

**MİNİMUM STANDARTLAR İZLEME ve DEĞERLENDİRME
PROGRAMININ UYGULANMASINA DAİR YÖNERGE**

EK 1

**Kurum bakımı altındaki çocuğun ebeveyn ya da yakınları yanına
dönüşüyle ilgili risk değerlendirmesi**

**KURUM BAKIMI ALTINDAKİ ÇOCUĞUN EBEVEYN YA DA YAKINLARI YANINA
DÖNÜŞÜYLE İLGİLİ RİSK DEĞERLENDİRMESİ FORMU
(Vaka yöneticisi ve danışman tarafından altı ayda bir düzenlenir)**

Değerlendirmeyi gerçekleştiren vaka yöneticisi / danışman:.....
Değerlendirmeye katılan diğer meslek elemanları:

.....
.....
.....

Değerlendirmenin sonuçlandırıldığı tarih:

Bir önceki değerlendirmenin sonuçlandırıldığı tarih:

Değerlendirme konusu çocuğun:

Adı soyadı:
TC kimlik no:
Anne adı:
Baba Adı:
Doğum yeri ve tarihi:
Cinsiyeti:

Çocuğun bakımından yasal olarak sorumlu olan kişiler

	Anne	Baba	Vasi
Doğum tarihi / yaşı	Tarih:..... Yaş:.....	Tarih:..... Yaş:.....	Tarih:..... Yaş:.....
Cinsiyeti	Kadın	Erkek	
İkamet adresi
İş adresi	<input type="checkbox"/> Çalışmıyor	<input type="checkbox"/> Çalışmıyor	<input type="checkbox"/> Çalışmıyor
İletişim bilgileri

**Çocukla ilişkisi önem taşıyan / çocuğun bakımını üstlenebilecek diğer kişiler
(kişi sayısının gerektirdiği kadar yeterli sayıda sayfa kullanılır)**

	1. Kişi	2. Kişi
Adı Soyadı →
Çocukla yakınlığı →
Çocuk için önem taşıyan ilişkinin açıklaması →
Doğum tarihi / yaşı ^a →
Cinsiyeti →
İkamet adresi →
İş adresi →	<input type="checkbox"/> Çalışmıyor	<input type="checkbox"/> Çalışmıyor
İletişim bilgileri →

^a Çocuğun bakımını üstlenmesi ihtimali olan kişilerin 18 yaşından küçük olması başlı başına bir risk faktörü olarak değerlendirilmelidir.

I. ÇOCUĞUN EBEVEYN YA DA AKRABA YANINA DÖNMEŞİ HALİNDE İHMAL YA DA İSTİSMARA UĞRAMASI İHTİMALİYLE İLGİLİ RİSK FAKTÖRLERİ

I.1. ÇOCUĞUN SAĞLIK VE DAVRANIŞ SORUNLARIYLA İLGİLİ RİSK FAKTÖRLERİ

I.1.a. Çocuğun bedensel ya da zihinsel bir engeli var mı?

		AÇIKLAMA	Ailenin bu sorunla baş etme yeterliliği var mı?
<input type="checkbox"/>	Yok		
<input type="checkbox"/>	Hafif mental retardasyon		<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
<input type="checkbox"/>	Orta mental retardasyon		<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
<input type="checkbox"/>	Ağır mental retardasyon		<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
<input type="checkbox"/>	Ortopedik özür		<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
<input type="checkbox"/>	Görme özür		<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
<input type="checkbox"/>	İşitme özür		<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
<input type="checkbox"/>	Dil ve konuşma özür		<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
<input type="checkbox"/>	Diğer		<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır

I.1.b. Çocuğun gelişimsel sorunları var mı?

		AÇIKLAMA	Ailenin bu sorunla baş etme yeterliliği var mı?
<input type="checkbox"/>	Yok		
<input type="checkbox"/>	Hormon kaynaklı büyüme gelişme sorunu		<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
<input type="checkbox"/>	Motor gelişme sorunu		<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
<input type="checkbox"/>	Bilişsel gelişme sorunu		<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
<input type="checkbox"/>	Dilsel gelişme sorunu		<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
<input type="checkbox"/>	Duyusal gelişme sorunu		<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
<input type="checkbox"/>	Sosyal gelişme sorunu		<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
<input type="checkbox"/>	Diğer		<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır

I.1.c. Çocuğun kronik bir hastalığı var mı ya da son üç ay içinde böyle bir hastalık ortaya çıktı mı?

		AÇIKLAMA	Ailenin bu sorunla baş etme yeterliliği var mı?
<input type="checkbox"/>	Yok / Hayır		
<input type="checkbox"/>	Kronik üst solunum yolu hastalığı		<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
<input type="checkbox"/>	Kronik alt solunum yolu hastalığı		<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
<input type="checkbox"/>	Epilepsi, nörolojik hastalıklar		<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
<input type="checkbox"/>	Kanser		<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
<input type="checkbox"/>	Delik kalp		<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
<input type="checkbox"/>	Diyabet - şeker hastalığı)		<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
<input type="checkbox"/>	Böbrek hastalığı		<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
<input type="checkbox"/>	Psikiyatrik rahatsızlık		<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
<input type="checkbox"/>	Diğer		<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır

I.1.d. Çocuğun davranış sorunları var mı ya da son üç ay içinde böyle bir sorun ortaya çıktı mı?

		AÇIKLAMA	Ailenin bu sorunla baş etme yeterliliği var mı?
<input type="checkbox"/>	Yok / Hayır		
<input type="checkbox"/>	Saldırganlık (ısıрма, tekmeleme, vb)		<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
<input type="checkbox"/>	Çevreye zarar verme		<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
<input type="checkbox"/>	Hırsızlık		<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
<input type="checkbox"/>	Dikkat özürlü / hiperaktivite		<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
<input type="checkbox"/>	Karşıt olma karşı gelme bozukluğu*		<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
<input type="checkbox"/>	Yemek yemeyi reddetme		<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
<input type="checkbox"/>	Pika**		<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
<input type="checkbox"/>	Diğer		<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır

*Huysuzluk, zıtlasma, erişkinlerin koyduğu kurallara uymayı reddetme, başkalarını rahatsız etmeye yönelik kasıtlı davranışlar kolay ağlama ve sinirlenme, öfke ve çekemezlik, kincilik, inatçılık

**Boya, toprak, kil, kağıt, vb. gibi doğal olmayan besinleri yemeye yönelik ısrarcı, yoğun arzu

I.1.e. Çocuğun duygusal sorunları var mı ya da son üç ay içinde böyle bir sorun ortaya çıktı mı?

		AÇIKLAMA	Ailenin bu sorunla baş etme yeterliliği var mı?
<input type="checkbox"/>	Yok / Hayır		
<input type="checkbox"/>	Özdeğer ve özgüven düşüklüğü		<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
<input type="checkbox"/>	Depresyon		<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
<input type="checkbox"/>	Kaygı (anksiyete)		<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
<input type="checkbox"/>	Sosyal fobi		<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
<input type="checkbox"/>	Ayrılık kaygısı		<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
<input type="checkbox"/>	Yabancılardan korkma		<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
<input type="checkbox"/>	Diğer		<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır

I.2. ÇOCUĞUN BAKIM SORUMLULUĞUNU ÜSTLENECEK KİŞİLERLE İLGİLİ BİREYSEL RİSK FAKTÖRLERİ

I.2.a. Acil önlem gerektiren risk faktörleri

A. Çocuğun döndürülmesi söz konusu olan hanenin bireyleri arasında aşağıda belirtilen özellikleri taşıyan var mı / izleme dönemi içinde böyle bir olguya rastlandı mı?

	KİŞİNİN / KİŞİLERİN ÇOCUĞA VEYA EBEVEYNE YAKINLIĞI	RİSKLE İLGİLİ AÇIKLAMA
<input type="checkbox"/> Dürtü kontrolü bozukluğu var	1)	
	2)	
	3)	
<input type="checkbox"/> Alkol bağımlılığı var	1)	
	2)	
	3)	
<input type="checkbox"/> Uyuşturucu bağımlılığı var	1)	
	2)	
	3)	
<input type="checkbox"/> Kumar alışkanlığı var	1)	
	2)	
	3)	
<input type="checkbox"/> Pornografi düşkünlüğü var	1)	
	2)	
	3)	
<input type="checkbox"/> Zina geçmişi var	1)	
	2)	
	3)	
<input type="checkbox"/> Fuhuş geçmişi var	1)	
	2)	
	3)	
<input type="checkbox"/> Aile içi şiddet alışkanlığı var	1)	
	2)	
	3)	
<input type="checkbox"/> Ebeveynden biriyle nikahsız beraberliği var	1)	
	2)	
	3)	

I.2.a. Acil önlem gerektiren risk faktörleri (devam)

B. Son izleme dönemi içinde, Çocuğun döndürülmesi söz konusu olan hanenin bireyleri arasında aşağıdaki türde vakalara karışan oldu mu?

	KİŞİNİN / KİŞİLERİN ÇOCUĞA VEYA EBEVEYNE YAKINLIĞI	OLAYLA İLGİLİ AÇIKLAMA
<input type="checkbox"/> İstismar ya da ihmal nedeniyle herhangi bir çocuğun ölümüne ya da ağır zarar görmesine neden olma		
<input type="checkbox"/> Herhangi bir çocuğa cinsel istismar uygulama		
<input type="checkbox"/> Herhangi bir çocuğun suça sürüklenmesine karışma		
<input type="checkbox"/> Herhangi bir çocuğun ekonomik istismara uğramasına karışma		
<input type="checkbox"/> Ağır cezayı gerektirecek veya yüz kızartıcı bir başka suç fiiline (ırza tasaddi, sarkıntılık, insan kaçırma, fuhşa tahrik, zimmet, irtikap, rüşvet, hırsızlık, dolandırıcılık, sahtecilik) karışma		
<input type="checkbox"/> Herhangi bir çocuğa başkaları tarafından zarar verilmesine engel olmama ya da olamama		
<input type="checkbox"/> Herhangi bir çocuğun gözetim, beslenme, giyinme ya da tıbbi bakım ihtiyaçlarını karşılamakta yetersiz kalma		

I.2.b. Mesleki takip gerektiren risk faktörleri

Çocuğun döndürülmesi söz konusu olan hanenin bireyleri arasında aşağıda belirtilen özellikleri taşıyan var mı / izleme dönemi içinde böyle bir olguya rastlandı mı?

	KİŞİNİN / KİŞİLERİN ÇOCUĞA VEYA EBEVEYNE YAKINLIĞI	RİSKLE İLGİLİ AÇIKLAMA
<input type="checkbox"/> Çocukla ya da aile bireyleriyle biyolojik akrabalığı yok	1)	
	2)	
	3)	
<input type="checkbox"/> Zihinsel özürlü var	1)	
	2)	
	3)	
<input type="checkbox"/> Kendisiyle ilgili olumsuz düşünceleri, özsaygı düşüklüğü var	1)	
	2)	
	3)	
<input type="checkbox"/> Çocukla ilgili olumsuz düşünceleri var	1)	
	2)	
	3)	
<input type="checkbox"/> Depresyon öyküsü / belirtileri var	1)	
	2)	
	3)	
<input type="checkbox"/> Küçüklüğünde istismara uğrama geçmişi var	1)	
	2)	
	3)	
<input type="checkbox"/> Çocuktan gerçekçi olmayan beklentileri var	1)	
	2)	
	3)	

I.3. ÇOCUĞUN BAKIM SORUMLULUĞUNU ÜSTLENECEK KİŞİLERİN AİLE VE SOSYAL YAŞAMIYLA İLGİLİ RİSK FAKTÖRLERİ

			"EVET" İSE AÇIKLAMA
1	Aile bireyleri arasında geçimsizlik var mı?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
2	Ailenin yaşadığı konutun fiziksel koşulları çocuğa zarar verecek ya da sağlığını veya güvenliğini tehdit edecek nitelikte mi?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
3	Ailenin maddi imkanları, çocuğun beslenme, giyinme, eğitim ve sağlık gereksinimlerini karşılamak bakımından yetersiz mi?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
4	Ailede çocuklara ve küçük yaştakilere aşırı, ölçsüz disiplin uygulama alışkanlığı var mı?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
5	Ailenin çocuğa yeterli duygusal ve psikolojik desteği sağlamasını önleyecek nedenler var mı?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
6	Çocuğun aile yanına dönmesi halinde, ailenin çocuğun aile dışında başkaları tarafından fiziksel, cinsel ya da duygusal istismara uğramasını veya suça sürüklenmesini önlemekte zaaf göstermesine neden olacak engelleri veya yetersizlikleri var mı?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	

I.4. RİSKLERİN GİDERİLMESİ DOĞRULTUSUNDA UYGULAMA PLANINDA YER ALAN HEDEF VE ÖNLEMLER

Yukarıda I.1, I.2.a ve I.3 altında belirlenen risklerin ortadan kaldırılması için Uygulama Planı'nda yer alan hedefler ve önlemler aşağıdaki alanlara kaydedilir.

Hedef 1	
Hedef 2	
Hedef 3	

II. ÇOCUĞUN EBEVEYN YA DA AKRABA YANINA DÖNMESİNİ KOLAYLAŞTIRICI FAKTÖRLER

II.1. Uygulama planı hedefleri açısından, çocuğun bakım sorumluluğunu üstlenecek kişilerin davranışlarında kaydedilen gelişme

Uygulama planı hedefleri	Plan hedefine tam olarak ulaşıldı mı?	"EVET" İSE AÇIKLAMA
1	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
2		
3		
4		

II.2. Çocuğun bakım sorumluluğunu üstlenecek kişilerin çocuğa yaptığı ziyaretlere ilişkin gözlemler

			"EVET" İSE AÇIKLAMA
1	İlgili kişilerin çocuğa yaptığı ziyaretler amaçlanan ve planlanan sıklıkta mı?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
2	İlgili kişilerin çocuğu gönüllü ve arzulu biçimde ziyaret ettikleri gözleniyor mu?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
3	İlgili kişilerin ziyaretlerinin çocuğu duygusal ve psikolojik bakımdan desteklediği gözleniyor mu?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	

II.3. Ailenin çocuğu örselenmelerden ve başka risklerden koruma yeteneği

			"EVET" İSE AÇIKLAMA
1	Ailenin çocuk daha önce aile yanındayken uğradığı örselenmelerle ilgili farkındalığı yeterince gelişti mi?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
2	Aile, daha önce aile yanındayken uğradığı örselenmelerin çocuk üzerindeki etkilerini ve bunların önemini tam olarak kavramış durumda mı?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
3	Aile, özel beslenme ve sağlık gereksinimleri konusunda yeterli farkındalığa sahip mi?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
4	Aile, çocuğun eğitim başarısını destekleme konusunda yeterli bilince ve kararlılığa sahip mi?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
5	Ailenin sosyal çevresi ve ilişkileri, çocuğun ev dışında istismardan korunmasını destekleyecek nitelikte mi?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
6	Çocuğun aile yanına dönmesi halinde, istismar ve diğer risklerden korunabilmesi için kurumun başvurabileceği önlem ve imkânlar var mı?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	