

CİNSEL İSTİSMAR

Prof. Dr. Gürol CANTÜRK

Çocuk İstismarı Tipleri

Fiziksel istismar

Cinsel istismar

Duygusal istismar

İhmal

Cinsel istismar

Psikososyal gelişimini tamamlamamış olan çocuğun bir yetişkin tarafından cinsel stimulasyon için kullanılmasıdır. Genital bölgeleri elleme – ırza geçme yelpazesindeki tüm davranışları kapsar. Aynı yaş grubundaki çocuklar arasında şiddet içermeyen cinsellik istismar olarak kabul edilmez.

Çocuk istismarı tipleri içerisinde **saptanması en zor olan ve çoğunlukla gizli kalan** cinsel istismar, özellikle kısa ve uzun dönemli etkileri açısından önemli bir olgudur. Genital bölgeleri elleme, teşhircilik, röntgencilik, pornografide kullanımdan ırza geçmeye kadar çok geniş bir yelpazedeki tüm davranışları kapsamaktadır. **Şiddet içermesi gerekmez.**

Çocuk cinsel istismarı 18 yaşına kadar her yaş grubunda görülmekle birlikte en sık 6-10 yaş grubunda görülmektedir.

İstismara uğramada erkek/kız oranı 1/3'dür.

İstismarcılar %80 çocuğun tanıdığı biridir ve %96'sı erkektir.

Cinsel istismara uğrama öyküsü ile başvuran çocukların genital ve anal bölge muayenelerinde %60-80 oranında hiçbir bulguya rastlanılmaz ya da özgül olmayan bulguya rastlanılır.

Olayların ancak %20-30'unda anüs ve vajende yırtık ve ekimoz şeklinde bulgular görülmektedir.

Mitler

Cinsel istismar yalnızca çocuğun hayal gücünde var olan bir şeydir.

Çocuklar hikayeler uydururlar.

Hayal etmiyorsa bile yakın zamanda unuttur, bir önemi yoktur.

Güzel kızlar, kendine güvensiz çocuklar, yaramaz çocuklar daha çok istismar edilir.

Uslu, akıllı, açıkgöz olmaları istenilirse korunmuş olurlar.

Şüpheli yabancılardan uzak durmalılar.

Parklar,umumi tuvaletler, boş sokaklar hele karanlıksa tehlikelidir.

Kadınlar çocuklara cinsel istismarda bulunmazlar.

Gerçekler

İstismar konusunda hikaye uyduran çocuklar çok azdır.

İstismarın kısa ve uzun erimli önemli etkileri vardır.

Çocukların görünüş ya da davranışı istismara neden olmaz.

İstismara uğrayan çocuk yardım istemeli.

İstismarcılar %80-95 çocuğun tanıdığı kişiler

Olay genellikle çocuğun çevresinde ve bildiği mekanlarda gerçekleşir.

Cinsel istismar olgularında muayene süreci

Cinsel istismara uğramış çocuğun muayenesinde, rahat bir ortam sağlanmalı, uygun bir dil ve teknik geliştirilmeli, yeterli zaman ayrılmalı ve çocuk ile ilişki kurulmalıdır. Öyküde spontan yanıtlara olanak sağlamak için can alıcı sorular direkt olarak sorulmamalı, yönlendirici sorulardan kaçınılmalıdır.

Olayın ne, nerede ve ne zaman olduğu soruları sorulduktan sonra çocuğun yakınması dinlenmelidir. Çocuğun kendi sözcüklerinin kullanılmasına izin verilmeli ve kendi ifadesi ile kayıt edilmelidir.

Bu arada çocuktan bazı şeyleri çizmesi istenebilir.

Fizik İnceleme: Çocuk kahverengi bir kağıt üzerinde elbiselerini çıkarmalıdır.

Giysiler, yırtık, kir, biyolojik örnekler yönünden incelenir.

Tüm vücut yüzeyi muayene edilir. Sıyrık, ekimoz, ısırık izleri araştırılır.

Genital organlar önce gözle daha sonra yakından muayene edilir.

Hymen, biçim, nitelik, direnç, esneklik yönünden muayene edilir.

Cinsel ilişki ile geçen bir hastalık veya gebelik olabileceği akılda tutulmalıdır.

Enfeksiyon açısından örnek alınmalıdır.

Anal muayenede; anüste gevşeklik, eritem, perianal dokularda ödem, anal sfinkter tonusunda azalma, çatlaklar (fissür), hematom ve ekimoz, anüs mukozasında değişim.

HİMEN (KızlıkZarı) Yunanca "Perde" anlamındadır. Himen, vajina mukozasının devamından ve vajina ağzında bir kıvrıntı meydana getirmesinden oluşmuş bir zardır. Vajina mukozasının ağzını örter. Ön yüzü daha çok deri, arka yüzü ise mukoza karakterindedir. Zarın biri vajina duvarına yapışık diğeri serbest açıklığı çevreleyen iki kenarı vardır.Zarların %90 lara varan çoğunluğunda himen anüler tiptedir.

Kızlık Zarları

A-Şekline göre : 1-Tipik himen 2- Atipik himen

1- Tipik himen

2- Atipik himen

a- Halka şeklinde

a- Köprülü

(anüler)

(Himen septatus)

b- Yarımay şeklinde

b-Çok delikli (semilunar)

(kribriform=kalburlu)

c- Dudak şeklinde

c- Deliksiz

(labial)

(Himen imperforatus)

B- Deliğın karakterine göre: Delik çeşitli olabilir.

büyükliklerde

Çok küçük, orta boy ya da çok geniş delikli zarlar görülebilir.

C-Serbest kenarın özelliğine göre: a) Düz kenarlı

b) İnce tırtıklı (Himen dentikulare) c) Derin çentikli (Loblu himen) d) Çiçek tacı şeklinde (Himen korollare) e) Saçaklı (Himen fronge) f) Katmerli

D- Direncine göre:

1- Zayıf a)Tül

gibi ince b) Soğan zarı gibi ince

2-Sağlam a) Lifli (Himenfibroze) b) Tendon kıvamında (Himen tendinoza) c)Kıkırdağımsı (H.kartilajinosa)

E- Elastikiyetine göre:

1- Lastik gibi

genişleyen 2-Elastikiyeti olmayan

"Duhule müsait zarlar" %25-30 civarındadır.

B- Fizik Muayene:Himen ilk temasta daha çok serbest kenardan vagen duvarına doğru olmak üzere yırtılır .Himenin ilk cinsi temasta yırtılmasına deflorasyon denir. Bu yırtılma bir ya da birkaç yerden olabilir.Yırtılma tam (vagen duvarına kadar) veya yarım olabilir. Yırtıklar V veya U şeklindedir. Yırtılma ile 2-4 ml kanama olur.Mukoza yarası şeklinde bir yara meydana gelir. Yırtılan mukoza hiperemik ve ödemlidir. Yırtık kenarı ekimozlu-kanamalıdır. Gerilince tekrar kanar. 3-4 günde iltihaplanır .5-6 günde iltihaplanma geçer. Yırtılan parçalar birleşmez. 8-10 gün içinde granülasyon (nedbe) dokusu oluşur.

8-10 güne kadar zaman tayin edilebilir. Üst üste yapılan cinsel birleşme iyileşmeyi geciktirir. Zeminde sedefi nedbe dokusu görüldükten sonra zaman tayini yapılamaz. Yırtık yerleri saat kadranına göre raporda belirtilir. Yırtık vagen duvarına gidebildiği gibi arada bir yerde de kalabilir. Arada kalıyorsa kısmi (yarım), vagen duvarına gidiyorsa tam yırtık denir.

Kolposkop Kullanımı:Kolposkopik inceleme ile iyi ışık ve büyütme, ayrıntılı ve dikkatli bir inceleme yapılabilir. Kolposkopik inceleme sırasında çekilen fotoğraflar delil olarak saklanabilir. Ancak lezyonların değerlendirilmesi deneyimi gerektirir.

BÜYÜTME VE YETERLİ IŞIK SAĞLAR

TIBBİ BİR CİHAZDIR, BİR EL KAMERASINA GÖRE HEM KULLANIMI KOLAY HEM DE HASTA AÇISINDAN DAHA KOLAY KABUL EDİLİR

PERİNEAL VE ANOGENİTAL BÖLGENİN HIZLI BİR ŞEKİLDE BÜYÜTÜLÜP ANINDA İNCELENEBİLMESİNİ SAĞLAR

Livata: Erkek veya kadın ile anüs yoluyla yapılan cinsel ilişkidir. Livata yapılan pasif, yapana aktif kişi denir. Anüs deliği genişlemeye müsaittir. Sfinkter kasları iyi gelişmiş kimselerde istemli olarak sıkıştırıldığından zor genişler.

Anamnez

Olayın gerçekleşme şekli ayrıntıları ile
Dışkılama alışkanlıkları, kabızlık, diare,
Hemoroid var mı, lokal tedavi uygulanıp uygulanmadığı
Fital kullanılıp kullanılmadığı
Daha önce anal ilişkide bulunup bulunmadığı

Akut Belirtiler:

1. Anüs mukozasını çepeçevre saran halka şeklinde geniş ekimoz.
2. Mukozada şişlik ve hassasiyet.
3. Mukoza membranında, bazen sfinkter ve hatta perineyi ilgilendiren, dışarıdan içeriye doğru seyirli (tabanı dışa doğru üçgen tarzında yırtık), rektuma uzanan kanamalı veya kanamasız fissür ve yırtıklar.
4. Sfinkter zedelenmesi.

Perianal ekimoz

ÖRNEK ALINMASI

Mağdurun elbiselerini değiştirmeden ve yıkanmadan, tuvalete gitmeden muayenesi önem taşımaktadır.

Elbiseler,

Vücuttaki her türlü leke,

Vücuttaki yabancı kıllar,

Ağız boşlukları,

Tırnak araları,

Isırık ya da emmeye ilişkin lezyonlar,

Vulva ve perine, vajina, anüs,

Çocuğa ait pubik kıl, tükürük, kan, idrar örnekleri,

T.C

Sağlık Bakanlığı

2 No'lu Sağlık Ocağı Tabipliği

SAYI :2010/1745

06.06.2010

Ankara Cumhuriyet Başsavcılığına - Ankara

Başsavcılığınızın tarih ve sayılı yazısı ile polis nezaretinde sol kolu mühürlü olarak cinsel saldırı muayenesi için müracaat ettirilen kızı' in yapılan muayenesinde;

1 - Hymen halkavi tarzda açıklığı 2 cm'dir. Saat kadranına göre 3 ve 6 hizalarında vagen duvarına kadar giden , kenarları ödemli ve ekimozlu iki adet tam taze yırtık ile saat 10 hizasında vagen duvarına kadar giden bir adet doğuştan tabii çentik saptanmıştır. Yırtıkların şu anki durumları itibariyle akut olup 8-10 gün içinde meydana geldiklerinin söylenebileceği.

2 - Kişinin diz dirsek pozisyonunda yapılan anal muayenesinde anüs ve çevresinde ödem, fissür, ekimoz gibi livataya delalet edecek maddi bulgulara rastlanılmamıştır. Anal sfinkter tonusu doğal bulunmuştur.

Ancak erişkin kişilerde istek ile yapılan ve kayganlaştırıcı madde kullanılan cinsel ilişkilerde hiç bir bulgu saptanamayabilir.

3 – Kişinin vücutunda haricen herhangi bir darp ve cebir belirtisi, travmatik lezyon saptanmamıştır.

4 – Kişinin ruhsal muayenesinde fiilin hukukî anlam ve sonuçlarını algılamasına engel olacak herhangi bir bulgu saptanmadığı, ruh sağlığının bozulup bozulmadığı konusunda olaydan 6 ay sonra değerlendirilmesi gerektiğini bildirir kanaat raporudur.

Dr.

2 no lu Sağlık Ocağı Tabibi

Çocukların Cinsel İstismarı

MADDE 103. –

(1) **(Yeniden düzenlenen birinci ve ikinci cümle: 24/11/2016-6763/13 md.)** Çocuğu cinsel yönden istismar eden kişi, sekiz yıldan on beş yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Cinsel istismarın sarkıntılık düzeyinde kalması hâlinde üç yıldan sekiz yıla kadar hapis cezasına hükmolunur. **(Ek cümle: 24/11/2016-6763/13 md.)** Mağdurun on iki yaşını tamamlamamış olması hâlinde verilecek ceza, istismar durumunda on yıldan, sarkıntılık durumunda beş yıldan az olamaz. Sarkıntılık düzeyinde kalmış suçun failinin çocuk olması hâlinde soruşturma ve kovuşturma yapılması mağdurun, velisinin veya vasisinin Őikâyetine bağlıdır. Cinsel istismar deyiminden; a) On beş yaşını tamamlamamış veya tamamlamış olmakla birlikte fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılama yeteneği gelişmemiş olan çocuklara karşı gerçeleştirilen her türlü cinsel davranış, b) Diğer çocuklara karşı sadece cebir, tehdit, hile veya iradeyi etkileyen başka bir nedene dayalı olarak gerçeleştirilen cinsel davranışlar, anlaşılır.

(2) **(Yeniden düzenleme: 24/11/2016-6763/13 md.)** Cinsel istismarın vücuda organ veya sair bir cisim sokulması suretiyle gerçeleştirilmesi durumunda, on altı yıldan aşağı olmamak üzere hapis cezasına hükmolunur. Mağdurun on iki yaşını tamamlamamış olması hâlinde verilecek ceza on sekiz yıldan az olamaz.

(3) Suçun;

a) Birden fazla kişi tarafından birlikte,

b) İnsanların toplu olarak bir arada yaşama zorunluluğunda bulunduğu ortamların sağladığı kolaylıktan faydalanmak suretiyle,

c) Üçüncü derece dâhil **kan veya kayın hısımlığı** ilişkisi içinde bulunan bir kişiye karşı ya da üvey baba, üvey ana, üvey kardeş veya evlat edinen tarafından,

d) Vasi, eğitici, öğretici, bakıcı, koruyucu **aile veya sağlık hizmeti veren ya da koruma, bakım veya gözetim** yükümlülüğü bulunan kişiler tarafından,

e) **Kamu görevinin veya hizmet ilişkisinin sağladığı** nüfuz kötüye kullanılmak suretiyle,

işlenmesi hâlinde, yukarıdaki fıkralara göre verilecek ceza **yarı oranında artırılır.**

(4) Cinsel istismarın, birinci fıkranın (a) bendindeki çocuklara karşı **cebiri veya tehditle** ya da (b) bendindeki çocuklara karşı **silah** kullanmak suretiyle gerçekleştirilmesi hâlinde, yukarıdaki fıkralara göre verilecek ceza yarı oranında artırılır.

(5) Cinsel istismar için başvuru olan cebir ve şiddetin kasten yaralama suçunun ağır neticelerine neden olması hâlinde, ayrıca **kasten yaralama** suçuna ilişkin hükümler uygulanır.

(6) Suç sonucu mağdurun bitkisel hayata girmesi veya ölümü hâlinde, ağırlaştırılmış müebbet hapis cezasına hükmolunur.”

Reşit Olmayanla Cinsel İlişki

MADDE 104. - (1) Cebir, tehdit ve hile olmaksızın, on beş yaşını bitirmiş olan çocukla cinsel ilişkide bulunan kişi, şikâyet üzerine iki yıldan beş yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

(2) Suçun mağdur ile arasında **evlenme yasağı bulunan kişi** tarafından işlenmesi hâlinde, şikâyet aranmaksızın, on yıldan on beş yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.”

(3) Suçun, evlat edineceği çocuğun evlat edinme öncesi bakımını üstlenen veya koruyucu aile ilişkisi çerçevesinde koruma, bakım ve gözetim yükümlülüğü bulunan kişi tarafından işlenmesi hâlinde, şikâyet aranmaksızın ikinci fıkraya göre cezaya hükmolunur.

Cinsel Taciz

MADDE 105. - (1) Bir kimseyi **cinsel amaçlı olarak taciz eden** kişi hakkında, mağdurun şikâyeti üzerine, üç aydan iki yıla kadar hapis cezasına veya adlî para cezasına, fiilin çocuğa karşı işlenmesi hâlinde altı aydan üç yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.

(2) Bu fiiller, **hiyerarşi veya hizmet ilişkisinden** kaynaklanan nüfuz kötüye kullanılmak suretiyle ya da **aynı işyerinde** çalışmanın sağladığı kolaylıktan yararlanılarak işlendiği takdirde, yukarıdaki fıkraya göre verilecek ceza **yarı oranında artırılır.** Bu fiil nedeniyle mağdur işi terk etmek mecburiyetinde kalmış ise, verilecek ceza bir yıldan az olamaz.

(2) Suçun;

a) Kamu görevinin veya hizmet ilişkisinin ya da aile içi ilişkinin sağladığı kolaylıktan faydalanmak suretiyle,

- b) Vasi, eğitici, öğretici, bakıcı, koruyucu aile veya sağlık hizmeti veren ya da koruma, bakım veya gözetim yükümlülüğü bulunan kişiler tarafından,
- c) Aynı işyerinde çalışmanın sağladığı kolaylıktan faydalanmak suretiyle,
- d) Posta veya elektronik haberleşme araçlarının sağladığı kolaylıktan faydalanmak suretiyle,
- e) Teşhir suretiyle,

işlenmesi hâlinde yukarıdaki fıkraya göre verilecek ceza yarı oranında artırılır. Bu fiil nedeniyle mağdur; işi bırakmak, okuldan veya ailesinden ayrılmak zorunda kalmış ise verilecek ceza bir yıldan az olamaz.”

Sağlık mesleği mensuplarının suçu bildirmemesi

MADDE 280. - (1) Görevini yaptığı sırada bir suçun işlendiği yönünde bir belirti ile karşılaşmasına rağmen, durumu yetkili makamlara bildirmeyen veya bu hususta gecikme gösteren sağlık mesleği mensubu, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

(2) Sağlık mesleği mensubu deyiminden tabip, diş tabibi, eczacı, ebe, hemşire ve sağlık hizmeti veren diğer kişiler anlaşılır.

Genital muayene

MADDE 287. - (1) Yetkili hâkim ve savcı kararı olmaksızın, kişiyi genital muayeneye gönderen veya bu muayeneyi yapan fail hakkında üç aydan bir yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.

(2) Bulaşıcı hastalıklar dolayısıyla kamu sağlığını korumak amacıyla kanun ve tüzüklerde öngörülen hükümlere uygun olarak yapılan muayeneler açısından yukarıdaki fıkra hükmü uygulanmaz.

Cinsel İstismar Olgularında;

Mahkeme ya da savcılık kararı,

Bildirim,

Muayenede gecikme olmamalı,

Aile hekimleri için, uzmana ya da bir merkeze

Bulgular ayrıntılı kaydedilmeli,

Öykü ve inceleme bulguları formlara kayıt,

Örnek alımını uzman yapmalı,

ÇOCUK KORUMA KANUNU-TÜRK CEZA KANUNU

Prof. Dr. Gürol CANTÜRK

İstismar ve İhmalin Hukuki Boyutu

Çocuğun bir kişi olarak toplum içindeki hukuki statüsü Medeni Kanun ile belirlenir. Hakların ihlal edilmesi durumunda yaptırımlar Ceza Yasalarıyla belirlenir.

Çocuk Hakları Sözleşmesi: Uluslararası hukukta bu konudaki en kapsamlı metindir. 26 Ocak 1990'da imzaya açılmış, 02 Eylül 1990'da 21 devlet arasında yürürlüğe girmiştir. Türkiye 29-30 Eylül 1990'da imzalamış, 4058 sayılı yasa ile iç hukuk normu haline gelmiş ve 27.01.1995 tarihinde yürürlüğe girmiştir (17, 29 ve 30. maddelerde yorumlama hakkı saklı tutularak).

Çocuk Hakları Sözleşmesinin Temel İlkeleri

18 yaşından küçük herkes çocuktur.

Çocuk, yaşla ve olgunlaşma ile gelişir.

Kendisi ile ilgili her kararda çocuğun görüşü alınmalıdır.

İlgili her işlemde "çocuğun yüksek yararı" göz önünde bulundurulmalıdır.

Çocuklar herhangi bir ayrımcılığa maruz kalmaksızın eşit olarak ve doğuştan haklara sahiptirler.

Anne-babanın sorumluluğu esastır, devletler destek olmalı, gereken durumlarda sorumluluğu devralmalıdır.

Çocuk Hakları Sözleşmesinin Uygulamasının İzlenmesi

Taraf devletler bu sözleşmenin yaşama geçirilmesini ve yer alan hükümlerin toplumca bilinmesini sağlamakla yükümlüdürler.

Yükümlülüklerin yerine getirilmesi B.M. Çocuk Hakları Komitesi'nce izlenir (Sonraki 2. ve 5. yılda raporlar bu komiteye iletilir ve kamuoyuna duyurulur).

Komite özel araştırmalar yapılmasını da isteyebilir.

Sivil toplum kuruluşları da komiteye rapor sunabilir.

ÇOCUK KORUMA KANUNU 5395/15/07/2005 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. Madde 3 - (1) Bu Kanunun uygulanmasında; a) Çocuk: Daha erken yaşta ergin olsa bile, on sekiz yaşını doldurmamış kişiyi; bu kapsamda, 1. Korunma ihtiyacı olan çocuk: Bedensel, zihinsel, ahlaki, sosyal ve duygusal gelişimi ile kişisel güvenliği tehlikede olan, ihmal veya istismar edilen ya da suç mağduru çocuğu, 2. Suça sürüklenen çocuk:

Kanunlarda suç olarak tanımlanan bir fiili işlediği iddiası ile hakkında soruşturma veya kovuşturma yapılan ya da işlediği fiilden dolayı hakkında güvenlik tedbirine karar verilen çocuğu, b) Mahkeme: Çocuk mahkemeleri ile çocuk ağır ceza mahkemelerini, c) Çocuk hâkimi: Hakkında kovuşturma başlatılmış olanlar hariç, suça sürüklenen çocuklarla korunma ihtiyacı olan çocuklar hakkında uygulanacak tedbir kararlarını veren çocuk mahkemesi hâkimini, d) Kurum: Bu Kanun kapsamındaki çocuğun bakılıp gözetildiği, hakkında verilen tedbir kararlarının yerine getirildiği resmî veya özel kurumları, e) Sosyal çalışma görevlisi: Psikolojik danışmanlık ve rehberlik, psikoloji, sosyal hizmet alanlarında eğitim veren kurumlardan mezun meslek mensuplarını, ifade eder. 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 eğitimi 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.

KORUYUCU VE DESTEKLEYİCİ TEDBİRLER 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 hayatı tehlikede olan hamile kadınlara uygun barınma yeri sağlamaya, Yönelik tedbirdir. (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.

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.

Bakım ve barınma kararlarının yerine getirilmesi Madde 10- (1) Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu tarafından, kendisine intikal eden olaylarda gerekli önlemler derhâl alınarak çocuk, resmî veya özel kurullara yerleştirilir. *Çocuklara özgü güvenlik tedbiri* Madde 11- (1) Bu Kanunda düzenlenen koruyucu ve destekleyici tedbirler, suça sürüklenen ve ceza sorumluluğu olmayan çocuklar bakımından, çocuklara özgü güvenlik tedbiri olarak anlaşılır. *Akıl hastalığı* Madde 12- (1) Suça sürüklenen çocuğun aynı zamanda akıl hastası olması hâlinde, 26.9.2004 tarihli ve 5237 sayılı Türk Ceza Kanununun 31 inci maddesinin birinci ve ikinci fıkraları kapsamına giren çocuklar hakkında, çocuklara özgü güvenlik tedbirleri uygulanır. *Tedbir kararlarında usûl* Madde 13- (1) Bu Kanunun 7 nci maddesinin yedinci fıkrasında öngörülen durumlar hariç olmak üzere, suça sürüklenen ve ceza sorumluluğu olmayan çocuklarla korunma ihtiyacı olan çocuklar hakkında duruşma yapılmaksızın tedbir kararı verilir. Ancak, hâkim zaruret gördüğü hâllerde duruşma yapabilir. (2) Tedbir kararının verilmesinden önce yeterli idrak gücüne sahip olan çocuğun görüşü alınır, ilgililer dinlenebilir, çocuk hakkında sosyal inceleme raporu düzenlenmesi istenebilir.

CUMHURİYET SAVCILILIĞI ÇOCUK BÜROSU Madde 29 - (1) Cumhuriyet başsavcılıklarında bir çocuk bürosu kurulur. Cumhuriyet başsavcısınca 28 inci Maddenin birinci fıkrasında öngörülen nitelikleri haiz

olanlar arasından yeterli sayıda Cumhuriyet savcısı, bu büroda görevlendirilir. Madde 30 - (1) Çocuk bürosunun görevleri; c) Korunma ihtiyacı olan, suç mağduru veya suça sürüklenen çocuklardan yardıma, eğitime, işe, barınmaya ihtiyacı olan veya uyum güçlüğü çekenlere ihtiyaç duydukları destek hizmetlerini sağlamak üzere, ilgili kamu kurum ve kuruluşları ve sivil toplum kuruluşlarıyla işbirliği içinde çalışmak, bu gibi durumları çocukları korumakla görevli kurum ve kuruluşlara bildirmek, Madde 31 - (1) Çocuklarla ilgili kolluk görevi, öncelikle kolluğun çocuk birimleri tarafından yerine getirilir. (2) Kolluğun çocuk birimi, korunma ihtiyacı olan veya suça sürüklenen çocuklar hakkında işleme başladığında durumu, çocuğun veli veya vasisine veya çocuğun bakımını üstlenen kimseye, baroya ve Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumuna, çocuk resmî bir kurumda kalıyorsa ayrıca kurum temsilcisine bildirir. Ancak, çocuğu suça azmettirdiğinden veya istismar ettiğinden şüphelenilen yakınlarına bilgi verilmez.

DENETİM ALTINA ALMA KARARI Madde 36 - (1) Hakkında koruyucu ve destekleyici tedbir kararı verilen, kamu davasının açılmasının ertelenmesi kararı onanan, hükmün açıklanmasının geri bırakılması kararı verilen çocuğun denetim altına alınmasına karar verilebilir. YÜRÜRLÜKTEN KALDIRILAN HÜKÜMLER Madde 48 - (1) 7.11.1979 tarihli ve 2253 sayılı Çocuk Mahkemelerinin Kuruluşu, Görev ve Yargılama Usulleri Hakkında Kanun yürürlükten kaldırılmıştır.

Velayet: Velayet, küçüklerin çıkarlarının korunması, temsil edilmeleri konusunda ana-babanın yetki ve yükümlülüklerini ifade eder. Evlilik sürüyorsa velayet anne-babaya aittir (eşit görev) Evlilik yoksa velayet anneye aittir. Boşanma durumunda velayetin kimde olacağına yargıç karar verir. Yargıç çocuğun yararı için velayetin kaldırılmasına da karar verebilir. Çocuk hakkında alınabilecek koruma önlemleri şunlardır: 1. Veliye, vasiye veya bakıp gözetmeyi üzerine alan bir akrabaya teslim. 2. Bakıp gözetmeyi üzerine alan bir ailenin yanına yerleştirme, 3. Bu amaçla kurulmuş çocuk bakım ve yetiştirme yurtlarına vb. resmi yahut özel kurumlara yerleştirme, 4. Genel ve katma bütçeli daireler, mahalli idareler, bankalar, iktisadi devlet teşekkülleri ve bunların ortaklıkları tarafından kurulmuş fabrika, müessese veya ziraat işletmeleri vb. teşekküllerle işyerlerine yahut meslek sahibi bir ustanın yanına yerleştirme, 5. Resmi veya özel bir hastaneye veya tedavi evine yahut eğitimi güç çocuklara mahsus kurumlara yerleştirme yapılabilir.

TÜRK CEZA KANUNU KÖTÜ MUAMELE Madde 232 - (1) Aynı konutta birlikte yaşadığı kişilerden birine karşı kötü muamelede bulunan kimse, iki aydan bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. (2) İdaresi altında bulunan veya büyütmek, okutmak, bakmak, muhafaza etmek veya bir

meslek veya sanat öğretmekle yükümlü olduğu kişi üzerinde, sahibi bulunduğu terbiye hakkından doğan disiplin yetkisini kötüye kullanan kişiye, bir yıla kadar hapis cezası verilir.

AİLE HUKUKUNDAN KAYNAKLANAN YÜKÜMLÜLÜĞÜN İHLÂLİ Madde 233 - (1) Aile hukukundan doğan bakım, eğitim veya destek olma yükümlülüğünü yerine getirmeyen kişi, şikâyet üzerine, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. (3) Velâyet hakları kaldırılmış olsa da, itiyadî sarhoşluk, uyuşturucu veya uyarıcı maddelerin kullanılması ya da onur kırıcı tavır ve hareketlerin sonucu maddî ve manevî özen noksanlığı nedeniyle çocuklarının ahlâk, güvenlik ve sağlığını ağır şekilde tehlikeye sokan ana veya baba, üç aydan bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

Sağlık mesleği mensuplarının suçu bildirmemesi **MADDE 280.** - (1) Görevini yaptığı sırada bir suçun işlendiği yönünde bir belirti ile karşılaşmasına rağmen, durumu yetkili makamlara bildirmeyen veya bu hususta gecikme gösteren sağlık mesleği mensubu, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. (2) Sağlık mesleği mensubu deyiminden tabip, diş tabibi, eczacı, ebe, hemşire ve sağlık hizmeti veren diğer kişiler anlaşılır.

Genital muayene **MADDE 287.** - (1) Yetkili hâkim ve savcı kararı olmaksızın, kişiyi genital muayeneye gönderen veya bu muayeneyi yapan fail hakkında üç aydan bir yıla kadar hapis cezasına hükmolunur. (2) Bulaşıcı hastalıklar dolayısıyla kamu sağlığını korumak amacıyla kanun ve tüzüklerde öngörülen hükümlere uygun olarak yapılan muayeneler açısından yukarıdaki fıkra hükmü uygulanmaz.

MEDENÎ KANUN- Erginlik MADDE 11.- Erginlik on sekiz yaşın doldurulmasıyla başlar. Evlenme kişiyi ergin kılar. **MADDE 12.-** On beş yaşını dolduran küçük, kendi isteği ve velisinin rızasıyla mahkemece ergin kılınabilir. **Ayırt Etme Gücü MADDE 14.-** Ayırt etme gücü bulunmayanların, küçüklerin ve kısıtlıların fiil ehliyeti yoktur. **MADDE 15.-** Kanunda gösterilen ayırık durumlar saklı kalmak üzere, ayırt etme gücü bulunmayan kimsenin fiilleri hukukî sonuç doğurmaz. **MADDE 16.-** Ayırt etme gücüne sahip küçükler ve kısıtlılar, yasal temsilcilerinin rızası olmadıkça, kendi işlemleriyle borç altına giremezler. Karşılıksız kazanmada ve kişiye sıkı sıkıya bağlı hakları kullanmada bu rıza gerekli değildir. Ayırt etme gücüne sahip küçükler ve kısıtlılar haksız fiillerinden sorumludurlar.

Doğum ve Ölüm MADDE 28.- Kişilik, çocuğun sağ olarak tamamıyla doğduğu anda başlar ve ölümle sona erer. Çocuk hak ehliyetini, sağ doğmak koşuluyla, ana rahmine düştüğü andan başlayarak elde eder.

VELÂYET MADDE 335.- Ergin olmayan çocuk, ana ve babasının velâyeti altındadır. Yasal sebep olmadıkça velâyet ana ve babadan alınamaz. Hâkim vasi atanmasına gerek görmedikçe, kısıtlanan ergin çocuklar da ana

ve babanın velâyeti altında kalırlar. MADDE 336.- Evlilik devam ettiği sürece ana ve baba velâyeti birlikte kullanırlar. Ortak hayata son verilmiş veya ayrılık hâli gerçekleşmişse hâkim, velâyeti eşlerden birine verebilir. Velâyet, ana ve babadan birinin ölümü hâlinde sağ kalana, boşanmada ise çocuk kendisine bırakılan tarafa aittir. MADDE 337.- Ana ve baba evli değilse velâyet anaya aittir. Ana küçük, kısıtlı veya ölmüş ya da velâyet kendisinden alınmışsa hâkim, çocuğun menfaatine göre, vasi atar veya velâyeti babaya verir.

Çocuğun Korunması I. Koruma önlemleri MADDE 346.- Çocuğun menfaati ve gelişmesi tehlikeye düştüğü takdirde, ana ve baba duruma çare bulamaz veya buna güçleri yetmezse hâkim, çocuğun korunması için uygun önlemleri alır.

Çocukların Yerleştirilmesi MADDE 347.- Çocuğun bedensel ve zihinsel gelişmesi tehlikede bulunur veya çocuk manen terk edilmiş hâlde kalırsa hâkim, çocuğu ana ve babadan alarak bir aile yanına veya bir kuruma yerleştirebilir. Çocuğun aile içinde kalması ailenin huzurunu onlardan katlanmaları beklenemeyecek derecede bozuyorsa ve durumun gereklerine göre başka çare de kalmamışsa, ana ve baba veya çocuğun istemi üzerine hâkim aynı önlemleri alabilir. Ana ve baba ile çocuğun ödeme gücü yoksa bu önlemlerin gerektirdiği giderler Devletçe karşılanır. Nafakaya ilişkin hükümler saklıdır. Velâyetin Kaldırılması MADDE 348.- Çocuğun korunmasına ilişkin diğer önlemlerden sonuç alınamaz ya da bu önlemlerin yetersiz olacağı önceden anlaşılırsa, hâkim aşağıdaki hâllerde velâyetin kaldırılmasına karar verir: 1. Ana ve babanın deneyimsizliği, hastalığı, özürlü olması, başka bir yerde bulunması veya benzeri sebeplerden biriyle velâyet görevini gereği gibi yerine getirememesi. 2. Ana ve babanın çocuğa yeterli ilgiyi göstermemesi veya ona karşı yükümlülüklerini ağır biçimde savsaklaması. Velâyet ana ve babanın her ikisinden kaldırılırsa çocuğa bir vasi atanır. Kararda aksi belirtilmedikçe, velâyetin kaldırılması mevcut ve doğacak bütün çocukları kapsar.

VELÂYET Madde 404- Velâyet altında bulunmayan her küçük vesayet altına alınır. Görevlerini yaparlarken vesayeti gerektiren böyle bir hâlin varlığını öğrenen nüfus memurları, idarî makamlar, noterler ve mahkemeler, bu durumu hemen yetkili vesayet makamına bildirmek zorundadırlar.

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Ankara Çocuk Koruma Birimi
(AÇOK) 2005 yılı. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Çocuk Psikiyatrisi
Adli Tıp Halk Sağlığı Acil Tıp Çocuk Cerrahisi

ÇOCUK HAKLARI SÖZLEŞMESİ

Prof. Dr. Gürol Cantürk

ÇOCUK İSTİSMARI: 1985 Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılan tanımda çocuk istismarı, çocuğa yönelik bir yetişkin, toplum ya da ülkesi tarafından çocuğun **sağlığını, fiziksel** ve **psikososyal** gelişimini olumsuz yönde etkileyen, **bilerek** ya da **bilmeyerek** yapılan davranışlar olarak kabul edilmiştir

ÇOCUK HAKLARI SÖZLEŞMESİ ÖNSÖZ Bu Sözleşmeye Taraf Devletler: Birleşmiş Milletler Antlaşmasında ilân edilen ilkeler uyarınca insanlık ailesinin tüm üyelerinin, doğuştan varlıklarına özgü bulunan haysiyetle birlikte eşit ve devredilemez haklara sahip olmalarının tanınmasının, dünyada özgürlük, adalet ve barışın temeli olduğunu düşünerek, Birleşmiş Milletler halklarının, insanın temel haklarına ve bireyin, insan olarak taşıdığı haysiyet ve değere olan kesin

inançlarını Birleşmiş Milletler Antlaşmasında bir kez daha doğrulamış olduklarını ve daha geniş bir özgürlük ortamında toplumsal ilerleme ve daha iyi bir yaşam düzeyi sağlama yolundaki **kararlılıklarını hatırladık tutarak,** Birleşmiş Milletlerin, İnsan Hakları Evrensel Bildirisinde ve Uluslararası İnsan Hakları Sözleşmelerinde herkesin, bu metinlerde yer alan hak ve özgürlüklerden ırk, renk, cinsiyet, dil, din, siyasal ya da başka görüş, ulusal ya da toplumsal köken, mülkiyet, doğuştan veya başka durumdan kaynaklanan ayrımlar dahil, hiçbir ayırım gözetilmeksizin yararlanma hakkına sahip olduklarını benimsediklerini ve ilân ettiklerini kabul ederek, Uluslararası İnsan Hakları Evrensel Bildirisinde, Birleşmiş Milletlerin, çocukların özel ilgi ve yardıma hakkı olduğunu ilân ettiğini anımsayarak, Toplumun temel birimi olan ve tüm üyelerinin ve özellikle çocukların gelişmeleri ve esenlikleri için doğal ortamı oluşturan ailenin toplum içinde kendisinden beklenen sorumlulukları tam olarak yerine getirebilmesi için **gerekli koruma ve yardımı görmesinin zorunluluğuna inanmış olarak,** Çocuğun kişiliğinin tam ve uyumlu olarak gelişebilmesi için mutluluk, sevgi ve anlayış havasının içindeki bir aile ortamında yetişmesinin gerekliliğini kabul ederek, Çocuğun toplumda bireysel bir yaşantı sürdürebilmesi için her yönüyle hazırlanmasının ve Birleşmiş Milletler Antlaşmasında ilân edilen ülkeler ve özellikle barış, değerbilirlik, hoşgörü, özgürlük, eşitlik ve dayanışma ruhuyla yetiştirilmesinin gerekliliğini göz önünde bulundurarak, Çocuğa özel bir ilgi gösterme gerekliliğinin, 1924 tarihli, **Cenevre Çocuk Hakları Bildirisinde** ve 20 Kasım 1959 tarihinde Birleşmiş Milletler Teşkilatı Genel Kurulunca kabul edilen **Çocuk Hakları Bildirisinde** belirtildiğini ve İnsan Hakları Evrensel Bildirisinde, Medeni ve Siyasi Haklar Uluslararası Sözleşmesi'nde (özellikle 23 ve 24 üncü maddelerinde) ve Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklara İlişkin Uluslararası Sözleşmede (özellikle 10 uncu maddesinde) ve çocukların esenliği ile ilgili uzman kuruluşların ve uluslararası

örgütlerin kurucu ve ilgili belgelerinde tanındığını hatırd tutarak, Çocuk Hakları Bildirisinde de belirtildiği gibi "çocuğun gerek bedensel gerek zihinsel bakımdan tam erginliğe ulaşmamış olması nedeniyle doğum sonrasında olduğu kadar, doğum öncesinde de uygun yasal korumayı da içeren özel güvence ve koruma gereksiniminin bulunduğu"nu hatırd tutarak, Ulusal ve uluslararası düzeyde çocukları aile yanına yerleştirme ve evlât edinmeye de özel atıfta bulunan Çocuğun Korunması ve Esenliğine İlişkin Toplumsal ve Hukusal İlkeler Bildirisi; Çocuk Mahkemelerinin Yönetimi Hakkında Birleşmiş Milletler Asgari Standart Kuralları (Pekin Kuralları) ve Acil Durumlarda ve Silâhlı Çatışma Halinde Kadınların ve Çocukların Korunmasına İlişkin Bildirinin hükümlerini anımsayarak, Dünyadaki ülkelerin tümünde çok güç koşullar altında yaşayan ve bu nedenle özel bir ilgiye gereksinimi olan çocukların bulunduğu bilinci içinde,

Çocuğun korunması ve uyumlu gelişmesi bakımından her halkın kendine özgü geleneklerinin ve kültürel değerlerinin taşıdığı önemi göz önünde tutarak, Her ülkedeki, özellikle gelişmekte olan ülkelerdeki çocukların yaşama koşullarının iyileştirilmesi için uluslararası işbirliğinin taşıdığı önemin bilincinde olarak, **Aşağıdaki kurallar üzerinde anlaşmaya varmışlardır:**

ÇOCUK HAKLARI SÖZLEŞMESİ I. KISIM Madde 1 Bu Sözleşme uyarınca çocuğa uygulanabilecek olan kanuna göre daha erken yaşta reşit olma durumu hariç, on sekiz yaşına kadar her insan çocuk sayılır. **Madde 2** 1. Taraf Devletler, bu Sözleşmede yazılı olan hakları kendi yetkileri altında bulunan her çocuğa, kendilerinin, ana babalarının veya yasal vasilerinin sahip oldukları, ırk, renk, cinsiyet, dil, siyasal ya da başka düşünceler, ulusal, etnik ve sosyal köken, mülkiyet, sakatlık, doğuş ve diğer statüler nedeniyle hiçbir ayırım gözetmeksizin tanır ve taahhüt ederler. 2. Taraf Devletler, çocuğun ana-babasının, yasal vasilerinin veya ailesinin öteki üyelerinin durumları, faaliyetleri, açıklanan düşünceleri veya inançları nedeniyle her türlü ayırımı veya cezaya tâbi tutulmasına karşı etkili biçimde korunması için gerekli tüm uygun önlemleri alırlar. **Madde 3** 1. Kamusal ya da özel sosyal yardım kuruluşları, mahkemeler, idari makamlar veya yasama organları tarafından yapılan ve çocukları ilgilendiren bütün faaliyetlerde, çocuğun yararı temel düşüncedir. 2. Taraf Devletler, çocuğun ana-babasının, vasilerinin ya da kendisinden hukuken sorumlu olan diğer kişilerin hak ve ödevlerini de göz önünde tutarak, esenliği için gerekli bakım ve korumayı sağlamayı üstlenirler ve bu amaçla tüm uygun yasal ve idari önlemleri alırlar. 3. Taraf Devletler, çocukların bakımı veya korunmasından sorumlu kurumların, hizmet ve faaliyetlerin özellikle güvenlik,sağlık, personel sayısı ve uygunluğu ve yönetimin yeterliliği açısından, yetkili makamlarca konulan ölçülere uymalarını taahhüt ederler.

Madde 4 Taraf Devletler, bu Sözleşmede tanınan hakların uygulanması amacıyla gereken her türlü yasal, idari ve diğer önlemleri alırlar. Ekonomik, sosyal ve kültürel haklara ilişkin olarak, Taraf Devletler eldeki kaynaklarını

olabildiğince geniş tutarak, gerekirse uluslararası işbirliği çerçevesinde bu tür önlemler alırlar.

Madde 5 Taraf Devletler, bu Sözleşmenin çocuğa tanıdığı haklar doğrultusunda çocuğun yeteneklerinin geliştirilmesi ile uyumlu olarak, çocuğa yol gösterme ve onu yönlendirme konusunda ana-babanın, yerel gelenekler öngörüyorsa uzak aile veya topluluk üyelerinin, yasal vasilerinin veya çocuktan hukuken sorumlu öteki kişilerin sorumluluklarına, haklarına ve ödevlerine saygı gösterirler.

Madde 6 1. Taraf Devletler, her çocuğun temel yaşama hakkına sahip olduğunu kabul ederler. 2. Taraf Devletler, çocuğun hayatta kalması ve gelişmesi için mümkün olan azami çabayı gösterirler.

Madde 7 1. Çocuk doğumdan hemen sonra derhal nüfus kütüğüne kaydedilecek ve doğumdan itibaren bir isim hakkına, bir vatandaşlık kazanma hakkına ve mümkün olduğu ölçüde ana-babasını bilme ve onlar tarafından bakılma hakkına sahip olacaktır. 2. Taraf Devletler, özellikle çocuğun tabiiyetsiz kalması söz konusu olduğunda kendi ulusal hukuklarına ve ilgili uluslararası belgeler çerçevesinde üstlendikleri yükümlülüklerine uygun olarak bu hakların işlerlik kazanmasını taahhüt ederler.

Madde 8 1. Taraf Devletler, yasanın tanıdığı şekliyle çocuğun kimliğini; tabiiyeti, ismi ve aile bağları dahil, koruma hakkına saygı göstermeyi ve bu konuda yasa dışı müdahalelerde bulunmamayı taahhüt ederler. 2. Çocuğun kimliğinin unsurlarının bazılarında veya tümünden yasaya aykırı olarak yoksun bırakılması halinde, Taraf Devletler çocuğun kimliğine süratle yeniden kavuşturulması amacıyla gerekli yardım ve korumada bulunurlar.

Madde 9 1. Yetkili makamlar uygulanabilir yasa ve usullere göre ve temyiz yolu açık olarak, ayrılığın çocuğun yüksek yararına olduğu yolunda karar vermedikçe, Taraf Devletler, çocuğun; ana-babasından, onların rızası dışında ayrılmamasını güvence altına alırlar. Ancak, ana-babası tarafından çocuğun kötü muameleye maruz bırakılması ya da ihmâl edilmesi durumlarında ya da ana-babanın birbirinden ayrı yaşaması nedeniyle çocuğun ikametgâhının belirlenmesi amacıyla karara varılması gerektiğinde, bu tür bir ayrılık kararı verilebilir.

Madde 9 2. Bu maddenin birinci fıkrası uyarınca girilen her işlemde, ilgili bütün taraflara işleme katılma ve görüşlerini bildirme olanağı tanınır. 3. Taraf Devletler, ana-babasından veya bunlardan birinden ayrılmasına karar verilen çocuğun, kendi yüksek yararına aykırı olmadıkça, ana babanın ikisiyle de düzenli bir biçimde kişisel ilişki kurma ve doğrudan görüşme hakkına saygı gösterirler.

Madde 9 4. Böyle bir ayrılık, bir Taraf Devlet tarafından girilen ve çocuğun kendisinin ana veya babasının veya her ikisinin birden tutuklanmasını, hapsini, sürgün, sınır dışı edilmesini veya ölümünü (ki buna devletin gözetimi altında iken nedeni ne olursa olsun meydana gelen ölüm dahildir) tevlit eden herhangi benzer bir işlem sonucu olmuşsa, bu Taraf Devlet, istek üzerine ve çocuğun esenliğine zarar vermemek koşulu ile; ana-babaya, çocuğa veya

uygun olursa, ailenin bir başka üyesine, söz konusu aile bireyinin ya da bireylerinin bulunduğu yer hakkında gereken bilgiyi verecektir. Taraf Devletler, böyle bir istemin başlı başına sunulmasının ilgili kişi veya kişiler bakımından aleyhe hiç bir sonuç yaratmamasını ayrıca taahhüt ederler.

Madde 10 1. 9 uncu Maddenin 1 inci fıkrası uyarınca Taraf Devletlere düşen sorumluluğa uygun olarak, çocuk veya ana-babası tarafından, ailenin birleşmesi amaçlarıyla yapılan bir Taraf Devlet ülkesine girme ya da onu terk etme konusundaki her başvuru, Taraf Devletlerce olumlu, insani ve ivedi bir tutumla ele alınacaktır. Taraf Devletler, bu tür bir başvuru yapılmasının başvuru sahipleri veya aile üyeleri aleyhine sonuçlar yaratmamasını taahhüt ederler. 2. Ana-babası, ayrı devletlerde oturan bir çocuk olağanüstü durumlar hariç, hem ana hem de babası ile düzenli biçimde kişisel ilişkiler kurma ve doğrudan görüşme hakkına sahiptir. Bu nedenle ve 9 uncu maddenin 1 inci fıkrasına göre Taraf Devletlere düşen sorumluluğa uygun olarak, Taraf Devletler çocuğun ve ana-babasının Taraf Devletlerin ülkeleri dahil herhangi bir ülkeyi terk etmeye ve kendi ülkelerine dönme hakkına saygı gösterirler. Herhangi bir ülkeyi terk etme hakkı, yalnızca yasada öngörüldüğü gibi ve ulusal güvenliği, kamu düzenini, kamu sağlığı ve ahlak veya başkalarının hak ve özgürlüklerini korumak amacı ile ve işbu Sözleşme ile tanınan öteki haklarla bağdaştığı ölçüde kısıtlamalara konu olabilir.

Madde 11 1. Taraf Devletler, çocukların yasadışı yollarla ülke dışına çıkarılıp geri döndürülmemesi halleriyle mücadele için önlemler alırlar. 2. Bu amaçla Taraf Devletler iki ya da çok taraflı anlaşmalar yapılmasını ya da mevcut anlaşmalara katılmayı teşvik ederler.

Madde 12 1. Taraf Devletler, görüşlerini oluşturma yeteneğine sahip çocuğun kendini ilgilendiren her konuda görüşlerini serbestçe ifade etme hakkını bu görüşlere çocuğun yaşı ve olgunluk derecesine uygun olarak, gereken özen gösterilmek suretiyle tanırlar. 2. Bu amaçla, çocuğu etkileyen herhangi bir adli veya idari kovuşturmada çocuğun ya doğrudan doğruya veya bir temsilci ya da uygun bir makam yoluyla dinlenilmesi fırsatı, ulusal yasanın usule ilişkin kurallarına uygun olarak çocuğa, özellikle sağlanacaktır.

Madde 13 1. Çocuk, düşüncesini özgürce açıklama hakkına sahiptir; bu hak, ülke sınırlarına bağlı olmaksızın; yazılı, sözlü, basılı, sanatsal biçimde veya çocuğun seçeceği başka bir araçla her türlü haber ve düşüncelerin araştırılması, elde edilmesi ve verilmesi özgürlüğünü içerir. 2. Bu hakkın kullanılması yalnızca: a) Başkasının haklarına ve itibarına saygı, b) Milli güvenliğin, kamu düzeninin, kamu sağlığı ve ahlakın korunması nedenleriyle ve kanun tarafından öngörülmek ve gerekli olmak kaydıyla yapılan sınırlamalara konu olabilir.

Madde 14 1. Taraf Devletler, çocuğun düşünce, vicdan ve din özgürlükleri hakkına saygı gösterirler. 2. Taraf Devletler, ana-babanın ve gerekiyorsa yasal vasilerin; çocuğun yeteneklerinin gelişmesiyle bağdaşır biçimde haklarının kullanılmasında çocuğa yol gösterme konusundaki hak ve ödevlerine, saygı gösterirler. 3. Bir kimsenin dinini ve inançlarını açıklama

özgürlüğü kanunla öngörölmek ve gerekli olmak kaydıyla yalnızca kamu güvenliğı, düzeni, sağıık ya da ahlâki ya da başkalarının temel hakları ve özgürlüklerini korumak gibi amaçlarla sınırlandırılabilir.

Madde 15 1. Taraf Devletler, çocuğun dernek kurma ve barış içinde toplanma özgürlüklerine ilişkin haklarını kabul ederler. 2. Bu hakların kullanılması, ancak yasayla zorunlu kılınan ve demokratik bir toplumda gerekli olan ulusal güvenlik, kamu güvenliğı, kamu düzeni yararına olarak ya da kamu sağıığı ve ahlâkın ya da başkalarının hak ve özgürlüklerinin korunması amaçlarıyla yapılan sınırlamalardan başkalarıyla kısıtlandırılmaz.

Madde 16 1. Hiçbir çocuğun özel yaşantısına, aile, konut ve iletişimine keyfi ya da haksız bir biçimde müdahale yapılamayacağı gibi, onur ve itibarına da haksız olarak saldırılmaz. 2. Çocuğun bu tür müdahale ve saldırılara karşı yasa tarafından korunmaya hakkı vardır.

Madde 17 Taraf Devletler, kitle iletişim araçlarının önemini kabul ederek çocuğun; özellikle toplumsal, ruhsal ve ahlâki esenliğı ile bedensel ve zihinsel sağılığını geliştirmeye yönelik çeşitli ulusal ve uluslararası kaynaklardan bilgi ve belge edinmesini sağlarlar.

Madde 17 Bu amaçla Taraf Devletler: a) Kitle iletişim araçlarını çocuk bakımından toplumsal ve kültürel yararı olan ve 29 uncu maddenin ruhuna uygun bilgi ve belgeyi yaymak için teşvik ederler; b) Çeşitli kültürel, ulusal ve uluslararası kaynaklardan gelen bu türde bilgi ve belgelerin üretimi, değışimi ve yayımı amacıyla uluslararası işbirliğini teşvik ederler; c) Çocuk kitaplarının üretimini ve yayılmasını teşvik ederler; d) Kitle iletişim araçlarını azınlık grubu veya bir yerli ahaliye mensup çocukların dil gereksinimlerine özel önem göstermeleri konusunda teşvik ederler;

e) 13 ve 18 inci maddelerde yer alan kurallar göz önünde tutularak çocuğun esenliğine zarar verebilecek bilgi ve belgelere karşı korunması için uygun yönlendirici ilkeler geliştirilmesini teşvik ederler.

Madde 18 1. Taraf Devletler, çocuğun yetiştirilmesinde ve gelişmesinin sağlanmasında ana-babanın birlikte sorumluluk taşıdıkları ilkesinin tanınması için her türlü çabayı gösterirler. Çocuğun yetiştirilmesi ve geliştirilmesi sorumluluğı ilk önce ana-babaya ya da durum gerektiriyorsa yasal vasilere düşer. Bu kişiler her şeyden önce çocuğun yüksek yararını göz önünde tutarak hareket ederler. 2. Bu Sözleşmede belirtilen hakların güvence altına alınması ve geliştirilmesi için Taraf Devletler, çocuğun yetiştirilmesi konusundaki sorumluluklarını kullanmada ana-baba ve yasal vasilerin durumlarına uygun yardım yapar ve çocukların bakımı ile görevli kuruluşların, faaliyetlerin ve hizmetlerin gelişmesini sağlarlar. 3. Taraf Devletler, çalışan ana-babanın, çocuk bakım hizmet ve tesislerinden, çocuklarının da bu hizmet ve tesislerden yararlanma hakkını sağlamak için uygun olan her türlü önlemi alırlar.

Madde 19 1. Bu Sözleşmeye Taraf Devletler, çocuğun ana-babasının ya da onlardan yalnızca birinin, yasal vasi veya vasilerinin ya da bakımını üstlenen herhangi bir kişinin yanında iken **bedensel veya zihinsel saldırı, şiddet**

veya suistimale, ihmal ya da ihmalkâr muameleye, ırza geçme dahil her türlü istismar ve kötü muameleye karşı korunması için; yasal, idari, toplumsal, eğitsel bütün önlemleri alırlar. 2. Bu tür koruyucu önlemler; burada tanımlanmış olan çocuklara kötü muamele olaylarının önlenmesi, belirlenmesi, bildirilmesi, yetkili makama havale edilmesi, soruşturulması, tedavisi ve izlenmesi için gerekli başkaca yöntemleri ve uygun olduğu takdirde adliyenin işe el koyması olduğu kadar durumun gereklerine göre çocuğa ve onun bakımını üstlenen kişilere, gereken desteği sağlamak amacı ile sosyal programların düzenlenmesi için etkin usulleri de içermelidir.

Madde 20 1. Geçici ve sürekli olarak aile çevresinden yoksun kalan veya kendi yararına olarak bu ortamda bırakılması kabul edilmeyen her çocuk, Devletten özel koruma ve yardım görme hakkına sahip olacaktır. 2. Taraf Devletler bu durumdaki bir çocuk için kendi ulusal yasalarına göre, uygun olan bakımı sağlayacaklardır. 3. Bu tür bakım, başkaca benzerleri yanında. bakıcı aile yanına verme, İslâm Hukukunda kefalet (kafalah), evlât edinme ya da gerekiyorsa çocuk bakımı amacı güden uygun kuruluşlara yerleştirmeyi de içerir. Çözümler düşünülürken, çocuğun yetiştirilmesinde sürekliliğin korunmasına ve çocuğun etnik, dinsel, kültürel ve dil kimliğine gereken saygı gösterilecektir.

Madde 21 Evlât edinme sistemini kabul eden ve/veya buna izin veren Taraf Devletler, çocuğun en yüksek yararlarının temel düşünce olduğunu kabul edecek ve aşağıdaki ilkeleri gerçekleştireceklerdir: a) Bir çocuğun evlât edinilmesine ancak yetkili makam karar verir. Bu makam uygulanabilir yasa ve usullere göre ve güvenilir tüm bilgilerin ışığında; çocuğun, ana-babası, yakınları ve yasal vasisine göre durumunu göz önüne alarak ve gereken durumlarda tüm ilgililerle yapılacak görüşme sonucu onların da evlât edinme konusundaki onaylarını alma zorunluluğuna uyararak, kararını verir. b) Çocuğun kendi ülkesinde elverişli biçimde bakılması mümkün olmadığı veya evlât edinecek veya yanına yerleştirilecek aile bulunmadığı takdirde, ülkelerarası evlât edinmenin çocuk bakımından uygun bir çözüm olduğunu kabul ederler.

c) Başka bir ülkede evlât edinilmesi düşünülen çocuğun, kendi ülkesinde mevcut evlât edinme durumuyla eşdeğer olan güvence ve ölçülerden yararlanmasını sağlarlar.

d) Ülkelerarası evlât edinmede, yerleştirmenin ilgililer bakımından yasadışı para kazanma konusu olmaması için gereken bütün önlemleri alırlar. e) Bu maddedeki amaçları, uygun olduğu ölçüde, ikili ya da çok taraflı düzenleme veya anlaşmalarla teşvik ederler ve bu çerçevede, çocuğun başka bir ülkede yerleştirilmesinin yetkili makam veya organlar tarafından yürütülmesini güvenceye almak için çaba gösterirler.

Madde 22 1. Taraf Devletler, ister tek başına olsun isterse ana babası veya herhangi bir başka kimse ile birlikte bulunsun, mülteci statüsü kazanmaya çalışan ya da uluslararası veya iç hukuk kural ve usulleri uyarınca mülteci sayılan bir çocuğun, bu Sözleşmede ve insan haklarına veya insani konulara

ilişkin ve söz konusu Devletlerin taraf oldukları diğer Uluslararası Sözleşmelerde tanınan ve bu duruma uygulanabilir nitelikte bulunan hakları kullanması amacıyla koruma ve insani yardımdan yararlanması için gerekli bütün önlemleri alırlar. 2. Bu nedenle, Taraf Devletler, uygun gördükleri ölçüde, Birleşmiş Milletler Teşkilatı ve onunla işbirliği yapan hükümetler arası ve hükümet dışı yetkili başka kuruluşlarla bu durumda olan bir çocuğu korumak, ona yardım etmek, herhangi bir mülteci çocuğun ailesi ile yeniden bir araya gelebilmesi için ana-babası veya ailesinin başka üyeleri hakkında bilgi toplamak amacıyla işbirliğinde bulunurlar. Herhangi bir nedenle kendi aile çevresinden sürekli ya da geçici olarak ayrı düşmüş bir çocuğa bu Sözleşmeye göre tanınan koruma, aynı esaslar içinde, ana-babası ya da ailesinin başkaca üyelerinden hiçbirisi bulunmayan çocuğa da tanınacaktır.

Madde 23 1. Taraf Devletler zihinsel ya da bedensel özürlü çocukların saygınlıklarını güvence altına alan, özgüvenlerini geliştiren ve toplumsal yaşama etkin biçimde katılmalarını kolaylaştıran şartlar altında eksiksiz bir yaşama sahip olmalarını kabul ederler. 2. Taraf Devletler, özürlü çocukların özel bakımdan yararlanma hakkını tanırlar ve eldeki kaynakların yeterliliği ölçüsünde ve yapılan başvuru üzerine, yardımdan yararlanabilecek durumda olan çocuğa ve onun bakımından sorumlu olanlara, çocuğun durumu ve ana-babanın veya çocuğa bakanların içinde buldukları koşullara uygun düşecek yardımın yapılmasını teşvik ve taahhüt ederler.

3. Özürlü çocuğun, özel bakıma gereksinimi olduğu bilincinden hareketle bu maddenin 2 nci fıkrası uyarınca yapılması öngörülen yardım, çocuğun ana-babasının ya da çocuğa bakanların parasal (mali) durumları göz önüne alınarak, olanaklar ölçüsünde ücretsiz sağlanır. Bu yardım; özürlü çocuğun eğitimi, meslek eğitimi, tıbbi bakım hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri, bir işte çalışabilecek duruma getirme hazırlık programları ve dinlenme/eğlenme olanaklarından etkin olarak yararlanmasını sağlamak üzere düzenlenir ve çocuğun en eksiksiz biçimde toplumla bütünleşmesi yanında, kültürel ve ruhsal yönü dahil bireysel gelişmesini gerçekleştirme amacını güder. 4. Taraf Devletler, uluslararası işbirliği ruhu içinde, özürlü çocukların koruyucu sıhhi bakımı, tıbbi, psikolojik ve işlevsel tedavileri alanlarına ilişkin gerekli bilgilerin alışverişi yanında, rehabilitasyon, eğitim ve mesleki eğitim hizmetlerine ilişkin yöntemlerin bilgilerini de içerecek şekilde ve Taraf Devletlerin bu alanlardaki güçlerini, anlayışlarını geliştirmek ve deneyimlerini zenginleştirmek amacıyla bilgi dağıtımını ve bu bilgiden yararlanmayı teşvik ederler. Bu bakımdan, gelişmekte olan ülkelerin gereksinimleri, özellikle göz önüne alınır.

Madde 24 1. Taraf Devletler, çocuğun olabilecek en iyi sağlık düzeyine kavuşma, tıbbi bakım ve rehabilitasyon hizmetlerini veren kuruluşlardan yararlanma hakkını tanırlar. Taraf Devletler, hiçbir çocuğun bu tür tıbbi bakım hizmetlerinden yararlanma hakkından yoksun bırakılmamasını güvence altına almak için çaba gösterirler. 2. Taraf Devletler, bu hakkın tam olarak uygulanmasını takip ederler ve özellikle: a) Bebek ve çocuk ölüm

oranlarının düşürülmesi; b) Bütün çocuklara gerekli tıbbi yardımın ve tıbbi bakımın; temel sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine önem verilerek sağlanması; c) Temel sağlık hizmetleri çerçevesinde ve başka olanakların yanı sıra, kolayca bulunabilen tekniklerin kullanılması ve besleyici yiyecekler ve temiz içme suyu sağlanması yoluyla ve çevre kirlenmesinin tehlike ve zararlarını göz önüne alarak, hastalık ve yetersiz beslenmeye karşı mücadele edilmesi; d) Anneye doğum öncesi ve sonrası uygun bakımın sağlanması; e) Bütün toplum kesimlerinin özellikle ana-babalar ve çocukların, çocuk sağlığı ve beslenmesi, anne sütü ile beslenmenin yararları, toplum ve çevre sağlığı ve kazaların önlenmesi konusunda temel bilgileri elde etmeleri ve bu bilgileri kullanmalarına yardımcı olunması; f) Koruyucu sağlık bakımlarının, ana-babaya rehberliğini, aile planlanması eğitimi ve hizmetlerinin geliştirilmesi; amaçlarıyla uygun önlemleri alırlar. 3. Taraf Devletler, çocukların sağlığı için zararlı geleneksel uygulamaların kaldırılması amacıyla uygun ve etkili her türlü önlemi alırlar. 4. Taraf Devletler, bu maddede tanınan hakkın tam olarak gerçekleştirilmesini tedricen sağlamak amacıyla uluslararası işbirliğinin geliştirilmesi ve teşviki konusunda karşılıklı olarak söz verirler. Bu konuda gelişmekte olan ülkelerin gereksinimleri özellikle göz önünde tutulur.

Madde 25 Taraf Devletler, yetkili makamlarca korunma ve bakım altına alma, bedensel ya da ruhsal tedavi amaçlarıyla hakkında bir yerleştirme tedbiri uygulanan çocuğun, gördüğü tedaviyi ve yerleştirilmesine bağlı diğer tüm şartları belli aralıklarla gözden geçirme hakkına sahip olduğunu kabul ederler.

Madde 26 1. Taraf Devletler, her çocuğun, sosyal sigorta dahil, sosyal güvenlikten yararlanma hakkını tanır ve bu hakkın tam olarak gerçekleşmesini sağlamak için ulusal hukuklarına uygun, gerekli önlemleri alırlar. 2. Sosyal Güvenlik, çocuğun ve çocuğun bakımından sorumlu olanların kaynakları ve koşulları göz önüne alınarak ve çocuk tarafından ya da onun adına yapılan sosyal güvenlikten yararlanma başvurusuna ilişkin başkaca durumlar da göz önünde tutularak sağlanır.

Madde 27 1. Taraf Devletler, her çocuğun bedensel, zihinsel, ruhsal, ahlâksal ve toplumsal gelişmesini sağlayacak yeterli bir hayat seviyesine hakkı olduğunu kabul ederler. 2. Çocuğun gelişmesi için gerekli hayat şartlarının sağlanması sorumluluğu; sahip oldukları imkânlar ve mali güçleri çerçevesinde öncelikle çocuğun ana-babasına veya çocuğun bakımını üstlenen diğer kişilere düşer. 3. Taraf Devletler, ulusal durumlarına göre ve olanakları ölçüsünde, ana babaya ve çocuğun bakımını üstlenen diğer kişilere, çocuğun bu hakkının uygulanmasında yardımcı olmak amacıyla gerekli önlemleri alır ve gereksinim olduğu takdirde özellikle beslenme, giyim ve barınma konularında maddi yardım ve destek programları uygularlar.

4. Taraf Devletler, Taraf Devlet ülkesinde veya başka ülkede bulunsun; ana-babası veya çocuğa karşı mali sorumluluğu bulunan diğer kişiler tarafından, çocuğun bakım giderlerinin karşılanmasını sağlamak amacıyla her türlü uygun önlemi alırlar. Özellikle çocuğa karşı mali sorumluluğu olan kişinin, çocuğun ülkesinden başka bir ülkede yaşaması halinde, Taraf Devletler bu

konuya ilişkin uluslararası anlaşmalara katılmayı veya bu tür anlaşmalar akdinin yanı sıra başkaca uygun düzenlemelerin yapılmasını teşvik ederler.

Madde 28 1. Taraf Devletler, çocuğun eğitim hakkını kabul ederler ve bu hakkın fırsat eşitliği temeli üzerinde tedricen gerçekleştirilmesi görüşüyle özellikle: a) İlköğretimi herkes için zorunlu ve parasız hale getirirler; b) Orta öğretim sistemlerinin genel olduğu kadar mesleki nitelikte de olmak üzere çeşitli biçimlerde örgütlenmesini teşvik ederler ve bunların tüm çocuklara açık olmasını sağlarlar ve gerekli durumlarda mali yardım yapılması ve öğretimi parasız kılmak gibi uygun önlemleri alırlar; c) Uygun bütün araçları kullanarak, yüksek öğretimi yetenekleri doğrultusunda herkese açık hale getirirler; d) Eğitim ve meslek seçimine ilişkin bilgi ve rehberliği bütün çocuklar için elde edilir hale getirirler; e) Okullarda düzenli biçimde devamın sağlanması ve okulu terk etme oranlarının düşürülmesi için önlem alırlar. 2. Taraf Devletler, okul disiplininin çocuğun insan olarak taşıdığı saygınlıkla bağdaşır biçimde ve bu Sözleşmeye uygun olarak yürütülmesinin sağlanması amacıyla gerekli olan tüm önlemleri alırlar. 3. Taraf Devletler eğitim alanında, özellikle cehaletin ve okuma yazma bilmemenin dünyadan kaldırılmasına katkıda

bulunmak ve çağdaş eğitim yöntemlerine ve bilimsel ve teknik bilgilere sahip olunmasını kolaylaştırmak amacıyla uluslararası işbirliğini güçlendirir ve teşvik ederler. Bu konuda, gelişmekte olan ülkelerin gereksinimleri özellikle göz önünde tutulur.

Madde 29 1. Taraf Devletler çocuk eğitiminin aşağıdaki amaçlara yönelik olmasını kabul ederler; a) Çocuğun kişiliğinin, yeteneklerinin, zihinsel ve bedensel yeteneklerinin mümkün olduğunca geliştirilmesi; b) İnsan haklarına ve temel özgürlüklere, Birleşmiş Milletler Andlaşmasında benimsenen ilkelere saygısının geliştirilmesi; c) Çocuğun ana-babasına, kültürel kimliğine, dil ve değerlerine, çocuğun yaşadığı veya geldiği menşeye ülkenin ulusal değerlerine ve kendisinininkinden farklı uygarlıklara saygısının geliştirilmesi; d) Çocuğun, anlayışı, barış, hoşgörü, cinsler arası eşitlik ve ister etnik, ister ulusal, ister dini gruplardan, isterse yerli halktan olsun, tüm insanlar arasında dostluk ruhuyla, özgür bir toplumda, yaşantıyı, sorumlulukla üstlenecek şekilde hazırlanması; e) Doğal çevreye saygısının geliştirilmesi, 2. Bu maddenin veya 28 inci maddenin hiçbir hükmü gerçek ve tüzel kişilerin öğretim kurumları kurmak ve yönetmek özgürlüğüne, bu maddenin 1 inci fıkrasında belirtilen ilkelere saygı gösterilmesi ve bu kurumlarda yapılan eğitimin Devlet tarafından konulmuş olan asgari kurallara uygun olması koşuluyla, aykırı sayılacak biçimde yorumlanmayacaktır.

Madde 30 Soya, dine ya da dile dayalı azınlıkların ya da yerli halkların var olduğu Devletlerde, böyle bir azınlığa mensup olan ya da yerli halktan olan çocuk, ait olduğu azınlık topluluğunun diğer üyeleri ile birlikte kendi kültüründen yararlanma, kendi dinine inanma ve uygulama ve kendi dilini kullanma hakkından yoksun bırakılamaz.

Madde 31 1. Taraf Devletler çocuğun dinlenme, boş zaman değerlendirme, oynama ve yaşına uygun eğlence (etkinliklerinde) bulunma ve kültürel ve sanatsal yaşama serbestçe katılma hakkını tanırlar. 2. Taraf Devletler, çocuğun kültürel ve sanatsal yaşama tam olarak katılma hakkını saygı duyarak tanırlar ve özendirirler ve çocuklar için, boş zamanı değerlendirmeye, dinlenmeye, sanata ve kültüre ilişkin (etkinlikler) konusunda uygun ve eşit fırsatların sağlanmasını teşvik ederler.

Madde 32 1. Taraf Devletler, çocuğun, ekonomik sömürüye ve her türlü tehlikeli işte ya da eğitime zarar verecek ya da sağlığı veya bedensel, zihinsel, ruhsal, ahlâksal ya da toplumsal gelişmesi için zararlı olabilecek nitelikte çalıştırılmasına karşı korunma hakkını kabul ederler.

2. Taraf Devletler, bu maddenin uygulamaya konulmasını sağlamak için yasal, idari, toplumsal ve eğitsel her önlemi alırlar. Bu amaçlar ve öteki uluslararası belgelerin ilgili hükümleri göz önünde tutularak, Taraf Devletler özellikle şu önlemleri alırlar: a) İşe kabul için bir ya da birden çok asgari yaş sınırı tespit ederler; b) Çalışmanın saat olarak süresi ve koşullarına ilişkin uygun düzenlemeleri yaparlar. c) Bu maddenin etkili biçimde uygulanmasını sağlamak için ceza veya başka uygun yaptırımlar öngörürler.

Madde 33 Taraf Devletler, çocukların uluslararası anlaşmalarda tanımladığı biçimde uyuşturucu ve psicotrop maddelerin yasadışı kullanımına karşı korunması ve çocukların bu tür maddelerin yasadışı üretimi ve kaçakçılığı alanında kullanılmasını önlemek amacıyla, yasal, sosyal ve eğitsel niteliktekiler de dahil olmak üzere, her türlü uygun önlemleri alırlar.

Madde 34 Taraf Devletler, çocuğu, her türlü cinsel sömürüye ve cinsel suistimale karşı koruma güvencesi verirler. Bu amaçla Taraf Devletler özellikle: a) Çocuğun yasadışı bir cinsel faaliyete girişmek üzere kandırılması veya zorlanmasını; b) Çocukların, fuhuş, ya da diğer yasadışı cinsel faaliyette bulundurulması sömürülmesini; c) Çocukların pornografik nitelikli gösterilerde ve malzemede kullanılarak sömürülmesini, önlemek amacıyla ulusal düzeyde ve ikili ile çok taraflı ilişkilerde gerekli her türlü önlemi alırlar.

Madde 35 Taraf Devletler, her ne nedenle ve hangi biçimde olursa olsun, çocukların kaçırılmaları, satılmaları veya fuhuşa konu olmalarını önlemek için ulusal düzeyde ve ikili ve çok yanlı ilişkilerde gereken her türlü önlemleri alırlar.

Madde 36 Taraf Devletler, esenliğine herhangi bir biçimde zarar verebilecek başka her türlü sömürüye karşı çocuğu korurlar.

Madde 37 Taraf Devletler aşağıdaki hususları sağlarlar: a) Hiçbir çocuk, işkence veya diğer zalimce, insanlık dışı veya aşağılayıcı muamele ve cezaya tâbi tutulmayacaktır.

On sekiz yaşından küçük olanlara, işledikleri suçlar nedeniyle idam cezası verilemeyeceği gibi salıverilme koşulu bulunmayan ömür boyu hapis cezası da verilmeyecektir. b) Hiçbir çocuk yasadışı ya da keyfi biçimde özgürlüğünden yoksun bırakılmayacaktır. Bir çocuğun tutuklanması, alıkonulması veya hapsi yasa gereği olacak ve ancak en son başvurulacak bir

önlem olarak düşünülüp, uygun olabilecek en kısa süre ile sınırlı tutulacaktır. c) Özgürlüğünden yoksun bırakılan her çocuğa insancıl biçimde ve insan kişiliğinin özünde bulunan saygınlık ve kendi yaşındaki kişilerin gereksinimleri göz önünde tutularak davranılacaktır. Özgürlüğünden yoksun olan her çocuk, kendi yüksek yararı aksini gerektirmedikçe, özellikle yetişkinlerden ayrı tutulacak ve olağanüstü durumlar dışında ailesi ile yazışma ve görüşme yoluyla ilişki kurma hakkına sahip olacaktır. d) Özgürlüğünden yoksun bırakılan her çocuk, kısa zamanda yasal ve uygun olan diğer yardımlardan yararlanma hakkına sahip olacağı gibi özgürlüğünden yoksun bırakılmasının yasaya aykırılığını bir mahkeme veya diğer yetkili, bağımsız ve tarafsız makam önünde iddia etme ve böylesi bir işlemle ilgili olarak ivedi karar verilmesini isteme hakkına da sahip olacaktır.

Madde 38 1. Taraf Devletler, silahlı çatışma halinde kendilerine uygulanabilir olan uluslararası hukukun, çocukları da kapsayan insani kurallarına uymak ve uyulmasını sağlamak yükümlülüğünü üstlenirler. 2. Taraf Devletler, on beş yaşından küçüklerin çatışmalara doğrudan katılmaması için uygun olan bütün önlemleri alırlar. 3. Taraf Devletler, özellikle on beş yaşına gelmemiş çocukları askere almaktan kaçınırlar. Taraf Devletler, on beş ile on sekiz yaş arasındaki çocukların silah altına alınmaları gereken durumlarda, önceliği yaşça büyük olanlara vermek için çaba gösterirler. 4. Silahlı çatışmalarda sivil halkın korunmasına ilişkin uluslararası insani hukuk kuralları tarafından öngörülen

yükümlülüklerine uygun olarak, Taraf Devletler, silahlı çatışmadan etkilenen çocuklara koruma ve bakım sağlamak amacıyla mümkün olan her türlü önlemi alırlar.

Madde 39 Taraf Devletler, her türlü ihmal, sömürü ya da suistimal, işkence ya da her türlü zalimce, insanlık dışı veya aşağılayıcı muamele ya da ceza uygulaması ya da silahlı çatışma mağduru olan bir çocuğun, bedensel ve ruhsal bakımdan sağlığına yeniden kavuşması ve yeniden toplumla bütünleşebilmesini temin için uygun olan tüm önlemleri alırlar. Bu tür sağlığa kavuşturma ve toplumla bütünleştirme, çocuğun sağlığını, özgüvenini ve saygınlığını geliştirici bir ortamda gerçekleştirilir.

Madde 40 1. Taraf Devletler, hakkında ceza yasasını ihlâl ettiği iddia edilen ve bu nedenle itham edilen ya da ihlâl ettiği kabul edilen her çocuğun; çocuğun yaşı ve yeniden topluma kazandırılmasının ve toplumda yapıcı rol üstlenmesinin arzu edilir olduğu hususları göz önünde bulundurularak, taşıdığı saygınlık ve değer duygusunu geliştirecek ve başkalarının da insan haklarına ve temel özgürlüklerine saygı duymasını pekiştirecek nitelikte muamele görme hakkını kabul ederler. 2. Bu amaçla ve uluslararası belgelerin ilgili hükümleri göz-önünde tutularak Taraf Devletler özellikle, şunları sağlarlar: a) İşlendiği zaman ulusal ya da uluslararası hukukça yasaklanmamış bir eylem ya da ihmâl nedeniyle hiçbir çocuk hakkında ceza yasasını ihlâl ettiği iddiası ya da ithamı öne sürülemeyeceği gibi böyle bir ihlâlde bulunduğu da kabul edilmeyecektir. b) Hakkında ceza kanununu ihlâl

iddiası veya ithamı bulunan her çocuk aşağıdaki asgari güvencelere sahiptir:

- i) Haklarındaki suçlama yasal olarak sabit oluncaya kadar masum sayılmak;
 - ii) Haklarındaki suçlamalardan kendilerinin hemen ve doğrudan doğruya; ya da uygun düşen durumlarda ana-babaları ya da yasal vasileri kanalı ile haberli kılınmak ve savunmalarının hazırlanıp sunulmasında gerekli yasal ya da uygun olan başka yardımdan yararlanmak;
 - iii) Yetkili, bağımsız ve yansız bir makam ya da mahkeme önünde adli ya da başkaca uygun yardımdan yararlanarak ve özellikle çocuğun yaşı ve durumu göz önüne alınmak suretiyle kendisinin yüksek yararına aykırı olduğu saptanmadığı sürece, ana-babası veya yasal vasisi de hazır bulundurulurken yasaya uygun biçimde adil bir duruşma ile konunun gecikmeksizin karara bağlanmasının sağlanması; iv) Tanıklık etmek ya da suç ikrarında bulunmak için zorlanmamak; aleyhine olan tanıkları sorguya çekmek veya sorguya çekmiş olmak ve lehine olan tanıkların hazır bulunmasının ve sorgulanmasının eşit koşullarda sağlanması; v) Ceza yasasını ihlâl ettiği sonucuna varılması halinde, bu kararın ve bunun sonucu olarak alınan önlemlerin daha yüksek yetkili, bağımsız ve yansız bir makam ya da mahkeme önünde yasaya uygun olarak incelenmesi; vi) Kullanılan dili anlamaması veya konuşamaması halinde çocuğun parasız çevirmen yardımından yararlanması; vii) Kovuşturmanın her aşamasında özel hayatının gizliliğine tam saygı gösterilmesine hakkı olmak;
3. Taraf Devletler, hakkında ceza yasasını ihlâl ettiği iddiası ileri sürülen, bununla itham edilen ya da ihlâl ettiği kabul olunan çocuk bakımından, yalnızca ona uygulanabilir yasaların, usullerin, onunla ilgili makam ve kuruluşların oluşturulmasını teşvik edecek ve özellikle şu konularda çaba göstereceklerdir: a) Ceza Yasasını ihlâl konusunda asgari bir yaş sınırı belirleyerek, bu yaş sınırının altındaki çocuğun ceza ehliyetinin olmadığı kabulü;
- b) Uygun bulunduğu ve istenilir olduğu takdirde, insan hakları ve yasal güvencelere tam saygı gösterilmesi koşulu ile bu tür çocuklar için adli kovuşturma olmaksızın önlemlerin alınması.

4. Koruma tedbiri, yönlendirme ve gözetim kararları, danışmanlık, şartlı salıverme, bakım için yerleştirme, eğitim ve meslek öğretme programları ve diğer kurumsal bakım seçenekleri gibi çeşitli düzenlemelerin uygulanmasında, çocuklara durumları ve suçları ile orantılı ve kendi esenliklerine olacak biçimde muamele edilmesi sağlanacaktır.

Madde 41 Bu Sözleşmede yer alan hiçbir husus, çocuk haklarının gerçekleştirilmesine daha çok yardımcı olan ve; a) Bir Taraf Devletin yasasında; veya b) Bu Devlet bakımından yürürlükte olan uluslararası hukukta yer alan hükümleri etkilemeyecektir.

II. KISIM Madde 42 Taraf Devletler, Sözleşme ilke ve hükümlerinin uygun ve etkili araçlarla yetişkinler kadar çocuklar tarafından da yaygın biçimde öğrenilmesini sağlamayı taahhüt ederler.

Madde 43 1. Taraf Devletlerin bu Sözleşme ile üstlendikleri yükümlülükleri yerine getirme konusunda kaydettikleri ilerlemeleri incelemek amacıyla,

görevleri aŖađıda belirtilen bir Çocuk Hakları Komitesi kurulmuŖtur. 2. Komite bu Sözleşme ile hükme bağlanan alanda yetenekleriyle tanınmış ve yüksek ahlâk sahibi on uzmandan oluşur. Komite üyeleri Taraf Devletlerce kendi vatandaşları arasından ve kişisel olarak görev yapmak üzere, adil bir coğrafi dağılımı sağlama gereği ve başlıca hukuk sistemleri göz-önünde tutularak seçilirler. 3. Komite üyeleri, Taraf devletlerce gösterilen kişiler listesinden gizli oyla seçilirler. Her Taraf Devlet, vatandaşları arasından bir uzmanı aday gösterebilir.

ÇOCUK İHMALİ

Prof. Dr. Gürol CANTÜRK

İHMAL Çocuğa bakmakla yükümlü kişinin bu yükümlülüğünü yerine getirmemesi, **çocuğu fiziksel, tıbbi veya duygusal olarak ihmal** etmesidir. İhmalin tanısı fiziksel ve cinsel istismara göre çok daha soyut olduğu için zordur. Çocuğun temel gereksinimlerinin ve bakımının (beslenme, barınma, giyim, sağlık, eğitim, korunma, gözetim, güven, dokunulma, kendini değerli görme, toplumsallaşma, uyarılma gibi) ana babası veya ona bakan kişi tarafından yerine getirilmemesidir. Genellikle çocuk istismarı ile birlikte anılan bir kavram olan ihmal, oldukça sık görülen, ancak tanı ve tedavisinde zorluk çekilen bir durumdur. Ailenin ihmali çocuğun sağlığı için gerçek ya da potansiyel olarak zarar yaratabilir. Söz konusu zarar uzun ya da kısa vadeli; fiziksel ya da psikolojik olabilir. İhmali değerlendirirken çeşitli kültürel farklılıklar da göz önüne alınmalıdır.

TIBBİ İHMAL 1. Tıbbi ihmal Hekimlerin en sık olarak dikkatini çeken ihmal türüdür. Ailenin hekimin tıbbi önerilerine uymaması, ya da hastalanan çocuğu sağlık kuruluşuna geç getirmesi biçiminde görülebilir. Nedenleri arasında cehalet, ekonomik sıkıntılar, hastanın sağlık kuruluşuna ulaşmasının çok zor olması, sosyal güvence olmaması, verilen tedavinin iyi anlaşılmamış ya da tedavinin aileye çok zor gelmiş olması gibi etmenler sayılabilir. Sorunun hangi etmeden kaynaklandığını bulmak sorunla başa çıkmak için ilk şarttır. Eğer sorun tedavinin anlaşılmaması ise daha açık ve net ifadeler kullanmak, tıbbi terimlerden kaçınarak ailenin anlayacağı bir dille konuşmak, gerekirse tedavi şemasını yazarak vermek çözüm olabilir. Sorun ekonomik ve sosyal etmenlerden kaynaklanıyorsa, Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü'nden de yardım istenerek sorun aşılmaya çalışılabilir. Çocuğun kronik bir hastalığı varsa aileye bu hastalık hakkında bilgi verilmeli, hangi durumlarda sağlık kuruluşuna başvurması gerektiği öğretilmelidir.

FİZİKSEL İHMAL 2. Fiziksel ihmal Çocuğun yeterli ve dengeli beslenmemesi, temizliğinin sağlanmaması, uygun ve temiz giydirilmemesi, yetersiz bir fizik çevrede yaşaması, ev içi ve dışındaki kazalara karşı önlem alınmaması durumudur. Bu çocuklar zayıf, hatta gelişme geriliklidir. Seyrek yıkanmaya bağlı olarak idrar, dışkı ya da ter kokabilirler. Saçlarında bit olabilir. Ağız hijyeninin bozukluğuna bağlı olarak dişleri çürüktür, ağız kokusu vardır. Fiziksel ihmal aşağıda belirtilen şekillerde ortaya çıkabilir: **a) Yetersiz beslenme** Çocuğun büyüme hızı beklenenden azdır. Yaşa göre boy ve ağırlık 5 persentilin altına düşebilir. Ciddi ve kronik malnütrisyon beyin gelişimini de etkileyerek baş çevresinin küçük kalmasına neden olabilir. Bu gelişme geriliğini açıklayacak organik

bir neden yoksa ihmal mutlaka akla gelmelidir. Değerlendirmede ailenin ekonomik durumu, eve yeterli miktarda yiyecek girip girmediği anlaşılmalı çalışılmalıdır. Neden eğitimsizlik, bebeğin besin gereksinimlerini bilmeme gibi etmenler ise özellikle anneye bu konuda eğitim verilmeli ve bebek sık aralıklarla izlenmelidir. Durumu ağırsa hastaneye yatırılması da uygun olur. Hekimin halledemediği sosyal sorunlar için sosyal hizmetlerden yardım alması gereklidir. İhmalin nedeni depresyon gibi psikiyatrik bir sorun da olabilir. Bu durumda aile mutlaka bir psikiyatri uzmanına yönlendirilmelidir.

b) Yetersiz temizlik İhmale uğrayan çocuklarda sık görülen bir bulgu da çocuğun kendisinin ve giysilerinin kirli olması, çocuğun kötü kokmasıdır. Ailenin evdeki şartları değerlendirilmeli, temizlik anlayışı sorgulanmalıdır. Aileye hijyenin çocuk sağlığı için önemi anlatılmalı, yetersiz temizlikten kaynaklanabilecek hastalıklardan söz edilmelidir.

c) Uygun olmayan giysiler Çocuğun üzerine çok büyük ya da küçük giysiler giymesi, mevsime uygun olmayan biçimde dolaşması ihmali düşündürür. Bu çocuklar kış ortasında paltosuz, ayakkabısız ya da çok ince, açık, yıpranmış ayakkabılarla dolaşabilirler. Ayakkabılar ayağını acıtacak kadar küçük olabilir. Diğer ihmal bulguları ile birlikte değerlendirilmeli ve gerekli girişimler yapılmalıdır.

d) Yetersiz ev koşulları Bu çocukların yaşadığı ev çoğu kez yıkık dökük, merdivenlerinde korkuluk olmayan, camları kırık, bakımsız, kirli, tozlu bir yerdir. Çöpler ortalıktadır, böcekler dolaşmaktadır. Ev kalabalıktır, bir odada birçok kişi yaşar. Uygun yatak olmadığı ve ev genellikle gürültülü olduğu için çocuklar yeterli uyuyamazlar. Bu bulgular ancak ev ziyareti ile anlaşabileceği için sosyal hizmetlerin girişimi çok önemlidir.

e) Kazalara karşı önlem alınmaması Yukarıda söz edilen yetersiz ev koşulları kazalara da zemin hazırlar. Gözetimden uzak çocuklar, yeterli koruma önlemleri alınmamış ağızlarındaki kablolarla, ateşe, ilaç ve zehirleyici maddelere kolayca ulaşabilirler. Hekimlerin çocuklarla her karşılaşmalarında ailelere kazalardan korunmak için önerilerde bulunması önleyici olabilir.

f) İntrauterin ihmal Fiziksel ihmalin özel bir tipi de henüz doğmamış bebeğin ihmali. Annenin gebelikte ilaç, alkol, sigara gibi zararlı maddeler kullanması, yetersiz beslenmesi, doğum öncesi gerekli tıbbi bakımı almaması bu bebeğin anne karnındaki gelişimi kadar ilerdeki sağlığını da etkileyecektir.

DUYGUSAL İHMAL Çocuğa sevgi ve ilgi gösterilmemesi, özellikle ergenlik yıllarında destek ve denetimden yoksun bırakılması, eğitim gereksinimlerinin karşılanmaması gibi biçimlerde ortaya çıkabilir. Bu anne ve babalar çocuğun duygusal gereksinimlerine karşı kayıtsızdır. Çocuğu

duygusal olarak reddedebilir, yok sayabilirler. Yeterli gözetim olmadığında, çocuk tehlikeli kişilere ve davranışlara yönelebilir. Bu çocuklar okula gönderilmeyebilirler. Okula gidenlerin ise dersleri, okuldaki sorunları ya da başarısızlıkları ile ilgilenilmez. Önlerinde eğitime teşvik eden iyi bir örnek yoktur. Çoğu zaman bu ihmal tipleri birbirlerinden kesin olarak ayıramazlar. Örneğin terk edilmiş bir bebek hem fiziksel, hem de duygusal ihmale uğramıştır. Bu bebekler bulunamayacakları bir yere bırakılarak ölüme terk edilebilirler. Ama çoğu kez hastane bahçesi, cami avlusu gibi kolayca bulunup bakılabilecekleri yerlere bırakılırlar. Prematüre ya da kronik hastalığı olan bebeklerin hastaneye bırakılıp terk edilmesi de sık görülmektedir. Fiziksel ve duygusal ihmalin birlikte olduğu bir başka durum da özellikle ergenlerde görülen evden kovulmaları, evden kaçmış olanların dönünce eve alınmamalarıdır. Bu çocuklar sokağın kötülüklerine açıktır. İstismara maruz kalabilir, suça yönelebilirler.

İHMAL Çocuk Hakları Sözleşmesinin 19. maddesine göre çocuğun yetiştirilmesinden sorumlu olanlar, bu haklarını çocuklara zarar verecek şekilde kullanamazlar. Devlet çocuğu anne, babanın ya da çocuğun bakımından sorumlu başka kişilerin her türlü kötü muamelesinden korumak, çocuğun istismarını önlemek ve bu tür davranışlara maruz kalan çocukların tedavisini amaçlayan sosyal programlar hazırlamakla yükümlüdür.

Sıklık: İstismardan daha sık görülmesine karşın onun kadar çarpıcı değildir. Ölüm ya da ciddi bir yaralanmayla sonuçlanmamışsa göz ardı edilebilmektedir. Çocukluk dönemi ölümlerinin temel nedenleri araştırıldığında ihmalin önemli bir yeri olduğu ve yıllar içinde de artış gösterdiği gözlenmektedir. Tüm dünyada çocuk nüfusunun %1-2'si ihmal edilmektedir. Genellikle çocuk istismarı ve ihmali birlikte değerlendirildiği için tek başına ihmalin sıklığını kesin olarak söylemek zordur. Tüm istismarların yaklaşık %48-63'ünün ihmal ile birlikte olduğu düşünülmektedir. Bir çalışmada ölümlerle sonuçlanan 216 çocuk istismarı ve ihmali tanılı olguda ölümlerin %74.5'inin ihmal sonucu gerçekleştiği bildirilmiştir. Olguların çoğunluğunu, suda boğulmalar, zehirlenmeler, CO intoksikasyonu ve ev kazaları travmalarının oluşturduğu bildirilmiştir.

İHMAL- RİSK ETMENLERİ Yaş: Küçük çocuklarda risk yüksek. **Cinsiyet:** Bazı toplumlarda kız çocukları, **Çocuğa ilişkin özel durumlar:** prematüre, düşük doğum ağırlıklı hastalığı olan, çoğul gebelikten doğan bebekler, bedensel ve zihinsel özürlü çocuklar, Aile yapısı ve kaynaklar: işsizlik ya da iş değişikliği, yoksulluk, var olan gelirden düşme, parçalanmış aile, kalabalık aile, **Anne-baba ya da çocuğa bakmakla yükümlü kişilerin bireysel ve davranışsal özellikleri:** alkol ya da madde bağımlılığı, ruh sağlığı sorunları, eşler arasında şiddet ve geçimsizlik,

eğitimsizlik, genç ana-baba, hastalıklar, çocuklara duyarsız ebeveyn, sosyal korku

İHMALE UĞRAMIŞ ÇOCUĞA YAKLAŞIM İhmalden kuşkulandırılması, Ayrıntılı öykü, Çocuğun durumu ve davranışlarının gözlenmesi Muayene, Önerilerin uygulanıp uygulanmadığı,

İHMALDEN KUŞKULANILMASI GEREKEN DURUMLAR Çocuk kirli, bakımsız ve havaya uymayan giysi Nüfus cüzdanı yok (resmi nikah olmayan kalabalık aile), Aile çocuk hakkında bilgisiz, Zehirlenme, kazaya uğrama, silahla yaralanma, Çevrede sigara, alkol, bağımlılık yapan madde, Çocuk içe dönük, iletişim güçlüğü, yineleyen hareketler, Aileden yeterli uyarı almayan çocuklar, Zihinsel gelişme geriliği, öğrenme güçlüğü varsa, Zorunlu eğitim çağında olduğu halde okula gitmiyor, Sağlık kurumuna başvuruda gecikme ya da hiç başvurmama, Tedavi, bakım ve koruma konusundaki önerilere uymama, Terk edilmiş, evden kovulmuş ise,

ÖYKÜ Ayrıntılı bir tıbbi, toplumsal ve çevresel öykü alınmalıdır. Öykü, ana-baba, çocuğa bakan kişiler ve kendisinden alınabilir. Gebelik ile ilgili; istenen gebelik mi, tıbbi bakım alındı mı, ilaç, alkol, uyuşturucu kullanıldı mı, nasıl beslenildi? Doğuma ilişkin; gebelik süresi, doğumun nerede olduğu, bebeğin doğum ağırlığı ve boyu, doğumsal anomali, zor doğum, Doğum sonrası döneme ait; beslenme, gelişme, aşular, geçirdiği hastalıklar, geçirdiği kazalar, çocuğun davranışları, Çocuğun yaşadığı çevreye ilişkin ; Yaşadığı ev, ailesi, ekonomik durum, ailenin destekleri, **FİZİK İNCELEME** Muayeneden önce çocuğun davranışları, aile fertlerinin birbirlerine ve çocuğa karşı tutumları gözlenerek ihmale ait ip uçları yakalanabilir. Çocuğun boyu, kilosuna, baş çevresi, Çocuğun gelişiminin değerlendirilmesi, Çocuğun davranışları (durgun, içe dönük, sallanma, göz teması, saldırgan), Deri (temizlik, solukluk, cilt hast. mantar enf.), Sağlı deri, Görünür sakatlık,

İHMAL OLGULARININ İZLEMİ **Sağlık:** Tedavi ve rehabilitasyon, (ihmale yol açan etmenler, hastane yatışı, **Sosyal Hizmet:** Nakdi yardım, destekler, koruma, koruyucu aile, **Hukuki Yardım:** Tedavi konusunda hukuki yardım, hukuki yaptırım, tedbir

İHMALİN SONUÇLARI Ağır ihmal ölümlerle sonuçlanabilir. Ölümle sonuçlanmasa bile ihmalin etkileri çocukta çoğu kez ömür boyu sürer. Yaşamın ilk yılları çocuğun gelişiminde kritik zamanlardır. Bu dönemde ihmale uğrayan çocuğun gelişimi kalıcı olarak durur. Daha sonra ihmal ortadan kalksa bile çoğu kez hasar kalıcı hale gelmiştir. Bulgular bedensel olabileceği gibi, gelişimsel ve duygusal da olabilir. Bedensel bulguların başında büyüme-gelişme gerilikleri gelir. Bu çocukların büyük kısmında organik bir nedeni olmayan büyüme geriliği saptanır. Uzun dönemde bu çocukların zeka düzeyleri geri kaldığı gibi sağlıkları da yaşam boyu

etkilenir. Okul öncesi ve okul çağında zihinsel yeteneklerde küntleşme, derslerde başarısızlık gibi bulgular dikkati çeker.

Duygusal incinme, saldırganlık ya da depresyon biçiminde ortaya çıkabilir. Bu çocuklar yaşamdan kendilerini çekmiş, başarmayı hedeflemeyen, çocukluk neşesini kaybetmiş bireylerdir. Hareketleri yavaştır, sosyal ilişkilerde başarılı olamazlar. Öz güvenleri düşüktür, diğer insanlara karşı da güvenleri sarsılmıştır. Çoğunlukla uyumsuz ve olumsuz kişilik özellikleri gösterirler. Suça yatkınlıkları artmıştır. İhmalin önemli bir sonucu da nesiller arası geçiş gösterme özelliği olmasıdır. Yani ihmale uğramış bireyler, ihmal edici anne babalar olurlar ve bir kısır döngü yaratırlar. Ölüm, Fiziksel etkiler (Büyüme, gelişme geriliği), Yineleme, Duygusal örselenme, Eğitim başarısızlığı, Geleceğin istismarcı adaylığı, suça ya da fuhşa eğilim,

KORUMA VE ÖNLEME Birincil Korunma: İhmali hazırlayan ortamlar engellemekle sağlanır. Sosyal ve ekonomik sorunların ihmale yol açtığı bilinmektedir. Yoksulluğun önlenmesi, sağlık ve eğitim hizmetlerinin yaygınlaştırılması, özellikle riskli ailelere sosyal desteklerin sağlanması ihmalin önlenmesine katkıda bulunabilir. Doğum öncesi dönemden başlayarak aile ve bebeğin izlenmesi, risklerin saptanması, bunları ortadan kaldıracı çabaların gösterilmesi ihmalin ortaya çıkmasını engelleyebilir.

İkincil Korunma: İhmale uğrayan bir çocukta ipuçlarının değerlendirilmesi ile tanının olabildiğince erken konması ve tedavi edilmesi ihmalin sürmesini ve çocuğun daha çok zarar görmesini önleyebilir. Çocuk hasta ile uğraşan hekimler hem birincil, hem de ikincil korunma için önemli bir şansa sahiptirler. Bu konuda gerekenlerin doğru biçimde yapılması sağlıklı bir toplum oluşturmak için önemli bir adım olacaktır.

Üçüncül Korunma: Ölümün ve yaralanmaların önlenmesi yani tedavi **İstismar ve ihmali birbirinden ayıran en temel nokta istismarın aktif, ihmalin ise pasif bir olgu olmasıdır.**

İstismar ve İhmalin Hukuki Boyutu Çocuğun bir kişi olarak toplum içindeki hukuki statüsü Medeni Kanun ile belirlenir. Hakların ihlal edilmesi durumunda yaptırımlar Ceza Yasalarıyla belirlenir.

Çocuk hakkında alınabilecek koruma önlemleri şunlardır:

1. Veliye, vasiye veya bakıp gözetmeyi üzerine alan bir akrabaya teslim.
2. Bakıp gözetmeyi üzerine alan bir ailenin yanına yerleştirme,
3. Bu amaçla kurulmuş çocuk bakım ve yetiştirme yurtlarına vb. resmi yahut özel kurumlara yerleştirme,
4. Genel ve katma bütçeli daireler, mahalli idareler, bankalar, iktisadi devlet teşekkülleri ve bunların ortaklıkları tarafından kurulmuş fabrika, müessese veya ziraat işletmeleri vb. teşekküllerle işyerlerine yahut meslek sahibi bir ustanın yanına yerleştirme,

5. Resmi veya özel bir hastaneye veya tedavi evine yahut eğitimi güç çocuklara mahsus kurumlara yerleştirme yapılabilir.

ÇOCUK İSTİSMARI İHMALİNE SOSYAL HİZMET YAKLAŞIMI

Prof. Dr. Gürol Cantürk

İstismar ve ihmal çocukların yalnızca sağlıklarına zarar vererek gelişmelerini engellemekle kalmaz; aynı zamanda psikolojik ve sosyal yaşamlarında iyileştirilmesi bazen olanaklı olmayan derin yıkımlara neden olabilir. Çocuk, aile üyelerinden biri tarafından istismar ediliyor, ailesi ya da bakmakla yükümlü olan kişiler çocuğun güvenli bir ortamda yaşaması için gereken önlemleri alamıyor ise, çocuğun yaşadığı ortamdan ayrılması ve korunması gerekebilir. Çocuğun korunmasına yönelik önlemleri almakla yetkili kurum, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK) dur. SHÇEK Yasasına göre beden, ruh ve ahlak gelişimleri ya da güvenlikleri tehlikede olup ana-babasından ikisi, ya da biri sağ olmayan ya da ana/babası ya da bunlardan biri tarafından terk edilen ya da ana/babası ya da her ikisi tarafından ihmal ve istismar edilip, fuhuş, dilencilik, alkollü içkiler, uyuşturucu maddeleri kullanma gibi her türlü sosyal tehlikelere ve kötü alışkanlıklara karşı savunmasız bırakılan ve başıboşluğa bırakılan çocuk "korunmaya muhtaç çocuk" olarak tanımlanmıştır.

Korunmaya muhtaç çocuğun saptanması, korunması için korunma kararlarının alınması ve gerektiğinde kaldırılmasına ilişkin çalışmalar SHÇEK İl Sosyal Hizmetler Müdürlükleri ve bazı ilçelerde bulunan İlçe Sosyal Hizmetler Müdürlüklerince sürdürülmektedir. Mahalli Mülki Amirler, Sağlık Kurum ve Kuruluşları, Köy Muhtarları, Genel Kolluk Kuvvetleri, Belediye Zabıta Memurları ihmal ve istismara uğramış çocukların ilgili yerlere bildirilmesinden sorumludur. Ayrıca İl Sosyal Hizmetler Müdürlükleri basın ve yayın organlarında çıkan ve kendilerine bildirilen korunmaya muhtaç (istismar ve ihmale uğrayanlar da dahil) çocuklarla ilgili haber ve duyuruları araştırmakla yükümlüdür.

OLGULARIN İZLENMESİ: Sağlık kuruluşlarında çalışan hekimler ihmal olarak değerlendirdikleri olguları SHÇEK İl Sosyal Hizmetler Müdürlüğüne bildirmelidir. İstismar kuşkusu bulunan olgulara ilişkin adli rapor tutulur. Kuşkulu olgu, hizmet yürütülen ildeki sağlık ya da sosyal hizmet kuruluşları bünyesinde oluşturulmuş Çocuk Koruma Birimi/Merkezi var ise bu Merkeze, böyle bir birim/merkez yok ise bu merkezlerde görev yapan hekimlerden en az birinin görev yaptığı sağlık kuruluşuna ya da sosyal hizmetlere bildirilir. Değerlendirme sonucunda istismar yönünde görüş oluşursa, istismarla ilgili yasal işlemler sürerken çocuğun korunmasına ilişkin önlemler gündeme gelir. İstismar olgularında da fizik bulgulara ve değerlendirmelere ilişkin adli rapor tutulur ve suç duyurusunda bulunulur. Varsa Çocuk Koruma Birimi/Merkezi, yoksa sağlık kuruluşu ya da sosyal

hizmetlere bildirimde bulunulur. SHÇEK'te görev yapan sosyal hizmet uzmanlarının kendilerine bildirilen, istismar ve ihmal riski taşıyan çocukların saptanması, ihmal ya da istismara uğrayan çocukların korunmalarının sağlanması için gerekli yasal işlemlerin yapılması, kurum bakımına alınan ya da koruyucu aileye yerleştirilen çocukların sağaltımları ve hukuksal süreçlerine ilişkin olarak izlenmesi görevleri vardır. Çocuk Koruma Birimlerinde görev yapan sosyal hizmet uzmanlarının ise,

- istismara uğrayan çocuk ve ailesi ile görüşmek,
- çocuğun bakım ve korunmasının sağlanması amacıyla SHÇEK ile iletişim kurmak,
- ailenin sosyal ve psikolojik destek sistemlerinden yararlandırılmasına yönelik yönlendirme ve danışmanlık yapmak,
- istismar riski taşıyan aileleri izlemek,
- aile görüşmeleri ve sosyal incelemelerle istismarın boyutlarının ortaya çıkartılmasını sağlamak,
- risk taşıyan ailelere aile danışmanlığı yapmak;
- istismar olgularında adli kurumlar, sosyal hizmetler ve güvenlik birimleriyle yazışmaları yapmak ve
- süreci izlemek gibi görevleri vardır.

İl Sosyal Hizmetler Müdürlüklerine bildirilen istismar olguları için sosyal hizmet uzmanları tarafından sosyal inceleme raporu hazırlanır. Korunma altına alınması uygun görülen çocuklar hakkında gerekli diğer belgeler de hazırlanarak korunma kararı alınmak üzere ilgili mahkemeye gönderilir. Hakkında korunma kararı çıkartılan çocuklara yönelik durumlarına uygun hizmet modelleri belirlenir:

- aile yanına,
- kuruluşa yerleştirme,
- koruyucu aile,
- evlat edindirme hizmetleri,
- gündüzlü bakım hizmetinden yararlandırma gibi.

Ailelere yönelik olarak sosyal yardım hizmetleri, aile danışmanlığı hizmetleri, iş ve meslek edindirme amacıyla yönlendirme hizmetleri planlanır.

T.C. AİLE VE SOSYAL POLİTİKALAR BAKANLIĞI ÇOCUK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

SOSYAL HİZMETLER KANUNU

Kanun Numarası : 2828

Madde 1 – Bu Kanunun amacı; korunmaya, bakıma veya yardıma ihtiyacı olan aile, çocuk, engelli, yaşlı ve diğer kişilere götürülen sosyal hizmetlere ve bu hizmetleri yürütmek üzere kurulan teşkilatın kuruluş, görev, yetki ve sorumluluklar ile faaliyet ve gelirlerine ait esas ve usulleri düzenlemektir.

Madde 3 – Kanunda geçen; a) "Sosyal Hizmetler"; kişi ve ailelerin kendi bünye ve çevre şartlarından doğan veya kontrolleri dışında oluşan maddi, manevi ve sosyal yoksunluklarının giderilmesine ve ihtiyaçlarını karşılanmasına, sosyal sorunlarının önlenmesi ve çözümlenmesine yardımcı olunmasını ve hayat standartlarının iyileştirilmesi ve yükseltilmesini amaçlayan sistemli ve programlı hizmetler bütünü, b) "Korunmaya ihtiyacı olan Çocuk"; beden, ruh ve ahlak gelişimleri veya şahsi güvenlikleri tehlikede olup;

1. Ana veya babasız, ana ve babasız,
2. Ana veya babası veya her ikisi de belli olmayan,
3. Ana ve babası veya her ikisi tarafından terk edilen,
4. Ana veya babası tarafından ihmal edilip; fuhuş, dilencilik, alkollü içkileri veya uyuşturucu maddeleri kullanma gibi her türlü sosyal tehlikelere ve kötü alışkanlıklara karşı savunmasız bırakılan ve başıboşluğa sürüklenen, Çocuğu,

c) (Değişik: 30/5/1997 - KHK - 572/5 md.) "Engelli", doğuştan veya sonradan herhangi bir hastalık veya kaza sonucu bedensel, zihinsel, ruhsal, duygusal ve sosyal yeteneklerini çeşitli derecelerde kaybetmesi nedeniyle normal yaşamın gereklerine uymama durumunda olup; korunma, bakım, rehabilitasyon, danışmanlık ve destek hizmetlerine ihtiyacı olan kişiyi, (1) d) (Ek: 1/7/2005-5378/26 md.) "Bakıma İhtiyacı Olan Engelli"; engellilik sınıflandırmasına göre resmî sağlık kurulu raporu ile ağır engelli olduğu belgelendirilenlerden, günlük hayatın alışılmış, tekrar eden gereklerini önemli ölçüde yerine getirememesi nedeniyle hayatını başkasının yardımı ve bakımı olmadan devam ettiremeyecek derecede düşkün olan kişiyi, f) Sosyal hizmet kuruluşları; bu Kanunun amacına ve belirtilen esaslara uygun faaliyette bulunan kuruluşlar olup bunlardan; 1. "Çocuk Yuvaları"; 0 - 12 yaş arası korunmaya ihtiyacı olan çocuklarla gerektiğinde 12 yaşını dolduran kız çocuklarının, bedensel, eğitsel, psiko sosyal gelişimlerini, sağlıklı bir kişilik veya iyi alışkanlıklar kazanmalarını sağlamakla görevli ve yükümlü yatılı sosyal hizmet kuruluşlarını, 2. "Yetiştirme Yurtları"; 13 - 18 yaş arası korunmaya ihtiyacı olan çocukları korumak, bakmak ve bir iş veya meslek sahibi edilmeleri ve topluma yararlı kişiler olarak yetişmelerini sağlamakla görevli ve yükümlü olan yatılı sosyal hizmet kuruluşlarını, 3. "Kreş ve Gündüz Bakımevleri"; 0-6 yaş grubundaki çocukların bakımlarını gerçekleştirmek, bedensel ve

ruhsal sağlıklarını korumak ve geliştirmek ve bu çocuklara temel değer ve alışkanlıkları kazandırmak amacıyla kurulan (...) ve yatılı olmayan sosyal hizmet kuruluşlarını, 4. "Huzurevleri"; ihtiyacı olan yaşlı kişileri huzurlu bir ortamda korumak ve bakmak, sosyal ve psikolojik ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla kurulan yatılı sosyal hizmet kuruluşlarını, 5. "Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri"; bedensel, zihinsel ve ruhsal engellilikleri nedeniyle normal yaşamın gereklerine uymama durumunda olan kişilerin, fonksiyon kayıplarını gidermek ve toplum içinde kendi kendilerine yeterli olmasını sağlayan beceriler kazandırmak veya bu becerileri kazanamayanlara devamlı bakmak üzere kurulan sosyal hizmet kuruluşlarını, 6. (Ek: 30/5/1997 - KHK - 572/5 md.; Değişik: 6/2/2014-6518/14 md.) "Çocuk Destek Merkezleri"; Suça sürüklenmesi, suç mağduru olması veya sokakta sosyal tehlikelerle karşı karşıya kalması sebebiyle haklarında bakım tedbiri veya korunma kararı verilen çocuklardan psikososyal desteğe ihtiyaç duyduğu tespit edilenlerin, bu ihtiyaçları giderilinceye kadar geçici süre ile bakım ve korunmalarının sağlandığı, bu süre içinde aile, yakın çevre ve toplum ilişkilerinin düzenlenmesine yönelik çalışmaların yürütüldüğü; çocukların mağduriyet, suça sürüklenme, yaş ve cinsiyet durumuna göre ayrı ayrı yapılandırılan veya ihtisaslaştırılan yatılı sosyal hizmet kuruluşlarını, 7. (Ek: 30/5/1997 - KHK - 572/5 md.) "Kadın veya Erkek Konukevleri", fiziksel, duygusal, cinsel ve ekonomik istismara uğrayan kadın veya erkeklerin psiko-sosyal ve ekonomik problemlerinin çözümlenmesi sırasında varsa çocukları ile birlikte ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla geçici bir süre kalabilecekleri yatılı sosyal hizmet kuruluşlarını,

8. (Ek: 30/5/1997 - KHK - 572/5 md.) "Toplum veya Aile Danışma Merkezleri", toplumun ve ailenin gelişmesi için; bireyin katılımcı, üretken ve kendine yeterli hale gelmesi amacıyla koruyucu, önleyici, eğitici, geliştirici, rehberlik ve rehabilite edici işlevlerini, gerekirse diğer kuruluşlar ve gönüllülerle işbirliği içerisinde sunmakla görevli bulunan gündüzlü sosyal hizmet kuruluşlarını, 9. (Ek: 30/5/1997 - KHK - 572/5 md.; Değişik: 6/2/2014-6518/14 md.) "Aktif Yaşam Merkezi"; Engelli bireylerin, yaşam kalitesinin artırılması ve sosyal hayata aktif katılımlarına katkı sağlanması amacıyla, engelli bireyler ile ailelerine rehberlik ve destek hizmeti ile evde gündüz bakım hizmeti sunan gündüzlü sosyal hizmet kuruluşlarını, 10. (Ek : 21/1/2000 - KHK - 594/1 md.) "Çok Amaçlı Sosyal Hizmet Kuruluşları"; aynı yerleşkede ve/veya binada, birden çok sosyal hizmet kuruluşunun tek yönetim ve denetim altında kurulmasına ve çalışmasına imkan tanıyan sosyal hizmet kuruluşlarını, 11. (Ek: 1/7/2005-5378/26 md.) "Çocuk evleri"; 0-18 yaşlar arasındaki korunmaya ihtiyacı olan çocukların kaldığı ev birimlerini, 12. (Ek: 1/2/2007-5579/1

md.;Değişik: 6/2/2014-6518/14 md.) "Çocuk Evleri Sitesi"; Korunma ihtiyacı olan çocukların bakımlarının sağlandığı aynı yerleşkede bulunan birden fazla ev tipi sosyal hizmet biriminden oluşan kuruluşu, 13. (Ek: 1/2/2007-5579/1 md.; Değişik: 6/2/2014-6518/14 md.) "Ev Tipi Sosyal Hizmet Birimleri"; Çocuk, kadın, engelli ve yaşlılar ile bakım veya barınma ihtiyacı olan kişilere hizmet verilen mesken niteliğindeki yatılı sosyal hizmet birimlerini, 14. (Ek: 1/2/2007-5579/1 md.; Değişik: 6/2/2014-6518/14 md.) "Ev Tipi Sosyal Hizmet Birimleri Koordinasyon Merkezi"; İl müdürlüğü bünyesinde oluşturulan ev tipi sosyal hizmet birimlerinin bağlı olduğu merkezi, 15. (Ek : 11/10/2011 - KHK - 662/10 md.) "Sosyal Hizmet Merkezi"; İhtiyaç sahiplerinin tespit edilerek sosyal hizmet müdahalesinin ve takibinin gerçekleştirilmesi, çocuk, genç, kadın, erkek, engelli, yaşlı bireylere ve ailelerine koruyucu, önleyici, destekleyici, geliştirici hizmetler ile rehberlik ve danışmanlık hizmetlerinin bir arada ve en kolay ulaşılabilir biçimde, gerektiğinde kamu kurum ve kuruluşları, yerel yönetimler, üniversiteler, sivil toplum kuruluşları ve gönüllüler ile işbirliği içinde sunulmasından ve bu hizmetlerin koordinasyonundan sorumlu gündüzlü sosyal hizmet kuruluşlarını, 16. (Ek : 11/10/2011 - KHK - 662/10 md.) "Çocuk Evleri Koordinasyon Merkezi"; Çocuk evlerinin illerde planlanması, açılış ve işleyişine ilişkin her türlü işlemler ile harcamaların yapılması, takibi, denetlenmesi ve çocuk evleri arasındaki koordinasyonun sağlanması amacıyla oluşturulan merkezleri, g) "Kurum"; bu Kanunla kurulan Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğünü, İfade eder. *Tespit ve inceleme:* Madde 21 – Kurum, korunmaya, bakıma, yardıma ihtiyacı olan aile, çocuk, engelli ve yaşlılar ile sosyal hizmetlere ihtiyacı olan diğer kişileri tespit ve incelemekle görevlidir. Bu kişilerin Kuruma duyurulmasında ve incelemeye ilişkin olarak Kurum ile işbirliğinde bulunulmasında mahalli mülki amirler, sağlık kuruluşları ve köy muhtarları ile genel kolluk kuvvetleri ve belediye zabıta memurları yükümlüdürler. *Korunma kararı:* Madde 22 – Korunmaya ihtiyacı olan çocukların reşit oluncaya kadar bu Kanun hükümlerine göre Kurumca kurulan sosyal hizmet kuruluşlarında bakılıp yetiştirilmeleri ve bir meslek sahibi edilmeleri hususundaki gerekli tedbir kararı 3/7/2005 tarihli ve 5395 sayılı Çocuk Koruma Kanununa göre yetkili ve görevli mahkemece alınır. Bu karar için gerekli belgeler Kurumca düzenlenir ve ilgili mahkemeye gönderilir. Haklarında derhal korunma tedbiri alınmasında zorunluluk görülen çocuklar mahkeme kararı alınıncaya kadar, bu Kanuna göre kurulmuş kuruluşlarda veya aile yanında mahalli mülki amirin onayı alınmak suretiyle bakım altına alınır. (Ek fıkra: 6/2/2014-6518/17 md.) Sosyal hizmet kuruluşlarının kendisine teslim edilen çocuk hakkında yapacağı inceleme sonucunda hazırlayacağı raporda, 5395 sayılı Kanunun

9 uncu maddesi uyarınca çocuğun derhâl korunma altına alınmasını gerektiren bir durum olmadığı ve ailesine teslim edilmesinde herhangi bir sakınca bulunmadığı kanaatine varması hâlinde mülki idare amirinin onayı ile çocuk ailesine teslim edilebilir. *Koruyucu aile*: Madde 23 – Mahkemece korunma kararı alınan korunmaya ihtiyacı olan çocuğun bakımı ve yetiştirilmesi bu Kanuna göre kurulmuş kuruluşlarda olduğu kadar Kurumun denetim ve gözetiminde bir "Koruyucu Aile" tarafından da yerine getirilebilir. (Değişik ikinci cümle: 6/2/2014-6518/18 md.) Koruyucu aileye, korunmaya ihtiyacı olan çocuğun bakımı ve yetiştirilmesine karşılık olarak ikinci fıkra kapsamında ödeme yapılabileceği gibi koruyucu aile bu işi gönüllü olarak da üstlenebilir. (Değişik ikinci fıkra: 6/2/2014-6518/18 md.) Koruyucu aile hizmeti kapsamında aile yanına yerleştirilen çocukların bakım, eğitim, kurs, okul, yemek ve taşıma servisi, harçlık ve benzeri ihtiyaçları esas alınarak koruyucu ailelere, bu giderlerin tamamına karşılık toplu bir ödeme yapılmasına veya her bir gider türü için ayrı ayrı yapılacak ödemelerin kapsamına, ödeme tutarlarına, yapılacak ödemelerin usul ve esasları ile koruyucu ailelerin seçimine, çocukla ilgili sorumluluklarına ve hizmetin işleyişine ilişkin usul ve esaslar, Maliye Bakanlığının uygun görüşü üzerine Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı tarafından çıkarılan yönetmelikle belirlenir ve bu kapsamda verilecek ödemelerden hiçbir kesinti yapılmaz.

ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİ GİRİŞ

Prof. Dr. Gürol Cantürk

ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİ Çocuğa yönelik her türlü şiddet olarak da tanımlayabileceğimiz çocuk istismarı dünyada her ülkede olduğu gibi ülkemizde de çok sık olarak görülmektedir. Çocuk istismarının başlangıcının çok eskilere uzandığı görülmektedir. İnsanın doğasında var olan şiddetin savunmasız olan çocuğa yönelmesi ilk bakışta bir çelişki gibi gözükebilir. Özellikle de bunun çocuğun en güvendiği ortam olan aile içinde, üstelik yüksek oranlarda görülüyor olması trajedinin boyutunu daha da arttırmaktadır. Konunun en olumsuz yanı çocuk istismarı ve ihmali başlığı altında değerlendirdiğimiz fiziksel, cinsel şiddet, aşağılama, duygusal istismar ve ihmali gibi çocuğa zarar veren ve gelişimini engelleyen bu davranışlara karşı devletin önleme ile tedavi açısından çok yetersiz kalmasıdır. Çocuk istismarının insanlık tarihinin başlangıcı ile beraber var olmasına karşın dünyada sorun olarak algılanması ve buna yönelik çalışmaların başlaması kısa bir geçmişe sahiptir. Türkiye'de ise bu konu ile ilgili çalışmaların başlangıcı çok yenidir. Cinsel istismarın gündeme alınması çok kısa bir geçmişe sahiptir ve insidansına ilişkin doğru ve tam rakamlar vermek mümkün değildir. Bu veriler çoğunlukla psikoterapi gören yetişkinlerin geçmiş yaşantılarına ilişkin bildirimlerinden alınmaktadır. Çocuk istismarı 1962'de ilk defa Henry Kempe tarafından ortaya atıldığı zaman bu güne kadar bu kadar göz önünde duran bir problemi nasıl atladıklarını hayretle görmüşler. Çocuğun sürekli şiddete maruz kalması sonucu ortaya çıkan kol ve bacaklarda kırıklar ve kafa içi kanamalarla ortaya çıkan bu sendrom yıllar içinde yapılan çalışmalarla genişleyen bir alanda çalışmaların yapılması ve **istismar** adını alarak olayın her boyutunun tartışıldığı bir konu haline gelmiştir. İlginçtir ki istismar bir yanda üzerinde yoğun çalışmalar yapılan bir konu iken aynı süreçte dünyanın her tarafında artarak yaşanan bir sorun olmuştur. Bu Türkiye için de geçerli bir durumdur. Türkiye'de de düne göre bugün istismar, farkında olunan ve üzerinde birçok boyutta çalışılan bir konu olmasına karşın istismarın yaşanan olgularla artarak karşımıza çıktığı da göz ardı edilmeyecek bir gerçektir.

Dünyada da istismar çok yoğun yaşanmaktadır. Özellikle dünya genelinde çalışmalar yapan Save the Children örgütünün yayınladığı rapora göre; Avrupa ve Asya kıtalarında dernek merkezlerinin olduğu yerlerde yapılan bir çalışmada 9-17 yaş arası çocuklarda **her 10 çocuğun 6'sının** yanlış bir şey yaptıkları zaman anne-babalarından dayak yediklerini göstermektedir. Amerika'da yapılan bir araştırmada da 3 yaşındaki çocuklarına geçtiğimiz yılda anne-babaların en az bir kere vurdukları ortaya çıkarılmıştır. Ülkemizde bugüne kadar yeterli sayısal verilerin toplanmadığı görülmektedir. Gerek kayıtların yetersizliği gerekse akademik olarak bu tip çalışmaların yapılmamış olması ülkemiz için sağlıklı rakamsal veriler bildirmeyi zorlaştırmaktadır. Türkiye'de 16.000 çocuk üzerinde Bilir ve

arkadaşlarınca yapılan çalışmada bu çocukların istismara uğrama oranları %33 olarak belirtilmiştir. Tokat atma, kulak ve saç çekmenin yanı sıra tebeşir-silgi fırlatma olgularının görülme oranının %25 olması, sopayla dövmenin %14 gibi oranlara varması olayın ne denli ciddi boyutlar taşıdığı delillerini oluşturmaktadır. Tüm dünyadaki çocukların haklarını ortaya koymak ve bunları koruyabilmek için Birleşmiş Milletlerin 1989'da ortaya koymuş olduğu ve dünya ülkelerinin %98'inin imzalamış olduğu Çocuk Hakları Sözleşmesine Türkiye'nin ilk imza koyan ülkelerden birisi olması dikkat çekicidir. Çocuk istismarı ve ihmali konusundaki deneyimlerin çoğu, ana-babalar ve bakıcılar tarafından ortaya konan istismar olaylarıyla ilgilidir. Bununla birlikte, çocuk istismarı ve ihmalinin kapsamlı tanımının, ailede veya toplumda her türlü istismara, ihmale veya çıkar için kullanılmaya maruz kalan çocukları kapsamaması gerektirir.

Tanım: 0-18 yaş grubundaki çocuğun, kendisine bakmakla yükümlü kişi veya kişiler tarafından zarar verici, kaza dışı ve önlenemez bir davranışa maruz kalmasıdır. Çoğu zaman, istismar olayının vuku bulunduğu aileyi izlerken, çocuğun aile içinde yaşadığı uzun vadeli güçlüklerin belirlenen istismar olayından mı, yoksa ailenin yaşam koşullarından mı kaynaklandığı konusunda emin olunamaz. Birçok olayda, bu etkenlerin ikisinin de çocuktaki uzun vadeli sonuçların ortaya çıkmasında rolü vardır. Bir çalışmada, dayak yediği için Kadın Sığınma Evine gelen kadınların da **%92'sinin** çocuklarını dövdüğü bildirilmiştir. Dayak yüzünden tüm yaşamı değişen, travmatize olan kadının çocuğunu dövüyor olması, ilk anda bir çelişki olarak gözüküyorsa da, aslında davranış modelinin benimsendiğini göstermesi açısından teoriye uyan bir eylem olarak dikkati çekmektedir. Yapılan bir çalışmada, 2000 yılından önce 3 yıl içinde İstanbul'daki büyük 6 hastanenin kayıtlarında istismar tanısı almış hiçbir olgunun bulunmadığı görülmektedir. Bu, sonuç olayın bilgisizlikten dolayı atlanmış olabileceğini, bu nedenle başka tanılar almış olduğunu düşündürmektedir. Yapılan bir başka araştırmada toplumumuzda her iki kişiden birinin çocukların dövülmesinden yana olduğu belirtilmiştir. Toplumumuzun %42'si terbiye için çocuğa ceza verilmesi gerektiğini düşünmektedir. Bu cezalar içinde en fazla (%68) "Çocuğa dayak atmak" görülmektedir.

Öğretmenlerin çocuk istismarının nedenlerine ilişkin verdikleri cevaplara göre; eğitim eksikliği (%68), ekonomik yetersizlikler (%62), istismar edenin bireysel özellikleri (%52), geleneksel değer yargıları (%43), toplumdaki sağlık ve sosyal hizmet kurumlarının eksikliği (%6), toplumsal değişme (%5), yasaların eksikliği ve uygulanmaması (%2) oranındadır. Öğretmenlerin hepsi, çocukta görülen davranış ve kişilik bozukluklarının bir istismar belirtisi olduğu üzerinde birleşmişlerdir. Zeytinoğlu ve Kozcu'nun (1990) yaptıkları araştırmada eyleme katılanların özellikleri ile olası tanık olan izleyicilerin tepkileri incelenmiştir. Çocuğun yaşı arttıkça anne-baba tarafından uygulanan fiziksel çocuk istismarının azaldığı belirtilmiştir. 0-3 yaş grubu çocukların %76'sı anneleri tarafından istismar edilmektedir. 16 yaşına

kadar hem anne hem de baba tarafından istismar yoğun iken, 16-18 yaşları arasındaki çocukların daha çok anne-babaları dışındaki kişilerce istismar edildikleri bildirilmiştir. İmzalamış olduğumuz Çocuk Hakları Sözleşmesine göre devlet çocuk istismar ve ihmalinin önlenmesi için öncelikle durum tespiti yapmalı ve ihtiyaçları, sorunları belirlemelidir. Şu anda resmi makamlarca bu yönde yürütülen çalışmalar çok yetersiz düzeydedir. Hastaneler ve adliyelere yansıyan olgulardan da gerçekçi bir sonuç elde etmek de mümkün değildir. Çünkü çoğu kez buradaki kayıtların "kaza sonucu yaralanma veya ölme" şeklinde tutulduğu bilinmektedir. Akademik olarak çalışmaların yetersizliği ve azlığı özellikle konuyla ilgili uzmanların bilgilenmesini olumsuz anlamda çok etkilemektedir. Başta doktorların, hemşirelerin ve sağlık personelinin bilgisizliği hastane ortamına gelen olguların atlanmasına neden olmaktadır. Çocuk uzmanlarının, cerrahların, psikiyatristlerin, adli tıp uzmanlarının, nörolog ve cilt hastalıkları uzmanlarının bilgisiz olması durumunda teşhis koyma ve tedavide yetersiz kalacağı bu olguların karanlıkta kalacağı görülmektedir.

Bir yüksek lisans öğrencisinin 1992 yılında yaptığı tez çalışmasında İstanbul genelindeki en büyük beş hastanenin acil servisine çocuk istismarı tanısı almış **sıfır** (-0-) olgu gelmişti. Dayağın bir eğitim aracı olarak kullanıldığını bildiğimiz toplumumuzda bu durum aslında mümkün değildi. Kuşkular hastaneye gelen istismar sonucu yaralanmış çocukları doktor ve diğer sağlık personelinin fark edemediği yönündeydi. Özellikle cinsel istismarın kayıt-dışı ve gizli kaldığı gözlenmektedir. Aile içinde ortaya çıkan ensest ilişkinin ancak hamilelik veya yıllar sonra ortaya çıkması bu olayların gizli kalmasına ve olaya maruz kalan çocuklara yardım edilememesine neden olmaktadır.

MUAYENE EKİPLERİ OLUŞUMU VE GÖREV TANIMLARI: Çocuk istismarı doğası gereği sadece belli bir grup uzmanın çalışmasından öte grupların bir arada çalışmasını gerektiren multidisipliner bir konudur. Söz konusu disiplinler arasında diyalog ve iletişim olmadığı takdirde çocuk istismarı alanında uygulanması gereken çabalar sonuçsuz kalabilmektedir. Bu bakımdan disiplinler arası iletişim ve işbirliği son önemlidir.

Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı: İstismar olgularında belirtilerden yola çıkarak, istismarın belirlenmesinde, aile içinde kişilik bozukluğu veya mental hastalığı olan varsa onun saptanmasında aile içi ilişkilerin, düzenin belirlenmesinde çocuk psikiyatristine büyük görev düşmektedir. Hukuksal süreçte bilirkişi olarak ve en önemlisi de çocuğun bundan sonraki tedavi ve rehabilitasyonunda aktif görevleri vardır. Çocuk istismarının görüldüğü ailelerin, rehabilitasyon alıp motive edilip edilemeyeceğinin, ailenin değişme, gelişme kapasitesinin belirlenmesinde çocuk psikiyatrisinin önemi büyüktür.

Adli Tıp Uzmanı: Olayın hukuk mekanizmasına yansımada önemli işlev görür. İstismar olgularında çocuğun vücudundaki bulguların eksiksiz ve doğru olarak belirlenmesi ve rapor haline getirilmesi zorunludur. Adli rapor hazırlanmazsa o zaman istismarcının cezalandırılabilmesi mümkün değildir.

Olayın hukuka yansması ve kanıtlanması ancak uzmanın hazırladığı adli raporlarla söz konusu olabilmektedir. Adli rapor, yargının işlemesinde çok önemlidir.

Pediatrist: Çocuk istismarı olgularıyla en sık karşılaşan uzmanlardır. Olgularla hekim olarak direkt ilişkiye girerler. İstismar tanısını koyarak diğer uzmanların olaya müdahalesini ve adli prosedürün hızlı bir şekilde başlamasını sağlamada etkin görevleri vardır.

Ergen ve Erişkin Psikiyatri Uzmanı: İstismara uğrayan çocuk, istismar eden ebeveyn veya istismarcının psikopatolojisini belirlemede önemli görevleri bulunmaktadır. Disiplinler arası iletişim birliği içinde bulunulmalıdır.

Klinik Psikolog: İstismara uğrayan olgularda çeşitli testler ve görüşme tekniklerinin uygulanması, çocuğun bakım ve rehabilitasyonunda önemli görevleri bulunmaktadır.

Çocuk Cerrahisi: Pediatristlerle birlikte bu tür olgularla direkt olarak karşılaşılır. Tanı koyma, cerrahi tedavi ve adli süreçte aktif rolleri vardır.

Jinekolog: Hamilelik süresince hamileliğin nasıl geçirildiği, gerek çocuk gerekse aile sağlığı açısından son derece önemlidir. Hamilelik süresince bebeğini istemeyen, kendisini ihmal eden, yetersiz beslenen, güç doğum yapan, ailesi veya çevresi tarafından desteklenmeyen veya bebeğine bağlanamayan bir kadın ileriki yaşamı için önemli sinyaller vermektedir. İstismarın önlenmesinde ve gerekli önlemlerin alınmasında jinekologlara ve yardımcı sağlık personellerine büyük görevler düşmektedir.

Acil Hekimleri ve Pratisyen Hekimler: Genellikle olguların ilk geldiği yer acil birimler olduğundan olgunun atlanmaması büyük önem taşımaktadır. Olgularla sık karşılaştıklarından hizmet içi eğitimle bu tür olgulara tanı koyduklarında veya kuşkulandıklarında adli süreci başlatmalı ve konu ile ilgili birimlere durumu iletilmelidirler.

Sosyal Hizmet Uzmanı: Sosyal hizmet kuruluşunun ve çalışanlarının çocuk istismarı konusunda en önemli meslek gruplarından birini oluşturdukları görülmektedir. Hem kısa hem de uzun vadede inceleme ve koruma altına aldıkları çocukları topluma kazandırma ve korumada önemli görevleri vardır.

Hemşireler: Çocuk istismarı olgularının muayene, takip ve rehabilitasyon sürecinde yer alırlar.

Hukukçu: Çocukların ihmal ve istismardan korunmaları tıbbi girişim kadar hukuki girişime de gereksinim gösterir. Çocuğu ihmal ve istismar edici davranışların ve sorumluların saptanması, tehlikenin önlenmesi amacıyla çocuğun koruma altına alınması ve tedavisi ile ilgili araştırmaları yapmak ve karar almak görevi adli makamlara aittir. Bu süreçte yargıç, savcı ve avukatlara büyük görevler düşmektedir.

Çocuk Polisi: Alanında eğitilmiş güvenlik görevlilerince olgu ile karşılaştıklarında çocuğun daha fazla travmatize olması önlenerek ilgili klinik birime hızla ulaştırılması, olayın soruşturulması, hukuksal ve tıbbi açıdan büyük önem taşımaktadır.

ÇOCUK KORUMA BİRİMİ-MERKEZİ

Prof. Dr. Gürol Cantürk

Bir istismar olgusu Sosyal Hizmetler Müdürlüğü'ne ve/veya Polise bildirildiği andan itibaren kurumların gerçekleştirmesi gereken incelemeler aile bireyleri, akrabalar, komşular, doktorlar, savcı, polis, sosyal hizmet uzmanları, çocuğun öğretmenleri gibi profesyonel ve profesyonel olmayan bireylerarası son derece geniş bir yelpazede yer alan yoğun görüşmeleri kapsayacaktır. Sosyal Hizmetler Müdürlüğü (SHMd) "Çocuk örselenmiştir ve korunmalıdır" kararını verdikten sonra da sosyal ve tıbbi açıdan izlem ve yargılama süreçleri başlayacaktır. Bu süreç daha da yoğun iletişimleri beraberinde getirecektir. Ülkemizin bürokrasiye ve yazışmalar temelinde iletişime dayanan sistemi içinde idealde beklenen bu basamakların çoğu ne yazık ki atlanmaktadır.

İdeal koşullarda her büyük ilimizde her tam kuruluşlu hastanede bir çocuk koruma ekibinin kurulması beklenir. Bir il merkezinde kurulan tüm ekiplerin de ildeki bölgesel çocuk koruma kurumlarıyla yoğun kurumlar arası iletişime dayalı çok disiplinli bir çalışma tarzı idealde ulaşılması gereken noktadır. Oysa özellikle cinsel istismar olgularında bu iletişim ve organizasyon eksikliği hasta yönetimini daha da bozmaktadır. Bu nedenle çocuk cinsel istismar bildiriminden aylar sonra adli tıp muayenesinden geçebilmektedir. Elbette bu kadar aradan sonra akut bulgu oluşmuş bile olsa tümü kaybolup istismar edilen çocuklara "İstismar saptanmamıştır" raporu verilebilmektedir. Kurumlar arası bu iletişim eksikliğinde rol oynayan etmenler şöyle özetlenebilir:

- İnsan kaynakları sınırlılığı,
- Profesyonel eğitim eksikliği,
- Duyarlılık eksikliği,
- Çalışma kültürünün çağdaş verimlilik anlayışından uzak oluşu ve
- Verimlilik esasına dayalı organizasyon

eksikliği gibi nedenlerle çocuk istismarı ile uğraşan kurumlar idealde yapmaları gereken pek çok görevi yerine getirememektedir. Kurumlar arası iletişimin en zayıf olduğu alan da yasal kurumlar ile tedavi kurumları arasındaki iletişimdir. İnsan gücü açısından en zayıf olan alan ise, ne yazık ki öncelikleri gerilere atılmış olan sosyal hizmetler alanıdır. Çocuk istismarında tanı, izlem ve önleme çalışmalarının kalbi sosyal hizmetler olduğuna göre sistemin bütüncül olarak sosyal hizmetlere bakış açısı değiştirilmeli ve böylece sosyal hizmetleri geliştirecek gerekli kaynaklar bütçeye konulmalıdır. Böylece insan kaynakları arttırılabilir, profesyonel eğitim düzeyi arttırılabilir ve gerekli diğer hizmetler üretilebilir. Uzun

vadede bunlar hedeflenirken insan gücünü verimli kullanacak ve mevcut iletişim sistemini de pasif olarak değiştirecek model geliştirilmelidir. Batıda "Child Advocacy Center" olarak bilinen Çocuk Koruma Merkezi (ÇKM) modeli Türkiye'de sistemin işlemeyen pek çok yönünü kişilerin niyetine yer vermeyecek biçimde değiştirip geliştirecek bir modeldir. ÇKM fiziksel çatısı altında tıp, hukuk, sosyal hizmetler ve ruh sağlığı disiplinlerini bir araya getiren bir modeldir. Bu fiziksel yapı, bir hastane içinde, hastane kampüsünde, ya da bir tam kuruluşlu hastane yakınında bir binada kurulabilir. Örneğin Ankara'da 7 tam teşekküllü hastane, kenti üç doğal coğrafi bölgeye ayırmaktadır.

İzmir'de de çocuk hastalıkları hizmetlerini içeren dört büyük hastane kenti üç coğrafi alana bölecek biçimde yerleşmiş durumdadırlar. İdeal koşullarda ve uzun vadede her iki ilde de bu üç coğrafi bölgeye hizmet sunacak tarzda üç ayrı ÇKM kurulup belli hastanelerin olgularını belli bir merkeze aktarmaları sağlanabilir. Böylece her merkez kendisine bağlı hastane ya da hastanelerinin çocuk koruma ekipleri elemanlarını SHMd, Emniyet ve Savcılık işbirliği ile çalıştırabilir. İşbirliği yapması zorunlu olan bu kurumları fiziksel olarak bir araya getirerek kurumların çocuk istismarı ile ilgili bölümlerinin çalışma yükünü azaltırken iş verimini arttırır. Böylece kurumların tek tek iş yükünü arttırmadan iş verimliliğini ve hem çocuğa hem de aileye yararını arttırır.

Fiziksel yapı: Kurum temsilcilerinin bir araya gelip yakın temasta çalışabileceği bir binanın belirlenmesi önemlidir. Türkiye'de üniversiteler tarihsel olarak çeşitli disiplinler arası örgütlenmeler için böylesi bina sağlama yoluna gitmişlerdir. Ayrıca belediyeler, vilayet ya da hayırsever vatandaşlar da bina sağlamada yardımcı olabilirler. En son örneği Aydın Çocuk ve Gençlik Merkezi'nde görüldüğü gibi uluslararası burs kaynaklarına başvurarak da bina için fon elde edilebilir. ÇKM'ini hastane kam püsünde kurmak beraberinde bazı kolaylıkları getirecektir. Hastane ortamı aileler için en sıcak ortamdır (karakol, mahkeme binası, SH binasına göre). Dolayısıyla aileler hastane kam püsündeki bir ÇKM'ye daha istekli ve "Bize yardım edilecek" duygusuyla geleceklerdir. Ayrıca acil girişim ya da laboratuvar çalışmaları gerektirecek olgular için hastanenin tıbbi ve laboratuvar olanaklarının hemen el altında olması da tıbbi desteği hızlandıracaktır. Ancak bu seçenek kullanılacaksa, ÇKM hastane polikliniklerinin içinde değil, kampus içinde ancak kalabalıklardan uzak bir fiziksel yapının içinde kurulmalıdır. Fiziksel binanın minimum oda sayısı su gereksinimleri karşılayacak biçimde belirlenmelidir. Tam kuruluşlu bir ÇKM'de minimum 6, tercihen 10 ayrı fonksiyona adanmış oda bulunmalıdır.

1) Bekleme odası: Eğer bu oda yeterince büyük ise, sekreter/hemşire karşılama masası/kayıt odası ve oyun köşesi de bekleme odasının içinde olabilir. Ancak tercihan bölmelerle 2) hasta karşılama/kayıt bölümünü beklemekte olan hastalardan ayırmakta yarar vardır. Böylece hasta gizliliğine saygı da maksimum ölçüde korunmuş olur. Eğer mekan yeterince büyükse ayrı bir 3) çocuk odası ya da oyun odası da tercih edilmelidir. Görüşme Odaları: 4) Bir oda aile ile görüşme odası olarak belirlenmelidir. Bu oda son değerlendirmeler bittikten sonra aile ve uzmanların son toplantıyı yapacakları oda olacağı için en az 6-7 kişinin kullanabileceği genişlikte olmalıdır. 5) Çocukla görüşme odası değişik biçimlerde düzenlenebilir. Odanın huzurlu, rahatlatıcı bir ortam yaratması, çocuğun dikkatini dağıtacak unsurlardan arınmış olması daha uygundur. Fizik inceleme odası: 6) Doktor odası olarak da kullanılacak fizik inceleme odasında obstetrik incelemeye izin verecek bir masa yanı sıra, kolposkop bulunması tercih edilir. Ancak kolposkop sağlanamaması durumunda bir ışık kaynağı yardımıyla da yeterince ayrıntılı genital inceleme yapılabilir. Bu odada gerekli genital/anal/oral kültürleri almaya izin veren materyal, bu materyali korumak için küçük bir buzdolabı, ve kanıt toplama kutuları bulunmalıdır. Çocuk dostu ortam: Çeşitli tekniklerle merkez çocuk dostu bir görünüme getirilebilir. Bekleme odasının çocuk köşesine bir panoya merkeze gelen çocukların yaptıkları resimler aşılabileceği gibi, duvarlara çocukların el izlerinden baskı yapılarak her çocuğun kimliği açıklanmadan merkeze bir iz bırakması sağlanabilir. Merkezde 7) Tıbbi personel, 8) SHMd temsilcisi sosyal hizmet uzmanı (SHU), 9) Emniyet temsilcisi polis memuru, ve merkezde görevli 10) Savcı için de ayrı çalışma odaları bulunmalıdır. Örgütlenme: Bir ÇKM'de en az dört kurumun temsilcilerinin tam zamanlı ortaklaşa hizmet vermesi sağlanmalıdır.

Bu kurumlar Emniyet, Savcılık, SHMd, ve hastane Çocuk Koruma Ekipleridir. ÇKM bir anlamda bu kurumların "Çocuk Koruma" ya da Çocuk İstismarı" şubelerinin kurum dışı ama kurumla da ilintili uzantısı olarak rol oynamalıdır. Çalışma protokolü: ÇKM bazında kuracakları çalışma sistemi üzerine bir protokol geliştirmelidirler. Bu protokolda 24 saat/7 gün hizmet verecek şekilde mesai saatleri içinde ve dışındaki hizmetlerin nasıl yürütüleceği nöbet sistemi çerçevesinde belirlenmelidir. Görev alanlarının belirlenmesi: Hastane multidisipliner ekip (MDE) üyeleri önce tanı koyma basamağında (pediyatrist, adli tip uzmanı, radyolog, beyin cerrahi vs) ve daha sonra da tedavi basamağında (çocuk psikiyatristi, psikolog, erişkin psikiyatristi) yer alacaklardır. Sosyal hizmet uzmanı merkeze gelen olguların ve ailelerinin psikososyal değerlendirmesini merkezde başlatacaklar, eğer polisin müdahale etmesi gereken bir durum söz

konuysa hiç gecikme olmaksızın polis araştırması da başlayacaktır. Bölgesel organizasyon: Başlangıçta tüm ekipler ve kurumlar bir örnek ÇKM kuruluşu için ortaklaşa çaba gösterebilirler. Tüm Ankara hastanelerinin MDE üyeleri de bu bir ÇKM'yi tıbben destekleyebilirler. ÇKM için beş meslek grubundan (tanı koyucu hekimler, SHMd, polis, savcılık, tedavi edici hekimler) elemanlar için çalışma çizelgeleri geliştirilmelidir. Olgu akışı ve yönetimi: Mesai saatleri içinde olgular hastane kanalıyla, polis ya da SHMd kanalıyla, ya da 24 saat hizmet veren Alo-Çocuk tarzı bir acil telefon hattı kanalıyla ÇKM'ye gelebilirler. Olgu hangi kanaldan sisteme giriş yaparsa yapsın, acil müdahale ya da hastaneye yatış gerektiren bir durumu yoksa, direk olarak ÇKM'ye yönlendirilip tüm değerlendirilmesi ÇKM'de yapılmalıdır. Gelen her olgu/aile başvuru gününde hekim, SHU ve gerekirse polisle görüşmesini tamamlayabilmelidir.

Mesai saatleri dışında gelen acil olmayan olgu/aileler ertesi günü ÇKM'de değerlendirilebilir (eğer geri dönecekleri kesin ise). Acil olan olgular ya da ertesi günü ÇKM'ye dönmesi kuşkulu olgular ise başvuru anında nöbetçi ÇKM ekibinin ya hastane acil servisine ya da ÇKM'ye gelmesi ile ÇKM'de değerlendirilmelidir. Disiplinlerarası eğitim ve iletişim düzeyinin yükselmesi: ÇKM bünyesinde klinik pratik içerisinde disiplinler arası çapraz eğitim gününbirlik gerçekleşecektir. İletişim ise aradaki tüm engeller kalkacağı için yine günlük pratiğin parçası olarak doğal ve gecikmesiz olarak gerçekleşecektir. Ek kazanımlar: Tıp, SHMd, emniyet ve savcılık hizmetlerini bünyesinde taşıyan ÇKM'ler mahkemelerin tek muhatabı haline geldiğinde hem yetkin bilirkişilik yerleşir, hem hakimlerin eğitimi de en kısa zamanda hizmet içinde sağlanır. Ancak günümüz koşullarında Adli Tıp Kurumu yasal sistemimizin en yerleşik kurumlarından biri olduğu için Adli Tıp Kurumu da kollaborasyonun içine alınmalıdır.

Çocuk Koruma Merkezi modeliyle multidisipliner temelde yürütülmesi gereken çocuk istismarı olgularına uygun hizmetin verilebilmesi için gereken disiplinler arası yaklaşım ve iletişim artar. Defalarca yapılacak görüşme ve muayenelerle travmatize olan çocuğun ve ailenin korunması en az düzeyde travmatize olması sağlanmış olur. Çocuk istismarı olgularında yasal destek ve düzenlemelerle "Çocuk Koruma Merkezi" modeli Çocuk istismarı ve ihmali konusunda tanı, tedavi ve yasal girişimler açısından en uygun yapılanmadır.

DUYGUSAL İSTİSMAR

Prof. Dr. Gürol CANTÜRK

Çocuk İstismarı Tipleri Fiziksel istismar Cinsel istismar Duygusal istismar İhmal

DUYGUSAL İSTİSMAR Çocuk ve gençlerin kendilerini etkileyen tutum ve davranışlara maruz kalarak veya gereksindikleri ilgi, sevgi ve bakımdan mahrum bırakılarak toplumsal ve bilimsel standartlara göre **psikolojik hasara uğratılmaları** durumudur. Çocuğun duygusal dışavurumu ve gereksinimlerine ana/baba ve/veya bakım verenler tarafından sürekli olarak, tekrarlayıcı ve uygunsuz bir biçimde karşılık verme ve tepki göstermedir. Çocuğa yönelik yapılan (ör: aşağılama) veya yapılması ihmal edilen (ör: görmezden gelme) toplumsal ve bilimsel ölçütlere göre psikolojik açıdan zarar verici oldukları saptanan davranışlardır.

Bu davranışlar, yaş, statü ve bilgi ve pozisyon gibi özellikleri ile çocuk veya gencin üzerinde güç sahibi olan kişi ya da kişiler tarafından gerçekleştirilir. Duygusal istismar; Çocuk üstünde sürekli duygusal baskı (korku, aşağılanma, sıkıntı ve ümitsizlik) yaratır, onun olağan, uyumlu ve sağlıklı duygusal dışavurumunu engelleyicidir. Çocuğun duygularını düzenlemesini, denetlemesini ve rahatça ifade etmesini kitleyerek duygusal gelişimini sekteye uğratır. Zaman içinde duyguların algılanması ve anlaşılması süreci bozulmaya eğilimlidir, özellikle öğrenme, dikkat ve sosyal gelişim sürecinde aksaklıklar kalıcı olabilir. İstismar eden kişi çocuğu izole edebilir, korkutabilir, hakaret edebilir, sürekli azarlayabilir.

Duygusal istismar özellikle sözel saldırıyı içerir (küçük düşürme, bağırma, tehdit etme, suçlama, aşağılama). Yanı sıra beklenmedik tepkiler gösterme, çocuğa karşı sürekli bir olumsuz tutum içinde olma ve çift mesaj içeren iletişimde bulunma da sayılabilir. Bazı yazarlar "psikolojik" ya da "duygusal istismar" yerine "sözel istismar tanımının, bakım verenin patolojik davranışını daha iyi tanımladığını ifade ederler. Duygusal istismar, fiziksel istismar olgularının bir çoğuna eşlik eder, bunun yanı sıra diğer istismar durumlarından bağımsız, tek başına da görülebilir. Duygusal istismar, çocuk ve ergenlerin **en sık** yaşadığı istismar şekli olarak ifade edilmektedir. Ne yazık ki bu istismar biçimi çok yakın zamana kadar araştırma konusu olarak değerlendirilememiştir, çünkü fiziksel istismardan daha az zarar verici olduğu düşünülmüştür. Travmanın fiziksel bulgularıyla karşılaştırıldığında oluşan zararın ölçülerek değerlendirilmesi oldukça zordur.

İçe dönük (ör:depresyon gibi) ve dışa dönük (ör:davranım bozuklukları ve saldırgan davranışlar gibi) davranış sorunları, sosyal bozulma, düşük

benlik algısı, intihar girişimi, psikiyatrik tanı ve hastane yatışları gibi bir çok problem alanında fiziksel istismara göre daha güçlü bir belirleyicidir. Tanımlanan durumların yanı sıra duygusal istismar, çocukların fiziksel ve zihinsel gelişimini de olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bu çocuklarda normal zihinsel kapasite olmasına rağmen, öğrenme güçlüğü ve dikkat dağınıklığı gibi sorunlar görülmektedir. Dolayısıyla duygusal istismar çocuğun hem kişiliğini hem de başarısını olumsuz yönde etkilemektedir.

Hemen hemen her fiziksel istismara eşlik eden duygusal istismar, fiziksel belirtiler iyileştikten sonra dahi, uzun dönem etkilerini sürdürür.

Çocuğun bağlanma sürecini ve duygusal gelişimini olumsuz etkiler.

Çocuğun veya gencin uygun duygusal cevaplar oluşturabilme kapasitesini bozabilir ve hayat boyu süren duygusal problemlerin oluşumuna yol açabilir.

Ana/baba ve hareket odaklı kategorik sınıflandırma

Reddedici (rejecting) tavır

Tecrit edici (isolating) tavır

Yıldırıcı (terrorizing) tavırlar

Aldırmaz önem vermez (ignoring) tavırlar

Çocuğun sosyal bütünlüğünü bozucu (corrupting) tavırlar

Sözel olarak saldırgan (verbally assaulting) tavırlar

Yetişkinleştirici (overpressuring) tavırlar

Reddedici (rejecting) tavır: Erişkin çocuğun değerli olduğu düşüncesini ve gereksinimleri olabileceğini kabul etmeyen davranışlar sergiler. Örneğin; çocuğa bir kayıp ya da hata olduğunun söylenmesi, ona ihtiyacı olan duygusal yakınlığın gösterilmemesi veya çocuğun başarılarının göz ardı edilmesidir.

Tecrit edici (isolating) tavır: Erişkin çocuğu normal sosyal deneyim ve etkileşimden uzak tutar, arkadaş çevresinin oluşmasını engeller ve çocuğu dünyada tek ve yalnız olduğuna inandırır. Yaşlıları ile normal ilişkisine izin vermeme, aile sosyal yaşantısına katılmasını engelleme, onu odaya, bodruma veya çatıya kapatma tecrit edici davranışlar arasında sayılır.

Yıldırıcı (terrorizing) tavırlar: Erişkin çocuğa sözel saldırıda bulunur, korku ortamı yaratır, onu sindirerek dünyanın zor ve tehdit edici olduğu imajını yaratır. Örneğin: Silah, bıçak veya kırbaç/kemer ile çocuğun gözünü korkutmak gibi. Ana/babalardan birinin diğerine tacizde bulunması ve bu durumun çocuğun gözünün önünde yaşanması, onun duygusal gelişiminde çok olumsuz etkiler yaratmakla birlikte duygusal istismar kapsamı dışında değerlendirilmelidir. Çünkü duygusal istismar tanımında asıl belirleyici olan, direkt olarak çocuğa yönelik tutumdur.

Aldırmaz önem vermez (ignoring) tavırlar: Erişkin çocuğun temel uyarıcı ve karşılıklı ilişki kurma gereksinimini göz ardı eder. Duygusal ve

entelektüel gelişimini ketler. Çocuğa uygun çevresel uyaranlar eşliğinde ilişki kurmama, ona adıyla hitap etmeme ve duygusal yakınlık göstermeme örnekler arasındadır.

Çocuğun sosyal bütünlüğünü bozucu (corrupting) tavırlar: erişkin çocuğu sosyal davranışlardan uzaklaştırıp, anti-sosyal, yıkıcı davranışlar içinde bulunmasına teşvik eder, suça yönlendirir, sapkın davranışları destekler ve çocuğun normal etkileşim kurabilmesini olanaksız kılar. Anti-sosyal ve cinsel açıdan kışkırtıcı davranışların öğretilmesi örnekler arasında sayılabilir.

Sözel olarak saldırgan (verbally assaulting) tavırlar: Erişkin çocuğa sürekli aşağılayıcı adlar takarak, hakaret ederek ve küçük düşürerek çocuğun benlik saygısının alaşağı edilmesine neden olur. Çocuğa değersiz olduğunun açıkça söylenmesi ya da küçük düşürücü lakaplar takılması örneklerdendir.

Yetişkinleştirici (overpressuring) tavırlar: Erişkin çocuğun akademik, fiziksel ve sosyal becerilerinde çok hızlı ilerleyip çabuk büyümesini ve bir an önce başarı elde etmesini ister. Bu yaklaşım biçimi, çocuğa hiçbir zaman yeteri kadar iyi olmadığı duygusunu yaşatır. Örnek olarak, çocuğun yaşından beklenen davranışlarını eleştirmek ve yetersizliği konusunda cezalandırmak, kendisine göre daha ileri düzeyde olan çocuklarla karşılaştırarak, onu bir yarış ortamına itip, "beceriksiz ve yetersiz" olarak tanımlamak gibi.

Duygusal istismara neden olan davranışlar, yakın çevrede bulunan ilişkili erişkinlerce

reddetme,

aşağılama,

yalnız bırakma,

yalıtma,

ayırma,

korkutma,

yıldırma, tehdit etme,

suça yöneltme,

duygusal bakımdan gereksinimlerin karşılanmaması,

sık eleştirme,

yaşının üstünde sorumluluklar bekleme,

kardeşler arasında ayırım yapma,

değer vermeme,

önemsememe,

küçük düşürme,

alaylı konuşma,

lakap takma,

aşırı baskı ve otorite kurma
gibi çeşitlilik göstermektedir.

Duygusal İstismar Tanımlanması **en zor** istismar türüdür. Sıklık?

Dİ, çocuk ve ergenlerin en sık yaşadığı istismar şekli olarak ifade edilmektedir. Travmanın fiziksel bulgularıyla karşılaştırıldığında, oluşan zararın ölçülerek değerlendirilmesi oldukça zordur.

Duygusal istismar fiziksel istismar olgularının birçoğuna eşlik eder, bunun yanı sıra diğer istismar durumlarından bağımsız, tek başına da görülebilir.

Çocuk hakkında alınabilecek koruma önlemleri şunlardır:

1. Veliye, vasiye veya bakıp gözetmeyi üzerine alan bir akrabaya teslim.
2. Bakıp gözetmeyi üzerine alan bir ailenin yanına yerleştirme,
3. Bu amaçla kurulmuş çocuk bakım ve yetiştirme yurtlarına vb. resmi yahut özel kurumlara yerleştirme,
4. Genel ve katma bütçeli daireler, mahalli idareler, bankalar, iktisadi devlet teşekkülleri ve bunların ortaklıkları tarafından kurulmuş fabrika, müessese veya ziraat işletmeleri vb. teşekküllerle işyerlerine yahut meslek sahibi bir ustanın yanına yerleştirme,
5. Resmi veya özel bir hastaneye veya tedavi evine yahut eğitimi güç çocuklara mahsus kurumlara yerleştirme yapılabilir.

CEZA MUHALEMESİ KANUNU

Madde 236 – (1) Mağdurun tanık olarak dinlenmesi halinde, yemin hariç, tanıklığa ilişkin hükümler uygulanır. (2) İşlenen suçun etkisiyle psikolojisi bozulmuş çocuk veya mağdur, bu suça ilişkin soruşturma veya kovuşturmada tanık olarak bir defa dinlenebilir. Maddî gerçeğin ortaya çıkarılması açısından zorunluluk arz eden haller saklıdır. (3) Mağdur çocukların veya işlenen suçun etkisiyle psikolojisi bozulmuş olan diğer mağdurun tanık olarak dinlenmesi sırasında psikoloji, psikiyatri, tıp veya eğitim alanında uzman bir kişi bulundurulur. Bunlar hakkında bilirkişilere ilişkin hükümler uygulanır.

Madde 234 – (2) Mağdur, on sekiz yaşını doldurmamış, sağır veya dilsiz ya da meramını ifade edemeyecek derecede malûl olur ve bir vekili de bulunmazsa, istemi aranmaksızın bir vekil görevlendirilir. (3) Bu haklar, suçun mağdurları ile şikâyetçiye anlatılıp açıklanır ve bu husus tutanağa yazılır.

Madde 239 – (1) **(Değişik: 24/7/2008-5793/41 md.)** Mağdur veya suçtan zarar gören davaya katıldığında, cinsel saldırı suçu ile alt sınırı beş yıldan fazla hapis cezasını gerektiren suçlarda, baro tarafından kendisine avukat görevlendirilmesini isteyebilir. (2) Mağdur veya suçtan zarar görenin çocuk, sağır ve dilsiz veya kendisini savunamayacak derecede akıl hastası olması halinde avukat görevlendirilmesi için istem aranmaz.

TÜRK CEZA KANUNU KÖTÜ MUAMELE Madde 232 - (1) Aynı konutta birlikte yaşadığı kişilerden birine karşı kötü muamelede bulunan kimse, iki aydan bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. (2) İdaresi altında bulunan veya büyötmek, okutmak, bakmak, muhafaza etmek veya bir meslek veya sanat öğretmekle yükümlü olduğu kişi üzerinde, sahibi bulunduğu terbiye hakkından doğan disiplin yetkisini kötüye kullanan kişiye, bir yıla kadar hapis cezası verilir.

AİLE HUKUKUNDAN KAYNAKLANAN YÜKÜMLÜLÜĞÜN İHLÂLİ

Madde 233 - (1) Aile hukukundan doğan bakım, eğitim veya destek olma yükümlülüğünü yerine getirmeyen kişi, şikâyet üzerine, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. (3) Velâyet hakları kaldırılmış olsa da, itiyadî sarhoşluk, uyuşturucu veya uyarıcı maddelerin kullanılması ya da onur kırıcı tavır ve hareketlerin sonucu maddî ve manevî özen noksanlığı nedeniyle çocuklarının ahlâk, güvenlik ve sağlığını ağır şekilde tehlikeye sokan ana veya baba, üç aydan bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

Sağlık mesleği mensuplarının suçu bildirmemesi MADDE 280. - (1)

Görevini yaptığı sırada bir suçun işlendiği yönünde bir belirti ile karşılaşmasına rağmen, durumu yetkili makamlara bildirmeyen veya bu hususta gecikme gösteren sağlık mesleği mensubu, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. (2) Sağlık mesleği mensubu deyiminden tabip, dış tabibi, eczacı, ebe, hemşire ve sağlık hizmeti veren diğer kişiler anlaşılır.

Ankara Çocuk Koruma Birimi (AÇOK) Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Çocuk Psikiyatrisi Adli Tıp Halk Sağlığı Acil Tıp Çocuk Cerrahisi

GÖRÜŞME TEKNİKLERİ

Görüşme öncesinde;

Görüşme ortamınızı düzenleyin (Çocuk dostu görüşme ortamı)

Kayıt materyalinizi kontrol edin.

Görüşme sırasında;

Görüşmeci sayısına dikkat edin.

Çocukla tanışın.

Aydınlatıcı bilgi verin.

Alternatif iletişim yollarından yararlanın (resim, yazı vb.).

Uzun cümlelerden, tekrarlayıcı sorulardan ve yönlendirmeden kaçının.

Görüşme sırasında;

Çocuğun ifadesini tekrar ederek onaylayın ve onun ifadelerini takip edin.

Gerçeği duyma ihtiyacınızı belirtin.

Doğal anlatımına müdahale etmeyin.

Tutarsızlık hissederseniz anlamaya yönelik sorular sorun.

Görüşmeyi sonlandırın.

Görüşme sonrasında;

Çocuğa nerede ve ne kadar bekleyeceğini söyleyin.
Bundan sonra ne yapacağınızla ilgili bilgi verin.
Aileden mümkünse ayrı bir görüşmede bilgi alın.

FİZİKSEL İSTİSMAR

Prof. Dr. Gürol CANTÜRK

Tanım 0-18 yaş grubundaki çocuğun, kendisine bakmakla yükümlü kişi veya kişiler tarafından zarar verici kaza dışı ve önlenebilir bir davranışa maruz kalmasıdır.

Bunun çocuğun fiziksel, psikososyal gelişimini engelleyen, gerçekleştiği toplumun kültür değerleri dışında kalan ve uzmanı tarafından da istismar olarak kabul edilen bir davranış olması gerekmektedir.

Çocuk İstismarı Tipleri: Fiziksel istismar, Cinsel istismar, Duygusal istismar,İhmal

İstismar değişik disiplinler içerisinde değerlendirilen multidisipliner çalışılan bir konudur.

Fiziksel İstismar: Çocukların onlara bakmakla yükümlü olan kişilerin elinde fiziksel açıdan zarar görmesi, bedensel bütünlüğünün bozulmasıdır.

Fiziksel istismar, çocuklarda kaza sonucu oluşmamış yaralanmalardır. Yaralanmalar çocuğun yaşamını tehdit edebilir, ölümcül sonuçlara neden olabilir. Fiziksel istismar aletli ve aletsiz olarak yaralanmalara neden olabilir. Fiziksel istismar uygulama şekilleri Aletsiz Saldırılar:Tokat, yumruk, itip-kakma, tekme, sarsma ve çimdikleme...

Aletli Saldırılar:Kemer, kayış, herhangi bir ev eşyası (telefon, tava, v.b.), hortum, sigara, ütü, sıcak su ve sıcak yiyecekler...

SIKLIK Türkiye’de yapılmış en geniş çaplı araştırma, 1981-1991 yılları arasında 8 ilde 4-12 yaş grupları arasında fiziksel ve duygusal istismar bulgularını belirlemek için yapılmış ve istismarın en sık 4-6 yaş arasında olduğu belirlenmiştir. İzmir’de 1991 yılında yapılmış olan çalışmada da erkek çocukların kızlara göre daha fazla örselendiği ve fiziksel istismarın da en çok elle vurma ile oluştuğu bildirilmiştir. ABD’de her yıl yaklaşık 1 milyon çocuğun istismar nedeniyle hastanelere başvurduğu bildirilmiştir.

YARALAR Bir takım araçlarla vücutta meydana getirilen ve vücudun bütünlüğünü bozan lezyonlara yara denir. Yaralanmaya neden olan etkenler; Fiziksel (termal, elektrik, radyasyon), Kimyasal (koroziv, toksik maddeler), Mekanik (ezici, kesici cisim, patlayıcı), Biyolojik (hayvan ısırıkları, mikroorganizma) olabilir.

Yarayı Oluşturan Etkenler Yarayı oluşturan etken, vücudun belirli bölgesine isabet eden sopa, yumruk, bıçak, taş, keser, mermi çekirdeği gibi cisim veya aletler olabildiği gibi trafik kazası ve yüksekten düşme olayları da olabilir. Ayrıca, patlayıcı maddeler, ısı, elektrik akımı, soğuğa maruz

kalma, yakıcı, aşındırıcı kimyasal maddeler, radyasyon ve lazer de dokularda hasara neden olabilir.

Yara Özellikleri Çeşitli nitelikteki travma, cisim veya aletle meydana gelen yaraların özellikleri birbirinden farklılıklar gösterir. Bir yaranın ne tür bir cisim veya aletle meydana geldiğini belirleyebilmek için farklı türdeki cisim veya aletlerin meydana getirdiği yaraların özellikleri bilinmelidir.

Aletlerle Meydana Gelen Yaralar

1. Ezici Alet Yaraları
2. Kesici Alet Yaraları
3. Kesici-Delici Alet Yaraları
4. Kesici-Ezici Alet Yaraları
5. Delici Alet Yaraları
6. Ateşli Silah Yaraları

Künt Cisim Yaraları: El, ayak, tekme, yumruk, kafa atılması, sopa, cop, taş, demir, diz, dirsek, diş, çekiç, demir çubuk, odun, sandalye, dipçik, muşta, keser sırtı, tokmak, tabanca kabzası, duvar, toprak, araba ve vagon gibi pek çok cisim veya aletle künt travmatik yara ya da ezici alet yarası meydana gelebilir. Künt travma sonucu meydana gelen yaralar; düzensiz, yara dudakları tırtıklı, girintili, çıkıntılı, yara çevresinde ya da zemininde dar veya geniş sıyrıklı ekimoz veya hematoma bulunan, yara içinde kopmadan kalmış doku, damar ve sinir liflerinden ibaret köprüler bulunan özelliktedir.

Lezyonlar: Bu yöntemlerle bir çocuğa uygulanan fiziksel istismarın vücut üzerindeki temel bulguları sıyrıklar, ekimozlar ve kırıklar ile iç organ yaralanmalarıdır. Ancak bu bulguların yerleri ile oluşum zamanları olayın gerçek bir kaza yaralanması olup olmadığını belirleyecek en önemli ipuçlarıdır.

Fiziksel istismar öykülerinde sık rastlanılan ortak özellikler:

Tedaviye başvurmada izah edilemeyen gecikmeler,
İlk gelişte verilen öykünün sonradan değiştirilmesi,
Tek tek verilen ebeveyn öykülerindeki farklılık ya da aynılık
Çocuğun yaş ve gelişme durumu ile uyumsuz öyküsü,
Çocuğun kardeşinin suçlandığı yaralanmalar,
Ebeveynde veya bakıcılarda düşmanca davranışlar.

CİLT YARALANMALARI İnsan ısırıkları Sıyrıklar Düşmeler Ekimoz Yanıklar
GÖZ LEZYONLARI

İÇ ORGAN YARALANMALARI

İSKELET SİSTEMİ LEZYONLARI Kafatası kırıkları Ekstremiteler (kollar-bacaklar) kırıkları

En yaygın rastlandığı düşünülen ve belirlenmesi en kolay olan istismar tipidir. Çocuklar genellikle önlerinde olan şeyleri merak ederler ve öne

doğru hareket ederler. Yaralanan spesifik b6lgeler; alın burun, çene, bilek, dirsekler ve deri ile kemiğin yakın temasta olduğu b6lgelerdir.

Kalçalar, genital b6lge, karın, vücutun arka ve yan b6lgeleri, 6zellikle de yüzün yan kısımları sıklıkla istismarı d6şündürür.

Kol ve bacak çevresinde; Erişkinin çocuğu çok sıkı tutması sonucu ortaya çıkar. En sık bilek ve 6n kol, uyluk ve ayak bilekleri çevresinde yerleşiktir.

Kalalarda; Tokat atma, kayışla d6vme sonucu oluşabilir.

Yüzde; Tokat atmaya bağlı yanaklarda ve g6z çevresinde, zorla yemek yedirmeye bağlı ağız çevresinde, kulak çekmeye bağlı kulak kepçesinde olabilir. Sağlı derideki lezyonlar da dikkatle incelenmelidir.

Diğer b6lgelerde; Erişkin parmaklarının basısı sonucu g6đüs, karın ve boyun b6lgesinde lezyonlar olabilir.

SIYRIK-ABRAZYON Sıyrık (Erozyon, Abrazyon): Travma sonucu g6r6len en hafif lezyondur. Genellikle k6nt cisimlerin cilde s6rt6nme tarzındaki etkileri sonucu oluşur.

Ekimoz

a) Kırmızı b) Mor c) Menekşe d) Lacivert e) Fıstıki yeşil f) Sarı g) Saman sarısı,

Bir ekimoz ortalama olarak 12-21 g6n içinde kırmızı renkten başlayarak mor, lacivert, yeşil, sarı renklerde g6r6ld6kten sonra kaybolur.

Ray Şeklinde Ekimoz Sopa, cop, oklava

Isırık izlerinde ocuk ile erişkin arasındaki farkı diş genişliği ve aralarındaki mesafe ile saptamak m6mk6nd6r.

YANIKLAR İstismar amaçlı yanıklar en sık 3 ve daha b6y6k yaşlarda, kaza k6kenliler ise 2 yaşına kadar g6r6l6r. Haşlanmalar, Temas yanıkları, S6rt6nme yanıkları,

FİZİKSEL İSTİSMAR SONUCU 6L6M: En yaygın 6l6m nedeni kafa travmasıdır. Çocukluk ağı travmalarında, erişkinlere g6re daha fazla beyin 6demi biçiminde beyin hasarının olduğu g6r6l6r. İskelet sistemine ilişkin travma bulguları g6r6nt6leme y6ntemleri ile incelenmelidir.

Kafatası kırıkları; Kafa travmaları darbe, açık yaralanmalar, şiddetli sarsma ve ihmal sonucu ortaya çıkar. Kafatasında kırık ve subdural kanamalar birlikte ise istismardan şüphelenilmelidir.

İskelet Sistemi Bulguları En sık g6r6len oksipital kırıktır. Ancak bazen bunu kaza ile ayırmak zordur. Çocukların kafatası erişkine g6re esnektir. Aynı zamanda kemik yapı incedir. Elastikiyetinden dolayı kırılması için daha fazla bir kuvvete ihtiyaç vardır. Çocuğun bir yere atılması ya da kafasının tepesine vurulmasıyla frontoparietal s6t6rde giden yatay kırık hattı oluşur.

EKSTREMİTE KIRIKLARI Kırıklar, periostal lezyonların oluşumu nedeniyle b6y6yen kemiklerin metafiz ve epifizlerinin çevresinde yaygındır.

Çoğu zaman çekme, bükme ve anormal açılanma sonucu dolaylı olarak oluşur. Nadiren de doğrudan travma sonucu oluşur. Bebeklerde subperiostal kanamalar kabarık bir görünüm veren tipik bulguları oluşturur. Bir kırık saptandığında mutlaka diğer kemiklerde taranmalıdır. İstismar varlığında değişik yaşlarda kırıklar saptanabilir. Yeni kemik oluşumu için en az 10 gün geçmelidir.

Ölüm: İç organ yaralanmaları sonucu ölüm kafa travması sonucu meydana gelen ölümlerden sonra ikinci sıklıktadır.

Laboratuvar Yöntemleri: Tam kan sayımı, kanama ve pıhtılaşma testleri, idrar incelemesi, Kemik grafileri, eski kırıkları belirlemek için kemik sintigrafisi, İç organ yaralanmalarında karın ve göğüs grafileri ve tomografi gibi ayrıntılı incelemeler.

İstismar Olguları Neden Atlanmaktadır? Sağlık personeli;

Bir ebeveynin çocuğuna zarar verebileceğini kabul etmeyebilir.

Bir aile içi meseleye karışmak istemeyebilir.

Yeterli eğitim almamıştır.

Hastaneye Başvuru: İstismar sonucu yaralanmış çocuk genellikle acil servise getirilmektedir. Çocuğun sağlığında ciddi boyutlarda bir problemin aniden ortaya çıkması sonucu korkan ebeveynler çocuğu acil servise getirmektedir.

Olguları atlamamak için; İlgili sağlık çalışanları;

İstismar ve ihmalin bulgu ve semptomlarını tanıyabilmeli.

Çocuk istismarı ve ihmali ile ilgili tam ve düzgün bir tıbbi tanı koyabilmeli.

Çocuğun daha fazla zarar göreceği durumlarda acil önlemleri alabilmeli, kanunların izin verdiği şekilde çocuğa bir yer ayarlayabilmeli. -hastaneye yatırmak -acil bakım merkezlerine aldirmek, Çocuk ve ona bakmakla sorumlu olanlara karşı objektif ve profesyonel bir tutum içinde olmalı.

Aileyle teröpatik düzeyde bir ilişkiye girmeli, bakım sonlandıktan sonra bile ilişkide olmalı.

Evdeki diğer çocukları da tıbbi açıdan değerlendirmeli.

Tüm istismara uğramış çocukları yasal organlara bildirmeli.

Mahkemede tanıklık yapmaktan kaçınmamalı.

Çocuklar "herhangi bir yaralanmam yok" deseler bile bu olasılığın olduğunu bilmeli. (çünkü genellikle çocuklar maruz kaldıkları istismarı söylemezler.)

Çocuklara Neden Fiziksel İstismar Yapılıyor? Fiziksel istismar uygulanmasının nedenleri olarak; Çocuğun fiziksel olarak cezalandırılmasının yararlı olduğu hakkındaki inanış ve Ailenin stres düzeyi sorumlu tutulmaktadır.

Gerçekten de çocuğun davranışları ailenin, ailenin davranışları çocuğun davranışını hazırlayan sebeptir ve kimi zaman bu bir kısır döngü yaratmaktadır

Aile Karakteristikleri:Evde başka tür şiddetin de varlığı. (Özellikle babanın anneyi veya kardeşlerin birinin diğerini istismar ettiği görülür).

Ana-babanın alkol, madde bağımlılığı.

Ana-babanın çocuk bakımını üstlenecek olgunlukta olmaması.

Ana-babanın beklentilerinin çocuğun gelişimi ile uyumsuzluğu.

Çocuğa bakmakla yükümlü olanların genellikle sosyal izolasyon içerisinde olmaları.

Ana-babanın da genellikle çocukken fiziksel ya da cinsel istismara uğramış olması.

Ailede değişik tipte istismarların kuşaktan kuşağa geçmesi.

"saldırganlık siklusu"

Fiziksel İstismarın Yaygınlığı:Türkiye'de annelerin %85,5'inin çocuklarını, onlara vurarak cezalandırdıkları bildirilmiştir.

Yeni Zelanda'da ailelerin %96'sının, Kuveyt'de %86'sının, Hindistan'da %42 'sinin, Kanada'da %66.4'ünün çocuklarında disiplin amacıyla ciddi fiziksel cezalandırmayı kullandıkları, fiziksel cezalandırmanın kabul edilebilir olduğunu savundukları saptanmıştır. Hong Kong'da üniversite öğrencilerinin %95'inin çocukluklarında fiziksel cezalandırmaya maruz kaldıkları bildirilmiştir

AYIRICI TANI İstismar ve kazanın ayırıcı tanısı yapılmalıdır.

Ekstremitelerde görülen ekimozlar değerlendirilmelidir.

Vücudun korumalı bölgelerindeki yaralar istismarı düşündürebilir.

Sıyrıkların yeri ve oluş biçimi değerlendirilmeli.

Kaza sonucu kırıklar bazı kemik hastalıklarında görülebilir.

Rapor 02.08.2014/14.40

Konu: Adli muayene

İlgi: Yenimahalle Karakolunun 02.08.2014 tarih, 255 sayılı yazısı

Ankara C. Savcılığına (Yenimahalle Karakolu Amirliğine)

Sol kolu mühürlü olarak gönderilen oğlu, doğumlu'ın yapılan muayenesinde; ailesi tarafından 02.08.2014 tarihinde saat 10.30'da düştüğü iddia edilmektedir. Genel durum iyi, bilinç açık, T.A. 110/70 mm/Hg, Nabız=85/dk kafada vertekste 2 cm uzunluğunda kenarları düzensiz ve kanamalı raddi yara, sol göz etrafında çepeçevre kırmızı-mor renkte ekimoz ve hematoma, sağ ön kol 1/3 alt kısımda 3x1 cm'lik sarı renkli ekimoz, sağ gluteal bölgede 2x2 cm'lik yeşil renkli ekimoz, sol skapula altında ve paravertebral bölgede 3 adet ray şeklinde ekimoz, sağ el dorsal bölgede 0.5 cm çapında yuvarlak kısmen iyileşmiş yanık nedbesi, sol ön kol ön yüz ve arka yüzde 5 adet çapları 0.5-1 cm

arasında değişen sarı-yeşil renkli ekimozlar, üst dudak arka kısımda frenulumda ekimozlu laserasyon mevcut olup; Sonuç: Tespit edilen bulguların,

1) Şahsın yaşamını tehlikeye sokmadığı,

2) Mevcut travmatik lezyonlar lokalizasyonları ve yara yaşı açısından değerlendirildiğinde; ifade edildiği gibi düşme sonucu meydana gelemeyeceği ve farklı zamanlarda maruz kalınan travma sonucu meydana geldiği tıbbi kanaatine varıldığını bildirir rapordur.

Dr. Ali Candar Yenimahalle Sağlık Ocağı Tabibi

TÜRK CEZA KANUNU

KÖTÜ MUAMELE

Madde 232 - (1) Aynı konutta birlikte yaşadığı kişilerden birine karşı kötü muamelede bulunan kimse, iki aydan bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

(2) İdaresi altında bulunan veya büyütme, okutmak, bakmak, muhafaza etmek veya bir meslek veya sanat öğretmekle yükümlü olduğu kişi üzerinde, sahibi bulunduğu terbiye hakkından doğan disiplin yetkisini kötüye kullanan kişiye, bir yıla kadar hapis cezası verilir.

AİLE HUKUKUNDAN KAYNAKLANAN YÜKÜMLÜLÜĞÜN İHLÂLİ

Madde 233 - (1) Aile hukukundan doğan bakım, eğitim veya destek olma yükümlülüğünü yerine getirmeyen kişi, şikâyet üzerine, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

(3) Velâyet hakları kaldırılmış olsa da, itiyadî sarhoşluk, uyuşturucu veya uyarıcı maddelerin kullanılması ya da onur kırıcı tavır ve hareketlerin sonucu maddî ve manevî özen noksanlığı nedeniyle çocuklarının ahlâk, güvenlik ve sağlığını ağır şekilde tehlikeye sokan ana veya baba, üç aydan bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

Sağlık mesleği mensuplarının suçu bildirmemesi

MADDE 280. - (1) Görevini yaptığı sırada bir suçun işlendiği yönünde bir belirti ile karşılaşmasına rağmen, durumu yetkili makamlara bildirmeyen veya bu hususta gecikme gösteren sağlık mesleği mensubu, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

(2) Sağlık mesleği mensubu deyiminden tabip, diş tabibi, eczacı, ebe, hemşire ve sağlık hizmeti veren diğer kişiler anlaşılır.

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Ankara Çocuk Koruma Birimi (AÇOK)

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Çocuk Psikiyatrisi Adli Tıp Halk Sağlığı

Acil Tıp Çocuk Cerrahisi

Munchausen by Proxy Sendromu Ağır Bir Çocuk İstismarı Formu

Prof. Dr. Gürol Cantürk

Munchausen by Proxy Sendromu:Dünya Sağlık Örgütü, bir yetişkin tarafından bilerek veya bilmeyerek yapılan ve çocuğun sağlığını, fiziksel ve psiko-sosyal gelişimini olumsuz yönde etkileyen davranışları çocuk istismarı olarak tanımlamaktadır. Munchausen by proxy sendromu (MBP) çocuk istismarının çok ağır ve özel bir şeklidir. Hastanene hastane dolaşarak hastalık öyküleri uyduran veya oluşturan, bu nedenle gereksiz ve çok sayıda medikal veya cerrahi girişimler uygulanan hastaların "Munchausen sendromu" olarak tanımlamasından sonra Meadow, benzer durumu çocuklarında oluşturan ebeveynleri "Munchausen by proxy sendromu" olarak tanımladı.

Türkçeye "vekâleten Munchausen sendromu" veya "**vekâleten hastalık uydurma**" olarak da çevrilebilecek olan bu sendromda ebeveyn ya da bakım veren, çocukta bir hastalık varmış gibi yapmakta veya hastalık yaratmakta ve «hasta» çocuğu doktora götürmektedir. Sonuçta gereksiz tanısal işlemler, cerrahi girişimler ya da medikal tedavi nedeniyle çocukta ciddi tıbbi zararlar oluşmaktadır. MBP karmaşık ve potansiyel olarak ölümcül bir çocuk istismarı formudur. Otuz yıldan uzun bir süre önce tanımlanmış olmasına rağmen tanı konulmasında, yönetilmesinde ve tedavisinde hâlen tartışmalı alanlar vardır.

Meadow'un hastalığın tanımını yaptığından beri bu tanının ebeveynin mi, çocuğun mu ya da her ikisinin mi olduğu konusunda yoğun tartışmalar yaşanmaktadır. Bugün için kabul edilen görüş MBP tanısının uygulayıcıya ait olduğudur. Pek çok klinisyen fiziksel veya cinsel istismarı oldukça iyi bilirken MBP'yi tanımakta güçlük çeker. Genellikle tanı atlanır ve olgular gerçek tanıları konulamadan hastane hastane dolaşırlar. Çok da nadir görülmemesine rağmen tanı konulamamasının en önemli nedeni farkındalığın olmamasıdır. Çünkü tanı ancak dikkatli ve şüpheli bir yaklaşımla konulabilir.

Munchausen by proxy sendromu'nda yeniden "hastalanma", sahte hastalık yapılan diğer nedenlere göre çok daha sık görüldüğünden kurbanın morbiditesi ve mortalitesi yüksektir. Bu nedenle sahte hastalık yapılan diğer çocuk istismarı tiplerinden ayırıcı tanısının yapılması çok önemlidir. Bakım verenler veya ebeveynler çocuklarda pek çok nedenden ötürü sahte hastalık oluşturabilirler.

Bu nedenlerden bazıları şunlardır:

Delüzyon: Eğer annede çocuğunun hasta olduğuna dair bir delüzyonel inanç varsa, çocuğunu sık sık doktora götürüp test ya da tanısal girişimler yapılmasını talep edebilir. Annenin delüzyon nedeni (örneğin psikotik

depresyon) ortadan kaldırılınca doktor ziyaretleri de kesilir. Bir olguda anne kızında bit infestasyonu olduğu delüzyonu ile doktora başvurmuştur. Hatta "bitleri" kavanoz içerisinde doktor muayenehanesine getirmiştir. Ancak yapılan muayenede hiç bite rastlanmamıştır. Annede parazitlere karşı monosemptomatik bir delüzyon olduğu tespit edilip tedavisi başladıktan sonra çocuktaki bitler de ortadan kaybolmuştur.

Hipokondriyak ebeveyn: Hipokondriyak anneler kendi bulgularına yaptıkları gibi çocuklarındaki normal bulgulara da aşırı tepki gösterebilirler veya semptomları abartabilirler. Abartılı semptomlar nedeniyle bu çocuklara gereksiz tıbbi girişim ve tedaviler uygulanabilir.

Obsesif-Kompulsif bozukluk: Bu bozukluğu olan ebeveynler, çocuklarının hasta olduklarına inanarak onlara aşırı medikal girişimler yapılmasını isteyebilirler.

Aşırı endişeli ebeveyn: Bazı ebeveynler çocuklarına doğru tanı konulmadığını ve dolayısıyla doğru tedavi edilmediklerini düşündüklerinden doktor doktor dolaşırlar (doctor-shopping). Bu ebeveynler çocuklarına tıbbi girişimler yapılacağı zaman izin verirler fakat hemen her zaman çocukları için endişelenirler; testin sonucunda ne beklenildiğini, testin çocuğu için zararlı olup olmadığını veya ağırlı bir işlem olup olmadığını sorarlar. Bu durum MBP'den farklı olduğu noktadır. "The Help Seeker" olarak bilinen durumda ise anne çeşitli endişeleri veya olanaksızlıkları nedeniyle yardım almak amacıyla bebeğinde yalancı hastalık oluşturabilir. Örneğin bebeğine bakım vermekte zorlanan ve kendini yetersiz hisseden bir adölesan anne bebeğinin bezine vişne suyu dökerek, hematürisi olduğu şikâyetiyle pek çok kez çocuk acil polikliniğine başvurmuştur. Olay anlaşıldıktan ve anneye gerekli sosyal destek verildikten sonra bu olay tekrarlanmamıştır.

Benzer bir durum ise çocuğu daha önce kaza ya da ağır hastalık geçirmiş annelerde, çocuğunun bu tür durumlara her zaman maruz kalabileceği endişesinin yerleşmesidir. Bu anneler çocuklarının sağlıkları ile ilgili ciddi endişeler taşırlar ve zaman zaman MBP ile karışabilirler. Bazı ebeveynler ise sekonder kazanç sağlamak amacıyla çocuklarında yalancı hastalık bulguları oluşturabilirler. Bu sekonder kazanç bazı olgularda parasal iken (örneğin; otistik veya mental retarde olduğunu iddia ettiği çocuğu için sosyal yardım parası almaya çalışmak), bazı olgularda farklı olabilir (örneğin; dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu semptomları uydurularak tedavi için verilen stimulan ilaçların anne tarafından kullanılması).

Munchausen by proxy sendromu'ndaki **ana motivasyon** uygulayıcının güçlü bir profesyonelin (çoğu kez bu çocuğun doktoru olmaktadır) dikkatini çekmek ve daha sonra onu manipüle ederek hastalığın ve

dolayısıyla ilginin devamını sağlamaktır. Bu nedenle yukarıda anlatılan nedenlerin varlığı MBP tanısını **ekarte** ettirir.

Epidemiyoloji

Munchausen by proxy sendromu diğer çocuk istismarı çeşitlerine göre oldukça az görülmeyle birlikte insidans yapılan çalışmalarda 16 yaş altındaki çocuklarda 0.4/100.000 iken 1 yaş altı çocuklarda 2-2.8/100.000 bulunmuştur. Ancak gerçek insidansın bu tahminden daha fazla olduğu düşünülmektedir. Çünkü bu veriler sadece hastanelerde tanısı konulan MBP olgularından elde edilmiş olup tanı konulamayan veya polikliniklerde takip edilen olgular hiç hesaplanmamıştır. Bildirilen kurbanların yaşları birkaç hafta ile 11 yaş arasında değişmektedir. Bir çalışmada, ortalama tanı yaşının 3.25 olduğu, olası ölüm oranının %9-10 arasında değiştiği bildirilmiştir. Yapılan bir başka çalışmada olguların %77'sinin 5 yaş altında olduğu ve ortalama tanı yaşının 20 ay olduğu bildirilmiştir. Munchausen by proxy sendromu oldukça ölümcül bir çocuk istismarı çeşididir. Yapılan çalışmalarda ölüm oranı %6 ile 10 arasında bildirilmiştir. Bununla birlikte olgunun zehirlenmesi veya boğulması söz konusu ise ölüm oran %33'e çıkmaktadır. Bu sendromun tanısı zor ve uzun bir süreç gerektirmektedir.

Semptomların başlaması ile tanı arasında ortalama geçen süre bir meta-analizde 21.8 ay bulunmuştur. Ülkemizde ilk olgu 1995 yılında yayınlanmıştır. Son on yılda çocuk ihmal ve istismarı konusunda Türkiye'de artan farkındalık MBP tanısının ve yayınlanan olguların sayısının artmasına yol açmıştır. Hacettepe Üniversitesi ÇİDAT grubunun çalışmasında 2005-2008 yılları arasında takip edilen 102 istismar olgusunun 5 (%3.9)'i MBP tanısı almış ve bu olgulardan biri boğulma sonucu ölmüştür. İstismara uğramaya başlama yaşı 5.4 ± 3.1 yıl iken, hastanede görülme ve tanı yaşı 8.1 ± 5.2 yıl bulunmuştur. Munchausen by proxy sendromu, hastalığın taklit edilmesi (olmayan semptomların olduğunun iddia edilmesi, laboratuvar örneklerinin değiştirilmesi gibi) veya semptomların oluşturulması (çocuğun vücuduna zarar vermek, boğmak, zehirlenmek, ilaç vermek gibi) yolu ile gerçekleştirilir. Çocuğa ilaç vermek ve boğmak en sık kullanılan yöntemdir.

Genellikle nörolojik, gastroenterolojik, enfeksiyöz, dermatolojik, kardiyopulmoner ve psikiyatrik semptomlar gözlenir. Rosenberg'in çalışmasında en sık semptom kanama ve konvülsiyon olarak bulunmuştu. Bununla birlikte apne, kusma, ishal, bilinç durumu değişiklikleri, ateş, döküntü, alerjik deri lezyonları sık rapor edilen diğer bulgulardır. İngiltere'de alerji kliniklerine başvuran hastaların %5'inin, astım kliniklerine başvuran hastaların ise %1'inin MBP olduğu saptanmıştır. Apne ve immün yetmezlik tanısı olmayan çocuklardaki polimikrobial enfeksiyonlar en sık ve kafa karıştırıcı bulgulardır. Bu çocuklar uzun süre

hastanede kalmakta yineleyen, ıstırap veren ve masraflı tanıya yönelik girişimlere maruz kalmaktadırlar. Apne, MBP'de (%15-57) ve Ani Bebek Ölümü Sendromu (SIDS) ile Akut Hayatı Tehdit Edici Olay (ALTE)'da sık görülen bir semptomdur.

Bir çalışmada, apne veya konvülsiyon ile başvuran ve ölümlle sonuçlanan 46 MBP olgusunun %52'sinde en az bir kere ALTE tanısı konulduğu gösterilmiştir. Bu tanıların bu kadar sık konulmasının bir başka nedeni de ALTE ve SIDS'nin genetik yatkınlığının olduğunun düşünülmesidir. Bir ailede SIDS tanısı ile 5 bebeğin ölmesi ve benzer diğer olguların yayınlanması bu hipotezi güçlendirmiştir. Ancak 25 yıl sonra beş bebeğini SIDS tanısı ile kaybeden ilk ailede annenin çocuklarını boğarak öldürdüğü anlaşılınca SIDS ve ALTE'de genetik yatkınlık olduğu hipotezi tartışılır olmuştur. Son olarak Amerikan Pediatri Akademisi Çocuk İhmali ve İstismarı Komitesi SIDS ve ALTE ile tekrarlayan siyanoz ve apne arasında nedensel bir ilişki kurulamadığını açıklamış, apnenin SIDS'nin öncü bir semptomu olarak kabul edilmemesi gerektiğini bildirmiştir. Elbette bir ailede iki çocuk SIDS tanısı alabilir.

Ancak yapılan çalışmalar bunun olasılığının 1/8500 olduğunu göstermektedir. MBP'nin tekrar edici özellikte ve ölümcül bir çocuk istismarı çeşidi olduğu bilindiğinden bu tür olguların MBP'den ayırıcı tanılarının yapılması çok önemli ve gereklidir.

Aşağıdaki durumların varlığında MBP'den şüphelenilmeli ve olay dikkatle araştırılmalıdır;

- Tekrarlayan apne atakları
- 6 aydan büyük çocuk
- Ağır hastalık öyküsü bulunan kardeş varlığı
- Kardeş ölüm öyküsü
- Olgunun kendisinin veya bir kardeşinin önceden istismara uğradığının belgelenmesi
- Olgunun burnunda veya ağızında kan tespit edilmesi
- ALTE'nin sadece şüpheli ebeveyn varlığında gerçekleşmesi.

Hastalığın klinik bulguları ile seyri arasında bir ilişki kurulamaz, hastalar genellikle tedaviye cevap vermezler ya da başlangıçta verseler bile daha sonra semptomlar daha da artarak tekrarlar. Örneğin bir olgunun gluteal bölgesindeki apsesi 4 kez drene edilmesine ve uygun antibiyotik tedavisi almasına rağmen tekrarlamakta idi. Yapılan ileri incelemeler sonucunda hastanın annesinin bu apselere neden olduğu tespit edildi. Büyük çocuklar ebeveynleri tarafından sıklıkla yalan hastalık semptomları oluşturmaları için zorlanırlar ve bu çocuklar adölesan döneminde Munchausen sendromu geliştirebilirler. Uygulayıcı hemen her zaman çocuğun "anne"sidir.

Bir çalışmada %93 olguda uygulayıcının anne olduğu, diğer uygulayıcılar sıklık sırasına göre çocuğun bakıcısı (kadın) ve baba olduğu bildirilmiştir. Çocuğun babası veya annenin erkek arkadaşı genellikle pasif bir rol üstlenir.

Munchausen by proxy sendromu uygulayıcısının **tıbbi bilgi düzeyi yüksektir**. Hastalıklar hakkında detaylı bilgiler ile tanı metotları ve tedavi yöntemleri hakkında etkileyici bir bilgi birikimine sahiptir. Bu konularda son gelişmelerle ilgili araştırmalar yapar (dergilerdeki ve internetteki bilimsel makaleleri okur), hekimlerin görüşlerini sorgular. Sıklıkla yaşantısının bir döneminde sağlıkla ilgili bir işte (bakımevi, hastane gibi) çalışmış veya sağlık sorunu olan kişilerin bakımını üstlenmiş olabilir. Bir çalışmada, uygulayıcıların %80'inin (tüm anneler) geçmişte **sağlık merkezi**, yaşlı bakımevi veya çocuk bakımevlerinde çalıştığı öyküsü alınmıştır.

Bu anneler, genellikle çevresindeki diğer kişiler tarafından çocuğunu çok seven, ilgili, şefkatli ideal bir ebeveyn olarak tanımlanır ve bu özellikleri nedeniyle diğer ailelerin ve doktorların takdirini kazanırlar. Ancak yalnızken, çevrelerinde özellikle de sağlık personeli yoksa çocukları ile hiç ilgilenmez, onları saatler hatta günler boyu ihmal edebilirler. Çocuklarında hastalık oluşturabilmek için yaptıkları eylemler planlı ve oldukça acımasızdır. Örneğin çocukta apne oluşturabilmek için kuvvetli bir şekilde ve uzun süreli (çocuk hareketsiz kalana, bilincini kaybedene kadar) boğma gerekir. Ayrıca gizli kamera çekimleri bu eylemlerin, diğer istismar çeşitlerinden farklı bir biçimde, genellikle birdenbire, zalimce; çocuğun herhangi bir tetikleyici veya provoke edici hareketi (ağlama, mızızlanma gibi) olmadan gerçekleştiğini göstermektedir. Kadın uygulayıcılar hastane ekibi tarafından oldukça sevilen kişilerdir. Doktorlar ve hemşirelerle uyum içindedirler; çocuklarına yapılacak olan her türlü (invazif veya non-invazif) işlem için rahatlıkla izin verirler. Ancak sonuçlar istedikleri gibi gelmediğinde veya taburculukları planlandığında tam tersi bir kişilik yapısına bürünürler. Doktorlara ve personele karşı saldırgan davranışlarda bulunabilirler.

Hastanede kalmaları gerektiğini kızgın ve inatçı bir şekilde ifade ederler. Bu durumun nedeni hastanelerin heyecan verici yapısının onlar için çekici olması olabilir. Munchausen by proxy sendromu'ndan şüphelenildiği uygulayıcı tarafından anlaşılırsa, hem kendisine hem de çocuğuna karşı oldukça acımasız davranabilir. İntihar ve/veya çocuğun öldürülmesi sık karşılaşılan bir sonudur. Bu konuda çok dikkatli olmak ve önlem almak şarttır. Kadın uygulayıcıların aksine erkek uygulayıcılar hastane personeli ile yakın ilişkiye girmez. Hastane personeli de bu kişileri "iyi baba" olarak tanımlamaz. Bu babalar antagonistik, çocuğuna iyi bakım

vermeyen, devamlı bir şeyler talep eden küstah kişiler olarak tanınır. Altta yatan fizyopatolojik yapıyı anlamak güçtür. Kişilik problemleri uygulayıcılarda sıklıkla rapor edilse de standart psikolojik testlerde genellikle normal olarak bulunurlar. Narsistik frajilite (kendini beğenen, kırılğan) ve borderline (sınırdaki) kişilik çok sıktır, ama bu kişilerde pasif-bağımlı histerik kişilik ya da sadomazoist davranışlar ve depresyon da bulunabilir. Uygulayıcıların yaklaşık %75'inin geçmişte somatoform bozukluk tanısı aldığı, üçte birinin de kendisinde yalancı hastalık oluşturduğu bulunmuştur.

Munchausen by proxy sendromu üç kişi arasındaki karmaşık bir ilişkidir; uygulayıcı (ki çok büyük bir oranda bu annedir), çocuk ve doktor. Doktor bu karmaşık ilişkide kilit rol oynar. Karakteristik olarak uygulayıcı, doktorunu yalanlarına ortak etmeye çalışır. Ne yazık ki çoğu olguda bu durum başarılı olur ve çocuğun uğradığı zararların büyük bir kısmı (gereksiz tanısal girişimler, cerrahi müdahaleler gibi) klinisyen eliyle gerçekleşir.

Bir çalışmada; çocuklardaki morbiditenin %75'inin hastanede doktorlar tarafından gerçekleştirilen girişimler sonucunda olduğu bulunmuştur. Bu "iyi" hekimler MBP'de anneler tarafından kolaylıkla manipüle edilirler. Tanının en kısa sürede konulması ve tedavinin bir an önce başlanması için pek çok tıbbi girişim yapılır. Ayrıca aile ile kurduğu yakın ilişkiden ötürü hekim çocuğu ve özellikle de anneyi korumak ister. İstismarcıyı gösteren kanıtlar olsa bile hekim bu yakın ilişkiden dolayı olayı kabullenmek istemez. Annenin suçlanması karşısında (kanıtlar apaçık şekilde ortada olsa bile) öfkelenir. Bu durum çocuğa uygulanan istismarın devamına yol açar.

TANI Ayırıcı tanıda MBP düşünölmeye başlandığı andan itibaren çocuğun daha fazla zarar görmesini engellemek ve güvenliği için daha fazla önlem alınmaya başlanmalıdır. Çünkü bu süreç kurbanların en fazla hayati risk taşıdığı dönemdir. Tanı diğer çocuk ihmali ve istismarı olgularında olduğu gibi multidisipliner bir ekibin (pediatrist, çocuk ruh sağlığı uzmanı, adli tıp uzmanı, sosyal hizmet uzmanı, gerektiğinde ilgili çocuk yan dal uzmanı, hemşire gibi) ortak çalışması sonucu konur. Ekibin içinde erişkin psikiyatristinin de bulunması uygulayıcının tanı ve tedavisine yardımcı olur.

"Çocuk Koruma Birimi"nin yapılması hastane işleyişi ve ekip elemanlarına göre değişiklik gösterebilirse de tüm çocuk hastanelerinde benzer birimlerin kurulmasına ihtiyaç vardır. Çoğu olguda standart toksikoloji taramaları, laboratuvar testleri sonuç vermez, kurbanın belirti ve bulgularına göre bazı özel testlere ihtiyaç duyulabilir. Örneğin bilinç durumu baskılanması varsa "trisiklik antidepressanlar" özellikle akılda

tutulmalı, toksik tarama paneline eklenmelidir. Koagülopatilerde warfarin, tekrarlayan inatçı kusmalarda ipecac ve antifriz içirilmesi, ishallerde fenolfitalein zehirlenmeleri ekarte edilmelidir. Verilen laboratuvar örneklerinin kontamine edildiği veya yanlış örnek verildiği düşünülüyorsa kan grubu subtiplendirmesi veya protein elektroforezi yapılabilir.

Diyabet oluşturulduğu düşünülüyorsa HbA1c düzeyleri bakılabilir. Çocuğun düzenli kullandığı bir ilacı varsa ilaç düzeyleri kontrol edilebilir. Ancak her olgu ayrı değerlendirilmeli, gerekli durumlarda ayırıcı tanı için çocuk yan dal uzmanı, adli tıp uzmanı veya toksikoloji uzmanından yardım istenmelidir.

Her olgu için titiz bir inceleme ve değerlendirme yapmak şarttır. Zira MBP tanısının düşünülmemesi atlanması kadar, olduğundan fazla düşünülmesi yanlış tanı konulması da anne ve çocuk için olumsuz sonuçlar doğurur. Bu durumun bilinen en olumsuz örneği ABD'de yaşanmış, çocuğuna antifriz içirdiğinden şüphelenilen anne yeterli ve özenli inceleme yapılmadan hapis cezası almış fakat anne hapiste iken ikinci çocuğu dünyaya gelmiş, annenin bakımı dışında iken bu çocuk da kusmaya başlamıştır. Yapılan detaylı tıbbi inceleme sonucunda bu bebeğin kanında da yüksek alkol düzeyi tespit edilmiş bunun da metabolik bir defekt sonucu oluştuğu bulunarak annenin suçsuzluğu kanıtlanmıştır. Özellikle pek çok hastanede tedavi görmüş olgularda titiz bir dosya incelemesi şarttır. Biyopsi sonuçları, radyoloji ve laboratuvar raporları ile günlük klinik izlem notları dikkatli bir şekilde gözden geçirilmeli, özetler (örneğin epikriz notları) ile yetinilmemelidir.

Eğer mümkünse hastanın kardeşlerinin de varsa hastane dosyalarının incelenmesinde yarar vardır. Zaman harcatıcı olsa da bu işlem çocuğa ek bir zarar getirmez aksine diğer tanısal işlemlerin getirdiği zararlardan çocuğu korur. Semptomları oluşturduğundan şüphe edilen bakım verenin hasta yanından uzaklaştırılması tanı koydurucu bir testtir (Ayırma Testi). Test sırasında belirtilerin ortadan kalkması ile MBP tanısı konulabilir. Ancak şüpheli uygulayıcı ile hastanın ayrı kaldığı süre hastanın durumunda bir değişikliğe yetecek uzunlukta olmalıdır. Ayrıca ayırma testi başladıktan sonra şüpheli uygulayıcı ile hasta hiçbir şekilde temas kurmamalıdır. Eğer temas kurulması şart ise bu üçüncü bir kişinin gözetimi ve denetimi altında gerçekleşmelidir. Üçüncü kişi olgunun ailesinden seçilmemeli, mümkünse hastane personelinden aileyi tanımayan bir kişi olmalıdır.

Bir olguda çocuk büyükanne gözetiminde anne ile görüşürülmüş, büyükanne bebeği annenin yanında bırakıp başka bir odaya geçtiği sırada annenin çocuğu boğarak apneye soktuğu hemşire tarafından görülmüştür. Ayırma testi yapılırken bu süre içinde şüpheli uygulayıcının

hastanın yanından uzaklaştırılması dışında hastaya başka hiçbir işlem yapılmamalıdır. Bazı durumlarda uygulayıcı çocuktan rastlantısal olarak ayrılabilir. Bu durum hasta ile ilgilenen hekimler için olgunun tanı almasına neden olabilecek ipuçları sağlayabilir.

Foto-Özdemir ve ark.'nın yayınladıkları olguda, bir apne atağının uzaması ve kardiyopulmoner arrest gelişmesi nedeniyle hasta yoğun bakıma nakledilmiş ve buradaki iki haftalık izlemi sırasında hiç apne atağı gelişmemiştir. Etkileri nedeniyle bu testin uygulanmasına tek hekim karar vermemeli, testin uygulanması ve zamanlamasına multidisipliner bir ekip karar vermelidir. Doğru yapılırsa bu test çocuğun tanı sürecinde bile daha fazla zarar görmesini engelleyecektir. Ancak yanlış uygulanırsa hem ebeveyn hem de çocuk için ciddi zararlar verebilir; gerçekten hasta olan ve kendisine ihtiyacı olan çocuğunun yanından uzaklaştırılan bir ebeveynin yaşadığı sıkıntı ve güçlük oldukça fazla olacaktır. Gizli kamera gözetimi (GKG), tanıda kullanılabilen bir diğer yöntemdir. Dr. Southall ve ark. bu yöntemi kullanarak istismar şüphesi olan 39 olgunun 33'ünde istismar tanısı koymuştur.

Bir başka çalışmada Hall ve ark. 41 olguda GKG kullanarak MBP tanısı koyduklarını bildirmiştir. Ülkemizden yakın zamanda yayınlanan bir olguda da annenin hastanın santral kateterinden hava vermek suretiyle hastayı apneye soktuğu gizli kamera kayıtlarından tespit edilmiştir. Gizli kamera gözetimi tanıda oldukça etkili ve güvenli bir yöntemdir ve kanuni işlemler için uygun kanıtlar sunar. Ancak tek başına her zaman yeterli bir yöntem değildir. Boğma sonucu oluşan apne olgularında etkili kanıtlar sunarken zehirlenme olgularında işlem gözetlenen oda dışında yapılırsa (örneğin yemeğine ilaç eklemek gibi) tanı koydurucu özelliğini yitirir. Örneğin Hall'un çalışmasında olguların 1/3'ünde herhangi bir kanıt tespit edilememiştir. Ayrıca bazı uygulayıcılar günler boyu çocuklarına herhangi bir şey yapmaz. Dolayısıyla bu çocukları yeterli sürelerde izlemek gerekir. Ancak yeterli süre bazen çok uzun, örneğin haftalar olabilmektedir. Bazı hukukçular gizli kamera gözetiminin ailelerin haklarını ihlal ettiğini savunmaktadır. Bu yüzden GKG kararının hastanelerin etik kurullarında görüşüldükten sonra alınması uygun olacaktır

Bir Başkasına Yüklenen Yapay Bozukluk

- A. Bir başkasında yanıltıcı (yanlış bir kanı uyandırıcı), bedensel ya da ruhsal düzmece belirtiler çıkarma ya da yaralanmaya ya da hastalığa yol açma tutumu.
- B. Kişi, bir başkasını, diğerlerine hasta, işgöremez ya da yaralı olarak sunar.
- C. Açık dış ödülleri olmasa bile yanıltma (yanlış bir kanı uyandırma) davranışı belirgindir.

D. Bu davranış, sanrılı bozukluk ya da diğer bir psikoz bozukluğu gibi başka bir ruhsal hastalıkla daha iyi açıklanamaz.

Başkasına Yüklenen Yapay Bozukluk en sık olarak kendi bebek veya küçük yaştaki çocuklarını hasta eden annelerde görülür.

PROGNOZ VE TEDAVİ

Kurbanların uzun dönem sonuçları ile ilgili yapılan çalışmalar sınırlı sayıdadır ve oldukça olumsuz psikiyatrik sonuçlar bildirilmiştir. Genel olarak çocukluk ve erişkinlik dönemlerinde güvensizlik, karşıt olma karşı gelme bozukluğu, post-travmatik stres bozukluğu, dikkat bozuklukları, bağlanma ve sosyal ilişki ile ilgili problemler, tıbbi tedaviden kaçınma ve kendine az değer verme gibi sorunlar geliştiği bildirilmiştir. Çocukların ebeveynlerinin kendilerine istismar yaptığını kabul etmesi oldukça güç bir süreçtir. Çünkü ebeveyn onların "koruyucusu"dur.

Büyük çocuklarda bunun kabul edilmesi, çocuğun medikal kayıtlarının çocuğun anlayacağı şekilde kendisiyle tartışılması ile mümkün olabilir. Ancak kurbanın tedavisi özellikle de küçük çocuklarda oldukça zor ve güçtür. Bu çocukların istismarı inkâr etme, öfke ve hastalık rolü yapma gibi psikiyatrik sorunları psikoterapi ile tedavi edilmeye çalışılmaktadır. Kurbanların bir kısmının adölesan ve genç erişkin dönemde "Munchausen Sendromu" geliştirdikleri tespit edilmiştir. Diğer taraftan uygulayıcıların tedavisi de oldukça zordur ve kanıtlanmış etkili bir tedavi yöntemi de yoktur.

Bu kişilere uygulanan tedavinin iki amacı vardır:

a. Uygulayıcıya hastalığını yenmesi için gerekli psikolojik desteğin sağlanması

b. Uygulayıcı ile çocuğu arasında, her ikisinin de güvenliğini azaltmadan yeniden en iyi ilişkinin sağlanması.

Munchausen by proxy sendromu'nun literatürde çok yüksek tekrarlama riski (%37) bulunmuştur. Bu durum tedavinin başarı şansının neden düşük olduğunu ortaya koymaktadır. Genel kanı uygulayıcıların tedavisinin hemen hemen imkânsız olduğu, tedaviye cevap alınamazsa veya yetersiz ilerleme gösterilirse (örneğin 6 ay içerisinde) bu çocukların ailelerine geri verilmemeleri yönündedir. Çocuklar ailelerine geri verilseler bile yüksek tekrarlama riski nedeniyle çok sık kontrol ve yakın takip önerilmektedir.

Sonuç olarak, Munchausen by proxy sendromu tekrarlama riski yüksek, oldukça ciddi sonuçları olan ağır bir çocuk istismarı çeşididir.

Unutulmaması gereken nokta şu anda MBP tanısını destekleyen veya ekarte eden hiçbir tanısal testin veya psikolojik profilin tanımlanmamış olduğudur. Aksine bazı semptom ve bulgular sadece şüphenin artmasına

neden olabilir. Tanı her olguya şüpheli yaklaşım ve özgün tanısal işlemler ile koyulabilir.

Olguların multidisipliner bir ekip tarafından değerlendirilmesi şarttır. Bu ekipte

çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı,

çocuk ruh sağlığı uzmanı,

adli tıp uzmanı,

sosyal hizmet uzmanı,

hemşire ve gerekirse ilgili çocuk yan dal uzmanı olmalıdır.

Tanı için gerekli kanıtlar toplanırken öncelik kurbanın güvenliğine verilmeli, çocuğun hayatı daha fazla riske edilmemelidir. Ani Bebek Ölümü Sendromu veya ALTE tanısı alan ve özellikle apne ile başvuran olgular MBP yönünden mutlaka titizlikle değerlendirilmelidir. Nadir, olağan olmayan bir hastalıkla başvuran, yapılan tanısal girişimleri negatif olan veya standart tedaviye cevap vermeyen her olguda Münchausen by proxy sendromu'ndan şüphelenilmelidir.

SARSILMIŞ BEBEK SENDROMU

Prof. Dr. Gürol CANTÜRK

Sarsılmış bebek sendromu, sıklıkla 2 yaş altındaki çocuklarda görülen, ancak 5 yaşına dek olanları da etkileyebilen, çocuk fiziksel istismarının ciddi bir biçimi olup, ilk kez 1972'de tanımlanmıştır. Bebeğin mamasını yememesi ya da sürekli ağlaması gibi ana baba ya da bakıcısını kızdıran bir davranışı sonucu gövdesinden ya da kollarından tutulup sarsılmasıyla, zayıf olan boyun kaslarının sarsma sırasında başın aşırı hareketine izin vermesi sonucu, korteksten dural venöz sinüse uzanan kortikal köprü venlerinde yırtılmalara bağlı beyinde kanama oluşması olayıdır. Bazı olgularda bebeğin kollarından tutulup bir yere fırlatılması biçiminde de karşımıza çıkabilmektedir. Bebeklerde nasıl gerçekleştiği bilinmeyen beyin kanamalarının ortaya çıkması, kollarında ve vücudunun diğer bölgelerinde şiddet uygulandığını gösteren ekimozların bulunması bu tip olayların istismar olduğunu düşündürmüştür.

Bebeği sarsan kişiler sıklıkla ana, baba, annenin erkek arkadaşı ve bakıcılarıdır. Sarsmanın çoğunlukla bebeğin ağlamasını durdurmak ya da huzursuzluğunu ortadan kaldırmak amacıyla taşıdığı düşünülmektedir. Bir çok olguda, bebeğin doğrudan zarar vermek için mi yoksa yalnızca susturulmak için mi sarsıldığı açıklanamamaktadır. Bebeğin başı, gövdesine oranla daha büyüktür ve vücut ağırlığının %10'unu oluşturur. Erişkinlerde bu oran %2'dir. Boyun kasları gevşek ve gelişmemiş olup sarsma sırasında başın aşırı hareketine izin verir. Kafatası ince ve yumuşaktır, sütürler ve ön fontanel açıktır, beyin omurilik sıvısı fazladır. Bu nedenlerle beyin, sarsma sırasında kafatası boşluğunda daha rahat dönme hareketi yapar. Korteks/beyaz cevher oranı erişkine göre düşüktür. Myelinleşme tamamlanmamıştır. Akson uzantıları myelinsiz olduğundan kopmaya daha yatkındır. Bütün bu nedenlerden dolayı özellikle koltuk altlarından tutularak yineleyen ileri-geri sarsmalar sonucu başın kamçı hareketi ile hızlı akselerasyon, deselerasyon ve rotasyonel kuvvetlere maruz kalmasına bağlı olarak beyin, santral eksenini ya da beyin sapına bağlanma bölgesi etrafında dönme hareketi yapar. Bu nedenle otopside, dönme hareketi sonucu yalnızca bebeklere özgü bir bulgu olan kraniyoservikal bölgede gerilmeye bağlı beyin sapı zedelenmesi görülür. Bebek ne kadar küçükse bu zedelenmenin oluşma riski de o kadar büyüktür. Bir çalışmada, cezalandırma amaçlı kafa travması sonucu ölen 1 yaş altındaki 37 bebeğin %35'inin beyin sapında ve omuriliğin üst servikal kısmında mikroskopik zedelenme saptanmıştır.

Ufak kafa travmaları, çocukluk çağında sık olarak görülmekle birlikte, tıbbi ya da cerrahi tedavi gerektirmezler. Bununla birlikte bebeklerde kafa

travmaları en sık görülen ölüm ya da kalıcı sekellerin nedenidir. İstismara yönelik kafa travmalarının %95'i yaşamı tehdit eden yaralanmalara ya da ölüme neden olmaktadır. Bir yaş altındaki çocuklarda kazaya bağlı kafatası içi yaralanmalar seyrekdir. A.B.D'de hastaneye başvuranların %1.4'ünde ve pediatrik yoğun bakım birimlerinde ölenlerin %17'sinde çocuk istismarı saptanmış olup tümünde kafa travması vardır. 2 yaşın altında istismara bağlı kafa travması olan çocukların sarsılmış bebek sendromuyla ilişkili oldukları bildirilmiştir. Kaza dışı kafa yaralanmalarının en sık rastlanan biçimi sarsılmış bebek sendromudur. Bu hastaların %10-40'ında ölüm meydana gelir. Yaşayanlarda ise, bilişsel ve davranışsal bozukluklar, serebral palsy, körlük ve epilepsiyi içeren nörolojik sekeller kalır. Sarsılmış bebek sendromu, hafif şiddette klinik bulgulardan, kafa travması gibi ciddi bulgulara uzanan geniş bir yelpazede karşımıza çıkabilir. Bebek olaydan hemen sonra kötüleşir. Hafif olgularda günler ya da haftalarca süren keyifsizlik, huzursuzluk, iştah azalması, kusma, letarji ve/ya da huzursuzluk gibi özgül olmayan bulgular görülebilir ve hekimler tarafından fazla önemsenmeyerek virüs hastalıkları, yeme bozuklukları ve kolikle karıştırılabilir.

Bu olgular hekimlerin dikkatinden kaçarak tanı konamadan düzelirler. Bazen aynı bebek yeniden aynı yakınmayla getirildiğinde ya da süregelen subdural kanama ile başvurduğunda önceki bulguların da nedeni anlaşılır. Bu bebeklerde ileride öğrenme güçlüğü ve okul başarısızlığı görülebilir. Yapılan bir çalışmada, cezalandırma amaçlı kafa travmasından kuşkulanan 120 bebeğin %98'inde subdural kanama saptanmış olup, bu bebeklerin %52'sinin daha önce hastaneye başvurduğu belirtilmiştir. Bunların %60'ında ilk başvuruda benzer yakınmalar saptanmış ve %46'sında ilk başvuruda da travma bulgularının var olduğu bildirilmiştir. Ağır olgularda kafa travması olmaksızın ya da ufak bir kafa travması ile birlikte, subdural ve/ya da subaraknoid ve retinal kanamaların saptanması tanı için oldukça özgüdür. Ölüm ya da ciddi nörolojik sekellerle sonuçlanan bu olguların bilinci kapalı olup, konvülsiyonlar, hızlı biçimde ilerleyerek yaşamı tehdit eden şok tablosu ve santral sinir sistemi bozukluğu vardır. Kortikal köprü venlerinin sarsma sonucu yırtılmasıyla oluşan subdural boşluktaki kan miktarı 2 ila 15 ml. arasında olup tek başına yaşamı tehdit eder nitelikte değildir.

Bu kanamalar, hemisferler arası fissürde çok belirgin olarak bulunur ve pek az olarak da hemisferlerin konveksitelerinin üzerinde olabilir. Subaraknoid kanama ile birlikte beyin ödeminin görülmesi tek bulgu olabilir. Çocukta tek ya da iki taraflı subdural kanama, subaraknoid kanama ya da her ikisi birden bulunabilir. Şiddetli sarsma sonucu başlangıçtaki beyin zedelenmesi, sarsılma sırasında rotasyonel kuvvetlere

maruz kalan kraniyoservikal bölgenin zedelenmesi ile ortaya çıkan apne ve solunum yetmezliği sonucu gelişen hipoksiye bağlıdır. Bu da beyin ödeme ve kafa içi basıncın artmasına neden olur. Oluşan nörolojik sekeller ve ölüm, serebral perfüzyon basıncındaki düşmeden kaynaklanan iskemi sonucu ortaya çıkar ve buna hipoksik iskemik zedelenme denir. Hipoksi, subdural kanamalara da neden olur. Otopside kafa içi basınç artışının bulguları; beyin ağırlığında artış, giruslarda düzleşme, sulkuslarda silinme ve ventriküllerde daralmadır. Sarsılmış Bebek Sendromunda aksonlarda diffüz yaralanma siktir. Bununla birlikte, teknik nedenlerle aksonlarda diffüz yaralanmayı radyolojik ya da patolojik olarak göstermek oldukça zordur. Otopside alınan histopatolojik doku örneklerinde akson zedelenmesi, yaralanmanın üzerinden yaklaşık 12 saat geçmeden ışık mikroskobu ile görülemezken birlikte elektron mikroskopla daha erken saatlerde görülebilmektedir. 12 saat geçtikten sonra akson zedelenmesi görülebilir hale gelmekte ve zaman ilerledikçe zedelenmenin derecesi ve büyüklüğü artmaktadır. Aksonlar ilk olarak genişler ve sosis halkalarına benzer zincir biçiminde bir görünüm alır. Sonra sopa biçiminde görülür. Son olarak da retraksiyon topu olarak bilinen yuvarlak top görünümünü kazanırlar. Retraksiyon topları aksonların kopmasıyla ortaya çıkar. Bunlar serebral beyaz cevher, korpus kallosum ve üst beyin sapında görülürler. Retraksiyon toplarının sayısı, yaralanmadan sonraki ilk hafta süresince artar. Başlangıçtaki travma bazı aksonları kopararak retraksiyon topu oluşturur, bazılarını ise geri dönüşsüz olarak yıkıma uğratar. Bu zedelenmiş aksonlar tam olarak dejenere olana dek bir süre daha işlevlerini sürdürürler. Diğer zedelenmiş aksonlar kendi kendilerini onarabilirler. Yaralanmadan 2-3 hafta sonra, retraksiyon toplarının sayısı düşmeye başlar ve mikroglial hücre kümeleri ortaya çıkar. Bunu astrositozis ve demyelinizasyon izler. Tek başına ya da hipoksik iskemik zedelenme ile birlikte olan yaygın aksonal yaralanma, başlangıçta hafiften ciddiye kadar uzanan serebral ödemle birlikte olup, ilerleyen evrelerde serebral atrofi ve/ya da enfarktüsle sonuçlanabilir.

Kronik ekstra-aksiyal sıvı birikmesi, beyinde atrofi ve kistik ensefalomalazi yaygın görülen geç sekellerdir. Bütün diğer çocuk istismarı biçimlerinde olduğu gibi Sarsılmış Bebek Sendromunda da dura dışı kanamaların ortaya çıkması seyrek. Meningeal arterlerin erişkinlerden farklı olarak, immatür kafatasında derin oluklar içerisinde seyretmemesi bunun nedeni olarak düşünülmektedir. Retinal ve vitröz kanamalar ile hemorajik olmayan travmatik retinosizis sarsılmış bebek sendromunun belirgin bulgularıdır. İlk değişiklik retinal ve subhyaloid kanama olup, bunları retina dekolmanı, koroid ve vitreus kanamaları izler. %75-90 olguda, tek taraflı ya da iki taraflı retina kanaması olmasına karşın, çocuk

göz hekimi, nörolog ya da beyin cerrahı tarafından muayene edilmedikçe atlanabilir. Sarsılma sonucu oluşan retina kanamalarının sayısı, niteliği, yerleşimi ve büyüklüğü olgudan olguya değişiklik gösterir. Retina kanamaları, beyin kanamaları olmaksızın görülmez. Kafa travmasının ağırlığı, retina kanaması ile orantılıdır. Kanamaların çoğu posterior bölgededir ve retinanın bir ya da birden fazla tabakasını ilgilendirir. Retinal kanamaların nedeni belirsizdir. Sarsılma sırasında lensin yer değiştirmesi ve vitreusun retinaya sıkıca bağlandığı yerde gerilmesine bağlı zedelenme bir varsayım olup, diğer varsayım; göğüs boşluğu ve kafa içi basınç artışına bağlı santral retina veni basıncının artışıdır. Otopside, hemosiderinin saptanması, retina kanamasının 3 günden daha eski olduğunu düşündürür. Kardiyopulmoner resusitasyon, konvülsiyonlar, öksürük ve kusma retina kanamasına neden olmaz.

Kan pıhtılaşma bozuklukları, hematolojik bozukluklar, damarsal ve kafa içi bozukluklar retina kanamasının travmaya bağlı olmayan nedenleri olup kafa travmalarının da koagülasyon bozukluklarına neden olabileceği unutulmamalıdır. Ayrıca normal spontan vajinal yolla doğan yeni doğanların %14.2'sinde ve sezeryenla doğanların %0.8'inde retinal kanamalar görülmektedir. Sarsıldıktan sonra bilincini yitiren bebekler genellikle, kendi kendine iyileşeceği düşüncesi ile evde bekletilerek hastaneye zamanında getirilmezler ve erken girişim şansı ortadan kalkar. Bebeğin tıbbi yardıma gereksinimi olduğu anlaşıldığında, çoğu kez bilinç değişiklikleri, konvülsiyonlar, emme, yutma zorluğu ve koma gelişmiştir. Bilinci kapalı bir bebekle karşılaşıldığında öncelikle yaşam desteği sağlanmalıdır. Eğer nedeni açıklayacak bir bulgu yoksa, cezalandırma amaçlı bir travma olabileceği düşünülerek Sarsılmış Bebek Sendromundan kuşulanılmalıdır. Retinal kanama olup olmadığına bakılmalı ve eğer saptanırsa ya da bilinç kapalılığının nedeni bulunamazsa BT çekilmelidir. BT sonucunda subdural hemoraji saptanırsa adli rapor tutularak olayın adli nitelik kazanması sağlanmalıdır. Cezalandırma amaçlı travmanın diğer belirtilerini saptayabilmek için özenli bir fizik muayene yapılmalı, saptanan ve istismarı düşündüren bulgular adli kayıt amacıyla fotoğraflanmalıdır. Yineleyen fizik incelemeler, travmanın geç dönemde ortaya çıkan bulgularını açığa çıkarabilir. Böylece ailenin diğer çocuklarını korunabilir. Hasta ile ilgili tüm belgeler ve hasta dosyası dikkatlice tamamlanmalı ve olası adli işlemlerde kullanmak amacıyla saklanmalıdır.

Eğer çocukta süregelen subdural kanama öyküsü varsa, daha önceki hastane kayıtları dikkatlice incelenmelidir. Önceki baş çevresi ölçümleri, kafa travması zamanının saptanmasında çok önemlidir. Bebeğin tıbbi durumu izin verince, elleri, ayakları, uzun kemikleri, kafatası, vertebraları ve kostalarının iskelet taraması yapılmalıdır. Kollardan tutularak sarsma

sırasında oluşan uzun kemiklerin metafiz kırıkları patognomonik olup göğüs her iki yanından tutularak sarsmaya bağlı arka kosta kırıkları da görülebilir. Radyografide saptanamayan yeni kosta kırıkları, radyonüklid görüntüleme yöntemleri ile saptanabilir, ancak bu olanağın bulunmadığı durumlarda, 10-14 gün sonra, göğüs radyografileri yinelendiğinde kallus gelişiminin görülmesi kosta kırığı tanısını koydurur. Bebeklik döneminde kardiyopulmoner resusitasyon kosta kırıklarına neden olmaz. Kafatası grafileri, kafatası kırıklarının saptanmasında yararlıdır. Sarsılmış Bebek Sendromunda saptanabilen kafatası kırıkları, kaza dışı yaralanmalarda görülen çoklu, iki taraflı, ayrılmış ve sürürleri geçmiş niteliktedir. Yapılan bir çalışmada, cezalandırma amaçlı kafa travması sonucu ölen bebeklerin %41'inde kosta ve uzun kemik kırıkları ile karın içi yaralanmalar, %43'ünde kafatası kırıkları ve %73'ünde sağlı deride çürükler saptanmıştır. Kafatası kırıklarının %37.5'inin iki taraflı oldukları bildirilmiştir.

Bilgisayarlı tomografi acil girişim gerektiren yaralanmaların gösterilmesine elverişli olup, beyin zedelenmesi olan çocukta, görüntüleme yöntemleri arasında ilk sırada kullanılmalıdır. Akut kanamaların saptanmasında manyetik rezonans görüntülemeden daha iyidir. Genellikle subaraknoid kanama, kitle etkisi ve geniş ekstra-aksiyal kanamaların gösterilmesinde iyi bir yöntemdir. Başlangıç BT değerlendirilmesi intravenöz kontrast madde olmaksızın yapılmalıdır. Belirli bir süre geçtikten sonra ya da nörolojik tabloda hızlı bir değişim meydana gelirse yinelenmelidir. Manyetik rezonans görüntüleme, bebeklerdeki beyin zedelenmesinin değerlendirilmesinde BT'ye ek olarak değerli bir yöntemdir. Durumu kritik olan bebekler ya da çocuklar için yaşam desteği gerektiğinde MR ın kullanılamaması ve subaraknoid kanamalara ve kırıklara görece duyarsız olmasından dolayı, BT'yi tamamlayıcı bir inceleme olarak düşünölmeli ve yapılabilirse olaydan 2 ya da 3 gün sonra kullanılmalıdır. MR intraparankimal zedelenmenin gösterilmesinde daha elverişli olup, yineleyen travmalarla başvuran olgularda hematomların yaşlarının saptanmasında kullanılır. Son zamanlarda diffüzyon ağırlıklı görüntüleme, Sarsılmış Bebek Sendromunun tanısında önemli role sahiptir.

Olayın başlangıcından itibaren dakikalar içerisinde serebral iskemiği göstererek akut ve kronik enfarktları birbirinden ayırır. Sarsılmış Bebek Sendromunun tanınmasında duyarlı ve özgül bir yöntemdir. Bazen klinik bulgular menenjiti düşündürebilir ve lomber ponksiyonda kanlı beyin omurilik sıvısı saptanabilir. Beyin omurilik sıvısı santrifüje edildiğinde, en azından birkaç saat önce serebral travmaya maruz kalma kuşkusunu güçlendiren ksantokromik görünüm saptanır. Sarsılmış bebek orta

derecede anemiktir. Serebral travmaya bağlı pıhtılaşma bozukluğu başlangıçta değerlendirilip izlenmelidir. Pıhtılaşma sisteminde hafif ve orta dereceli değişiklikler görülür ve bazen ciddi olabilir. Yüksek amilaz düzeyleri, pankreatik zedelenmeyi düşündürebilir ve yüksek transaminaz düzeyleri gizli karaciğer yıkımının göstergesi olabilir. Sarsılmış bebek sendromu bebeklerde yüksek mortalite ve morbidite oranlarına sahiptir. Mortalite oranı %15 ile %38 arasındadır. Yapılan bir çalışmada, şiddetli sarsmaya maruz kalıp bilinçlerini kaybeden bebeklerin %60'ı ölmüş ya da ağır zeka geriliği, spastik quadripleji ya da ciddi hareket bozuklukları ile yaşamlarını sürdürmüşlerdir.

Diğer bebekler, beyin dokusunda herhangi bir yırtılma ya da enfarktüs olmaksızın, nöbetler, huzursuzluk ya da letarji belirtileri göstermişlerdir. Ciddi beyin zedelenmesi olan ocuk yaşarsa, kortikal körlük, spastisite, nöbetler, mikrosefali, süreğen subdural sıvı birikimi, genişlemiş ventriküller, serebral atrofi, ensefalomalazi, poreensefalik kist gibi durumlar söz konusu olabilir. Bebeklerde ciddi kafa içi yaralanmalarının %95'i sarsmaya bağlıdır. Geri kalanların çoğu, motorlu taşıt kazalarında da görülebilen ağır kafa travmaları sonucu gelişir. Daha az miktarda da kan pıhtılaşma bozuklukları, hematolojik, damarsal bozukluklar ve kraniyal malformasyonlar sonucu ciddi kafa içi kanamalar görülebilir. Belirtileri olmayan yeni doğanların %20-30 kadarında kendiliğinden hızlı biçimde rezorbe olan küçük subdural ve subaraknoid kanamalar bulunur. Seyrek olarak doğum travmalarına bağlı süreğen subdural kanamalar görülebilir. Genişlemiş subdural boşluk içerisine küçük miktarlarda venöz kanamalara bağlı süreğen subdural kanamalar oluşabilir. Bu durum seyrek bir metabolik bozukluk olan glutarik asidüri tip I'de görülür. Bu hastalıkta beyin atrofisi sonucu genişleyen subdural aralık, köprü venlerinde gerilmeye ve minör travma sonucu yırtılmaya neden olur. Makrosefalik bebeklerde de minör travma sonucu subdural kanama görülebilir. Bütün bu nedenler ayırıcı tanıda dikkate alınmalıdır.

SHAKEN BABY SYNDROME: Shaken baby syndrome describes a pattern of neurologic injuries caused by violent shaking of an infant. An infant's head is oversized in comparison to the body, and the neck musculature is not well-developed, so shaking will cause the head to flop back and forth, producing extensive intracranial (often subdural) and retinal hemorrhages and can be fatal. Shaken baby syndrome occurs most commonly when a young male left alone with the baby loses self-control because of the baby's crying and begins shaking the infant. Such injuries can be inflicted on small children as well. Seen here are the retinal hemorrhages at autopsy that document this condition and lead to a conviction against the perpetrator.

AKRAN İSTİSMARI

BULLYING-ZORBALIK / KABADAYILIK

PEER ABUSE

Prof. Dr. Gürol Cantürk

AKRAN İSTİSMARI: İngilizce 'bullying' olarak adlandırılan bu kavram Türkçe'ye 'akran istismarı/zorbalığı' olarak çevrilmektedir. Akran zorbalığı, okul zorbalığı ya da akran şiddeti konusunda pek çok tanım mevcut.

Okul zorbalığı, bir ya da birden çok öğrencinin kendilerinden daha güçsüz öğrencileri kasıtlı ve sürekli olarak rahatsız etmesiyle sonuçlanan ve kurbanın kendisini koruyamayacak durumda olduğu bir saldırganlık türüdür. Akran istismarı sıklıkla **kabadayılık/zorbalık** davranışları şeklinde karşımıza çıkmaktadır. Çocukluk çağı boyunca gözlenen kabadayılık/zorbalık davranışları uzun yıllar normal gelişimin bir parçası olarak kabul edilmiştir. Ancak, son yıllarda yapılan araştırmalar bu davranışların, özellikle okul çocukları ve ergenler arasında madde kullanımı ve erken yaşta cinsel ilişkiye girme gibi davranışlardan daha büyük bir sorun olduğunu göstermiştir.

Kabadayılık/zorbalık için yaygın olarak kabul gören tanımlama Dan Olweus tarafından yapılmıştır. Olweus'a göre kabadayılık/zorbalık saldırgan bir davranıştır. Güç dengesizliği olan ilişkilerde gözlenir. Karşı tarafa zarar ya da sıkıntı vermeye yöneliktir ve zaman içerisinde tekrarlanır. **Kabadayılık/zorbalık** arkadaşların arkadaşı istismarıdır ve çocuk istismarı ve aile içi şiddet gibi diğer istismar tipleriyle pek çok ortak özelliği vardır. Kabadayılık/zorbalık fiziksel, sözel ya da diğer direkt ya da indirekt yollar kullanılarak gerçekleştirilebilir.

KOLAYLAŞTIRICI FAKTÖRLER

1. Kişinin şiddete yönelimini kolaylaştıran faktörlerin varlığı.
2. Kişinin şiddet anındaki demografik özellikleri
3. Kişinin daha önceden şiddet uygulama sıklığı
4. Kişinin yaşadığı çevresindekilerin uyguladığı şiddet davranışı
5. Kişinin yaşamındaki stres faktörlerinin varlığı
6. Kişinin şiddetle başa çıkabilmesi, affektif ve kognitif durumu
7. Kişinin diğer kişilerle olan ilişkisi, affektif ve kognitif durumu
8. Kişinin şiddetle başa çıkma yöntemlerinin birbirine benzerliği
9. Özellikle şiddet araçlarını kimden ve nasıl temin ettiği
10. Şiddete yönelen şahsın bu davranışı açıklama biçimi

DİĞER FAKTÖRLER

ÇOCUĞUN İÇİNDE YAŞADIĞI SOSYAL ÇEVRE

ANNE-BABA İLGİSİZLİĞİ

EĞİTİMSİZLİK

ÇOCUĞUN PSİKOLOJİK DURUMU VE HASTALIKLARI

EKONOMİK KOŞULLAR

ŞİDDET İÇERİKLİ YAYINLAR, PROGRAMLAR VE OYUNLAR

BÜYÜKLERİ TAKLİT

AKRAN İSTİSMARI-Türleri

FİZİKSEL ŞİDDET: İtme, dürtme, tekmeleme, tükürme, vurma, ısırma, kulak çekme, tekme atmak ya da çelme takmak, kesici ya da delici aletlerle saldırma, ateşli silahlarla korkutma, oturacağı yere sivri bir cisim koyma, cisim fırlatma, vs.

SÖZEL ŞİDDET: Boy, kilo, dış yapısı, ten rengi gibi bedensel özellikleriyle alay etme; giysi ve gözlük gibi dış görünüş özellikleriyle alay etme; peltekliliğiyle, kekemeliğiyle, aksanıyla ya da şivesiyle alay etme; küçük düşürücü lakaplar takma, kaba ve çirkin sözlerle (manyak, geri zekalı, ezik, vb.) hitap etme; sözlü olarak tehdit etme, vs.

SOSYAL ŞİDDET: Dışlama, oyunlara almama, grup dışında bırakarak yalnızlığa itme, görmezden gelme, konuşmama, diğer öğrencilerin de o öğrenciyle konuşmasını engelleme, diğer öğrencileri o öğrenciye karşı kışkırtma, hakkında dedikodu ve söylenti çıkarma, iftira atma, haksız şikayetlerde bulunma, çeşitli yerlere çirkin yazılar yazma.

CİNSEL ŞİDDET: Cinsel amaçlı dokunma, elle ya da sözle sarkıntılık yapma, cinsel çağrışımlı sözcükler kullanarak imalarda bulunma, giysilerini (etek, eşofman) kendi isteği dışında kaldırma ya da çıkarma, hakkında cinsel içerikli söylentiler yayma, tecavüz, vs.

AKRAN İSTİSMARI İle İlgili Yanlış Algılar

İN KAR VE KÜÇÜMSEME: Özellikle okul yöneticilerinin, sorunları görmezden gelerek 'Bizim okulda zorbalık yoktur' diyerek kendilerini savunmaya çalışmaları.

EĞİTİCİ BULMA: Zorbalığı büyüme ve gelişmenin doğal bir parçası olarak görmek büyük bir hatadır.

AKRAN İSTİSMARI'na Maruz Kalan Çocuk
Korkar.

İspiyoncu damgası yemek istemez.

Ailesini üzmemek istemez.

Karşı koyamaz.

Güvensiz.

Tereddütlüdür.

İfade edemez.

Kendisini suçlar.

Harçlığını, eşyalarını kaybeder.

AKRAN İSTİSMARI İle İlgili Yanlış Algılar

EĞLENCİLİ BULMA: Doğası gereği şiddet ve zorbalık içeren eylemleri çocukların birbirine yaptığı 'masum şakalar' olarak görmek, en fazla 'ayarını kaçırmış' olmakla suçlamak.

GÖRMEZDEN GELME: Toplumda kendisine yapılan zorbalığı şikayet eden öğrencileri 'ana kuzusu' olarak tanımlayıp aşağılamak, bu kişileri ispiyonculukla suçlamak gibi bir eğilim vardır.

KURBANI SUÇLAMA: Zorbalığa uğrayan öğrencinin 'mutlaka bunu hak edecek bir şey yaptığının düşünülmesi.

ZAMANA BIRAKMA: Küçükken yapılan zorbalıkların geçici bir ergenlik durumu olarak görülmesi ve bu zorbalıkları yapanların büyüyünce olgunlaşıp 'akıllı, uslu insanlar olacaklarını' varsaymak.

CİNSİYET AYRIMCILIĞI: Zorbalığın sadece erkekler tarafından uygulandığını düşünmek.

Ülkemizde yapılan araştırmaların sonuçları kabadayılık/zorbalık davranışlarının yaygınlığını göstermesi açısından önemlidir. İstanbul'da liseye devam etmekte olan ergenlerin **%9,2'si** okulda son yarıyılıda arkadaşlarına en az bir kez kabadayılık/zorbalık yaptıklarını, **%22'si** kabadayılık/zorbalığa uğradıklarını ve **%9,4'ü** ise hem kabadayılık/zorbalık yaptıklarını hem de kabadayılığa/zorbalığa uğradıklarını bildirmişlerdir. Ankara'da yapılan bir araştırmada ise 692 öğrencinin hepsi kabadayılığa/zorbalığa uğradığını bildirmiştir.

2005/2006 yılında Türkiye genelinde ilk ve ortaöğretim öğrencileri arasında yapılan bir araştırmada öğrencilerin **%65,2'si** son 1-2 ay içerisinde zorbalığa uğradıklarını, **%15,8'i** (n=841) ise haftada en az bir kez zorbalığa uğradıklarını belirtmişlerdir. Pek çok araştırma okullarda sınıf büyüdükçe kabadayılığa/zorbalığa uğrama sıklığının azaldığını göstermiştir.

Kabadayılık/zorbalık davranışları açısından bazı ilginç cinsiyet farklılıkları gözlenmektedir. Öğrencilerin bildirimine dayanan çalışmalarda erkeklerin kızlardan daha çok kabadayılık/zorbalık yaptıklarını bildirmektedirler. Kabadayılığa/zorbalığa uğrama sıklığına baktığımızda ise cinsiyet farkı çok belirgin değildir. Kabadayılığa/zorbalığa uğrama ve cinsiyet ilişkisi ile ilgili tek kesin bulgu **kızların** hem **erkekler** hem de **kızlar** tarafından, **erkeklerin** ise yalnızca **erkekler** tarafından kurban olarak seçilmeleridir.

Kızların ve erkeklerin maruz kaldıkları kabadayılık/zorbalık davranışlarının tipleri arasında da farklılıklar vardır.

Erkekler kızlara göre **daha fazla** oranda fiziksel olarak kabadayılığa/zorbalığa uğrama bildirirken, kızlar erkeklere göre daha fazla oranda haklarında dedikodu çıkarılması ya da cinsellikle ilgili sözler

kullanılarak sataşılması şeklinde indirekt davranışlara maruz kaldıklarını bildirmişlerdir. Kızların kızlara uyguladığı kabadayılık/zorbalık davranışlar incelendiğinde, kızların birbirlerini erkeklerin erkeklere uyguladığından daha fazla oranda **yalnız bırakma** (sosyal izolasyon) şeklinde kabadayılık/zorbalık davranışında buldukları saptanmıştır.

Kabadayılığa/zorbalığa uğrayan çocuklar Kabadayılığa/zorbalığa uğrayan çocuklar literatürde 2 grupta toplanmaktadır. Birinci gruba "pasif olarak kabadayılığa/zorbalığa uğrayanlar", ikinci gruba ise "aktif olarak kabadayılığa/zorbalığa uğrayanlar" girmektedir. İkinci grubu "Provokatif kurbanlar" ya da "Hem kabadayılık/zorbalık yapanlar hem de kabadayılığa/zorbalığa uğrayanlar" olarak adlandıranlar da vardır.

Pasif olarak kabadayılığa/zorbalığa uğrayan çocukların özellikleri

Sadece kabadayılığa/zorbalığa uğrayanlar tedirgin, duyarlı, arkadaş grupları içinde kendini ispat etme güçlüğü yaşayan, öz saygıları eksik ve endişeli çocuklardır. Genel olarak arkadaş gruplarından dışlanırlar ve yalnızlık hissederler. Çocuk ihmali ve istismarına uğramış çocukların kabadayılığa/zorbalığa uğrama riski de yüksek bulunmuştur. Kabadayılığa/zorbalığa uğramanın sosyoekonomik düzey ile ilişkisi tartışmalıdır. Özürlü çocukların da kabadayılığa/zorbalığa uğrama açısından kolay birer hedef olabildikleri saptanmıştır.

Hem kabadayılık/zorbalık yapan hem de kabadayılığa/zorbalığa uğrayan çocukların özellikleri

Bu gruba giren çocuklar sadece kabadayılığa/zorbalığa uğrayan çocuklarla pek çok ortak özellik gösterirler. Ayrıca, hiperaktif ve konsantrasyon güçlüğü yaşayan çocuklardır. Bu çocuklar kabadayılık/zorbalık davranışlarına karışan çocuklar içerisinde dikkat çeken grubu oluşturmaktadırlar; çünkü hem kabadayılığa/zorbalığa uğrayanların gösterdiği duygusal sorunları, hem de kabadayılık/zorbalık yapanların gösterdiği davranışsal sorunları gösterirler. Bu çocukların hem arkadaş ilişkilerinde sorunlar yaşadıkları ve yalnız kaldıkları, hem de akademik başarısızlık, sigara ve alkol kullanımı gibi riskli davranışları diğer çocuklardan daha fazla gösterdikleri saptanmıştır.

Hekimlerinin rolü Hekimler özellikle hem kabadayılık/zorbalık yapan hem de kabadayılığa/zorbalığa uğrayan çocukları saptayabilmelidirler; çünkü bu çocuklar psikolojik ya da psikiyatrik sorunların en fazla görüldüğü çocuklardır. Bir çocuğun kabadayılık/zorbalık yaptığını ya da kabadayılığa/zorbalığa uğradığını saptayabilecek bir ölçme yöntemi bulunmamaktadır. Ancak, bir çocuk aşağıda belirtilen özelliklerden bir ya da bir kaçını taşıyorsa hekimler çocuğu kabadayılığa/zorbalığa uğramış olma riski açısından değerlendirmek üzere izlemelidirler.

1- Okuldan eve eşyaları kaybolmuş ya da zarar görmüş olarak dönen çocuklar

- 2- Bedeninde açıklanamayan çürükler, kesikler ya da çizikler olan çocuklar
- 3- Arkadaşı olmayan ya da az sayıda arkadaşı olan ve arkadaş ilişkilerinde sorun yaşayan çocuklar
- 4- Okula gitmekten korkan çocuklar
- 5- Okul ödevleri ile ilgilenmeyen ve akademik başarısı düşük çocuklar
- 6- Açıklanamayan psikosomatik yakınmaları olan çocuklar
- 7- Gece korkuları olan ya da uyku bozukluğu gözlenen çocuklar
- 8- Üzgün, depresif görünen ve intihar düşüncesi olan çocuklar
- 9- Gergin görünen öz güveni eksik çocuklar
- 10- Sessiz, duyarlı ve pasif çocuklar

Sonuç Hekimler akran istismarını bir sağlık sorunu olarak kabul edip, çocukları bu konuda değerlendirmeye ve risk altındaki çocukları saptamaya ve desteklemeye ilgi duyarlarsa, bu sorunun çözümünde çok önemli bir rol oynayabilirler.

Akran istismarına karışan çocuklara yardım etmek için gösterilen küçük bir çabanın etkisi büyük olabilir ve böylece belki de çocuğun yaşamı boyunca yer alacağı sosyal ortamlarda benzer davranışlar sergilemesi ya da benzer davranışlara maruz kalmasını engelleyecek şekilde ilişkiler kurması sağlanabilir.