı bir çalışmada cinsel istismara uğrayan ve tedavi merkezinde kalan çocukların, kurumda ne kadar süre kalacakları ve nereye gönderileceği önceden planlandığında daha fazla depresif belirtiler ortaya çıkardığı saptanmıştır. Ancak bu çalışmada kalış süresi belirtilmemiştir[73].

Araştırmamızdaki bulgular değerlendirildiğinde 7 aya kadar kalan hastaların ölçek ortalamalarının anlamlı olacak şekilde düşük olduğu gözlenmiştir. Yedinci aydan sonra ölçek ortalamalarında anlamlı bir fark gözlenmemiştir. Kalış süresinin uzaması ölçek değerlerini etkilememiştir.

Hastaların geliş nedenleri değerlendirildiğinde; önemli bir kısmının tek nedenle gelen 29 (%40.3) kız çocuk, 2 nedenle gelen 10 (%13.9) çocuk, 3 nedenle gelen 19 (%26.4) çocuk, 4 nedenle gelen 8 (%11.1) çocuk, 5 nedenle gelen 4 (%5.6) çocuk ve 6 nedenle gelen 2 (%2.8) çocuk olduğu saptanmıştır. Geliş nedeni sayısının çokluğunun ölçek puanlarına etkisini inceleyebilmek için iki ve daha az nedenle gelenler ile, üç ve daha fazla nedenle gelenler karşılaştırılmış ve geliş nedenlerine göre ölçek puanlarının yatış ve son ölçüm ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Bu durum, geliş neden sayısının ölçek puan ortalamalarına hiçbir etkisi olmadığı sonucunu düşündürebilir. Çünkü, çocuk bir kez herhangi bir istismar nedeniyle travmaya uğramış ise geliş nedenlerinin sayısının artması travmasının ağırlaşması anlamına gelmeyebilir. Tedavi ve rehabilitasyon merkezine kabul edilen, cinsel istismara uğramış ve travma sonrası stres bozukluğu tanısı konulan kız hastaların, bir ya da birden fazla travmaya uğramalarının TSSB semptomlarını arttırmadığı gözlenmiştir[72]. Bu sonuç araştırma bulgularımızla uyumludur.

İstismar ve ihmale uğrayan çocukların tedavi ve rehabilitasyonu için gereken çocuk ve gençlik merkezleri ciddi maliyet gerektirmektedir. Yani bu tedaviler oldukça pahalıdır. Ancak istismar ve ihmal olgularının tedavi edilmesi, sağlıklı yaşam sürmeleri ve topluma kazandırılması için bu tür merkezlerin ülkemizde yaygınlaştırılması gerekmektedir.

İstismar ve ihmale uğrayan çocukların tedavi ve rehabilitasyon merkezlerinde tedavilerinin yapılması ve uzun dönemde bu çocuklarının yaşamlarında neler yapabileceklerinin planlanması, merkezden ayrıldıktan sonra günlük yaşama adaptasyonlarının sağlanması ve örgün eğitimlerini sürdürebilmelerini ve daha sonra mesleki yaşama hazırlanmaları sağlıklı bir toplum olmamız açısından önemlidir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

1. Günümüzde çocuk istismarı ve ihmalinin giderek artması ve önem kazanması bu konuda verilmesi gereken tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin profesyonel ve işlevsel olarak planlanmasını gerektirmektedir. Özellikle cinsel ve fiziksel istismar vakalarında ilk muayene ve tıbbi müdahale sonucunda, çocuk ya bir Sosyal Hizmet Kuruluşu'na yerleştirilmekte ya da ailelerine teslim edilmektedir. Tedavi ve rehabilitasyon merkezlerindeki çocuk ve ergenlerin tedaviye kabul nedenlerinin % 50'den fazlasını istismar ve ihmale uğramış çocuklar, madde kullanım bozuklukları, alkolizm ve zihinsel özür oluşturmaktadır. Dünyada istismar ve ihmale uğramış çocuklara yönelik çok sayıda ve nitelikte tedavi ve rehabilitasyon merkezleri bulunmasına karşın, ülkemizde böyle merkezlerin ilk örneği Oğuz Kağan Köksal Çocuk ve Gençlik Merkezi'dir.

2. Bu çalışmada, Adana Oğuz Kağan Köksal Çocuk ve Gençlik Merkezi 26 Nisan 2004 tarihinden bu güne kadar 8-18 yaş arası cinsel, fiziksel, duygusal istismar ve ihmale uğramış, alkol ve madde bağımlılığı ya da kötüye kullanımı olan, ruhsal sorunları nedeniyle tedaviye gereksinim duyan ve sosyal nedenlerle sokakta yaşayan 72 çocuğun tedavi, rehabilitasyon ve eğitimini sürdürmesini sağlamıştır ve aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir;

- 26 Nisan 2004 - 30 Haziran 2007 yıllarını kapsayan 3 yıllık bir dönemde Oğuz Kağan Köksal Çocuk ve Gençlik Merkezi'ne özellikle cinsel istismar nedeniyle 72 kız hasta kabul edilmiş, psikiyatrik değerlendirmeleri ve psikometrik ölçümleri yapılmış ve izlenmiştir. Bu hastaların yaşları 10 yaş 5 ay ile 19 yaş 3 ay arasındadır (ort: 14,83; ss. ± 2.12).

- Merkeze kabul edilen hastaların geliş nedenlerine bakıldığında %66.7'si cinsel taciz, %47.2'si ihmal, % 43.1'i evden ya da sosyal kurumlardan kaçma, %37.5'i tecavüz, %25'i fiziksel istismar, %18.1'i ensest ve %11.1'i ise özkıyım girişimidir.

- Merkeze kabul edilen kızların, psikiyatrik değerlendirmeleri ve psikometrik ölçümleri sonucunda hastalara %41.8'i travma sonrası stres bozukluğu, %41.8'i davranım bozukluğu, % 6.9'u depresyon, %2.8'i Dikkat eksikliği-hiperaktivite bozukluğu, % 2.8'i akut stres bozukluğu tanıları konmuştur. tanıları konulmuştur.

- Hastaların kalış süreleri değerlendirildiğinde; 0-3 ay kalan 18 (%25) hasta, 4-6 ay kalan 27 (%37.5) hasta, 7-9 ay kalan 16 (%22.2) hasta ve 10 ayın üzerinde kalan toplam 11 (%15.3) hasta olduğu görülmüştür.

- 0-3 ay, 4-6 ay gruplandırılmış kalış süreleri dikkate alındığında, 72 hastaya uygulanan Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Durumluk Kaygı Envanteri (STAI-I), Sürekli Kaygı Envanteri (STAI-II) ve Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL)'ne ölçek puanlarının yatış-son ölçüm ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Ölçek puanlarının tedavi sonrası değerleri, başlangıç değerlerine göre önemli olacak şekilde düşük olduğu gözlenmiştir.

- 7-9 ay ve 10 ay ve üzeri kalış süreleri olan hastaların sadece Durumluk Kaygı Envanteri ortalamaları arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Kalış süresi 7 ay ve üzeri hastaların depresyonu ölçeği, sürekli kaygı envanteri ve obsesyon ölçeği ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Bu durum merkezde kalan hastaların 7. aydan sonra kalmaya devam etmelerinin depresyon, sürekli kaygı ve obsesyon ölçeği değerlerini etkilemediğini düşündürmektedir.

- Hastaların geliş nedenleri tekrar değerlendirildiğinde; 1 nedenle gelen 29 (%40.3) hasta, 2 nedenle gelen 10 (%13.9) hasta, 3 nedenle gelen 19 (%26.4) hasta, 4 nedenle gelen 8 (%11.1) hasta, 5 nedenle gelen 4 (%5.6) hasta ve 6 nedenle gelen 2 (%2.8) hasta bulunmaktadır. Geliş nedeni sayısının çokluğunun ölçek puanlarına etkisini inceleyebilmek için 2 ve daha az nedenle gelenler ile, 3 ve daha fazla nedenle gelenler karşılaştırılmış ve geliş nedenlerine göre ölçek puanlarının yatış ve son ölçüm ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Bu durum, geliş neden sayısının ölçek puan ortalamalarına hiçbir etkisi olmadığı sonucunu düşünülebilir. Çünkü, çocuk bir kez herhangi bir istismar nedeniyle travmaya uğramış ise geliş nedenlerinin sayısının artması travmasının ağırlaşması anlamına gelmeyebilir.

- İstismar ve ihmale uğramış çocukların tedavi ve rehabilitasyonu için Türkiye'de ilk merkez özelliğini taşıyan Adana Oğuz Kağan Köksal Çocuk ve Gençlik Merkezinin kuruluş amaçlarına uygun işlev gördüğü düşünülmektedir.

3. Bir toplumun sağlıklı olabilmesi için o ülkedeki istismar ve ihmalin mümkün olduğunca en aza indirilmesi gerekmektedir. Özellikle cinsel istismara uğramış çocukların tedavi ve rehabilitasyonunun yapılabilmesi çok önemlidir.

4. Oğuz Kağan Köksal Çocuk ve Gençlik Merkezi statüsünde, tedavi ve rehabilitasyon merkezlerinin ülke genelinde yaygınlaştırılması gerekmektedir. İstismar mağdurlarının tedavi ve rehabilitasyon gereksinimlerinin daha programlı ele alınabilmesi, bunun yanında koruma hizmetlerinin arttırılması ve hizmetlerin özel eğitim almış ve deneyimli profesyoneller tarafından yeterli bir şekilde sağlanabilmesi önemlidir.

5. Çocuk ve Gençlik merkezlerinde tedavi ve rehabilitasyonu yapılan, ancak, aile desteği bulunmayan ya da enseste uğramış çocukların barınabilmeleri, örgün eğitimlerini sürdürebilmeleri ve daha kaliteli bir yaşam sürebilmeleri için çocuk bakım mekanizmaları ve destek hizmetlerinin yeniden yapılandırılması gerekmektedir. Bunun için gereken yasal düzenlemelerin, yönetmeliklerin ve genelgelerin yeniden gözden geçirilmesi, sağlıklı bir toplum olmamız açısından çok önemlidir.

KAYNAKLAR

1. Jain AM. Emergengy department evaluation of child abuse. Emerg Med Clin North Am 1999: 17:575-593.

2. Sicher P, Lewis O, Sargent J, et al. Developing child abuse prevention, identification and treatment systems in Eastern Europe. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2000; 39: 660-667.

3. Tercier A. Child abuse. In: Maer JA (ed). Emergency Medicine (4th ed). St. Louis:Mosby, 1998:1108-1118.

4. Practice parameters for the forensic evaluation of children and adolescents who may have been physically or sexually abused. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1997; 36: 37-56.

5. Pressel DM. Evaluation of physical abuse in children. Am Fam Physician 2000; 61: 3057-3064.

6. Polat O. Çocuk hakları nedir? İstanbul: Analiz Yayınları, 2002: 5-39.

7. Kara B, Biçer Ü, Gökalp AS. Çocuk istismarı. Yeni Sempozyum Dergisi 2004; 47: 140-151.

8. Ziyalar N. Çocuk istismarı ve ihmalinin önlenmesi. Çocuk Forumu, 1999; 2: 31-33.

9. Oral R, Can D, Kaplan S, et al. Child abuse in Turkey: an experience in overcoming denial and a description of 50 cases. Child Abuse and Neglect 2001; 25:279-290.

10. Pizarro RA, Billick SB. Current issues in child abuse. Curr Opin Pediatr 1999; 12:665-668.

11. Hedin LW. Physical and sexual abuse against women and children. Curr Opin Obstet Gnecol 2000; 12: 49-55.

12. Kaplan S, Pelcovitz D, Labruna V. Child and adolescent abuse and neglect research: a review of the past 10 years. Part I: Physical and emotional abuse and neglect. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1999; 38: 1214-22.

13. Arthur HG. Physical abuse of children. In Wiener JM, ed. Textbook of child adolescent psychiatry. 2nd ed. Washington: American Psychiatric Press, 1997; 687-98.

14. Powers JL, Eckenrode J, Jaklitsch B. Maltreatment among runaway and homeless youth. Child Abuse Negl 1990; 14:87-98.

15. Gökler I. Çocuk istismarı ve ihmali: erken dönem stresin nörobiyolojik gelişime etkisi. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi 2002; 9: 47-57.

16. Lewis DO. From abuse to violence: psychophysiological consequences of maltreatment. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1992; 31:383-91.

17. Livingston R. Sexually and physically abused children. . J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1987; 26: 413-5.

18. Tackett KK. The health effects of child abuse: four pathways by which buse can influence health. Child Abuse Negl 2002; 26:715-29.

19. Pelkovitz D, Kaplan S, Gpldenberg B, et al. Post-traumatic stres disorder in physically abused adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1994; 33:305-12.

20. Green A. Child sexual abuse and incest. In: Lewis M, ed. Child and adolescent psychiatry. A comprehensive textbook 2 nd ed. Baltimore, MA: Williams&Wilkins, 1996; 1041-48.

21. Nurcombe B. Child sexual abuse I: psychopathology. NZ J Psychiatry Aust., 2000; 34 (1): 85-91.

22. Yates A. Sexual abuse of children. In: Wiener JM, ed. Textbook of child adolescent psychiatry. 2nd ed. Washington: American Psychiatric Press, 1997; 699-709.

23. Walrath C, Ybarra M, Holden EW, et al. Children with reported histories of sexual abuse: utilizing multiple perspectives to understand clinical and psychosocial profiles. Child Abuse Negl 2003; 27:509-24.

24. Dubowitz H. Preventing child neglect and physical abuse. Pediatr Rev 2002; 23: 191-196.

25. Kairys SW, Alexander RC, Block RW, et al. Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children. Pediatrics 1999; 103: 186-191.

26. Fleming J. Childhood sexual abuse: an update. Curr Opin Obstet Gynecol 1998; 10:383-6.

27. Kendall-Tackett KA, Williams LM, Finkelhor D. Impactof sexual abuse on children. Psychol Bull 1993; 113: 164-180.

28. Elliot AJ, Peterson LW. Maternal sexual abuse of male children. When to suspect and how to uncover it. Postgrad Med 1993; 94:169-72.

29. Taner Y, Gökler B. Çocuk istismarı ve ihmali: psikiyatrik yönleri. Hacettepe Tıp dergisi 2004; 35: 82-86.

30. Polat O. Cinsel istismar. In Çocuk ve Şiddet. İstanbul: Der Yayınları, 2001: 207-314.

31. "Türkiye'de çocukların durumu", Ön Rapor, Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE) ve UNİCEFi Aralık, 1999, İstanbul.

32. Polat O. Çocuk ve Şiddet. İstanbul: Der Yayınları, 2001:85-97.

33. Glaser D. Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): a conceptual framework. Child Abuse Negl 2002; 26:697-714.

34. Şahiner ÜM, Yurdakök K, Kavak US. Tıbbi açıdan çocuk istismarı. Katkı Pediatri Dergisi 2001; 22:276-85.

35. Claussen A, Crittenden P. Physical and psychological maltreatment: relations among types of maltreatment. Child Abuse Negl 1991; 15:5-18.

36. Hançerlioğlu O. Toplumbilim sözlüğü. 1986, Remzi Kitapevi, İstanbul.

37. Yalın A, Avcı A, Kerimoğlu E, Aslan H. Çocuklarda fiziksel örselenmenin Ankara ve Adana illerinde görülme sıklığının taranması. 3P Dergisi, 1995; 3: 39-43.

38. Theodore AD, Chang JJ, Runyan DK ve etc. Epidemiyologic featuresof the physical and sexual maltreatment of children in the Carolinas, Pediatrics, 2005; 115: 331-337.

39. Avcı A, Yolga Tahiroğlu A. İstismar ve ihmal.In: Soykan Aysev A. Işık Taner Y. Eds. Çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları. İstanbul:Golden Print; 2007: 710-718.

40. Emery RE, Laumann-Billings L. Child abuse, In Rutter M, Taylor E (eds). Child and Adolescent Psychiatry, 4th ed. Bath: Great Britain at Bath Pres, 325-329.

41. Bilir Ş, Arı M, Dönmez NB. 4-12 yaş arasındaki 16100 örselenme durumu ile ilgili bir inceleme, Çocuk Gelişimi ve Eğitimi Dergisi, 1986; 1: 7-14.

42. Plant M, Miller P. Childhood and adult sexual abuse: relationships with 'addictive' or 'problem' behaviours and health. J Addict Dis, 2005; 24: 25-38.

43. Kuthinsky B. Çocuk cinsel istismarı: yaygınlık, müdahale ve önleme genel bir bakış. Konanç E, Gürkaynak İ, Egemen A (der.) Çocukların Kötü Muameleden Korunması I. Ulusal Kongre Kitapçığı. Ankara: Gözde Petro Ofset; 1991; 201-214.

44. Bethea L. Primary prevention of child abuse. Am Fam Physcian 1999; 59: 1577-1585.

45. *Erişim: http://www. Child abuse.org; Erişim tarihi: 29.3.2007).*

46. Kisiel CL, Lyons JS. Dissociation as a mediator of psychopathology among sexually abused children and adolescents. Am J Psychiatry. 2001July; 158(7):1034-1039.

47. Lewis M, Jeffrey W, Paul N. "Residential treatment", Child and Adolescent Psychiatry a Comprehensive Texbook. Lippincott Williams&Wilkins. Third Edition 2002; 1095-1103.

48. Leon SC, Lyons JS, Uziel-Miller ND. Evaluating the use of psychiatry hospitalization by residential treatment centers. Journal american academy Child and Adolescent Psychiatry 2000; 39:1496-1501.

49. Sunshine JH, Witkin MJ,Atay JE, Manderscheid RW. Residential treatment centers and other organized mental health care for children and youth: United States, Ment Health Stat Note, 1991 Jul; 198:1-14.

50. Çocuk koruma kanunu tasarısı ve adalet komisyonu raporu (1/991), T.B.M.M. 2005; Dönem 22, Yasama yılı: 3

51. Savaşır I, Şahin N. Wechsler çocuklar için zeka ölçeği (WISC-R). Türk Psikologlar Derneği, 1995; 1-65.

52. Öy B. Çocuklar için depresyon ölçeği: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi, 1991; 2:132-136.

53. Özusta Ş. Çocuklar için durumluk-sürekli kaygı envanter'inin uyarlama, geçerlik ve güvenirlik çalışması. Türk Psikoloji Dergisi, 1995; 10:32-44.

54. Sanavio E, Vidotto G. The components of the Maudsley obsessional compulsive questionaire. Behav Res Ther, 1985; 26:659-662.

55. Erol N, Savaşır I. Maudsley obsesif kompulsif soru listesi. XXXIV. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi, 1988; GATA, Ankara.

56. James, Desire, Siyren .2006.

57. McCrae JS, Chapman MV, Christ SL. Profile of children investigated for sexual abuse: association with psychopathology symptoms and services. Am J Orthopsychiatry. 2006 Oct;76(4):468-81.

58. McClellan J, Adams J, Douglas D, McCurry C, Storck M. Clinical characteristics related to severity of sexual abuse: a study of seriously mentally ill youth. Child Abuse Negl. 1995 Oct; 19 (10):1245-54.

59. Topbaş M. İnsanlığın büyük bir ayıbı: çocuk istismarı. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni. 2004; 3(4).

60. David LH, Shenyang G. Forecasting length of stay in child residential treatment. Child Psychiatry and Human Development, 2005 Fall; 36(1):95-111.

61. Dale N, Baker AJL, Anastasio E, Purcell J. Characteristics of children in residential treatment in newyork state. Child Welfare League of America. 2007: 5-27.

62. Şahiner ÜM, Yurdakök K, Kavak US ve ark. Tıbbi açıdan çocuk istismarı. Katkı Pediatri Dergisi. 2001; 22:276-85.

63. Yalın A, Kerimoğlu E, Erman H. Okul öncesi çocuklarda cinsel istismarı önleme programı: ana-babaların tutum, görüş ve davranışlarının taranması. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi. 1995; 2:19-27.

64. Akduman GG, Ruban C, Akduman B, Korkusuz İ. Çocuk ve cinsel istismar. Adli Psikiyatri Dergisi. 2005 Ocak; 3(1):9-14.

65. Gölge ZB. Cinsel travma sonrası oluşan ruhsal sorunlar. Nöropsikiyatri Arşivi. 2005; 42(1-4):19-28.

66. Brady KL, Caraway SJ. Home away from home: factors associated with current functioning in children living in a residential treatment setting.Child Abuse and Neglect. 2002; 26: 1149-1163.

67. Gorske TT, Srebalus DJ, Walls RT. Adolescents in residential centers: characteristics and treatment outcome. Child and Youth Services Review. 2003; 25(4): 317-326.

68. Nickel MK, Tritt K, Mitterlehner FO, Leiberich P, Nickel C, Lahmann C, Forthuber P, Rother WK, Loew TH. Sexual abuse in childhood and youth as psychopathologically relevent life occurrence: cross-sectional survey. 2004; 45(4): 483-489.

69. Nan D, Baker AJL, Anastasio E, Purcell J. Characteristics of children in residential treatment in new york state. Child Welfare League of America. 2007 Jan/Feb; 86 (1): 5-27.

70. Pelkovitz D, Kaplan S, Goldenberg B, et al. Post-traumatic stress disorder in physically abused adolescents. 1994; 33:305-12.

71. Ferol E, Mennen DSW, Meadow D. The relationship of sexual abuse to symptom levels in emotionally disturbed girls. 1993 August; 10 (4):318-328.

72. Hussey DL, Guo S. Characteristics and trajectories of treatment foster care youth. Child Welfare. 2005 Jul-Aug; 84(4):485-506.

73. Kubsinel MM, Dubsky DD. Behaviorally impaired children in out-of-home care. Child Welfare. 1999 Mar-Apr;78(2):297-310.

74. Kendall-Tackett KA, Williams LM, Finkelhor D. Impact of sexual abuse on children. Psychol Bull. 1993; 113: 164-180.

EKLER

Ek 1.

8.1. Çocuk ve Gençlik Merkezleri ile ilgili Yasal Düzenlemeler

Türkiye'de çocuklara özgü ilk kanun, 7.11.1979 tarihli ve 2253 sayılı Çocuk mahkemelerinin Kuruluşu, Görev ve Yargılama Usulleri Hakkında Kanun olup, 21.11.1979 tarihli ve 16816 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmış, 1 Haziran 1982 tarihinde yürürlüğe girmiş ve bu güne kadar altı kez değişikliğe uğramıştır. Çocuk Koruma Kanun'u Tasarı ve Adalet komisyonu Raporu, 2005). Özellikle istismar ve ihmale uğramış çocukların tedavi ve rehabilitasyonu için Çocuk ve Gençlik Merkez'lerinin kurulması Temmuz 2005 yılında yürürlüğe giren yeni Çocuk Koruma Kanun'u ile daha da işlerlik kazanmıştır. Bu 5395 sayılı kanunun ilgili maddelerine göre;

Birinci Kısım : Amaç, Kapsam, Temel İlkeler, Koruyucu ve Destekleyici Tedbirler

Birinci Bölüm : Amaç, Kapsam, Tanımlar ve Temel İlkeler

Amaç

Madde 1 - (1) Bu Kanunun amacı, korunma ihtiyacı olan veya suça sürüklenen çocukların korunmasına, haklarının ve esenliklerinin güvence altına alınmasına ilişkin usûl ve esasları düzenlemektir.

Kapsam

Madde 2 - (1) Bu Kanun, korunma ihtiyacı olan çocuklar hakkında alınacak tedbirler ile suça sürüklenen çocuklar hakkında uygulanacak güvenlik tedbirlerinin usûl ve esaslarına, çocuk mahkemelerinin kuruluş, görev ve yetkilerine ilişkin hükümleri kapsar.

Temel İlkeler

Madde 4 - (1) Bu Kanunun uygulanmasında, çocuğun haklarının korunması amacıyla;

a) Çocuğun yaşama, gelişme, korunma ve katılım haklarının güvence altına alınması,

b) Çocuğun yarar ve esenliğinin gözetilmesi,

c) Çocuk ve ailesinin herhangi bir nedenle ayrımcılığa tâbi tutulmaması,

d) Çocuk ve ailesi bilgilendirilmek suretiyle karar sürecine katılımlarının sağlanması,

e) Çocuğun, ailesinin, ilgililerin, kamu kurumlarının ve sivil toplum kuruluşlarının işbirliği içinde çalışmaları,

f) İnsan haklarına dayalı, adil, etkili ve süratli bir usûl izlenmesi,

g) Soruşturma ve kovuşturma sürecinde çocuğun durumuna uygun özel ihtimam gösterilmesi,

h) Kararların alınmasında ve uygulanmasında, çocuğun yaşına ve gelişimine uygun eğitimini ve öğrenimini, kişiliğini ve toplumsal sorumluluğunu geliştirmesinin desteklenmesi,

i) Çocuklar hakkında özgürlüğü kısıtlayıcı tedbirler ile hapis cezasına en son çare olarak başvurulması,

j) Tedbir kararı verilirken kurumda bakım ve kurumda tutmanın son çare olarak görülmesi, kararların verilmesinde ve uygulanmasında toplumsal sorumluluğun paylaşılmasının sağlanması,

k) Çocukların bakılıp gözetildiği, tedbir kararlarının uygulandığı kurumlarda yetişkinlerden ayrı tutulmaları,

l) Çocuklar hakkında yürütülen işlemlerde, yargılama ve kararların yerine getirilmesinde kimliğinin başkaları tarafından belirlenememesine yönelik önlemler alınması,

İlkeleri gözetilir.

İkinci Bölüm : Koruyucu ve Destekleyici Tedbirler

Koruyucu ve Destekleyici Tedbirler

Madde 5 - (1) Koruyucu ve destekleyici tedbirler, çocuğun öncelikle kendi aile ortamında korunmasını sağlamaya yönelik danışmanlık, eğitim, bakım, sağlık ve barınma konularında alınacak tedbirlerdir. Bunlardan;

a) Danışmanlık tedbiri, çocuğun bakımından sorumlu olan kimselere çocuk yetiştirme konusunda; çocuklara da eğitim ve gelişimleri ile ilgili sorunlarının çözümünde yol göstermeye,

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

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

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,

e) Barınma tedbiri, barınma yeri olmayan çocuklu kimselere veya hayati tehlikede olan hamile kadınlara uygun barınma yeri sağlamaktır.

(2) Hakkında, birinci fıkranın (e) bendinde tanımlanan barınma tedbiri uygulanan kimselerin, talepleri hâlinde kimlikleri ve adresleri gizli tutulur.

(3) Tehlike altında bulunmadığının tespiti ya da tehlike altında bulunmakla birlikte veli veya vasisinin ya da bakım ve gözetiminden sorumlu kimsenin desteklenmesi suretiyle tehlikenin bertaraf edileceğinin anlaşılması hâlinde; çocuk, bu kişilere teslim edilir. Bu fıkranın uygulanmasında, çocuk hakkında birinci fıkrada belirtilen tedbirlerden birisine de karar verilebilir.

Kuruma Başvuru

Madde 6 - (1) Adlî ve idarî merciler, kolluk görevlileri, sağlık ve eğitim kuruluşları, sivil toplum kuruluşları, korunma ihtiyacı olan çocuğu Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumuna bildirmekle yükümlüdür. Çocuk ile çocuğun bakımından sorumlu kimseler çocuğun korunma altına alınması amacıyla Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumuna başvurabilir.

(2) Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu kendisine bildirilen olaylarla ilgili olarak gerekli araştırmayı derhâl yapar.

Koruyucu Ve Destekleyici Tedbir Kararı Alınması

Madde 7 - (1) Çocuklar hakkında koruyucu ve destekleyici tedbir kararı; çocuğun anası, babası, vasisi, bakım ve gözetiminden sorumlu kimse, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu ve Cumhuriyet Savcısının istemi üzerine veya re'sen çocuk hâkimi tarafından alınabilir.

(2) Tedbir kararı verilmeden önce çocuk hakkında sosyal inceleme yaptırılabilir.

(3) Tedbirin türü kararda gösterilir. Bir veya birden fazla tedbire karar verilebilir.

(4) Hâkim, hakkında koruyucu ve destekleyici tedbire karar verdiği çocuğun denetim altına alınmasına da karar verebilir.

(5) Hâkim, çocuğun gelişimini göz önünde bulundurarak koruyucu ve destekleyici tedbirin kaldırılmasına veya değiştirilmesine karar verebilir. Bu karar acele hâllerde, çocuğun bulunduğu yer hâkimi tarafından da verilebilir. Ancak bu durumda karar, önceki kararı alan hâkim veya mahkemeye bildirilir.

(6) Tedbirin uygulanması, on sekiz yaşın doldurulmasıyla kendiliğinden sona erer. Ancak hâkim, eğitim ve öğrenimine devam edebilmesi için ve rızası alınmak suretiyle tedbirin uygulanmasına belli bir süre daha devam edilmesine karar verebilir.

(7) Mahkeme, korunma ihtiyacı olan çocuk hakkında, koruyucu ve destekleyici tedbir kararının yanında 22.11.2001 tarihli ve 4721 sayılı Türk Medenî Kanunu hükümlerine göre

velayet, vesayet, kayyım, nafaka ve kişisel ilişki kurulması hususlarında da karar vermeye yetkilidir.

Tedbirlerde Yetki

Madde 8 - (1) Korunma ihtiyacı olan çocuklar hakkında koruyucu ve destekleyici tedbirler, çocuğun menfaatleri bakımından kendisinin, ana, baba, vasisi veya birlikte yaşadığı kimselerin bulunduğu yerdeki çocuk hâkimince alınır.

(2) Tedbir kararlarının uygulanması, kararı veren hâkim veya mahkemece en geç üçer aylık sürelerle incelettirilir.

(3) Hâkim veya mahkeme; denetim memurları, çocuğun velisi, vasisi, bakım ve gözetimini üstlenen kimselerin, tedbir kararını yerine getiren kişi ve kuruluşun temsilcisi ile Cumhuriyet savcısının talebi üzerine veya re'sen çocuğa uygulanan tedbirin sonuçlarını inceleyerek kaldırabilir, süresini uzatabilir veya değiştirebilir.

Acil Korunma Kararı Alınması

Madde 9 - (1) Derhâl korunma altına alınmasını gerektiren bir durumun varlığı hâlinde çocuk, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu tarafından bakım ve gözetim altına alındıktan sonra acil korunma kararının alınması için Kurum tarafından çocuğun Kuruma geldiği tarihten itibaren en geç beş gün içinde çocuk hâkimine müracaat edilir. Hâkim tarafından, üç gün içinde talep hakkında karar verilir. Hâkim, çocuğun bulunduğu yerin gizli tutulmasına ve gerektiğinde kişisel ilişkinin tesisine karar verebilir.

(2) Acil korunma kararı en fazla otuz günlük süre ile sınırlı olmak üzere verilebilir. Bu süre içinde Kurumca çocuk hakkında sosyal inceleme yapılır. Kurum, yaptığı inceleme sonucunda, tedbir kararı alınmasının gerekmediği sonucuna varırsa bu yöndeki görüşünü ve sağlayacağı hizmetleri hâkime bildirir. Çocuğun, ailesine teslim edilip edilmeyeceğine veya uygun görülen başkaca bir tedbire hâkim tarafından karar verilir.

(3) Kurum, çocuk hakkında tedbir kararı alınması gerektiği sonucuna varırsa hâkimden koruyucu ve destekleyici tedbir kararı verilmesini talep eder.

Ülkemizde Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları son yıllarda giderek daha da önem kazanmıştır. Ancak çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları polikliniklerine başvuran

çocuklara ayaktan tedavi yapılmaktadır. Oysa ki çocuk ve ergenlerin bazı durumlarda kliniklere yatırılıp tedavi ve rehabilitasyonu gerekmektedir. Özellikle istismar ve ihmale uğramış, alkol-madde bağımlılığı ya da kötüye kullanımı olan, ruhsal nedenlerle tedaviye gereksinim duyan ve sosyal nedenlerle sokakta yaşayan çocukların tedavi, rehabilitasyon ve eğitimi gerekmektedir. Ancak ülkemizde böyle tedavi ve rehabilitasyon hizmeti veren yataklı merkezler bulunmamaktadır.

Tedavi ve rehabilitasyon çalışmalarının yürütüleceği "ÇOCUK KORUMA MERKEZİ" olarak tanımlanabilecek "ÇOCUK VE GENÇLİK MERKEZİ" kurulması ve yürütülmesi yönetmeliklerle belirlenmiştir. Bu amaçla Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK) Çocuk ve Gençlik Merkezleri Yönetmeliği çerçevesinde tedavi ve rehabilitasyon çalışmaları işlerlik kazanmaktadır.

Ek 2.

8.2. Çocuk Ve Gençlik Merkezleri Yönetmeliği

Devlet Bakanlığı

Resmi Gazete Tarihi: 30/09/2001

Resmi Gazete Sayısı: 24539

BİRİNCİ BÖLÜM : Amaç, Kapsam ve Tanımlar

Amaç

Madde 1 - Bu Yönetmeliğin amacı, sosyal tehlikelerle karşı karşıya olan sokakta yaşayan çocuklar ile sokakta çalıştırılan çocuk ve gençlerin rehabilitasyonları ve topluma yeniden kazandırılmalarını sağlamakla görevli, Çocuk ve Gençlik Merkezlerinin kuruluş ve çalışma esaslarını, hizmet standartlarını belirlemek, ilgili kişiler ve kurumlar arasında eşgüdümü sağlamak ile hizmetin en etkili ve verimli şekilde yürütülmesine ilişkin kuralları saptamaktır.

Kapsam

Madde 2 - Bu Yönetmelik, sokakta yaşayan ve çalıştırılan çocukları ve gençleri bedensel, ruhsal ve duygusal gelişimleri açısından tehlike yaratabilecek risklerden korumak, temel gereksinimlerini gidermelerine yardımcı olmak, gerektiğinde geçici olarak barınmaları için gerekli hizmetleri sunmak veya sunulmasını sağlamak, belirli bir süreç sonunda kendi kendilerine yeterli hale gelmelerini sağlayıcı her türlü sosyal hizmet müdahaleleri ile rehabilite edici mesleki çalışmaları gerçekleştirmek, aile ve topluma yönelik çalışmaları yapmakla yükümlü Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Çocuk ve Gençlik Merkezlerini ve bu Merkezlerle bağlantılı birimleri kapsar.

Dayanak

Madde 3 - Bu Yönetmelik, 30/05/1997 tarihli ve 572 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile 24/05/1983 tarihli ve 2828 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanununun 3'üncü maddesinin (6) numaralı bendine dayanılarak hazırlanmıştır.

Tanımlar

Madde 4 - Bu yönetmelikte geçen;

a) Genel Müdürlük: Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğünü,

b) İl Müdürlüğü: İl Sosyal Hizmetler Müdürlüğünü,

c) İlçe Müdürlüğü: İlçe Sosyal Hizmetler Müdürlüğünü,

d) Merkez: Çocuk ve Gençlik Merkezini,

e) Çocuk ve Gençlik Merkezi: Eşlerarası anlaşmazlık, ihmal, hastalık, kötü alışkanlık, yoksulluk, terk ve bu gibi nedenlerle sokağa düşerek sosyal tehlike ile karşı karşıya kalan veya sokakta çalıştırılan çocuk ve gençlerin geçici süre ile rehabilitasyonlarını ve topluma yeniden kazandırılmalarını sağlamak amacı ile kurulan yatılı ve gündüzlü sosyal hizmet kuruluşlarını,

İKİNCİ BÖLÜM : Merkez Yapısı ve Görevleri

Kurul ve Komisyonlar

Madde 5 - Merkezde; Koordinasyon ve Değerlendirme Kurulu, Sosyal Servis ve ilgili mevzuat gereği mali işlemlerin gerekli kıldığı komisyon ve kurullar bulunur.

Personel

Madde 6 - Genel Müdürlük tarafından hazırlanacak standart kadrolarda belirtilen sayı ve niteliklere uygun olarak tercihen alan deneyimi olan meslek elemanları arasından atanan bir müdür, sosyal hizmet uzmanı, psikolog, çocuk gelişimci, hemşire, branş öğretmeni ile genel idare, yardımcı ve teknik hizmetler sınıfından gerekli görülen diğer personel, tam ya da yarı zamanlı olarak atanır ve/veya görevlendirilir. Merkezde çalışan tüm personelin görev ve yetkileri çıkarılacak yönerge ve/veya genelgelerle belirlenir.

Çocukların Yaş Grubu

Madde 7 - Merkezlerde 7-18 yaş grubu çocuğa hizmet verilmesi esastır. Ancak Merkezin bulunduğu ilin özellikleri nedeniyle ve ihtiyaç duyulması halinde açılış onayında belirtilerek 18 yaşını tamamlamış gençlere de geçici bir süre hizmet verilir.

Sosyal Servis, Merkezde görevli sosyal hizmet uzmanı, psikolog ve çocuk gelişimciden oluşur.

Koordinasyon ve Değerlendirme Kurulu, Merkezde görevli sosyal hizmet uzmanı, psikolog, çocuk gelişimci, branş öğretmeni, hemşire ve Merkezin temel vasfına uygun teknik nitelikteki ve Merkez Müdürünün uygun gördüğü diğer personelden oluşur. Kurul toplantılarına, diğer merkezlerden ve kamusal ve gönüllü kuruluşlardan yetkili ve görevli uzmanlar davet edilebilir.

Merkezin Görevleri

Madde 8 - Merkezin görevleri şunlardır:

a) Sokakta yaşayan ve/veya çalıştırılan çocukların, sokakta karşılaşabilecekleri her türlü tehlikeden korunması amacıyla gerekli sosyal hizmet programlarını hazırlamak ve uygulamak,

b) Çocuklarla ilgili her türlü yönetsel ve mesleksel kayıtları tutmak, belgeleri saklamak,

c) Çocukların ve ailelerin iş ve meslek sahibi edinmek üzere eğitilmeleri ve işe yerleştirilmesine yönelik gerekli çalışmaları yürütmek, ilgili kurumlarla işbirliği yapmak ve eşgüdümü sağlamak,

d) Ekonomik yoksunluk içerisinde olduğu tespit edilen çocukların ve ailelerinin, sosyal yardım kaynaklarından ve kurumlarından yararlanmalarını sağlamak,

e) Çocukların ve ailelerin durumlarını inceleyerek, 2828 sayılı Kanun kapsamında koruma altına alınması gereken çocuklara ilişkin ilgili mevzuat doğrultusunda işlemleri başlatmak,

f) Çocukların sosyalleşmesini sağlayıcı her türlü sosyal, kültürel, sanatsal ve sportif etkinlikleri düzenlemek,

g) Sokakta yaşayan ve çalıştırılan çocuklara ailelerine ve topluma yönelik her türlü sosyal hizmet programlarını hazırlamak ve uygulamak,

h) Konuyla ilgili kamu ve gönüllü kuruluşlar ve kişiler ile işbirliği yapmak, eşgüdüm içinde çalışmayı sağlayıcı önlemleri almak,

ı) Gezici ekipler aracılığıyla sokakta yaşayan veya çalıştırılan çocuklarla ilgili nicel ve nitel bilgileri toplamak; bu bilgilerin yorum ve değerlendirmesini yapmak; izlenecek strateji ve uygulanabilecek mesleki müdahale yöntem ve teknikleri belirlemek; bu doğrultuda gerekli mesleki çalışmaları yapmak,

i) Merkezde çalışan personele ve hizmetlerin yürütülmesinde birlikte çalışılan kurum, kuruluş ve kişilere yönelik sorun alanına ve uygulamalara ilişkin hizmet içi eğitim programlarını düzenlemek,

j) Sosyal hizmet kurum ve kuruluşları dışındaki birimlerle sağlık, eğitim, hukuk, ticaret, istihdam, sosyal güvenlik ve benzeri konularda her türlü mesleki ilişki kurmak, işbirliği yapmak ve eşgüdüm içinde çalışmak,

k) Merkezle ilgili her türlü yönetsel iş ve işlemi yerine getirmek, amaca uygun diğer çalışmaları yapmak, Merkez kayıtları, çalışma raporlarını düzenli aralıklarla ilgili makamlara iletmek.

Merkeze Kabul, Merkezden Ayrılış ve Çıkış

Madde 9 - Merkeze çocuk kabulünde aşağıdaki kurallara uyulur:

a) Merkeze gelen her çocuğun geçici kaydı yapılır. Geçici kayıt süresi 15 ila 30 gün arasındadır. Bu süre içerisinde çocuk ve gencin hangi hizmetlerden yararlanacağına ilişkin ayrıntılı sosyal inceleme raporu, sosyal hizmet uzmanı tarafından hazırlanır.

b) Sosyal hizmet uzmanı tarafından hazırlanan sosyal inceleme raporunda; çocuğun ailesinin ve yaşadığı çevrenin durumu, çocuğun merkez hizmetlerinden yararlanıp yararlanamayacağı, çocuğa, ailesine ve yakın çevresine ne tür hizmetlerin, ne kadar süreyle verileceği ve çocuğun gelişimi açısından uygun görülen müdahale yöntemleri ve tavsiye edilen görüş ve yaklaşımlara yer verilir.

c) Çocuk hakkında hazırlanan bu rapor, Merkez Müdürünün başkanlığında sosyal servis elemanları ve birim sorumlusu tarafından incelenir, tartışılır ve karara bağlanır.

d) Çocuğun Merkeze kesin kabulü ve ayrılışı İl Müdürlük Makamının onayı ile yapılır.

e) Çocuk ve/veya gençlerin Merkezden ayrılışı; Merkez tarafından yürütülen çalışmalar sonucu rehabilitasyon sürecini başarıyla tamamlayabilir, rehabilitasyonu sağlanarak ailesine döndürülebilir, korunma altına alınabilir, kendi yaşamını sürdürecek bir işe yerleştirilebilir.

f) Çocuklar ve gençler Merkezden kendi isteği ile ayrılabilir veya bütün mesleki müdahalelere rağmen olumlu bir sonuç elde edilemeyen çocuk ve gençler için sosyal servis ayrılış veya çıkış kararı alabilir.

g) Merkezden geçici ayrılışlarda, açık kapı çalışma düzeninin gerekleri uygulanır. Çocukların geçici nitelikteki geliş-gidiş işlemleri, dosyasının kapatılmasını gerektirmez. Bu süreç ve benzer nitelikteki bütün hareketlilik, dosyaya kaydedilir. Bütün kararlarda ve yapılacak her türlü işlemde göz önünde tutulur.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM : Çalışma Kuralları ve İşleyişi

İlke ve Kurallar

Madde 10 - Merkezin çalışma ilke ve kuralları şunlardır:

a) Merkez, sokakta yaşayan ve çalıştırılan çocuklara sosyal hizmet açısından müdahale etmede mesleki serbestliğe ve profesyonelce karar verme hak ve yetkisine sahiptir,

b) Merkez tarafından hizmet götürülecek çocukların belirlenmesi, doğrudan merkez elemanları eliyle olabileceği gibi, ilgili, gönüllü ve resmi kuruluşların ve kişilerin yazılı/sözlü uyarı ve ihbarlarıyla da olabilir,

c) Merkezin çocuklara ve ailelerine yönelik hizmetlerinde çocuğun ve ailenin kişilik haklarının korunması ve çalışmaların mesleki gizlilik kuralları içinde yürütülmesi esastır.

İşleyiş

Madde 11 - İşleyişe ilişkin konular ve kurallar şunlardır:

a) Meslek elemanları, çocukların merkeze kabulü öncesinde, sırasında ve sonrasında; birebir-yüz yüze ilişkiler kurmak suretiyle çocukların kazanılması ve sokaktan kurtarılması çalışmalarını yürütmekle yetkili ve görevlidirler.

b) Çocuk ve Gençlik Merkezlerinde sunulan hizmetler, çocuğu ve genci aile bütünlüğü içinde korumaya ve desteklemeye yönelik bir anlayışla planlanır ve uygulanır.

Gençlere yönelik hizmetler, yaş sınırının saptanması, hizmetin gereği ve müracaatçıların bireysel ve ailevi özellik ve gereksinimleri göz önünde tutularak yapılır. Bu değerlendirmelerde, sosyal hizmet uzmanının çalışma programı ve önerisi doğrultusunda, merkezin sosyal servisi tarafından karar alınır.

c) Merkez ve birimlerinin hizmetleri yürütülürken, üniversiteler, sivil toplum kuruluşları ile diğer kamu kurum ve kuruluşlarıyla işbirliği yapılabilir. Bu konudaki esaslar ilgili birimlerin bağlı olduğu kurumlar veya kendileriyle Genel Müdürlük arasında yapılacak protokolle belirlenir.

Bu çalışma ile ülkemizde, istismara ve ihmale uğramış çocuk ve ergenlerin tedavi, rehabilitasyon ve eğitimi için hizmet verecek olan yataklı bir kurum olan Oğuz Kağan Köksal Gençlik Merkez'inin işleyiş, tedavi ve rehabilitasyon süreci ele alınacaktır.

EK 3.

DEĞERLENDİRME FORMU

Tarih:
Kiminle geldi:

Görüşmeyi yapan:

Hastanın adı-soyadı:

Gönderen
1.Kendileri
2.Eğitim Kurumu
3.Psikiyatrist
4. Özel Doktor
5. Adli makam
6.Konsültasyon

Yaş:

Kardeş sayısı:

Eğitimi:

Annenin eğitimi:

Annenin işi:

Annenin yaşı:

Annede bedensel hastalık:

Annede ruhsal hastalık:

Babanın eğitimi:

Babanın işi:

Babanın yaşı:

Babada bedensel hastalık:

Babada ruhsal hastalık:

Alkol kullanımı:

Sıklığı:

Babanın yaşı:

Alkol kullanımı:

Sıklığı:

Babada bedensel hastalık:

Babada ruhsal hastalık:

Aile durumu
1.Anne-baba birlikte
2.Boşanmış
3.Parçalanmış

Ailede ruhsal hastalık
1.Var
2.Yok

Aile yapısı
1.Çekirdek aile
2.Geniş aile
3.Anne ile
4.Baba ile
5.Akraba ile
6.Koruyucu aile
7.Evlat edinilmiş
8.Kurumda (anne-baba ile görüşüyor)
9.Kurumda (anne-baba ile görüşmüyor)

Geliş nedeni
1.Cinsel taciz
2.Tecavüz (vajinal)
3.Tecavüz (fiili livata)
4.Fiziksel istismar
5.İhmal
6.Özkıyım girişimi
7.Kaçma
8.Fuhuş

TANILAR (I.Eksen)

TANILAR (II.Eksen)

TANILAR (III.Eksen)

Taburcu sonrası
1.Ailesinin yanına
2.Akraba yanına
3.SHÇEK
4.Merkezden kaçma
5.Hala merkezde

AÇIKLAMALAR:

Ek 4.
8.3. Oğuz Kağan Köksal Gençlik Merkezi Tedavi- Rehabilitasyon Program Basamakları

OĞUZ KAĞAN KÖKSAL GENÇLİK MERKEZİ

YAPMAM GEREKENLER

BRONZ SEVİYE

Tarih:.....

BRONZ SEVİYE: Giriş ve değerlendirme seviyesi.

Merkeze kabul edilen herkes bronz seviyeden başlar.

Sorumluluklar:

1. Merkeze gelen yeni hastalar en az 48 saat bu seviyede yer alır.

2. Bu süre içinde merkezin işleyişini ve sorumluluklarını öğrenir.

3. Tedavi ekibinin tüm elemanları ile tanışır.

4. Bronz seviye çalışma kitabını tamamlar:

    a. Sorun listesi
    b. Otobiyografi

5. Merkez içindeki görevlerini yerine getirir (bu kitapta listelenmiştir).

6. Okul ödevlerini yapar.

48 saat sonunda bu görevlerini tamamlayanların, merkez çalışanları tarafından değerlendirilerek bir sonraki seviye olan gümüş seviyeye geçmesi için karar verilir.

Bronz seviyede yer alanların hakları:

- Bina içindeki oyunlar
- Çerez, pasta gibi ara öğünler
- Radyo
- Televizyon
- Pin-pon

MERKEZDEKİ GÖREVLER

1. Uygun bir şekilde konuşabilmeli ve sohbet etmelidir (küfürlü ve diğer kişilere karşı saygısız konuşmalar bronz seviyede kalma süresinin uzamasına neden olacaktır).

2. Hastalar sadece kendi odasında kalabilir.

3. Hastalar sadece ziyaret saatlerinde ve serbest saatlerinde hasta telefonunu kullanabilirler. Telefonu kullanma süresi 5 dakika ile sınırlıdır.

4. Hastalar kıyafetler gibi özel eşyaları, başkalarına ödünç veremez ve alamazlar.

5. Çalışanlara ait telefonlar hastalar tarafından kullanılamaz.

6. Hastalar, çalışanlarda izin almadıkça dış kapıdan çıkamazlar.

7. İzinsiz eşyaların bulundurulması yasaktır (Örnek: cam nesneler, çakmak, kibrit, sigara, silah, çakı, bıçak ve çalışanlar tarafından belirtilecek olan diğer nesneler).

8. Kaset çalar, CD çalar, radyo gibi cihazlar sadece merkezin izin verilen yerlerinde kullanılabilir.

9. Hastalar, grup içinde ve bireysel okul ödevlerini tamamlamalıdır. Ödevlerini tamamlamayan hastalar dinlenme zamanlarında odalarından çıkamazlar. Ve dinlenme zamanlarını ödevlerini tamamlamak için kullanmak zorunda kalırlar.

10. Hastalar en geç sabah saat 10'a kadar yataklarını düzeltmiş olarak odalarını terk etmek zorundadır. Tekrar uyumak isteyenler saat 13.30 da yataklarına dönebilir.

11. Hastalar, çalışanların başka önerisi olmadığı takdirde ziyaretçileri ile odalarında kapı açık şekilde görüşebilirler.

12. Ziyaret saatleri içinde yeme- içme yasaktır. Bunun için ziyaret saatinin bitmesi beklenir.

13. Yiyecekler odalarda muhafaza edilemez. Mutfakta ya da çalışanların önerdiği bir yerde saklanmalıdır.

14. Hasta odaları günlük olarak oda sahipleri tarafından temizlenir ve toplanır (yatak düzeni, elbise düzeni, yerlerin ve dolapların temizliği gibi).

15. Hastalar kahvaltı saatine kadar günlük temizliğini bitirmiş ve giyinmiş olmalıdır.

16. Hastalar kendi tedavilerine yoğunlaşmalıdır. Tedavi ekibinin planladığı tedavinin uygulanması sırasında hastaların uyumu, bir üst seviye çıkmalarını sağlayacaktır.

17. Fiziksel ya da sözel şiddetin hiçbir tipine anlayış gösterilmeyecektir. Bu kurala uymayan hastalar, tedavi ekibinin belirlediği sürede, diğerlerinden ayrılarak tek başına bırakılacaktır (mola uygulaması). Mola süresi, çiğnenen kurala ve mola süresinde hastanın göstereceği uyuma göre, tedavi ekibi tarafından belirlenecektir.

KENDİNİZİ İFADE ETMENİZİ KOLAYLAŞTIRMAK AMACIYLA OTOBİYOGRAFİNİZİ YAZARKEN CEVAPLAYACAĞINIZ BAZI SORULAR HAZIRLADIK. LÜTFEN AŞAĞIDAKİ SORULARI CEVAPLAYINIZ.

OTOBİYOGRAFİ:

1. Aile bireylerinizi sayınız ve her biri hakkında kısaca bilgi veriniz:

2. Hoşlandığınız etkinlikler nelerdir?

3. Hangi konuda eğitim almak istesiniz ve ne olmak istesiniz?

4. Nereye gitmek istersiniz?

5. Ne yapmak istersiniz?

6. En sevdiğiniz yemekler nelerdir?

7. En sevdiğiniz şarkıcılar kimlerdir?

8. Büyüyünce ne yapmak istersiniz?

9. Arkadaşlarınızdan ve onları hangi özelliklerinden dolayı sevdiğinizden bahsediniz.

10. Bir erişkin olsaydınız, kendinizle ilgili neyi bilmek isterdiniz?

11. Sizi sinirlendiren ve üzen şeyler nelerdir?

12. Sizi sakinleştiren şeyler nelerdir?

13. Kimin yerinde olak isterdiniz?

14. Bir konuda yardıma ihtiyacınız olsa ne yaparsınız?

15. Boş zamanlarınızda neler yaparsınız?

16. Burada olduğunuz süre içinde kendinizle ilgili değiştirebileceğiniz ve değiştirmek istediğiniz şeyler nelerdir?

17. Bunalımda olduğunuzu hissettiğiniz anda (intihar etmeyi düşünmek gibi) kimi aramak isterdiniz?

18. Merak ettiğiniz, öğrenmek istediğiniz şeyler nelerdir?

Sizden istediğimiz ikinci şey kendinizle ilgili bir "sorun listesi" oluşturmanız. Aşağıda merkeze geldiğiniz sırada sahip olabileceğiniz bazı sorunlarla ilgili örnek bir liste bulunmaktadır. Bu ve buna benzer, sizinle, ailenizle ya da arkadaşlarınızla ilgili sorunlarınızı arka sayfadaki listeye yazınız. Sorunlarınızı bilmek, merkezde kaldığınız süre içinde size daha iyi yardımcı olabilmemizi sağlayacaktır.

Örnek sorun listesi:

1. Kendimi öldürmeyi denedim
2. Üvey babam bana sürekli bağırıyor
3. Uyanamadığım için okula hep gecikiyorum.
4. Kendimi sürekli üzgün hissediyorum.
5. Arkadaşlarımla geçirdiğim zamanlardan zevk alamıyorum.

Burada her insanın sahip olabileceği bazı sorunlar yer almaktadır. Sizin için önemli olanları aşağıda yer alan listeye yazınız.

PROBLEM LİSTESİ

1.

2.

3.

4.

5.

TEDAVİDE AMAÇLADIKLARIN

1.

2.

3.

4.

5.

Gümüş Seviyeye Geçiş Formu

Adı:.....

Tamamladıklarını Işaretle	sorumluluklar
	Merkeze geldiğim ilk günden itibaren elbiselerimi yerleştirdim ve düzenledim.
	Tüm tedavi aktivitelerine katıldım, tüm grupla tanıştım ve günlük işleyişi öğrendim
	Tedavi ekibindeki kişilerle tanıştım
	Bronz seviye çalışma kitabını ve çalışanların verdiği diğer görevleri tamamladım
	Merkez içindeki görevlerimi öğrendim ve gerekenleri tamamladım
	Okul ödevlerimi tamamladım

Buradaki tedavim sırasında neler yapmam gerektiği ile ilgili genel fikirlerim:

Teslim alan görevli (isim-imza):

OĞUZ KAAN KÖKSAL GENÇLİK MERKEZİ

PROBLEMLERİMİ ÇÖZÜYORUM

GÜMÜŞ SEVİYE

Tarih:.....

GÜMÜŞ SEVİYE: **İkinci basamak.**

Bronz seviyede görevlerini tamamlayanlar, tedavi ekibi de uygun gördüğü takdirde, gümüş seviyeye geçer. üçüncü seviyeye geçebilmek için gümüş seviyedeki sorumlulukların yerine getirilmesi gerekmektedir.

Sorumluluklar:

1. Hastalar bu seviyede en az 48 saat kalırlar.
2. Hastalar, doktor ve diğer çalışanların tedavi önerilerini ve merkez içinde üzerlerine düşen görevleri yerine getirmek.
3. Okul ödevlerini tamamlamak.
4. Gruba katılmak, toplu etkinliklerde yer almak.
5. Günlük olarak, kendilerini nasıl hissettikleri ile ilgili bir yazı yazıp, çalışanlardan birinin imzalamasını sağlamak.
6. Gümüş seviye kitapçığını tamamlamak
    a. Problem çözme yolları
    b. Öfke denetleme yolları
    c. Kitapçığın bir çalışan tarafından incelenerek, imza karşılığı alınması.
7. Gümüş seviyedeki sorumluluklarını 48 saat içinde tamamlayanlar, tedavi ekibi tarafından da uygun görülürse, bir üst basamak olan altın seviyeye geçerler.

Gümüş Seviyedeki Haklar:

- Bina içindeki oyunlar
- Çerez pasta gibi ara öğünler
- Radyo, televizyon
- Pin-pon
- Pazar günü yürüyüşü
- Akşamları popkorn
- Bazı özbakım araçlarını bulundurma (deodorant, basit makyaj malzemeleri)
- Hafta sonu bahçedeki oyunlara katılma
- Pasta pişirme

Gümüş seviyedeki haklar, şartlar karşısında değişebilir ve bu konuda çalışanlar hastaları bilgilendirir.

GÜMÜŞ SEVİYEDEN DÜŞME

Gümüş seviyeye gelmiş olmasına rağmen, bazı görevlerini yerine getirmeyen ya da belirtilecek olan kuralları çiğneyen hastalar gümüş seviyeden düşebilirler. Bunun için en önemli unsur, hastaların sorunlarını çözmek için gösterdiği çaba ve çalışmadır. Bazı problemlerle başa çıkmak gerçekten güç olabilir ve yoğun çaba gerektirir. Bu çabayı gösterdiği konusunda tedavi ekibini ikna etmek bir üst seviyeye çıkmak için esastır. Problemlerini çözmek için gönüllü olanlara, tedavi ekibi tarafından gerekli yardım ve destek sağlanacaktır.

Her hangi bir nedenle gümüş seviyeden bronz seviyeye düşmek gerektiğinde, hastaya durumu düzeltmek için bir şans daha verilir. Ve iki seviye arasında bir konum olan "yardımcı olarak seviyeyi sürdürme" konumuna alınırlar.

Yardımcı olarak seviyeyi sürdürme basamağına alınma nedenleri:

a. Bulunduğu seviye için gerekli sorumlulukların yerine getirilmemesi.
b. Gümüş seviyede bulunduğu süre içinde iki kez mola cezası almış olmak.
c. Altın seviyede bulunduğu süre içinde 1 kez mola cezası almış olmak.

Yardımcı olarak seviyeyi sürdürmenin sorumlulukları:

a. Görev ve sorumluluklar, kişiye göre, tedavi ekibi tarafından belirlenir ve hastaya bildirilir.
b. Verilen sorumlulukları tamamlayan hastalar erkesi gün eski seviyelerine geri dönerler.
c. Bu konumda ikin mola cezası almamak.

Yardımcı olarak seviyeyi sürdürme konumunun hakları

Bu konuma alınmadan önceki seviye gibi uygulanır.

İSTENMEYEN DAVRANIŞLAR:

Davranışlar	**Tanımlama**
1. Tekrarlayıcı hırçınlık	Çalışanların 2 kez uyarmasına karşın, söyleneni yerine getirmeme. Rica etmeden emreder tarzda konuşmak gibi saygısız davranışlar.
2. Saldırgan davranışlar (en önemli sorun!!!!!)	Vurma, kırma, kavga etme, kişilere ya da eşyalara zarar verici nitelikteki her türlü davranış.
3. İzinsiz (kaçak) eşyaları bulundurma (en önemli sorun !!!!!!)	Bununla ilgili bilgiler beşinci sayfada yer almaktadır.
4. Kendine zarar verici davranışlar	Kendi bedenine zarar veren kesikler oluşturmak. Kendine zarar verecek şekilde bir yere vurmak gibi.
5. En önemli sorun	En önemli sorun olarak tanımlanan davranışlardan her hangi birini yapmak (saldırganlık, kaçak eşya...) 24 saat odadan çıkmama cezası ve bronz seviyeye geri dönme ile sonuçlanır.

ÖNEMLİ DAVRANIŞLAR

Önemli davranışlar	Tanımı
1. Sakin kalamama	Herhangi bir nedenden dolayı çalışanlardan biri odanda ya da başka bir yerde tek başına zaman geçirmeni istediğinde (mola), bunu yerine getirmez ya da bu süre içinde sakin kalmayı başaramazsan, mola cezasının yetersiz olduğu sonucu çıkacaktır. Bu durumda daha ciddi bir uygulamaya gerek olabilir.
2. Mola cezası	Sorumluluklarından birini yerine getirmediğinde ya da sorun yaratan bir davranış gösterdiğinde çalışanlar senden, tek başına sakince vakit geçirmeni isteyecek ve bunun süresini söyleyecektir. Çabucak sakinleşmen mola süresini kısaltabileceği gibi, sakin kalamaman sürenin uzamasına neden olabilir.
3. Açık alanda mola	Sorun yaratan bir davranışından sonra mola süreni geçirmek için çalışanlar sana açık alanlardan birini önerebilir (mutfak, bahçe...). bu alanda sorunun sürmesi seni, kapalı bir alanda molanı tamamlamak zorunda bırakabilir. Buna yine görevli kişi karar verecektir.
4. Mola işe yaramazsa???	Eğer mola kurallarına uymaz, kendine ve başkalarına zarar verici şekilde ya da saygısız davranmayı sürdürürsen, mola uygulaması sona erdirilir ve sakin kalmayı başarıncaya kadar kiriz odasında kalman gerekir.

BEKLENEN SONUÇLAR:

Davranışlar	**Sonuçları**
1. En önemli sorunlar (saldırganlık, kaçak eşya)	24 saat oda cezasından sonra bronz seviyeye geri dönersin. Bronz seviyede aynı davranışı tekrarlarsan, yeniden 24 saat oda cezası alırsın.
2. Gümüş seviyede iken 2 den fazla mola cezası alma	Bronz seviyeye geri dönersin. Bronz seviyedeki sorumluluklarını yerine getirdiğin en az 1 gün den sonra tekrar gümüş seviyeye yükselebilirsin (2 kez mola cezası alanlar "yardımcı olarak seviyeyi sürdürme" konumunda en az 1 gün beklerler).
3. Altın seviyede iken 2 ya da daha fazla mola cezası alma	Gümüş seviyeye geri dönersin. En az 1 gün boyunca gümüş seviyenin sorumluluklarını yerine getirdiğin takdirde tekrar altın seviyeye çıkabilirsin (1 kez mola cezası alanlar "yardımcı olarak seviyeyi sürdürme" konumunda en az 1 gün beklerler).

ÖFKE DENETİM UYGULAMALARI

Öfkeni nasıl denetleyeceğini öğrenmek, senin bu merkezdeki tedavinin en önemli aşamalarından biridir. Bu yazıdaki bilgiler, öfkeni daha iyi anlamana ve denetlemene yardımcı olacaktır. Bol şans !!

ÖFKE: Zorlu yaşam olayları karşısında ortaya çıkan, şiddetli ama kontrol edilmesi başarıldığında normal sayılan duygusal bir cevaptır.

Tüm insanlar yaşamları boyunca pek çok kez öfkelenirler. Bu oldukça şiddetli bir duygudur. Öfkenin kendine yada başkalarına zarar vermesini engellersen, yani kontrol etmeyi başarırsan bu normal bir duygu olarak kabul edilecektir ve anlayışla karşılandığını sende göreceksin.

Öfkeni anlamak sana ve tedavi ekibine yardımcı olacaktır. Bunun için arka sayfadaki soruları cevapladır.

ÖFKENİN TANIMLANMASI VE ANLAŞILMASI:

1. İnsanların öfke ile ilgili değişik fikirleri olabilir. Öfke senin için ne anlama geliyor? Öfkeyi tanımlarmısın?

2. Sen ne zaman öfkelenirsin?

3. Hiç başka birine öfkelendin mi? Kime?

4. Öfkelendiğinde ne yaparsın ya da ne söylersin?

5. Diğer kişilerin sana öfkelendiği zamanları düşün. Ne yaptığında ya da ne söylediğinde sana daha çok öfkeleniyorlar?

6. Öfke iyi bir şeydir !! ya da kötü bir şeydir !! ya da ne iyi ne de kötüdür!!! Sence hangisi? Açıklar mısın?

7. Diğer insanların yaptığı yada söylediği şeylerin bazıları seni sinirlendirir. Bunlardan 3 tanesini sayarmısın?

PROBLEM ÇÖZME BASAMAKLARI

Problem çözme dünyasına hoş geldin !! bu bölümde problemlerini çözmende sana yardımcı olacak bazı yollar öğreneceksin. Bazı örnekler;

- Okulda sıra arkadaşım beni sürekli rahatsız ediyor !!
- Fatma sürekli benim arkamdan konuşuyor !!
- Annem çoğu zaman arkadaşlarımla görüşmeme izin vermiyor !!
- Doktorumla konuşurken kendimi rahat hissedemiyorum !!
- Gizem benden izin almadan gömleğimi giymiş !!

Bunlar gibi her hangi bir sorunun için problem çözme basamaklarını kullanabilirsin. Sonuçta en az zararla sorunlarını çözmeyi başaracaksın.

Problem Çözme Basamakları:

1. Problem ne?
2. Benim hedefim ne?
3. Hedefime ulaşmamı sağlayacak yollar ne olabilir?
4. Çözüm yolları yollar içinde en iyisi hangisi?
5. En iyi yolu seç ve uygula.....
6. İşe yaramazsa birinci adıma geri dön, başka çözüm yolları ara ve tekrar uygula.....

Şimdi her bir basamakla ilgili daha fala bilgi edinelim ve nasıl uygulayacağımızı öğrenelim:...

1. BASAMAK: PROBLEM NE?

Bu basamak, esas sorunun ne olduğunun belirlenmesi ve ayrıntılı tanımlanmasını içerir. Aşağıda bunun için 2 örnek yer almaktadır ve daha sonra cevaplarına yer verilecektir:

ÖRNEK 1: Sıla okuldan karnesini alır. Karnesinde 2 tane 3, 2 tane 2 ve 1 tane 1'i vardır. Babası karneyi görünce çok sinirlenir ve 3 aylık süre için sılayı cezalandıracağını söyleyerek karneyi imzalar. Tatilden sonra sıla karneyi teslim eder ve tekrar okula başlar.

SILANIN PROBLEMİ NEDİR?_____

_____

_____

ÖRNEK 2: Elif son 8 aydır Halukla çıkıyordu. Bazı kişiler elifin okuldaki sırasının çekmecesine "Haluk seni aldatıyor" yazan bir not bıraktılar. Elif notu gördüğünde çok üzüldü ve ağlamaya başladı ve nota inanıp inanamayacağına karar veremedi.

ELİFİN PROBLEMİ NEDİR?_____

_____

_____

İlk örnekte Sılanın büyük bir üzüntüsü vardır. **Onun problemi: Babasının karneyi görünce çok öfkelenmiş olmasıdır.** Bu problem nedeni ile uzun bir ceza almıştır ve babası ile ilişkisi bozulmuştur. Sılanın sahip olduğu diğer bir problem ise: **başarısız bir öğrenci olmasıdır.** Bu örnekte bakış açısına göre hangi problemin daha önemli olduğu değişebilir. Sizin böyle bir sorununuz olsa çözmek istediğiniz en önemli problem hangisi olurdu? Başarısız bir öğrenci olmak çözülmesi gereken önemli bir sorundur ancak, ilk problemin daha öncelikli olarak çözülmesi gerekir.

İkinci örnekte **Elifin problemi: Haluk' onu aldatıp aldatmadığından emin olamamasıdır.** Bu problem önemlidir çünkü eğer doğruysa ilişkisini gözden geçirmesi gerekmektedir.

EGZERSİZ

Bu bölümde, senin sorunlarından biri için alıştırma yer almaktadır. Son zamanlarda seni rahatsız eden durumlardan birini aşağıya yaz ve biraz önceki örneklerdeki gibi problemin ne olduğunu tanımlamaya çalış...

Problem olarak gördüğün durumu tanımla:

Birinci adım: Problemim ne?

Tamamladıktan sonra tedavi ekibinden birine göster ve onaylat

Onaylayan görevlinin imzası:_____Tarih:

2. ADIM: HEDEFLERİM NELER?

Şimdi birinci adımda problemin ne olduğunu anladın ve tanımladın. Sırada problem hakkındaki hedefini belirlemek var. Hedeflerini bilmezsen, en uygun çözümü nasıl bulabilirsin? Hedeflerini bilmezsen nereye gideceğini de bilmezsin.

Hedef belirlemeyi öğrenirken sana yardımcı olacak bazı örnekler aşağıda yer almaktadır.

Problem: Fatma sürekli benim arkamdan konuşuyor.
Hedef: Fatma'nın arkamdan konuşmasını engellemeliyim.

Problem: Gizem okulda beni sürekli rahatsız ediyor.
Hedef: Gizemin beni rahatsız etmesini engellemeliyim.

Problem: Annem arkadaşlarımla görüşmeme izin vermiyor.
Hedef: annemin arkadaşlarımla görüşmesine izin vermesini sağlamalıyım.

Problem: Doktorumla konuşurken kendimi rahat hissedemiyorum.
Hedef: Doktorumla konuşurken kendimi daha rahat hissetmeliyim.

Problem: Mehtap benden izinsiz gömleğimi giyinmiş.
Hedef: Gömleğimi Mehtaptan geri almalıyım.

Şimdi Sıla ve Elifin problemlerine geri dönelim. Aşağıya senin önerdiğin hedefleri yaz. Cevaplar arka sayfada yer almaktadır.

Sılanın problemi: karnesinden dolayı babasının kızmış olması.
HEDEF:_____
_____

Elifin problemi: Haluk'un kendini aldatıp aldatmadığından emin olamaması.
HEDEF: _____
_____

Sılanın örneğinde hedef, **babasının kızgınlığının sürmesini engellemek ve onu sakinleştirmek** olmalıdır. Burada önemli olan belirlenen hedefin gerçekleşmesi mümkün bir hedef olmasıdır. Yani hedeflerin gerçekçi olması, başarı için en önemli noktadır. Sıla için diğer bir hedef **babasının kendisine katı bir ceza vermesini engellemek** olabilir. Görüldüğü gibi bu gerçekleşmesi zor bir hedeftir.

Elifin örneğinde ilk hedef, **Haluk'un kendisini gerçekten aldatıp aldatmadığını öğrenmek** olmalıdır. Bu olabilecek gerçekçi bir hedeftir. Gerçekçi olmayan zor hedef ise **Haluk kendini gerçekten aldatıyorsa bunu engellemek** olabilir. (daha sonraki egzerzisler için bu örnekleri aklında tutmaya çalış)

EGZERSİZ

Bu egzersiz daha önceki sayfalarda kendin için tanımladığın problemin devamı şeklinde olacaktır. Daha önce tanımladığın problemi hatırla ve hedefini belirlemeye çalış.

1. <u>Adım: Hedeflerim neler?:</u>

Tamamladıktan sonra tedavi ekibinden birine göster ve onaylat

Onaylayan görevlinin imzası:_____Tarih:

3. ADIM: HEDEFİME ULAŞMAMI SAĞLAYACAK YOLLAR NELER OLABİLİR?

Şimdi problemimiz ve hedeflerimizi biliyoruz. Sırada hedeflere ulaşmak için uygun çözüm yolları üretmek var. Bazen seçilen ilk yol problemi çözmeye ve hedefe ulaşmaya yeter. Ama bazen ilk yol uygun değildir ve yeni yollar bulmak gerekir. En iyi çözüme birkaç denemeden sonra ulaşmakta mümkündür. Başlangıçta tek bir yol değil de alternatif olacak birkaç yol belirleyip içlerinden birini seçerek uygulamak faydalı olacaktır. Şimdi Sıla ve Elifin hedefleri için uygun çözüm yolları bulmaya çalışalım.

Sılanın hedefi: Babasının karnesinden dolayı kızgınlığının sürmesini engellemek ve onu sakinleştirmek.

Önerilebilecek Çözüm Yolları:

1. Karnesini babasına göstermemek.
2. Babasına karnesini göstermeden önce sahte bir intihar girişiminde bulunmak.
3. Babasına karnesini gösterdikten sonra, onun vereceği yeni ev ödevlerini itiraz etmeden yapmak.

Burada Sıla için 3 farklı çözüm yolu önerilmiştir. Sen bu önerilerden birini yada bazılarını en iyi çözüm yolu olarak görebilirsin, ancak yollardan birini seçip uygulamak bir sonraki adımda yapılacak. Bu adımda ki amaç sorun için farklı çözüm önerileri üretmektir. Unutma ki sorunu çözmek için ne kadar çok çözüm yolu üretirsen, sonuca ulaşman o kadar kolay olacaktır.

Elifin hedefi: Haluk'un kendisini gerçekten aldatıp aldatmadığını öğrenmek.

Önerilebilecek Çözüm Yolları:

1. Haluk'u aldatarak, onun gerçekten üzülüp üzülmediğini anlamak.
2. Haluk'a aldatıp aldatmadığını sormak.
3. Bir kız arkadaşından Haluku gizlice izlemesini istemek.

Şimdi Elifin üç farklı çözüm önerisi var. Bunlardan hangisini seçeceğini bir sonraki adımda öğreneceğiz.

EGZERSİZ

Şimdi kendinle ilgili belirlediğin problemi ve bununla ilgili önerdiğin hedefi hatırla. Sırada belirlediğin hedefe ulaşmak için uygun çözüm yollarını üretmek var.

3.Adım: Kendin için bulduğun çözüm yollarını listele:

1. yol:

2. yol:

3. yol:

4. yol:

Tamamladıktan sonra tedavi ekibinden birine göster ve onaylat

Onaylayan görevlinin imzası:_____Tarih:

4. ADIM: ÇÖZÜM YOLLARI ARASINDA EN İYİSİ HANGİSİ?

Şimdiye kadar ki çalışmada, problemi tanımladın, hedefleri ve bunlara ulaşmak için uygulanabilecek yolları belirledin. Şimdi sırada oldukça önemli olan diğer bir adım var. Listedeki her çözüm yolu hakkında düşünecek ve en iyisini seçmeye çalışacaksın. Unutma ki en iyi yol hedefe en kolay ulaşmanı sağlayacak yoldur. Bunun için kendine "hangi yol beni hedefime daha kolay ulaştırır?" diye sormalısın. İzleyeceğin her yol için doğabilecek iyi ve kötü sonuçları düşünmelisin. Bir yolu seçerken iyi sonuçları kadar kötü sonuçları da düşünmek gerekir. Çünkü bazen kötü sonuçlar, durumu başlangıçtan bile daha kötü hale getirebilir. Uygulayacağın yolu seçerken kendine iki soru sormalısın:

1. Bu yol amacıma ulaşmak için bana nasıl yardım edecek?
2 . Bu yolun kötü tarafları neler?

Bu durumda seçtiğin yolun sana sağlayacağı artıları, eksilerinden fazla olmalıdır. Bu hesabı yapmadan seçeceğin yol sana daha fazla zarar verebilir.

Şimdi Sılanın problemini hatırlayalım ve bunun üzerinde çalışmaya devam edelim.

Sılanın problemi: karnesinden dolayı babasının kızmış olması.

Sılanın hedefi: Babasının karnesinden dolayı kızgınlığının sürmesini engellemek ve onu sakinleştirmek.

Önerilebilecek Çözüm Yolları:

1.Karnesini babasına göstermemek.

2.Babasına karnesini göstermeden önce sahte bir intihar girişiminde bulunmak.

3. Babasına karnesini gösterdikten sonra, onun vereceği yeni ev ödevlerini itiraz etmeden yapmak.

Şimdi her yolu tek tek düşünelim ve üzerinde çalışalım:

1.yol: Karnesini babasına göstermemek.

Bu yol Sılanın hedefine ulaşmasında ona nasıl yardım edebilir:

Eğer babası karneyi görmezse ortada kızacak bir şey olmaz.

Bu yolun kötü tarafları var mı? Varsa neler?

Babası Sılanın o gün karne alacağını biliyordur ve eğer saklarsa Sılanın bir şey gizlediğini anlar. Sonuçta kızına olan güveni sarsılabilir. Eğer Sıla karnesini babasına

imzalatmazsa okula geri iade edemez ve okulda sorun yaşar. Babası okuldan ya da başka bir yerden karnedeki notları öğrenirse, daha çok kızar ve daha ağır bir ceza verebilir.

2. yol: Babasına karnesini göstermeden önce sahte bir intihar girişiminde bulunmak.

Bu yol Sılanın hedefine ulaşmasında ona nasıl yardım edebilir:

Babası sahte intihar girişimine inanırsa, karneyi gördüğünde sılaya caze vermekten çekinebilir ve kızdığını belli etmeyebilir.

Bu yolun kötü tarafları var mı? Varsa neler.

Sahte bir girişimde olsa sonuçta Sıla kendine gerçekten ciddi şekilde zarar verebilir. Bu girişimin sahte olduğu anlaşılırsa babasının ve diğer insanların kendine güveni sarsılır. Gerçekten hasta olduğu zamanlarda bile kimse ona inanmaz. Rol yapıyor zannederler.

3. yol: Babasına karnesini gösterdikten sonra, onun vereceği yeni ev ödevlerini itiraz etmeden yapmak.

Bu yol Sılanın hedefine ulaşmasında ona nasıl yardım edebilir:

Sıla karne sonucu ile babasını kızdırmış olabilir. Ancak bunun için babasının verdiği ödevleri sorun çıkarmadan yaparsa ve durumu düzeltmek için gerçekten çabaladığını babasına gösterirse, babası karnesinden dolayı Sılanın da üzüldüğü ve düzeltmek istediğine ikna olacaktır. Bu durumda kızgınlığı daha çabuk geçecektir ve belki de ceza konusunda daha esnek davranacaktır.

Bu yolun kötü tarafları var mı? Varsa neler?

Sıla bu ödevleri tamamlayabilmek için gerçekten çok çalışmak ve geayret etmek zorunda kalacaktır. Bunu ilk defa yapacağı için zorlanabilir ama bu imkansız olduğu anlamına gelmez.

Gördüğün gibi her yolun iyi ve kötü tarafları var. Bunların içinden en iyisini seçmek bir daha ki adımda yapılacak olan işi. Bu adımda sadece iyi ve kötü yönlerini düşünmemiz yeterli.

Şimdi Elifin problemini ve bulduğu çözüm yollarını hatırlayalım. Elifin yardımımıza ihtiyacı olabilir.

Elifin problemi: Haluk'un kendini aldatıp aldatmadığından emin olamaması.

Elifin hedefi: Haluk'un kendisini gerçekten aldatıp aldatmadığını öğrenmek.

Önerilebilecek Çözüm Yolları:

5. Haluk'u aldatarak, onun gerçekten üzülüp üzülmediğini anlamak.
6. Haluk'a aldatıp aldatmadığını sormak.
7. Bir kız arkadaşından, Haluku gizlice izlemesini istemek.

Şimdi her yolu tek tek düşünelim ve üzerinde çalışalım:

1.yol: Haluk'u aldatarak, onun gerçekten üzülüp üzülmediğini anlamak.

Bu yol Elifin hedefine ulaşmasında ona nasıl yardım edebilir:

Elif bu yolu seçerse Halukun kendini aldatıp aldatmadığı hakkında fikir edinebilir ama kesin anlaması zor gibi görünüyor. Bunu yaparsa sadece Halukun üzülüp üzülmediğini görmüş olacak.

Bu yolun kötü tarafları var mı? Varsa neler?

Haluk Elifin kendini sevmediğini düşünecek ve kırılacaktır. Eğer elifi aldattığı doğru değilse, belki de Elifin aldatması ilişkilerinin bitmesine gerek olacaktır ve belki de Elif daha da çok üzülecektir.

2.yol: Haluk'a aldatıp aldatmadığını sormak.

Bu yol Elifin hedefine ulaşmasında ona nasıl yardım edebilir:

Elif bunu sorarsa Haluk amacına ulşıp gerçeği öğrenebilir. Haluk yalan bile söylese, bu sonuçta ortaya çıkacaktır.

Bu yolun kötü tarafları var mı? Varsa neler?

Eğer haluk gerçekten aldatmıyorsa, kendinden şüphelendiği için Elife kızabilir.

3.yol: Bir kız arkadaşından Haluku gizlice izlemesini istemek.

Bu yol Elifin hedefine ulaşmasında ona nasıl yardım edebilir:

Kız arkadaşı gerçekten izler ve doğruyu söylerse Elif sorusunun cevabını alır. Ama ya izlemezse ya da gerçeği söylemezse?

Bu yolun kötü tarafları var mı? Varsa neler?

Haluk takip edildiğini fark ederse, üzülebilir, kızabilir ve Elife kırılabilir. Buda Elif hakkında kötü düşünmesine neden olacaktır. Yine ilişkileri tehlikeye girer.

EGZERSİZ

Şimdi daha önce yaptığın egzersizlere dön. Kendin için belirttiğin sorunu, bunun için belirlediğin hedefi ve hedefine ulaşmak için bulduğun yolları hatırla (ilk 3 adın). Burada bulduğun yolların her birini tek tek düşünüp, olumlu ve olumsuz taraflarını bulacaksın.

1.yol:_____

Bu yol hedefine ulaşmak için sana nasıl yardımcı olacak?

Bu yolun kötü tarafları neler?

2.yol:_____

Bu yol hedefine ulaşmak için sana nasıl yardımcı olacak?

Bu yolun kötü tarafları neler?

3.yol:_____

Bu yol hedefine ulaşmak için sana nasıl yardımcı olacak?

Bu yolun kötü tarafları neler?

4.yol:_____

Bu yol hedefine ulaşmak için sana nasıl yardımcı olacak?

Bu yolun kötü tarafları neler?

Tamamladıktan sonra tedavi ekibinden birine göster ve onaylat.

Onaylayan görevlinin imzası:_____Tarih:

5. ADIM: EN İYİ YOLU SEÇ VE UYGULA...

Şimdi hedefine ulaşmak için bir yol seçtin ve bunun için gerçekten emek harcadın. Burada kendine sorman gereken soru: **"bu yolu uygulamak için ne yapmalıyım".** Eliminde hakkında uzunca düşünülmüş, sağlayacağı faydalar ve zararları hesaplanmış bir yol var. Bu nedenle işin daha kolay. Hakkında uzunca düşündüğün için şanslısın, çünkü eğer gerekirse uygulama sırasında bazı değişiklikler yapabilirsin. Bu ihtimalleri hesaplamış olduğun için hata yapma olasılığın daha düşük. Bol şans !!

Bazen, seçtiğin yolun ufak tefek zorlukları olabilir. Amacına ulaşmak için emek vermen gerekir ama amacına ulaşınca buna değdiğini göreceksin. Yaptığın egzersizleri hatırlayarak, Sıla ve Elif için senin önerdiğin yolları aşağıya yaz.

Sıla için önerdiğin yol:_____

Neden:

Elif için senin önerdiğin yol:

Neden:

Tamamladıktan sonra tedavi ekibinden birine göster ve onaylat.

Onaylayan görevlinin imzası:_____Tarih:

ALTIN SEVİYEYE GEÇİŞ FORMU

Adı:_____

Gümüş seviyede tapmam gereken görevleri yerine getirdim, gümüş seviye kitapçığını tamamladım ve tedavi ekibinin bana verdiği görevleri tamamladım.

Tamamladıklarını işaretle	**sorumluluklar**
	Sabahları uyandıktan sonra, kahvaltı saatine kadar, yatağımı ve odamı topladım. Giyinmiş olarak kahvaltıya katıldım.
	Tedavim için bana verilen görevleri yerine getirdim. Grup toplantılarında bana sorulan soruları cevapladım ve duygularımı, düşüncelerimi diğer grup elemanları ile paylaştım.
	Gümüş seviye kitapçığını tamamladım ve gerekli yerleri görevli kişilere imzalatarak onay aldım.
	Tedavim için önerilen ilaçları düzenli ve tam olarak kullandım.
	Merkez içinde bana verilmiş olan görevleri aksatmadan yaptım (oda düzeni ve temizliği, yeni gelen hastalarla tanışıp onların alışmasına yardımcı olmak gibi....).
	Merkezdeki işleyişe yardımcı oldum ve kurallara uydum.
	Okul ödevlerimi eksiksiz olarak tamamladım.
	Yaşadıklarımı, duygu ve düşüncelerimi düzenli olarak her gün yazdım.

Buradaki tedavim sırasında neler yapmam gerektiği ile ilgili genel fikirlerim:

Teslim alan görevli (isim-imza):

OĞUZ KAAN KÖKSAL GENÇLİK MERKEZİ

NELER YAPMAM GEREKTİĞİNİ BİLİYORUM

ALTIN SEVİYE

Tarih:.....

ALTIN SEVİYE: **Son ve en üst seviyedir.**

Gümüş seviyedeki görevlerini tamamladıktan sonra tedavi ekibinin onayı ile altın seviyeye çıkmana karar verilir.

Sorumluluklar:

1. **Merkez içindeki görevler devam eder.**
2. **Altın seviye kitapçığını okunup, buradaki egzersizler tamamlanmak.**
3. **Okul ile ilgili tüm ödevler tamamlanmak.**
4. **Grup etkinliklerine katılmak.**
5. **Tedavisi için verilen görevleri yerine getirerek tedavi ekibine yardımcı olmak.**
6. **Bronz seviye kitapçığında yer alan problem listesine yazdığın problemlerden birini seçerek, altın seviyeye yükseldikten sonra 3 gün içinde problem çözme tekniklerini kullanarak çözüm üretmek.**
7. **Günlük olarak, kendilerini nasıl hissettikleri ile ilgili bir yazı yazıp, çalışanlardan birinin imzalamasını sağlamak.**
8. **Taburcu olmak için gerekli plan ve çalışmayı yapmak. Grup içindeki sorunların çözümü için çaba sarf etmek. Örneğin: kavgayı yatıştırmak, uzlaşmayı sağlamak.**
9. **Yatak odası, mutfak ve toplantı alanı gibi yerlerin temizliğine dikkat etmek.**
10. **Alt seviyedeki hastalara örnek oluşturacak şekilde davranmak. Onların çalışmalarına yardımcı olmak.**
11. **Tedavi ekibinin vereceği görevleri yerine getirmek.**

Altın seviyedeki haklar:

- Bina içindeki oyunlar
- Çerez pasta gibi ara öğünler
- Radyo, televizyon
- Pin-pon
- Pazar günü yürüyüşü
- Akşamları popkorn-çerez partisine katılma
- Bazı özbakım araçlarını bulundurma (deodorant, basit makyaj malzemeleri gibi)
- Hafta sonu bahçedeki oyunlara katılma
- Pasta pişirme
- Tercih ettiği arkadaşı ile aynı odada kalma
- Magazin dergileri-kitap okuma
- Mutfaktaki cihazları kullanmak

TABURCU OLMAK İÇİN İYİLEŞME PLANIM

* Sorunlarımla ilgili yardıma ihtiyacım olduğu zaman, _____
_____yapacağım.

*** Kötü hissettiğimde ya da ümitsizliğe kapıldığımda_____**
_____yapacağım.

*** Yapmam yada söylemem gerekenleri unutursam sonuçta_____**
_____olabilir.

*** Davranışlarımla ilgili_____**
_____düzeltirsem
iyileşmem ve taburcu olmam daha kolay olacaktır.

Yapmam gerekenler **(tamamladıklarına işaret koy)**

( ) Doktorum, terapistim, ailem ve öğretmenimle konuştum.
( ) Bana verilen ilaçları düzenli olarak kullandım.
( ) Öfke denetimi uygulamasını tamamladım.
( ) Problem çözme basamakları ile ilgili çalışmaları tamamladım.
( ) Olumlu ve sağlıklı davranış gösteren kişileri destekledim.

***Biliyorum ki hayatta her zaman zorluklarla karşılaşabilirim, ama şimdi bunlarla nasıl başa çıkacağımı biliyorum. Bunun için _____**
_____konularında kendimi değiştirmem gerek.
***Kendimde_____**
_____ile ilgili değişiklikleri başardım.
***Kendi başıma kaldığımda_____hissediyorum.**
***Ümitliyim çünkü ben_____**
***Kendimle ilgili düşüncelerim_____**
_____
*** Buraya ilk geldiğimde benim en büyük problemim_____**
_____idi.
Fakat burada öğrendim ki ben_____
_____

Tamamladıktan sonra tedavi ekibinden birine göster ve onaylat
Onaylayan görevlinin imzası:_____Tarih:

ÖNEMLİ BİR KONU

Şimdi problem çözme basamaklarına dönelim ve tekrar hatırlamaya çalışalım.

Problem Çözme Basamakları:

7. Problem ne?
8. Benim hedefim ne?
9. Hedefime ulaşmamı sağlayacak yollar ne olabilir?
10. Çözüm yolları yollar içinde en iyisi hangisi?
11. Seçtiğin en iyi yolu uygula.....
12. İşe yaramazsa birinci adıma geri dön, başka çözüm yolları ara ve tekrar uygula.....

Problem çözme basamaklarını uygularken yaşanan en yaygın sorun: 5. basamağı ne zaman uygulamaya geçeceğimiz sorunudur; özellikle bulduğumuz yolların hiç biri yeterin iyi değilse. bazen bulduğun çözüm yollarından birinin sonuca ulaşmak için uygun olabilir. Ama bazen de bulduğun hiç bir yolun sonuca ulaşmak için yeterince iyi olmadığını düşünürsün. Bu durumda harekete geçmemelisin. Çünkü kötü bir yolu uygulamak, durumu başlangıçtan daha kötü bir hale getirebilir. Böyle durumlarda kendine zaman tanımalısın. Sorunu düşünüp tekrar tanımlamalısın, yeni yollar bulmaya çalışmalısın ve iyi bir yol bulduğuna inandığın an 5. basamağa geçip uygulamalısın. Bunu yaparken nedeni aşağıdaki iki sorunun cevabında aramalısın.

1. Bulduğun çözüm yolları yeterince iyi mi?
2. Problemi çözerken ulaşmayı amaçladığın hedef, gerçekçi mi? Yoksa ulaşılması zor bir hedef mi?

İlk soru doğruysa başka çözüm yolları üretmek için daha fazla düşünmelisin. Belki bulduğun 3 ya da 4 yol en iyi çözümü üretmek için yeterli değildir ve daha fazlasını bulman gerekiyordur. İkinci soru doğruysa yani ulaşmayı amaçladığın amaç gerçekçi değilse, ürettiğin çözüm yollarından hiç biri işe yaramayacaktır. Bu durumda yeni çözüm yolları aramaktansa, hedefini gözden geçirmen daha uygun olacaktır. Yani ikinci adıma dönmelisin, yeni bir hedef belirlemelisin ve bu hedef için yeni çözüm yolları üretmelisin. Bunun anlamı ikinci ve üçüncü adımları tekrarlaman gerekir.

Problem çözme konusunda yeterli hale gelmenin tek bir yolu var: bu adımlar ile ilgili ödevleri yapmak ve çalışmak. Yeni örneklerle tekrar, tekrar ve tekrar ve gerekiyorsa tekrar çalışmalısın. Bir süre sonra hiç zorlanmadan pek çok harika yol ürettiğini göreceksin. Emin ol bu tedavi ekibini çok mutlu edecektir.

Şimdi çalışma zamanı

Bronz seviye kitapçığına dön. Orada kendinle ilgili 5 problemi yazmıştın. Onları bul. Arka sayfada problem çözme çalışmaları var. Bronz kitapçığa yazdığın sorunlarını bu çalışma için kullan ve basamakları her sorun için tek tek uygula. Bu çalışmayı tamamlamak için 3 günün var. Eğer yardıma ihtiyacın olursa?? Tedavi ekibi yanında olacak !!!!

PROBLEM ÇÖZME ÇALIŞMASI (1.sorunun için)

1.adım: Benim problemim ne?

2.adım: Hedefim ne?

3.adım: Hedefime ulaşmak için uygun çözüm yolları neler olabilir?

1.yol:

2.yol:

3.yol:

4.yol:

4.adım: En iyi yol hangisi?

1.yol için

Bu yol sorunumu çözmekte bana nasıl yardımcı olacak:

Bu yolun kötü tarafları var mı? Varsa neler?

2. yol için:

Bu yol sorunumu çözmekte bana nasıl yardımcı olacak:

Bu yolun kötü tarafları var mı? Varsa neler?

3.yol için:

Bu yol sorunumu çözmekte bana nasıl yardımcı olacak:

Bu yolun kötü tarafları var mı? Varsa neler?

4.yol için:

Bu yol sorunumu çözmekte bana nasıl yardımcı olacak:

Bu yolun kötü tarafları var mı? Varsa neler?

5.adım: en iyi yolu seç ve uygula.

6.adım: işe yaradıysa tebrikler. İşe yaramadıysa birinci adıma dön ve tekrar dene.

Teslim alan görevlinin imzası.....Tarih.....

PROBLEM ÇÖZME ÇALIŞMASI (2.sorunun için)

1.adım: Benim problemim ne?

2.adım: Hedefim ne?

3.adım: Hedefime ulaşmak için uygun çözüm yolları neler olabilir?

1.yol:

2.yol:

3.yol:

4.yol:

4.adım: En iyi yol hangisi?

1.yol için

Bu yol sorunumu çözmekte bana nasıl yardımcı olacak:

Bu yolun kötü tarafları var mı? Varsa neler?

2. yol için:

Bu yol sorunumu çözmekte bana nasıl yardımcı olacak:

Bu yolun kötü tarafları var mı? Varsa neler?

3.yol için:

Bu yol sorunumu çözmekte bana nasıl yardımcı olacak:

Bu yolun kötü tarafları var mı? Varsa neler?

<u>4.yol için:</u>

Bu yol sorunumu çözmekte bana nasıl yardımcı olacak:

Bu yolun kötü tarafları var mı? Varsa neler?

5.adım: en iyi yolu seç ve uygula.

6.adım: işe yaradıysa tebrikler. İşe yaramadıysa birinci adıma dön ve tekrar dene.

Teslim alan görevlinin imzası.....Tarih.....

PROBLEM ÇÖZME ÇALIŞMASI (3.sorunun için)

1.adım: Benim problemim ne?

2.adım: Hedefim ne?

3.adım: Hedefime ulaşmak için uygun çözüm yolları neler olabilir?

1.yol:

2.yol:

3.yol:

4.yol:

4.adım: En iyi yol hangisi?

1.yol için

Bu yol sorunumu çözmekte bana nasıl yardımcı olacak:

Bu yolun kötü tarafları var mı? Varsa neler?

2. yol için:

Bu yol sorunumu çözmekte bana nasıl yardımcı olacak:

Bu yolun kötü tarafları var mı? Varsa neler?

3.yol için:

Bu yol sorunumu çözmekte bana nasıl yardımcı olacak:

Bu yolun kötü tarafları var mı? Varsa neler?

4.yol için:

Bu yol sorunumu çözmekte bana nasıl yardımcı olacak:

Bu yolun kötü tarafları var mı? Varsa neler?

5.adım: en iyi yolu seç ve uygula.

6.adım: işe yaradıysa tebrikler. İşe yaramadıysa birinci adıma dön ve tekrar dene.

Teslim alan görevlinin imzası.....Tarih.....

PROBLEM ÇÖZME ÇALIŞMASI (4.sorununun için)

1.adım: Benim problemim ne?

2.adım: Hedefim ne?

3.adım: Hedefime ulaşmak için uygun çözüm yolları neler olabilir?

1.yol:

2.yol:

3.yol:

4.yol:

4.adım: En iyi yol hangisi?

1.yol için

Bu yol sorunumu çözmekte bana nasıl yardımcı olacak:

Bu yolun kötü tarafları var mı? Varsa neler?

2. yol için:

Bu yol sorunumu çözmekte bana nasıl yardımcı olacak:

Bu yolun kötü tarafları var mı? Varsa neler?

3.yol için:

Bu yol sorunumu çözmekte bana nasıl yardımcı olacak:

Bu yolun kötü tarafları var mı? Varsa neler?

4.yol için:

Bu yol sorunumu çözmekte bana nasıl yardımcı olacak:

Bu yolun kötü tarafları var mı? Varsa neler?

5.adım: en iyi yolu seç ve uygula.

6.adım: işe yaradıysa tebrikler. İşe yaramadıysa birinci adıma dön ve tekrar dene.

Teslim alan görevlinin imzası.....Tarih.....

PROBLEM ÇÖZME ÇALIŞMASI (5.sorunun için)

1.adım: Benim problemim ne?

2.adım: Hedefim ne?

3.adım: Hedefime ulaşmak için uygun çözüm yolları neler olabilir?

1.yol:

2.yol:

3.yol:

4.yol:

4.adım: En iyi yol hangisi?

1.yol için

Bu yol sorunumu çözmekte bana nasıl yardımcı olacak:

Bu yolun kötü tarafları var mı? Varsa neler?

2. yol için:

Bu yol sorunumu çözmekte bana nasıl yardımcı olacak:

Bu yolun kötü tarafları var mı? Varsa neler?

3.yol için:

Bu yol sorunumu çözmekte bana nasıl yardımcı olacak:

Bu yolun kötü tarafları var mı? Varsa neler?

4.yol için:

Bu yol sorunumu çözmekte bana nasıl yardımcı olacak:

Bu yolun kötü tarafları var mı? Varsa neler?

5.adım: en iyi yolu seç ve uygula.

6.adım: işe yaradıysa tebrikler. İşe yaramadıysa birinci adıma dön ve tekrar dene.

Teslim alan görevlinin imzası.....Tarih.....

Problem çözme basamaklarını ve çalışmalarını tamamladın. Tebrikler !!!!!!! artık sen iyi bir problem çözücüsün..... Bu konuda etrafındakilere bile yardımcı olabilirsin. Başarılar !!!!!!!!!!

ÖFKE DENETİMİ

Her öfke nöbetinin 3 özelliği vardır.

Öncesi: **Öfke nöbetinden önce, seni sinirlendirecek bir şeyler olur.**

Örnek: **Birinin sana daha önce de isim takmış olması.**

Davranış: **Öfkeni yaşarsın ve her kişi için öfkeyi dışarı vurma şekli değişik olabilir. Şiddeti de değişkendir.**

Örnek: **Sana isim taka kişi ile konuşup, bun tekrarlamaması için onu tehdit edebilirsin. Kavga edebilirsin.**

Sonuç: **Kavga ettiğin için bir miktar rahatlamış hissedebilirsin ama kavganın doğurduğu sonuçlara da katlanmak zorundasın.**

Örnek: **Kavga ettiğin için mola cezası alabilirsin.**

Öfke denetimini öğrenirken en önemli aşama birinci aşamadır. Yani öncesi Yani seni sinirlendiren şeyi ne olduğunu tam olarak fark etmen ve iyi tarif edebilmen gerekir. Öfke nöbetinden önceki basmak (öncesi) iki şekilde olabilir.

Direk yaşantı: **Seni öfkelendiren şey direk olarak senle ilgili ve sana yönelik Olabilir.**

Örnek: **Birisi sana bağırabilir, vurabilir ya da sözle sataşabilir.**

Dolaylı yaşantı: **Bazen seni öfkelendiren şey aslında senle ilgili olmayabilir.**

Örnek: **Okulun koridorunda yürürken, orada durup bir şeyler konuşan kişilerin senin hakkında konuştuğunu sanıp sinirlenebilirsin.**

Seni öfkelendiren şeyin aslında ne olduğunu fark etmen sana yardımcı olacaktır. Özellikle çabuk sinirlenen ve bunu şiddetli bir şekilde dışa vuran biriysen bunu öğrenmen gerekli. Seni nelerin öfkelendiğini öğrendiğin gibi diğer insanların nelere öfkelendiğini de öğrenmelisin. Bunlar senin insan ilişkilerini düzenleyecek ve yaşamını kolaylaştıracaktır.

Öfkelenmeye başladığında bunun bazı belirtileri olur. Bunları fark etmeye çalış.

Bedeninle ilgili değişiklikler: öfkelenmeye başladığında bedenin bazı sinyaller verir.
Örnek: **Kalp atışların hızlanır, yüzün yanar, kızarırsın, kasların gerilir, yüzünde gergin bir ifade oluşur.**

Şimdi senin öfkelendiğin zamanları hatırla ve bedeninde ortaya çıkan değişiklikleri hatırlamaya çalış:_____

_____

_____

Tehlikeli düşünceler: **bu düşünceler beyninde öfkenin oluşmasına yol açan düşüncelerdir.**
Örnek: **"herkesden nefret ediyorum"**
"herkes beni dışlıyor"
"kimseye güvenemiyorum"
"herkes bana zarar vermek için burada sanki"
"hiçbir şey bana doğru gelmiyor"
"kimse beni anlamaz".....

Şimdi geçmişte yaşadığın öfkelerden birini hatırlamaya çalış. Sinirlendiğinde kendinle ilgili ne düşünüyordun. Kendi "tehlikeli düşünceni" buraya yaz:

_____

_____

_____

Pek çok düşünce beyninde tehlike oluşması için tetikleyici olabilir. Bunların her biri senin "tehilikeli düşüncelerindir". Her öfkelendiğinde harekete geçemeden önce durup, seni öfkelendiren kendinle ilgili düşünceyi bulmaya çalış.

Onaylayan görevlinin imzası:.....Tarih.....

EGZERSİZ

Fatma merkezdeki telefondan ailesini arayacaktır. Telefonların olduğu yere gidince, Zehra'nın telefonla konuştuğunu görür. Biraz bekler ama Zehra uzun uzun konuşmaya devam eder. Ona "işinin acele olduğunu" söyler ve çok uzun konuşmamasını ister. Zehra bu uyarıya hiç aldırmaz ve sohbet etmeye devam eder. Buna sinirlenen Fatma, Zehra'yı iteleyerek "sana kısa kes dedim" diye bağırır. Sonuçta orada olan görevli Fatma'ya mola cezası verir.

Şimdi yukarıdaki örneğe göre, aşağıdaki egzersizi tamamla:

Fatma'nın öfkelenmeden önceki düşüncesi (öfkelenmesine neden olan, kendiyle ilgili düşünce) nedir (hatırla; öfkenin birinci özelliği):_____

_____

Fatma'nın öfke davranışı nedir? (öfkenin ikinci özelliği): _____

_____

Bu davranışın sonucu ne olmuştur? (öfkenin üçüncü özelliği): _____

_____

geçmişte yaşadığın bir öfkeyi düşünerek aynı egzersizi kendin için yapmaya çalış:

Öfkelenmeden önceki düşüncen neydi?_____

_____

Öfke davranışın neydi?_____

_____

Bu davranışın sonucu ne oldu?_____

_____

Onaylayan görevlinin imzası.....Tarih.....

Öfke gibi duygular genellikle bedenle ilgili bazı fiziksel belirtilere neden olurlar. Bununla ilgili bazı teknikleri öğrenirsen, bedensel belirtileri kontrol edebilirsin. Sonuçta tepkilerin kontrolün altında olur.

Öfkeni denetlemene yardım edecek 2 fiziksel teknik vardır:

1. **<u>Derin nefes alıp verme:</u> Göğsünü ve ciğerlerini gerecek kadar derin derin nefes alıp ver. Bunu yavaş yavaş yap, acele etme. Bu sırada gözlerini hafifçe kapat. Unutmaman gereken deri ama yavaş yavaş nefes alıp vermen gerektiği.**
2. **<u>Geriye doğru sayma:</u> 10 dan geriye doğru acele etmeden saymaya başla. Sayarken içinden güzel bir şey düşünmeye çalış (hoş bir anı ya da gitmek istediğin bir yer...).**

Şimdi bu teknikleri uygulayalım !!!!

Birkaç dakika derin nefes alıp ver ve.....
10 dan geriye doğru sayarken güzel bir şey düşünmeye çalış.....

1. Derin nefes alıp verirken ve geriye doğru sayıp aklından güzel bir şey geçirirken vücudunda oluşan gevşemeyi tarif et_____

_____

_____

_____

2. Şimdi öfkelendiğin zaman kendi kendine söyleyeceği bir slogan bul (en fazla 5 kelime olmalı)_____

_____

_____

_____

Artık öfke denetimi çalışmasını tamamladın. Yani öfkeni fark etmek ve sana zarar vermeden denetlemek için yeni yollar biliyorsun. Şimdi öfke profilin ve dışa vuruş şeklin ile ilgili çalışmayı tamamlamalısın. Bu sayede kendi öfkelenme şekline göre daha etkili yolar geliştirebilirsin. Bununla ilgili çalışma arka sayfada yer almaktadır. Eğer anlamadığın ya da zorlandığın bir yer olursa tedavi ekibinden yardım alabilirsin.

ÖFKE PROFİLİ

Öfkelenmeye başladığımda, bedenimden ve beynimden bazı sinyaller gelir. Aşağıda bazı örnekler var. Boş olanları kendinde olan değişiklikleri yazarak doldur.

1. Kaslarında kasılma ya da titreme (bunun hangi kaslarında olduğunu yaz):_____

_____

2. Yüzünde ve/veya boynunda kızarma ve sıcaklık artışı.

3. Midende-karnında değişik bir his (kasılma, karışma...).

4. Kalbinin normalden hızlı çarpması.

5. _____

6. _____

7._____

8._____

9._____

10._____

EGZERSİZ

1. **Kendi kendime ne yapmam gerektiğini biliyorum diyorum. Bu sayede ben_____**

   _____

2. **Kendi kendime; öfkem kontrolümü kaybetmeme neden olmayacak diyorum. Bu sayede ben_____**

   _____

3. **Kendi kendime o kişi bana bunu yaptıramayacak diyorum.**

   Bu sayede ben_____

   _____

4. **Kendi kendime, beni ayıplayabilirler diyorum. Bu sayede ben_____**

   _____

   _____

5. **Kendi kendime, ortada ümitsizliğe kapılacak bir şey yok diyorum. Bu sayede ben**_____

6. **Yalnız olduğumda kendi kendime "fiziksel ya da sözel şiddet yasak" diyorum. Bu sayede ben**_____

7. **Öfkelenmeye başladığım zaman aklımdan geçen tehlikeli düşünceler:**_____

oluyor.

Öfkeyi dışarı vurma yolları çok çeşitli olabilir. Bu her kişi için değişiktir. Aşağıda bazı örnekler var. Boşluk olan yerlere kendi öfkeni dışa vurma yollarını yaz:

1. **sözle olarak saldırmak.**
2. **fiziksel olarak saldırmak (vurmak, itmek, canını yakmak.....)**
3. **pasif ve zorlayıcı davranışlar (direk bir şey söylemeden karşıdakini sinirlendirecek şeyler yapmak)**
4. **şimdi sana ait davranışları yaz:**_____

Bu davranışlarının önemi vardır. Daha önce yazdığın öfke örneklerine tekrar bakarak doğurduğu sonuçları bulmaya çalış.

Onaylayan görevlinin imzası.....Tarih.....

9. ÖZGEÇMİŞ

Sunay FIRAT, 1968 yılında Malatya'da doğdu. İlköğrenimini 1974-1979'da Malatya Derme İlkokulu, orta öğrenimini 1979-1982'de Malatya Hasan Varol Ortaokulu ve lise öğrenimini 1982-1985'de Malatya Ticaret Lisesi'nde tamamladı.

Çukurova Üniversitesi (Ç.Ü.), Eğitim Fakültesi, Psikolojik Danışma ve Rehberlik Bölüm'üne 1991 yılında girdi ve 1995 yılında Psikolojik Danışman olarak birincilikle mezun oldu.

1996-1997 eğitim yılında Ç.Ü., Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikolojik Danışma ve Rehberlik Bölümünün açmış olduğu Yüksek Lisans programına başladı. 1997-1999'da "Otistik ve Zihinsel Özürlü Çocukların Annelerinde Kaygı, Depresyon, Aleksitimi ve Genel Ruhsal Değerlendirme" başlıklı teziyle Yüksek Lisans eğitimini tamamladı.

Ekim 2001'de ise Ç.Ü., Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adli Tıp Anabilim dalında doktora eğitimine başladı. 2003-2007 tarihleri arasında "İstismar ve İhmale Uğramış Çocukların Tedavi ve Rehabilitasyonu: Bir Yataklı Merkez Modeli" başlıklı doktora tezini tamamladı.

1996 yılından bu yana Ç.Ü., Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim dalında Uzman Psikolojik Danışman olarak görev yapmaktadır.

Bir çocuk annesidir.