

Hastane Temelli Çocuk Koruma  
Merkezleri İçin Başvuru Kitabı

# **İhmal ve İstismara Uğrayan Çocuğa Bütüncül Yaklaşım**



Hastane Temelli Çocuk Koruma  
Merkezleri İçin Başvuru Kitabı

# İhmal ve İstismara Uğrayan Çocuğa Bütüncül Yaklaşım

## Yayına hazırlayanlar

Prof.Dr. E. Tolga Dağlı

Prof.Dr. Mehmet Akif İnanıcı

Ankara, 2011

**Hastane Temelli Çocuk Koruma Merkezleri İçin Başvuru Kitabı  
İhmal ve İstismara Uğrayan Çocuğa Bütüncül Yaklaşım**

**Yayına Hazırlayanlar**

Prof.Dr. E. Tolga Dağlı  
Prof.Dr. Mehmet Akif İnanıcı

**ISBN:** 978-92-806-4616-0

©UNICEF Türkiye Ülke Ofisi  
*Birinci Baskı:* Kasım 2011, Ankara

**UNICEF Türkiye Ülke Ofisi**

Birlik Mahallesi 2. Cadde No. 11  
06610 Çankaya / Ankara TÜRKİYE  
Tel: + 90 0312 454 1000  
Faks: +90 0312 496 1461  
<http://www.unicef.org.tr>

**Baskı:** Fersa Ofset Matbaacılık, Ankara

*Bu kitap, Hastane Temelli Çocuk Koruma  
Merkezleri'ne yönelik eğitim seti kapsamında hazırlanmıştır.*

*Her hakkı saklıdır. Kaynak gösterilerek kullanılabilir.*

*Bir kısmının ya da tamamının çoğaltılması UNICEF'in iznine tabidir.*

(isime göre sıralanmıştır)

- Aysu D. Çamurdan, *Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D.*
- Ayşe Yalın, *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D.*
- Bahar Gökler, *Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D.*
- Başar Çolak, *Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adli Tıp A.D.*
- Betül Ulukol, *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D.*
- Ceyda Dedeoğlu, *UNICEF Çocuk Koruma Program Sorumlusu*
- Didem Öztop, *Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D.*
- Dilşad Foto Özdemir *Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D.*
- Elvan İşeri, *Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D.*
- Fatih Yağmur, *Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adli Tıp A.D.*
- Ferda Karadağ, *Sosyal Hizmet Uzmanı, Hacettepe Üni. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D.*
- Figen Paslı, *Sosyal Hizmet Uzmanı, Gazi Üniversitesi, Çocuk Koruma Araştırma ve Uygulama Merkezi*
- Figen Şahin, *Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D.*
- Gökçe Yılmaz, *Uzman Psikolog, Gazi Üniversitesi, Çocuk Koruma Araştırma ve Uygulama Merkezi*
- Halis Dokgöz, *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adli Tıp A.D.*
- Hatice Kaynak, *Avukat*
- İmran Kezer, *Uzman Psikolog*
- Mehmet Akif İnanıcı, *Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adli Tıp AD.*
- Necmi Çekin, *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adli Tıp AD.*
- Orhan Derman, *Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D., Adolesan Ünitesi*
- Özdecan Bezirci, *Sosyal Hizmet Uzmanı, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Koruma Birimi*
- Rafet Kalyoncu, *Hakim*
- Ramazan Akçan, *Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adli Tıp A.D.*
- Seda Akço, *Avukat*
- Selda Polat, *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D.*
- Serpil Salaçin, *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adli Tıp A.D.*
- Şahika Şişmanlar, *Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D.*
- Taner Akar, *Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adli Tıp A.D.*
- E. Tolga Dağlı, *Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi A.D.*
- Ufuk Beyazova, *Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D.*



## ÖNSÖZ

Türkiye Cumhuriyeti ve UNICEF işbirliği ile geliştirilip Avrupa Birliği'nin mali ve UNICEF'in teknik desteği ile 2008-2009 yıllarında gerçekleştirilen "Önce Çocuklar: Çocuk Koruma Me-kanizmalarının İl Düzeyinde Modellenmesi Projesi" içerisinde alt proje bünyesindeki "üniver-sitelerde çocuk koruma merkezleri yapılandırılması" çalışmaları, "Üniversite Çocuk Koruma Uygulama ve Araştırma Merkezlerinin" kurulması önermesiyle sonuçlanmıştır. Merkezlerin kurulmasıyla birlikte üniversitelerin tüm olanakları kullanılarak korunma ihtiyacı olan çocukla-rın tanı, tedavi, korunma ve izlenmelerine dair eğitim, uygulama ve araştırmaların yapılacağı ortam sağlanabileceği düşünülmüştür.

Çok sevindiricidir ki "Merkez" kurma önerisi üniversitemizce beklenenin üstünde ilgi gör-müş, Proje sonlanmadan birçok üniversitemizde kuruluş çalışmaları başlatılmış, proje öncesi kurulmuş olan Gazi Üniversitesi yanında Erciyes, Marmara, Cumhuriyet, Kocaeli, Çukurova Üniversiteleri merkez kuruluşlarını tamamlamıştır. Çok yakında Mersin Üniversitesi'nde de merkez kuruluşunun gerçekleşmesi beklenmektedir.

Proje sonrası, UNICEF' in teknik desteğiyle; Marmara Üniversitesi, Hacettepe Üniversitesi, Gazi Üniversitesi ve Erciyes Üniversitesi'nin Çocuk Koruma Uygulama ve Araştırma Merkez / Birimlerinin öğretim üyeleri, "Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği" ve "Çocuk İstismar-ını ve İhmalini Önleme Derneği" temsilcileriyle birlikte üniversite çocuk koruma uygulama ve araştırma merkezleri/birimleri arasında eşgüdüm çalışmaları başlatmışlardır.

Eşgüdüm çalışmaları; yeni merkezlerin kurulması, kurulmuş merkezlerin geliştirilmesi, mer-kezler arası eşgüdümün sağlanması, çocuk koruma birimlerinin eşyetkilendirilmesi, çocuk koruma birimlerinde çalışacak olan uzmanların bilgi, becerilerinin geliştirilmesi ve belgelen-dirilmesi, eğitim programlarının geliştirilmesi ve eğitim materyallerinin hazırlanması gibi bir dizi alanı kapsamaktadır. Sizlere sunduğumuz bu kitap, söz edilen çalışmaların bir ürünüdür. İhmal ve istismara uğrayan çocuğa bütüncül yaklaşımın tartışıldığı bir başvuru kitabıdır ve merkez çalışanları için eğitim amaçlı hazırlanmıştır.

Üniversitelerimizin Çocuk Koruma Merkezleri'nde görev alan çok sayıda deneyimli öğretim üyesi, çocukların ihmal ve istismarının önlenmesi çalışmalarına, heves ve heyecanla katkı sağlamaktadırlar. Merkezler arasında eşgüdümünün sağlanması ile birlikte çocuk koruma alanındaki çalışmaların gelişerek artacağı ve çocuklarımıza daha güvenli bir yaşam ortamı sunulacağı umudunu taşımaktayız.

**Prof. Dr. E. Tolga Dağlı**  
*Marmara Üniversitesi*  
*Çocuk Koruma Uygulama*  
*ve Araştırma Merkezi*



## 1

**ÇOCUĞUN TANIMI VE GELİŞİM ÖZELLİKLERİ**

- 1.1. İhmal ve istismar yönünden çocuğun fiziksel gelişimi.....
  - 1.1.1. Yenidoğan bebek .....
  - 1.1.2. Yenidoğan sonrası dönem.....
  - 1.1.3. İlk yıllar.....
  - 1.1.4. Okul öncesi yıllar.....
  - 1.1.5. Okul yılları, puberte öncesi .....
  - 1.1.6. Ergenlik dönemi .....
- 1.2. Çocuğun ruhsal ve sosyal gelişimi.....
  - 1.2.1. Bebeklik dönemi (Oral dönem) .....
  - 1.2.2. Özerklik önemi (Anal dönem) .....
  - 1.2.3. Oyun dönemi (Fallik dönem).....
  - 1.2.4. İlkokul dönemi (Latans dönem) .....
  - 1.2.5. Ergenlik dönemi .....

## 2

**İHMAL VE İSTİSMAR KAVRAMI**

- 2.1. Fiziksel istismar.....
    - 2.1.1. Epidemiyoloji .....
    - 2.1.2. Etiyoloji .....
    - 2.1.3. İstismar şüphesi bulunan çocukların değerlendirilme süreci .....
    - 2.1.4. Olgu sunumu .....
    - 2.1.5. Fiziksel istismarın hukuksal boyutu .....
  - 2.2. Cinsel istismar .....
  - 2.2.1. Epidemiyoloji .....
  - 2.2.2. Risk Etmenleri.....
  - 2.2.3. Cinsel istismar iddiasında adli amaçlı muayene.....
  - 2.2.4. Fiziksel muayenede bulguların yorumlanması.....
  - 2.2.5. Kanıtların toplanması.....
  - 2.2.6. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar (CYBH) ve gebelik.....
  - 2.2.7. Olgu sunumu .....
  - 2.2.8. Cinsel istismarına ruhsal bulgular .....
  - 2.2.9. Cinsel istismarın hukuksal boyutu.....
- 2.3. İhmal .....
- 2.3.1. Sıklık .....
- 2.3.2. İhmale yol açan risk etmenleri .....

2.3.3. İhmal tipleri.....	.....
2.3.4. Tanı ve ayırıcı tanı .....	.....
2.3.5 Çocuk ihmalinin etkileri ve sonuçları .....	.....
2.3.6. Çocuk ihmalinin önlenmesi.....	.....
2.3.7. İhmalin hukuksal boyutu.....	.....
2.3.8. Olgu sunumu .....	.....
2.4. Duygusal istismar ve ihmal.....	.....
2.4.1. Duygusal istismar ve ihmalin türleri .....	.....
2.4.2. Sıklığı .....	.....
2.4.3. Etiyolojisi .....	.....
2.4.4. Tanı ve ayırıcı tanı .....	.....
2.4.5. Yaklaşım.....	.....
2.4.6. Olgu sunumu .....	.....
2.5. Özel durumlar.....	.....
2.5.1.Sarsılmış bebek sendromu .....	.....
2.5.2. Bakım verenin yapay bozukluğu/Munchausen by proxy sendromu (MBPS).....	.....
2.6. Çocuk ihmal ve istismarında bir risk etmeni olarak aile .....	.....
2.6.1. Ailesel risk etmenleri .....	.....
2.6.2. Olgu sunumu .....	.....
2.7. Çocuk ihmal ve istismarı: Etik sorunlar.....	.....
2.7.1. İfade alma sorunları .....	.....
2.7.2. Tanının atlanması.....	.....
2.7.3. Adli olguların bildirim zorunluluğu .....	.....
2.7.4. Ceza kanunu cinsel suçlara ilişkin düzenlemelerinde yer alan ruh sağlığının bozulması kriteri .....	.....
2.7.5. İstismar suçuyla yargılanan çocuk.....	.....
2.7.6. Ülkemizde sağlık sistemi ile izlenen sağlık politikalarının yol açtığı sorunlar ve sosyal sistem sorunları .....	.....
2.7.7. Olgu sunumu .....	.....

### 3

## OLGULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ VE YAKLAŞIM

3.1. İletişim becerileri .....	.....
3.2. Cinsel istismara uğramış çocukla görüşme .....	.....
3.2.1. Görüşme .....	.....
3.2.2. Soru türleri.....	.....
3.2.3. Soruların stratejik olarak kullanılması .....	.....
3.2.4. Çocuğun yaş grubuna göre görüşme nasıl yönlendirilmelidir? .....	.....
3.2.5. Görüşmecinin özellikleri .....	.....

3.2.6. Görüşme yapılacak mekâna ilişkin dikkat edilmesi gerekenler .....	
3.3. İstismara uğramış ergen ve ailesiyle görüşme .....	
3.3.1. Görüşme .....	
3.3.2. Görüşmecinin özellikleri .....	
3.3.3. Ergenin özellikleri .....	
3.3.4. Ailenin özellikleri ve aileyle görüşme .....	
3.4. İstismara uğradığı iddia edilen çocukla yapılacak değerlendirme de kullanılacak psikolojik testler.....	
3.4.1. Test türleri .....	
3.4.2. Rapor yazarken nelere dikkat edilmeli? .....	
3.5. Hukuksal yönetim.....	
3.5.1. Adli süreçte yer alan kişi ve kurumlar .....	
3.5.2. Mağdur çocuklara ilişkin adli süreç.....	
3.5.3. Çocukla görüşme ve çocuğun dinlenmesi.....	
3.6. Çocuk koruma merkezlerinde ihmal ve istismara sosyal hizmet yaklaşımı .....	
3.6.1. Çocuk Koruma Merkezinde Sosyal Hizmet Uzmanı, .....	
3.6.2. Olgu sunumu .....	

## 4

### ÜNİVERSİTELERDE ÇOCUK KORUMA MERKEZLERİ

4.1. Üniversitelerde çocuk koruma merkezleri yapılanması ve işlevi .....	
4.2. Çocuk koruma biriminin fiziki ve teknik donanımı.....	
4.2.1. İnsan gücü.....	
4.2.2. Fiziksel ve teknik donanımı .....	
4.2.3. Hasta kayıtlarının tutulması.....	
4.3. Çocuk koruma merkezlerinde çalışanlarının desteklenmesi ve tükenmişlikle başetme yolları .....	
4.3.1. Tanım.....	
4.3.2. Tükenmişliğin belirtileri.....	
4.3.3. Tükenmeyi önleme ve tükenmişlikle baş etme.....	



# Çocuğun Tanımı ve Gelişim Özellikleri

1

## 1.1 İHMAL VE İSTİSMAR YÖNÜNDE ÇOCUĞUN FİZİKSEL GELİŞİMİ

Gelişme, genetik ve çevresel etmenlerin ortak etkisi altında bir çocuğun sinir sisteminin ve psikolojik tepkilerinin olgunlaşmasıdır. Beynin gelişimi üzerine erken çocukluk döneminin deneyimlerinin büyük etkisi vardır. Bunlar çocuğun hem doğuştan getirdiği özelliklerle hem ona verilen bakımın niteliği ile ilgilidir. Doğumda beyin nöron sayısı 100 milyardır. Üç yaşına dek her nöron 15.000 sinaps geliştirir. İlk 10 yıl bu sinapsların sayısı genellikle sabit kalır. Çevreden aldığı uyarılar ile kullanılan sinapslar sağ kalır, uyarılmayanlar atrofiye uğrar. Duygusal yoksunluk sinapsların sayısını derinden etkiler. Ökseleyici deneyimler nörotransmitterlerde ve stres yanıtını düzenleyen endokrin sistemde etkisini yaşam boyu sürdüren kalıcı başkalaşım yaratırlar. Çocuğun dışarıdan gelen uyarılara yanıtını olumlu ya da olumsuz yöne doğru kaydırırlar. Beynin esnekliği ergenliğe dek sürer. Bu süre boyunca prefrontal korteks karar verme, gelecek planlama ve duygusal kontrol yönünden daha ileri gelişir <sup>(1)</sup>.

Çocuğun büyümesi anne karnında en hızlıdır. 40 hafta içinde ufacık bir hücreden, organları tam ve yaşamsal işlevleri başarılı bir insan haline dönüşür. Daha sonra yaşamının hiçbir döneminde bu denli hızlı büyümeyecektir. Ancak yine de 6 yaşına dek büyümesi ve organlarının işlev kazanması en hızlıdır. Daha sonra ergenliğe dek bu hız düşer.

Bir bebeğin fiziksel gelişimi yukarıdan aşağı doğru gider, yani başından ayaklarına doğru. Önce başını dik tutar, sonra kollarını ve gövdesinin üst kısmını kullanabilir, uzanır, yaslanarak oturur, daha sonra belini, bacaklarını kullanabilir, emekler sonunda yürür.

Fiziksel gelişim kaba hareketlerden ince işlerin başarılmasına doğru gider. Önce büyük nesnelere eline alabilir sonra parmaklarıyla ufacık kırıntıları tutabilecek duruma gelir, sonunda kalemi, çatalı başarıyla kullanabilecek denli gelişir. Karalamalardan yazı yazıp, resim yapmaya, eline verilen ekmek kabuğunu ağzına götürülebilmekten, bıçakla kesebildiği parçaları çatala ağzına götürmeye, kaşığına doldurduğu çorbasını dökmeden içebilmeye doğru ilerler.

Fiziksel yeteneklerinin sınırlı olduğu ilk yaşlarda çevresine bağımlı iken, yemek yemek, dolaşmak, giyinmek için büyüklere gereksinim duyarken, becerileri geliştikçe kendine yetebilir bağımsızlığa doğru gider.

### 1.1.1 Yenidoğan Bebek

#### Gelişimi:

Bebek doğduğunda ortalama olarak 3400 gr, 50 cm kadardır. Baş çevresi 35 cm. dolaylarındadır. Pek az becerisi vardır. Işığı görür, sesleri duyar, karnını doyurmak için emer, istediklerini anlatmak için ağlar. Kaka ve idrar kontrolü yoktur. İlk aylarda günün 15-18 saatini uyuyarak geçirir. Yeni doğan bebek boynunu tutamaz. Yüzükoyun yatınca başını pek az kaldırabilir, başını yana çevirerek yanağını yatağa

dayayabilir. Yüzükoyun bırakılınca gövdesini hareket ettiremez, solunumu durabilir, boğulabilir. Yeni doğan dönemi yaşamın en kırılgan dönemlerinden biridir. Bebeğin anne karnından dışarıdaki yaşama geçişi birçok fizyolojik ve biyokimyasal değişiklik gerektirir. Solunum ile oksijen ve karbonmonooksit alış verişini düzenlemek, sindirim sistemi ile besin emilimini sağlamak, sindirmek, karaciğerinde metabolize etmek, atıkları ve toksik maddeleri boşaltmak, dolaşım ve endokrin sistemlerini kendi başına çalışır duruma getirmek için uğraştığı bir geçiş dönemidir<sup>(1)</sup>. Bebeğin gelişimi annesi ile sevgi dolu iletişimin varlığında daha hızlı olur. Bu etkileşim psikolojik ve fizyolojik bağlanmayı getirir. Bağlanma annenin ona dokunması, okşaması, göz göze bakması, sevecen ifadelerle konuşması, beslenme, temizlenme gibi gereksinimlerini karşılaması yolu ile sağlanır.

Her bebek bir hastalığı yoksa, beslenebiliyorsa ve uygun bir psikososyal çevrede yaşıyorsa kendi gebelik yaşına uygun büyüme eğrileri ile belirlenebilecek bir hızda büyür ve gelişir.

### **Riskler:**

Bazı bebekler daha erken doğarlar bu nedenle de daha küçük daha kısa boylu olurlar. Bazı organları gelişmemiştir, hastalıklara dirençleri daha düşüktür. Böyle bebeklerin yaşatılabilmesi için daha çok emek ve sabır gerekir. Beslenmeleri güç olabilir, huzursuz olabilirler, sık sık hastalanabilirler. Yaşıtlarının başardığı birçok gelişme aşamasını daha geç ve daha zor elde ederler. Bazıları yaşamlarını kalıcı yetersizliklerle sürdürmek zorunda kalabilirler.

Bazı bebeklerin doğuştan bozuklukları vardır. Kalp, akciğer ya da böbrek gibi yaşamsal organları işlevlerini tam olarak yapamazlar. Hastanede yatmaları, ilaç ya da destek gereçleri kullanmaları gerekebilir. Bazılarının doğuştan görünür sakatlıkları vardır. Ailelerini zorlayabilirler. Bebeklerinin bu özellikleri ana babalarının beklentilerini karşılayamayabilir.

Bebek sağlam olsa bile gebeliğin istenmemiş planlanmamış olması, bazen aile içi ya da bireysel sorunlar annenin bebeğe bakımını ve bağlanmasını zorlaştırabilir<sup>(2)</sup>.

Doğum sonu depresyon çevreden yeterli destek alamayan annenin bebeğini ihmal etmesine yol açabilir<sup>(3)</sup>. Bu bebekler istismar ve ihmal açısından risk altındadırlar.

### **İhmal ve istismar:**

Yukarıdaki risk etmenlerini taşıyan bebekler beslenme, barınma, giydirilme, sevilme, ağlamasına yanıt verilmesi gibi konularda ihmal edilebilirler.

Ailelerini zorlayan bu bebekler büyüklerin öfke nöbetlerinin kurbanı olabilirler. Bir erişkin tarafından sarsılan ufak bir bebeğin dura altı damarları kolayca yırtılıp dura altında kan toplanmasına yol açabilir. Bu durum bebeğin ölümü ya da sakat kalması ile sonuçlanabilir<sup>(4)</sup>. Sarsılmış bebek sendromu olmasa bile yaralama, yakma, vb. gibi fiziksel istismarlar ile örselenebilirler.

### 1.1.2 Yenidoğan Sonrası Dönem

#### Gelişimi:

Birinci ayın sonunda bebeğin becerilerinde pek az ilerleme görülür. Annesinin gözüne bakabilir. Kaba ince motor gelişmesi çok yavaştır. İkinci ayda annesine ve kendisine yakınlık gösteren kişilere gülümsemeye ve yavaş yavaş a-guu! diye sesler çıkararak ilgi göstermeye başlar. Yer değiştiren cisimleri ve kişileri izler. Kendisine bakan kişiye güvenli bağlanmış olan bebek huzurludur, neşelidir büyümesi de daha hızlıdır. Bu aylarda genellikle ayda 600-800g. ve 2 cm. alır.

Dördüncü ayda yüzükoyun bırakıldığında kollarına dayanarak başını kaldırabilir, ellerinden tutunca sırtını ve omuzlarını annesine doğru kaldırmaya çalışır, gülümser, daha çok sesler çıkarır, eline verilen bir şeyi tutabilir, ellerini birleştirir, ağızına götürür.

Beş altı aylık bir bebek doğum ağırlığının iki katına ulaşmıştır. 15-20 cm. uzamıştır. Sevilen sağlıklı bir bebek ise çevresiyle ilgisi giderek artar. Ce e! oynayabilir. Hece-leri çıkarır. Sesli olarak güler. Nesnelere uzanır. Çıngırağını sallar. Dönebilir. Destekle oturabilir.

Yedi-dokuz aylar arasında desteksiz oturabilir. Bazıları emeklemeye başlayabilirler. İnce motor yetenekleri ilerlemektedir. Büyük nesnelere yanı sıra boncuk, leblebi gibi ufak olanları alabilir. Her şeyi ağızına götürür. El çırpma gibi taklide dayalı bazı davranışları öğrenebilir. Yinelenen hecelerden oluşan “de-de, “ma-ma” gibi bazı sözcükleri söyleyebilir (1).

#### Riskler:

Yenidoğan dönemindeki gibi prematüre ya da düşük doğum ağırlıklı bebekler bakımları güç, büyüme ve gelişmeleri yavaş olduğu için, doğuştan bozukluğu olan bebekler aileleri düş kırıklığına uğradığı için, aile içi sorunlar olan bebekler anne ve babanın bakım ve sevgi açısından hevesleri olmadığı için, anne ya da babasında bedensel ya da ruhsal bir hastalık olanlar ebeveynler ilgi ve destek gösteremedikleri için ihmal ve istismara uğrayabilirler (5).

#### İhmal ve istismar:

Ani bebek ölümü, yüzükoyun yatırma sonucu konu hakkında bilgisi olmayan ailelerin bebeklerinde görülebileceği gibi kasten ya da ihmal sonucu da gelişebilir (6).

Dikkatin çevreye doğru döndüğü bu yaşlarda ihmale uğrayan bebeklerin çevreye beklenen ilgileri azdır, sesli ya da görsel uyarılara yanıtları zayıftır. Yineleyen hareketler yaparlar. Kendilerine bakan kişiden ayrılmayı kolay kabul ederler. Büyüme hızları yavaştır. Boy ve ağırlıkları, ağır ihmale uğrayan çocukların baş çevreleri yaşit-larına göre daha küçük kalır (7).

İhmale uğrayan çocuklar sık kaza geçirebilirler. Yanma, sıcak su ile haşlanma, yüksekten düşme, ilaç ya da zehirli madde alımı çocuğun yeterince gözetilmediğini akla getirebilir. Öyküde sık sık kazalar, değişik sağlık kurumlarına başvurular varsa dikkat edilmelidir (8).

İlk 6 ay içinde tüm gövdesini hareket ettiremediği için bir yere bırakılınca düşme kendini yaralama olasılığı çok düşüktür. Kaza ile yataktan ya da koltuktan düşmesi beklenmez. Bir yaş altındaki bütün kırıklar ve yaralanmalar, yanıklar ihmal ve istismar açısından düşünülmelidir. Fiziksel istismara uğrayan bebekler istismarcıdan aşırı korkabilir, bedenlerine dokunulmasına şiddetle karşı çıkabilirler <sup>(9)</sup>.

Bu yaş grubu bakım verenler tarafından yapay bozukluklar yaratılarak sağlık kurumlarına taşınabilir, gereksiz tetkik ve tedavilerle örselenebilir, ölebilirler <sup>(10)</sup>.

### 1.1.3 İlk Yıllar

#### **Gelişme:**

On-oniki aylarda yürüme alıştırmalarına başlar. Tutunarak kalkabilir. Mobilyalara tutunup sıralayabilir. Topla oynar. Sözcük sayısını artırabilir. “Baba”, “aç”, “”atta” gibi sözcükler söyleyebilir. Sevgi ile büyütülmüş bir bebek istedikleri yerine getirilmediği zaman hırçınlaşsa da genelde huzurludur, neşelidir. Yeni şeyler öğrenmeye yatkındır.

Bir-birbuçuk yaşlar arası büyüme biraz yavaşlar, zihinsel ve duygusal gelişme zenginleşir. Birinci yılın sonunda yaklaşık 10 kg. 76 cm. olmuştur. Baş çevresi 46 cm.dir. Yaşamın ilk yılında 6 ayda ağırlığının iki katına çıkmış olan bebek bu altı ayda yalnızca bir kg. kadar alır, önceki yıl bu sürede 15-20 cm uzamış olan bebek bu kez 57 cm. kadar uzar. Büyüme hızının azalması iştahta azalmaya yol açar. Bu aylarda bardaktan su içebilir, karalama yapabilir. Oyuna katılabilir. Organlarını gösterebilir. Yürümesi giderek düzgün olur, bazıları koşabilir. Kendinden büyüklerle oynamayı sever. Büyüklerin yaptıklarını taklit eder, basit emirleri yerine getirebilir. Daha çok algılayıcı dili gelişmiştir. Söyleneni anlar ama kendi duygularını ifade edecek sözcükleri söyleyemez. Yaşamın ikinci yılı çocuğun çok bencil, sinirli, inatçı olduğu istekleri yerine getirilmediğinde aileyi çok zorlayabildiği bir süreçtir.

Bir buçuk-iki yaşlar arası hem motor hem mental yetenekleri ilerler. Konuşabildiği sözcük sayısı giderek artar, ikinci yıldan başlayarak genellikle iki ya da üç sözcüğü bir araya getirerek basit cümleler kurabilir. Yine de her şeyi ifade edemez. Kalemle yuvarlak çizebilir. Merdiveni çıkabilir. Kakasının ve çişinin geldiğini belli edebilir. Bazıları tuvalet eğitimini başarabilirler <sup>(1)</sup>.

#### **Riskler:**

Bu yaşlarda inatçı ve bencil olduğu için güç yönetilen çocuk, öfkesini kontrol edemeyen ebeveynlerin kasıtlı olarak ya da disiplin amacıyla kötü muamelesine maruz kalabilir.

Tuvalet eğitimi sırasında yaşanan gerginlik çocukta kabızlık ve hırçınlığa yol açabilir, fiziksel istismarla sonuçlanabilir.

Bu yaşlarda başlayan iştah azalması, yeme-yedirme sorunlarına giderek duygusal ve fiziksel istismara yol açabilir <sup>(11)</sup>.

**İhmal ve istismar:**

İhmal ya da istismara uğrayan bebeğin çevreye ilişkisi azdır, pek az beceri öğrenmiştir. Çevresinden daha çok korkar. Bir yaralanma durumunda bakımından sorumlu olan kişilerin ileri sürdüğü kaza ile becerilerinin uyumlu olup olmadığına dikkat etmelidir.

İhmal ya da istismara uğrayan çocuk çekinik, korkaktır, çevresine güveni azdır, büyümesi ve gelişmesi yavaştır. Fiziksel istismar sonu bazı yetilerini yitirmiş olabilir. Sarsılmış bebek sendromu tanısı alanlar bu yaşta mental ve motor olarak geri kalmış olabilirler, konvülsion geçirebilirler <sup>(12)</sup>.

Çocuğun gövdesindeki travma izlerinin istismara bağlı olup olmadığı, bu yaşlarda daha hareketlenmiş olmasına bağlanmadan önce dikkatle değerlendirilmelidir<sup>(13)</sup>. Gövde, kol ve bacakların arkası, kulaklar genellikle kaza ile yaralanmazlar. Yürürken düşen bir bebek 75-80 cm. den düşeceği için ciddi bir kafa travmasına uğrama olasılığı yoktur. Eline aldığı bir şeyi sallayarak kendine vurup yaralayabilecek kadar gücü yoktur.

**1.1.4 Okul Öncesi Yıllar****Gelişim:**

Yaşamın üçüncü yılı benzer bir hızla büyümenin sürdüğü ancak zihinsel gelişmenin hızlı ilerlediği bir yıldır. Konuşma gelişmiştir. Öyküleme yapar. Başına geleni anlatabilir. Birçok organı adı ile söyleyebilir. Çevresindekilerin yaptıklarını taklit eder. Kötü dokunmayı sezer ancak karşı koyamaz. Cinsiyet özelliklerini bilir. Üç tekerlekli bisiklete binebilir. Ev dışında oynamaya meraklıdır. Renkleri bilir. Dans eder, basit şarkıları ezberler.

Yaşamın dördüncü yılında kaba ve ince motor yeteneklerinde belirgin gelişme görülür. Bazı sporları yapabilir. Kurallı oyunlar oynar. Keser, yapıştırır. Resim yapar. Hem algılayıcı hem ifade edici dili gelişmiştir. Aç, yorgun, üşümüş gibi kavramları bilir. İfadesine güvenilebilir. Başına gelenleri resimle ifade edebilir.

Yaşamın beşinci yılında kendi cinsiyetindekilerle oynamayı sever, büyülü, sihirli, serüven dolu yaşantıları merak eder, sır saklar, giyinip soyunabilir, sayı sayar, uzun cümlelerle konuşur <sup>(1)</sup>.

**Riskler:**

Oyun alanlarının güvenliği yoksa aile dışından istismara uğrayabilir. Başına geleni sır olarak saklamak konusunda korkutulabilir. İstismardan kuşkulandığında uygun yöntemlerle görüşme yapıldığında verdiği ipuçlarına güvenilebilir.

Serüven düşkünün olması kolay kandırılmasına yol açabilir. Aşırı otoriter ailelerde, ya da çocukla yeterince ilgilenmeyen ailelerde çocuğun uğradığı cinsel istismar uzun süre sır olarak kalabilir<sup>(14)</sup>.

**İhmal ve istismar:**

Davranış değişiklikleri, kazanılmış yeteneklerin kaybı, büyümede geri kalma, yaşından beklenmeyen cinsel bilgiler, kazalarda yaralanma olamayacak bölgelerde yaralanmalar fiziksel ya da cinsel istismarı akla getirmelidir.

Daha önce kaka ve idrar kontrolü olan çocuklarda bu yetinin kaybedilmesi cinsel istismarı akla getirebilir. Bu yaşlarda tıbbi yakınmaların altında yatan olası istismar bulguları gözden kaçırılmamalıdır<sup>(15)</sup>.

**1.1.5 Okul Yılları, Puberte Öncesi****Gelişim:**

6-11 yaşlarda 3-3.5 kg alır, 6-7-cm uzar. Kafa çevresi yalnızca 2-3 cm. kadar büyür, beyin büyümesi de yavaşlamıştır. Miyelinizasyon 7. yaşta tamamlanır. Süt dişleri dökülüp kalıcı dişleri çıkmaya başlar. Kas gücü ve eşgüdümü gelişir, karmaşık dans ve spor hareketlerini yapabilir. Öte yandan eski yıllara göre hareketi azalmış görece tembelleşmiştir. Puberte öncesinde hipotalamus duyarlılığı ve hipofiz değişiklikleri gonadotropin yapımında artışa neden olur. Çoğu çocukta cinsel organlar gelişmemiş olmasına karşın, cinsiyet farklılıklarına ve cinsel davranışa ilgi gösterirler. Cinsel yönelimler sınırlıdır, masturbasyon siktir. Erken yaşta puberte görülebilir, özellikle kız çocuklarda beden algısı nedeniyle kaygılar, uygunsuz beslenme davranışı ortaya çıkabilir.

Okul öncesi yaşlardaki büyüsel ve kendine dönük düşüncenin yerini çok boyutlu düşünme, yorum yapma, görüş bildirme gibi özellikler alır. Zamanı ve mekanı doğru algılar, tanımlar. Yaşamın altıncı yılından sonra çocuk ev dışında daha uzun zaman geçirir. Kendi kararlarını vermeye heveslidir. Eğitim almaya açıktır. Giderek akranları ve öğretmeninin onayını alma peşinde koşar. Okul yaşlarında kendi cinsiyetine uygun gruplara girer. Okula başladığında yeni toplumsal kurallara uyum zorluğu gösterebilir. İçine kapanık ya da saldırgan davranış geliştirebilir. Engelleri ya da kronik hastalığı olan çocuklar toplumsal gruplara katılma güçlüğü gösterebilirler. Bu yaş çocuklar doğru olanı yanlıştan ayırt edebilirler<sup>(1)</sup>.

**Riskler:**

Özellikle dikkat ve iletişim sorunu olan, zihinsel yetenekleri sınırlı, fiziksel olarak zayıf, kırılgan ya da saldırgan çocuklar istismara uğramaya eğilimlidirler.

Ailesel riskler arasında yoksulluk, göç, kenar mahallelerde yaşama, aile içi anlaşmazlık varlığı, dağılmış aileye sahip olma, tek ebeveynli olma sayılabilir.

**İhmal ve istismar:**

Medya ile daha fazla içli dışlıdır. Şiddet ve cinsellikle karşılaşım korkabilir, süper güçleri olan kahramanları taklide kalkabilir.

Okulda erişkinlerden, öğretmenlerden ya da yaşça büyük çocuklardan duygusal, fiziksel, cinsel istismar görebilir. Akran çetelerine katılıp istismarcı rolüne girebilir<sup>(16)</sup>. Okulda istismarın varlığı konusunda; okula gitmek istememe, kişilik değişimleri gösterme, okul başarısında düşme, psikosomatik hastalıklar gösterme gibi ipuçları değerlendirilmelidir. Bu ipuçlarını yakalamada öğretmenin özellikle rehber öğretmenin önemli rolü vardır.

### 1.1.6 Ergenlik Dönemi

Ergenlik, çocuklukla erişkinlik arasındaki bir geçiş dönemidir. Dünya Sağlık Örgütü'ne (WHO) göre 10-19 yaş aralığı ergen, 15-24 yaş aralığı genç ve 10-24 yaş aralığı da gençlik dönemi olarak tanımlanır. Ergenlik döneminde gelişimin üç farklı bölümü fiziksel gelişim, cinsel gelişim ve psikososyal gelişimdir. Kız ergenlerin fiziksel ve cinsel gelişimleri, erkek ergenlere göre iki yıl daha erken başlar. Her gencin bu süreleri geçirme dönemleri birbirlerinden farklıdır. Genç diyebilmek için ergenin fiziksel ve cinsel gelişimini tamamlaması gerekmektedir<sup>(17)</sup>.

Bu bölümde ergenin fiziksel ve cinsel gelişimi sırasında karşılaşılan istismar ve ihmal olayları için gencin gelişim basamaklarına göre değerlendirilmesi yapılacaktır.

Ergenlik döneminde istismar ihmale göre daha ön plandadır. Ergenlerin istismar ve ihmalle karşılaşma durumlarını değerlendirmek için sırası ile ergenin psikososyal gelişim sırasındaki üç gelişim basamağına göre gençleri değerlendirmek gerekmektedir.

Erken ergenlik dönemi, kız ergenlerde 10-14 yaş aralığında, erkek ergenlerde ise 12-14 yaş aralığındadır. Bu dönemin en büyük özelliği gençlerin fiziksel ve cinsel gelişimleri için epey mesafe almış olmalarına karşın psikososyal gelişimin daha yeni yeni başlamış olmasıdır. Gençler fiziksel olarak belki dışardan olgun bir birey olarak algılandılar da hala çocuksu özelliklerini korumaktadırlar. Soyut düşünce kavramı daha gelişmemiştir. Hayal dünyaları çok gelişmiştir. Ölüm kavramını daha yeni yeni algırlar ama yine onlara göre “genç öl ölün yakışıklı olsun” tavrı hakimdir. Kurallı yaşamı oluşturamazlarsa sorumluluk almada zorlukları olur, dürtü kontrolünü beceremezler ve riskli davranışlarla karşılaşma olasılıkları artar<sup>(18)</sup>.

Bu dönemde kızlar kızlarla, erkekler erkeklerle arkadaşlık ederler ama yavaş yavaş cinselliğe karşı ilgileri de artar. Ev dışında geçirilen zaman artar, arkadaş gruplarına katılma süreçleri başlar. Kendilerini daha çabuk erişkin gurbuna dahil etme için çabaları fazlalaşır. Hobileri kapsamında farklı uğraşlar ile ilgilenmeye başlarlar. Bunun için farklı ortamlarda birçok insanla temas içinde olurlar. Her birinin hedefi bazen gerçekler ile bağdaşmayacak kadar ütopyik olabilir. İkinci bireyselleşme sürecinde otoriteye karşı gelme, kendi düşüncelerini savunma, karşısındaki düşünceye katlanamama ve karşı gelme artar. Bu durumlarda karşısındaki ile çatışma kaçınılmaz olur<sup>(18)</sup>.

Erken ergenlik dönemlerinde istismarın fiziksel boyutunu bu çatışma süreçlerinde çok sık görürüz. Erişkinlerin “bu çocuklara ne oluyor, iyice kendilerini bir şey zan-

nediyorlar, bunların bir haddini bildireyim” yaklaşımı bu süreci hızlandırır. Gençlerin dürtü kontrolleri zayıf olduğundan kendi kişiliklerini ortaya koymak için tartışmaya karışma olasılıkları artar. Hayal güçleri çok yüksek olduğu için hiç olmayacak olaylara karışmalarına çok sık rastlanmaktadır. “Ben artık çocuk değilim” yaklaşımı ile kendi düşüncelerini ortaya koyma çabaları fiziksel ve cinsel istismarla karşılaşma olasılığı yaratmaktadır. Fiziksel ve cinsel gelişimlerinin psikososyal gelişimin önünde gitmesi, bu yaş gurubundaki gençleri hem fiziksel hem de cinsel istismar karşısında daha korunaksız kılmaktadır. Soyut düşünce kavramının gelişmemiş olması somut düşünceler ile karşılaşabilecek olaylara karşı çözüm üretebilme çabaları çoğu kez bu gruptaki gençleri tehlikelere daha açık hale getirmektedir. Bu yaş grubunda ihmal ergenlerin sahip olmaları gereken koşulların erişkinler tarafından karşılanmaması ile ortaya çıkabilir. Bunlar kötü barınma koşulları, okula gidememe, ekonomik gereksinimlerinin karşılanamaması ve güvenli, her zaman ulaşabilecekleri güçlü bir erişkinin arkalarında olmaması gibi durumlardır. Erken ergenlerde gençlerin bir iş gücü olarak görülmeleri onların ihmal ve istismar ile karşılaşma olasılıklarını arttırmaktadır. çocuk seks işçisi kavramı bu yaş döneminde bulunan gençlerin karşılaşabilecekleri fiziksel ve cinsel istismar için kullanılan bir deyimdir. Aile dinamiklerinin iyi olmaması, eve para getirme zorunluluğu bu gençleri tehlikelere daha açık bir hale getirmektedir. Erişkin görünümde çocuk akıllar istismar için en büyük hedef olabilmektedir. Ben artık büyüdüm, istenilenleri yapmazsam arkadaşlarım beni gruplarına almazlar, ne yapayım arkadaşlarım da bunu yapıyorlar yaklaşımı gençlere bu yaş döneminde çok ağır bedel ödetmektedir (19).

Orta ergenlik dönemi 14-18 yaş aralığıdır. Bu dönemin en büyük özelliği cinsel gelişim sürecinin diğer gelişim süreçlerine göre daha öne çıkmasıdır. Bu dönem cinsel kimliğin ortaya konulması dönemidir. Kızların ve erkeklerin karşı cinsle ilgilerinin arttığı duygusallıkların ve ilk cinsel birlikteliklerin yaşanabileceği bir dönemdir. Arkadaş kavramı bu dönemde daha anlam kazanırken, aile ile geçirilen sürelerin azalması, gençlerin daha fazla dışarıda olmalarına neden olmaktadır. Artık ben büyüdüm bana kimse karışamaz yaklaşımı, ben yaşadıklarımı ailemle paylaşmak istemiyorum, bütün bunlar benim özelim düşüncesi gençleri tehlikelere daha açık hale getirmektedir. Ailem ne biliyor ki bak arkadaşım nasıl yaşıyor ona ailesi nasıl karışmıyorsa ben de böyle olmasını istiyorum anlayışı gençler arasında daha da yaygınlaşmaktadır. Dürtü kontrolünün zayıflığı, risklere karşı olma onları daha açık hedef haline getirmektedir. Cinsellik artık yaşanması gerekli ama boyutu tam olarak belirlenemeyen bir kavramdır. Aileden uzak kalma, arkadaş gruplarına girebilmek için harcanan çaba, bu dönemde bulunan gençleri istismara açık kılmaktadır (20).

Orta ergenlik döneminde cinsel istismarla karşılaşma yüksek bir olasılıktır. Flört ilişkileri, doğru eş bulamama durumları bu yaş dönemlerinde kimi zaman hem fiziksel hem de cinsel istismar olasılığını arttırmaktadır. Dürtü kontrolü zayıf riskli davranışlarda bulunma, istismarla karşılaşmayı kolaylaştırır. Arkadaş ilişkilerinin aile ilişkilerinin önüne geçmesi gençleri daha korunaksız bir ortam içine itebilmektedir. Arkadaş grubuna girebilmek için yapılan davranışlar kimi zaman gençleri daha tehlikeli bir ortama sürükleyebilir. Soyut düşünce kavramı erken döneme göre daha gelişmiş

olsa bile rol modelliği arkadaşlarda arama çabası gençleri tehlikeli durumlar ile karşı karşıya bırakmaktadır. Bir an önce erişkin olabilmek çabası veya ben artık bir erişkin gibi muamele isterim gayreti istismarı kolaylaştırabilir. Hem cinsel hem de fiziksel istismarda duygusal istismar da vardır. Bu yaş grubunda öz güvenini geliştirme çabası içinde olan bir gence bir fiziksel ceza veya cinsel içerikli bir şaka veya sarkıntılık yaşamı boyunca iz bırakabilmektedir (20).

Geç ergenlik dönemi 18 yaş sonrası dönemi kapsar bu dönem cinsel kimliğin yanında hem mesleki hem de sosyal kimliğin olduğu dönemdir. Bu dönemdeki gençler arkadaşlarını daha seçici belirlemeye çalışırlar. Aile değer yargılarına daha çok önem verirler. Soyut düşünce kavramı daha yerleşmiştir artık her şeyi somuta indirgeyerek düşünmeden uzaklaşmaya başlarlar. Sorumluluk duyguları yükselerek, dürtülerini kontrol etmeyi ve riskli davranışlardan uzakta kalabilmeyi becerebilirler. Doğru rol modeli bulmaya, kimseye bağlanmadan kendi kişiliklerini ortaya koymaya çalışırlar. Öz güvenleri yüksektir. İlişkilerinde seçicilik daha nesnel değerler üzerine oturur. Artık erişkin olma yolunda epey yol almışlardır, tek başlarına karar vermeyi, doğru ile yanlış ayırt etmeyi öğrenmişler, gerçekçi hedefleri belirlemişlerdir. Kişilik yapılarını biçimlendirme süreçleri, onların yaşadıkları deneyimler sonucu olduğu için, bu dönemdeki ilişkileri ve sağlam öz güvenleri onları yaşama daha hazır hale getirmektedir (21).

Geç ergenlik döneminde gençler yaşadıklarını daha değerlendirici olmaktadır. Değer yargıları daha oturmuştur. Aile değerlerinin ne anlama geldiğini bilirler. Belli hedefleri vardır. Bu dönemde istismarın fiziksel boyutu, fiziksel cezadan daha ziyade kavga ve şiddet içerikli durumlarla karşılaşılınca olmaktadır (21).

Cinsel ilişkiler cinsel yaşam içerikli olmaktadır romantik flört ilişkilerinde cinsellik yaşanabilecek bir boyut olarak karşımıza çıkmaktadır. Artık erişkin oldum bedenim bana ait istediğim ile istediğimi yaparım anlayışı bazen gençleri istismar ile karşı karşıya bırakabilmektedir. Duygusal istismarın boyutu daha geniş bir yer tutmaktadır. Diğer insanlar ile ilişkilerinde aileden daha bağımsız karar vermeler ikili ilişkilerde sıkıntı yaratabilmektedir. Ben artık erişkin oldum hem kendi paramı kazanıp harcamak hem de ayrı oturmak istiyorum düşünceleri onları bazen tehlikeler ile karşı karşıya bırakabilmektedir. Para kazanmaya başlanması ile ailenin sınırladığı birçok şeye karşı aşırı bir ilgi olabilmekte bu tutkular denenmekte veya bunların sağlanabileceği ortamlarda ve kişilerle beraber olunabilmektedir. Yaşanan cinsellik sırasında çok sayıda eş ve korunmasız cinsel yaşam sık rastlanan bir özellik olarak karşımıza çıkmaktadır. Gençlerin bazı maddi olanaklara kavuşmak için seks işçisi olarak çalışmaları, onları istismar olayları ile karşı karşıya bırakabilmektedir. Çalışma ortamlarında izinsiz olarak çalışmaları da her türlü fiziksel ve cinsel tacizle karşı karşıya gelmeleri kolaylaşmaktadır (18).

### **Ergenlerde Fiziksel ve Cinsel İstismara Karşı Alınabilecek Önlemler**

Ergen ne çocuğun büyüğü, ne de erişkinin küçüğüdür. Adolesanın gelişimi sırasında her basamak aynı anda olmadığı gibi herkes için de ayrı bir süre izleyebilir.

Onun için 10 yaşındakine böyle davranılır, 15 yaşında böyle gelişim olur durumu bütün gençleri kapsamaz. Onun için her genç kendi başına değerlendirilmelidir. Değerlendirme içinse mutlaka fiziksel, cinsel ve psikososyal gelişim basamakları ayrı ayrı ele alınmalıdır. Gençler öz güvenlerini oluştururken hem güvenecekleri bir kişi hem de rol model alabilecekleri bireyi ararlar. Eğer bu konuma bir erişkini koymazlarsa bu yere bir arkadaşlarını koymaları çok olasıdır. Bugüne kadar kendine karşı yapılan herşeye karşı temkinli ve saygılı olması öğretilen gence istemediği bir davranışla karşılaştığı zaman hayır sözcüğünü söylemesi çok kolay bir süreç değildir. Madalyonun bir yüzünde bu dururken diğer yüzünde ise ikinci bireyselliğini ortaya koymak için çabalayan bir gencin çatışma olmadan erişkinin her söylediğini kabul etmesini beklemek boş bir hayaldir. Arkadaş kavramının çok önemli olduğu bir ortamda doğru arkadaşı bulmak için geçen süre bir çok kez genci güvenilecek insan yoktur sonucuna ulaştırarak toplumdaki kendini soyutlamasına itebilmektedir. Bizlerin istismar ve ihmal konusunda gençleri bilgiledirmemizin en önemli ayağını iyi bir rol model olmamız, güvenir olmamız ve onların her zaman sığınabilecekleri bir liman olduğumuzu göstermemiz oluşturmaktadır. Bu yaş döneminde cinsel oyunlar ile cinsel ilişkinin sınırlarını iyi belirlemek, karşılaşılan bir istismara karşı sessiz kalınmaması gerektiğini öğretebilmek, istismarcının her zaman kendi kimliğinin gizli kalması için çabalayacağını anımsatmak ve ilişkilerinde her zaman karar vericinin kendisinin olduğunu söylemek, başına gelen her davranışla mücadele ederken bunu güvenir kişiler ile paylaşmasını bilmesini sağlamak, gençlere verilecek bu konudaki en önemli mesajlardır (18,19,21).

**Kaynaklar**

1. Feigelman S. Growth, Development and Behaviour In; Nelson Textbook of Pediatrics 18th.Ed. Philadelphia: Mosby Elsevier (Ed.by) Kliegman RM, Behrman ER, Jenson HB, Stanton BF. 2007; 33-59
2. Candeleria M, Teti DM, Black MM Multi-risk infants: predicting attachment security from sociodemographic, psychosocial, and health risk among African-American preterm infants. J Child Psychol Psychiatry. 2011 Aug;52(8):870-7
3. Chaudron LH, Szilagyi PG, Kitzman HJ, Wadkins HI, Conwell Y. Detection of postpartum depressive symptoms by screening at well-child visits. Pediatrics. 2004 Mar;113(3 Pt 1):551-8.
4. Esernio-Jenssen D, Tai J, Kodsi S. Abusive head trauma in children: a comparison of male and female perpetrators. Pediatrics. 2011 Apr;127(4):649-57
5. Jaudes PK, Mackey-Bilaver L Do chronic conditions increase young children's risk of being maltreated? Child Abuse Negl. 2008 Jul;32(7):671-81
6. Malloy MH, Freeman DH. Age at death, season, and day of death as indicators of the effect of the back to sleep program on sudden infant death syndrome in the United States, 1992-1999. Arch Pediatr Adolesc Med. 2004 Apr;158(4):359-65
7. Nemeroff CB. Neurobiological consequences of childhood trauma. J Clin Psychiatry. 2004;65 Suppl 1:18-28
8. Hymel KP; Committee on Child Abuse and Neglect When is lack of supervision neglect? Pediatrics. 2006 Sep;118(3):1296-8
9. Kirk CB, Lucas-Herald A, Mok J. Child protection medical assessments: why do we do them? Arch Dis Child. 2010 May;95(5):336-40
10. Galvin HK, Newton AW, Vandeven AM. Update on Munchausen syndrome by proxy. Curr Opin Pediatr. 2005 Apr;17(2):252-7
11. Schmitt BD Seven deadly sins of childhood: advising parents about difficult developmental phases. Child Abuse Negl. 1987;11(3):421-32
12. Connell-Carrick K, Scannapieco M. Ecological correlates of neglect in infants and toddlers. J Interpers Violence. 2006 Mar;21(3):299-316.
13. Maguire S. Which injuries may indicate child abuse? Arch Dis Child Educ Pract Ed. 2010 Dec;95(6):170-7
14. Hershkowitz I. Delayed disclosure of alleged child abuse victims in Israel. Am J Orthopsychiatry. 2006 Oct;76(4):444-50
15. Newton AW, Vandeven AM. Update on child maltreatment. Curr Opin Pediatr. 2009 Apr;21(2):252-61
16. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Bullying among middle school and high school students--Massachusetts, 2009. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2011 Apr 22;60(15):465-71
17. Kinik E. Adolesan. Katkı Pediatri Dergisi. 2000; 21(6):713-20.293-360
18. Derman O. Adolesan Jinekolojisi. Katkı Pediatri Dergisi. 2005; 27(4)
19. Strasburger V., Brown B. Adolescent Medicine A Practical Guide. 1-151
20. Holland-Hall C., Brown R. Adolescent Medicine Secrets. Questions and Answers Reveal the Secrets to Effective Care of Adolescents. 1-51
21. Neinstein LS. Adolescent Health Care. A practical Guide. 3-150.

## 1.2 ÇOCUĞUN RUHSAL VE SOSYAL GELİŞİMİ

Bu bölümde ruhsal gelişimin iki temel kuramcısı olan Freud ve Erikson açısından çocuğun ruhsal ve sosyal gelişimine ilişkin bilgiler aktarılacak ve gelişimin her bir basamağında ortaya çıkabilecek aksaklıklar sonucu oluşacak olan ihmal ve istismar durumları belirtilecektir.

Freud kişilik gelişiminin beş psikoseksüel evreyi kapsayan bir süreçte oluştuğunu ve bu evrelerin doyum açısından temel hazzı sağlayan beden bölgesi üzerinden tanımlandığını açıklamıştır <sup>(1)</sup>.

Erik Erikson da psikososyal kuramında, Freud gibi insan gelişimini dönemlere ayırarak incelemiştir. Ancak Freud gelişimsel çatışmaları biyolojik gereksinimlere bağlar-ken, Erikson bu çatışmaların sosyal etkileşimlerden kaynaklandığı ileri sürmektedir <sup>(2,3)</sup>.

### 1.2.1 Bebeklik Dönemi (Oral Dönem)

Bebeklik dönemine Freud'un psikoseksüel kuramına göre "oral dönem" denmesinin nedeni, bu dönemde ağızın temel haz bölgesi olmasıdır. Doyuma yönelik etkinlikler ağız yoluyla gerçekleştirilir. Bebek çevreyi ağız yoluyla, emerek, ısırarak, ağız ile yoklayarak tanımaya çalışmaktadır <sup>(1,4,5)</sup>.

Yaşamın ilk yılını kapsayan ve bebeğin tümüyle kendisine bakım veren kişiye bağımlı olduğu dönemdir. Bu dönem bebeğin bakım, uyarıcı ve sevgi gereksinimlerini bir başkası karşılar ki bu kişi bebek için "temel nesne"dir. "Temel nesne" nin mutlaka bebeğin biyolojik annesi olması gerekmez. Ancak bu işlevi, büyük çoğunlukla bebeğin annesi üstlenir. Yaşamın ilk yılı içinde anne ve bebek arasında bir "ortak yaşam" söz konusudur. Bu durum bebeğin kendi gereksinimlerini karşılayabilecek bir donanımda olmamasından kaynaklanmaktadır. Bebeğin gereksinimlerini uygun biçimde karşılayabilen ve bebeğin yaşamında, onunla "teke tek" ve "sürekliliği olan biçimde" ilişki kuran kişi bebek için "birincil bakım veren kişi" ya da "temel nesne"dir. Bebeğin en temel iletişim yolu ağlamadır; anne ya da bakım veren kişi, bebeğin ağlamasını izleyerek bebeğin gereksinimlerine ilişkin bir duyarlılık kazanır ve onları uygun biçimde karşılamaya yönelir. Bu yolla bebek ağlamasını ertelemeyi öğrenir<sup>(6)</sup>.

Bu dönemin ilk 2 ayı bebeklerin "otistik" evre içinde oldukları bir süreçtir. Bu süreçte bebek yalnızca kendi bedeninden gelen fizyolojik uyarılara tepki verir.

Bebeğin temel nesnesi olan anne, bebeğe sunduğu işitsel, görsel ve dokunsal uyarılarla, ona verdiği nitelikli bakım ve sevgi ile, bebeği hem dış dünya ile buluşturmuş; hem de, bebeğin otistik evreden çıkarak dış dünya ile iletişim kurmasını sağlayarak onun ruhsal ve sosyal gelişimini olumlu yönde desteklemiş olur. Bebekler yüze yansıyan duygusal tepkileri taklit yoluyla öğrenerek yaşamın ilk 6 ayı içinde, bunları ayırt edebilecek düzeye gelirler. Bebek ve anne karşılıklı duygusal etkileşimler yoluyla birbirlerini izler ve kendi tepkilerini bu sürece uyarlarlar <sup>(6)</sup>.

Anne ile bebek arasındaki yüz yüze iletişim, ikisi arasında bir duygusal iletişimin, daha sonra da güçlü bir bağlanmanın ortaya çıkmasına neden olur. Bebek, bu “yeterince iyi annenin” kendisine sağladığı güvenli ortamda, uygun şekilde korunmuş ve bakılmış olurken, bir yandan da anneye bağlanır. Bağlanma bebeklerin kendi yaşamlarındaki özel kişilere yönelik geliştirdikleri duygusal bağıdır. Bebek-anne bağlanma ilişkisi birincil olarak annenin karşılayıcılığına göre belirlenir. Bağlanma kuramını ortaya atan J. Bowlby bebeklerin sosyal etkileşime yönelik biyolojik bir yatkınlıkla doğmuş olduklarını ileri sürer ve bu yönelimin yaşamın ilk yılında doğrudan anneye odaklandığını belirtir (5-8).

Anne bebek arasındaki bu birincil bağlanma örüntüsü yaşamın ilerdeki dönemleri için bir prototip oluşturur (8).

Güvenli bağlanma yaşayan bebekler, güvensiz bağlanan, ihmal edilen bebeklere kıyasla, bilişsel ve sosyal açıdan daha yeterli gelişmektedirler (8).

Bağlanmanın oluşmasında teke tek etkileşim önemli olduğundan, bebeğe bu tür bir etkileşim sağlayacak bir kişi bulunmadığında, bebek bağlanma ilişkisi geliştiremeyecektir. Anne tarafından ihmal edilen ya da kötüye kullanılan bebeklerin güvensiz ve düzensiz bağlanma örüntüleri sergiledikleri bilinmektedir (7-9).

Erikson’un psikososyal gelişim kuramı açısından bu döneme bakıldığında, bu dönem “temel güven” ve “temel güvensizlik” gibi iki karşıt gelişimsel çatışmanın yaşandığı bir evredir. Eğer bebek, yeterince iyi bir annenin desteği ile, düzenli sunulan bir bakım ve sevgi ilişkisi ile büyütülürse “temel güven duygusu” gelişir ve bir sonraki gelişimsel döneme “umut” edebilme gibi bir yaşamsal güç kazanarak geçer (2,10,11).

İhmal ve istismar yaşayan bebekler, onlarda ilerde temel güvensizlik ve karamsarlık ve umutsuzluk oluşturacak pek çok olumsuz deneyimle karşılaşmışlardır. Yaşamın erken dönemlerinde karşılaşılan olumsuz yaşantıların, yetişkinlikte ortaya çıkan kaygı ve duygu durum bozuklukları açısından önemli sayılması gerektiğini vurgulanmaktadır (12,13).

Çocuk ihmali ve istismarı durumunda, anne bebeğine yeterince ilgili ve duyarlı olmadığından, bebek sıkıntı, huzursuzluk, engellenmişlik gibi gerginlik durumları yaşadığında, anne çocuğu uygun biçimde yatıştırılmaz. Bakım veren kişi tarafından duyguların dışsal olarak düzenlenmesi gerçekleştirilemediğinde, bebek bu tür durumlarda kendi duygularını düzenleme işlevini öğrenemez (7,14,15).

Yapılan araştırmalar, istismar öyküsü saptanan çocuklarda, diğer çocuklara kıyasla depresif belirtiler gösterme olasılığının daha yüksek olduğunu ortaya çıkarmıştır. Yaşamın erken döneminde karşılaşılan olumsuz yaşantıların major depresyonla ilişkili psikobiyolojik bir değişken olarak değerlendirilebileceği üzerinde durulmaktadır (7,8).

### 1.2.2 Özerklik Dönemi (Anal Dönem)

Tuvalet eğitimi dönemi olarak da tanımlanan bu dönem 1-3 yaş arasındaki evredir. Freud açısından bu döneme özgü doyum gereksinimleri anal bölge çevresinde

odaklanmıştır. Dışkısını ve çişini tutma, bırakma, bulaştırma bu döneme özgü doyum davranışları ve dikkat çeken yönelimlerdir (4,5).

Bu dönem, sfinkter denetiminin gelişmesi ile birlikte başlar. Aynı zamanda artık bu dönemde çocuk yürümeyi ve konuşmayı öğrenmiştir. Dolayısıyla tam bağımlılıktan, meraka, özgürlüğe, karıştırıcılık ve araştırmacılığa açılan önemli bir basamağa geçmiştir. Ancak deneyimsiz ve acemi olduğundan denetlenilmesi ve sınır konulması gerekmektedir. Bu dönem çocuğu özerk olmak, kendi istediklerini yapmak, başına buyruk davranmak ister, tuvalet eğitimi, beslenme ve uyku alanlarında kendisini yönlendirmek, eğitmek isteyen yetişkinlerle inatlaşır. Aynı zamanda bencildir, paylaşmayı bilmez, yaşitları ile oynamaz (6).

Bu yaş çocuklarının dikkatlerinin kolayca başka yöne çekilebileceği bilindiğinden, çocukla işlevsiz ve sonuçsuz inatlaşmalara, fiziksel şiddete, aşırı kısıtlamalara gidilmeksizin, çocuklara kendi başlarına yemek yemeyi, çiş ve kaka yapmayı öğrenebilecekleri deneyimleme alanları tanınmalı, sabırsız, aşırı titiz, aşırı denetleyici davranılmamalıdır (6).

Erikson'a göre bu dönemdeki temel çatışmalar "özerklik" ile "utanç ve kuşku" öğelerini içermektedir (2,3,16).

Karıştırıcılığı, bulaştırıcılığı karşısında sabırlı davranabilen ancak gerekli sınırları da koyabilen bir ana baba tutumu bu yaş için en uygun yaklaşımdır.

Çocuk tuvalet eğitimi alırken, kendi kendine yemek yemeyi öğrenirken, aceleci davranan, ona ceza ve baskı uygulayan, merakını engelleyen bir yaklaşım, çocuğun özerk gelişimini ketterken, onun utangaç, edilgin, ürkek bir çocuk olmasına yol açacaktır. Bu tür bir yaklaşım çocuğa yönelik bir duygusal istismar örneği olarak tanımlanabilir (3,15).

Erikson'a göre özerklik yönelimi desteklenerek bir sonraki evreye geçebilen bir çocukta "istenç" yaşamsal bir güç olarak kazanılabilecekken, bu dönem çocuğunun ihmale uğraması, onun sınırsız, kural tanımaz, bencil, dürtü denetimi zayıf bir çocuk olmasına yol açabilir; ya da uygun sınırlarla korunulmayan bu dönem çocuğu risklere açık olabilir.

### 1.2.3 Oyun Dönemi (Fallik Dönem)

Bu evre, 3-6 yaş arası dönemdir. Bu döneme okul öncesi dönem de denilmektedir. Bu dönem çocuklarında dil dağarcığı zenginleşmiş; konuşma çok artmıştır. Her şeyi bilmek ve öğrenmek isterler, çok ve sık soru sorarlar. Okul öncesi dönem, akran ilişkilerinin arttığı, sembolik oyunun ortağa çıktığı bir evredir. Oyun, çocukların motor becerilerinin, bilişsel yetilerinin artmasında ve sosyal, duygusal gelişmelerinde çok önemli bir yer tutmaktadır. Bu yaş çocuğu artık sosyalleşmiştir; arkadaşlık etme, birlikte oynama ve paylaşma bu yaşa özgü özellikler olarak öne çıkar.

Yine bu yaş çocuğunda cinsel kimlik gelişimi ve cinsel rol davranışları açıklık kazanır. Çocuğun cinsel kimliğinin şekillenmesinde aile en belirleyici sosyal ortamdır.

Örnek alma ve özdeşim cinsel rol davranışı ve cinsel kimliğin oluşumunda önemli olan süreçlerdir. Kız çocuğun anneyi, erkek çocuğun babayı örnek alarak cinsel kimliklerini oluşturmaları sürecine “özdeşim” denmektedir. Özdeşimin gerçekleşebilmesi için, ana baba ile çocuk arasında olumlu, sevgi ve güvene dayalı ilişkilerin bulunması gereklidir. Çocuklar ana babaları ile özdeşim kurarken, bir yandan da onların önemsedikleri değer ve kuralları benimser; sınırları öğrenirler <sup>(6)</sup>.

Psikoseksüel kurama göre, bu dönem çocuğunda dürtünün kaynağı ve doyum alanı cinsel organdır. Bu döneme “fallik dönem” denmesinin nedeni penisin, cinsel merakın ve cinsel dürtülerin temel nesnesi olarak bu dönemde çok öne çıkmış olmasıdır. Çocuklar, kendi cinsiyetlerini penisin varlığı ve yokluğu üzerinden kavramaya çalışırlar. Freud, fallik dönemde, tüm çocukların karşı cinsten olan ebeveyne yönelik bir arzu ve cinsel güdülenme ve buna bağlı bir içsel çatışma yaşadıklarını ve aynı cinsten ebeveynle özdeşim kurulduğunda bu çatışmanın çözümlendiğini ileri sürmüştür. Bu süreç erkek çocuklarda “Ödipal çatışma”, kızlarda ise “Elektra çatışması” olarak tanımlanmaktadır. Bu süreçte, çocuklar karşı cins ebeveynin sevgi ve ilgisini elde etmek adına aynı cins ebeveynle rekabete girerler.”Ben büyüğünce babamla evleneceğim” ya da “anne beni babamdan daha çok seviyorsun değil mi” bu dönem çocuklarında sık rastlanan sorulardır <sup>(5,6)</sup>.

Bu dönem çocuklarında karşı cins ebeveyne yönelik olarak ortaya çıkan bu cinsel güdülenme, ebeveynlerin yanlış tutumları ile pekiştirilmez ise, zamanla ortadan kalkacak ve çatışma kolayca çözümlenecektir. Ancak ana babanın bilinç dışı nedenlerle çocuğu eşi yerine koyması, onu kendi içsel ya da cinsel gereksinimleri için kullanması, çocuğa taşıyamayacağı bir yük getirir ve bu durum duygusal ve cinsel istismar kapsamına girer.

Erikson’a göre okul öncesi dönemde çocuk yaşamın üçüncü psikososyal kriz ya da ikilemi ile karşı karşıya kalmaktadır: “Girişimcilik” karşısında “suçluluk” <sup>(2,3,10)</sup>.

Bu dönem çocuğu çok meraklıdır, çevresini keşfetmek ve çevresine egemen olmak ister. Oyun yoluyla yeni beceriler, farklı deneyimler kazanır. Öğrenmeye ve öğrendiklerini uygulamaya çok açıktır. Yaratıcı ve doğal bir biçimde kendi amaçları doğrultusunda davranışlarını gerçekleştirmek ister.

Bu dönem çocukları için anaokulu bütün bu nedenlerle çok önemlidir. Çocuğun bu yönelimleri bastırılıp, onun kendini özgürce dışa vurma, oyunu ve yaratıcılığı engellendiğinde, çocuk yanlış yapacağı kaygısı ile suçlanır ve kendisini kısıtlar. Baskılanmış olur. Eğitim ve oyun olanakları kısıtlanan çocuk, sığ, kendini gerçekleştiremeyen, yaratıcılıktan uzak bir birey olur. Bu dönemi başarı ile aşan bir çocukta “amaç”lar belirginleşirken <sup>(2,3)</sup>, bu dönemde oyun ve uyaran seçenekleri kısıtlanmış, yalnız ve yoksun bırakılmış, merakı desteklenmemiş, bastırılmış ve baskılanmış çocuklar ihmal edilmiş ve istismara uğramış çocuklar olacaklardır.

#### 1.2.4 İlkokul Dönemi (Latans Dönem)

İlkokula başlama ile puberte arasında yer alan, 6-12 yaşlar arası dönemdir. Bu dönem çocuğu ana babası ile yaptığı özdeşim sonucu artık cinsel kimliğini oluştur-

muştur. Kızlar ve erkekler olarak kümelere ayrılmak, takım olmak ve kız ve erkek yönelimleri doğrultusunda uğraşlar edinmek ve oyun kurmak bu dönemin temel özelliklerindedir. Bu dönemde cinsel meraklar bastırılmıştır. Ancak özellikle karşı cinse takılma, çalışkanlığı ve becerileri ile tanınma ve ilgi görme isteği çok belirgindir. Soyut kavramları anlayabilirler, bilişsel gelişimleri ve yargılama yetileri iyi düzeydedir (5,6).

Akran ilişkileri, işbirliği ve paylaşımaya yönelik oyunlar yanında okula ilişkin etkinlikler öne çıkmıştır.

Erikson bu dönemin en temel çatışmasının iş yapma, üretme, başarma ya da aşağılık duygusu yaşama bağlamında ortaya çıktığını belirtmektedir (2,3). Bu yaş çocukları yatkınlıkları doğrultusunda özel uğraşlar edinirler, organize olabilirler, kurallara uyabilirler. Bu dönemi kendisine olumlu gelişimsel özellikler katarak geçiren bir çocukta “yetkin olma” duygusu gelişir (2,3,16).

Bu dönem çocuğu yatkınlık alanları dikkate alınmaksızın, tek tipleştirici, dar bakışlı bir eğitim sistemi içinde, başka çocuklarla kıyaslanarak, yapamadıkları vurgulanarak yetiştirildiğinde, değersizlik duyguları öne çıkacak ve kendisini diğerlerinden aşağı görecekler ki bu çocuğun ihmali ve duygusal istismarı anlamını taşıyan bir yaklaşımdır.

Yine ihmal ve istismar açısından bakıldığında, fiziksel, duygusal ihmale ve her bağlamda istismara uğramış olan çocuklarda bilişsel yetilerde gerileme ve akademik başarısızlık sık rastlanan okul dönemi sorunlarından (18).

## 1.2.5 Ergenlik Dönemi

Ergenlik dönemi hormonal baskılanmayla ve hızlı bedensel büyümeyle birlikte çocuğun farklı bir görünüm aldığı; ruhsal ve sosyal olarak da ilkökul dönemindeki cinsel ve saldırganlık dürtüleri yatışmış olan çocuktan çok farklı bir tarz sergilediği bir dönemdir. Ergenlik 3 temel evreye ayrılarak incelenebilir (1).

### 1.2.5.1 Ergenliğin İlk Evresi (11-14 Yaş)

Bu süreç içinde genç, önce bedeninde ortaya çıkan değişikliklere uyum sağlamakta zorlanır. Bedeni ile aşırı ilgilenmeye başlar. Beden görünümü ile ilgili pek çok kaygı yaşar. Şişman ya da zayıf olma, sesin ince çıkması, sivilceli olma, uzun ya da kısa boylu olma, saçlarının şekli bu dönem gencinin gündemini fazlasıyla doldurur. Ergenlik döneminde erkek akranlarına göre bedensel ve ruhsal açıdan daha erken olgunlaşan kızlar ve olgunlaşması geciken erkekler, daha fazla kaygı ve kimlik sorunları yaşamaktadırlar (17).

Bu dönemde gençler cinsel kimlik duygusunu, cinsellikle ilgili duygu ve yönelimlerle pekiştirmek isterler. Karşı cinse ilgi artmıştır (1).

Bu dönem gencindeki tepkisellik, duygusal dalgalanmalar, davranışlarındaki beceriksizlik ve tutarsızlık, ruhsal ve bedensel olarak kendisini sarmalayan bu değişik-

liklere uyum gösterme çabalarının göstergeleridir. Dürtülerinin şiddetinden ürken genç, onları çeşitli savunma mekanizmaları ile kontrol altına almaya çalışır.

Genç bu dönemde bağımsız davranma, aileden ayrışma çabaları sonucu, ana babayla çatışmaya girer, evin kurallarına karşı çıkar, ailesinden uzaklaşırken; akranları ile birlikte olma çok önem kazanır. Genç yeni özdeşim modelleri ile kimliğini buluşturmaya yönelir. Bu dönemde bir gruba ait olma, akran grubu tarafından önemsenme ve desteklenme önde gelen gereksinimlendendir.

Dikkatleri savruklaşan, ilgi alanları yeni arayışlarla genişleyen gençler, okul ve derslere eskisi kadar odaklanamayabilirler <sup>(17)</sup>.

### 1.2.5.2 Ergenliğin Orta Evresi (15-18 yaş)

Bu dönem genci cinsel, mesleki ve toplumsal kimliğine yönelik araştırma ve keşif sürecindedir. Genç bir yandan seçeceği meslekle ilgili kendisini, çevresini sorgularken, bir yandan da, cinsel kimliği ve benimseyeceği toplumsal roller, değerler, ahlaki yönelimler üzerinde yoğunlaşır <sup>(3)</sup>.

### 1.2.5.3 Ergenliğin Son Evresi (18-22 yaş)

Bu süreçteki gençler mesleki ve toplumsal kimliklerini büyük ölçüde yapılandırmış, ruhsal açıdan ikinci ayrışma bireyleşme sürecini tamamlayarak, özerk bir kimlik duygusu geliştirmişlerdir.

Erikson'a göre bu dönemde kimlik oluşturma ile kimlik karmaşası arasındaki psikososyal kriz uygun biçimde çözülebildiğinde, genç bu dönemden bir yaşamsal güç olan "sadakat" ögesini kendisine katarak çıkar. Umuduna, iradesine, amaçlarına ve yatkınlık alanlarına sadık kalabilen bir genç sağlıklı bir kimlik duygusu geliştirmiştir. Kendine uygun bulunduğu kimlik öğelerini bütünleştirerek, kendisine katar. Gencin kimlik oluşturma sürecinde onu en fazla bocalatan yaşantı kimlik karmaşası olacaktır <sup>(2,3,10,11)</sup>.

Bir genç, bebeklikten başlayarak ergenliğe kadar olan gelişim çizgisinde, yaşamının farklı evrelerinde ihmal ya da istismar gibi olumsuz deneyimlerle karşılaşmış ise; bu olumsuz yaşantıların niteliği, şiddeti ve süreğenliği ile doğru orantılı olacak biçimde; ergenlik döneminde bu gencin bir kimlik karmaşası ya da kimlik dağılması yaşaması, beklenebilir bir durumdur.

Genç, kimlik oluşturma yönünde uygun örneklerle kimliğini buluşturamadığında bir boşluk duygusu yaşayabilir ya da suça yönelebilir. Toplumun onaylamadığı kişi ve gruplarla birlikte olabilir, madde bağımlılığı, davranım sorunları ya da intihar davranışı gösterebilir.

Özetle, bu bölümde, bebeklikten ergenliğe doğru giden gelişim çizgisinde, çocuğun ruhsal ve sosyal gelişimi dönemsel özellikler bağlamında gözden geçirilmiş ve her dönemde ortaya çıkabilecek ihmal ve istismar durumları ve bunların gelişimsel sonuçları üzerinde durulmuştur.

**Kaynaklar**

1. Kayaalp L, Freud ve Psikanaliz. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı içinde. F Çuhadaroğlu Çetin ve ark. (ed) Hekimler Yayın Birliği, Ankara. 2008; 90-101
2. Dereboy F, Kimlik bocalaması: Anlamak, Tanımak, Ele Almak, Özmert Ofset, Malatya. 1993
3. Sayıl M, Erik Erikson: Psikososyal Gelişim Dönemleri ve Kimlik .Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları içinde,AS Aysev ve YL Taner (ed) Asimetrik Paralel,İstanbul. 2007; 25-37
4. Freud S, Three Essays on the Theory of Sexuality Standard Edition London:Hogart Press. 1905
5. Kayaalp L, Psikonolitik gelişim kuramları. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları içinde, AS Aysev ve YL Taner (ed) Asimetrik Paralel, İstanbul. 2007; 3-10
6. Yörükoğlu, Çocuk Ruh Sağlığı, Özgür Yayın Dağıtım, İstanbul. 1989
7. Gökler I, Çocuk İstismarı ve ihmali: erken dönem stresin nörobiyolojik gelişime etkisi. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi. 9: 47-57
8. Güvenir T, Bağlanma Kuramı: Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları içinde, AS Aysev ve YL Taner (ed) Asimetrik Paralel, İstanbul. 2007; 41-53
9. Main M,Solomon J, Discovery of a new, insecure disorganized /disoriented attachment pattern. Affective Development in infancy içinde,M Yogman ve TB Brazelton (ed) Ablex, Norwood, NJ. 1986; 95-124.
10. Erikson EH, Childhood and Society. New York: Norton. 1963
11. Erikson EH, Identity and Life Cycle. W.W.Norton, New York. 1982
12. Cicchetti D,Toth SL, A developmental psychopathology perspective on child abuse and neglect.J American Acad Child Adolesc Psychiatr. 1995; 34:541-565
13. Uslu İR, Gelişimsel psikopatolojinin temel kavramları. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı içinde F Çuhadaroğlu Çetin ve ark.(ed) Hekimler Yayın Birliği, Ankara.2008; 137-144
14. Glaser D, Child abuse and neglect and the brain.A review.J Child Psychology and Psychiatr. 2000; 41(1):97-116.
15. Glaser D, Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment):a conceptual framework.Child Abuse Negl. 2002; 26:697-714
16. Erikson EH, Identity:Youth and Crisis. W.W.Norton, New York. 1968
17. Yörükoğlu A, Gençlik Çağı, Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları, Ankara. 1985
18. Taner Y, Gökler B, Çocuk istismarı ve ihmali: psikiyatrik yönleri. Hacettepe Tıp Dergisi. 2004; 35(4):82-86
19. Kaufman J, Depressive disorders in maltreated children. J Am Academy of Child and Adolesc Psychiatr. 1991; 30(2):257-265





# ihmal ve İstismar Kavramı

# 2

## 2.1 FİZİKSEL İSTİSMAR

Çocuğun fiziksel istismarı, bir çocuğa karşı kasıtlı olarak kullanılan fiziksel güç sonucunda, çocuğun beden ve ruh sağlığı, yaşamı, biyopsikososyal gelişimi veya onuru açısından zararlı durumların ortaya çıkması veya çıkabilecek olması olarak tanımlanmaktadır (1). Fiziksel istismar kısaca çocuğun kaza dışı yaralanması olarak da adlandırılmaktadır (2,3).

Çocuğun dövülmesi, dayakla cezalandırılması ülkemizde olduğu gibi birçok ülkede sık görülen ve o kültürde kabul gören bir davranış olarak dikkat çekmektedir. Dilimize yerleşmiş, dayağı hoş gören atasözlerimiz (*“Dayak cennetten çıkmadır”, “Kızını dövmeyen dizini döver”, “Ananın babanın vurduğu yerde gül biter” vb*) düşünülürken şiddetin kültürümüzde var olan ve benimsenmiş bir davranış şekli olduğu ortaya çıkmaktadır. Türkiye’de, şiddetin, çocuğun terbiye biçimi olarak algılanması, bunun hem aile içinde hem de kamusal yaşamda meşru olarak görülmesi şiddetin hem yeniden yaşanmasına hem de gizli kalmasına neden olmaktadır (4).

Fiziksel istismar, genel olarak basit yaralanmalarla başlayıp zamanla şiddetinde artış göstererek, çocuklarda ciddi fiziksel yaralanmalara ve ölümlere neden olabilen önemli bir halk sağlığı sorunudur. Fiziksel istismarı belirlemek daha ciddi yaralanmaların ve bunlara bağlı ölümlerin oluşmasını engelleyebileceği gibi çocuklarda büyüme-gelişme geriliğinin ve ruh sağlığında kalıcı hasarların oluşmasının da önüne geçilmesini sağlayabilecektir.

### 2.1.1 Epidemiyoloji

Fiziksel istismar duygusal istismardan sonra en sık rastlanan istismar türüdür. Son yıllarda çocuk istismarı konusuna sosyal ve bilimsel anlamda ilgi ve duyarlılıkta artış bulunmasına rağmen ulusal düzeyde araştırma sayısı hâlen yetersizdir. Sosyal-İktisadi Araştırmalar Merkezi (1985) tarafından yapılan bir araştırmaya göre; toplumumuzun % 42’si terbiye için çocuğa ceza verilmesi gerektiğini düşünmektedir. Çocuğa dayak, bu cezalar içinde en yaygın olarak (%68) yer almaktadır (5). Türkiye’de farklı zamanlarda farklı yaş grupları ile yapılan çalışmalarda fiziksel istismar sıklığının %30-% 54 arasında olduğu saptanmıştır (3,6-10). Ancak Türkiye’de çocuklara karşı şiddetin görülenden çok daha yaygın olduğu tahmin edilmektedir. Ülkemizde ulusal düzeyde yeterli çalışma bulunmadığı için çocuk istismarı sayısında artış olup olmadığını belirlemek mümkün değildir. Ancak istismar nedeniyle daha çok çocuğun sağlık kuruluşlarına ve adli makamlara başvurduğu yapılan çalışmalardan anlaşılmaktadır. Bu sayısal artışın istismar konusundaki duyarlılığa bağlı bir artış mı yoksa gerçekten istismar sayısında bir artış mı olduğuna dair çalışma da bulunmamaktadır.

Çocuklara terbiye amacı ile şiddet uygulanması sadece Türkiye’de var olan bir sorun değildir. Yapılan çalışmalar fiziksel istismarın pek çok ülkede ciddi sorun oluşturduğunu göstermektedir. Romanya’da anne babaların % 84’ü dayağı normal bir eğitim yöntemi olarak kabul etmekte ve % 96’sı da dayağı zararlı bulmadığını ifade etmektedir (5). Dünyanın farklı bölgelerindeki çeşitli ülkelerde fiziksel istismar oranı

nın % 0,5 ile % 80 arasında olduğu belirtilmektedir (11-14). İsrail’de ilkököl öğrencileri arasında fiziksel istismarın % 22 olduğu bulunmuştur (15). Hindistan’da yapılan bir çalışmada üniversite öğrencisi olan erkeklerin % 91’i, kadınların % 96’sının çocukluk döneminde dayak yediği, İngiltere’de çocukların % 7’sine ebeveynler ve bakıcılar tarafından ciddi fiziksel istismar uygulandığı bildirilmektedir(16-18). Amerika’da çocuklara karşı şiddetin bebeklik döneminde başlayıp, çocukların yarısında aileyi terk edene kadar devam ettiği belirtilmektedir (16). Pek çok ülkede çocuk istismarı sıklığında yıllar içinde artış olduğu, buna karşın İsveç’te çıkarılan yasalar ve eğitim programları ile % 65’lik fiziksel istismar oranının % 11’lere kadar düştüğü belirtilmektedir (5).

## 2.1.2 Etiyoloji

Çocuklara yönelik kötü muamelenin tek bir nedenden çok pek çok risk etkeninin etkileşimi sonucu ortaya çıktığı belirtilmektedir. Bu risk etkenlerinin, çocuğa, aileye ve topluma ait olarak sınıflandırıldığı görülmektedir (20-22).

### 2.1.2.1 Çocukla İlişkili Etkenler

Gelişimsel dönemlere bakıldığında ergenlik ve 3 yaş öncesinde fiziksel istismara uğrama sıklığında artış dikkati çekmektedir (21,22). Yüksek refah düzeyine sahip ülkelerde kız ve erkek çocukların fiziksel istismardan eşit düzeyde etkilendiği bildirilirken, düşük gelir düzeyine sahip ülkelerde erkek çocukların şiddetli fiziksel cezalandırmaya daha fazla uğradığı vurgulanmaktadır (23). Engelli çocukların daha fazla kötü muameleyle karşılaştıkları belirtilmekle birlikte(20) bu durumun bir neden mi yoksa sonuç mu olduğu net değildir (23). Yine kimi çalışmalarda ise fiziksel ve bilişsel engelli çocuklarda fiziksel şiddete uğrama riski artmazken kronik davranış ve ruhsal sorunları bulunan çocuklarda riskin arttığı sonucuna varılmıştır (24). Düşük doğum ağırlığı, zor mizaç ve çoğul doğum öyküsünün bulunması fiziksel istismar için diğer risk etkenlerindedir (21,22).

### 2.1.2.2 Aile-Ebeveynle İlişkili Etkenler

Babanın evde olmaması, annenin tek başına annelik yapmaya çalışması pek çok çalışmada çocuğun fiziksel istismar ve ihmali artırarak bir risk etkeni olarak tanımlanmaktadır. Eğitilmiş ve çocuk bakımına katkı sağlayan babaların bulunduğu ailelerde, annelerden kaynaklanan fiziksel istismar riskinin azaldığı bildirilirken, çocukla biyolojik bağı olmayan bir erkekle yaşayan ve duygusal bir ilişkisi bulunmayan annelerin Çocuk Koruma Merkezlerine daha fazla yönlendirildikleri belirtilmektedir. Eşler arası şiddetin yaşandığı evlerde çocuğa yönelik fiziksel şiddetin görülme olasılığı fazladır. Kısaca, ebeveynler arası çatışmanın yoğun ancak, desteğin az olduğu ailelerde risk artmaktadır (25,26). Ayrıca, ebeveynlerde ruhsal hastalık, madde kötüye kullanımının olması ya da düşük dürtü kontrolü, strese artmış tepki gibi kişilik özelliklerinin bulunması, erken yaşta ebeveyn olma, ailede 4 veya daha fazla çocuğun olması, ebeveynde fiziksel istismara uğrama öyküsü bulunması riski artıran diğer faktörlerdir (21, 22, 25-27).

### 2.1.2.3 Toplumsal ve Sosyal Etkenler

Fiziksel istismar tüm sosyal sınıflarda görülmekle birlikte; azınlık gruba dahil olma, kültürel uyumda yetersizlik, yoksulluk, düşük gelir düzeyi, tehlikeli sosyal çevre, sosyal destek sistemlerinin yetersizliği, çocuklara yönelik rekreatif etkinliklerin zayıflığı ve stresli yaşam olayları çocuğa yönelik fiziksel şiddet riskini artıran etkenlerdendir (20-22).

### 2.1.3 İstismar Şüphesi Bulunan Çocukların Değerlendirilme Süreci

Fiziksel istismar şüphesi, genel olarak çocukta gözlenen fiziksel bulgular ile ortaya çıkmaktadır. Ancak fiziksel bulgular dışında çocukta büyüme-gelişme geriliği, davranışsal ve ruhsal değişimler gözlemlenmesi de fiziksel istismarın belirtisi olabilir. Bu durumlarda da fiziksel istismar sorgulanmalı ve gerekli değerlendirmeler yapılmalıdır. Fiziksel istismar tanısı konabilmesi için olgulardaki fiziksel bulguların ve olası hastalıkların bilimsel olarak yorumlanması yanı sıra mutlaka çocuğun ruhsal olarak da değerlendirilmesi gerekir. Yaralanma nedeniyle bir sağlık birimine başvuran çocuk genellikle bu konuda deneyimsiz bir hekim tarafından değerlendirilir. Bu süreçte tanı konması güç olabilir. Bu nedenle istismardan şüphe duyulan olguların tıbbi tedavileri yapıldıktan sonra lezyonlar ayrıntılı şekilde tariflenmeli ve görüntülenmeli, çocuk koruma merkezleri bulunan illerde bu merkezlere, bulunmayan yerlerde ise çocuk hastalıkları uzmanı, çocuk cerrahisi uzmanı, adli tıp uzmanı ve çocuk psikiyatrisi uzmanından konsültasyon istenmeli veya çocuklar bu hekimlere yönlendirilmelidir. Bulguların özelliğine bağlı olarak diğer uzmanlık alanlarından da konsültasyon istenebilir (1,28).

Fiziksel istismar tanısının konması, hukuksal sürecin başlatılması ve Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu'nun (SHÇEK) olaya dâhil edilerek, çocuk için uygun koruma ve tedavi tedbirlerinin alınması gibi çok geniş kapsamlı sonuçlar doğurabilmektedir (1).

Fiziksel istismarda diğer istismar şekillerine göre tanı koymak daha kolaydır. Buna karşın hastanelere yansıyan pek çok fiziksel istismar olgusu, istismar tanısı almadan tedavi edilerek evine gönderilmektedir. İstanbul'da yapılan bir çalışmada altı büyük hastanenin üç yıllık kayıtlarında istismar tanısı almış hiç çocuk bulunmadığı bildirilmesi bu görüşü desteklemektedir<sup>(5)</sup>. İstismar olgularına hekimlerin çeşitli nedenlerle tanı koyamadıkları düşünülmektedir. İstismar olgularının atlanmaması için tüm değerlendirme sürecinin eksiksiz yerine getirilmesi gerekir.

#### 2.1.3.1 Gözlem ve Öykü Alma

Fiziksel istismarda tanı süreci çocukla karşılaşıldığı andan itibaren çocuğun gözlemlenmesi ile başlar ve öykü alma ile devam eder. Gözlem ve öykü en az fiziksel bulgular kadar değerli olup, olgulara bu bakış açısı ile yaklaşılmalıdır. Gözlemler çocuğu getiren kişilerin tutum ve davranışlarını da kapsamalıdır. Görüşme, çocuğun yaşı

ile uyumlu, uygun ortam sağlanarak yapılmalıdır. Bazen çocuğun yaşı ve mental durumu görüşmeye uygun olmayabilir. Bu nedenle, tüm bilgiler çocuğu getiren kişilerden alınmak durumunda kalınabilir. Görüşme ortamında çocuğun rahatsız olacağı, olumsuz hatırlatmalara neden olacak nesnelere bulunmamalıdır. Görüşmeye başlamadan önce görüşme hakkında mutlaka bilgi verilmelidir. Öykü alırken sorular kısa, net ve anlaşılabilir olmalı, yönlendirici sorular sorulmamalıdır. “Sana ne oldu?”, “daha başka bir şey oldu mu?” gibi sorularla görüşme yapılmalıdır. Görüşmede çocuğun duygusal durumu da değerlendirilmelidir. Görüşmede çocuğun verdiği cevapların yaşı ile uyumlu olup olmadığına, kullandığı kelimelere ve cümlelere dikkat edilmelidir. Çocuk ve aile bireyleri ile ayrı ayrı görüşülmelidir. İlk görüşmede çocukla ilgili tüm bilgilere ulaşma konusunda ısrarcı olunmamalıdır. Tanı koyabilmek için bazen çocukla ve ailesi ile tekrar tekrar görüşülme ihtiyacı olabileceği bilinmelidir (28,29).

### **Gözlem ve öykü aşamasında istismardan şüphe duyulması gereken durumlar**

1. Çocuğun görünüşünün ve anne babayla olan ilişkisinin normal olmaması,
2. Hekime/sağlık kurumuna başvurmada belirgin bir gecikmenin olması,
3. Benzer şikâyetler ile ilgili birden fazla hekime/sağlık kurumuna başvurulması, çocuğun hastane hastane gezdirilmesi.
4. Ebeveynlerin tepkilerinin yaralanmaların türü ve şiddeti ile uyumlu olmaması (az ya da aşırı tepki),
5. Anne, baba ve bakıcıların çocuğa karşı düşmanca davranışları, bazen de aşırı sevecen davranması (gösteri amaçlı sevgi).
6. Şüpheli travma öyküsünün birden fazla olması.
7. Tutarsız öykü,
  - a. *Önemli yaralar için herhangi bir açıklama yapılamaması veya yetersiz ya da uygun olmayan açıklamaların yapılması*
  - b. *Olay ile ilgili öykünün anlatımdan anlatıma değişmesi,*
  - c. *Farklı kişiler tarafından aktarılan öyküler arasında tutarsızlık olması,*
  - d. *Farklı sağlık görevlilerine, farklı öykülerin anlatılması*
8. Yaralanmaların çocuğun kendisi, çocuğun kardeşi veya başka bir üçüncü şahıs tarafından meydana getirilmiş olduğunun iddia edilmesi,
9. Daha öncesinde yaralanma ya da beslenmeyi reddetme, gelişim bozukluğu gibi spesifik olmayan nedenlerle tekrarlayan hekime ve sağlık birimlerine başvurularının bulunması,
10. Çocuk koruma ile ilgili birimlere daha öncesinde başvuruların olması,
11. Çocuğun bir “kazalar zinciri” ile getirilmiş olması.
12. Görüşmede, çocuğun anne babayı suçlaması veya anne babanın belirgin bir şekilde savunulması (öğretilmiş tutum)

13. Kaza mekanizması ile çocuğun yaşı ve mevcut gelişim düzeyinin uyumsuz olması,
14. Anne babanın çocukken istismara uğrama öyküsü.
15. Anne babanın çocuktan gerçekçi olmayan beklentilerinin olması.
16. Çocuğun kendini emniyetli hissettiği, güven duygusunun bulunduğu bir ortamda yaptığı açıklamaların özelliği (1, 28, 29).

Teşhiste en önemli adım hekimin kendisini istismar olasılığını düşünmeye zorlamasıdır. Şüphelenilen olgularda fiziksel istismar tanısı için tüm değerlendirmeler yapıldıktan sonra karar verilmelidir. Değerlendirme sürecinde ruhsal değerlendirme asla göz ardı edilmemelidir. Zaman zaman hatalı tanımlar nedeniyle gereksiz yere adli süreç başlatılmakta, bu süreçte adli ve sosyal pek çok problemin yaşanmasına neden olmaktadır. Bir başka hatalı durum ise istismar şüphesi durumunda çocuğun gerçek hastalığı ile ilgili inceleme yapılmaksızın istismarla ilgili değerlendirmeler yapılmasıdır. Bu durum, çocukta mevcut olan hastalığa tanı konmasını engelleyebilmekte veya geciktirilmesine neden olabilmektedir. İstismar şüphesi duyulan çocuklarda başka hastalıklara yönelik rutin yapılması gereken işlemler istismarın tanı süreci ile paralel yürütülmelidir. Birlikçilik anlamındaki değerlendirme ile tıbbi değerlendirme ayrı tutulmamalı birlikte yapılmalıdır (28-30).

### 2.1.3.2 Fiziksel Muayene

Gözlem ve öykü sonrası fiziksel ve ruhsal muayeneler, gerekli laboratuvar incelemeleri, radyolojik tetkikler ve testler ile çocuğu değerlendirme süreci devam eder. Tanı için sosyal inceleme raporlarına ve öğretmenlerin görüşlerine de gereksinim duyulabilir. Muayene sonrası çocuk eve gönderilmeden önce hekim çocuğa yönelik riskleri düşünerek tutum belirlemeli, gerekli olduğu durumlarda çocuğun hastaneye yatırılmasına karar vermelidir (29).

Fiziksel muayeneye başlamadan önce çocuğun güveni sağlanmalı, çocuğa anlayacağı bir dille neler yapılacağı anlatılmalıdır. On iki yaşından küçük çocuklarda muayene için ailenin onamı alınmalıdır. Daha büyük çocuklarda ise hem ailenin hem de kendi onamı alınmalıdır. Muayene aşamasında da anlatımlara devam edilmelidir. Çocuğun tüm vücudu incelenecek şekilde giysileri tamamen çıkarılmalıdır. Çocukların tüm giysilerin aynı anda çıkarılmasından rahatsız olabileceği düşünülerek giysiler aşama aşama çıkarılarak muayene gerçekleştirilmelidir. Çocukta tam bir değerlendirme yapılmalı, gelişimsel, davranışsal, mental ve emosyonel durum araştırılmalıdır. Büyüme parametreleri ölçülmeli ve persentilleri kaydedilmelidir (31-33).

Çocuklarda fiziksel şiddet hafif olduğunda vücutta hiçbir iz bırakmayabilir. Daha şiddetli olduğunda ise deri başta olmak üzere pek çok organ ve sistemde bulgu gösterebilir (3).

Yara tanımlanması yapılırken uygun ışıklandırma ortamında, en-boy-derinlik özelliklerini gösterebilecek bir cetvelle ölçümlerin yapılması ve mutlaka fotoğflanması

gerekmektedir (32-34). Muayene bulgularının fotoğraflanması, çocuğun daha sonra gerekirse bir kez daha muayene edilerek örselenmesine engel olacağı için önemlidir. Ekimozların fotoğraflanması yapılırken ekimozun rengini daha iyi kayıt altına alabilmek için mutlaka renk skalası kullanılmalıdır. Bulguların fotoğraflanmasının mümkün olmadığı durumlarda, anatomik vücut diyagramları kullanılarak veya bir şekil çizilerek, bulgular bu şekil üzerinde ayrıntılı olarak belirtilmelidir. Yaralar, lokalizasyonları, boyutları, şekilleri, dudakları, yönleri ve açılarını içerecek şekilde eksiksiz bir biçimde tanımlanmalıdır (31-36). Yaranın cilt altında hangi dokuları ilgilendirdiği, dokularda izlediği yol, vücut boşluklarına ulaşip ulaşmadığı, yaranın ne zaman oluştuğunun belirlenebilmesine olanak sağlayan renk değişiklikleri, aktif kanama, kabuklanma, iltihaplanma, nedbeleşme gibi doku reaksiyonu bulguları, birden fazla yara bulunuyorsa vücut üzerindeki dağılımları ve birbirleri ile lokalizasyon, zaman ve oluş şekli ile alet yönünden uyumlu olup olmadıkları araştırılmalı, yaranın yaşamı tehdit edip etmediği belirtilmelidir (34-36).

### 2.1.3.3 Fiziksel Muayene Bulguları

Çocukta fiziksel istismarın en sık rastlanılan şekli dayaktır. Fiziksel istismar basit bir çimdikleme eyleminden, bir tokat atma, yumrukla vurma, itip kakma, tekme, sarsma gibi herhangi bir alet kullanmadan gerçekleştirilebileceği gibi sopa, hortum, kemer, tava, sigara, sıcak su, sıcak yiyecekler gibi nesnelerin kullanımına kadar uzanan cezalandırma yöntemlerini de kapsamaktadır. Bu nedenle klinik bulgular çok değişkendir (28, 29, 33, 37). En sık olarak deri, iskelet sistemi ve merkezi sinir sistemi bulguları ile ortaya çıkmaktadır (28, 30, 37, 38).

#### 2.1.3.3.1 Deri Bulguları

Deri elastiki özelliği nedeniyle dayanıklı olup, ancak yeterince güç kullanıldığında yaralanma oluşabilir. Fiziksel istismara bağlı yaralar ekimoz, sıyrık, kesi, ısırık izi, cetvel, kemer sopa gibi bir cismin şekline benzer yaralar ya da yanıklar olabilir (3).

Tüm vücut bölgelerinde istismara bağlı lezyonlar görülebilmekle birlikte, baş-boyun bölgesindeki lezyonlarda özellikle zigomatik ya da mandibula gibi kemiklere uyan yerlerde değil de yanak gibi yumuşak dokudan yoğun bölgelerde görülmesi kuvvetle istismarı düşündürmelidir (30,39). Bunun dışında karın, göğüs ve kalça bölgeleri de lezyonların en sık görüldüğü yerlerdir.

#### **Ekimozlar**

Çocuk istismarı sonucu oluşan yaralanmalar içinde en sık görülen lezyonlar yumuşak dokuda oluşan doku içi kanama olan ekimozlardır (29). Ekimozlar, çocuğa uygulanan travmayı en iyi gösteren bulgu olması ve lokalizasyonu, şekli ve rengi ile olay hakkında ayrıntılı bilgi edinebilmemizi sağlaması açısından önemlidir (28).

İstismara bağlı ekimozlar, en sık olarak baş boyun bölgesinde görülmekle birlikte, göz çevreleri, saçlı deride oksipital bölgeler, ön kol, ekstremitelerin üst kısımları ve

gövdeye bağlanma yerleri, sırt, bel, kalçalar, uyluk ön yüzleri ve dizin arka kısımları istismara özel bölgelerdir (40).

Farklı iyileşme evrelerinde birçok ekimozun bulunması, çocuğun sürekli olarak travmaya maruz kaldığını göstermektedir (28,30,37,39,41). Ekimozun yaşının da anlatılan öykü ile uyumlu olup olmadığı araştırılmalıdır (29). Ekimozlar değişik boyut ve şekillerde görülebilmekle birlikte, fiziksel istismarda en yaygın görülen şekli, 1-2 cm çapında, küçük daire şeklindeki lezyonlardır. Bu lezyonlar genellikle bir erişkinin parmak uçlarının basısı ya da bir darbe sonucu oluşabilir. Tokat ya da yumruk atmadan kaynaklanan ekimozlar genellikle daha büyük ve düzensiz olabilmektedir (29,30,41). Ekimozlar, en sık olarak, erişkinin çocuğu sallamak amacıyla sıkıca tuttuğu kol ve bacak çevresinde, bir aletle vurma ya da tokat atma sonucu kalçalar ve bacakların dış kısımlarında, yine tokat atmaya bağlı olarak ağız çevresi, yanaklar, kulaklar ve alında, zorla yemek yedirmeye bağlı ağız çevresinde, parmakların basısı sonucu göğüs, karın ve boyun bölgelerinde görülürler (30,38,41). Bilateral periorbital ekimozlar gibi simetrik ve geometrik yaraların varlığında da istismar akılda tutulmalıdır (33,37,42).

### **Sıyrıklar**

Sıyrıklar, ağır yaralanma şeklinde olmamakla birlikte özellikleri dikkate alındığında istismarın ortaya çıkarılmasına yardımcı olacak lezyonlardır. Yürüyebilen çocuklarda bacaklarda düşmeye bağlı küçük sıyrıklar görülebilir. Yürüyemeyen çocuklarda bu tip yaralanmaların görülmesi olasılık dışıdır. Kaza ya da düşmeye bağlı sıyrıklar en sık diz ve dirseklerde görülür. Yüzde, dudaklarda ve ağız içindeki sıyrıklar yüze gelen tokat ya da yumruk darbesi sonucu oluşabilir (38).

Belirli bir şekil/patern gösteren sıyrıklar genellikle istismarı işaret ederler (30). Özellikle birbirine paralel fazla sayıda sıyrık kemer ve ipe vurulmayı düşündürülecek şüphe uyandırmalıdır. Tırnak izine bağlı sıyrıkların varlığında bunların çocuğun kendisi ve bir başka çocuk tarafından da yapılabileceği unutulmamalıdır. Küçük yaşlardaki çocuklarda sıyrıkların mantıklı bir açıklaması olmaması istismarı düşündürür (29).

### **Laserasyonlar**

Ağız üzerine tokatla vurmak tanjansiyel komponent içermekte ve dokuları lateral yönde hareket ettirmektedir. Bu da çocuk istismarının belirtilerinden biri olan frenulumda yırtılmaya yol açmaktadır (41). Çocuğun zorla beslenmeye çalışılması sonucu üst dudak, frenulum ve ağız tabanında ekimoz ve yırtıklar, dişlerde kırık ve avülsiyonlar gözlenebilir (32, 33, 40-42). Ağıza yumruk atıldığında dudaklarda kesik yarasına benzer lezyonlar ya da kenarları düzensiz künt lezyonlar görülebilir, dişlerde ve yüz kemiklerinde kırıklar oluşabilir (28).

### **Saç Kaybı**

Saç kaybı da, çocuğa kötü muamelede sıklıkla karşılaşılan durumlardan biridir ve ebeveynin saç çekmesi sonucu oluşur. Saçından tutup itip kakma şeklinde uygulanır. Uzun süreli çekmeye bağlı olarak saçlı deride kanama alanı oluşabilir (28). İstismar amacı ile çocuğun saçının çekilerek koparılması dışında ceza vermek amacı ile saç gelişigüzel kesilmiş de olabilir.

### **Isırık İzleri**

Isırık izleri vücudun herhangi bir yerinde görülebilmekle birlikte, kollar, el sırtları, yanaklar, omuzlar, kalçalar ve karın bölgesi daha çok tercih edilmektedir (41). Tam ısırıklarda dişin anatomisine uyumlu olarak oval veya eliptik bir lezyon görülür (30,33). Tam olmayan ısırıklar ise genellikle karşılıklı iki yarım daireden oluşmaktadır. Diş izleri görülebilir ya da dental ark devamlı lineer bir çizgi şeklinde izlenebilir (33,40,41). Isırık izi, sıyrık, abrazyon ya da ikisinin kombinasyonu şeklinde olabilir.

Fiziksel istismarda görülen ısırık izinin merkezinde çoğunlukla hasar bulunmazken, cinsel istismara bağlı ısırık izinin merkezinde emme sonucu oluşan peteşilere rastlanılır (30,41). Aileler tarafından ısırık izleri küçük kardeş veya evdeki evcil hayvan tarafından yapıldığını iddia edilebilir (3). Isırık izinin bir erişkine, başka bir çocuk ya da hayvana ait olup olmadığının saptanabilmesi için dental arkın boyutları dikkatli bir şekilde ölçülmelidir (13). Isırık izleri diş özelliklerine ve diş izleri üzerindeki örneklem üzerinden yapılacak DNA analizi için örnek alınmalıdır. Derin taze ısırıklarda izden kalıp alınmalıdır (3,43).

### **Yanıklar**

İstismar amaçlı yanıklar, en sık üç ve daha büyük yaşlarda kaza kökenli yanıklar ise en sık iki yaş altı çocuklarda görülürler (29).

İstismarda yaygın olarak görülen yanık şekli, alt ekstremiteler ve/veya perine ya da kalçalarda sıcak suya batırmaya bağlı olarak oluşan yanıklardır (30,40). Haşlanma şeklindeki yanıklarda yanık bülleleri oluşur (29). Çocuk çoğunlukla tuvalet eğitimi sırasında cezalandırma amacıyla, zorla tutularak sıcak suya batırılmaktadır (30). Bu gibi durumlarda çocuğun korunma amacıyla ayaklarını çekmesine bağlı olarak bazı cilt alanları korunmuş olabilir (38). Su seviyesi, yanık ve yanmamış deriyi keskin bir sınırla ayırır (33,40,42). Ellerde ve ayaklarda bilateral, simetrik, eldiven çorap tarzı yanıklar, zorla sıcak suyun altına tutma sonucu meydana gelebilmektedir (30, 33, 37, 38, 40). Yalnızca tek bir üst ekstremitede ya da daha nadir olarak tüm yüzün yandığı durumlarda da karşılaşılabilmektedir (40). Çocuk bezleri haşlanma yanıkları açısından koruyucudurlar. Bu nedenle süt çocuklarında kalçaların ve uyluk üst kısımlarında görülen yanıkların kaza sonucu olma olasılığı azdır (33).

Çocuk kaza sonucu sıcak bir cisimle temas ederse, yanıklar küçük, kenarları ve derinlikleri düzensiz ve asimetric şekilde olurken, istismarda sıcak cisimle temas sonucu meydana gelen yanıklar daha düzenli ve cismin şekli daha düzgün sınırlı olarak izlenir (30, 38, 40). Sıcak cisimlere temas sonucu ellerin iç yüzlerinde yanıklar görülür (40). Haşlanma yanıklarından farklı olarak objenin şekline uygun kuru lezyonlar oluşmaktadır (29). Temas yanıkları genelde yüzeyseldir, bazen objeye yapışıp avuç içinde derin yanıklarda oluşabilir (29). Çocuğa bakmakla yükümlü olan kişinin, sıcak kaşığı zorla çocuğun ağızına temas ettirmesine bağlı olarak da yanıklar meydana gelebilir.

Sigara yanıkları, eller, kollar, baş ve boyun gibi elbisesiz bölgelerde görülmektedir (41). Derin, 8-10 mm den daha geniş çaplı, genellikle yuvarlaktır ve birden fazla sayıda olabilmektedir (30,33,40). Eğer sigara cilde oblik olarak tutuluyorsa, yanık üçgen şeklinde olabilir. Yeni oluşmuş sigara yanıkları kırmızı renktedir ve bazen etrafında

ince, koyu kırmızı bir alan bulunabilir. İyileştikçe pembeleşir ve daha sonra yüzeyi gümüşümsü, parlak bir hal alır <sup>(41)</sup>.

Çocuğun sıcak zeminde sürüklenmesi sonucu oluşan sürtünme yanıkları kemik yapının olduğu yerlerde daha fazla görülür <sup>(29,30,38)</sup>.

### **Diğer Şekilli Deri Yaralanmaları**

Yumruk ya da tokat atıldığında, kırbaç, halat, kemer, ayakkabı, tava, çatal, bıçak gibi cisimlerin kullanılması ile oluşan yaraların şekli ne tür bir cisimle olduğunu kolayca belirlememizi sağlar. Bu tür cisimlerle oluşan lezyonlar kaza sonucu meydana gelmesi zordur, kolayca istismar kuşkusu doğurmaktadır <sup>(3)</sup>.

#### **2.1.3.3.2 İskelet Sistemi Lezyonları**

İskelet sistemi lezyonları istismarın daha ciddi olduğuna işaret etmektedir. Çocuk istismarına bağlı iskelet sistemi bulguları çok geniş bir aralıkta gözlenmektedir. Fiziksel istismardan şüphelenildiğinde, söz konusu bulguları ortaya koyabilmek için iskelet sistemi taraması yapılmalıdır <sup>(40,41,44)</sup>. Babygram ya da bodygram denilen, tüm iskeletin tek bir grafi ile görüntülediği filmler önerilmemektedir <sup>(33,44)</sup>. İskelet sistemi taraması, ön-arka ve yan kafa, yan servikal vertebra, ön-arka ve yan toraks, ön-arka pelvis, yan lumbal vertebra, ön-arka humerus ve önkol, oblik el, ön-arka femur, ön-arka tibia ve ön-arka ayak grafilerini içermelidir. Kot kırığı düşünülen olgularda oblik toraks grafisi çekilmelidir <sup>(33,40,44)</sup>.

Radyografik bulgulardan, klasik metafizyel lezyonlar, özellikle posterior yerleşimli kot kırıkları, skapula kırıkları, spinöz projes kırıkları ve sternal kırıklar çocuk istismarına yüksek derecede özgünlük gösterirken, özellikle bilateral multipl kırıklar, farklı yaşlardaki kırıklar, epifizyel seperasyonlar, vertebra korpus kırıkları ve subluksasyonları, parmak kemik kırıkları, kompleks kafatası kırıkları ve pelvis kırıkları orta derecede, subperiostal yeni kemik oluşumu, klavikula kırıkları, uzun kemik diafiz kırıkları ve lineer kafatası kırıkları düşük derecede özgünlük gösterirler <sup>(44)</sup>.

Ekstremitte kemiklerindeki kırıkların pek çoğu, kemiğe uygulanan direkt travmadan ziyade, anormal açılanma, torsiyon ya da traksiyon gibi indirekt etkilerle meydana gelir. Bu etkiler, çocuğun el ya da ayak bileğinden tutularak sallanması, kol ya da bacağından tutularak sürüklenmesi ya da şiddetli bir şekilde sarsılması sonucu meydana gelirler. Metafizde meydana gelen avülsiyonlar, sallama ya da bükmeye bağlıdır. İnfantlarda periosteum zayıf bir biçimde kemiğe tutunmuştur, traksiyona bağlı olarak kolaylıkla ayrılabilir ve altında kan birikerek 7-14 gün içerisinde hızlı bir şekilde kalsifiye olur. Bu durum, radyografide, kemiğin diafizi boyunca uzanan, ince, irregüler bir görünüm oluşturur. Uzun kemik diafiz kırıkları istismara düşük derecede özgünlük gösterirlerse de, infantların uzun kemiklerindeki spiral diafiz kırıklarının kazaya bağlı oluşma olasılığı bulunmamakta, torsiyonun sonucu olarak meydana gelmektedirler <sup>(41)</sup>. Henüz yürüyemeyen çocuklarda kazaya bağlı uzun kemik kırıkları çok çok nadirdir <sup>(40)</sup>.

İskelet taramasında akut kırıklar atlanabilir ve şüpheli bulgular yanlış olarak kırık şeklinde yorumlanabilir. Dolayısıyla bu gibi durumlarda tek başına iskelet taraması

yeterli olmayabilir. Eğer iskelet taraması başlangıçta negatif ya da şüpheli ise, ek olarak radyonüklit kemik taraması yapılabilir ya da iskelet taraması 11-14 gün sonra tekrar edilebilir. Radyonüklit kemik taramasında kemik kırıkları, oluştuktan sonraki 4 saat içerisinde saptanabilirler <sup>(40)</sup>.

### 2.1.3.3.3 Kafatası Lezyonları

Ölümcül lezyonlar açısından en önemli bölge kafatasıdır <sup>(29)</sup>. Çocukların kafatası erişkine göre esnek ancak ince yapıdadır <sup>(3)</sup>. Kafatası kırıkları en sık olarak oksipitoparietal bölgede görülürler <sup>(41)</sup>. İstismar sonucu meydana gelen kafatası kırıkları genellikle çok sayıda, iki yanlı, kompleks, depresyon tipinde, 3 mm'den geniş olma eğilimindedir ve birden fazla kafatası kemiğinin tutulumu söz konusudur. Kaza sonucu gelişen kafatası kırıkları ise genellikle tek, dar ve lineerdir <sup>(33)</sup>.

İstismara uğramış çocuklarda en yaygın ölüm nedeni, kafatası kırığı ile birlikte olan ya da olmayan, en sık olarak subdural kanamanın görüldüğü intrakraniyal hasardır <sup>(41)</sup>. Subdural kanamaya hemen her zaman serebral kortikal kontüzyon eşlik eder <sup>(45)</sup>. Subdural kanama çocuklarda en sık, kafaya uygulanan direkt travmaların sonucudur. Direkt travmalar ise çoğunlukla, düşmelerde olduğu gibi, hareket eden kafanın sabit bir cisme çarpması sonucunda meydana gelir. Direkt travma olmaksızın, şiddetli bir şekilde sarsma da, kortikal köprü venlerinin rotasyonel kuvvetlere bağlı olarak yırtılması sonucu subdural kanamaya yol açabilir <sup>(41,45,46)</sup>. Çocukların immatür kafataslarında meningeal arterler, erişkinlerde olduğu gibi derin oluklarda seyretmediğinden, çocuk istismarında ekstradural kanamalar erişkinlere göre nadirdir. Kafa travmasını takiben oluşan beyin ödemi, çocuklarda erişkinlere göre daha yaygındır. Çocuklarda kafa travmasını takiben meydana gelen ölümlerin önemli bir kısmında neden artmış intrakraniyal basınç, meningeal kanama ya da görünür beyin hasarıdır. Kafatası kırığı ile birlikte olan ya da olmayan ciddi kafa travmalarında, genellikle travma lokalizasyonuna uygun, serebral kontüzyon ya da laserasyon meydana gelir. Çocuk istismarında contrecoup (travmanın karşı tarafında) lezyonlar erişkinlere göre daha nadir olarak görülür <sup>(41)</sup>. Bu bulgulara ek olarak, çocuklara uygulanan kafa travmalarında, ekstraaksiyel sıvı birimleri, tentoriyal kanamalar, sınırlı parankimal hematomlar, değişik evrelerde epidural hematomlar, kontüzyon, laserasyon, ventrikül içi kanamalar görülebilir <sup>(46)</sup>.

### 2.1.3.3.4 Göz Yaralanmaları

Göz yaralanması göz çevresindeki ödem gibi hafif bir bulgu olabileceği gibi göz küresinin parçalanmasına kadar giden ağır biçimde de olabilir. Fiziksel istismara uğramış çocukların yaklaşık % 40'ında göz lezyonu görülür <sup>(3)</sup>. Kafaya uygulanan direkt travmalar ve sarsmalarda vitröz hümör içerisine kanama, lens dislokasyonu, retina dekolmanı ve retina kanamaları görülebilmektedir <sup>(41)</sup>. Retina rüptürü 2 ayıktan büyük bebeklerin tipik bulgularından birisidir <sup>(3,28)</sup>. Rakun göz görünümü subgleal kanamaya işaret edebilmektedir ve kafa travmasını gösterir. İstismarın atlanmaması için istismar şüphesi bulunan çocuklara ayrıntılı göz muayenesi yapılmalıdır <sup>(29)</sup>.

### 2.1.3.3.5 Kulak Yaralanmaları

İstismar olgularında dışkulakta hasara sık olarak rastlanır. Kulak sayvanında görülen ekimoz, hatta laserasyonlar, tokat vurulması sonucu oluşabilirler<sup>(41)</sup>. Kulak lobunda, kanalında ve çevresindeki kanama, istismar için önemli bir bulgudur. Kanama, kızarıklık ve şişlik, kulağa ciddi bir travma olduğuna işaret eder<sup>(46)</sup>. Böyle bir travma ise işitme kaybı ve enfeksiyonla sonuçlanabilecek timpanik zar yırtılmasına neden olabilir<sup>(41)</sup>. Teneke kulak sendromu (kulakta morarma) şiddetli sarsma ve darbe yaralanmaları ile birlikte görülür ve fiziksel istismara işaret eder. Bu sendromda, tek kulakta morarma, tek taraflı beyin ödemi, tek taraflı subdural kanama ve retinal kanama esas bulguları oluşturmaktadır<sup>(29)</sup>.

### 2.1.3.3.6 İç Organ Yaralanmaları

İç organ yaralanmaları genellikle batınla sınırlı kalmakta, kalp ve akciğerle ilgili daha nadir yaralanma görülmektedir<sup>(29)</sup>.

#### **Batın Yaralanmaları**

İstismara uğramış çocuklarda kafa yaralanmalarından sonra ikinci sıradaki ölüm nedeni batın yaralanmaları sonucu oluşan iç organ laserasyonu ve rüptürleridir<sup>(40,41)</sup>. Göğsün alt kısmına ya da batın duvarına uygulanan kuvvetli bir travma sonucu meydana gelirler. Karaciğer en sık hasar gören organ olup en yaygın lezyon her iki lobda derin yırtıklardır. Nadir olarak karaciğer dokusunda kopma da görülebilir. Bu lezyonlar hemoperitoneuma yol açarak ölüme neden olabilirler<sup>(41)</sup>. Karaciğer ve dalak gibi solid organ yaralanmaları ile bağırsak yaralanmaları, mortalite ve morbiditeye eşit derecede katkı sağlarlar<sup>(40)</sup>. Çocuk istismarında bağırsak hasarı en sık olarak duodenum ve jejunumda meydana gelir. Duodenumun ikinci kısmı abdomenin orta kısmında darbelere açıktır. Bu bölgede duodenum orta hattı geçer ve travma sonucu anterior abdominal duvarla lomber vertebranın spinöz çıkıntısı arasında sıkışarak, bistüri ile kesilmiş gibi temiz bir şekilde tam olarak kopabilir ya da bağırsak duvarı zedelenecek travmadan sonraki birkaç saat ya da birkaç gün içerisinde gelişen iskemik ve nekrotik değişikliklere bağlı olarak gecikmiş rüptüre yol açabilir. Benzer lezyonlar jejunumda da meydana gelmektedir. Bu lezyonlar bağırsak içeriğinin peritoneal boşluğa sızması ve hemoperitoneum ile birlikte görülür. Bazı olgularda midenin de rüptüre olabildiği ifade edilmektedir<sup>(41)</sup>. Abdominal yaralanma mevcutsa abdominal bilgisayarlı tomografi çekilmelidir. Ultrasonda bazı yaralanmalar atlanabilir<sup>(40)</sup>.

#### **Göğüs Yaralanmaları**

İnfantlarda kot kırıklarının kaza sonucu meydana gelmesi çok nadir bir durumdur. Çocuk istismarında bir ya da her iki tarafta, birden fazla kot kırığına sıklıkla rastlanmaktadır<sup>(40,41)</sup>. Kırığın yeni ya da eski olmasına bağlı olarak farklı radyolojik görüntüler ortaya çıkmaktadır. Angulus costaya yakın bir yerde meydana gelmiş eski kırıkların en karakteristik görüntüsü, bir ya da her iki paravertebral alanda, vertikal olarak uzanan birden fazla kallus formasyonudur. Bu multipl posterior kırıklar, yetişkinin elleri ile çocuğu koltuk altlarından tutup her iki yandan basınç uygulayarak sıkması

sonucu meydana gelirler. Aksiller hattaki kot kırıkları ise anteroposterior basınca bağlı olarak oluşurlar. Bu kırıkların kardiyopulmoner resüstasyon sırasında meydana gelme olasılığı son derece tartışmalı olmakla birlikte, kuşkusuz çok nadirdir <sup>(41)</sup>.

Kaburga kırıklarında çok sayıda olup göğüsün açılımını engellemedikçe veya kırık uçları plevra ve akciğerleri delmedikçe veya ağrı yapmadıkça solunum sıkıntısı olmaz. Çocuk istismarı özellikle yenidoğanlarda kaburga kırıklarına yol açabilmektedir. Göğüs bölgesi yaralanmaları istismar olgularında yaygındır. Şüpheli durumlarda mutlaka istismar olup olmadığı araştırılmalıdır <sup>(5)</sup>.

### 2.1.3.4 Fiziksel İstismara Bağlı Ruhsal Bulgular

Fiziksel istismar sonucunda çocukların zihinsel, fiziksel ve psikososyal gelişimi ciddi şekilde sekteye uğramaktadır. İstismarın ruh sağlığı üzerindeki etkileri çocukluk döneminin yanı sıra ergenlik ve erişkinlikte de sürebilmekte ve hem içedönük hem de dışavuruk davranış sorunlarıyla kendini gösterebilmektedir. Ebeveynlerin uyguladığı şiddet davranışı ne kadar kötü ise çocuktaki ruhsal sorunlar da o kadar şiddetli olmakta ve olumlu sosyal davranışlarda yıkım görülebilmektedir <sup>(47)</sup>.

Fiziksel şiddete uğrayan çocuklarda fiziksel bulguların yanı sıra ruhsal belirtiler de bulunmaktadır. Şiddet mağduru çocuklarda görülebilecek bazı davranış değişiklikleri ya da ruhsal belirtiler klinisyenler için uyarıcı olmalıdır. Çocuğun sıra dışı şekilde korkulu, ürkek, güvensiz ve temkinli oluşu, fiziksel temastan sakınma, tehlike konusunda tetikte olma, eve gitmekten korkma, hayvanlara, akranlarına, kardeşlerine ve yetişkinlere karşı fiziksel olarak şiddette bulunma, öfkeli tepkiler ve suç davranışı sergileme, oyun ya da resimlerinde agresyon temalarının olması, madde kötüye kullanımı, yangın çıkarma, uyku problemleri, kâbuslar ve intihar eğilimi gibi belirtiler fiziksel şiddetin ruhsal yansımaları arasındadır <sup>(48-51)</sup>. Beyin hasarı, okul başarısında düşme, bilişsel işlevlerde sorunlar ve büyüme gelişmede gerilik de görülebilmektedir <sup>(20,52)</sup>. Bir disiplin yöntemi olarak dayak cezasının, çocuklarda agresyon ve suç davranışını arttırdığı, ebeveyn-çocuk ilişkisini bozduğu ve çocuğun ruh sağlığını olumsuz yönde etkilediği Gershoff'un (2002) meta-analiz çalışmasında belirtilmiştir <sup>(53)</sup>. Şiddete uğramış çocukların şiddetle karşılaşmamış çocuklara kıyasla daha fazla dışa vuruk belirti taşıdıkları vurgulanmaktadır. Diğer istismar türleriyle karşılaşan çocuklara kıyasla daha fazla karşıt olma karşı gelme ve davranım bozukluğu tanısı aldıkları bulunmuştur <sup>(47,54)</sup>.

Çocukluk dönemi ile sınırlı olanlarla karşılaştırıldığında, ergenliğe değin süren istismarlarda suç davranışı riski daha yüksektir <sup>(55)</sup>. Tutuklu ergenlerle yapılan bir çalışmada, çocukluk döneminde fiziksel istismar öyküsünün toplum örnekleminde yaklaşık 2 kat daha fazla olduğu; düşük sosyoekonomik düzeye sahip ve ruh sağlığı sorunu olan ailelerin çocuklarında fiziksel şiddetin daha fazla içsel belirti ile ilişkili olduğu bulunmuştur <sup>(56)</sup>. Çocukken fiziksel şiddete maruz kalan ergenlerde depresyon, sigara, alkol, esrar ve uçucu madde kötüye kullanımının ve şiddet içerikli davranış sergileme, suç davranışı ve tutuklanma riskinin arttığı gösterilmiştir <sup>(57,58)</sup>. Fiziksel istismara ek olarak ebeveynler-arası şiddetin tabloya eşlik ettiği durumlarda, ergenlerde depresyon, ayrılık anksiyetesi bozukluğu, travma sonrası stres bozuk-

luğu (TSSB) ve karşıt olma karşı gelme bozukluğu tanıları daha olasıdır (59). Bu belirtilerin yanı sıra yakın arkadaşlık kurmada ve ikili ilişkilerde sorunlar, içe çekilme, pasifize olma ve apati tablosu da fiziksel istismarın diğer olası sonuçlarıdır (47,52). Ev ortamında şiddet gören ergenlerin evden kaçma, çeteye karışma ve hamile kalma gibi daha yüksek riskli davranış tipleri sergiledikleri bildirilmiştir (51). şiddet mağduru çocuklarda ilerleyen yaşlarda obezite gibi kronik fiziksel hastalıklara yakalanma riski artmaktadır (23).

Fiziksel şiddetin erişkinlikteki uzun dönem sonuçlarıyla ilgili pek çok çalışma bulunmaktadır. Çocukken şiddete uğrayan bireyler erişkin yaşlarda daha fazla alkol ve madde kötüye kullanımı, şiddet içerikli suç davranışı, anksiyete ve duygudurum belirtileri, depresyon ve intihar girişimi, TSSB belirtileri, eş ve çocuklarına karşı şiddet davranışı sergilemektedir (23,47,49,51,53,60-62).

Fiziksel şiddete maruz kalan çocuklarda ruhsal değerlendirme ayırıcı tanı açısından da çok önemlidir. Ruhsal değerlendirme, istismar tanısı için gerekli olması yanısıra, ilerleyen dönemde ortaya çıkabilecek ruhsal ve davranışsal bozuklukların takip ve tedavisi için de önemlidir.

### 2.1.3.5 Fiziksel İstismarda Ayırıcı Tanı

Çocukta meydana gelen bir yaralanmanın veya tıbbi muayenede dikkati çeken patolojik bir bulgunun orijininin tespit edilmesi olgunun seyri açısından çok önem arz etmektedir. Çocuğun muayenesinde tespit edilen bir lezyon fiziksel istismar ya da kaza kökenli bir yaralanma olabileceği gibi patolojik bir hastalık bulgusu da olabilmektedir. Bu bağlamda, ayırıcı tanıya gidilmesi; kesin tanı konulması, tedavinin planlanması, uygun yasal yaklaşımın belirlenmesi ile çocuğun ve ailenin yüksek yararı açısından kaçınılmazdır. Fiziksel istismarı taklit eden birçok tıbbi durum bulunduğu için çok detaylı bir klinik öykü alınmasının yanı sıra ayırıcı tanı yöntemleri ile yaralanma veya lezyonun tipi, yaralanma bölgesi, kullanılan enstrüman, yara paterni, fizyopatolojik özellikleri ve yaşı belirlenmelidir (63,64).

#### 2.1.3.5.1 Ayırıcı Tanıda Öykü

Fiziksel istismar şüphesi bulunan olguların öyküsü alınırken çocuğun mevcut hastalıkları, psiko-sosyal ve tıbbi özgeçmişi, önceden maruz kaldığı yaralanma ve kazalar, özellikle kanama bozukluklarını da sorgulayan soy geçmişini içeren eksiksiz bir öykü alınmalıdır. Verilen öykü ile mevcut bulguların uyumlu olup olmadığının dikkate alınması, uyumsuzluk var ise ve yaralanma mekanizması izah edilemiyorsa fiziksel istismardan şüphelenilmesi gerekmektedir (63,65).

Kaza olduğu iddia edilen olgularda öykünün, yaralanmanın derecesi ile karşılaştırılması gerekmektedir. Çünkü, ciddi yaralanmaların kaza sonucu olma olasılığı düşüktür. Alçak bir yerden düşerek ciddi yaralanmaların olma olasılığı azdır. Genellikle istismarı gizlemek amacı ile çocuğun bir yerden düştüğü veya çarptığı, bazen de kendisi, kardeşi veya bir başkası tarafından bu yaralanmaların oluşturulduğu ifade edilebilmektedir (29).

Tıbbi ve biyopsikososyal özgeçmişte travmatik bulguları açıklayacak bir durum olmaması, minor travma tariflenmesine rağmen geniş travmatik lezyonların varlığı, travma öyküsü verilmeyen durumlarda travmatik lezyonların varlığı, öykünün zaman zaman değiştirilmesi durumlarında fiziksel istismar göz önünde bulundurulmalıdır. Ciddi travmatik lezyonlar için çocuğun kendisinin veya kardeşlerinin suçlanması durumunda; çocukların iddia edilen travmayı gerçekleştirebilecek gelişim düzeyinde olup olmadıklarının belirlenmesi de ayırıcı tanıda önem arz etmektedir (63,64).

Çocuğun fiziksel istismarı ile karışabilen cilt lezyonları geleneksel tedavi yöntemleri, şakalaşma veya sevgi gösterme amaçlı eylemlerle ilişkili olabilmektedir. Bu noktada, fiziksel istismar ayırıcı tanısında öyküde sorgulanması gereken bir diğer önemli husus ailelerin kültürel uygulamaları ve özellikleridir (66,67). Bu durumda aile bireyleri tarafından tarif edilen geleneksel eylem ve oluşan lezyonun uyumlu olması önemlidir, aksi durumlarda istismardan şüphelenmek gerekmektedir.

#### 2.1.3.5.2 Ayırıcı Tanıda Fiziksel Muayene

Muayene bulguları ışığında sağlıklı bir ayırıcı tanı yapılabilmesi için muayene basamakları ve tanı koyma aşamasında acele edilmemesi gerekmektedir. Biyopsikososyal öykü ve fiziksel muayene, fiziksel çocuk istismarı ile karışabilecek birçok durumu dışlama noktasında yol gösterebilmektedir. Tanı koymada güçlük yaşanan olguların ayırıcı tanısında fiziksel muayenenin mutlaka laboratuvar testleri ile desteklenmesi gerekmektedir (68). Ayırıcı tanıda; temel tanısal antiteler, klinik bulguları, laboratuvar, radyografik ve özel testler Tablolarda özetlenmektedir (66,68-72).

#### **Deri Lezyonları**

Deri lezyonlarının özellikleri anlatılan öykü ile uyumlu olmalıdır. Kaza sonucu meydana gelen deri lezyonları daha çok kemiklerin deri ile yakın temasta olduğu dirsek, bacak ön yüz, alın, çene, zigomatik bölge vb. alanlarda görülmektedir (3). Emeklemeye başlamamış çocuklardaki ekimozların istismar konusunda ciddi şüphe doğurması gerekmektedir. Ayrıca esas şikâyet konusu yaralanma dışında başka yaralanmaların da bulunması fiziksel istismarı düşündürür (29, 30).

Isırık izlerinde ayırıcı tanı önemlidir. Genellikle insanların dişleri hayvanların aksine düzensiz olduğundan oluşturduğu iz de düzensiz olup parmak izi gibi bireye özgüdür (29). Hayvan dişlerinin en çapı küçük ve kesici yüzeyleri dar olduğundan deride ufak delik şeklinde lezyon oluştururlar (33, 38, 40). İnsan ısırığında ise insan dişinin geniş yüzeyli olması nedeni ile yırtık veya ezilme oluşmaktadır (33). Erişkinlerde köpek dişleri çocuklara göre daha gelişmiş olduğu için daha belirgin lezyonlara yol açmaktadır. Çocuk ve erişkine ait ısırık izi ayrımını, diş genişliği ve aralarındaki mesafe ise saptamak mümkündür (30). Maksiller köpek dişleri arasındaki mesafenin 3 cm'den fazla olması durumunda ısırık izinin bir erişkine ait olduğu dikkate alınmalı ve istismarı düşündürülmelidir (30, 33, 38, 40). Erişkine ait ısırık izininin bizim kültürümüze özgü sevgi ısırıklarından olmadığına da ayrımı yapılmalıdır. Isırık izleri odontolojik kimliklendirmede kullanılan yöntemlerle şüphelinin diş kalıpları / özellikleri ile karşılaştırılmalıdır. Diğer yandan diş izi alanındaki cilt üzerinden alınan örnekler olası şüphelilerin DNA özellikleri ile karşılaştırılarak kimliklendirme yapılması sağlanmalıdır (3, 43).

**Tablo 1. Cilt lezyonlarında ayırıcı tanı**

Klinik Bulgular	Ayrıcı Tanı	Ayrıcı Tanıda Yardımcı Testler
Ekimoz	Travma	Diğer hastalıkların dışlanması
	Hemofili	Protrombin zamanı, parsiyel protromboplastin zamanı
	Von Willebrand Hastalığı	Von Willebrand paneli
	Henoch Schonlein Purpurası	Lezyonların tipik dağılımı ve özellikleri
	Purpura Fulminans	Sepsisin dışlanması
	Ehlers-Danlos sendromu	Hiperekstensibilite
Lokal eritem veya büller	Yanık	Klinik öykü ve özellikler
	Stafilokoksik impetigo	Kültür, Gram boyama
	Bakteriel selülit	Kültür, Gram boyama
	Pyoderma gangrenozum	Kültür, Gram boyama
	Mongol lekeleri, Eritema multiforme,	İlgili testler
	Fitofotodermatitis, Fotosensitivite ve Fototoksik reaksiyonlar	Allerjik öykü ve testler, oral veya topikal reaksiyonlar
	Soğuk ısırması	Klinik öykü ve özellikler
	Herpes zoster veya Herpes simplex	Örnekleme, kültür
	Epidermolizis bülloza	Deri biyopsisi
	Kontakt dermatit (allerjik veya iritan)	Klinik özellikler

### **Göz Lezyonları**

Göz yaralanmalarında dikkat edilmesi gereken husus yüzdeki ve göz çevresindeki yaralanmalar ile anlatılan öykünün uyumlu olup olmadığının değerlendirilmesidir. Bu noktada, göz gibi muayenesi yapılarak ve var ise retinal kanama odaklarının lokalizasyonları belirlenmelidir. Diğer travmatik orbital bulguların aksine retinal kanamanın kazaya bağlı alçak yerlerden düşmelerde genellikle oluşmayacağı göz önüne bulundurulmalıdır.

**Tablo 2. Göz yaralanmalarında ayırıcı tanı**

Klinik Bulgular	Ayrıcı Tanı	Ayrıcı Tanıda Yardımcı Testler
Retinal kanama	Sarsma veya diğer travmalar	
	Kanama bozuklukları	Koagülasyon çalışmaları
	Neoplazmlar	
	Resüsitasyon	Öykü
Konjunktival kanama	Travma	Diğer hastalıkların dışlanması
	Bakteriel veya viral konjunktivit	Kültür, Gram boyama
	Şiddetli öksürük	Öykü
Orbital şişme	Travma	Diğer hastalıkların dışlanması
	Orbital veya periorbital selülit	CBC, kültür, sinüs radyografileri
	Metastatik kitle	Radyografi, CT, Merkezi sinir sistemi muayenesi
	Epidural kanama	Radyografi, CT, Merkezi sinir sistemi muayenesi

### **Batın-Göğüs Bölgesi Yaralanmaları ile Fiziksel İstismar İlişkisi**

İç organ yaralanmaları göreceli olarak gizli kaldığından bakım veren kişinin tıbbi yardım için başvurması gecikebilmektedir. Bu tarz olgularda istismarcı genel olarak çocuğun ya bir merdivenden ya da mobilyaların üzerinden düştüğünü iddia etmektedir. Bu durumlarda ayırıcı tanıda kan testleri, karaciğer fonksiyon testleri ve idrar analizi yapılmalıdır. Kanamaya bağlı anemi ve enfeksiyonlar istismara işaret edebileceği ifade edilmektedir. Fiziksel istismar kökenli karaciğer, dalak laserasyonu ve barsak obstrüksiyonu olgularında ciltte parmak ve yumruk izi ile uyumlu görünüm bulunması anlamlıdır. Batına şiddetli künt travmalarda pankreatit de görülebilmektedir. Bu olgularda safra yolu hastalıkları, konjenital anomaliler, kistik fibrozis ve bazı ilaç/toksik ajanların ayırıcı tanısının yapılması gerekmektedir (63,64).

Sindirim sistemi lezyonlarının ayırıcı tanısında yabancı cisim aspirasyonları, rektal yabancı cisim, travmatik perforasyon ve kostik madde yanıklarının dikkate alınması önem arz etmektedir. Orta-üst karın bölgesinde fikse pozisyonda bulunan duodenumun yaralanmalarının, duodenal damar rüptürlerinin sıklıkla batına künt travma ile ilişkili olduğu benzer patolojik kökenli lezyonların sık olmadığı ifade edilmektedir (63,64). Beş yaşın altındaki çocuklarda kaza sonucu duodenum yaralanmaları çok nadirdir (40).

**Tablo 3. Batın-göğüs bölgesi yaralanmalarında ayırıcı tanı**

Klinik Bulgular	Ayrıcı Tanı	Ayrıcı Tanıda Yardımcı Testler
Hematüri	Travma	Diğer hastalıkların dışlanması
	İdrar yolu enfeksiyonu	Kültür
	Akut veya Kronik glomerüler hasar tipleri (glomerülofrit)	Böbrek fonksiyon testleri, biyopsi
	Hereditör veya Ailesel böbrek hastalıkları (Ailesel benign rekürren hematüri)	Öykü
Akut Batın Tablosu	Diğerleri (vaskülitler, tromboz, neoplazm, anomaliler, taşlar, bakteriyemi, aşırı egzersiz)	Öykü, kültürler, radyolojik çalışmalar
	Travma	Diğer hastalıkların dışlanması
	Gastrointestinal hastalıklar (peritonit, obstrüksiyon, inflamatuvar barsak hastalığı, Meckel divertikülü)	Radyografi, gaita testleri ve diğerleri
	İdrar yolu hastalıkları (enfeksiyon, taşlar)	Kültürler, USG, intravenöz pyelografi
	Genital sorunlar (spermatik kord torsiyonu, ovarian kist)	Öykü, fiziksel muayene, USG, radyografi, laparaskopi
	Vasküler hasar (orak hücre krizi)	Anjiyografi, orak hücre testleri
Diğerleri (mezenterik adenit, herni strangülasyonu, anafaktoid purpura, pulmoner hastalıklar, pankreatit, kurşun zehirlenmesi, diyabet)	Ön taniya uygun tetkik ve muayeneler	

### **Kemik Kırıkları ve Fiziksel İstismar İlişkisi**

Kleinman tarafından yapılan çalışmada çocuklarda karşılaşılan bazı kırıkların diğerlerine göre daha spesifik istismar bulgusu olabilecekleri ifade edilmektedir (73). Özellikle kemik kırığı bulunan olgularda ayırıcı tanı açısından mutlaka çocuk radyo-

loğunun görüşüne başvurulması gerekliliği belirtilmektedir. Kemik kırıklarının fiziksel istismar için spesifite derecesi tablo 4'de gösterilmektedir (69,73).

**Tablo 4. Kemik kırıklarının fiziksel istismar için spesifite/özgüllük derecesi**

Yüksek Spesifite / Özgüllük	Orta Düzey Spesifite / Özgüllük	Yaygın Ama Düşük Spesifite / Özgüllük
Metafiziel çentik kırıkları	Çoklu veya bilateral kırıklar	Subperiostal yeni kemik oluşumu
Buket sapı kırığı	Farklı yaşlarda kırıklar	Klavikula kırıkları
Kaburga kırıkları (özellikle posterior yerleşimli)	Epifizyel ayrılma	Uzun kemik shaft kırıkları
Skapula kırıkları	Omur gövde kırığı veya sublüksasyonu	Lineer, basit iskelet kırıkları
Spinöz proses kırıkları	Parmak kırıkları	
Sternum kırıkları	Kompleks veya çoklu iskelet kırıkları	

Oyun oynarken düşme, diğer çocuklarla yapılan küçük kavgalar, bakıcının kucağından düşme, karyoladan düşme gibi günlük sık rastlanan travmalar genellikle vertebra- ların spinöz çıkıntısı, skapula ve sternum kırıklarına yol açamaz. Bu tip lezyonlarda istismar olasılığı fazladır (33).

**Tablo 5. Kemik Kırıklarında Ayırıcı Tanı**

Klinik Bulgular	Ayırıcı Tanı	Ayırıcı Tanıda Yardımcı Testler
Kırıklar (Çoklu veya iyileşmenin çeşitli evrelerinde)	Travma	Radyografi ve mavi sklera
	Osteogenezis imperfekta	Diğer klinik bulguların ortaya konması,
	Alagille sendromu	Moleküler testler
	Bakır eksikliği	İlgili testler
	Rikets	Beslenme/diet öyküsü
	Doğum travması	Doğum öyküsü
	Hipofosfatemi	Azalmış alkalin fosfataz
	Lösemi	CBC, Kemik iliği tablosu
	Nöroblastom	Kemik iliği, biyopsi
	Östeomyelit veya septik artrite ikincil	Öykü
Nörojenik duyu defisiti	Fiziksel muayene	
Metafizial Lezyonlar, Epifizial Lezyonlar veya Her ikisi	Travma	
	Skorbüt	Beslenme/diet öyküsü
	Menkes sendromu	Azalmış bakır ve serüloplazmin
	Sifiliz	Seroloji
	Tenisçi dirseği	Öykü
	Doğum travması	Öykü
Subperiostal Kemikleşme	Travma	
	Östeogenik malignensiler	Radyografi ve biyopsi
	Syphilis	Seroloji testleri
	İnfantil kortikal hiperostozis (Caffey hastalığı)	Metafizel düzensizlik yoktur. Bilateraldir. Radyografik inceleme
	Osteoid osteoma	Aspirine cevap
	Skorbüt	Beslenme/diet öyküsü

### **Beyin Kanaması ve Fiziksel İstismar İlişkisi**

İstismar olgularında en sık karşılaşılan beyin dokusu hasarı subdural beyin kanamasıdır. Bu olgularda mutlaka ayırıcı tanıya gidilmelidir. Subdural kanamaların herhangi bir direkt travma olmaksızın sarsma sonucu da meydana gelebileceği unutulmamalıdır. Bu gibi durumlarda harici muayenede fiziksel bulgu olmayabileceği dikkate alınmalıdır. Travmatik beyin kanamaları kafatası kırığı olmaksızın da meydana gelebilir. Bebeklerde kafatasının esnek olması nedeni ile kırık olmaksızın beyin kanaması daha sık rastlanan bir durumdur. Bazı olgularda parmakla parietal bölgeye bastırılarak kırık oluşturmaksızın kafatasında çökme oluşturulabilir. Bu şekilde de kırık oluşturmaksızın beyin dokusunda hasar meydana gelebilir (5).

*Tablo 6. Beyin Kanaması Ayırıcı Tanı*

Klinik Bulgular	Ayrıcı Tanı	Ayrıcı Tanıda Yardımcı Testler
Subdural Kanama	Travma (İstismar)	
	Travma (Kaza)	
	Doğum travması	Öykü
	Konjenital malformasyonlar (Arteriovenöz malformasyon, Anevrizma, Araknoid kist)	Radyolojik testler
	Yaygın damar içi pıhtılaşma	İmmünoessey yöntemi ile fibrinojen-fibrin yıkım ürünlerinin gösterilmesi Kanama zamanı Faktör düzeyleri
	Hemofili veya diğer genetik kanama bozuklukları	Protrombin zamanı, Parsiyel protromboplastin zamanı Moleküler testler
	İnfeksiyonlar (Meningit, Herpes simpleks)	Mikrobiyolojik testler
	Metabolik hastalıklar (Glutarik asidüri tip 1, Menke hastalığı, Osteogenezis imperfekta, Hemofagositik lenfositosis)	Yukarıda belirtilen testler
	Radyasyon maruziyeti veya kemoterapi	Öykü
	Tümörler	İlgili tanısal testler
	Vaskülitler (Kawasaki hastalığı, kurşun toksisitesi, moyamoya hastalığı, Sistemik lupus eritematozus)	Histopatolojik inceleme, Organ doku biyopsileri, Romatolojik testler, Özel testler
	Vitamin K eksikliği	İlgili testler

#### **2.1.3.6 Kültürel Uygulamalar**

Öncelikle istismar tanısı konulmadan önce bir takım lezyonların ailenin kültürel uygulamalarından kaynaklanabileceğinin göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Farklı kültürlerle mensup bireylerin ortak yaşam alanlarını paylaştığı günümüzde fiziksel istismar tanısında genel ayırıcı tanısal test ve kriterlerin yanında kültürel özelliklerinde sorgulanması önemlidir (66,74).

*Dünya Sağlık Örgütü* (1985) tarafından çocuk ve yetişkinin şiddet ve istismar olarak kabul etmediği ancak çocuğun sağlığını, fiziksel ve psikososyal gelişimini etkileyecek bütün edimler istismar olduğu belirtilmektedir. Bu nedenle kültürel uygulamala-

rın çocuğa zarar verecek nitelikte olması istismar olarak değerlendirilir. En sık rastlanan fiziksel istismar şekli olan dayak atma da kültürel olarak eğitim amacı olarak da kullanılmaktadır.

Kültürel uygulamalarda değişik özelliklerde ekimozlar, yanık lezyonları, kesiler, ısırık izleri, kız çocuğu sünneti vb. bulgular ile karşılaşılabilir (66,74).

**Şişe çekme (cupping):** Günümüzde halen çok yaygın şekilde, özellikle alternatif tıp ve güzellik merkezlerinde uygulanmaktadır. Bardak, şişe veya kavanoz gibi cam yapıların içerisindeki havanın alevleme yöntemi ile alınarak cilt üzerine (genelde sırt bölgesine) yerleştirilerek, belirli bir noktaya belirli bir ölçü ve sürede vakum uygulanmasıdır. Bu yöntem ile soğuk algınlığı, mide rahatsızlıkları, sırt ağrıları, romatizmal hastalıklar vb. gibi durumların geleneksel tedavisinde kullanılabilir. Uygulama sonrasında, şişenin çekildiği cilt bölgesinde yoğun negatif basınç nedeniyle şişe ağzı ile uyumlu şekilde ekimoz görülür (66,74).

**Çimdikleme (Pinching):** Deride ekimoz oluşana kadar çimdiklenmesi/sıkıştırılması şeklinde uygulanır. Baş ağrısı tedavisinde uygulandığı durumlarda iki göz arasında dar bir ekimoz görüldüğü ifade edilmektedir (66,74).

**Metal sürme (Coining, Cao gio, Cuat sha):** En sık olarak metal bir para veya kaşığın vücut yüzeyine bastırılması sonucu dairesel veya uzun-geniş ekimozlar oluşturma işlemidir. Geleneksel tedavi amaçlı olarak hastalığa bir çıkış kapısı oluşturulması amaçlanmaktadır. Zaman zaman toksiklerin vücuttan çıkması için ekimoz oluşturulan bölgeye iğne batırılarak kanın akması sağlanmaktadır. Bu olguların muayenesinde geniş lineer ekimozlar ve bu ekimotik zeminde iğne pikürleri görülebilmektedir (66,74).

**Damgalama:** Özellikle epileptik atak geçiren çocuklarda, atağı sonlandırmak veya şahsı uyandırmak amacıyla uygulanabilen geleneksel bir tedavi yöntemi olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu yöntemde damgalamak için ısıtılmış kaşık, çatal, tel kullanılmaktadır ve muayenede kullanılan materyalin şekli ile uyumlu yanık skarı dikkati çekmektedir (66,74).

**Kan Akıtma-Damar Açma:** Sarılığın geleneksel tedavisinde uygulanmakta olan bir yöntem olan kulak kepçesi arkasındaki yüzeysel venöz yapıları keserek kan akıtma işlemi ülkemizde kırsal kesimde halen görülmektedir. Bu olgularda kulak heliksi arkasında veya bu yöntemin uygulandığı anatomik alanda düzgün kesiler veya kesi skarları izlenebilmektedir (66,74).

**Penisin Bağlanması:** Bazı yörelerimizde ve tarihsel süreçte dünyanın çeşitli bölgelerinde -enürezis noktürna tedavisi ve önlenmesinde geleneksel yaklaşım olarak - çocuğun altını ıslatmaması için penisin bağlandığı bilinmektedir. Bu olgularda peniste nekroza kadar giden ağır lezyonlar ortaya çıkabilmektedir (75).

## 2.1.4 Olgu Sunumu

7 yaşında bir kız çocuğu, ağaca çarpmaya bağlı yüzündeki yaralanma nedeni ile gittiği ..... Sağlık Ocağından vücudundaki diğer morluklar nedeniyle değerlendirilmek üzere ..... Çocuk Koruma Merkezine yönlendiriliyor.

Çocuk, Çocuk Ruh Sağlığı Uzmanı ve Adli Tıp Uzmanı ve Klinik Psikolog ile birlikte değerlendiriliyor.

..... ilk görüşmede, 2. sınıfa gittiğini, 4 yaşında bir kardeşi bulunduğunu, anne baba ve kardeşi ile birlikte yaşadığını, annesinin ev hanımı olduğunu, babasının işsiz olduğunu, parkta koşarken ağaca çarptığını, gözünün şiştiğini, burnundan kan aktığını, sağlık ocağına gittiklerini, oradan kendilerini buraya gönderdiklerini, yüzündeki morlukların ve gözündeki şişmenin parkta ağaca çarpmaya bağlı olduğunu, vücudundaki morlukların ise bir kısmının kendiliğinden olduğunu, bir kısmının ise kardeşinin vurması sonucu oluştuğunu belirtmektedir. Çocukla yapılan daha sonraki görüşmelerde ise parkta ağaca çarpmadığını, yaramazlık yaptığı için annesinin kendisini dövdüğünü, yüzüne tokat attığını belirtmiştir.

Anne ve baba tarafından ..... yaramaz, söz dinlemeyen, agresif, keyifsiz, içine kapanık, derslerinde başarısız bir çocuk olarak tarif edilmektedir. Anne .....'nın çok yaramaz olduğunu, zaman zaman kardeşini dövdüğünü, bu nedenle .....'ya zaman zaman kızdığını, bazen de kulağını çekip hafif vurabildiğini söylemektedir. Anne ayrıca .....'nın küçük kardeşini dövmesi sırasında kardeşinin de .....'ya vurduğunu, bu nedenle vücudunun morardığını belirtmiştir. Bu morarmaların çok küçükten beri olduğunu, bazen bir neden olmadan da morarmalarının olduğunu ifade etmektedir. Anne ve baba ile yapılan görüşmede annenin hafif derecede mental retarde olduğu izlenimi alınmıştır.

#### **Fizik Muayenesinde:**

Fiziksel gelişiminin yaşından daha küçük gösterdiği, sağ gözünün şişmiş ve periorbital ekimoz olduğu, sklerada kanama olduğu, yüzünde sağ elmacık kemiği üzerinde 2x2 cm'lik taze kırmızı renkte ekimoz, sol zygomatik kemik üzerinde 4x5 cm'lik kırmızı renkte ekimoz, dışında yüzünde başkaca bir travmatik bulgu saptanmadı.

Küçüğün beden muayenesinde boyun ön yüzde 2x2 ve 3x2 cm lik yeşil sarı renkte sınırları belirginliğini kaybetmiş ekimozlar olduğu, sırtında 2x2 cm'lik ve 4x2 cmlik kırmızı mor renkte ekimozlar olduğu, her iki diz üstünde mor renkte sınırları belirgin olmayan ekimozlar ve yüzeysel sıyrıklar olduğu, sağ ön kolda 2x2, 2x1 cm'lik yeşil sarı renkte, 2x1 cm'lik ve 3x1 cmlik birbirine paralel taze kırmızı renkte ekimoz olduğu saptandı. Küçüğün vücudundaki lezyonların görüntüleri alındı.

#### **Ruhsal Durum Muayenesinde:**

Fiziksel gelişimi yaşından küçük gösteren, giyimi sosyoekonomik düzeyi ile uyumlu kız çocuktur. Görüşme süresince huzursuz, görüşme odasındaki eşyaları karıştırmaya çalışan, konuşması yaşına göre geri olan, göz teması kurmaktan kaçınan kendini ifade etmekte zorlanan kız çocuğunun, sorulara kısa cevaplar verdiği saptandı. Algı ve bellek sorunu saptanmadı, düşünce süreci yavaşlamış, düşünce içeriğinde yaşadığı fiziksel şiddet olayları ile ilgili depresif temalar hâkimdi. Duygu durumu depresif, duygulanımı düşünce içeriği ile uyumluydu.

**WISC-R IQ Testinde** (Sözel Zekâ Puanı: 66, Performans Zekâ Puanı: 60, Toplam Zekâ Puanı: 63)

Öğretmeninden alınan geribildirimlerde; 1. sınıftan itibaren derslerinde sınıf düzeyinin gerisinde olduğu, dikkat dağınıklığının bulunduğu, çok hareketli olageldiği ancak son dönemlerde daha keyifsiz ve mutsuz görüldüğü, hırçınlaştığı, arkadaşlarına sataşma ve küfürlü kelimeler kullanma gibi davranış sorunlarının geliştiği ve dikkat sorunlarının arttığı bilgisi edinilmiştir.

Yapılan ruhsal muayene ve testler sonucunda .....’ya “Çocukluk Çağı Depresyonu, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Hafif Düzeyde Zeka Geriliği” tanıları konularak takibe alınmıştır.

*Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı tarafından yapılan tetkiklerde;* çocukta Kronik ITP (İdiopatik trombositopenik purpura) hastalığı tanısı konmuştur.

### **Karar**

.....’nın vücudundaki lezyonların özellikleri dikkate alındığında çocuğun vücudunda farklı tarihte oluşmuş ekimozlar bulunduğu, bu ekimozların büyük bir kısmının kardeşinin vurması sonucu oluşabilecek lezyonlar olduğu, küçükte kanama pıhtılaşma bozukluğuna neden olan hastalığa (idiopatik trombositopenik purpura) bağlı olarak basit çarpma ve küçük bir çocuğun vurması sonucu da bu tür lezyonlar oluşabileceği, ancak gözündeki ve yüzündeki lezyonların özellikleri anlatılan öykü ile uyumlu olmadığı, çocukta daha sonraki görüşmelerde bu lezyonun annenin tokat atması sonucu meydana geldiğini ifade etmesi ile uyumlu olduğu kanaatine varılmıştır.

.....’nın aile ve çevre koşulları değerlendirildiğinde ebeveynlerin çocuk yetiştirme, sorun çözme gibi becerilerde yetersizlikler yaşadıkları görülmüştür. Fiziksel bulgular yanı sıra, çocuğun ruhsal muayenesinden elde edilen bulgular çocuğun fiziksel istismara maruz kaldığını destekler niteliktedir. Ayrıca küçükten itibaren vücudunda morarmalar olmasına rağmen herhangi bir doktora başvurusunun bulunmaması da bir ihmalin de olduğunu göstermektedir.

Sonuç olarak .....’da yüzündeki travmatik lezyonlar dışında saptanan ekimoz ve sıyrıkların mevcut hastalığın etkisi ve kardeşinin travmatik davranışları ile olabileceği, ancak yüzündeki ekimozların özellikleri ilk anlatılan öykü ile uyumlu olmadığı,

.....’nın aile ve çevre koşulları göz önüne alındığında sağlık, eğitim, bakım tedbiri ve aileye yönelik danışmanlık tedbiri alınmasının uygun olacağı belirtilerek SHÇEK ve Cumhuriyet Savcılığı’na suç duyurusunda bulunulmuştur.

### **Öneriler**

Çocuk istismarına bağlı lezyonlar bazen hastalıklara bağlı lezyonlarla karışabilmektedir. Mutlaka lezyonların özellikleri iyice değerlendirilmeli, anlatılan öykü ile oluşup oluşamayacağı yorumlanmalı ve istismar şüphesi bulunan çocuklara bir kez yapılan görüşme ile tanı konamayabileceği bilinmelidir. Ayrıca ilgili uzmanlık alanları ile lezyonlar değerlendirilmeli ve ayırıcı tanısı yapılmalıdır. Görüşmeler mümkün olduğunca Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanları ile birlikte yapılmalı, yapılmıyorsa bu uzmanlık alanından görüş istenmelidir.

Çocuğun ruhsal muayenesinin yapılması fiziksel istismarın ortaya çıkarılmasına ve elde edilen fiziksel bulguların ruhsal etkilenime ait bulgular ile desteklenmesi için önemli değerlendirme şeklidir.

### **Sonuç Olarak**

Fiziksel istismar olgularında tanı koyamamak çocukların istismarı yaşadığı aynı ortama tekrar dönmelerine ve tekrarlayan istismarlara maruz kalmalarına neden olabilmektedir. Çocukta fiziksel bulgu olmamasının istismar olmadığı anlamına gelmeyeceği bilinmeli, her fiziksel şiddetin fiziksel bulgu oluşturmayabileceği veya oluşan fiziksel bulguların iyileşmiş olabileceği unutulmamalıdır. Şüphede durumunda, mutlaka ruhsal değerlendirme yapılması gerekmektedir.

Bedeninde yaralanmaya bağlı lezyon bulunan, büyüme gelişme geriliği, davranışsal ve ruhsal değişim görülen çocuklarda istismar düşünülmeli, çocuklar öncelikle çocuk koruma merkezlerine yönlendirilmeli, merkez bulunmayan yerlerde gerekli konsültasyonlar, laboratuvar incelemeleri, tetkikler ve testler yapılmalı, ayırıcı tanısı yapıldıktan sonra adli rapor yazılarak yasal sürecin başlaması sağlanmalıdır.

Çocuğun yaşayabileceği risk göz önüne bulundurulurken mümkün olduğunca çocuğun eve gönderilmesi önlenmeli, çocuk hastaneye yatırılmalıdır. Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK) olaya dâhil edilerek, çocuk için uygun koruma ve tedavi tedbirlerinin alınması gibi gerekli girişimlerde bulunulmalıdır.

### **2.1.5 Fiziksel istismarın hukuksal boyutu**

Hukukta fiziksel istismar, yaralama suçu kapsamında düzenlenmiş olup fiilin kasit, ihmal ve taksir yoluyla işlenebileceği kabul edilmiş ve buna göre farklı yaptırımlar öngörülmüştür.

Türk Ceza Kanununda (TCK) yer alan kasten yaralama (TCK 86), sonucu nedeniyle ağırlaştırılmış yaralama (TCK 87), taksirle yaralama (TCK 89), ihmal suretiyle yaralama (TCK 88) ve kötü muamele (TCK 232) suçları çocuğun fiziksel istismarı alanında faillerin cezalandırılmasını sağlayan hükümlerdir.

#### **2.1.5.1 Yaralama**

*TCK’da yaralama*; kasten başkasının vücuduna acı veren, sağlığının ya da algılama yeteneğinin bozulmasına neden olma olarak tanımlanmıştır. Korunan hukuki yarar kişinin vücut dokunulmazlığı ve beden bütünlüğüdür. Kişinin beden bütünlüğü yanında psikolojik varlığı da koruma altına alınmıştır<sup>(76)</sup>. 5237 Sayılı Yasada, 765 Sayılı eski TCK’dan farklı olarak “müessir fiil” yerine “yaralama”, “mutad iştigalden kalma” yerine, “basit tıbbi müdahale ile giderilme” kavramları kabul edilmiştir.

**Suç:** Başkasının vücuduna acı verme, sağlığının veya algılama yeteneğinin bozulmasıdır.

*Acı verme*; organlarda meydana gelen rahatsızlık, sızı, sancı, ıstıraptır. Vücuda temas edilerek maddi bir acıya neden olma niteliğinde olup; saç çekme, itekleme, tokat

atma<sup>1</sup>, vurma, tırmalama, cinsel amaçlı olmayan çimdikleme, sopa ile vurma<sup>2</sup>, kesici aletle kesme, delici aleti vücuda sokma, ateşli silahla yaralama vs. biçiminde olabilir. Ancak acının objektif olarak değerlendirilmesi gerekir.

### Kasten yaralama

**Madde 86** - (1) Kasten başkasının vücuduna acı veren veya sağlığının ya da algılama yeteneğinin bozulmasına neden olan kişi, bir yıldan üç yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

(2) (Ek fıkra: 31/03/2005 - 5328 S.K./4.mad) Kasten yaralama fiilinin kişi üzerindeki etkisinin basit bir tıbbi müdahaleyle giderilebilecek ölçüde hafif olması halinde, mağdurun şikayeti üzerine, dört aydan bir yıla kadar hapis veya adli para cezasına hükmolunur.

(3) Kasten yaralama suçunun;

- a) Üstsoya, altsoya, eşe veya kardeşe karşı,
- b) Beden veya ruh bakımından kendisini savunamayacak durumda bulunan kişiye karşı,
- c) Kişinin yerine getirdiği kamu görevi nedeniyle,
- d) Kamu görevlisinin sahip bulunduğu nüfuz kötüye kullanılmak suretiyle,
- e) Silâhla,

işlenmesi hâlinde, şikayet aranmaksızın, verilecek ceza yarı oranında artırılır.

**Sağlığın bozulması:** mevcut olan sağlığın, failin olumsuz hareketlerinden etkilenerek kötüye gitmesidir. Sağlığın bozulması hastalıktan daha geniş bir kavram olup, bilek mikrop, hastalık bulaştırılması, post travmatik stres bozukluğu, saç veya sakalın yol yol kesilmesi nedeniyle ruh sağlığının bozulması gibi durumlar da bu kapsamda değerlendirilebilir <sup>(77)</sup>.

**Suçun işlenme biçimi:** Yasada hareket tanımlanmamış olup, failin yaptığı hareket sonucu acı verme veya sağlığın ya da algılama yeteneğinin bozulmuş olması cezalandırma için yeterlidir. Bu nedenle yaralama, bir şey yapma biçiminde icrai bir hareketle gerçekleştirilebileceği gibi, bir şey yapmama biçiminde ihmal yoluyla da gerçekleştirilebilir. Mağdurun üzerine hayvan salınması yaralanması ile kendisinin ısırması, bizzat yapması ile silah olmayan araç kullanması arasında suçun sonucu açısından fark bulunmadığından aynı ceza verilecektir <sup>(78)</sup>.

**Fail:** Başkasının vücudundan bahsedildiğinden suçun faili herkes olabilir. Bir kişinin kendisini yaralaması bu suçu oluşturmaz (İstisnası Askeri Ceza Kanunu m. 79).

Ancak faille mağdur arasında belli derecede akrabalık ilişkisi var ise (ana- baba, çocuk, eş, kardeş) ya da kamu görevlisi tarafından nüfuzunu kötüye kullanmak biçiminde gerçekleştirilmiş ise (öğretmenin, müdürün, yurt görevlisinin vs) ceza ağırlaştırılarak verilir.

**Mağdur:** Yaralama suçunun mağduru, failin kendisi dışında yaşayan herkes olabilir. Yaralama suçunun oluşması için mağdurun doğmuş ve ölmemiş olması gerekir.

1 Yargıtay 2. CD 27.09.2006, 981-15286 "oğluna tokat vurmak suretiyle işlenen basit müessir fiil suçunun terbiyeye yönelik davranış olduğu şeklinde yasal olmayan gerekçe ile verilen beraat kararının bozulmasına" Yaşar/Gökcan/Artaç, Türk Ceza Kanunu, 2010, c. 3 s. 2952

2 Yargıtay CGK 08.02.2000 11-30, Bakıcı, s.284

Mağdurun; failin çocuğu, ana babası, kardeşi, eşi, beden ve ruh bakımında kendini savunamayacak kişi olması, kamu görevlisi olması durumunda ceza artırılır.

Yaralama suçunun çocuklara karşı işlenmesi özel olarak düzenlenmiş olup altsoy (çocuğu, torunu olma), kardeş olma ve beden ve ruh bakımından kendisini koruyamayan kişilere karşı işlenmesi ağırlaştırıcı neden sayılmış, diğer çocuklar için ağırlaştırıcı neden düzenlenmemiştir.

**Manevi unsur:** Yaralama suçu; kasit, taksir veya ihmal yoluyla işlenebilir. Genel kasit; failin mağdurun vücuduna zarar veren, sağlığını ve algılama yeteneğini bozan hareketleri bilerek ve isteyerek yapmasıdır. (*Yakması, sopa ile vurması*), olası kast ise failin yaralamak istemesi ancak sonucu öngörmesine karşın sonuç doğarsa doğsun diyerek hareketini yapmasıdır. (*Yüzüne sopa ile vurduğunda, gözüne gelme ihtimalini bilmesine karşın sonucu kabullenerek hareket etmesi halinde görme duyusunun kaybında sonuçtan sorumlu olacaktır.*)

İhmal, belli bir icrai davranışta bulunma yükümlülüğünün yerine getirilmemesi sonucu yaralamanın oluşmasıdır. (Çocuğun aç bırakılması sonucu sağlığının bozulması, tedavisi gereken hastalığının tedavisi yaptırılmayarak ağırlaşması, yaralı iken yardım edilmemesi) Taksir ise, öngörülmesi mümkün olan sonucun failce öngörülmemiş olan neticenin dikkatsizlik, tedbirsizlik, özensizlik nedenlerinden birisi ile meydana gelmesidir.<sup>3</sup> Taksir, fail tarafından öngörülebilir olduğu halde öngörülmemesi (bilinçsiz taksir), öngörüldüğü halde istenmemesi (bilinçli taksir) biçiminde de ortaya çıkabilir. Yaralama ve öldürme suçunun ihmali davranışla işlenmesi 88. Maddede, taksirle işlenmesi 89. Maddede düzenlenmiştir. İhmal ve taksirle işlenmesi durumunda daha az ceza öngörülmüştür.

### **Suçun ağırlaştırılmış halleri**

- *Üstsoya, altsoya, eşe ve kardeşe karşı işlenmesi:* Akrabalığın ispat edilebilir ve fail tarafından biliniyor olması gereklidir.
- *Beden ve ruh bakımından kendisini savunamayacak kişiye karşı işlenmesi:* Küçük yaş, ileri yaş, uyuşturucu, ilaç, alkol etkisinde olma hastalık, malullük olarak tanımlanmıştır.
- *Yerine getirilen kamu görevi nedeniyle işlenmesi:* Mağdurun kamu görevini yerine getirdiği sırada görevi nedeniyle yaralanması halinde uygulanacaktır.
- *Kamu görevlisinin sahip bulunduğu nüfuzu kötüye kullanmak suretiyle işlenmesi:* Kamu görevinin faile bir nüfuz sağlaması ve failin bu nüfuzu kötüye kullanması gereklidir. Öğretmenin öğrenciye, infaz koruma memurunun tutukluya, doktorun hastaya karşı nüfuzunu kötüye kullanması gibi.
- *Silah kullanılması:* Ateşli, patlayıcı, savunma ve saldırı amacıyla yapılmış kesici ve delici aletler, savunma ve saldırı amacıyla yapılmamış olsa da buna elverişli aletler, yakıcı, aşındırıcı, boğucu zehirleyici, sürekli hasatlığa yol açan nükleer, radyoaktif, kimyasal ve biyolojik maddeler silah olarak kabul edilmektedir. Yargıtay taşı da silah olarak kabul etmektedir.<sup>4</sup>

3 Yargıtay CGK 11.05.2004 T., 2-97/115 sayılı kararı, Kazancı İçtihat Bankası

4 Yargıtay 3 CD 04.07.2007, 2007/4600 -55729, www.yargitay.gov.tr/ emsal karar

**Yaralama suçunun sonucu nedeniyle ağırlaştırılmış halleri:**

- Duyu ve organlardan birisinin sürekli zayıflamasına neden olma, sürekli işlev kaybı.
- Konuşmada sürekli zorluğa neden olma.
- Yüzünde sabit ize neden olma.
- Mağdurun yaşamını tehlikeye sokma.
- Çocuğun vaktinden önce doğmasına neden olma.
- İyileşme olanağı bulunmayan hastalığa neden olması.
- Çocuk yapma yeteneğinin kaybolması.
- Yüzünün sürekli değişikliğine neden olma.
- Kemik kırılmasına ve çıkığa neden olma.

**2.1.5.2 Kötü muamele****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.

Yasada, aynı konutta birlikte yaşayanların birinin diğerine karşı kötü muamelede bulunması eylemi ile bir kimsenin idaresi altında bulunan kişilere karşı terbiye hakkında doğan disiplin yetkisinin kötüye kullanılması suç olarak düzenlenmiştir.

**Suçun işleniş biçimi:** Kötü muamele; yaralama oluşturmeyen ve aynı zamanda terbiye ve disiplin araçlarının kötüye kullanılması biçiminde kendini göstermeyen fiillerdir. Vücut kabiliyeti ile orantısız iş yaptırmak, çıplak gezdirmek, uyku uyutmamak, gece sokakta yatırmak.<sup>5</sup> Bu fiiller sürekli ve sistematik ise eziyet suçunu oluşturmaktadır. Suçun yaralama, hakaret, sövme, tehdit gibi başka suç oluşturmaması gerekir.

**Fail:** Yasanın 1. fıkrasındaki suçun oluşması için aynı çatı altında yaşamak yeterli olup akrabalık aranmamaktadır. Aynı konutta yaşanmaması durumda akraba olsalar bile bu hüküm uygulanmayacaktır. 2. Fıkradaki suçun faili ise mağduru idaresi altında bulunduran veya mağduru büyütme, okutmak, bakmak, muhafaza etmek, eğitmekle yükümlü olan ve üzerinde terbiye hakkı bulunan kişidir.

5 Yargıtay 4. CD 03.04.2008, 2006/9060 E., 2008/5596 K. "Mağdurun eğitimini engellemek suretiyle sokaklarda çalıştırılmasının aile bireylerine kötü davranış olarak değerlendirilmelidir." Yaşar/Gökcan/Artaç, c. 5 s.6550

**Mağdur:** Mağdur aynı konutta yaşayan her birey olabilir. Çocuk özel olarak korunmamıştır.

**Manevi unsur:** Kasıtlı işlenen suçtur. İhmal ya da taksirle işlenemez.

### 2.1.5.3 Eziyet

TCK 96. maddesinde düzenlenmiş olup mağdura sıkıntı veren eziyet eden davranışlarda bulunulmasıdır.

**Suç:** Bir kişiye insan onuruyla bağdaşmayan bedensel veya ruhsal yönden acı çekmesine ve aşağılanmasına yol açan davranışlardır. Mağdura sıkıntı veren yaralama, sövme, hakaret, tehdit gibi fiillerin sistematik şekilde ve belli süreç içinde işlenmesidir. Süreklilik taşıyan hareketler mağdurun ruh sağlığını bozmaktadır. Kamu görevlisi tarafından yapılmayan işkence suçu niteliğindedir. Yaramazlık yaptığı gerekçesi ile çocuğun her gün karanlık odada tutulması, belli zamanlarda hayvanların yanına bağlanması gibi <sup>(77)</sup>.

#### Eziyet

**Madde 96** - (1) Bir kimsenin eziyet çekmesine yol açacak davranışları gerçekleştiren kişi hakkında iki yıldan beş yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.

(2) Yukarıdaki fıkra kapsamına giren fiillerin;

a) Çocuğa, beden veya ruh bakımından kendisini savunamayacak durumda bulunan kişiye ya da gebe kadına karşı,

b) Üstsoy veya altsoy, babalık veya analığa ya da eşe karşı,

İşlenmesi hâlinde, kişi hakkında üç yıldan sekiz yıla kadar hapis cezasına hükmolunur. a

**Fail:** Fail herkes olabilir. Kamu görevlisi tarafından yapılması işkence suçunu oluşturur. Ana- baba, dede, büyükanne eş olması durumunda ceza artırılır.

**Mağdur:** Herkes olabilir. Ancak mağdurun çocuk (TCK 6: reşit olsa bile 18 yaşından küçük herkes çocuktur), beden ve ruh bakımından kendisini savunamayacak kişi, üstsoy, altsoy, babalık, analık, eşe karşı işlenmesi durumunda ceza ağırlştırılır. Eziyet suçunda yaralamadan farklı olarak tüm çocuklara karşı koruma sağlanmıştır.

**Manevi Unsur:** Kasten işlenen suçlardandır. Failin amacı önemli değildir. (terbiye etmek, uyarmak vs.)

#### Ağırlştırıcı Nedenler:

- Çocuğa, beden ve ruh bakımından kendisini savunamayacak durumda olan kişiye karşı işlenmesi.
- Üstsoy, altsoy, babalık analık ya da eşe karşı işlenmesi.

#### 2.1.5.4 İntihara Yönlendirme

Başkasını intihara azmettirme, teşvik etme, intihar kararını kuvvetlendirme, yardım etme suçudur. Eski TCK'nda sonuçta ölüm gerçekleşir is ceza öngörölmüş olması- na karşın Yeni TCK'nda ölüm sonucunun gerçekleşmesi aranmamaktadır. Bu suç en yaygın biçimde namus veya töre adı altında özellikle kız çocuklarının kendilerini öldürmeye zorlanmaları ya da zorunlu bırakılmaları biçiminde ortaya çıkmaktadır.

**Suç:** Mağduru bu konuda karar vermesini sağlama, teşvik etme; düşüncesi olan ancak kararı olmayan kişinin karar vermesini sağlama, kararı kuvvetlendirme; karar vermiş kişiyi destekleme, araçları sağlama, yol gösterme olarak tanımlanabilir.

**Fail:** Fail herkes olabilir. Akrabalık ilişkisi bu suç için ağırlaştırıcı neden sayılmamıştır.

##### İntihara yönlendirme

**Madde 84** - (1) Başkasını intihara azmettiren, teşvik eden, başkasının intihar kararını kuvvetlendiren ya da başkasının intiharına herhangi bir şekilde yardım eden kişi, iki yıldan beş yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

(2) İntiharın gerçekleşmesi durumunda, kişi dört yıldan on yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

(3) Başkalarını intihara alenen teşvik eden kişi, üç yıldan sekiz yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. (Metinden çıkartılan cümle: 29/06/2005-5377 S.K./10.mad)

(4) İşlediği fiilin anlam ve sonuçlarını algılama yeteneği gelişmemiş olan veya ortadan kaldırılan kişileri intihara sevk edenlerle cebir veya tehdit kullanmak suretiyle kişileri intihara mecbur edenler, kasten öldürme suçundan sorumlu tutulurlar.

**Mağdur:** Mağdur herkes olabilir. Ancak mağdurun işlediği fiilin anlam ve sonuçlarını kavrama yeteneği gelişmemiş ya da ortadan kaldırılan kişi olması durumunda failin cezası ağırlaştırılacaktır.

**Manevi Unsur:** Genel kasıtlı işlenebilir.

##### Ağırlaştırılmış Hali

- Fiilin anlam ve sonuçlarını kavrayamayan ya da ortadan kaldırılmış kişiye karşı işlenmesi.
- Cebir ve tehdit yoluyla intihara mecbur etme.

**Kaynaklar**

1. Dağlı T, İnanıcı MA (Yayına hazırlayanlar), Üniversiteler İçin Hastane Temelli Çocuk Koruma Merkezleri El Kitabı, Ankara, 2010.
2. Bull L, Children's non-accidental injuries at an accident an emergency department: does the age of the child and the type of injury matter? *Accid Emerg Nurs*. 2006; 14: 155-159.
3. Şahin F, Fiziksel İstismar, Çocuk ve Ergen psikiyatrisi Temel Kitabı: Ed: Çuhadaroğlu Çetin F, Coşkun A, İşeri E Miral S, Motavallı N, Pehlivanürk B, Türkbay T, Uslu R, Ünal F. Ankara, 2008; 462-469
4. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu, Aile içi şiddetin sebep ve sonuçları, Ankara.1995
5. Polat O. Çocuk ve Şiddet, Der Yayınları, İstanbul. 2001
6. Turla A, Dündar C, Özkanlı Ç, Prevalence of Childhood Physical Abuse in a Representaitive Sample of Coolage Students in Samsun, Turkey, *Journal of Interpersonal Violence*. 2011; 25(7): 1298-1307
7. Ayan S, Aggressive tendency of child exposed to intrafamilial violence. *Journal of Anatolian Psychiatry*. 2007; 8: 206-214
8. Deveci SE, Açık Y, Ayar A, A survey of rate of victimization and attitudes towards physical violence among school-aged children in Turkey. *Child Care, Health and Development*, 2008; 34:25-31
9. Kocacık F, Doğan O, Domestic violence against women in Sivas, Turkey. Survey Study, *Croatian Medical Journal*. 2006; 47:742-749
10. Bilir Ş, Arı M, Dönmez NB ve ark. Dört –oniki yaş arasında 16.100 çocukta örselenme durumları ile ilgili bir inceleme. *Çocuk Gelişimi ve Eğitimi Dergisi*. 1986; 1:7-14
11. Browne K, Child Abuse and neglect in Romanian Families: A national prevalence study 2000. Copenhagen, Denmark:WHO Regional Office for Europe. 2002
12. Millichamp J, Martin J, Langley J, Pn the receiving and: Young adulths describe their parents' use of physical punishment and other disciplinary mesures during childhood. *New Zealand Medical Journal*, 2006; 119: 1228
13. Nakamura Y, child abuse and neglect in Japan. *Pediatrics International*. 2002; 44:580-581
14. US Department of Health and Human Services, Administration on Children, Youth, and Families. *Child Maltreatment 2001*. Washington, DC:US Government Printing Office. 2003
15. Benbenishty R, Zeira A, Astor RA, Khoury-Kassabri M, Maltreatment of primary school students by educational staff in Israel. *Child Abuse Negl*. 2002; 26:1291-1309
16. Polat O, Adli Tıp, Der Yayınları, İstanbul. 2000
17. Lazenbatt A, Freeman R, Recognizing and reporting chlid phisical abuse: survey of primary healthcare professionls. *Journal of Advanced Nursing* 2006; 56(3):227-236
18. NSPCC, Out of Sight: An NSPCC report on Child Deaths from Abuse 1973-2000. NSPCCC Publications Unit. London. 2000
19. Straus MA Gellers RJ, eds. *Physical Violence in American Families: Risk Factors and Adaptions to Violence in 8.145 Families*, New Brunswick, NJ: Transaction Publishers. 1990
20. Dubowitz H, Bennett S, Physical abuse and neglect of children. *Lancet*. 2007; 369:1891-1899.
21. Kaplan S., Physical abuse and neglect. In: Levis M, ed. *Child and Adolescent Psychiatry A Comprehensive Textbook*. Second Edition. Baltimore: Williams & Wilkins. 1996; 1033-1041
22. Jones DPH, Child maltreatment. In: Rutter M, Bishop D, Pine D, Scott S, Stevenson J, Taylor E, Thapar A, eds. *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*. 5th Edition. Massachusetts: Blackwell Publishing. 2008; 421-439
23. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S., Child Maltreatment 1, Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet*. 2009; 373:68-81
24. Jaudes PK, Mackey-Bilaver L., Do chronic conditions increase young children's risk of being maltreated? *Child Abuse Negl*. 2008; 32:671-681
25. Hindley N, Ramchandani PG, Jones DPH., Risc factors for recurrence of maltreatment: a systematic review. *Arch Dis Child*.

- 2006; 91:744-752
26. Lee SJ, Bellamy JL, Guterman NB., Fathers, physical child abuse, and neglect. *Child Maltreatment*. 2009; 14(3):227-231
  27. Taner Y, Gökler B Çocuk istismarı ve ihmali: psikiyatrik yönleri. *Hacettepe Tıp Dergisi*. 2004; 35:82-86.
  28. Aksoy E, Çetin G, İnanıcı MA, Polat O, Sözen Ş, Yavuz F. Çocuk İstismarı ve İhmali, Birinci Basamak İçin Adli Tıp El Kitabı, 135-146, Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi, Ankara. 1999
  29. Çocuk İstismarı ve İhmali, "Adli Tıp Uzmanları çocuk istismarı ve ihmali konusunda eğitim gereksinimlerini belirleme" projesi, UNICEF-Adli Tıp Kurumu Başkanlığı, İstanbul. 2002
  30. Polat O. Fiziksel İstismar. Polat O, editör. *Tüm Boyutlarıyla Çocuk İstismarı*, Cilt 1, Tanımlar, 1. Baskı, 59-91, Seçkin Yayıncılık, Ankara. 2007
  31. Şahin F. Örselenen çocuğa klinik yaklaşım ve olguların izlemi. *Türkiye Klinikleri Pediatrik Bilimler Dergisi*. 2006; 2(2):84-90
  32. Jacobi G, Dettmeyer R, Banaschak S, Brosig B, Herrmann B. Child abuse and neglect: diagnosis and management. *Dtsch Arztebl Int*. 2010; 107(13): 231-239
  33. Kara B, Biçer Ü, Gökalp AS. Çocuk İstismarı. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*. 2004; 47:140-151
  34. Ekizoğlu O, Arıcan N. Yaralar, Birinci Basamakta Adli Tıp, S. Koç, M. Can, editörler. 57-73, İstanbul Tabip Odası Yayınları, İstanbul. 2010
  35. Aksoy E, Çoltu A, Ege B, Günaydın G, İnanıcı MA, Karali H, Karagöz M, Ötkeç C, Yemişçiğil A. Adli Travmatoloji, Birinci Basamak İçin Adli Tıp El Kitabı, 83-118, Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi, Ankara. 1999
  36. Çolak B., "Yeni Türk Ceza Kanunu Kapsamında Yaraların Değerlendirilmesi", *Türkiye Klinikleri Cerrahi Tıp Bilimleri Acil Tıp Dergisi*. 2006; 2:1-9
  37. Şimşek Orhon F. Çocuk örselenmesi ve ihmali. *Türkiye Klinikleri Pediatrik Bilimler Dergisi*. 2006; 2(2):79-83
  38. Vatandaş N. Fiziksel İstismar, Çocuk İstismarı ve İhmaline Multidisipliner Yaklaşım, 13-18, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara. 2006
  39. Can M, Tırtıl L, Dokgöz H. Çocuk İstismarı Olgularında Hekim Sorumluluğu, Birinci Basamakta Adli Tıp, S. Koç, M. Can, editörler. 181-191, İstanbul Tabip Odası Yayınları, İstanbul. 2010
  40. Maguire S. Which injuries may indicate child abuse? *Arch Dis Child Educ Pract Ed*. 2010; 95(6):170-177.
  41. Knight B, Saukko P. *Fatal Child Abuse, Forensic Pathology, Third Edition*, 461-478, Arnold, London. 2004
  42. Şahin F. İstismara uğrayan çocuklar. *Türkiye Klinikleri Pediatrik Bilimler Dergisi*. 2008; 4 (6):1-5
  43. Newton A, Vandeven A, Update on child maltreatment *Curr Opin Pediatr*. 2007; 19:223-229
  44. Sink EL, Hyman JE, Matheny T, Georgopoulos G, Kleinman P. Child abuse: the role of the orthopaedic surgeon in nonaccidental trauma. *Clin Orthop Relat Res*. 2011; 469 (3):790-797
  45. Herman BE, Makoroff KL, Corneli HM. Abusive head trauma. *Pediatr Emerg Care*. 2011; 27(1):65-9
  46. Önal Ç. Çocuk istismarı. *Türkiye Klinikleri Pediatrik Bilimler Dergisi*. 2007; 3 (1): 27-29
  47. Peltonen K, Ellonen N, Larsen HB, Helweg-Larsen K., Parental violence and adolescent mental health. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2010; 19:813-822
  48. Joshi PT, Daniolos PT, Salpekar JA., Child abuse and neglect. *Dulcan's Textbook of Child and Adolescent Psychiatry içinde*. Dulcan MK (ed), American Psychiatric Publish, First edition. 2010; 479-494
  49. Tremblay RE, Nagin DS, Séguin JR, Zoccolillo M, Zelazo PD, Boivin M, Pérusse D, Japel C., Physical aggression during early childhood: trajectories and predictors. *Pediatrics*. 2004; 114(1):43-50
  50. Taylor CA, Manganello JA, Lee SJ, Rice JC., Mothers' spanking of 3-year-old children and subsequent risk of children's aggressive behavior. *Pediatrics*. 2010; 125(5):1057-1065
  51. Baren JM, Mace SE, Hendry PL., Children's mental health emergencies-Part 3, Special situations: child maltreatment, violence, and response to disasters. *Pediatric Emergency Care*. 2008; 24(8):569-577
  52. Walker CE, Bonner BL, Kaufman KL., The physically and sexually abused child, evaluation and treatment. Eds. Goldstein AP,

- Kraser L, Garfield SL. Pergamon Press, NewYork. 1988
53. Knox M., On hitting children: A review of corporal punishment in the United States. *Journal of Pediatric Health Care*. 2010; 24(2):103-107
  54. Gilbert R, Alison K, Thoburn J, Sidebotham P, Radford L, Glaser D, MacMillan HL., Child Maltreatment 2, Recognising and responding to child maltreatment. *Lancet*. 2009; 373:167-180
  55. Stewart A, Livingston M, Denisson S., Transitions and turning points: examining the links between child maltreatment juvenile offending. *Child Abuse Negl*. 2008; 32:51-66
  56. Coleman D ve Stewart LM., Prevalence and impact of childhood maltreatment in incarcerated youth. *Am J Orthopsychiatry*. 2010; 80(3):343-349
  57. Smith CA, Ireland TO, Thornberry TP., Adolescent maltreatment and its impact on young adult antisocial behavior. *Child Abuse Negl*. 2005; 29:1099-1119
  58. Hussey JM, Chang JJ, Kotch JB., Child maltreatment in the United States: Prevalence, risk factors, and adolescent health consequences. *Pediatrics*. 2006; 118(3):933-942
  59. Pelcovitz D, Kaplan SJ, DeRosa RR, Mandel FS, Salzinger S., Psychiatric disorders in adolescents exposed to domestic violence and physical abuse. *Am J Orthopsychiatry*. 2000; 70(3):360-9
  60. Cheng HG, Huang Y, Anthony JC., Childhood physical punishment and later alcohol drinking consequences: evidence from a Chinese context. *J Stud Alcohol Drugs*. 2011; 72(1):24-33
  61. Gal G, Levav I, Gross R., Psychopathology among adults abused during childhood or adolescence: results from the Israel-based World Mental Health. *J Nerv Ment Dis*. 2011; 199(4):222-229
  62. Heim C, Shugart M, Craighead WE, Nemeroff CB., Neurobiological and psychiatric consequences of child abuse and neglect. *Dev Psychobiol*. 2010; 52:671-690
  63. Mayer BW, Nimkin K, Kleinman PK., Imaging of child abuse. *Pediatric Radiology*. 1997; 44(3):615-35
  64. Giardino AP, Christian CW, Giardino ER: A practical guide to the evaluation of child abuse and neglect. Thousand Oaks, Ca.: Sage. 1997; 1-168
  65. Wardinsky FD. Genetic and congenital defect conditions that mimic child abuse. *J Fam Pract*. 1995; 41:437782.
  66. Christian CW, Cox JM. Child abuse physical – Basic. Erişim Adresi: [http://www.wrongdiagnosis.com/c/child\\_abuse/book-diseases-20a.htm?ktrack=kcplink](http://www.wrongdiagnosis.com/c/child_abuse/book-diseases-20a.htm?ktrack=kcplink). Erişim Tarihi: 09.06.2011
  67. Ravanfar P, Dinulos JG. Cultural practices affecting the skin of children. *Curr Opin Pediatr*. 2010; 22(4):423-31
  68. Newberger EH. Child physical abuse. *Primary Care*. 1993; 20(2):317-327
  69. Sirotnak AP, Grigsby T, Krugman RD. Physical Abuse of Children. *Pediatrics in Review*. 2004; 25(8):264-277
  70. Dwek JR. The Radiographic Approach to Child Abuse. *Clin Orthop Relat Res*. 2011; 469:776–789
  71. Segal M. The Differential Diagnosis of Child Abuse. Erişim Adresi: <http://www.simulconsult.com/resources/abuse.html> Erişim Tarihi: 09.06.2011
  72. Lo HPW, Lau HY, Li CH, So KT. Infantile cortical hyperostosis (Caffey disease): a possible misdiagnosis as physical abuse. *Hong Kong Med J*. 2010; 16(5):397-399
  73. Kleinman PK. Skeletal trauma: General considerations. In: Kleinman PK, ed. *Diagnostic Imaging of Child Abuse*. 2nd ed. St Louis, MO: Mosby Inc. 1998; 9–10
  74. Botash AS. Culture-Based Practices that May Be Interpreted as Abuse. Erişim Adresi: <http://childabusemd.com/diagnosis/physical-abuse.shtml> Erişim Tarihi: 09.06.2011
  75. Glicklich, L.B., An historical account of enuresis. *Pediatrics*. 1951; 8:859-876
  76. Centel N,Zafer, Çakmut, Beta yay. İstanbul. 2007; 123
  77. Bakıcı S, Ceza Hukuku Özel Hükümleri, Adli yay, Ankara. 2010; 4: 256-260
  78. Osman Y, Gökcan HT, Artuç M, Türk Ceza Kanunu, Adalet yay,Ankara. 2010 ; 2:780, 3:2897-3176, 5:65306534

## 2.2 CİNSEL İSTİSMAR

Çocuğun cinsel istismarı, fiziksel, ruhsal, sosyal, kültürel, ahlaki ve hukuki boyutları olan çok geniş kapsamlı ve karmaşık bir olaydır. İstismarın erken teşhisi çocuğun taşımak zorunda kaldığı yükün azalmasına, çocuğun istismara maruz kalmasının durdurulmasına, destek sistemlerinin hızlı bir şekilde devreye girmesine, ruhsal gelişimin daha az etkilenmesine ve uzun dönemde sağlıklı bireyler olarak işlevselliğin sürmesine olanak tanımaktadır (1,2).

Çocuğun cinsel istismarı, bir çocuk ile bir yetişkin ya da yaş veya gelişim bakımından sorumluluk, güven ve güç ilişkisi içinde olan başka bir çocuk arasında, bu kişinin cinsel gereksinimlerini tatmin etmeyi amaçlayan bir eylem olarak tanımlanmaktadır. Bu eylemler; çocuğu yasa dışı bir cinsel eyleme zorlamayı ya da ikna etmeyi, çocuğu fuhuş ya da diğer yasa dışı cinsel eylemler için sömürmeyi, çocuğu pornografik gösteriler ve materyaller için sömürmeyi içermekte, ancak bunlarla sınırlı kalmamaktadır.

Cinsel istismar geniş bir yelpazede çok farklı cinsel aktiviteyi içermektedir. Bunlar fiziksel temas içermeyen, cinsel içerikli seyretme, konuşma, cinsel organları gösterme, pornografik materyalleri seyrettirme gibi eylemlerden, oral-anal-vajinal penetrasyona kadar değişebilmektedir. Genel kanının aksine cinsel istismar genellikle uzun bir sürece yayılmış ve çoğunlukla çocuğun tanıdığı, yakın olduğu, güvendiği bir kişi ile uzun süreli bir istismar şeklinde ortaya çıkmaktadır (3, 4).

İki çocuk arasında geçen cinsel içerikli, gösterme ya da dokunma tarzı eylemler zorlama olmadığı koşulda bazı durumlarda cinsel oyun olarak adlandırılabilir. Her iki çocuk da 4 yaşın altındaysa ya da iki çocuk arasındaki yaş farkı 4 yaştan az ise ve çocuklar eylemi tam olarak kavrayacak olgunlukta değilse bu durumun cinsel oyun olarak değerlendirilmektedir(3).

### 2.2.1 Epidemiyoloji

Cinsel istismar sık rastlanan ve genelde yıllarca süren bir durum olmakla birlikte sıklıkla gizli kalmaktadır. Vakaların yalnızca %15'inin bildirildiği düşünülmektedir(5,6). Cinsel istismara uğrayan çocukların ve ergenlerin % 71'i kız, % 29'u erkektir. Vakaların yaklaşık yarısında yineleyici cinsel istismar vardır (7). Yaşamları boyunca en az bir kez cinsel saldırıya maruz kalan adölesanların oranını % 21 olarak bildirilmiştir (8).

Araştırmalara göre çocukluk cinsel istismarında % 51 dokunmadan istismar varken, sadece % 5'inde anal ya da vajinal ilişki vardır (7). Erkeklerin % 42'si anal ilişki ya da ilişki girişimiyle karşılaşırken, kızlarda bu oran % 72'dir (9). Cinsel taciz çoğunlukla mağdurun tanıdığı biri tarafından uygulanmaktadır (8). Çeşitli çalışmalarda cinsel istismarın yaklaşık % 20-25'ini ensest vakaları oluşturmaktadır (10). Erkeklerin cinsel istismarı kliniğe daha az yansımaktadır ve istismar erkeklerde daha az görülmesine karşın, cinsel temas göreceli olarak daha ciddidir (9). Kızlar açıklama yapmaya er-

keklerden daha meyillidirler <sup>(2)</sup>. İlk istismar için 8-12 yaşlarda pik vardır. Bazı yazarlara göre istismarın başlangıç yaşı için riskin 6-7 yaşlarda yüksek olduğu ve 10 yaşta da bir artış olduğu bildirilmiştir <sup>(9)</sup>.

### 2.2.2 Risk Etmenleri

Çocuk istismar ve ihmaline sosyal çevre açısından bakıldığında çocuktan, anne babadan, aile yapısından ve toplumun özelliklerinden kaynaklanan bazı risk etmenleri ve koruyucu etmenler bildirilmiştir <sup>(11)</sup>. Çocukla ilgili olarak çocuğun zor mizaçlı olması (inatçı ve sert mizaçlı olması), bazı ruhsal ve fiziksel gelişimsel bozukluklar, süregen tıbbi hastalığının olması, fiziksel yetersizlikten dolayı özel bakıma ihtiyaç duyması, çocuğun yaşı (okul öncesi çocuklar istismara daha açık çocuklardır) risk etmenleri arasında bildirilmiştir <sup>(11)</sup>. Genel kanının aksine istismar, aile dışından çok aile içi bir yetişkin tarafından yapıldığı belirtilmektedir. İstismar edenlerin % 31'i aile içinden, % 54'ü aile dışından ancak çocuğun tanıdığı bir kişi tarafından, sadece % 15'i yabancı biri tarafından gerçekleştirilmektedir <sup>(9,12)</sup>. Anne babayla ilgili risk etmenlerinde ise ebeveynlerin ortak bir psikiyatrik profili belirlenememiştir; tam tersine çok çeşitlilik ve çok sayıda ailesel etkenin risk etmenlerinde rol oynadığı üzerinde durulmuştur. Bu anne babaların özellikle geçmişte istismar öyküsü olan, çocuklarla ilgili olumsuz algısı olan, empati zorluğu yaşayan ve çocuğun gelişimsel dönemiyle uygunsuz gerçek dışı beklentileri olan ebeveynler olduğu bildirilmiştir. Araştırmacıların gözlemlerine göre, istismarda psikopatoloji gelişmesinde etkili olan aile etmenleri ise, anne babanın genç olması, anne babanın daha önce çocukluğu döneminde istismar öyküsü bulunması, alkol ya da madde bağımlılığı, maddi sıkıntı, ebeveyn kaybı, ailede ruhsal ya da fiziksel hastalık olması, fazla sayıda çocuk sahibi olma, parçalanmış aile, anne babanın eğitimi ve yetiştirme davranışları, evlilik sorunları, aile içi çatışma, ana babalık görevini yerine getirememe, ebeveyn çocuk ilişkisinde bozukluk olarak bildirilmiştir <sup>(6,7,13,14)</sup>.

Birçok çalışmada cinsel istismarın herhangi bir sosyodemografik grupla bağlantısı saptanmamış ve her sosyoekonomik düzeyde görülebileceği belirtilmiştir <sup>(15)</sup>. Ancak bazı çalışmalarda düşük sosyo ekonomik düzeyin istismar için risk etmeni olduğu buna bağlı ailede gelişen kaotik ortamın cinsel istismarı attırdığı bildirilmiştir <sup>(7)</sup>.

### 2.2.3 Cinsel İstismar İddiasında Adli Amaçlı Muayene

İstismarın son 72 saat içinde meydana geldiği düşünülüyorsa, akut travma öyküsü varsa veya post pubertal kız çocuklarında istismar sonucu gebelik olasılığı var ise, muayene geciktirilmeden yapılmalıdır. İstismarın son 72 saat ile 6 gün içerisinde yapıldığı düşünülüyorsa, ayrıntılı muayene bir sonraki güne, hatta gerekirse programdaki bir sonraki muayene gününe ertelenebilir. Çocukta daha fazla duygusal gerilime sebep olmamak için, zor kullanılmamalı ve herhangi bir sınırlama getirilmemelidir <sup>(16)</sup>.

### 2.2.3.1 Muayene Ortamı

Cinsel istismar iddiasında çocuğun muayenesi, olayın özelliği nedeni ile Klinik Adli Tıp alanının en sorunlu uygulamalarındandır. Özel bilgi ve beceri geliştirilmesine gereksinim olan muayene çeşididir. Bu muayene genel fizik muayenenin yanı sıra, tüm perinenin ve dış genital organların muayenesini, kız çocukları için iç genital organların bir bölümünün de muayenesini içeren bir muayene türüdür. Muayene ortamı yapılacak işlemin anlaşılması nedeni ile hasta için ürkütücü ve utandırıcı bir alan olarak algılanmaktadır. Erkek çocuklarda ve yaşı küçük çocukların muayenelerinde genel fizik muayene odası kullanılmalıdır. Yaşı küçük kız çocuklar, genel fizik muayene sonrası annesinin ya da hemşirenin kucağında ya da onların yardımı ile hasta masasında muayene edilebilir. Ergenlik çağından itibaren kız çocuklarının muayenesinde jinekolojik muayene masası kullanılması uygun olur. Muayene masası ergenlerin rahatça litotomi pozisyonunda yatabileceği şekilde ayarlanabilecek türden seçilmelidir. Bu muayene sırasında kullanılacak aydınlatma elemanları özel yapımda olmalıdır. Kolposkopik muayene aparatı monte edilmiş halde ya da hazırda bulundurulmalıdır. Oda hasta mahremiyetine özen gösterilerek hazırlanmalıdır. Yukarıda genel fizik muayene odası için aktarılanlara uyulmalı, ayrıca bu özel muayene türü için yapılması gerekenlere de çok özen gösterilmelidir. Bu odada da çocuk dostu muayene ortamı sağlanmalıdır (4).

### 2.2.3.2 Muayenede Bulunabilecek Kişiler

Cinsel istismar iddiasında çocukta adli amaçlı muayene, birimin çekirdek ekibinde görev alan hekimler tarafından yapılmalıdır (4). Mümkün olan durumlarda iki hekimin birlikte çalışması, muayeneyi ve örnek almayı kolaylaştıracağından tercih edilmelidir. Bu özellikle kolposkopi uygulanan ve cinsel yolla bulaşan hastalıkların gösterilmesi için sürüntü örneği alınan olgularda önemli olmaktadır (16). Bu muayenede kadın hastalıkları ve doğum uzmanının da bulunması kız çocuklarında jinekolojik hastalıklar ve özellikle gebelikle ilgili konuların da aynı muayene sırasında tamamlanmasını sağlayacaktır. Hangi uzmanlık alanlarından hekimlerin muayene ekibine katılacağı olgunun türüne ve genel durumuna göre belirlenmelidir (4).

Muayene güvenilir ve ilgili bir yetişkin (genellikle anne) huzurunda yapılmalıdır. Çocuğun davranışları, ona bakmakla yükümlü kişi ve hekim ile ilişkisinin niteliği not edilmelidir (16).

### 2.2.3.3 Muayenenin Basamakları

Değerlendirilecek çocuğun cinsiyeti, yaşı ve ne zamandır cinsel istismara uğradığı, en son ne zaman cinsel istismarın gerçekleştiğine bağımlı olmaksızın tüm basamakları uygulanarak muayene yapılmalıdır. Yani; adli tahkikat bilgilerinin gözden geçirilmesi, anamnez, yeni olgularda giysilerin muayenesi yapılmalı, ardından genel fizik muayenenin tüm basamakları tamamlanmalıdır. Ancak bu tür istismarda anamnezde öğrenilmesi gereken minimum bilgilerin bulunduğu "Cinsel İstismar Muayene

*Formu*"nda yer alan bilgilere, mağdurun cinsiyeti, iddia edilen olay/olayların türü ve gerçekleşme zamanına göre uygun sorular yöneltilerek ulaşılmaya çalışılmalıdır.

Önceden edinilen bilgiler akıldan uzak tutulmayarak yeni aktarımlar çocuğun kendi cümleleri ile muayene formuna özenle kayıt edilmelidir (4).

Perine muayenesi: Perine muayenesi öncesinde, üzerinde durulması gereken bir konu da, iddia edilen olayın ne zaman meydana geldiğidir. Yeterince güvenli olmayan bilgilerin varlığında, zamanla ilgili çelişkili bilgilerin olduğu durumlarda yenilerde gerçekleşmiş bir olay gibi muayeneyi sürdürmek bazı bulguların kaybolmadan değerlendirilmesine olanak sağlayacaktır.

Muayeneye, pubik örnekleme ve kıl örnekleme ile başlanmalıdır. Kız çocuklarında litotomi pozisyonu tüm perinenin inspeksiyonu için daha uygundur. Hem kız hem de erkek çocukların da litotomi pozisyonundan sonra diz-dirsek pozisyonu ile inspeksiyona devam edilmelidir. Küçük kız çocuklarının vulva muayenesinin ergenlere oranla daha acı verici olduğu akıldan hiç uzak tutulmamalı, çok nazik bir şekilde labium majus, labium minus ve introitus vagina ve himen görünür hale getirilerek muayene edilmelidir (4). Himen kenarlarını görebilmek ve açıklığın ölçülerini değerlendirebilmek için, genellikle hafif labial germe uygulanmalıdır, örneğin labium majus'un posterior uçları baş ve işaret parmakları arasında sıkıca tutularak çocuğun ayaklarına doğru ve sonra tekrar muayene masasına doğru çekilir. Bu sayede uretranın, periuretral destek ligamentlerinin ile himenal konfigürasyon ve kenarlarının açıkça görünmesi sağlanır. Labial germe transvers yönde maksimal himenal çapta sonlanır, ancak bu germe derecesi çocuğun gevşeme durumundan etkilenir (16).

Vulvanın bu bölümlerinin görünümü ve bulguları kayıt edilmelidir. Ardından himenin yüksekliği, kalınlığı, kıvamı, orta deliğinin cm cinsinden bu pozisyondaki açıklığı, kenarlarının şekli, rengi tanımlanmalıdır. Himende gözlenen eski ya da yeni travmaya ait bulgular ayrıntılı bir şekilde tanımlanmalıdır. Bu aşamada gerektiğinde kolposkopik görüntülerle değerlendirme sürdürülebilir. Gözlenen bulguların; önce saat kadranına göre yeri, himen kenarından nereye kadar uzandığı, travmatik lezyonun rengi, üzerinde enfeksiyon ya da tamir bulgularının varlığı, vagen duvarına göre konumu tarif edilmelidir. Travmatik lezyonun ayrıntılı tanımlamalarından sonra niteliği ile ilgili tanısal bir terminolojiye yer verilmelidir. Vaginal örnekler bu aşamada alınabilir. Eski ya da yeni tüm olgularda cinsel yolla bulaşan hastalıkların varlığı araştırılmalıdır. Muayeneye gelen kız çocuklarında iddia olunan olay ne zaman gerçekleşmiş olursa olsun muayene sırasında gebelik ile ilgili laboratuvar araştırılması yapılmalıdır. Böylece adli olayın araştırılma, soruşturma ve kovuşturma aşamasında ileride ortaya çıkabilecek ek iddialarda da gereksinim doğabilecek yararlı bilgiler kayıt edilmiş olacaktır (4).

Yeni olgularda cinsel yolla bulaşan hastalığın daha önceki başka olaylarda meydana geldiği iddiası, ileride fark edilen gebeliğin olaydan önceki başka cinsel istismardan meydana geldiği iddiaları, klinik adli tıp deneyimlerinde sıkça karşılaşılan sorunlardır. Cinsel istismar iddiası ile muayene edilen her hastada mutlaka cinsel yolla bulaşan hastalıklar için gerekli laboratuvar incelemelerinin yapılması çok değerli bir

basamaktır. Olay zamanının çok yeni ya da çok eski olduğu düşünülerek bu basamağın ihmal edilmesi ciddi sorunlara yol açmaktadır. Kız çocuklarının prepubertal dönemden itibaren gebelik yönünden değerlendirilmesi de altın kurallardandır. Talihsiz bir şekilde ülkemizde bu konu da aynı savlarla ihmal edilmektedir. Oysa bu basamakta elde edilen bulgularla muayene sırasında çocukta cinsel yolla bulaşan bir hastalığın bulunup bulunmadığı, ya da çocuğun gebe olup olmadığı ortaya konmaktadır ve adli yönden çok değerli bir bulgudur.

Erkek çocuklarında penis muayenesi sırasında sünnetsiz çocuklarda prepişium mutlaka nazikçe kaydırılarak glans görünür hale getirilerek inspeksiyon yapılmalıdır. Penis ve skrotum muayenesinde gözlenen bulgular şekil, cm cinsinden boyut, renk, ciltten yükseklik ve derinlik ve kıvam yönünden tanımlanmalıdır. Bu aşamada penil sürüntü örneği alınabilir (4).

Anüs muayenesi: Kız ve erkek çocuklarının anüs muayenesi her hastada mutlaka yapılmalıdır. Bulgular, tanımlamaları ile vücut diagramlarında şekil olarak yerleştirilerek kayıt edilmelidir. Bu aşamada gerektiğinde anüs tonusu çocuk cerrahisinin önereceği yöntemlerle değerlendirilebilir. Anal sürüntü örnekleri bu basamakta alınabilir (4).

*Muayene şu adımları içerir:*

- Perianal bölgeler diz-dirsek pozisyonunda (ya da çocuk sol lateral pozisyonda, kalçaları ve dizleri gevşek ve başı bir yastık üzerinde) iken muayene edilir.
- Her iki elin baş parmağı ile kaba etler ayrılır. Bu hareket tek başına anüste bir gerilmeye yol açabilir. Uzman 30 sn. anal kanalların açık olup olmadığını anlamak için durur. İnternal ve eksternal anal sfinkter gevşer ve anal kanal yavaşça rektuma net bir görüş sağlayacak şekilde açılır. Bu “*lateral buttock traction test*” olarak, anal kanalın açılması ise “*refleks anal dilatasyon*” olarak tanımlanır.
- Perianal bölge enflamasyon, yaralanma, venöz konjesyon ve cilt altı anomalileri açısından incelenir.
- Perianal kenarın hafifçe gerilmesi eksternal sfinkterin durumunun değerlendirilmesine ve fissürlerin incelenmesine olanak sağlar.
- Anal kenara yayılan cilt kıvrımlarının inceliği ve simetrisi de not edilmelidir.
- Anüsün parmakla muayenesi genellikle gerekli değildir (16).

#### 2.2.3.4 Kolposkop Kullanımının Üstünlüğü

Merkezlerde dış genital muayene için üzerinde ölçüm aleti bulunan bir kolposkobun kullanımı giderek yaygınlaşmaktadır. Bu alet o andaki himen açıklığının doğru ölçümünü verir. Kolposkopik bulguların değerlendirilmesinde dikkatli olunmalıdır. Bu aletin kullanımı ile istismar şüphesi ile gönderilen kızların küçük bir kısmında başka türlü saptanamayan minör genital travma olduğu gösterilmiştir. Kolposkop deneyimli bir uzman tarafından saptanamayacak olan önemli bir bulguyu ortaya çıkarmasa

da, minör bulguların saptanmasını %10 arttırır. Kolposkopinin en büyük yararı, elde edilen fotoğrafların, çocuğun daha fazla muayene edilmesine gerek kalmadan ikinci bir görüşe ve daha dikkatli bir yeniden incelemeye izin veren berraklığıdır. Aynı zamanda olayın yargıya intikal etmesi halinde, bir sonraki uzman tanığa ilk doktorun gördüklerine ulaşma olanağı sağlar. Bu nedenle uygulama çocuk için stresi azaltmaktadır ve elbette cana yakın ve ürkütmeyen bir ortamda gerçekleştirilmelidir.

Kolposkopi uzmana daha deneyimli meslektaşları ile konsültasyonu da kolaylaştırır ve eğitim amaçlı kullanılabilir. İleriye doğru atılacak adım kolposkopinin iyi kullanıldığı merkezlerin hastanın yarar görebileceği şekilde kurulmasının, uzmanın ayrıntılı yeniden gözden geçirme toplantıları ile gelişmesinin ve genç meslektaşların eğitiminin desteklenmesi olabilir <sup>(16)</sup>.

#### 2.2.4 Fiziksel Muayenede Bulguların Yorumlanması

Bu alanda çalışan uzmanların, istismar nedeniyle olduğu düşünülen pek çok bulguyu, prepubertal istismar edilmemiş çocuklarda görmesi nedeniyle bulguların yeniden sınıflandırılmasına ihtiyaç duyulmuştur. Bu nedenle; cinsel istismardan şüphelenilen çocukların öykü, laboratuvar ve fiziksel bulgularını sınıflandırmak için revize edilen Adams'ın sisteminin burada aktarılması uygun bulunmuştur. Bu sınıflama sistemi, fiziksel bulguları ve istismar olasılığını sınıflayan iki kısımdan oluşmaktadır.

#### Adams Sınıflaması: Çocuğun Cinsel İstismarı Şüphesine Fiziksel, Laboratuvar Ve Anamnez Bilgileri Doğrultusunda Yaklaşım

##### Bölüm I. Anogenital Muayene Bulguları

###### 1a. Normal (yenidoğanda görülen)

- Periüretal veya vestibüler çizgilenme
- Dikey intravajinal kabarıklık
- Hymende saçaksı yapı
- Hymende şişlik veya yükseklik
- Linea vestibularis
- Supin pozisyonda 3-9 çizgisinin üzerinde kalan bölümde hymende yarık veya çatlak
- Himen dış yüzünde kabarıklık

###### 1b. Doğal Değişiklikler

- Septat himen
- Orta hat füzyon defekti (perineal oluk)
- Diastasis ani
- Perianal deri çıkıntısı

- Artmış perianal pigmentasyon
- Perianal bölgede venöz konjesyon

### 1c. Diğer Durumlar

- Labium, himen ve perihimnal bölgedeki hemanjiomlar (ekimoz ya da submukozal kanama olarak algılanabilir)
- Liken skleroz (frajilite artışı ve kanamaya neden olabilir)
- Behçet hastalığı (Genital ve oral ülserlerle seyreder. Herpes Simpleks lezyonlarıyla karışabilir)
- Perianal dokularda streptokokal selülit (Kırmızı, inflame doku görünümüne neden olur)
- Molluscum Contagiosum (Siğil)
- Verruca Vulgaris (Siğil benzeri lezyonlar görülür)
- Streptokok veya enterik bakterilerin neden olduğu vajinit
- Üretral prolapsus (Kanamaya neden olur, travmayla karışabilir)
- Vajinada yabancı cisim (Kanama ve akıntıya neden olabilir)

### 2. Nonspesifik Bulgular (Cinsel istismar sonucu görülebilen, muayene ile arasında geçen süreye göre değişkenlik gösteren, fakat diğer nedenlere de bağlı olabilen)

- Vajen, penis, skrotumda eritem (İrritan madde, enfeksiyon ya da travmaya bağlı)
- Vajen girişinde vazodilatasyon (Lokal irritan maddelere bağlı)
- Labial yapışıklık (İrritasyon ya da sürtünmeye bağlı)
- Vajinal akıntı (Cinsel yolla bulaşan hastalıklar başta olmak üzere birçok nedene bağlı)
- Genital ya da anal bölgede veziküler lezyonlar (HSV tip I - II kültürleri ve sifiliz testleri yapılmalı)
- Genital ya da anal bölgede siğil benzeri lezyonlar (Biyopsi yapılmalı)
- Labium majörlerin arka komissüründe frajilite artışı (İrritasyon, enfeksiyon, ya da muayene sırasında labium majörlerin traksiyonu nedeniyle oluşabilir)
- Himende kalınlaşma (Östrojen etkisi, hymen katlantısı, enfeksiyon ya da travmaya bağlı ödem)
- Anal fissürler (Sıklıkla konstipasyon ya da perianal irritasyona bağlı)
- Anal katlantılarda yassılaşma (Eksternal anal sfinkterin gevşemesi sırasında görülebilir)
- Anal dilatasyon (Rektumda dışkı varsa ya da 30 saniyeden daha uzun süre dizdirsek pozisyonunda kalınması durumunda doğal refleks olarak)
- Vajinal kanama (Üretra gibi başka bir odaktan gelebilir. Veya vajinal enfeksiyon, vajinada yabancı cisim, kazayla yaralanma ya da istismar sonucunda)

- *Himen posteriorunda yarık ya da çatlak (Himenal açıklığın %50'sinden fazla olmak şartıyla) (İstismara uğramış ve uğramamış 3-8 yaş aralığındaki kız çocuklarında eşit oranda gözlenmiştir; Berenson ve ark. 2000)*

### **3. İstismar ya da travmayı düşündüren bulgular (Muhtemel ya da belgelenmiş istismar vakalarında görülen, fakat istismarın tek neden olduğu kesin olmayan olgular. Ayrım için anamnez çok önemli !!!)**

- *Diz-dirsek pozisyonunda yapılan muayenede anüste belirgin ve ani dilatasyon (Rektumda görülebilir ya da palpe edilebilir dışkının olmadığı, anemnezinde enkopresis, kronik konstipasyon, nörolojik defisit ya da sedasyonun olmadığından emin olunan olgularda)*
- *Posterior segmentte hymenal açıklığın %50'sinden fazla olan yarık ya da çatlak (Sıklıkla muayene tekniğinden kaynaklanan artefakt olmakla birlikte, tüm pozisyonlarda yapılan muayenelerde tespit edildiği takdirde künt ya da penetran travmayı düşündürür)*
- *Labium, perihimnal dokular, penis, skrotum ya da perinede akut abrazyon, laserasyon ve ekimoz (Kazayla yaralanma veya fiziksel cezalandırma sonucunda)*
- *Genital bölge veya uyluk iç yüzde ısırık ya da emme izleri*
- *Labia majörlerin arka komissüründe, himeni içermeyen skar ya da yeni laserasyon (Kazayla yaralanmaya bağlı olabilir)*
- *Perianal skar (Fissürler, Crohn Hastalığı'na bağlı lezyonlar gibi tıbbi durumlar ya da geçirilmiş ameliyatlara bağlı)*

### **4. Künt ya da penetran travmayı kuvvetle düşündüren bulgular (Himen ya da perianal dokularda travmadan başka bir şekilde açıklanamayanlar)**

- *Himende akut laserasyon*
- *Himende ekimoz*
- *Eksternal anal sfinktere uzanan perianal laserasyonlar*
- *Himende iyileşmiş yırtık (Himenin tabana kadar yırtıldığı, vajen duvarı ile himenal açıklığın arasında hiç himen dokusu kalmayan yırtık. Bu bulgu seksüel aktif adölesanlar ve genç erişkin kadınlarda "komplet yırtık" olarak da adlandırılır)*
- *Himenal doku yokluğu (diz-dirsek pozisyonu ile muayenede de doğrulanan, himenal açıklığın arka yarısında himen dokusunun olmaması)*

## **Bölüm II. İstismar Olasılığının Değerlendirilmesi**

### **Sınıf 1. İstismar ihtimali yok**

- *Doğal muayene bulguları, negatif anemnez, davranış değişikliği yok, tanık yok*
- *Açıklanamayan nonspesifik bulgular, negatif anemnez, davranış değişikliği yok*
- *Cinsel istismar riski var, negatif anemnez, nonspesifik davranış değişiklikleri mevcut*
- *Kaza sonucu yaralanma öyküsü ile tutarlı ve inandırıcı fizik muayene bulguları*

### **Sınıf 2. Olası istismar**

- 1 ve 2. alt sınıf bulgularıyla birlikte, özellikle cinsel davranış değişiklikleri var fakat çocuk, istismar öyküsü vermektен yoksun
- Anogenital HSV tip I lezyonları var, istismar öyküsü yok, diğer muayene bulguları doğal
- Condyloma Accuminata var, cinsel yolla bulaşan diğer hastalık bulguları yok, istismar öyküsü yok, diğer muayene bulguları doğal (3-5 yaşından büyük çocuklarda Condyloma görülmesi cinsel bulaşı düşündürür ve araştırılmalıdır)
- Çocukta ayrıntılı olmayan ve normal gelişimiyle tutarlılık göstermeyen ifade mevcut, istismara yönelik pozitif muayene bulgusu yok

### **Sınıf 3. Muhtemel istismar**

- Spontan, net, tutarlı ve ayrıntılı taciz öyküsü mevcut, anormal fiziksel muayene bulgusu var ya da yok
- Prepubertal çocukta genital bölgeden, prepubertal kızlarda servikten alınan kültürlerde (Rapid antigen test dışında) Clamidia Trachomatis üremesi (perinatal bulaşın ekarte edildiği varsayılarak)
- Genital ya da anal kültürlerde HSV tip II üremesi
- Trichomonas enfeksiyonu (Lam ile mikroskopta görülmesi ya da vajinal sürüntü kültüründe üreme olması (Perinatal bulaşın ekarte edildiği varsayılarak)

### **Sınıf 4. İstismar ya da cinsel temasa ait kuvvetli bulguların varlığı**

- 4. alt sınıf bulguları mevcut, kaza öyküsü yok
- Vücut üzerinde ya da içinde sperm veya seminal sıvı mevcut
- Gebelik
- Vajinal, üretral, anal ya da faringeal bölgeden alınan örneklerde Neisseria Gonorrhoea üremesi
- Akkiz sifiliz bulguları
- İstismarı belgeleyen fotoğraf ya da video varlığı
- HIV enfeksiyonu (perinatal geçiş, kan transfüzyonu veya kontamine iğne ile bulaş olasılığı ekarte edilmek şartıyla)

### **Fiziksel Bulguların Yokluğu**

Cinsel istismar şüphesi ile muayene edilen çocukların yarısından fazlasında herhangi bir fiziksel bulguya rastlanmadığı unutulmamalıdır. İstismar uygulanırsa da muayene sonuçları normal çıkabilir. Fiziksel bulguların yokluğu istismar teşhisini ne doğrular ne de dışlar.

Not: Cinsel istismara uğrayan çocukların birçoğunda normal ve nonspesifik genital ve anal bulgular saptanır. Digital ya da penil-vajinal penetrasyon tariflenen 3-8 yaş aralığındaki kız çocuklarının %90'ından fazlasında genital yaralanma bulgularına rastlanmamıştır (17,18).

### 2.2.5 Kanıtların Toplanması

Cinsel istismar şüphesi üzerine yapılan adli tıbbi değerlendirmede kanıt materyali ve adli örneklerin toplanması ile ilgili doğru prosedürlerin takip edilmesi çok büyük önem taşımaktadır. Muayene aşamasında kullanılan “*Cinsel İstismar Muayene Formu*” yanında, bu tip merkezlerde standart bir “*Muayene Seti*”nin bulunması gerekmektedir.

Merkezde çalışan uzmanların kanıt zinciri prensiplerini bilmeli ve kanıt olarak kullanılacak olan örneklerin tümüne bunun önemi takdir edilerek yaklaşılmalıdır. Kanıt zinciri hukuki bir kavramdır ve bir mahkemede kanıt olarak sunulacak herhangi bir bulgunun kaynağı ve öyküsünün kaynağından mahkemeye kadar bütünlüğü bozulmamış bir zinciri takip ettiği açıkça gösterilebilmelidir. Örneği ele alan herkes ve örneğin saklama koşulları belgelenmeli, zamanı tarihi, yeri belirtilmeli ve uygun olan durumlarda imzalar bulunmalıdır.

Kronik istismar iddiası var ise ve son olayın üzerinden bir haftadan fazla zaman geçtiyse, kanıtların toplanması dikkatli bir anamnez ve tıbbi muayeneden oluşur. Aynı zamanda cinsel yolla bulaşan hastalıklar açısından da örnekler alınmalıdır.

Son temas ve akut travma 10 gün içinde olduyorsa, adli kanıtlar mümkün olduğunca yetişkin cinsel saldırı olgularında uygulanan teknikler kullanılarak aranmalıdır. Uygun örnekler ve adli analizlerle istismarın gerçekleştiği ve saldırganın ejakülatı saptanabilir. Bazen DNA tiplmesi ile saldırganın kimliği onaylanabilir.

Spermatozoaların saptanabilmesi için zaman sınırları tükürükte (ağız içi sürüntü örnekleri daha iyi) 31 saat, vajinal sürüntü örneklerinde 6 gün ve anal sürüntü örneklerinde 3 gündür. Seminal sıvının saptanabilmesi için geçerli zaman sınırları ise, vajinada 12-18 saat, anüste ise 3 saattir. Seminal DNA tiplmesi şüphelinin kan örneklerinden alınan tiplme ile karşılaştırılabilir.

Wood lambasının kullanımı seminal sıvının saptanmasında yararlı olmaktadır. Florosan özelliği gösteren alanlardan ıslatılmış sürünüt çubuğu ile örnek alınmalıdır.

Çocuğun giysileri, giysi içinde bulunabilecek partiküllerin toplanabilmesi amacıyla beyaz bir kağıt üzerinde çıkarılır. Lekeli eşyalar ve iç giysiler hazır bulunan torbalar içine konmalı ve etiketlenmelidir. Etiketlerin üzerinde tarih, saat ve çocuk ile muayene eden (örneği alan) uzmanın isimleri bulunmalıdır.

Toplanan örneklerin analizi Merkezin bulunduğu hastanedeki laboratuvar yapılabiliyorsa o laboratuvara, yoksa ilgili laboratuvara göndermek üzere kanıt zincirine uyularak adli yetkililere teslim edilmesi gerekmektedir.

### 2.2.6 Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar (CYBH) ve Gebelik

Çocuklarda cinsel yolla bulaşan hastalık saptanması cinsel istismarın da olabileceğini düşündürmektedir. Çocuğun yaşı, cinsel yolla bulaşan hastalığın etkeni ve cin-

sel istismarın saptanması açısından önemlidir. Dünyada her yıl yaklaşık 333 milyon yeni CYBH olgusu meydana gelmekte, 170 milyon kişi *Trichomonas Vaginalis*, 89 milyon kişi *Chlamydia Trachomatis*, 62 milyon kişi Gonore, 12 milyon kişi sifiliz etkenleri ile enfekte olmaktadır. Görülme sıklıkları gelişmekte olan ülkelerde daha yüksek olduğu gözlenmektedir. Epidemiyolojik özellikler toplumdan topluma ve hatta toplum içinde gruplar arasında farklılıklar göstermekle birlikte olguların belirlenmesi ve tedavilerinde sorunlar ortaktır. Bu olguların ne kadarında cinsel istismar mevcut olduğu ise tam olarak bilinmemektedir. Ülkemizde ise kayıt ve bildirim siteminin yetersiz olması ülke verilerimizin ve sörveyansın yetersiz olmasına yol açmaktadır.

Çocuk 2 yaş ve altındaysa CYBH'in intrauterin veya perinatal dönemde bulaşma olasılığı yüksektir. Bu yaştaki çocuklarda cinsel istismarı ikinci sırada düşünmek gerekir. Diğer yandan cinsel ilişki ile bulaşan hastalığa sahip 2-10 yaş arasındaki çocuklarda ise ilk sırada cinsel istismar olabileceği akla gelmelidir. Ancak intrapartum geçişi olan insanda papillomavirus enfeksiyonu (HPV) ve yine aynı şekilde bulaşan ve nazofarenkste saptanan *Chlamydia trachomatis* enfeksiyonları 3 hatta 5 yaşına kadar ortaya çıkmayacaktır. Adolesan dönemde cinsel açıdan aktif çocuklarda ise bu tür hastalıklar doğal cinsel ilişki deneyimleri sırasında geçebileceği gibi cinsel istismar yoluyla da bulaşabilmektedir.

*Tablo 7. Cinsel yolla bulaşan hastalık etkenleri*

Viral Hastalıklar	Hepatit A virüsü (HAV)
	Hepatit B virüsü (HBV)
	Hepatit C virüsü (HCV)
	HTLV-1
	Herpes simpleks virüs (HSV Tip I-II)
	Delta virüs
	Epstein Barr virüs
	HIV-1/2
	itomegalovirüs
	İnsan papillomavirus
	Molluskum contagiozum
	Bakteriyel Hastalıklar
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	
<i>Haemophilus ducreyi</i> (Yumuşak şankır)	
<i>Treponema pallidum</i> (Sifiliz)	
<i>Mycobacterium tuberculosis</i>	
<i>Chlamydia trachomatis</i> L1-3 (Lenfograduloma venereum etkeni)	
<i>Calymmatobacterium granülo-matis</i> (Granuloma inguinale etkeni)	
<i>Ureaplasma urealyticum</i>	
<i>Mycoplasma hominis</i>	
<i>Mycoplasma genitalium</i>	
<i>Gardnerella vaginalis</i>	

	Salmonella serotipleri Shigella serotipleri Campylobacter türleri Streptococcus grup B Mobilincus türleri
Fungal Hastalıklar	Candida albicans (Çoğunlukla cinsel yolla bulaşmaz)
Paraziter Hastalıklar	Trichomonas vaginalis, Entamoeba histolytica Giardia İntestinalis
Ektoparaziter Hastalıklar	Scabies (Uyuz) Pediculosis (Bitlenme)

**Tablo 8. Sık karşılaşılan cinsel yolla bulaşan hastalıklarda kuluçka süreleri**

Gonore (Neisseria gonorrhoeae)	3-4 gün olup, eğer çocuk iki yaşından küçükse istismar olasılığı hemen hemen kesin, daha büyük yaşlarda olasıdır
Chlamydia (Chlamydia trachomatis)	7-14 gün olup eğer çocuk iki yaşından küçükse ve enfeksiyon sanıkta teşhis edilmişse istismar olasılığı hemen hemen kesin, daha büyük yaşlarda muhtemeldir
Primer sfiliz (Treponema pallidum)	90 güne kadar olup istismar olasılığı hemen hemen kesindir (Konjenital dışında)
Trikomonas (Trichomonas vaginalis) enfeksiyonu	1-4 hafta olup, istismar olasılığı hemen hemen kesindir
Genital Herpes Simpleks	2-14 gün olup, istismar olasılığı muhtemeldir
HIV	çoğunlukla üç ay içinde (şüphe doğurabilir)
Hepatit B ve C	kuluçka süresi üç aya kadar (şüphe doğurabilir)

Çocukta cinsel yolla bulaşan hastalık tanısı konulmuşsa mutlaka cinsel istismar olasılığı ekarte edilmelidir.

- Enfeksiyon genital, anal, orofarengial bölgede lokalize ise cinsel istismardan şüphelenilmelidir.
- Cinsel istismar öyküsü olmaksızın tesadüfen cinsel yolla bulaşan bir hastalık etkeni saptanmışsa, diğer cinsel yolla bulaşan hastalıkların varlığı araştırılmalıdır.
- Cinsel istismar sonrası, cinsel yolla bulaşan hastalık görülme olasılığı olduğu için cinsel yolla bulaşan hastalık taraması yapılmalıdır. Cinsel yolla bulaşan hastalık ve gebelik taraması tabloda verildiği şekilde yapılmalıdır.

**Tablo 9. Cinsel yolla bulaşan hastalık ve gebe taraması**

Neisseria gonorrhoeae	Rektal, boğaz, üretral ve/veya vajinal kültür
Chlamydia trachomatis	Rektal ve üretral akıntı
Treponema pallidum	Genital lezyon varsa karanlık saha mikroskopisi, seroloji (VDRL-RPR) olay anında ve olay anında (-) ise 6, 12, 24 hafta sonra tekrarlanmalı.
HIV	Saldırmanın serolojisine bakılır (mümkünse), saldırmanın HIV (+) olma ihtimali varsa seroloji çocukta olay anında ve olay anında (-) ise 6, 12, 24 hafta sonra tekrarlanmalı.
Hepatit B	Saldırmanın ve çocuğun serolojisine bakılır.
Trichomonas vaginalis	Vajinal akıntı kültürü
Gebelik	Postpubertal kız çocuklarında acil kontrasepsiyon öncesi bakılmalıdır.

Rutin CYBH testleri arasında, Hepatit B, Sifiliz, HIV/AIDS gelmektedir. Bu testler kişilerden alınan kan örneklerinde incelenmektedir. Ayrıca vajinal bölgeden alınan örneklemelerde preparat mikroskopik olarak mikrobiyolojik etkenler araştırılmaktadır.

Sifiliz testi için kan örneklerinde RPR, VDRL ve TPHA, gonore için Gram boyama mikroskopisi yapılmaktadır. Ayrıca lam-lamel arası preparatlar yapılarak Trichomonas vaginalis araştırılmaktadır. Sifilizde RPR ya da VDRL testlerinden biri yapılmakta doğrulama amacıyla ise TPHA testi yapılmaktadır. Özellikle bu merkezlerde çalışanlar testlerle ilgili deneyimlerini aktardıklarında VDRL/RPR testlerinin karbon partiküllü antijen olması gerektiğini, TPHA testinde ise liyofilize antijen tercih edilmemesi gerektiğini testlerde alınacak sonuçların başarısı açısından özellikle vurgulamaktadırlar. Treponema pallidum spesifik IgM testi de yapılmaktadır. Bu test tedavinin izlenmesinde ve konjenital sifiliz olgularının araştırılmasında önemli rol oynamaktadır.

**Tablo 10. Türkiye’de bazı CYBE etkenlerinin tanısında referans laboratuvarlarında tercih edilen testler**

Etken Virus	Tarama testi	Doğrulama testi
HBV	ELISA	Hibridizasyon/PCR
HCV	ELISA	PCR
HSV tip1,2	ELISA Ag/DFA Ag	PCR
HPV	Hibridizasyon	PCR
HIV	ELISA (4. Jenerasyon)	Western blot
Bakteri	Tarama testi	Doğrulama testi
C. trachomatis	PCR/TMA	PCR
N. gonorrhoeae	Kültür	PCR
U.urealyticum	Kültür	PCR
T. pallidum	VDRL/RPR	TPHA/ELISA-IgM

Mantar	Tarama testi	Doğrulama testi
C. albicans	Kültür	-
Parazit	Tarama testi	Doğrulama testi
T. vaginalis	Lam lamel arası preparasyon	Kültür

HBV : Hepatit B virusu

ELISA : Enzim immunoassay

HCV : Hepatit C virusu

DFA : Direkt fluoresan antikor

HSV : Herpes simplex virusu

PCR : Polimeraz zincir reaksiyonu

HPV : İnsan papilloma virusu

TMA : Transkripsiyon esaslı amplifikasyon

HIV : Human immunodeficiency virus

RPR : Rapid Plasma Reagin

VDRL : Venereal Diseases Research Laboratory

**Çocuklar için CYBH profilaksisi:** Akut istismarı takiben profilaktik tedavinin uygulanması rutin olarak önerilmemektedir. Tedavi endikasyonları; CYBH ile ilgili gerçek bir kaygı var ise, uygun kültür için ortam yok ise veya bazı durumlarda psikolojik iyileşme sürecini desteklemektir.

**Gebelik profilaksisi:** Post-koital gebelik profilaksisi post-menerheal kızlarda (gebelik yok ise), akut istismar olayını takip eden 72 saat içinde uygulanmalıdır. Daha uzun süre geçtikten sonra başvurularda ise gebeliğin gelişip gelişmediği izlenmelidir. Bununla ilgili bilgiyi alan uzmanın görevi, böyle bir tedavinin uygulanmasını sağlamaktır. İstismar sonrası tahmin edilen gebelik insidansı düşüktür, rastgele bir örneklemede yaklaşık %1, ancak istismar menstrüel siklusun ortasında gerçekleştiyse bu oran % 10'a çıkmaktadır (16).

## 2.2.7 Olgu Sunumu

### Olgu 1

Paylaşmış paranoid bozukluk; paranoid bozukluğu olan birinin hezeyanına ortak olma ve ona tabi olma şeklinde görülür. Bu bozukluğun en yaygın ve klasik formunda, dominant kişi sanrısız sistemi geliştirir ve bu sanrıları progresif biçimde daha genç ve pasif olan kişiye empoze eder. Kötülük görme düşünceleri oldukça siktir.

Bu sunumda; cinsel şiddete maruz kaldığı iddiasıyla muayene edilen, süreçte paylaşmış paranoid bozukluk tanısı alan bir olgudan, yazarın çıkarımlarının paylaşılması amaçlanmıştır.

İlk muayene edildiği tarihte 8 yaşında bir erkek çocuk ve annesinden alınan öyküde; son iki yıldır, ev çevresi ve okuldan 30'a yakın yetişkin erkek tarafından, anal yoldan defalarca ırzına geçildiği belirtiliyor. Öyküde tutarsızlıklar, çevresindeki tüm erkeklerin suçlanması, izah edilemeyen 2 yıl bekleme, başlangıçta söylemeyen çocuğun ayaklarını yakmaya varan zorlama öyküsü, tanık olamama, pozitif bulgu tariflenmesi, yapılan muayenede anüs mukoza ve sfinkterinin doğal değerlendirilmesi göz önüne alınarak; Akut livatanın bulgularının olmadığı, çocuk ve annesinin psikiyatrik değerlendirilmesinin uygun olacağı rapor ediliyor.

İlk muayeneden 4 ay sonra alınan ikinci bir raporda olabirlik belirtiliyor. Konu "ırzına geçilen çocuk temelinde" medyada yer buluyor. Bir yazar, ilk raporu düzenleyenlerin sahte rapor düzenlediği temelinde internet gazetesi ve ulusal basında yazılar yazıyor. Süreçte; ..... Tıp Fakülteleri paylaşılmış paranoid bozukluk tanısı veriyor. Dava 4 yıl sürüyor.

Olgu ışığında; zararın varlığı ve ağırlığı amacıyla düzenlenen adli raporlar, raporun değeri ve sağlığının düzenleyen kişi ya da kuruma bağlı olup olmadığı, bilirkişilerin çift taraflı (mağdur ve sanık konumundakilere) sorumlulukları, medya ve yargı süreci başlıklarında ele alınmış, yaşananlar aktarılmaya çalışılmıştır.

### **Olgu 2**

10 yaş, erkek çocuk öksürük yakınması ile .. hastanesine başvurmuş, yapılan fizik muayenede hastalığı ile ilgili bulguları yanında, anal bölgede hiperemik lezyonlar ve sfinkter tonusunda azalma saptanınca, istismar (fiili livata) düşünülmesi üzerine, (üniversite hastanesinden) çocuk cerrahisi ve çocuk psikiyatri konsültasyonu istenmiştir. Babasının kendisinden aldığı ifadeye göre, komşu çocuğunun televizyon izlerken üstüne çıktığını belli belirsiz ifade etmiştir.

Alınan öyküsünde, hastada öksürük yanında kaka yapamama yakınması da var idi. Oyun oynarken kakamı tutuyorum. Oynadıkları oyuna ara vermemek için, kendisinin ayakta iken kuzenin de bir yeri sıkıca kavrayarak kakalarını tuttuklarını ifade etmekte idi. Anne baba ayrı, babası ile birlikte kalırken, bazen dede/büyükanne yanında kalıyor. Okuldan geldikten sonra baba gelene kadar komşu bakıyor. Komşunun 16-19 yaşında iki oğlu var. Babaanneden alınan öyküde, Kaka kaçırmalarının olduğunu söylemektedir.

Konuşması rahat, kendisini ifade edebiliyor, zeka normalin üstünde. Anne baba ayrı, anne şehir dışında, baba psikiyatrik rahatsızlığı var.

Fizik muayenede, haricen herhangi bir travmatik lezyon saptanmadı. Peri-anal bölgede kronik dermatite uyan 2-3 mm boyutlarında çok sayıda, dairesel olarak dizilmiş, epidermal lezyonlar saptandı. Ano-kutenael hatta ve anal mukozada özellik saptanmadı.

### **Sonuç**

Fiili livatanın tıbbi delillerine rastlanmadığı, anüs çevresinde saptanan lezyonların çocuğun kaka kaçırmalarına bağlı olarak, bu bölgede kalan salgının ciltle teması sonucu cildi tahriş etmesi neticesi olduğu kanaatine varılmıştır.

Çocuk psikiyatrisi takibine alındı.

### **Olgu 3**

Enstetin gerçek sayılarının bilinmesi mümkün değildir. Toplumun yapılanmasından kaynaklanan, olaya maruz kalan kişinin korkuları, inanılmaması, suçlanması, utancı, güçsüzlüğü-çaresizliği, kaybedecekleri kullanılarak hep saklı kalmaya mahkum geleneklerle korunan bir eylemdir.

Nadirde olsa, ensest ortaya çıktığında ya da varlığı iddia edildiğinde, çocuğa tereddütsüz inanılmakta şüpheli konumundaki kişiler “genelde baba” çoğunlukla hemen tutuklanmaktadır. Süreçte, olguların bir kısmı suçlamalardan vazgeçmektedirler. Ancak, olgularla yapılan görüşmelerde; bu olguların önemli bir kısmında ilk öykülerin doğru olduğu, süreçte aile içi ve çevre etkisiyle, sorumlu konumdaki kişinin ceza almasının önüne geçilmesi amacıyla ifadelerin geri çekildiği ya da değiştirildiği düşünülmektedir.

Bu kapsamda ki bir olgunun, konunun farklı yönlerine dikkat çekilmesi için sunulması planlanmıştır.

.. heyetinde görülen 15 yaşında kız çocuğu. Gün ve saatin kesin olarak verildiği, öz babasının okşama ve sürtünme şeklinde 5 ayrı cinsel istismarına maruz kaldığı, son olayda kendi yatağında babasının sürtünmesi sonrası boşaldığı, sıvıyı annesinin kapisine sürdüğünü belirterek karakola başvurmuştur. Baba tutuklanmış, analizlerde babanın DNA’sı ortaya konmuştur. Anne, kızının evde olmadığı sırada, eşiyile kızının yer yatağı üzerinde cinsel ilişkiye girdiklerini, birleşme sonrası akan sıvıyı üzerindeki kapisine sildiğini ve banyoya bıraktığını söylemiştir. Baba kızının erkek arkadaşlarıyla görüşmemesi için sokakta dövdüğünü, böyle bir olay olmadığını ifade etmiştir. 2 ay sonra kız söylediklerinin yalan olduğunu, şu sıralar mutlu olduğunu, baskıların kalktığını, babasını görüş günleri ziyaret ettiğini belirtmiştir. Öykü derinleştğinde; çocuğun 1-2 yıldır erkek arkadaşları ile penetrasyonu içermeyen cinsel ilişkileri olduğu, son zamanlarda işe gitmek için erken çıktığını, erkek arkadaşının arabasında cinsel ilişki sonrası işe gittiğini, arkadaşının boşalmalarını gördüğü, bir keresinde pantolonuna geldiğini, babasının dövmesi üzerine bunu planladığını belirtmiştir. Psikometrik ölçümlerde travma bulgusu saptanmamış, öyküde de tanımlanmamıştır.

Öykülerin değiştiği ensest olgularında hangi öykünün doğru olduğu konusunda karar vermek kolay değildir. Hatta bazen, bir süre sonra çocuklar da hangi öykünün doğru olduğu konusunda emin olamamaktadır. Peşin kabuller ya da karşı çıkışlar olmadan standart yaklaşımlar ile tahkikat bilgileri, olayın ortaya çıkış şekli, zamanı, olgu özellikleri, tanıklıklar birlikte değerlendirilmelidir. Bu kapsamdaki olgular, öykülerine bakılmaksızın ailenin sosyal incelemesi ile takip ve tedavi altında olmalıdır.

### 2.2.8 Cinsel İstismarına Ruhsal Bulgular

Çocuklarda ihmal ve istismar, erken ve geç dönemde birçok olumsuz ruhsal etkilere neden olmakta ve çok geniş bir yelpazede psikopatoloji tablosuyla karşımıza çıkmaktadır. Bu bölümde cinsel istismara maruz kalan çocuk ve ergenlere ruhsal yaklaşım ayrıntılı bir biçimde olgu örnekleriyle ele alınacaktır. Çocuğun cinsel istismarının tanımı, yaygınlığı, cinsel istismarda çocuğa, aileye ve sosyal çevreye ilişkin risk etmenleri, cinsel istismarın ruhsal etkileri, cinsel istismara uğrayan çocuğun ruhsal açıdan değerlendirilmesi, klinik görünüm ve tedavi yaklaşımları tartışılacaktır.

İstismarın erken teşhisi, istismarın durdurulmasını ve destek sistemlerin hızlıca devreye girmesini sağlayacak ve ruhsal sorunları en aza indirecektir. Çocukların istisma-

rın hemen ardından olayı açıkça anlatabilmeleri, hızlı bir profesyonel yardım alabilmeleri ve çevrelerinden destek görmeleri tedavinin olumlu sonuçlanması açısından son derece önemlidir. Çocuk ihmal ve istismarının değerlendirilmesinde en önemli adım çocuğun istismarla ilgili açık ve kesin ifadesidir. Ancak çoğu zaman çocuk ve ergenler başlarına gelen bu travmatik olayı anlatmamaktadır. Çocuklar kendilerine inanılmayacağını sandıklarından, başlarının belaya girebileceğini düşündüklerinden, istismarcının tehditlerinden korktuklarından, kendilerini suçladıklarından, istismarcıyı korumak isteyebileceklerinden, nasıl anlatacaklarını bilemediklerinden ya da istismar davranışın yanlış olduğunu bilmediklerinden dolayı yaşadıkları istismar olayını anlatmamaktadırlar<sup>(19)</sup>. Özellikle cinsel istismarda bu olasılık artmaktadır. Cinsel istismara uğrayan çocuklar genellikle yaşadıkları travmatik olayı kendilerinin yaptığı bir suç olarak algılamakta ve açığa çıkmasından kaygı duymaktadır<sup>(15)</sup>. 1985'den 1989'a kadar cinsel istismar iddiasıyla gelen 630 çocukla yapılan bir çalışmada çocukların % 79'u öncelikle istismarı yalanlamış ya da açık olmada tereddüt yaşamışlardır. Açıklama yapanların da yaklaşık dörtte üçü kazara açıklama yapmışlardır. Buna ek olarak açıklama yapanların % 22'si sonunda ifadesini geri almıştır. Bir çocuğun istismarına ilişkin başlangıçtaki inkarı, istismarın gerçekleşmediğine ilişkin yeterli olmamalıdır. Bu durumda çocuğun ayrıntılı psikiyatrik öyküsünün alınması, ruhsal muayenesinin yapılması ve ruhsal değişimlerin saptanması çok önem kazanmaktadır. Çocuk istismarından şüphelenilen olgularda dikkat edilmesi gereken diğer bir nokta çocuk ve aileye ilişkin risk etmenlerinin değerlendirilmesidir.

Cinsel istismara uğramış ya da risk etmenleri taşıyan çocukların saptanması, değerlendirilmesi ve sonradan gelişebilecek hukuki süreç aşamasında örselenmeden uygun şekilde ele alınabilmesi büyük önem taşımaktadır. Bu tür vakaların değerlendirilmesi Türkiye'de bazı merkezlerde ve birçok ülkede multidisipliner ekiplerce yapılmaktadır. Çocuk istismarı ideali çocukla yapılan istismar tanı görüşmeleri, fiziksel/genital muayene bulguları, çocuğun ruhsal değerlendirilmesi sonucunda multidisipliner ekip kararı ile tanı konulmalıdır. Bu ekip aynı zamanda hukukçular ve Sosyal Hizmetler Kurumu ile işbirliği içinde çalışmalıdır.

Cinsel örselenme yaşayanların tıbbi değerlendirilmeleri uygun koşul ve kişiler tarafından yapılmadığı takdirde incelemenin örseleyici olabildiği, yapılan çalışmalarda ortaya konmuştur. Bu örselenmenin tekrarlanmaması için inceleme ekibinin ve incelemenin yapıldığı ortamın uygun olarak hazırlanması, çocuk dostu ortamlarda muayene edilmesi gerekmektedir. Çocuğun yapılan değerlendirmelerden daha önce yaşamış olduğu cinsel örselenmenin hatırlatıcı, yeniden yaşantılandığı gerçeği nedeniyle bu konuda multidisipliner çalışmanın ve bu konuda eğitilmiş uzmanlardan yardım almanın önemi büyüktür.

### 2.2.8.1 Prognozu belirleyen etmenler

İstismarın çocuk ve ergenler üzerindeki ruhsal etkilerine baktığımızda; birçok çalışmada çocukluk dönemi istismarı ile istismarın olumsuz etkileri sonucunda gelişen psikopatolojiler arasında bağlantı olduğu bildirilse de istismara uğrayan tüm ço-

cuklarda psikopatoloji gelişmemektedir (20, 21). Sonuçlardaki bu farklılık istismara uğrayan çocuklarda psikopatoloji gelişmesini belirleyebilecek olan koruyucu ve risk etmenlerinin daha iyi anlaşılmasını gerektirmiştir. Cinsel istismara uğrayan çocuk ve ergenlerde gelişen psikopatoloji tablosu ise çok geniş bir yelpazeden oluşmaktadır. Cinsel istismarın klinik özellikleri ve çocuk üzerindeki etkileri; çocuğun özelliklerine (*travma sırasında gelişimsel evre ve kronolojik yaşına, istismara uğrayan çocuğun cinsiyetine, kişilik özelliklerine, başetme becerilerine, benlik değerine, ...*), olayın kendisine ait özelliklerine (*çocuğun istismarcı ile olan ilişkisine, şiddet kullanımına, fiziksel zararın varlığına, istismar eden kişinin yaşına, çocuğa olan yakınlığına, cinsel istismarın türüne ve şiddetine, sayısına, sıklığına, süresine, yaşanan örselenmenin yoğunluğuna..*), sosyal desteğin varlığına, geçmişte yaşanmış travmalarıyla ilişkili duyarlılığına bağlı olarak değişiklik göstermektedir. Ailenin sosyokültürel düzeyi, ailenin istismarı öğrendikten sonraki ele alış biçimleri, sosyal destekleri, eşlik eden diğer istismar türlerinin (*fiziksel istismar, duygusal istismar ve ihmal*) olup olmaması, ruhsal desteğin hemen alınıp alınmadığı gibi değişkenler de oluşabilecek ruhsal bozukluk tablosu için belirleyici olmaktadır. Cinsel istismarın bazı türleri ruhsal açıdan diğerlerinden daha ciddi sonuçlar doğurabilmektedir. Cinsel istismarda istismarın şiddeti, bedensel penetrasyonun varlığı örselenmeyle pozitif korelasyon göstermektedir. Temas içeren cinsel istismar davranışları geç dönem ruhsal bozukluklar açısından kötü prognostik etmen olarak bildirilmiştir. İstismar tekrarlandıkça ruhsal bozukluk görülme olasılığı artacak ve daha derin izler bırakacaktır. Cinsel istismara uğrayan çocukla istismar eden kişi arasındaki yaş farkının artması, saldırganın tanıdık ya da aile içinden biri olması ve cinsel saldırının süreğenliği çocuğun travmadan etkilenmesini arttıracaktır. Cinsel istismara uğrama yaşı küçüldükçe çocuğun bundan psikopatoloji açısından olumsuz etkilenme olasılığı artmaktadır. Ancak biraz daha büyük çocuklarda da olayla ilgili farkındalık daha fazla olduğundan cinsel istismarla ilgili sosyal damgalanmanın farkında olacağından incinebilirlik artmaktadır. Cinsel istismarda tehditin kullanılması ve şiddetin varlığı psikopatolojinin oluşumunda önemli bir risk etmeni olarak bildirilmiştir (22-25). Olay sırasında şiddet ve zor kullanılması, yaşanan çaresizlik duygusunun büyüklüğü nedeniyle travmanın daha büyük algılanmasıyla sonuçlanmaktadır. Çocuğun yaşadığı travmatik olay açığa çıktıktan sonra ailenin olaya tepkisi de konu üzerinde etkili rol oynamaktadır. Özellikle ensest yaşantısı aile birliğini ve tüm aile bireylerini tehdit eden bir kriz yaratabilmekte, krize müdahalenin iyi olmadığı durumlarda çocuğun suçlanması, dışlanması, şiddete maruz kalması riskleri ön plana çıkmaktadır. İstismar ister aile içinden ister dışından olsun istismarın açığa çıkmasının ardından çocukla olan etkileşim klinik tablo üzerinde belirleyici olmaktadır (26).

### 2.2.8.2 Klinik özellikler

Çocukluk cinsel istismarının ruhsal etkilerini anlamaya yönelik yapılan çalışmalar gözden geçirildiğinde ruhsal bozukluklarla istismar arasında nedensellik ilişkisini kurmayı zorlaştırıcı birçok karıştırıcı etmen olduğu görülmektedir. Çocukluk cinsel istismarının olumsuz ruhsal sonuçlarını belirleyen etmenler arasında biyolojik, psi-

kolojik ya da sosyal etmenler yer almaktadır (24). Çocukluk cinsel istismarı ve ruhsal bozukluklar arasında nedensel ilişkisi olduğunu öne süren başlıca iki durumdan sözedilmektedir. Çocukluk cinsel istismarı olması, ruhsal hastalık oluşumuna zemin oluşturmaktadır. Öte yandan hem çocukluk cinsel istismarı hem de ruhsal hastalıklar için riski arttıran sosyal ve ailesel etmenler zaten çoğu zaman bir arada bulunmaktadır. Çocukluk cinsel istismarı aile ortamı bozuk çocuklarda daha sık görülmektedir. Bu ailelerde çocuğun cinsel istismarının ruhsal bozukluklarla ilişkisi istismarın çocuğa doğrudan travmatik etkisinden çok, aile ile çocuk arasındaki etkileşim ve çocuğun cinsel istismarı sonrası olumsuz etkilenen çevresel koşullarla bağlantılıdır (24, 27). Cinsel istismara uğrayan çocukların ailelerinde aile içi çatışma, ailede psikopatoloji, ihmal, fiziksel ve/yada duygusal istismar varlığının ileride oluşabilecek istismarın olumsuz etkilerini belirlemede karıştırıcı etmenler olduğu bildirilmiştir. Bazı çalışmalarda zayıf ebeveyn desteğinin ileride oluşabilecek ruhsal bozukluklar için cinsel istismardan daha iyi bir belirleyici olduğu bildirilmiştir.

Bütün bu değişkenlere karşın cinsel istismar çocuk ve ergende davranışsal, duygusal ve sosyal başta olmak üzere birçok alanda sorunların ortaya çıkmasına neden olabilecek ağır bir travma olduğu genel olarak kabul edilmektedir. Çocuk ve ergende cinsel istismar izole bir olaydan çok uzun dönemde tekrarlanma olasılığı yüksek olan bir durumdur (22). Uzun dönemde gözlenen olumsuz sonuçlar için tek bir klinik tablodan söz edilemez, ancak cinsel istismar bir grup bozukluk için risk etmeni olarak kabul edilebilmektedir. İstismara uğrayan çocuk ve ergenlerin sergilediği psikopatolojilerin geniş bir yelpaze oluşturmasının en önemli nedenleri arasında çocuk ve ergenlerin istismarla başetme becerileri yer almaktadır. Stresli durumlar karşısında gösterilen tepkide insanlar arasındaki farkı yaratan başlıca etkenler kişinin sorun çözme becerileri, kişilik özellikleri, sosyal destekleri ve olayın kendisine ait özelliklerdir (9). Cinsel istismar çocukta iç benlik uyumu ile çevre arasındaki dengeyi bozan örseleyici bir olay olarak tanımlanmaktadır. İstismar sırasında çocuğun vücut bütünlüğü ve bazen hayatı tehlikeye girmiş ve çok yoğun bir heyecan ve korku yaşamıştır. Cinsel saldırıya uğrayan çocuk ya da ergen bu dönem içerisinde hayatı üzerindeki kontrolü kaybetmiştir ve cinsel saldırı sonrası uzun süre devam edebilen ve mağdurun savunma düzeneklerini felce uğratan ruhsal reaksiyonlar gösterebilmektedir (10). Cinsel istismara uğrayan çocuk ve ergenlerde sıklıkla görülen dissosiasyon istismara eşlik eden ezici ve korkutucu duygulardan çocuğun kaçınmasına olanak tanımaktadır. Dissosiasyon başlangıçta çocuğa yardım etmesine karşın süre uzun dönemde bilişsel performansı bozduğu bildirilmiştir. Dissosiyatif yaşantılarla çocuk ağrı duymamayı, anılarını unutmayı, zaman kavramlarını ve algılarını değiştirmeyi, kişi ve yer algılarını farklılaştırmayı gerçekleştirirler. Bu yabancılaşma hali ve sınırlanmış duygulanım potansiyel tehlikeleri görme durumunu baskılamakta, uyanıklılığı ortadan kaldırmaktadır. Bu durum çocuklarda istismarın tekrarlanması için risk oluşturmaktadır (28, 29). Yaşanan travmatik olayın çocuklar üzerinde bir diğer etkisi duygusal düzenleme üzerinde olduğu bildirilmektedir. Duygusal düzenleme normalde hissettiklerinin ve dürtülerin ifadesini, şiddetin kontrolü ya da bunları düzenleme yeteneği sağlamaktadır ve çoğu çocuk bakım verenlerle olan deneyimlerinden ve duygusal ifadelerinden doğal olarak öğrenmektedir. Ancak istismar edilmiş çocukla-

rın içinde buldukları durumu anlaması, adlandırması ve duygularını düzenlemesi oldukça zor olmaktadır. Bu çocuk ve ergenler için yaşamak duygusal anlamda daha karmaşıktır. Bu duygusal düzenlemedeki zorluklar okulda öfke kontrol zorluklarına neden olabilmekte, çocukların akran ilişkisinde ve sosyal becerilerinde sorun yaşamalarına neden olmaktadır. Bu çocuklar başkalarıyla duygusal karşılıklılığı yaşamakta ve davranış amacını anlamada zorluk çekmektedirler. Bu da akranları tarafından anlaşılmasını güçleştirmekte ve akranları tarafından reddedilmesine neden olabilmektedir<sup>(30)</sup>. Sonuç olarak bu çocukları istismara açık hale getirmekte ve travmaların tekrarlanmasına yol açmaktadır. İstismara uğramış çocuklarda yapılan kontrollü çalışmalarda istismar edilmemiş çocuklara göre ilişkiye duygusal katılım, sosyal duyarlılık ve diğerlerinin duygularını ayırt edebilme yeteneği belirgin zayıf olduğu görülmüştür. Kendi ailesi tarafından sürekli istismar edilen çocuklarda duygulanımda sıklık, affektin düzleşmesi, herkesi ve her şeyi reddetme davranışı, ümitsizlik, çaresiz hissetme görülmektedir<sup>(30)</sup>. Cinsel istismarın çocuğun çocukluk çağında kişiler arası ilişkilerinin gelişiminde diğerlerine karşı güvensizlik duyma, yakın kişiler arası ilişkilerinde ambivalans, bazen ilişkiyi tamamiyle terk etme,<sup>(31)</sup> ya da çekingenlik, pasiflik ya da cinselliğe aşırı yönelimine neden olmaktadır. Bağlanma açısından bakarsak cinsel istismar yaşayan çocuklar dezorganize bağlanma geliştirirler. Çocuk, genellikle işlev bozukluğu olan ailede ebeveynin kendisine karşı negatif bir davranışı ile karşılaştığında buna karşı farklı tepkiler verme sürecine girer. Bu negatif tepki sürecinde çocuk bu negatif tepkiyi ya görmezden gelir ya da abartılı tepki sürecine girer ve bağlanma sürecinde anksiyete dolu tehlikeli stratejiler geliştirmeye yönelir. Korkuyla ilişkili bu bağıllık şekli inkara neden olur, kişinin ebeveyn olma sürecinde ya da çözüme kavuşmamış her travmasında tekrar tekrar yaşanır<sup>(23)</sup>.

Bir başka görüşte çocukluk çağı cinsel istismarının travmatik cinselliği, hazır olmadan kendini erişkin cinselliğinin içinde bulan çocuğun bunu istismar edici cinselliğin sevgi için ödüllendirme ile ilişkilendirdiği düşünülmüştür. Bu çocuğun cinsellik normlarıyla ilgili karmaşa yaşamasına ve zarar görmüş bir algıya sahip olmasına neden olmaktadır<sup>(32)</sup>. Çocukluk çağında tacize uğrayanlar kendilerini zarar görmüş ve diğer çocuklardan farklı olarak görmektedirler. Genellikle vücutlarına karşı kızgınlık içeren duygulanım içine girerler ve kendilerini kirlenmiş hissederler. Bazılarının istismar sırasında vücutlarının zevk alıyor olmasından dolayı bedenlerine karşı öfke içinde oldukları saptanmıştır. Kendi bedenine zarar vermek için bu riskli davranışları gerçekleştirmekte olduğu bildirilmiştir<sup>(33)</sup>. İstismara uğrayan ergen ilgi ve ilişkiye ihtiyaç duyabilmekte ve bazen bunu kendini kurban durumuna sokarak sağlamaktadır. Bu nedenle istismara uğrayan çocuk ve ergenler istismara açık hale gelebilmektedir. Cinsel istismara uğrayan ergenlerde gözlenen “kendi üzerine saldırtmanın” saldırının başka bir türü olduğu, pasif saldırıma dendiği bilinmektedir. Cinsel istismara uğrayan ergenlerin yoğun bir öfke ve nefret yaşadığı, bazılarında bu duygular dışa vurulurken (saldırgan davranışlar), bazılarında ise kendine yönelttiği (özkıyım girişimi) görülmüştür. Başka bir görüşe göre ise cinsellik üzerine bindirilmiş saldırıların bir bölümünde yakınlık arama olduğu bildirilmiştir. Bu yakınlık arama aynı zamanda önemli olduğu duygusu vermektedir. İstismara uğramış ergenler için özellikle de kızlarda karşı cinsle yakın ilişkiler kurma davranışı daha çok bilinç dışı

mekanizmalarla erkeği güçlü görme ve yanında olma arzusu olarak tanımlanmıştır. Kız çocuk yakınlık gösterirken aslında bu gücün yakınında olmayı arzularken erkekler bunu cinsel arayış olarak anlayabilmektedir (34). Yalnızlık, boşluk duygusundan kurtulabilmek için kendine zarar verme, intihar girişimi, madde bağımlılığı, riskli cinsel ilişkiler yaşama davranışlarına girebilmektedirler. Çocukluk çağı cinsel istismar vakalarında disosiyasyon ve TSSB belirtilerinin bu kişilerin yeniden mağdur olmalarında bir etken olduğunu bildirilmiştir (27). Çocukluklarında örselenen kişilerin kendilerini daha öncekilerle benzerlik gösteren durumlara soktukları, eski örselenmenin yinelenildiği (kendini doğruluyan kehanet), yeniden sahnelendiği ve bu yinelenmede şiddet gösteren ya da kurban rollerini aldıkları bilinmektedir (35, 36). İstismar edilen çocuk ve ergenler saldırganla özdeşim yapar ve bir süre sonra istismar eden kişi olabilmektedir (31, 36). Eğer bu istismar aile içi ise çocuk cinsel istismar, ihmal, şiddet gibi örselenmelere anne babanın sebep olduğunu sezinkenmektedir. Ama bağımlı olduğu bu kişileri korumak amacıyla, affetme, kaza olarak ya da istemeden yapılan bir davranış olarak yeniden yorumlama eğiliminde oldukları, onların yıkıcı imgelelerini, şiddet eylemlerini içselleştirdikleri bilinmektedir. Örselenmiş bu çocuklar daha sonraları örseleyici ilişkiler kurdukları ve bu ilişkilerde örselenmeyi yeniden sahneledikleri ve sonra başkalarını kurban eden rolle bütünleştikleri görülmektedir (31, 37). Cinsel istismara uğrayan çocuklar gerçeği görmezden gelir veya çarpıtabilirler. Bu olayla tacizi reddetme, olayı küçümseme, rasyonelizasyon, düşüncelerin bastırılması, yadsıma ve dissosiyatif reaksiyonlar göstererek baş etme yoluna giderler. Cinsel olarak istismar edenin güvendikleri anne ya da babaları değil başka birisi olduğuna kendilerini inandırabilirler. Süreç içinde tacizin doğruluğunu kabul etmemek bu olayın sorumluluğunu ve suçu kendilerine ya da kendileri için daha az önemli kişilere (öğretmeni, ebeveynin işvereni...gibi) yükleyerek ailesinin kabul edilebilir algılanmasını sağlayabilmek için durumu korumak eğilimindedir (23, 30). Cosentino ve arkadaşları (1995) cinsel tacize uğrayan kızlarda, karşı cinse ilişkin rol davranışı eğiliminin kontrol grubuna göre daha belirgin olduğunu bildirmiştir(38). Çocukluk çağı cinsel istismarının kadınların cinselliğini ve kişilere güvенеbilme yetisini bozduğu ve yakın ilişkilerini devam ettirebilme yeteneğini etkilediği saptanmıştır. İstismara maruz kalma, cinsel saldırganlığa neden olabildiği gibi duygusal parçalanma sonucu daima eksik, bütünlüğünü kaybetmiş bir benlik oluşumuyla da sonuçlanabilmektedir. Otonomi duygusu ve benlik saygısı yerine saldırgan olma ya da kurban olma şeklinde ilişki modelleri geliştirmişlerdir. Bu çocuklar uyum stratejilerini hipervijilans (aşırı uyanıklık) ve korkma, kaygılanma, tehlike anında ya da tehdit durumunda aşırı cevap verme şeklinde geliştirmektedir (30). Tebbutt ve arkadaşları tarafından yapılan cinsel istismara uğramış çocukların 5 yıl sonra değerlendirildikleri bir çalışmada çocukların % 43'ünün düşük benlik saygısına sahip oldukları bulunmuş olup yaşça büyük çocukların benlik saygılarının daha düşük olduğu ve aile işlevlerindeki bozulğun benlik saygısını ileri derecede etkilediği de saptanmıştır (39, 40).

Özet olarak; cinsel istismar gibi ciddi bir travma sonrası çocuk ve ergende affekt regülasyonunda değişiklik (disfori, süregen intihar eğilimi, patlayıcı ya da bastırılmış öfke..), bilinç durumunda geçici değişiklikler (flashback, dissosiyatif dönemler), kendilik algısında değişiklikler (çaresizlik, suçlanma, utanma..), ilişkiyel değişiklikler

(kalıcı güvensizlik, geri çekilme, kendini koruyamama..), anlamsal değişiklikler (varolan inançların kaybı, umutsuzluk), somatizasyon ile karakterize bir belirti kümesi görüldüğü bildirilmektedir (41).

Cinsel istismar sonrası gelişebilecek psikopatolojilere baktığımızda; erken, orta ve geç dönem belirtileri açısından farklı klinik tablolar geliştirebilmektedir. Cinsel istismar sonrası erken dönemde anksiyete, korku, öfke, agresyonda şiddetlenme, çökkünlük, regresif davranışlar, kabus görme, içe kapanma, ayrılık kaygısı, suça yatkın davranışlar, başkasına karşı zalim davranışlar gösterme, intihar girişimi, kendini yaralama davranışı, uyum sorunları, akut stres bozukluğu, düşük benlik değeri ve uygunsuz cinsel içerikli söz ve davranışlar sergilendiği görülmektedir (7, 21). Cinsel istismara uğramış çocuklarda kaygı bozuklukları kısa sürede ortaya çıkabilmekte, uyku bozuklukları, kabuslar, fobiler, bedensel yakınmalar ve korku tepkileri gözlenmektedir (42). İstismarın erken döneminde amnezi, aşırı fantezi kurma, disosiyasyon ve uyurgezerlik ortaya çıkabilmektedir. Yüksek oranda depresyon gözlenmekte ve tacize uğrayan kişinin benlik saygısı ciddi hasara uğramaktadır (43). Bu çocuklarda görülen uygunsuz cinsel davranışlar cinsel içerikli oyunlar oynama, anal bölgeye ya da vajinaya objeler sokmaya çalışma, aşırı masturbasyon yapma ve yaşla uygun olmayan cinsel bilgi ve davranışı içermektedir (21). Cinsel istismarın orta ve uzun dönem ruhsal etkileri ise çocuğun gelişimsel dönemine bağlı olarak saldırgan davranışlarda artma, emosyonel düzenleme sorunları, depresyon ve anksiyete bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu, madde ve alkol kullanımı, intihar düşüncesi ya da davranışları, kişilik bozuklukları, somatizasyon bozukluğu, öğrenme güçlüğü, disosiyatif bozukluklar, konversiyon bozukluğu, psikotik bozukluk, para karşılığı cinsel ilişkiler yaşama, kendini tekrar istismara açık hale getirme, zayıf ebeveynlik becerileri edinme ve olasılıkla başkalarını istismar etme davranışlarını içerir(43, 44). Borderline kişilik bozukluğu ile çocukluk dönemi cinsel istismarı arasında anlamlı ilişki bildirilmiştir (43). Bu çocuklarda intihar düşünceleri ve girişimleri sık görülmektedir. Çocuklarda cinsel istismarla intihar düşüncesi olmadan kasıtlı olarak bedenine zarar verme davranışı (kendini yaralama davranışı) arasında da ilişki bildirilmiştir (45, 46). Erişkin yaşta başlayan majör depresyon, çocuklukta cinsel istismarla ilişkili bulunmuştur. Öfke tepkileri, zayıf dürtü kontrolü, karşı olma karşı gelme bozukluğu cinsel istismara uğramış çocuklarda gözlenebilmektedir (41). İstismar edilmiş çocuklarda gelişimin tüm aşamalarında agresif davranışlar, dürtü kontrol zayıflığı ve bozulmuş sosyal ilişkiler görülebilmektedir. Çok küçük yaşta (3-5 yaş) istismar edilen çocuklarda özellikle yaşlılarına karşı agresyon çok daha fazla bildirilmiştir. Bu çocuklarda öfke kontrolünde sorunlar, olumsuz duygular, otoriteye karşı gelme ve dikkat dağınıklığı görülmektedir. Ailesi tarafından istismar edilen çocukların otorite tarafından kontrol edilmesinde zorluk, başkalarına karşı güven oluşturmada güçlük ve sosyal becerileri geliştirmede zorluk olduğu bildirilmiştir. İstismarı ortaya çıkmış çocuklarda ailesi ve kardeşleriyle ilişkisi de oldukça agresif olmaktadır (30). Cinsel istismara uğrayan çocuklarda görülebilecek psikopatolojileri araştıran bir çalışmada çocukların istismar sonrası % 86'sında travma sonrası stres bozukluğunun öncül belirtileri, dikkat sorunları bildirilmiştir. Bu çalışmada cinsel istismara uğrayan çocukların kontrol grubuna göre yüksek oranda ders başarısızlığı, depresyon ve

anksiyete bozuklukları, düşük benlik saygısı olduğu görülmüştür. Cinsel istismara uğrayan çocuklarda genellikle dışsallaştırılmış davranış sorunları görüldüğü, agresif davranışlar, cinsel davranışlar sergiledikleri gözlemlenmiştir. Yetişkinlerde geriye dönük yapılan çalışmalarda da benzer şekilde yüksek oranda anksiyete bozuklukları, depresyon ve cinsel işlev sorunları açısından risk taşıdıkları bildirilmiştir (43). Türkiye’de yapılan bir çalışmada tüm çocuklar temas içeren cinsel istismara maruz kalmış, yüksek oranda akraba ya da tanıdık biri tarafından istismar edilmiş ve tamamına yakını tehdit edilmiştir. Cinsel istismar kurbanlarının %88’i psikiyatrik tanı almıştır. Kız çocukları anlamlı olarak daha fazla depresif bozukluk ve TSSB tanısı almışlardır. İstismara uğrayan erkek çocuklarda intihar girişimi bulunmazken, kızların % 13.5 oranında intihar girişiminde buldukları bildirilmiştir (47). İstismara uğramış çocuk ve ergenlerde bilişsel gelişimde, dil yetileri ve okul performansında bozukluk saptandığı bildirilmiştir. Bu çocuklarda dil gelişiminde gecikme, akademik başarıda düşüklük, yüksek okul devamsızlığı görülmektedir. Bunlara ek olarak okul sorunları, ders dışı aktivitelere ilgisizlik, okuldan kaçma, sınıfta söz almada kaygı duyma gibi belirtiler sıklıkla bildirilmiştir (48). Cinsel istismara uğrayan bu çocuk ve ergenlerde kilo ya da beden imgesi sorunları, menstrual sorunlar, bedeniyle ilgili rahatsızlık, ikincil seks karakterlerinin gelişimiyle ilgili aşırı utanç, beden algısıyla ilgili distorsiyonlar, anoreksia ya da bulimia gibi yeme bozuklukları, devam eden uyku sorunları, madde ve alkol kullanımı eşlik eden diğer bozukluklardır (30, 49). Ayrıca cinsel istismar bazı kızlarda cinsel yaşamın erken başlamasına, yaşlarından büyük erkek arkadaş edinmelerine, daha fazla oranda ergenlik çağında gebe kalma ve sonuç olarak onların aracılığıyla ilaç bağımlılığına neden olabilmektedir (42, 50). Kişiler arası ilişki kurma ve sosyal ilişkileri sürdürebilme becerisi, cinsel istismardan olumsuz olarak etkilenmektedir. Bu kişilerin ya ilişki kurmaktan kaçındıkları ya da aşırı yakınlık gereksinimi duyup çok sayıda, fazla beklentili ve kontrol edici ilişki kurdukları gözlenmektedir. Her iki tip ilişki de işlevsellikten uzak olmakta ve genellikle yalnızlıkla sonlanmaktadır. Bu çocuklar erişkin dönemde karşı cinsle ilişkide bazen uyuşma hissi, hissizlik yaşadıklarını bildirirken bazıları partnerine zarar verme korkusu yaşadığını bildirmiştir. Yakın ilişkileri içeren kişilerarası ilişkilerde daha fazla sorun yaşadıkları, güven duymakta sıkıntı yaşadıkları, utanma ve öfke hissettikleri, cinsel saldırganlık gösterdikleri bildirilmiştir (50, 51).

Çocuğa yapılan cinsel istismarın etkilerinin sadece çocuğa olmadığına ilişkin giderek artan farkındalık oluşmaktadır (52). Yazında cinsel istismara uğrayan çocukların annelerinin sıklıkla bu tür bir öyküye sahip oldukları ve ileride bu öykü çocuklarının bugün ki istismarlarıyla baş etme becerilerini olumsuz etkilediği bildirilmiştir (52, 53). İstismarı öğrenen bu annelerde açıklamayı takiben kendi istismarını yeniden yaşantılama potansiyeli nedeniyle ya da annenin istismarla ilgili anıları çocuğunun istismarıyla birlikte tekrar canlanıyor, tetikleniyor olması nedeniyle baş etmekte zorlanıyor olabileceği bildirilmiştir. Bir diğer olasılık ise cinsel istismar öyküleri olan anneler tarafında sergilenen daha büyük sıkıntılanma çocukluk cinsel istismarının uzun dönemdeki olumsuz etkilerinin yansıması olabilir (52).

### 2.2.8.3 Olgu Sunumu

#### Olgu 1

10 yaşındaki kız hasta, ilkokul 3. sınıfın 2. döneminden itibaren okula devam edememiş, anne, baba, babaanne ve 4 kardeşiyle aynı evde, amca yenge ve 5 kuzeni ile aynı avluda yaşamaktadır. Bir yıldır yürüyememe ve konuşamama yakınmaları ile üniversite hastanesinin çocuk ruh sağlığı polikliniğinde değerlendirilmiştir. Hasta çocuk nörolojisi bölümünde de değerlendirilmiş ve bu belirtilerine neden olacak bir organik bozukluk bulunamamıştır. Hasta Konversiyon Bozukluğu düşünülerek yatırılmıştır. Yatışla birlikte bireysel psikoterapi, aile görüşmeleri başlanmıştır. Aynı dönemde uzun süredir yürümeye bağlı bacakta gelişen güçsüzlük nedeniyle Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Bölümü tarafından motor egzersizlere başlanmıştır. Aralıklı baş ağrısı, egzersizlere direnci, gece uykuya dalmakta zorluğu ve iştahsızlığı nedeniyle düşük doz antipsikotik ilaç başlanmıştır.

Yatışından 3 hafta sonra birdenbire konuşmaya ve yürümeye başlamıştır. Hastanın taburculuğunun planlandığı dönemde takip eden ruh sağlığı hekimiyle yaptığı görüşme sırasında 4 yıldır yaşamakta olduğu cinsel istismar olayını anlatmıştır. Yaklaşık 4 yıldır aynı köyde yaşadığı ve şu anda 19-20 yaşlarında olan komşularının oğlu ve onun bir arkadaşı tarafından süregen olarak anal cinsel ilişkiye zorlandığı ve bir kez de kendisinden 3 yaş büyük kuzeni tarafından cinsel ilişkiye zorlandığı öğrenilmiştir. Hasta bu durumu başkalarına anlatacak olursa ya da çağırdıkları zaman gelmezse anne ve babasına hastanın isteyerek ilişkiye girdiğini söylemekle korkutulup tehdit edilmiştir.

Hastadan alınan bilgiye göre yürüyememe ve konuşamama yakınmaları başladıktan sonra da komşu oğlunun cinsel istismarı devam etmiştir. Hasta hastaneye yatırıldıktan sonra da aynı gencin kendisini telefonla arayarak ve mesaj atarak yaşadığı cinsel istismarı kimseye anlatmaması konusunda tehdit ettiğini anlatmıştır. Hastanın ruhsal değerlendirmesinde yaşadığı cinsel istismar olayından söz ederken duygulanımının donuklaştığı, gözlerini bir noktaya dikerek donakalma şeklinde konversiyon atağı yaşadığı gözlenmiştir.

Adli süreç basamaklarında sık sık babaya bilgi verilerek baba desteklenmiştir. Hastanın günlük görüşmelerle psikoterapi süreci devam etmiştir. Bu süreç içinde sık sık anlattıklarından pişmanlık duymuş, aslında anlattıklarının doğru olmadığını ifade etmiş ve kısa bir süre sonra tekrar bundan sonraki süreçle ilgili bilgi isteyerek kaygılarını dile getirmiştir. Özellikle kuzeninin istismarının açığa çıkması konusunda ciddi endişe yaşamış aile ilişkileri konusunda sorunlar yaşanmasından ve bu olayın kan davasına dönüşmesi ihtimalinden kaygı duymuştur. Cinsel istismar öyküsünü anlattıktan sonraki izleminde hastanın zaman zaman daha huzursuz ve ajite olabildiği, hastane kurallarıyla ilgili daha fazla zorluk yaşamaya başladığı gözlenmiştir. Görüşmeler sırasında kuzeninin cinsel istismarından annenin haberdar olduğu öğrenilmiştir. Hastanın kuzeni tarafından anal ilişkiye zorlanması ve buna ablanın tanık olması, annesinin bunu öğrenmesi sonrasında hastayı suçlaması ve bunu aile sırrı olarak

saklaması, baba ile paylaşmaması nedeniyle hastanın yatışı süresince annenin görülmesi planlanmıştır. Annenin sadece hastanın 13 yaşındaki kuzeni ile girdiği ilişkiyi hastanın ablasından duymuş olduğu, geniş aile içinde sorun yaşamaktan, kocasının cinayet işlemesinden çok korktuğu ve kızına bu olaydan dolayı çok öfkeli olduğu öğrenilmiştir. Bu nedenle de bu bilgiyi eşiyile paylaşmadığı öğrenilmiştir. Annenin görüşmede “Ölseydi de bunları söylemeseydi”, “Ben aile içinde sorun istemiyorum” gibi ısrarlı söylemleri olmuştur.

Bütün bu kültürel ve aile dinamikleri göz önünde bulundurularak tedavi yaklaşımı planlanmış ve baba bu sürece dahil edilmiştir. Tedavi ekibi istismarın ortaya çıkışıyla köyde yaşanabilecek olası sıkıntılar nedeniyle aile ile çok sıkı çalışmıştır. Babanın tedavi sürecinde ki uyumu ve işbirliği köyde yaşanabilecek ve babanın da engelleyemeyeceğini düşündüğü “kan davasının” başlamasına engel olmuştur. Hastanın babası başka şehre göç etme konusunda imkanlarını araştırmış, adli sürecin başlangıcında köye dönmek için ailesiyle birlikte başka bir şehirde geçici işçi olarak çalışmıştır. Yaşadıkları bölgeden göç edemeyecekleri koşulda hastanın yatılı ilköğretim bölge okuluna yerleştirilmesi için Milli Eğitim Bakanlığı ile görüşülmüştür. Hastanın ilerleyen kontrollerinde 2 kez 30 dakika-1 saat süren dissosiyatif atağı olmuş, konuşamama ve yürüyememe yakınmaları tekrar etmiştir. Hastanın izlemi sürmektedir.

## **Olgu 2**

16 yaşında kız hasta, kliniğe sosyal hizmetler kurumu tarafından davranım sorunları, kurum içinde uyumsuzluk, kurumdan kaçma, duygulanımda değişkenlik ve uygunsuzluk, karşı cinse aşırı ilgi nedeniyle getirilmiştir. Yapılan ruhsal muayenesinde depresif duygulanımının, zaman zaman psikotik içerikli yaşantılarının olduğu, yargılamasının ve gerçeği değerlendirme yetisinin bozulduğu ve dürtüsel davranışlarının olduğu görülmüş, davranım bozukluğu ve depresyon tanısıyla takibe alınmıştır.

Alınan öyküsünde ilk kez 1 yıl önce evden kaçarak karakola babasının ve ağabeyinin kendisine cinsel tacizde bulunduğunu söylemesi üzerine adli süreç başlamış ve hasta koruma altına alınmıştır. Klinikte yapılan ilk değerlendirmesinden yaklaşık 1,5 ay sonra hastanın adet görmemesi, bulantı ve kusmalarının olması üzerine kaldığı merkezin görevlileri tarafından muayeneye götürüldüğünde hamile olduğu anlaşılmış ve kurum görevlileri tarafından adli süreç başlatılmıştır. Hastanın kliniğimize getirilmesi üzerine ruhsal hastalığı nedeniyle başlanan ilaçlar kesilmiş ve bundan sonra ki sürecin ve ruhsal takibinin devamı için kurumla işbirliği yapılmıştır.

Yapılan görüşmede hastanın yurttan kaçtığı dönemde daha önceden tanıştığı bir kişi ile kendi isteği dışında cinsel ilişkiye girdiği, bu olaydan kimseye bahsetmediği öğrenilmiştir. Hastanın anne, baba ve ablası kliniğe çağırılmış ve hastanın durumu ve mevcut gebeliğin riskleriyle ilgili bilgi verilmiştir. Hastanın yaşından ve mevcut ruhsal hastalığından dolayı annelik becerilerini karşılamaya elverişli bulunmadığı, hamileliğinin ilk aylarında antipsikotik ve duygudurum düzenleyici ilaç kullanması nedeniyle doğacak bebeğin riskler taşıması, bebeğin bakımını karşılayabilecek bir

aile ortamının bulunmaması, gebelikte ilaç kullanması nedeniyle engelli doğabilecek bir bebeğin kurum bakımında büyümesinin o bebeğe getirebileceği ek zorluklar nedeniyle gebeliğinin sonlandırılması gerekliliği tıbbi kanaati hastaya, hastanın anne ve babasına ve adli kurumlara bildirilmiştir.

Babayla yapılan görüşmede kızının erken çocukluk döneminden itibaren sorunlu olduğunu, sık sık evden kaçtığını, evde herkesle kavga ettiğini, davranış sorunları olduğunu, oğluyla kendisine cinsel istismarla ilgili iftira attığını ve sonradan şikayetini geri çektiği için tutuksuz yargılanmalarının devam ettiğini, ne kızını ne de bebeğini istemediklerini ve bakmayacaklarını ancak gebeliğın sonlandırılmasını günaha girmemek için kendisinin ve eşinin onaylamadığını belirtmiştir. Hastanın takipleri klinikte devam etmiştir. Takip sürecinde bebeğini çok istemiş olan hasta doğumdan sonra kurumda bebeğinin yanında kalmasını sağlayacak koşulları reddetmiş, bebeği bir süre sonra emzirmek istememiş ve bakıcı annelerin bakımına bırakmıştır. Halen sık sık kurumdan kaçarak kendisini riske atacak davranışlarını sürdürmekte, uygunsuz kişilerle arkadaşlık yapmaktadır. Yeni tanıştığı kişilerle evlenip hayatını kurtarma gibi gerçekçi olmayan planlarını sürdürmektedir. Hastanın bu süreçte yapılan görüşmelerden kuruma alınma nedeni olan ağabey ve babanın cinsel tacizinin olmuş olduğu düşünülmüştür.

#### 2.2.8.4 Tedavi

Çocukluğunda istismara uğrayanların sadece % 25'i psikiyatri servislerinden özel yardım almaktadır (54). Ergenlik döneminde istismara maruz kalanların % 50'sinde genç yetişkinlikte ruhsal sorunlar gelişmesine karşın (55) % 15'i ruh sağlığı merkezlerine başvurmaktadır.

Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları kliniklerine başvuran istismara uğramış çocuk ve ergenlerde çocuk ruh sağlığı ekibinin tedavideki amacı travmanın psikolojik etkilerini, riskli cinsel davranışları, evden kaçma sıklığını, madde kullanımını azaltmak, çocuğun okula düzenli devam etmesini sağlamak, yaşına uygun aktivitelere yönlendirmek, ailesiyle ve arkadaşlarıyla sağlıklı ilişkiler geliştirmesini sağlamak, baş etme becerilerini, sağlıkla ilgili karar verme ve yaşam becerileri geliştirmesini yardımcı olma, öz güveninin artmasını sağlamak, okul ve ev ziyaretleri yapmak, okulla ve evle ilgili sorunları araştırmak, çatışmaları azaltmak, okul yönetimi, anne-baba ve ergen arasında aracılık yapmak, rehber öğretmenle görüşmektir (56). Bu amaçla cinsel istismara uğrayan çocukların yaş dönemine göre travma odaklı oyun terapileri, bireysel terapi, çocuk-ebeveyn psikoterapisi, ebeveyn-çocuk etkileşim terapisi, aile terapileri, bilişsel- davranışsal müdahale, grup terapisi ve gerekli görülmesi halinde ilaç tedavisi uygulanmaktadır. Destekleyici grup terapilerinde problem çözme becerilerini geliştirme, aile-akran çatışmalarının çalışılması, damgalanma ve travmanın etkileri ele alınmaktadır (57). Ruh sağlığı çalışanlarının görevleri gebelik, öncesi ve sonrası hakkında eğitimin sağlanması, maternal depresyon, ebeveynlik becerileri, ebeveynlerdeki psikopatolojileri, çocuğun gelişim basamaklarına uygun yaklaşımın sağlanması, anne-baba tutumları ve disiplin yöntemlerinin ele alınması,

alkol-madde kullanımının değerlendirilmesidir. Terapötik süreçte duygu durumun düzenlenmesi, bağlanma, kendilik sisteminin geliştirilmesi, yaşıt ilişkileri alanlarında çalışılarak benlik algısı, kişiler arası ilişkiler, sosyal uyum alanlarında ortaya çıkabilecek sorunları azaltmak çalışılmaktadır.

*Sonuç olarak;* çocuğun cinsel istismarı izole bir olaydan çok çocuğu, ailesini, toplumu olumsuz etkileyen, uzun dönemde tekrarlama olasılığı yüksek olan çok önemli bir sorundur. Çocuk ve ergenlerde cinsel istismar birçok değişikene bağlı olarak geniş bir yelpazede psikopatoloji tablosuyla karşımıza çıkmaktadır. Buna karşın istismarın erken teşhisi ise, istismarın durdurulmasına, çocukta neden olduğu yükün azalmasına, destek sistemlerinin hızlı bir şekilde devreye girmesine, psikolojik gelişimin daha az zedelenmesine ve uzun dönemde sağlıklı yetişkin olarak işlevselliğinin sürmesine olanak tanımaktadır.

## 2.2.9 Cinsel İstismarın Hukuksal Boyutu

*Cinsel istismar;* çocuğa karşı bir yetişkinin cinsel amaçla gerçekleştirdiği her türlü cinsel davranış olarak tanımlanmış iken; çocukların cinsel istismarı (TCK 103) hükmü cinsel istismarın bir bölümünü düzenlemiş olup, cinsel taciz(TCK 105), reşit olmayanla cinsel ilişki (TCK 104), müstehcenlik (TCK 226), fuhuş (TCK 227) hükümleri de çocuk istismarının diğer biçimlerini cezalandırmıştır. Çocuk istismarını düzenleyen hükümlerde suçun çocuğa karşı işlenmesi ağırlaştırıcı neden olarak kabul edilmiş, akrabalık ve gözetim ilişkisinin olması durumu özel olarak dikkate alınarak ensesti bazı durumlar için daha ağır biçimde cezalandırmıştır.

### 2.2.9.1 Çocukların Cinsel İstismarı

Çocukların cinsel istismarı suçu TCK'nun 103 maddesinde kişiler karşı suçlar bölümünde düzenlenmiştir. 103/1 basit cinsel istismarı düzenlemiş mağdurun 0-15 ve 15-18 yaş arasında olmasına göre farklı yaptırımlar öngörmüş, 103/2 de ise vücuda cisim ya da organ sokulması suretiyle cinsel istismarın nitelikli hali düzenlenmiştir.

#### **Suçun İşlenme Biçimi**

**Basit cinsel istismar suçu:** Yasa 0-15 yaş arasındaki çocuklar ile 15-18 yaş arasındaki algılama yeteneği gelişmemiş çocuklara karşı işlenen her türlü cinsel davranışı cezalandırmış, çocuğun rızasına itibar etmemiştir. Her türlü cinsel eylem suç sayıldığı için "vücut teması" zorunlu olup olmadığı tartışmalıdır.. Failin cinsel arzularını tatmine yönelik 103/2 kapsamına girmeyen; cinsel içerikli mesaj göndermek, ilişkiye davet etmek gibi davranışları da 103/1 kapsamında suç oluşturacaktır<sup>(58)</sup>. Yargıtay ve öğretideki baskın görüş, temas bulunmaması durumunda cinse taciz suçunu oluşturduğunu, çocuğun cinsel istismarı suçunun oluşması için temasın gerçekleşmesini aramaktadır<sup>(59)</sup>.

1 Yargıtay 5 CD 2006/13423 E, 2007/278 25.01.2007 " değişik saatlerde mağdurenin cep telefonundan aranarak iftetini rencide edecek biçimde, ahlak temizliğine aykırı arkadaşlık ve buluşma teklifinin 105 madde kapsamında yer alan cinsel taciz suçunu oluşturacağı ...."

15-18 yaş arasındaki çocuklarda ise cebir, tehdit, hile veya iradeyi etkileyen şekilde işlenmesi gereklidir. Cebir; mağdurun direncini kıran her türlü maddi güçtür. Tehdit; mağdurun cinsel saldırıyı kabul etmemesi durumunda daha büyük bir saldırıya maruz kalacağı inancının oluşturulması, bu yolla iradesinin ortadan kaldırılmasıdır. Hile ise, cinsel saldırıyı gerçekleştirmek için başvurulan her türlü aldatıcı harekettir (Failin kendisini doktor olarak tanıtip mağdurun vücuduna dokunması gibi).

### Çocukların Cinsel İstismarı

**Madde 103** - (1) Çocuğu cinsel yönden istismar eden kişi, üç yıldan sekiz yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Cinsel istismar deyiminden;

a) Onbeş yaşını tamamlamamış veya tamamlamış olmakla birlikte fiilin hukukî anlam ve sonuçlarını algılama yeteneği gelişmemiş olan çocuklara karşı gerçekleştirilen her türlü cinsel davranış,

b) Diğer çocuklara karşı sadece cebir, tehdit, hile veya iradeyi etkileyen başka bir nedene dayalı olarak gerçekleştirilen cinsel davranışlar, anlaşılır.

(2) Cinsel istismarın vücuda organ veya sair bir cisim sokulması suretiyle gerçekleştirilmesi durumunda, sekiz yıldan onbeş yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.

(3) (Değişik fıkra: 29/06/2005-5377 S.K./12.mad) Cinsel istismarın üstsoy, ikinci veya üçüncü derecede kan hısmı, üvey baba, evlat edinen, vasi, eğitici, öğretici, bakıcı, sağlık hizmeti veren veya koruma ve gözetim yükümlülüğü bulunan diğer kişiler tarafından ya da hizmet ilişkisinin sağladığı nüfuz kötüye kullanılmak suretiyle veya birden fazla kişi tarafından birlikte gerçekleştirilmesi hâlinde, yukarıdaki fıkralara göre verilecek ceza yarı oranında artırılır.

(4) Cinsel istismarın, birinci fıkranın (a) bendindeki çocuklara karşı cebir veya tehdit 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) Suçun sonucunda mağdurun beden veya ruh sağlığının bozulması hâlinde, onbeş yıldan az olmamak üzere hapis cezasına hükmolunur.

(7) Suçun mağdurun bitkisel hayata girmesine veya ölümüne neden olması durumunda, ağırlaştırılmış müebbet hapis cezasına hükmolunur.

**Nitelikli cinsel istismar:** Failin mağdurun vücuduna cisim ya da organ sokmasıyla oluşur. Mağdır 15 yaşından büyük ise rızasının olmaması, cebir, tehdit, hile ya da iradeyi etkileyen nedenle ortadan kaldırılmış olması gereklidir. 15 yaşından büyük çocuğun rızası var ise 104. Maddede düzenlenen reşit olmayanla cinsel ilişki suçunu oluşturur.

*Cisim ya da orga sokma;* vajinal, anal ya da oral yoldan gerçekleştirilebilir (Penis, parmak, şişe, cop,...). Ancak kulak, burun vs ye organ ya da cisim sokulması bu suçta değil koşulları var ise yaralama suçunu oluşturacaktır.

Organ ya da cisim bizzat fail tarafından sokulabileceği gibi mağdur tehdit edilerek kendi vücuduna sokması biçiminde de gerçekleştirilebilir <sup>(59)</sup>.

**Fail:** Fail herkes olabilir. Fail ergin olabileceği gibi çocuk da olabilir. TCK 31. Maddesi uyarınca fail 12 yaşından küçük ise cezai sorumluluğu olmayacaktır. Fail erkek

ya da kadın olabileceği gibi mağdur ile aynı cinsten de olabilir. Failin üstsoy, ikinci veya üçüncü derecede kan hısmı, üvey baba, evlat edinen, vasi, eğitici, öğretici, bakıcı, sağlık hizmeti veren veya koruma ve gözetim yükümlülüğü bulunan diğer kişiler tarafından ya da hizmet ilişkisinin sağladığı nüfuz kötüye kullanan kişi olması durumunda cezası artırılır. Yasada ensest terim olarak yer almamakla birlikte ensest kapsamına giren birçok durumu ağırlaştırıcı neden saymıştır.

**Mağdur:** Mağdur 18 yaşından küçük olmalıdır.

**Manevi unsur:** Failin cinsel arzularını tatmin kastı bulunmalıdır.

#### **Suçun ağırlaştırılmış halleri:**

- *Üstsoy, ikinci veya üçüncü derecede kan hısmı, üvey baba, evlat edinen, vasi, eğitici, öğretici, bakıcı, sağlık hizmeti veren veya koruma ve gözetim yükümlülüğü bulunan diğer kişiler tarafından ya da hizmet ilişkisinin sağladığı nüfuz kötüye kullanan kişi tarafından işlenmesi:* Akrabalık ya da iş ilişkisinden kaynaklanan mağdur üzerindeki etkisi ve ulaşma kolaylığı, mağdurun direncini zayıflattığından daha ağır cezalandırılmıştır. Suçun hem basit hem de nitelikli hali için ağırlaştırıcı neden niteliğindedir. Eğitimin mutlaka uzun süreli, kurumda ya da ücretli olması gerekmez, çocuğa akşamları birkaç saat ücretsiz ders veren, okul öncesi eğitimde eğitimcilerle destek olan kişiler de bu kapsamdadır.
- *Suçun birden fazla birden fazla kişi tarafından işlenmesi:* Birden fazla kişinin birlikte harekete etmek için anlaşmış olmaları gerekmez, birlikte hareket etmeleri yeterlidir. Birden fazla kişi iki ya da daha fazla kişidir.
- *15 yaşından küçük veya suçun anlam ve sonuçlarını kavrayamayan çocuğa karşı cebir, tehdit, hile işlenmesi:* Cebir fiziki güç kullanmak olup başlangıçta kullanılması yeterlidir.<sup>2</sup> Cebir sonucunda oluşan yaralanmanın basit tıbbi müdahale ile giderilebilecek nitelikte olup olmaması ceza açısından önemlidir.
- *Mağdurun beden ve ruh sağlığının bozulması:* Mağdurun hamile kalması, bulaşıcı hastalığa yakalanması, çocuk yapma yeteneğini kaybetmesi gibi sonuçlar fail tarafından öngörülebilir ve eylemle illiyet bağı kurulabilir olduğundan ağırlaştırıcı neden olarak uygulanabilir (60).
- Ruh sağlığının bozulmasının ağırlaştırıcı neden olarak uygulanabilmesi için Yargıtay Adli Tıp Kurumunun raporu ile tespit edilmesini aramaktadır.<sup>3,4</sup> Kızlık zarının bozulması beden sağlığının bozan bir durum olarak kabul edilmemektedir (61).
- Ruh sağlığının bozulmasının tespiti açısından Yargıtay Adli tıp Kurumundan rapor alınmasını zorunlu kabul etmektedir.<sup>5</sup> Bunun yanında ATK ihtisas kurulunun da

2 Yargıtay 5CD 2008/11167- 2009 /11550 " On yaşındaki mağdurun ağzını eli ile kapatıp eylemini gerçekleşmesi suçun maddi cebirle işlenmesi niteliğinde olup 103/4 ten hüküm kurulması gerektiği"

3 Yargıtay 5. CD 2006/10704 E, 2007/89, 23.01.2007T.

4 Yargıtay 5CD 26.01.2009, 2008/13417E, 2009/375

5 Yargıtay 5CD 21.01.2010, 2009/12505 – 2010-251

ATK<sup>61</sup>'nin 7 ve 23. Maddelerine uygun olarak teşekkül etmemiş olmasını da bozma nedeni saymaktadır.

- *Mağdurun bitkisel hayata girmesi, mağdurun ölmesi:* Fail mağdurun bitkisel hayata girmesini ya da ölümün istememiş ancak bu sonuç gerçekleşmiş ise faile sonucu nedeniyle ağırlaştırılmış suçtan ceza verilmelidir. Mağdurun olaydan sonra intihar etmesinde yani dolaylı nedensellik bağı bulunması durumunda ağırlaştırıcı neden uygulanmayacaktır <sup>(60)</sup>.

### 2.2.9.2 Reşit Olmayanla Cinsel İlişki

Korunan hukuki yarar çocuğun cinsel dokunulmazlığı ve gelişimidir.

#### Reşit olmayanla cinsel ilişki

**Madde 104** - (1) Cebir, tehdit ve hile olmaksızın, onbeş yaşını bitirmiş olan çocukla cinsel ilişkide bulunan kişi, şikâyet üzerine, altı aydan iki yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

(2) (İptal fıkrası: Anayasa Mah.2005/103, 2005/89 K. ve 23.11.2005 tarihli iptal kararı ile)

**Suçun işleniş biçimi:** Reşit olmayanla cinsel ilişki; mağdura cebir, şiddet, hile olmaksızın rızasıyla gerçekleştirilen cinsel ilişkidir. Cinsel ilişki iradeyi sakatlayan unsur kullanılarak gerçekleşmiş ise çocukların cinsel istismarı suçu oluşur. Cinsel ilişki bir penisin vajinaya ya da anal yolda vücuda girmesi ile tanımlanır. Bu nedenle taraflardan en az birisinin erkek olduğu ilişkidir. Bu suçun iki kadın arasında işlenmesi mümkün değildir. Cinsel ilişki boyutuna varmayan ve sadece vücuda dokunulması aşamasında kalan fiiller suç sayılmayacaktır. Penisin oral yoldan ağza sokulması, parmakla kızlığın bozulması gibi durumlar da bu suçu oluşturmayacaktır <sup>(61)</sup>.

**Fail:** Bu suçun faili herkes olabilir. Aynı cinsler arasında olabileceği gibi aynı cinsler arasında da işlenebilir. Bir kadın da bu suçu bir erkeğe karşı işleyebilecektir. Failin yaşının genel hükümler dışında bir önemi bulunmamaktadır.

18 yaşından küçük çocuklar arasında işlenmesi durumunda her ikisi de hem fail hem mağdur olarak kabul edilecektir ve her iki taraf da cezalandırılacaktır.

#### 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 adli para cezasına hükmolunur.

(2) (Değişik fıkra: 29/06/2005-5377 S.K./13.mad) Bu fiiller; hiyerarşi, hizmet veya eğitim ve öğretim ilişkisinden ya da aile içi ilişkiden 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 bırakmak, okuldan veya ailesinden ayrılmak zorunda kalmış ise, verilecek ceza bir yıldan az olamaz.

**Mağdur:** Mağdur 15 yaşını bitirmiş ancak 18 yaşını tamamlamamış kişiler olabilir. Aynı zamanda mağdurun algılama yeteneğinin gelişmiş olması gereklidir. Algılama yeteneği gelişmemiş kişiye karşı işlenmesi durumunda çocukların cinsel istismarı suçunu oluşturur. Madde başlığı reşit olmayan kişi olarak tanımladığı için erken yaşta reşit olanlara karşı işlenmesi suç sayılmayacaktır. Reşit olma durumu suç tarihi itibarıyla aranacaktır.

*Bu suçla ilgili şikayet hakkı;* mağdur sezgin olduğundan ve şahsa sıkı sıkıya bağlı bir hak olduğundan bizzat kullanılmalıdır. Şikayet konusunda veli ile çocuk arasında uyumsuzluk çıktığında mağdurun iradesi esas alınacaktır<sup>7</sup> (61).

**Manevi unsur:** Kasten işlenmesi gereklidir. Taksirle işlenmesi mümkün değildir. Fail 15 yaşından büyük ve ergin olmayan kişi ile cinsle ilişkide bulunduğunu bilecek ve bu ilişkiyi isteyecektir. Amacın önemi yoktur. Resmi nikah olmadan düğün yapılarak yapılan yasal olmayan evlenmelerde de bu suç oluşacaktır.

### 2.2.9.3 Cinsel taciz

Vücuda herhangi bir temas içermeyen cinsel amaçlı olarak bireylerin cinselliklerine yönelen her türlü harekettir.

**Suç:** Yasanın gerekçesinde cinsel yönden ahlak temizliğine aykırı olarak mağdurun rahatsız edilmesi olarak tanımlanmıştır. Cinsel taciz oluşturan eylem söz, yazı veya davranışla işlenebilir. Vücuda temas olmaması gerekir. Temas olması durumunda 103/1 deki suç oluşur. Söz, yazı ve davranışların mağdurun bilgisine ulaşacak nitelikte olması ve mağdurun bilgisine ulaşmış olması gereklidir. Sanık söz atıp da mağdur duymamışsa bu suç oluşmayacaktır. Şikayetçiye bakıp cinsel organını okşamak, öpücük göndermek, kısa aralıklarla arayıp seni seviyorum demesi, gel birlikte ormana gidelim demesi, mağdura karşı gül koklaması..... gibi fiiller Yargıtay tarafından cinsel taciz sayılmıştır.

**Fail:** Faili herkes olabilir. Erkek ya da kadın olması mümkündür. Aynı cinsler arasında olabileceği gibi aynı cins arasında da olabilir. Failin yaşının bir önemi yoktur.

**Mağdur:** Mağdur herkes olabilir. Evli ya da bekar olmasının ya da yaşının önemi yoktur. Ancak mağdurun failin aile yükümlülüğü, eğitim veya çalışma ilişkisi içinde üzerinde nüfuz kullanan birisi olması durumunda ceza ağırlaştırılacaktır.

**Manevi unsur:** Kasten ya da taksirle işlenebilir. Failin cinsel amaçlı olarak eylemini gerçekleştirilmesi gerekir.

#### Suçun ağırlaştırıcı nedenleri:

- *Cinsel tacizin hiyerarşi, hizmet veya eğitim ve öğretim ilişkisinden ya da aile içi ilişkiden kaynaklanan nüfuz kötüye kullanılmak suretiyle ya da aynı işyerinde çalışmanın sağladığı kolaylıktan yararlanılarak işlenmesi:* Fail ile mağdur arasındaki

7 Yargıtay 5 CD 19.10.2006 T, 2006/9267 E., 2006/8082 K.

bu ilişki geçici ve sürekli olabilir. Failin bu ilişki nedeniyle yineleme şansına sahip olması, mağdur üzerindeki hüküm ve nüfusu nedeniyle mağdur üzerindeki psikolojik baskı nedeniyle kolay işlenebilmesi artırım nedeni sayılmıştır.

- *Bu fiil nedeniyle mağdur; işi bırakmak, okuldan veya ailesinden ayrılmak zorunda kalması: Mağdurun failin fiilleri sonucu, ailesinden ayrılmak, eğitimini ya da işini bırakmak zorunda kalması ağırlaştırıcı nedendir. Ancak ayrılma ile failin cinsel tacizi arasında nedensellik bağı bulunmalıdır (61).*

#### 2.2.9.4 Müstehcenlik

Çocuk Haklarına Dair Sözleşmesi'nin 34. Maddesinde çocukların pornografik nitelikte gösterilerde kullanılmaması için gerekli önlemlerin alınması devletlere görev olarak yüklenmiştir. Müstehcenlik suçu ile cinsel istismarın görünüş biçimlerinden birisi olan çocuğa cinsellik içeren, yaşı ile uyumlu olmayan ses, yazı ve görüntülerin gösterilmesi, satılması, çocuklarının ulaşmasının kolaylaştırılmasıdır. Çocukların, bu ürünlerde kullanılması ayrıca çocukların cinsel istismarı suçunu oluşturur.

#### Müstehcenlik

**Madde 226 - (1) a)** Bir çocuğa müstehcen görüntü, yazı veya sözleri içeren ürünleri veren ya da bunların içeriğini gösteren, okuyan, okutan veya dinleten,

b) Bunların içeriklerini çocukların girebileceği veya görebileceği yerlerde ya da alenen gösteren, görülebilecek şekilde sergileyen, okuyan, okutan, söyleyen, söyleten,

c) Bu ürünleri, içeriğine vakıf olunabilecek şekilde satışa veya kiraya arz eden,

d) Bu ürünleri, bunların satışına mahsus alışveriş yerleri dışında, satışa arz eden, satan veya kiraya veren,

e) Bu ürünleri, sair mal veya hizmet satışları yanında veya dolayısıyla bedelsiz olarak veren veya dağıtan,

f) Bu ürünlerin reklamını yapan,

Kişi, altı aydan iki yıla kadar hapis ve adlî para cezası ile cezalandırılır.

(2) Müstehcen görüntü, yazı veya sözleri basın ve yayın yolu ile yayınlayan veya yayınlamasına aracılık eden kişi altı aydan üç yıla kadar hapis ve beşbin güne kadar adlî para cezası ile cezalandırılır.

(3) Müstehcen görüntü, yazı veya sözleri içeren ürünlerin üretiminde çocukları kullanan kişi, beş yıldan on yıla kadar hapis ve beşbin güne kadar adlî para cezası ile cezalandırılır. Bu ürünleri ülkeye sokan, çoğaltan, satışa arz eden, satan, nakleden, depolayan, ihraç eden, bulunduran ya da başkalarının kullanımına sunan kişi, iki yıldan beş yıla kadar hapis ve beşbin güne kadar adlî para cezası ile cezalandırılır.

(4) Şiddet kullanılarak, hayvanlarla, ölmüş insan bedeni üzerinde veya doğal olmayan yoldan yapılan cinsel davranışlara ilişkin yazı, ses veya görüntüleri içeren ürünleri üreten, ülkeye sokan, satışa arz eden, satan, nakleden, depolayan, başkalarının kullanımına sunan veya bulunduran kişi, bir yıldan dört yıla kadar hapis ve beşbin güne kadar adlî para cezası ile cezalandırılır.

(5) Üç ve dördüncü fıkralardaki ürünlerin içeriğini basın ve yayın yolu ile yayınlayan veya yayınlamasına aracılık eden ya da çocukların görmesini, dinlemesini veya okumasını sağlayan kişi, altı yıldan on yıla kadar hapis ve beşbin güne kadar adlî para cezası ile cezalandırılır.

**Suç:** Maddenin a bendinde çocuğa müstehcen görüntü, yazı ve sözleri içeren ürünleri, bunların içeriğini göstermek, okumak, okutmak ve dinletmek, b bendi bu ürünleri çocukların girebileceği, görebileceği, yerlerde ya da alenen göstermek, sergilemek, okutmak, söylemek, söyletmek suç sayılmıştır. Suçun oluşması için; çocukların gösterim yapılan yere girmesi ya da duyması şart olmayıp çocuklar tarafından görülebilecek, duyulabilecek yerde sergilenmesi yeterlidir <sup>(62)</sup>.

Müstehcen yazı ve görüntülerin satışında; bu ürünlerin çocuklara satılmaması ve ürünlerin içerikleri belli olmayacak biçimde satışa arz edilmesi gerekir. Bu ürünlerin bedelsiz satımı ve dağıtımı, promosyon olarak verilmesi, reklamının yapılması da bu suçu oluşturacaktır.

Müstehcen görüntü, yazı ve resimlerin basın ve yayın yolu ile yayınlamak veya yayınlamasına aracılık etmek suç sayılmış olup basın, yayın kavramından, her türlü yazılı, görsel, işitsel ve elektronik kitle iletişim araçları anlaşılır. Bireysel iletişim araçları ile (telefon, elektronik posta...) bu kapsamda değerlendirilemez.

Çocukların müstehcen görüntü içeren ürünlerde kullanılması ile bu ürünlerin ülkeye sokulması, çoğaltılması, satışa arzı, nakli depolanması, bulundurulması ve başkalarının kullanımına sunulması iki ayrı suç olarak kabul edilmiştir.

**Fail:** Fail herkes olabilir.

**Mağdur:** Yasanın 1. fıkrasının a, b bentleri 3. ve 5. fıkradaki suçların mağduru çocuktur. Hakim kararı ya da evlenme ile reşit olsa bile daha erken yaşta reşit olanlara karşı da bu suçun işlenmesi mümkündür <sup>(63)</sup>.

### 2.2.9.5 Fuhuş

**Fuhuş;** para veya menfaat karşılığında bir veya birden fazla kişiyle cinsel ilişkiye girmektir. TCK'nda fuhuş tek başına suç olmayıp, çocuğu fuhuşa teşvik etmek, kolaylaştırmak, bu amaçla temin etmek, barındırmak, yine yetişkinler için bu fiilleri işlemek suç sayılmıştır.

**Suç:** Bir kimsenin ya da çocuğun fuhuşa teşvik etmek, bu alanda çalışmasını kolaylaştırmak, alıcı temin etmek, bu iş için ortam sağlamak, aracılık etmek suç sayılmıştır.

**Fail:** Fail herkes olabilir. Diğer suçlardan farklı olarak gelecek kişiler yanında tüzel kişiler de fail olabilir. Bu durumda tüzel kişiye karşı yaptırımlar uygulanır. Fail çocuğun veya diğer mağdurun eşi, üstsoyu, kayın üstsoyu, kardeşi, evlât edineni, vasisi, eğiticisi, öğreticisi, bakıcısı, koruma ve gözetim yükümlülüğü olan kişi ise bu ilişkiler çocuk ya da diğer mağdurlar için karşı konulması güç durum yarattığı ya da kolaylık sağladığı için daha ağır cezalandırılmıştır.

**Mağdur:** Mağdur çocuk ya da diğer kişiler olabilir. Eski TCK'nda mağdur sadece kadın olarak sayılmış iken Yeni TCK'nda bu ayırım kaldırılmış ve mağdurun herkes

olabileceği kabul edilmiştir. Mağdur ile sanık arasındaki veli, vasi, eş, evlat edinme ilişkisi, bakım gözetim, eğitim, öğretim veya nüfuz ilişkisi olması durumunda daha ağır cezalar öngörülmüştür.

**Manevi unsur:** Genel kastla işlenebilir. Failin amacı; mağdurun fuhuşta kullanmak, kullanılmasını sağlamak, kolaylaştırmaktır.

### Fuhuş

**Madde 227** - (1) Çocuğu fuhuşa teşvik eden, bunun yolunu kolaylaştıran, bu maksatla tedarik eden veya barındıran ya da çocuğun fuhuşuna aracılık eden kişi, dört yıldan on yıla kadar hapis ve beşbin güne kadar adli para cezası ile cezalandırılır. Bu suçun işlenişine yönelik hazırlık hareketleri de tamamlanmış suç gibi cezalandırılır.

(2) Bir kimseyi fuhuşa teşvik eden, bunun yolunu kolaylaştıran ya da fuhuş için aracılık eden veya yer temin eden kişi, iki yıldan dört yıla kadar hapis ve üçbin güne kadar adli para cezası ile cezalandırılır. Fuhuşa sürüklenen kişinin kazancından yararlanılarak kısmen veya tamamen geçiminin sağlanması, fuhuşa teşvik sayılır.

(3) (Mülga fıkra: 06/12/2006 - 5560 S.K.45.md)

(4) Cebir veya tehdit kullanarak, hile ile ya da çaresizliğinden yararlanarak bir kimseyi fuhuşa sevk eden veya fuhuş yapmasını sağlayan kişi hakkında yukarıdaki fıkralara göre verilecek ceza yarısından iki katına kadar artırılır.

(5) Yukarıdaki fıkralarda tanımlanan suçların eş, üstsoy, kayın üstsoy, kardeş, evlât edinen, vasi, eğitici, öğretici, bakıcı, koruma ve gözetim yükümlülüğü bulunan diğer kişiler tarafından ya da kamu görevi veya hizmet ilişkisinin sağladığı nüfuz kötüye kullanılmak suretiyle işlenmesi hâlinde, verilecek ceza yarı oranında artırılır.

(6) Bu suçların, suç işlemek amacıyla teşkil edilmiş örgüt faaliyeti çerçevesinde işlenmesi hâlinde, yukarıdaki fıkralara göre verilecek ceza yarı oranında artırılır.

### Ağırlaştırıcı nedenler:

- Mağdurun çocuk olması
- Failin cebir veya tehdit kullanarak, hile ile ya da çaresizliğinden yararlanması
- Mağdur ile fail arasında fiili kolaylaştıran akrabalık, bakım, gözetim, eğitim ilişkisi olması
- Örgütlü olarak işlenmesi

Sonuç olarak, çocukların cinsel istismarı suçları kamu davası niteliğinde olduğundan reşit olmayanla rızayla cinsel ilişki hariç tüm suçların bildirim zorunlu olduğundan; suçun hukuki nitelenmesine yardımcı olacak tüm bu bulguların içinde yer aldığı adli bildirim rapor düzenlenmeli ve mağdurun vücudunda bulunan yara, iz ve emareler fotoğraflanmalıdır. Suçun unsurları ve ağırlaştırıcı nedenlerine ilişkin bulguların raporlarda yer alması; çocuğun yeniden muayenesi, görüşülmesi olasılığını azaltacağından hem çocuğun ikincil istismarını önleyecek hem de hukukun maddi gereceğe ulaşmasını sağlayacaktır.

### Kaynaklar

1. Bagley C, Genuis M, Abused to abuser: Mental health and behavioral sequels of child sexual abuse in a community sample of young adult males, unpublished manuscript. 1992
2. Finkelhor D, Hotaling G, Lewis IA ve ark, Sexual abuse in a national survey of adult men and women: prevalence, characteristics, and risk factors. *Child Abuse Negl*, 1990; 14:19–28
3. Butchart A, Harvey AP, World health organization and International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect, Preventing Child Maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. WHO Press, Geneva, Switzerland. 2006; 10
4. Dağlı T, İnanıcı MA (Yayına hazırlayanlar), Üniversiteler İçin Hastane Temelli Çocuk Koruma Merkezleri El Kitabı, Ankara, 2010.
5. Yates A, Sexual abuse of children. In: Wiener JM, ed. *Textbook of child adolescent psychiatry*. 2nd ed. Washington: American Psychiatric Press, 1997; 699-709
6. Taner Y, Gökler B, Çocuk istismar. ve ihmali: psikiyatrik yönleri. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 2004; 35:82-86
7. Green A, Child sexual abuse and incest. In: Lewis M, ed. *Child and adolescent psychiatry. A comprehensive textbook*. 2nd ed. Baltimore, MA: Williams & Wilkins, 1996; 1041-48
8. Helen Wu Z, Berenson AB, Wiemann CM, A profile of adolescent females with a history of sexual assault in Texas: Familial environment, risk behaviors and health status. *J Pediatr Adolesc Gynecol*, 2003; 16: 207–216
9. Smith M, Bentovim A, Sexual Abuse. Rutter M, Taylor E ve ark. (Ed) *Child and Adolescent Psychiatry-Modern Approaches*, Blackwell Science, 1994; 230-251
10. Gölge BG, Cinsel Travma Sonrası Oluşan Ruhsal Sorunlar. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 2005; 42:19-28
11. Swenson CC, Chaffin M, Beyond psychotherapy: Treating abused children by changing their social ecology. *Aggress Violent Behav* 2006; 11: 120 -137.
12. Kerimoğlu E, Avcı A, Ailede cinsel kötü kullanım ve kardeşler arasında cinsel oyun. 27. Ulusal Psikiyatrik Bilimler bildirisi, Antalya. 1991
13. Fergusson DM, Horwood LJ, Lynskey MT, Childhood sexual abuse, adolescent sexual behaviors and sexual revictimization. *Child Abuse Negl*, 1997; 21:789 – 803
14. Canat S, Ergenlerde aile içi cinsel taciz. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 1994; 1:18-22
15. Hedin LW, Physical and sexual abuse against women and children. *Curr Opin Obstet Gynecol*, 200; 12:349-55.
16. Sachs C, Wheeler M, Examination of the sexual assault victim. In Roberts JR, Hedges JR (eds), *Clinical procedures in emergency medicine*. Philadelphia, 2010; 1069-1083
17. Hilal A, Çekin N, Şiddet (Ders notları). [http://lokman.cu.edu.tr/AdliTip/index\\_dosyalar/Page1814.htm](http://lokman.cu.edu.tr/AdliTip/index_dosyalar/Page1814.htm), erişim tarihi: 01/05/2011
18. Adams JA, Evolution of a classification scale: medical evaluation of suspected child abuse. *Child maltreat* 2001; 6:31-36
19. Swanson L, Biaggio MK, Therapeutic perspectives on father-daughter incest. *Am J Psychiat*, 1985; 142: 667 -674
20. Binder RL, McNeil DE, Goldstone RL, Is adaptive coping possible for adult survivors of childhood sexual abuse? *Psychiatric Services* 1996; 47: 186–188
21. Kendall-Tackett K, Meyer-Williams L, Finkelhor D, Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*, 1993; 113: 164–180
22. Everstine DS, Everstine L, Assessment of the trauma. *Sexual Trauma in Children and Adolescents içinde*, bölüm 2, New York: Brunner/ Mazel, 1989; 12 -33

23. Aktepe E, Çocukluk çağı cinsel istismarı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 2009; 1:95-119
24. Rind B, Tromovitch P, A meta-analytic review of findings from national samples on psychological correlates of child sexual abuse. *J Sex Research* 1997; 34: 237 –255
25. Fossati A, Madeddu F, Maffei C, Borderline personality disorder and childhood sexual abuse: A meta-analytic study. *J Personality Disorders*, 1999; 13:268 –280
26. İşeri E, Cinsel istismar. Çetin FÇ, Pehlivan Türk B, Ünal F ve ark. (ed), *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı*. 1.Baskı, Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2008; 470-477
27. Özen NE, Şener Ş, Çocuk ve ergende cinsel istismar. *Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları*, 1997; 2:473-491
28. Zoroğlu SS, Tüzün U, Şar V ve ark, Çocukluk döneminde ihmal ve istismarın olası sonuçlarının incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2001; 2:69-78
29. Kaplan SJ, Child and adolescent sexual abuse. In: Lewis M, ed. *Child and Adolescent Psychiatry, a comprehensive textbook*, 3rd ed, Philadelphia, Lippincott Williams&Wilkins, 2002; 1217-1223.
30. Wolfe DA, A developmental perspective of the abused child. *Child Abuse: Implications for Child Development and Psychopathology içinde*, 2nd ed., London, 1999; 35-57
31. Briere J, Elliott DM, Prevalence and psychological sequelae of self- reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women. *Child Abuse Negl*, 2003; 27: 1205-22
32. Chu JA, The revictimization of adult women with histories of childhood abuse. *J Psychother Pract Res*, 1992; 1: 259-69.
33. Finkelhour D, Browne A, The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization. *Am J Orthopsychiat*, 1985; 55: 530-41
34. Odağ C, Kimlik Örselenme (Trauma), *Nevrozlar 2*, İzmir, HOPPV, 2005; 143 -155.
35. Russell DE, *The Secret Trauma - Incest in the Lives of Girls and Women*. New York, NY: Basic Books, Inc., Publishers. 1986
36. Van der Kolk BA, Perry JC, Herman JL, Childhood origins of self-destructive behavior. *Am J Psychiat*, 1991; 148:1665-1671
37. Herman J, *Trauma and Recovery*. New York: Basic Books. 1992
38. Cosentino C, Meyer-Bahlburg H, Alpert J ve ark, Sexual behavior problems and psychopathology symptoms in sexually abused girls. *J Am Acad Child Adolesc Psychiat*, 1995; 34:1033-1042
39. Tebbutt J, Swanston H, Oates RK ve ark, Five years after child sexual abuse: persisting dysfunction and problems of prediction. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr*, 1997; 36:330-339
40. Romans SE, Martin J, Mullen PE; Women's self-esteem: a community study of women who report and do not report childhood sexual abuse. *Br J Psychiat*, 1996; 169:696-704
41. Pelcovitz D, Kaplan S, Goldenberg B, Post-traumatic stress disorder in physically abused adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiat*, 1994; 33:305-12
42. Kendler KS, Bulik CM, Cileberg J ve ark, Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women: an epidemiological and cotwin control analysis. *Arch Gen Psychiat*, 2000; 57: 953 -959
43. Ruggiero KJ, McLeer SV, Dixon JF, Sexual abuse characteristics associated with survivor psychopathology. *Child Abuse Negl*, 2000; 24: 951 -964
44. Silverman AB, Reinherz HZ, Giaconia RM, The long-term sequelae of child and adolescent abuse: A longitudinal community study. *Child Abuse Negl*, 1996; 20: 709-724

45. Jumper SA, A meta-analysis of the relationship of child sexual abuse to adult psychological adjustment. *Child Abuse Negl*, 1995; 19: 715-728
46. Klonsky ED, Moyer A, Childhood sexual abuse and non-suicidal self injury: meta-analysis. *Br J Psychiat*, 2008; 192:166-70
47. Akbaş S, Turla A, Karabekiroğlu K ve ark, Cinsel istismara uğramış çocuklar. *Adli Bilimler Dergisi*, 2009; 8:24-32
48. Eckenrode J, Laird M, Doris J, School performance and disciplinary problems among abused and neglected children. *Dev Psychol*, 1993; 29:53-62
49. Sparato J, Mullen PE, Impact of child sexual abuse on mental health. *Br J Psychiat*, 2004; 184:416-421
50. Kelly RJ, Wood JJ, Gonzalez LS ve ark, Effects of mother-son incest and positive perceptions of sexual abuse experiences on the psychosocial adjustment of clinic-referred men. *Child Abuse Negl*, 2002; 26:425-441
51. Briggs F, Hawkins RMF, A comparison of the childhood experiences of convicted male child molesters and men who were sexually abused in childhood and claimed to be nonoffenders. *Child Abuse Negl*, 1996; 20: 221-233
52. Hiebert-Murphy D, Distress among mothers whose children have been sexually abused: the Role of a history of child sexual abuse, social support, and coping. *Child abuse negl*, 1998; 22:423-435
53. Carter B, Child sexual abuse: Impact on mothers. *Affilia*, 1993; 8:72-90
54. Burns BJ, Phillips SD, Wagner HR ve ark, Mental health need and access to mental health services by youth involved with child welfare: a national survey. *J Am Acad Child Adolesc Psychiat*, 2004; 43:960-970
55. Kessler RC, Berglund P, Demler O ve ark, Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiat*, 2005; 62: 593-602
56. Edinburg LD, Saewyc EM, A novel intensive home visiting intervention for runaway, sexually exploited girls. *J Spec Pediatr Nurs*, 2009; 14: 41-48
57. Ringeisen H, Casanueva CE, Urato M ve ark, Mental Health Service use during transition to adulthood for adolescents reported child welfare system. *Psychiatric Service*, 2009; 60: 1084-1091
58. Kaya M, Çocuğun cinsel istismarında vücuda temas şartı var mıdır? *Terazi HD* (52), 103-109
59. Taşkın C, Çocuğun cinsel istismarı, *Kazancı HD* (67-68), 77-109
60. Akçin İ, Cinsel dokunulmazlığa karşı suçlar, *YD* 2006; (1-2):104
61. Yaşar O, Gökcan HT, Artuç, TCK, Ankara. 2010; (2):3321- 3483
62. Özer V, Müstehcenlik suçu, Ankara 2009; 39
63. Akarca M, Müstehcen söz davranışlarla genel ahlaka karşı suçlar, *Fasikül Hukuk Dergisi* 2(6):32-39

## 2.3 İHMAL

Çocuk ihmali, çocuğa bakım veren kişilerin onun gereksinimlerini yeterince karşılamaması sonucu çocuğun gelişiminin olumsuz yönde etkilenmesi durumudur <sup>(1)</sup>.

### 2.3.1 Sıklık

Tüm istismar tiplerinden daha siktir. Fiziksel istismardan 2 kat, cinsel istismardan 5 kat daha fazla görülür ancak ihmal konusundaki çalışmalar istismar çalışmalarından daha azdır bu nedenle gerçek sıklığın belirlenmesi zordur <sup>(2)</sup>. Kenya'da yapılan bir çalışmada çocukların % 22'sinin aileleri tarafından ihmal edildiği bildirilmiştir. Kanada'da yapılan ulusal çalışma sonucunda kanıtlanmış ihmal olgularının %19'unun fiziksel ihmal, % 12'sinin terk, % 11'inin eğitimsel ve %48'inin ailelerinin yetersiz denetimi sonucu çocukların fiziksel zarar görmesi olduğu bildirilmiştir <sup>(3)</sup>. Türkiye'de çocuk ihmali sıklığını gösteren tüm ülkeyi yansıtan bir çalışma bulunmamaktadır. Saka 2000-2002 yılları arasında İstanbul'da adli-tıbbi raporlara yansıyan ve ölümlerle sonuçlanan 216 'çocuk istismarı ve ihmali' tanılı olguda ölümlerin % 74.5'inin ihmal sonucu gerçekleştiğini bildirmiştir. İhmal olarak ele alınan olguların çoğunluğunu suda boğulmalar, zehirlenmeler ve önlenebilir ev kazaları sonucu travmaların oluşturduğu görülmüştür <sup>(4)</sup>. Kişilerin ihmal konusundaki algıları da kültüre göre farklılıklar göstermektedir. Örneğin küçük bir çocuğu evde yalnız bırakmak ya da çocuğu arabanın ön koltuğuna oturtmak yaygın görülen tutumlardır ve çoğu insan tarafından ihmal olarak algılanmazlar. Polat ve ark'nın Ankara'da, 5 yaş altı çocuğu olan 513 aileyle gerçekleştirdikleri çalışma, düşük sosyoekonomik düzeyin ailelerin ihmali algılayışlarını ve tutumlarını olumsuz yönde etkilediğini göstermiştir <sup>(5)</sup>.

Çocuk ihmali 0-3 yaş grubunda ve kızlarda biraz daha fazla görülmektedir. Fiziksel ya da cinsel istismarda örseleyici çoğunlukla erkek cinsiyet olmasına karşın en sık görülen istismar tipi olan ihmalde çoğunluğu kadınlar oluşturmaktadır <sup>(6)</sup>.

### 2.3.2 İhmale Yol Açan Risk Etmenleri

Çocuğa, aileye ve topluma ait çeşitli etmenler ihmali kolaylaştırabilir: <sup>(7,8)</sup>

#### Çocuğa Ait Etmenler

- Duygusal ya da davranışsal güçlükler (zor mizaç, disiplin sorunları vs)
- Kronik hastalıklar
- Fiziksel engellilik
- Gelişimsel gerilikler
- Düşük doğum ağırlığı ya da prematüre doğum
- İstenmeyen bir gebelik sonucu doğan bebekler

### **Çocuğa Bakım Veren Kişi ya da Ailenin Özellikleri**

- Düşük özdeğerlilik
- Dürtü kontrol bozukluğu
- Madde ya da alkol bağımlılığı
- Genç anne ya da baba
- Çocukluğunda istismara uğramış ebeveyn
- Depresyon ya da diğer zihinsel hastalıklar
- Çocuğun gelişimi konusunda bilgi yetersizliği ya da çocuktan gerçekçi olmayan beklentiler
- Normal çocuk davranışının olumsuz olarak algılanması

### **Çevresel Etmenler:**

- *Cinsiyet ayrımcılığı:* Bazı toplumlarda kız çocuklarının sağlık, eğitim olanaklarının, erkek çocuklara göre daha fazla ihmal edildiği bildirilmektedir. Bazı ülkelerde de kız çocukları eğitim haklarının verilmemesi yanı sıra evde kardeşlerine bakma ya da çalışarak evin geçimine yardım etmek zorunda bırakılmaktadır <sup>(3)</sup>.
- Sosyal izolasyon
- Yoksulluk
- İşsizlik
- Düşük eğitim düzeyi
- Tek ebeveynli ev
- Evde biyolojik baba dışında bir erkeğin yaşamaması
- Aile içi şiddet

### **2.3.3 İhmal Tipleri**

İhmal diğer istismar tipleri ile birlikte olabileceği gibi kendi içinde de birden fazla ihmal birlikte görülebilir.

### **Fiziksel İhmal**

- *Çocuğun sağlıklı, bakımsız, yeterince temiz olmayan, kaza yönünden riskler taşıyan bir evde yaşamması:* Korkuluksuz soba, açıkta prizler, kenarlıksız balkonlar, içi su dolu kovalar, çocukların ulaşabileceği dolaplarda temizlik malzemeleri varlığı ihmali akla getirir.
- Uygun yatak olmaması veya evde kalabalık yaşamaktan dolayı yeterince uykusunu almaması
- *Yaşı küçük olmasına karşın evde yalnız ya da denetimsiz bırakılması:* Bu çocuklar eskimiş ve açıktaki kablolarla, ateşe kolayca ulaşır yangın çıkarabilir, prizlere ellerini sokabilir, ilaç ve zehirli maddelere ulaşır zehirlenebilirler.

- *Beslenme, giyim, kişisel hijyen ve bakımlarının yetersiz olması:* Yeterli beslenemediği için büyüme ve gelişimi geri kalabilir. Çocuklar hava koşullarına uygun olmayan, üzerlerine uymayan, eski ve kirli giysiler giyerler, seyrek yıkanır. Ağız hijyenleri bozuktur, dişleri çürüktür. Fizik koşulların yetersizliği ve bakım eksikliği sonucu sık sık hastalanırlar (9,10).

### **Tıbbi İhmal**

- *Çocukların koruyucu sağlık hizmetlerinden yoksun bırakılması en sık görülen tıbbidir:* Örneğin gebe bir annenin alkol, sigara, uyuşturucu kullanması, yetersiz beslenmesi, doğum öncesi gerekli tıbbi bakımı almaması bebeğin hem anne karnındaki hem de ileriki hayatındaki gelişimini etkiler. Doğumdan sonra bebeğin düzenli sağlık izlemlerinin yapılmaması, aşılarının eksik ya da hiç olmaması da tıbbi ihmaldir.
- *Tedavi edici sağlık hizmetlerinden yoksun kalma:* Aile çocuğun sağlığı konusunda duysarsız olabilir. Çocuk hastalanınca hastaneye götürülmeyebilir ya da geç götürülebilir. Önerilen ilaçlar ya da tıbbi gereçler alınmayabilir, ya da sürekli kullanılmayabilir. Büyüme geriliği ya da şişmanlık saptanan çocukların da tıbbi ihmal açısından yakından izlemi gereklidir.
- *Sağlık çalışanlarının katkıda bulunduğu tıbbi ihmal:* Sağlık çalışanlarının hasta yakınları ile yeterli iletişimlerinin kurulmadığı durumlarda aileler çocuğun tedavisi için gerekli olanları yeterince anlayamayabilir. Bu durum çocuğun tedavisinin eksik ya da yanlış yapılması ile sonuçlanabilir. Çocuk hekimleri çocuğa bütüncül yaklaşarak tıbbi durumu yanı sıra psikososyal gereksinimlerini de gözden kaçırmamalı ve aile ile iyi bir iletişim ve işbirliği sağlamalıdır (8).

### **Gelişimin ve Eğitimin İhmali**

Kız çocukları daha fazla olmak üzere okul çağına gelmelerine karşın çocuklar okula gönderilmeyebilir, gelişimsel geriliği olan çocuklar özel eğitim kurumlarından yararlandırılmayabilir.

### **Duygusal İhmal**

Ayrı bir bölüm olarak anlatıldığından burada yeniden bahsedilmeyecektir.

#### **2.3.4 Tanı ve Ayırıcı Tanı**

İhmal hem tek başına hem de diğer istismar tipleri ile bir arada bulunabileceğinden öncelikle kuşkulanmak gerekir. Çocuğun yaşı uygun ve kendini sözel olarak ifade edebiliyorsa öncelikle kendisinden ve bakımını üstlenen kişilerden ayrıntılı öykü alınması, fizik incelemenin yapılması, ailenin verilen önerileri uygulayıp uygulamadığının irdelenmesi gereklidir.

*İhmalden kuşkulanan bir çocuğa sorulabilecek olası sorular şunlar olabilir: <sup>(8)</sup>*

“Kendini üzgün hissettiğinde kime gidersin?”

“Bir sorunun olduğunda kim sana yardım eder?”

“Kendini hasta hissettiğinde ne olur?”

*Bir çocuğun ihmal edildiğini akla getirebilecek durumlar: <sup>(10,11)</sup>*

- Nüfus cüzdanı olmaması
- Ailenin çocuk hakkındaki soruları yeterli yanıtlayamaması ihmali akla getirebileceği gibi hekimlerin ailelerin tam anlayamadığı tıbbi terimleri sık kullanması nedeniyle de bu kaniya varılabilir. O nedenle çocukla ilgili sorular açık, anlaşılır ve yalın bir dil ile sorulmalıdır. Örnek: “Aşılarını yaptırmak için sağlık ocağına gittiniz mi? Kızamık aşısı yapıldı mı?, Karma aşısı yapıldı mı?”.
- Çocuğun yaşadığı ortamda sigara içilmesi, alkol ve madde bağımlısı bireylerin varlığı,
- Çocuğun kişisel bakımının kötü (örneğin sağlam çocuk izlemlerinde sık sık pişiğinin olması, genital bölge temizliğinin yetersiz olması), giysilerinin mevsim ile uyumsuz olması
- Zehirlenme, kazaya uğrama, silahla yaralanma gibi nedenlerle tekrarlı defalar hastaneye başvuru olması.
- Organik olmayan büyüme geriliği ya da şişmanlık.
- İletişim kurma güçlüğü, yineleyen hareketler, gelişimsel gerilik, öğrenme güçlüğü olması: Yeterli ve uygun uyaran almayan çocuklarda görülür.
- Çocuğun okul çağına olmasına karşın okula gönderilmemesi ya da özel eğitim gereksinimlerinin karşılanmaması.
- *Sağlık kurumuna başvurmakta geçikme ya da hiç başvurmama:* Sağlık kurumuna getirilen çocuğun yakınmalarının başlaması ile başvurusu arasında kabul edilemeyecek kadar uzun bir zaman geçmesi. Örnek: Şiddetli ishal ve her yediğini kusma yakınması olan, 9 aylık bir bebeğin yakınmaları başladıktan beş gün sonra dehidratasyon bulguları ile hastaneye getirilmesi.
- *Tedavi, bakım ve koruma konusundaki önerilere uyulmaması:* Çocuk ya da ailesinin verilen ilaçları almaması, kullanım önerilerine uymaması yoksulluk, eğitimsizlik ya da ilgisizlik nedeniyle olabilir. Bunların hepsi ihmale yol açar. Hastalığın ciddiyetine göre çocuğun yaşamını tehdit edecek boyutlara ulaşabilir.

### **2.3.5 Çocuk İhmalinin Etkileri ve Sonuçları**

İhmal, çocuğun fiziksel sağlığı ile psikososyal ve bilişsel gelişimi üzerinde oldukça ciddi ve uzun dönemli sonuçlara neden olabilir <sup>(3,8)</sup>.

#### **İhmalin Fiziksel Etkileri**

- Yetersiz besin alımı büyüme geriliği ile sonuçlanabilir

- Koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerinden yoksun kalmak tedavi edilebilir hastalıkların erken tanı ve tedavi şansını ortadan kaldırabilir, tanı konulanlarda ise tedavinin yetersizliği hatta ölümle bile sonuçlanabilir. 2006 yılında Amerika’da ihmalin de yer aldığı çocuk istismarı olgularının %74’nün ölümle sonuçlandığı bunların içinde de ihmalin %1,9’unu oluşturduğu bildirilmiştir <sup>(8)</sup>.
- İhmalin beyin üzerindeki etkilerini inceleyen çalışmalarda ihmale uğrayan olgularda korpus kallozumun daha küçük olduğu gösterilmiştir. Yine boylamsal çalışmalarda çocuk ihmali ile erişkin hayattaki sağlığın da ilişkili olduğu, ihmale uğrayan çocukların ileride karaciğer hastalığı, iskemik kalp hastalığı riskinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir <sup>(8)</sup>.

### **İhmalin Bilişsel ve Akademik Etkileri**

- İhmale uğrayan çocukların akademik başarıları ihmale uğramayanlara göre daha düşük bulunmuştur. Yine ihmal öyküsü olan çocuklarda devamsızlık, okulda davranış sorunları daha fazladır.
- Yaşamın ilk yıllarında yaşanan ihmal daha fazla iz bırakır. Bu dönemde ihmale uğrayan çocukların gelişimleri durur hatta geriler. Açıklanamayan uyku bozuklukları, karın ağrıları, enürezis görülebilir.

### **İhmalin Psikososyal Etkileri**

- İhmale uğrayan çocuklarda davranış sorunları, uyumsuzluk, kişilik bozuklukları, suça yönelme daha fazla görülür. İhmal edildikleri sırada içe kapanık iken diğer zamanlarda agresiftirler.
- Yaşlıları ile iletişimde sorunlar yaşarlar, ihmal kronikleşirse depresyon görülebilir, riskli davranışlar ve özkıyım eğilimi sıktır.

### **2.3.6 Çocuk ihmalinin önlenmesi**

- Doğum öncesi dönemden başlayarak aile ve bebeğin izlenmesi, ailelere yeterli denetim, çevresel güvenlik önlemleri konusunda bilgiler verilmesi, risklerin saptanması, bunları ortadan kaldıracı çabaların gösterilmesi ihmalin ortaya çıkmasını engelleyebilir
- Çocuk hekimlerinin çocuk sağlığını izlemeleri, ailelere danışmanlık vermeleri, ailelerin güçlü yönlerini ortaya koyup onları desteklemeleri gerekir.
- Çocuğun yaşa göre normal gelişimsel özellikleri ailelere iyi anlatılırsa ailelerin beklenti düzeyi daha gerçekçi olabilir.
- Babaların çocuk sağlığı izlemine doğrudan katılımının sağlanması konusunda aileleri desteklemeliler.
- Engelli ya da kronik hastalığı olan çocukların ailelerine sosyal desteklerin yapılması konusunda danışmanlık verilmesi ailelerin üzerindeki maddi ve manevi yükü hafifletebilir.

- Çocuk hekimleri çocuk ve aile adına onların haklarının savunuculuğunu da yapmalıdır.
- İhmale uğrayan bir çocukta ipuçlarının değerlendirilmesi ile tanının olabildiğince erken konması ve tedavi edilmesi ihmalin sürmesini ve çocuğun daha çok zarar görmesini önleyebilir.
- Ölümlerin ve yaralanmaların önlenmesi olguların tıbbi ve duygusal incelemesi sonrası tedavi ve sosyal desteği kapsar. Bundan sonra olgunun Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu tarafından izlenmesi önemlidir. Yaşamsal tehlikesi olan olguların da Cumhuriyet Savcılığı'na bildirilmesi gerekli ve zorunludur (3, 8).

### 2.3.7 İhmalin Hukuksal Boyutu

Çocuk ihmali genelde ailenin, ilgili kurumların ya da devletin çocuğa karşı en temel sorumluluklarını yerine getirmemesi şeklinde tanımlanabilir. Bir bütün olarak toplum, kurumlar ve bireyler tarafından geliştirilen ihmal davranışı, çocukların eşit hak ve özgürlüklerinden yoksun bırakılması sonucunda onların en üst düzeyde gelişimlerini engelleyici davranışlar olarak ortaya çıkmaktadır. Çocuğun bakım ve beslenme gereksinimlerinin yeterince karşılanmaması gerekli tıbbi müdahalelerin yapılmaması, anne baba olarak çocuğa karşı danışmanlık görevinin yeterince yerine getirilmemesi ve çocuğun tek başına bırakılması ihmal davranışına örnek olarak verilebilir<sup>(12, 13)</sup>. İhmal ve istismarı birbirinden ayıran en temel nokta istismarın aktif, ihmalin ise pasif bir olgu olmasıdır<sup>(14)</sup>.

Ceza hukuku genel olarak kasten bir davranışın yapılmasını cezalandırmış olup, istisnai olarak yapılması gereken şeyin yapılmamasını suç saymıştır. TCK'nda çocuk ihmali, aile hukukundan doğan yükümlülüğün ihlali suçu kapsamında düzenlenmiştir.

#### 2.3.7.1 Aile hukukundan kaynaklanan yükümlülüğün ihlali

Anayasa'nın 41 maddesindeki aileyi koruma ve destekleme hükmü ve ÇHS'nin 19. maddesindeki çocukların sağlıklı gelişimden ana babayı öncelikli olarak sorumlu tutan hükümler ışığında düzenlenen bu hüküm içinde üç farklı suçu içermektedir.

#### **Aile Hukukundan Doğan Bakım, Eğitim ve Destek Olma Yükümlülüğünün İhlali**

TCK, medeni hukuktan kaynaklanan bazı yükümlülükleri yerine getirilmemesi suç sayılmıştır. 4721 sayılı Türk Medeni Kanununun ikinci kitabında düzenlenen aile hukuku, gerek eşlerin kendi aralarındaki gerekse ana - baba ile çocuklar arasındaki kişisel ve mali ilişkileri düzenleyen hukuk kurallarının tümünü ifade eder. Korunan hukuki yarar; doğrudan aile düzeni olmakla birlikte çocuk ve hamile eşe karşı özel koruma amaçlanmıştır.

**Maddi unsur:** Aile hukukundan doğan bakım, eğitim veya destek olma yükümlülüğünün ihlali suçunun maddi unsuru aile hukukundan kaynaklanan bakım, eğitim veya destek olma yükümlülüğünün ihlal edilmesidir. Aile hukukundan doğan bakım, eğitim veya destek olma yükümlülüğünün kapsamı TMK hükümlerine göre belirlenecektir. Ancak TCK'nin 233'üncü maddesinin birinci fıkrası ile medeni kanunda öngörülen aile yükümlülüklerinin tümünün değil, bunlardan sadece bakım, eğitim veya destek olma yükümlülüklerinin ihlalini suç olarak düzenlemiştir (15). Örneğin, evinin geçimini sağlamamak, çocuklarına gerektiği gibi bakmamak, okula göndermemek veya okul masraflarını karşılamamak ve benzeri durumlarda suç oluşabilecektir.

#### **Aile hukukundan kaynaklanan yükümlülüğün ihlali**

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

(2) Hamile olduğunu bildiği eşini veya sürekli birlikte yaşadığı ve kendisinden gebe kalmış bulunduğunu bildiği evli olmayan bir kadını çaresiz durumda terk eden kimseye, üç aydan bir yıla kadar hapis cezası verilir.

(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.

Söz konusu suç seçimlik hareketli bir suçtur. Suçun oluşabilmesi için, aile hukukundan kaynaklanan bakım, eğitim veya destek olma yükümlülüklerinden bir veya birkaçının ihlal edilmiş olması gerekmektedir. Suçun seçimlik hareketli niteliği dolayısıyla failin hem bakım hem eğitim ve destek olma yükümlülüğüne aykırı hareket etmiş olması durumunda tek bir suç söz konusu olacaktır. Aile hukukundan doğan bakım, eğitim veya destek olma yükümlülüğünün ihlali suçu ihmali hareketle işlenebilen bir suçtur. Bu nedenle failin sorumlu tutulabilmesi için ihmali davranışının icrâî davranışa eşdeğer olması yani failin belli bir icrâî davranışta bulunmak konusunda kanundan veya sözleşmeden doğan bir yükümlülük altında bulunması gerekmektedir. Suçun oluşması bakımından, failin aile hukukundan kaynaklanan yükümlülüklerini ihmalinin fiili terke dönüşmemesi, aileyi terk etmeksizin söz konusu yükümlülükleri yerine getirmemesi gerekmektedir. Terk olgusu gerçekleşmişse bu halde artık aile hukukundan kaynaklanan yükümlülüğün ihlali suçu değil, TCK'nin 97'inci maddesinde düzenlenen "terk suçu" oluşacaktır.

Bu suç bakımından üzerinde durulması gereken diğer bir konu da ana ve babanın çocukları üzerinde sahip olduğu disiplin yetkisinin kötüye kullanılmasıdır. Örneğin, yaramazlık yapan çocuğunu eğitmek için çocuğa zarar vermeyen yöntemler yerine tokat atan ya da ağır küfür eden bir ana ya da babanın hukuka uygunluk nedeni olan tedip ve terbiye hakkının sınırlarını aştığı kabul edilerek haklarında TCK'nin 232'inci maddesi uygulanacaktır. Bu maddeye göre idaresi 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 kişi" cezalandırılır. Ancak çocuk ile gerektiği gibi ilgilenmeyerek bakımsız bırakan ana ve babanın ihmali davranışı, aile hukukundan kaynaklanan ba-

kim yükümlülüğünün ihmali olarak kabul edilerek, fail TCK'nin 233'üncü maddesinin birinci fıkrası ile cezalandırılacaktır.

**Fail:** Aile hukukundan doğan bakım, eğitim veya destek olma yükümlülüğünün ihlali suçunun faili aile hukukundan doğan söz konusu yükümlülüğünü yerine getirmeyen kişidir. Buna göre fiil, bakım ve desteğe muhtaç eşine karşı yükümlülüğünü yerine getirmeyen eş olabileceği gibi yine çocuklarına karşı bu yükümlülüğü yerine getirmeyen ana babadır.

**Mağdur:** Suçun mağduru ise aile hukukundan kaynaklanan bir hukuki düzenleme ile kendisine bakım, eğitim veya destek talep etme hakkı tanınan kişidir. Medeni Kanun uyarınca bu taleplere hakkı olan kişiler öncelikle çocuk ve bakım ve desteğe muhtaç olan eştir. Dolayısıyla suçun mağduru, çocuk ve bakım ve desteğe muhtaç eş olacaktır.

Öte yandan Türk Medeni Kanununun 364'üncü maddesi uyarınca "Herkes yardım etmediği takdirde yoksulluğa düşecek olan üstsoyu ve altsoyu ile kardeşlerine nafaka vermekle yükümlüdür" hükmü bulunmakta ise de bu yükümlülüğün yerine getirilmemesinin bu suç kapsamında kabul edilip edilmeyeceği tartışmalıdır <sup>(16)</sup>.

**Manevi unsur:** Genel kastla işlenebilen bir suçtur. Failin aile hukukundan kaynaklanan bakım, eğitim veya destek olma yükümlülüğünü yerine getirmediği bilinç ve iradesinde olması yeterlidir.

### Gebe Kadını Terk Suçu

Hamile eş ve kadın korunmakta olup, çocuk hamileler için de uygulanır. Bu maddede eş ve kendisinden hamile kaldığını bildiği kadın kapsama alınarak, ana ve doğacak çocuğu korunmuştur.

**Maddi unsur:** Gebe kadını terk suçunun maddi unsuru, failin gebe olan eşini veya sürekli birlikte yaşadığı ve kendisinden gebe kalmış olan kadını çaresiz durumda terk etmesidir. Madde gerekçesine göre terk, gebe eş ya da sürekli birlikte yaşanan kadının her türlü yardım yapmaksızın ortada bırakılmasıdır.

Buna göre yeterli maddi imkânı olmayan kadını ortada bırakıp gitmek durumunda olabileceği gibi kendisine ve çocuğuna bakabilecek maddi imkana sahip olmasına karşın, failin terki nedeniyle şahsi, ailevi ve psikolojik olarak zora düşecek gebe kadının bırakılması durumunda da suç oluşacaktır.

Evlü olmayan kadın bakımından suçun oluşabilmesi için, terk eden erkek ile terk edilen gebe kadının sürekli birlikte yaşamaları koşulu aranacaktır. Birlikte yaşamaktan anlaşılması gereken süreklilik arz edecek şekilde fiilen eş olarak aynı evde yaşamaktır. Evli bir erkeğin, evlilik dışı birliktelik sürdürdüğü bir kadına ayrı bir ev kiralayarak belirli aralıklarla da olsa birlikte yaşadığı kadını gebe bırakıp ardından terk etmesi durumunda söz konusu suç oluşacaktır. Ancak bir erkeğin sürekli olmayan sınırlı birlikteliği neticesi kadının gebe kalmış olması durumunda suçun oluşmayacağı sonucuna varılmalıdır <sup>(15, 16)</sup>.

**Fail:** Gebe kadını terk suçunun faili, hamile kadının kocası veya aralarında evlilik mevcut değil ise birlikte yaşadığı ve çocuğun babası olan kişidir. Dolayısıyla suçun faili ancak bir erkek olabilir. Bu bakımdan gebe kadını terk suçu fail bakımından özgü suç niteliğindedir. Başka bir erkekten hamile kalan kadının terk edilmesi halinde söz konusu suç oluşmaz.

**Mağdur:** Suçun mağduru, failden gebe olan eş ya da fail ile evli olmaksızın fiilen birlikte yaşayan kadındır. Suçun mağduru da ancak gebe kadın olabildiğinden mağdur bakımından da özgü suç söz konusudur <sup>(16)</sup>.

**Manevi unsur:** Gebe kadını terk suçunun manevi unsuru kasttır. Kastın varlığından söz edebilmek için gebe olan eş ya da sürekli birlikte yaşanan kadının çaresiz bırakılarak terk etme bilinç ve iradesi şarttır. Kanun, suçun oluşabilmesi için erkeğin kendisinden hamile olduğunu bildiği kadını terk etmesini aramaktadır <sup>(16)</sup>.

### Çocuğun Ahlâk, Güvenlik ve Sağlığını Tehlikeye Sokma Suçu

TCK'nin 233'üncü maddesinde öngörülen son suç çocuğun ahlâk, güvenlik ve sağlığını tehlikeye sokma suçudur. Velayet hakları kaldırılmış olsa da; itiyadi sarhoşluk, uyuşturucu veya uyarıcı maddelerin kullanılması ya da onur kırıcı tavır ve hareketlerin sonucu maddi ve manevi özen noksanlığı nedeniyle çocuklarının ahlâk, güvenlik ve sağlığını ağır şekilde tehlikeye sokan ana veya babanın cezalandırılacağı düzenlenmiştir.

Bu suç ile korunan hukuki yarar ahlâklı, güvenli ve sağlıklı olarak yetişmesi ve topluma yararlı bir birey olması bakımından gerek çocuğun gerekse toplumun yararındır. Gerçekten toplumun huzur, refah ve barış içerisinde varlığını sürdürebilmesi için düzenli bir aile ortamında ana ve babanın bakım, ilgi ve şefkati ile yetişmiş bireylerin varlığı şarttır. Bu bakımdan kanun koyucu bu hüküm ile velayet hakları kaldırılmış olsa bile ana ve baba tarafından çocukların ahlâk, güvenlik ve sağlığının tehlikeye sokulmamasını amaçlamaktadır <sup>(15)</sup>.

**Maddi unsur:** Doktrinde manevi terk olarak tanımlanan bu suçun maddi unsuru, velayet hakları kaldırılmış olsa da itiyadi sarhoşluk, uyuşturucu veya uyarıcı maddelerin kullanılması ya da onur kırıcı tavır ve davranışlar sonucu maddi ve manevi özen noksanlığı nedeniyle ana veya babanın çocuklarının ahlâk, güvenlik ve sağlığını ağır şekilde tehlikeye sokmasıdır. Ancak hangi tavır ve davranışların bu madde anlamında onur kırıcı kabul edileceği konusunda bir açıklık bulunmadığı gibi özen eksikliğinin ölçüsünün ne olacağı da belirsizdir <sup>(15)</sup>.

**Fail:** Çocuğun ahlâk, güvenlik ve sağlığını tehlikeye sokma suçunun faili velayet hakkı kaldırılmış olsa bile anne veya babadır.

**Mağdur:** Suçun mağduru çocuktur. TCK'nin 6'ncı maddesi uyarınca çocuk, 18 yaşını bitirmemiş kişidir. Bu suç da yukarıda incelediğimiz diğer iki suç gibi gerek fail gerekse mağdur bakımından özgü suç niteliğindedir. Bu bakımdan itiyadi sarhoşluk, uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanılması sonucu ya da onur kırıcı tavır ve hareketlerin sonucu ahlâk, güvenlik ve sağlığı ağır şekilde tehlikeye sokulan kişi çocuk

olmak zorundadır. Suçun oluşabilmesi için fail ana veya babanın velayet hakkına sahip olup olmamasının önemi yoktur <sup>(16)</sup>.

**Manevi unsur:** Çocuğun ahlâk, güvenlik ve sağlığını tehlikeye sokma suçunun manevi unsuru kasttır. Kastın varlığı için genel kast yeterli olup özel kast aranmaz. Bu suç bakımından kastın varlığı için ana veya babanın itiyadi sarhoşluk, uyuşturucu veya uyarıcı maddeler kullanma ya da onur kırıcı tavır ve hareketler sonucu çocuğun ahlâk, güvenlik ve sağlığını tehlikeye sokma bilinç ve iradesinde olması gereklidir<sup>(16)</sup>.

### Terk Suçu

Yaşı ve hastalığı nedeniyle kendini idare edemeyecek kimseleri gözetim ve koruma yükümlülüğü altında bulunan kişilerin terk etmesi suç sayılmıştır. Bu terk sonucunda mağdurun yaralanması, hastalanması ya da ölmesi durumunda daha ağır ceza verilecektir.

#### Terk suçu

**Madde 97 -** (1) Yaşı veya hastalığı dolayısıyla kendini idare edemeyecek durumda olan ve bu nedenle koruma ve gözetim yükümlülüğü altında bulunan bir kimseyi kendi hâline terk eden kişi, üç aydan iki yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

(2) Terk dolayısıyla mağdur bir hastalığa yakalanmış, yaralanmış veya ölmüşse, neticesi sebebiyle ağırlaştırılmış suç hükümlerine göre cezaya hükmolunur.

**Suç:** Yaşı ve hastalığı nedeniyle kendini idare edemeyecek kişinin terkedilmesidir. Suçun failinin amacı suçun niteliğini belirleyecektir. Fail terk sonucunda öldürmeyi amaçlamışsa kasten adam öldürme, ölüm olabileceğini düşünmüş ancak istememişse taksirle adam öldürme suçundan cezalandırılacaktır. Yargıtay'da çocuğun bırakılma koşullarına göre karar verilmesi gerektiğini kabul etmektedir. Üç yaşındaki çocuğun evin merdivenlerine bırakılarak gidilmesi ve anneannesi tarafından fark edilerek eve alınmasında anne açısından terk suçu oluşacağı kabul edilmiştir.<sup>1</sup>

**Fail:** Mağdurun bakım ve gözetiminden sorumlu olan kişidir. Anne baba olması gerekmez.

**Mağdur:** Yaşı veya hastalığı nedeniyle kendisini idare edemeyecek olanlardır. Eski TCK'nunda oniki yaşından küçükler suçun mağduru sayılmış iken yeni TCK nda yaş sınırlaması kaldırılmış olup engelli ve yaşlılar da kapsama alınmıştır <sup>(17)</sup>.

**Manevi unsur:** Suç kasıtlı ya da ihmalle işlenebilir.

**Ağırlaştırıcı neden:** Terk sonucu mağdurun yaralanması, hastalanması veya ölmesi durumunda netice nedeniyle ağırlaştırılmış hükümler uygulanır.

1 Yargıtay 8. CD 2008/15038 E., 2010/12067 20.10.2010, <http://online-hukuk.org/makale/uc-yasini-doldurmus-terk-edilmesi.html>

Sonuç olarak, ihmalin hukukta cezalandırılması güç olmakla birlikte özellikle çocukların bakım, koruma ve eğitim yükümlülüklerinin ihmalinin ayrı suç olarak kabul edilmiş olması ÇHS'sinde devlete ve ana babaya yüklenen sorumlulukların hayta geçmesi açısından önemlidir. Ancak ihmal suçlarında ana babanın cezalandırılmasından önce yönlendirilmesi, danışmanlık yapılması yönünden tedbirler alınması gereklidir.

### 2.3.8 Olgu sunumu

12 aylık erkek bebek, aşısı olduğu için sağlam çocuk polikliniğine getirilmiş. Bir yaş kontrolünde tüm bebeklere kan sayımı ve gelişim testi yapıldığı için çocuğa da kan sayımı yapılmış, çocuk psikologu tarafından gelişimi değerlendirilmiş.

- Anne 27 yaşında, sağlık alanında çalışıyor.
- Baba 33 yaşında, özel bir şirkette yoğun çalışıyor
- Anne baba arasında iletişim az
- Bebeğe ilk 6 ay bir bakıcı kendi evinde bakmış
- 9-12 ay arası değişik bakıcıların evinde bakılmış.
- Ailenin bebekle ilgili bildirdiği bir kaygı yok, aksine bebeğin çok sıcakkanlı olduğunu ve herkese gittiğini, kimseyi yabancılamadığını söylüyorlar.
- Kan sayımı: Anemisi var
- Gelişim değerlendirmesi: Göz teması kurmuyor, komut almıyor, konuşmuyor, hiç kelimesi yok, dikkati dağınık

#### ***Yaklaşım ne oldu?***

- Duygusal ve tıbbi ihmal,
- Tepkisel bağlanma bozukluğu düşünüldü
- Çok sık bakıcı ve mekân değiştirmişti.
- Anne ve baba ile yeterli vakit geçirmediğinden yeterli uyaran almıyordu.
- Bebeğe bakmaya babaanne geldi.
- Anne ve baba aile eğitimi aldı.
- Yakın izlem yapılıyor.

Şu anda 2,5 yaşında ve gelişimi yaşı ile uyumlu.

**Kaynaklar**

1. Dubowitz H, Newton RR, Litrownik AJ, Lewis T, Briggs EC, Thompson R, English D, Lee LC, Feerick MM. Examination of a conceptual model of child neglect. *Child Maltreat*. 2005; 10(2):173-89
2. Harrington D, Zuravin S, DePanfilis D, Ting L, Dubowitz H. The neglect scale: confirmatory factor analyses in a low-income sample. *Child Maltreat*. 2002 ; 7(4):359-68
3. Runyan D, Wattam C, Ikeda R, Hassan F, Ramiro L. Child abuse and neglect by parents and other caregivers. In: Krug EG and World Health Organization, eds. *World Report on Violence and Health*. 2nd ed. Geneva: World Health Organization. 2002; 59-86.
4. Saka NE. Adli Tıp Kurumu Başkanlığı'nca Karara Bağlanmış Çocuk Ölümünün 'Çocuk İstismarı ve İhmali' Açısından İncelenmesi. Uzmanlık Tezi. T.C. Adalet Bakanlığı Adli Tıp kurumu Başkanlığı, İstanbul, Ocak-2004
5. Polat S, Tasar A, Ozkan S, Yeltekin S, Cuhaci Cakir B, Akbaba S, Sahin F, Camurdan AD, Beyazova U. Perceptions and attitudes of mothers about child neglect in Turkey. *Infants&Young Children*. 2010; 23(2):1-10.
6. Tenney-Soeiro R, Wilson C. An update on child abuse and neglect. *Curr Opin Pediatr*. 2004; 16: 233-7.
7. Flaherty EG, Stirling J, The Committee On Child Abuse And Neglect. American Academy of Pediatrics. Clinical report-The pediatrician's role in child maltreatment prevention. *Pediatrics*. 2010;1 26(4):833-41.
8. Dubowitz H. Tackling child neglect: A role for pediatricians. *Pediatr Clin N Am*. 2009; 56:363-78.
9. Munkel WI.. Neglect and Abandonment. In: Monteleone JA, Brodeur AE, eds. *Child Maltreatment. A Clinical Guide and Reference*. 2nd ed. St. Louis: GW Medical Publishing, Inc. 1998; 340-56
10. Çamurdan Duyan A, Çocuk İstismarı ve İhmalini Önleme Derneği. Çocuk İstismarı ve İhmaline Multidisipliner Yaklaşım. Birinci baskı. Ankara: Ankara Üniversitesi Basım Evi. 2006; 35-46
11. McDonald KC. Child abuse: approach and management. *Am Fam Physician*. 2007; 75:221-8
12. A. Fogel, ve G. F. Melson, *Child Development Individual, Family and Society*, St Paul, 1988
13. Margaret Lynch, Çocuk İstismarı ve İhmali, Çocuk İstismarı ve İhmali. Çocukların Kötü Muameleden Korunması I. Ulusal Kongresi, Gözde Repro Ofset, Ankaraç 1991; 37-44
14. Aral N, Gürsoy F, "Çocuk Hakları Çerçevesinde Çocuk İhmal ve İstismarı", *Milli Eğitim Dergisi*. 2011; 217:140-148
15. Özen M, Aile Hukukundan Kaynaklanan Yükümlülüklerin İhlali Suçları, Prof. Dr. Bilge Öztan'a Armağan, Turhan Kitabevi, Ankara. 2008; 1366
16. Şener Gülnihal ; " Aile Hukukundan Kaynaklanan Yükümlülüğün İhlali Suçu" <http://www.yayin.adalet.gov.tr/dergi/37.sayı>
17. Hakeri Hakan, "Yeni TCK hayta Karşı, Vücut Dokunulmazlığına Karşı Suçlar, İşkence, eziyet, Terk ve Yardım Yükümlülüğünü Yerine Getirilmemesi Suçları" <http://portal.hakanhakeri.com/makaleler>

## 2.4 DUYGUSAL İSTİSMAR VE İHMAL

Çocuk istismarı, çocuktan sorumlu yetişkin ya da kurumlar tarafından çocuğun cinsel, fiziksel duygusal, sosyal ve bilişsel alanda gelişimine zarar verebilecek davranışların gerçekleştirilmesidir. Çocuk ihmali ise çocuğun sağlıklı gelişimi için sergilenmesi gereken davranışların sergilenmemesi olarak tanımlanmaktadır. İstismar yapılmaması gerekeni yapmak, ihmal yapılması gerekeni yapmamak olarak da ifade edilebilir.

Çocuğun duygusal istismar ve ihmali tanımlanması ve tanınması en güç istismar ve ihmal türü olmakla birlikte tüm yaşamı boyunca bireyin ruh sağlığını olumsuz etkileyebilecek unsurlar içermesi ve yaygınlığı nedeniyle çocuk koruma alanının en temel sorunudur. Çocuğun duygusal istismar ve ihmali; çocuğun duygusal bütünlüğünü ve gelişimini zedeleyen her tür eylem ya da eylemsizlik olarak tanımlanır. UNICEF'e göre ise çocuğun nitelik, kapasite ve arzularının sürekli olarak kötülenmesi, sosyal ilişkiden yoksun bırakılması, çocuğun sürekli olarak insanüstü güçlerle, sosyal açıdan ağır zararlar verme ya da terk etme ile tehdit edilmesi, yaşına ve gücüne uygun olmayan isteklerde bulunulması ve çocuğun topluma aykırı düşen çocuk bakım ve yöntemleri ile yetiştirilmesi duygusal istismardır <sup>(1)</sup>.

Ulusal İnsidans Çalışması (NIS)-3'de duygusal ihmal; çocuğa yeterli duygusal yakınlık ve duygusal destek sağlayamamak, ya da çocuğun aile içi şiddete tanık olmasını engelleyememek olarak ifade edilirken; küçümseyici, aşağılayıcı, onur kırıcı, tehdit edici sözel şiddet ve fiziksel olmayan ağır cezalandırmalar da duygusal istismar olarak ele tanımlanmıştır <sup>(2)</sup>.

1983 yılındaki Uluslararası Çocukların Psikolojik İstismarı Kongresinde, çocukların duygusal istismarı, varlığı ya da yokluğunun psikolojik olarak zarar verici olduğuna uzmanların ve toplumsal standartların birleştirilmesiyle karar verilen eylemler biçiminde tanımlanmıştır <sup>(3)</sup>.

Çocuk İstismarı Konusunda Amerikan Profesyonel Kuruluşu (American Professional Society on the Abuse of Children, APSAC)'a göre ise tanım; sözel ve sözel olmayan aşağılama, azarlama, dışlama; tehdit edici, çocuğu ve sevdiklerini tehlikeye sokucu davranışlar; çocuğu, uygun olmayan davranışlara teşvik etmek (örneğin hırsızlık), çocuğu duygusal karılıktan mahrum bırakmak (çocuğun duygusal etkileşim gereksinimini hiçe saymak, çocuğa pozitif duygulanım gösterememek, çocukla etkileşimde duygu gösterememek); çocuğu, akranlarıyla ya da yetişkinlerle iletişim ve etkileşimi için fırsat yaratmayarak izole etmek, çocuğun mental, sağlık, tıbbi ve eğitimsel alanlardaki temel gereksinimlerini karşılamamak gibi duygusal istismar ve ihmal unsurlarını birlikte içerir <sup>(4)</sup>.

Duygusal istismarın çoğunlukla tek başına değil de diğer istismarlarla (özellikle fiziksel istismarla) birlikte olması ve önceliğin diğer istismar türlerine verilmesi, duygusal istismarın hem tanınması hem de ele alınmasının önüne geçmektedir. Duygusal

istismar ve ihmalin çocuğun birincil bakımını üstlenen kişilerce yapılıyor olması ve çoğu kez çocuğu disipline etmek amacı taşıması gibi nedenlerle dikkatlerden kaçmakta ya da yaptırım uygulanmamaktadır.

Duygusal istismar bir ilişki ve etkileşim tarzı olarak da tanımlanmakta; sürekliliği ve çocuğun kendilik algılarını etkileyen yıkıcı özelliği ile yaşam boyu olumsuz izler bırakan ve nesiller arası yüksek geçiş riski gösteren bir istismar türü olarak düşünülmektedir<sup>(5, 6)</sup>.

#### 2.4.1 Duygusal İstismar ve İhmalin Türleri<sup>(5- 9)</sup>

**Reddetme/Yok sayma:** Ebeveynlerin çocukla bağlanma geliştirmedikleri ve reddedici davranışlar sergiledikleri durumdur. Çocuğa istenmediği çeşitli şekillerde söylenir. Çocuk aile içinde sürekli olarak suçlanır, hor görülür, isim takılır, alay edilir. Konuşmama, bırakılacağını, terk edileceğini belirtme ya da aile içinde günah keçisi olarak sürekli eleştirme şeklinde yapılan duygusal istismar şeklidir. Ebeveynler fiziksel olarak vardır ancak duygusal olarak yoktur. Çocuğa gelişimi için gereken yakınlık, sevgi, ilgi ve bağlılığı göstermeyen soğuk yaklaşımlar içindedirler. Çocuğun ayrı bir birey olarak kabul edilmemesi, ihtiyaçlarının karşılanmaması, evde o yokmuş gibi davranılması, kişiliğinin, kabiliyetinin ve başarılarının yok sayılması, hiçbir işe yaramadığının hissettirilmesi veya söylenmesi ve genelde çocuğun yaptıklarının onaylanmaması durumudur.

**Yalnız bırakma/İzole etme:** Çocuğun yaşlıları içinde bulunması, etkinliklere katılması, engellenir, yalnızlığa itilir. Odasına ya da başka kapalı alanlara bırakılarak cezalandırılır. Çocuğun denetimsiz yalnız bırakılması, arkadaş gruplarına, okul sonrası aktivitelere katılmasına izin verilmemesi, çocuğa yaşamda yalnız olduğunun söylenmesi ya da hissettirilmesi olarak tanımlanır.

**Korkutma/Yıldırma:** Ebeveynin çocuğu korkutması, tehdit, azarlama, suçlama, aşağılama, gözdağı verme yollarıyla korku dolu bir ortamda yaşamasına neden olması olarak tanımlanır. Çocuğu sindirmek için söylenen “beni üzersen ölürüm, seni bırakırım, çok hasta olurum, üvey anne eline kalırsın, annesiz büyürüm” gibi sözler ile gelen istismar çocukta suçluluk ve öfke duygularına yol açacak, kaygı ve korku yaşatacaktır.

**Suçya yöneltme/İtme:** Ebeveynler çocuğun ilaç ya da alkol kullanmasına, şiddet içeren davranışları izlemesine ya da katılmasına, porno seyretmesine, tecavüz, gasp vb. suçlara tanık olması ya da katılmasına izin verir ya da teşvik edici olur. Çocuğun toplumun kurallarına karşı davranmasına göz yumulması ya da bu davranışların pekiştirilmesi, suçya yönelmesine zemin hazırlanması, bu tür davranışlarına engel olunmaması, çocuğa iyi kötü kavramlarının öğretilmemesi bu grup altında yer alır. Anne babanın çocuğa karşı göstermiş olduğu aşırı hoşgörülü tutum, çocuğun pek çok olumsuz davranışını görmezden gelme çocuğun sağlıklı davranış gelişimini gerçekleştirememesine yol açacaktır.

Duygusal istismar ve ihmal çoğu kez birlikte ele alınsa da aşağıdaki tabloda her iki örsleme türü ile ilgili özellikler özetlenmiştir:

Duygusal İstismar	Duygusal İhmal
- Aşağılama	- Dışlama
- Ad takma	- Önemsememe
- Azarlama	- Yok sayma
- Alay etme	- Temel gereksinimlerin karşılamama
- Suçlama	- İlgisiz olma
- Düşmanca davranma	- Duygusal karşılıktan mahrum bırakma
- Uygun olmayan davranışlara teşvik etme, yönlendirme (hırsızlık v.b.)	- Pozitif duygulanım göstermeme Uygun olmayan davranışlara duyarsız kalma
- Tehdit içeren davranışlar:	- Korumama
- Gözdağı vererek disiplin	- Çocuğun, akranlarıyla ya da
- Yaralama /ölümle tehdit	- Yetişkinlerle iletişim ve etkileşimi için fırsat yaratmamak
- Sıra dışı davranışlara maruz bırakma	
- Özkıymıla tehdit	
- Evlilik içi şiddet	
- Suçlama	
- Terk etme	
- Çocuğun, akranlarıyla ya da yetişkinlerle iletişim ve etkileşimini engellemek, izole etmek, hapsetme	
- Uygunsuz sorumluluk yüklemek	
- Yaşa uygun sosyalleşmenin engellenmesi	
- Çocukla rolleri (sorumlulukları)değişme	
- Çocuğun gelişmesinin engellenmesi	

Cicchetti ve Rizley (1981) tarafından geliştirilen etkileşimsel (transactional) model, istismarın risk faktörleri arasındaki etkileşimlere odaklanmaktadır <sup>(10)</sup>. Daha sonra Cicchetti ve Lynch (1993) istismarın ekolojik modelini ve etkileşimsel modeli temel alarak ekolojik/etkileşimsel modeli geliştirmiştir. Ekolojik kuram, çocuk istismarı ve ihmalinin nedenlerine odaklanırken ekolojik/etkileşimsel model nedenlerin yanı sıra çocuk üzerindeki etkileri ve risk faktörlerin etkisini ödünleyebilecek faktörleri de ele almaktadır. Dolayısıyla bu kuram çocuk istismarı ve ihmali önleme ve kişiyi istismarın olumsuz etkilerine karşı koruma konusunda oldukça önemli bir çerçeveye sahiptir. Ekolojik/etkileşimsel modelde, çocuk istismarı ve toplumsal şiddetin etkileşim içinde oldukları ve çocuk gelişimini olumsuz yönde etkiledikleri belirtilmektedir <sup>(11)</sup>.

Çocuğun sürekli olarak eleştirilip aşağılanması, yeteneklerinin ötesinde istek ve beklentilerin olması, aşırı öfke ya da saldırgan tutumlarla yaklaşılması, korkutulması, davranışlarının aşırı kısıtlanması ya da aşırı hoşgörü içinde olunması gibi yaklaşımların yol açtığı duygusal istismar çocukta pek çok olumsuz ruhsal belirtilere yol açar. Bu çocuklar aşırı pasif, kendine güvensiz, değersizlik duyguları, depresyon ve kaygı belirtileri sergileyen ya da yıkıcı davranışlar ve antisosyal özellikler gösteren bireyler olabilirler. Özgüven azlığı duygusal örselenme ile sıklıkla ve belirgin olarak ilişkilendirilir <sup>(12, 13)</sup>. Duygusal istismar çocuğun duygusal ve sosyal gelişimi yanı sıra dikkat

ve öğrenme üzerine olan olumsuz etkileri nedeniyle bilişsel gelişimi de bozabilmekte, bu çocuklar kapasitelerinin altında akademik başarı gösterebilmektedirler <sup>(14)</sup>.

Duygusal istismar tüm bunların yanı sıra çocuğun fiziksel gelişimini de etkileyebilir. Fiziksel ihtiyaçları yeterince karşılanırsa bile ileri boyutta duygusal istismara uğrayan, gelişimleri için gerekli sevgi ve ilginin verilmediği bebeklerde büyümemenin hatta ölümleri olduğu bilinmektedir. Daha hafif durumlarda ise kaygılı ve güvensiz oldukları, yavaş gelişim gösterdikleri, yeme ve uyku sorunu yaşadıkları dikkati çekmektedir. Duygusal istismar kişiyi tüm yaşam süreci boyunca etkileyebilecek ve pek çok ruhsal hastalığa zemin hazırlayabilecek bir durum olarak ele alınır <sup>(15)</sup>.

#### 2.4.2 Sıklığı

Duygusal istismar ve ihmalin tanımı ve tanılanması ile ilgili güçlükler nedeniyle sıklık açısından yeterli ve sağlıklı veriler bulunmamaktadır. Duygusal istismardan çocukluk çağı travmatik yaşantılarının çekirdeği olarak söz edilmesine karşın bu alanda yapılmış bilimsel araştırma sayısı cinsel ve fiziksel istismar ile karşılaştırıldığında oldukça azdır.

Duygusal istismarın tek başına rastlanan en nadir, öte yandan ihmalin ise tek başına en sık rastlanan örseleme tipi olduğu belirtilmiştir. Duygusal istismarda kız ve erkek çocuklar arasında sıklıkta önemli bir fark yoktur. 6-8 yaş arasında pik yapmakta ve ergenlik boyunca da hemen hemen aynı seviyede kalmaktadır. İhmalde de cinsiyetler arasında belirgin fark olmamakla birlikte, en sık görüldüğü dönem yaşamın ilk yıllardır <sup>(6)</sup>.

Fiziksel istismar ve ihmal olgularının yaklaşık %90'ında duygusal istismarın da bulunduğu bildirilmektedir <sup>(16)</sup>. Duygusal istismara uğrayan çocukların da fiziksel istismara (% 63) ve ihmale (% 76) uğrama oranları da yüksek verilmiştir. Duygusal istismar alttipleri içinde en sık görülen ise korkutma/yıldırtma olarak belirlenmiştir <sup>(17)</sup>.

Çocukların fiziksel istismar yaşantısının ardından sergilediği dayanıklılığı incelemeyi amaçlayan bir tez çalışmasında araştırmada, okula devam eden 12-17 yaş arasındaki ergenlerle çalışılmıştır. Araştırmaya katılan ergenler, yaşamları boyunca en az bir kez olmak üzere en sıklıkla duygusal istismar (% 60), aile içi şiddete tanıklık (% 55), fiziksel istismar (% 48), ihmal (% 17) ve son olarak cinsel istismar (% 8) davranışlarına maruz kaldıklarını ifade etmişlerdir <sup>(18)</sup>.

Türkiye'de yapılan çalışmalarda, 1995 yılında 7-14 yaş grubundaki çocukları olan ailelerin % 43'ünde fiziksel şiddet, % 53'ünde sözlü şiddet yaşandığı saptanmıştır<sup>(19)</sup>. Bir eğitim hastanesi çocuk koruma birimine dört yıl içinde başvuran 215 olgunun % 29.8'inde fiziksel istismar, % 21.4'ünde duygusal istismar, % 9.8'inde cinsel istismar saptanmıştır. Olguların % 39.5'una ihmal tanısı konmuştur <sup>(20)</sup>. Bu konuda ülkemizde yapılan araştırmalarda duygusal istismarın % 78 gibi yüksek bir oranla ilk sırada olduğu belirtilmektedir <sup>(21)</sup>.

Psikiyatri hastalarında çocukluk çağı travmalarının sıklığı ve pathofizyolojisinin araştırıldığı bir çalışmada duygusal istismar oranı % 55.6 olarak saptanmıştır <sup>(22)</sup>.

### 2.4.3 Etiyolojisi

Duygusal ihmal ve istismarın nedenleri üç temel başlık altında incelenebilir:

**İhmal / İstismarı Yapan Kişi İle İlgili Etmenler:** Duygusal ihmal ve istismar çoğunlukla çocuğun, ebeveynleri özellikle anneleri ile ilişkide yaşanan bir durum olduğundan çoğu araştırma anneleri ele almaktadır. Anneye ait bazı kişilik özelliklerinin araştırıldığı çalışmalarda, annelerin kendilik algılarında, dürtü kontrolünde ve kişiler arası ilişkilerinde önemli problemler saptanmıştır. Annelerin özgüveninin, problem çözme becerilerinin zayıf olduğu, geçmişlerinde istismar deneyimleri olduğu, çocuğun gelişimi, davranışları ve duygusal tepkileri konusunda gerçek dışı beklentileri bulunduğu, zihinsel ve duygusal olarak donuk ya da nörotik özelliklere sahip olduğu, farkındalıklarının zayıf olduğu üzerinde durulmuştur <sup>(23)</sup>.

Ebeveyn depresyonunun çocukta duygusal örseleme ve ihmali arttırdığı birçok araştırmada değinilen bir konudur. Annenin psikiyatrik sorunlarının, duygudurum bozukluklarının sözel örselemeyi arttırdığı, duygusal vericiliği, yakınlığı azalttığı bildirilmektedir. Annelerin sosyal paylaşımı az olan ya da sosyal desteği daha az algılayan anneler oldukları bildirilmektedir. <sup>(24)</sup>.

Ebeveynin madde bağımlılığı ve kötüye kullanımının hem doğrudan hem de aile işleyişi üzerindeki dolaylı etkileri ile duygusal istismar olasılığını ve tekrarlayıcılığını artırdığı bildirilmektedir <sup>(25)</sup>. Bilişsel yetersizliği olan annelerin, olmayanlara göre daha fazla risk taşıdıkları da fazla tartışma gerektirmeyen bir gerçektir <sup>(26)</sup>.

Anne bebek ilişkisinde sağlıklı bağlanmanın gelişmemiş olması, erken dönem anne bebek ayrılıkları ya da doğum sonrası depresyon ya da psikoz olgularında anne çocuk arasında sağlıklı duygusal alışveriş olamayıp ve anne sağlıklı ebeveyn rolüne giremeyebilir.

Örsel ve arkadaşlarının psikiyatri hastalarında çocukluk çağı travmalarının araştırdıkları bir çalışmada; çocuklukta anne-babadan uzun süre ayrı kaldığı dönem oranı, duygusal ve cinsel istismar bildiren gruplarda daha yüksek bulunmuştur. Anne babalar arasındaki şiddet, baba ve anne eğitim düşüklüğü, çocukluk döneminde ayrılık oranları da bu grupta anlamlı olarak yüksektir. Tanı olarak duygudurum ve anksiyete bozuklukları yüksek saptanmıştır. Aile özelliklerine bakıldığında, özellikle annenin eğitim durumuyla duygusal ve fiziksel istismar, babanın düşük eğitim düzeyiyle duygusal/fiziksel ihmali ilişkili olarak gözlenmektedir, ayrıca ailede psikiyatrik bozukluk oranı da anlamlı olarak yüksektir <sup>(22)</sup>.

Kendi özgeçmişlerinde aile içi şiddete tanık olma ve istismar öyküsü olan ebeveynlerin kendilerinin de çocuk yetiştirme tutumlarının örseleyici olduğu, duygusal ihmal ve istismar sıklığının bu grupta arttığı ve dolayısıyla nesiller arası bir geçişin bulunduğu üzerinde durulmaktadır <sup>(27)</sup>.

**Sosyal ve Çevresel Etmenler:** Duygusal istismara; ekonomik, sosyal ve eğitim seviyesi ne olursa olsun toplumun tüm katmanlarında rastlanmaktadır. Ancak özellikle

toplum yaşamından yalıtılmış ailelerde, yoksulluk, işsizlik, suçluluk oranının yüksek olduğu bölgelerde yaşayan ailelerde sıklığın fazla olduğu düşünülmektedir. Çevreden yalıtılmanın ya da sosyal destek sistemlerinden uzak kalmanın istismarla ilişkili olduğu ifade edilmektedir. Bu tür destek sistemlerinden uzaklık kişilerin stresini arttırmaktadır. Ebeveynler, problemlerini çözerken yardım almadan yalnız çabalamak durumunda kalmaktadırlar. Araştırmalarda istismar eden ailelerde bazen sosyal destek ağının dar olmasına rağmen çoğu zaman sosyal desteği kullanmada başarısızlığın daha dikkat çekici bir özellik olduğu belirtilmektedir (28). Ailede çocuk sayısının yüksek olması, ebeveynlerin yaşlarının küçük olması ya da sorumluluk alacak olgunlukta olmaması durumunda, tek ebeveynli ya da boşanmış aileler ile sosyal desteğin zayıf olduğu aileler için risk daha fazladır. Duygusal istismarın sosyal ve kültürel yapı ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Ayrıca kültürel yapı tanı ve tanımlamadaki zorlukta da kendini gösterir. Nitekim bazı kültürler için ihmal ya da istismar olarak düşünülen bir tutum bir başka kültürün bir parçası olabilir. Örneğin çocukların hangi yaşta ve ne süreyle yalnız bırakılacakları, kendinden küçük kardeşlerinin bakımından ne dereceye kadar sorumlu tutulacakları gibi birçok konuda, kültürel faktörlerin etkisiyle daha da zorlaşan sorular karşımıza çıkmaktadır (6).

**Çocuk İle İlgili Etmenler:** Çocuğun zor mizaç özellikleri göstermesi, çocukta bulunan ruhsal hastalıklar duygusal istismara uğrama riskini artırabilmektedir. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) olan çocuklarla yapılmış bir tez çalışmasında DEHB olan çocukların beddua etme, reddetme, tehdit etme, suçlama, karşılaştırma ve aşağılama şeklindeki sözel şiddeti kontrol grubundaki çocuklara kıyasla daha yüksek oranlarda bildirdikleri dikkati çekmiştir (29).

#### 2.4.4 Tanı ve Ayırıcı Tanı

Duygusal istismar ve ihmal tanısı koymak konusunda pek çok zorluk yaşanmaktadır. Tanı davranışa mı, çocuk üzerindeki etkisine göre mi konulsun, belli bir eşik mi aransın, kültürel özellikler nasıl ele alsın gibi sorulara yanıt aranırken, istismarın aile içinde olması, çocuk hele ki özürlü olan çocuğun bunu ifade edememesi, aile içi disiplini tarzı olarak görülmesi, olumsuz sonuçlarının geç ortaya çıkması ya da çıkan olumsuz durumlarla bağlantı kurulmaması gibi nedenler hem duygusal istismar/ihmal tanısının konulmamasına hem de ayırıcı tanı yaparken duygusal istismar/ihmalin atlanmasına yol açmaktadır (6). Oysaki pek çok ruhsal ve davranışsal sorun temelinde duygusal istismar yatıyor olabilir. Hatta bu ihtimal duygusal istismara uğrayanlarda diğer istismar türlerinden daha da güçlüdür. Özellikle depresyon, kaygı bozuklukları, sosyal ilişki sorunları, benlik saygısının bozulması, özkıyım girişimleri başta olmak üzere yaşanan ve geçmişte yaşanmış olan ruhsal sorunlarda duygusal istismar/ihmal sorumlu olabilir (30-32).

Çocukluk ve ergenlik döneminde görülen özkıyım girişimlerinde duygusal istismar özellikle araştırılmalıdır. Mullen ve arkadaşları (1996) özkıyım girişiminin fiziksel istismarda 5 kat artarken duygusal istismarda 12 kata çıktığını vurgulamaktadır (31). Duygusal ihmale maruz kalmış çocuklarda küçük yaş grubunda sık mastürbasyon,

depresyon büyük yaş grubunda madde kötüye kullanımı ve davranış bozukluklarına sık rastlanmaktadır. Son yıllarda duygusal istismar yeme bozukluğunun altında yatan etmenler içinde de çalışılmıştır. Duygusal istismara maruz kalan çocuklarda bedenden memnuniyetsizlik, düşük benlik saygısı ve anksiyete ile giden bilişsel ve duygusal süreçler yeme bozukluğunun psikopatolojisi ile ilişkili bulunmuştur (33, 34).

Duygusal istismarın diğer istismar türlerine çok yüksek oranda eşlik edebileceği unutulmamalı ve her istismar vakası mutlaka bu açıdan da ele alınmalıdır. Özellikle fiziksel istismar olgularının duygusal istismar riski çok yüksek olgular olduğu hatırlanmalıdır. Çocuğa Yönelik Anababa Tepkileri Anketi, Disiplin Standartları Araştırma Anketi (Survey of Standarts of Discipline) gibi araçlar kullanılarak çocukluk dönemi istismarları ile ilgili çalışmalar planlanabilir.

Geriye dönük araştırmalarda kullanılan ölçekler ile geçmiş deneyimlerin şimdiki ruhsal patoloji ile bağlantısı kurulmaya çalışılır. Travmanın etkilerini değerlendirmek üzere ülkemizde erişkinlerle yapılan çalışmalarda Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Yaşam Olayları Ölçeği (PERI Psychiatric Epidemiology Research Interview Life Events Scale) gibi ölçeklerden yararlanılmaktadır. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği 1994 yılında Bernstein tarafından geliştirilmiş (35, 36). Çocukluktaki duygusal, fiziksel, cinsel istismar ve sözlü şiddeti değerlendiren sorular içeren ölçeğin fiziksel, duygusal, cinsel istismar ve fiziksel, duygusal ihmal olmak üzere beş faktörü bulunmaktadır. Yaşam Olayları Ölçeği ise stresli yaşam olaylarının kapsamlı değerlendirilmesi için geliştirilen bir araçtır. Günlük yaşamda karşılaşılan bildik olayların bir listesi bulunmaktadır. Son altı ayda yaşadıkları olayların verdiği sıkıntıyı 1'den 7'ye kadar puanlayarak işaretlemesi, sonundaki iki soruyla genel bir değerlendirme yapması ve hastalığıyla ilgili olup olmadığını belirtmesi istenmektedir (37).

Tanı ve ayırıcı tanıda kullanılacak ölçek ve anketler son derece önemli ipuçları verseiler de duygusal ihmal ya da istismarın atlanmamasında en değerli olan bu konuya yönelik duyarlılık ve yeterliliğin olmasıdır. Hem çocukluk, hem ergenlik hem de erişkinlik dönemindeki ruhsal sorunların çoğunun zemininde duygusal ihmal ve istismarın bulunabileceği dikkate alınmalı ve böylesi bir şüphede öykü ayrıntılandırılmalıdır.

#### 2.4.5 Yaklaşım

- Önleme
- Bireysel terapiler
- İlaç tedavisi: ortaya çıkan psikiyatrik bozukluklar için
- Ebeveyn-çocuk ilişkisini düzenlemek
- Ebeveyn ya da istismara yol açan kişinin eğitim almasını sağlamak
- Çocuğun yaşantısındaki pozitif ilişkileri saptamak ve kullanma

Çocuğun duygusal istismar ve ihmali konusunda yapılabilecek en etkin hizmet önleme çalışmalarıdır. Öncelikle risk gruplarının belirlenmesi, onlara ulaşılması, sosyal destek ve eğitim verilmesi gerekir. Ergen anneler, düşük sosyoekonomik düzeydeki

aileler, alkol ve madde kötüye kullanan ebeveynler, bilişsel veya psikiyatrik problemleri olan anneler yüksek risk grubundadırlar. Bu gruba ulaşabilmenin yollarından biri olan ev ziyaretleri sosyal destek verilecek ailelerin belirlenmesi, ebeveynin psiko-sosyal eğitimi, ev ortamının iyileştirilmesi, çocukların sorun davranışlarının azaltılmasına destek olabilir. Duygusal istismarı yapan kişinin çocuğun birincil bakım veren kişi çoğu kez de anneler olması çocuğun korumaya alınması ya da istismarcının bildirimini konularını güçleştirse de bu konularda yapılacak toplumsal bilinçlendirme çalışmaları bu istismar türünün ve getirdiği sorumluluk ve yaptırımın öğretilmesi ve uygulanması sağlanmalıdır. Unutulmamalıdır ki duygusal istismarın önüne geçilmesi sağlıklı bireyler yetiştirebilmenin temelini oluşturacaktır. Çocukla iletişim halinde olan ve çocukla uzun zaman geçiren öğretmenlerin duygusal istismar ve ihmal konusunda bilgilendirilmeleri de hem kendi farkındalıklarını artıracak hem de bu tür bir istismara maruz kalmış çocuğa daha kolay ulaşılmasını sağlayacaklardır. Medya ve kitlesel eğitimler de ailelerin farkındalık kazanmalarına destek olabilir ve bu bağlamda etkin projelerle multidisipliner yaklaşımlar gerçekleştirilebilir. Özellikle çocuk ve aile ile etkileşim içinde olan tıp, hemşirelik, sosyal hizmetler, öğretmenlik ve hukuk gibi pek çok alanında lisans eğitimlerinde çocuk ihmal ve istismarı konusunda eğitim verilebilir.

Çocuğun duygusal istismarına erken tanı koyabilmek ya da önlem alabilmek için eti-yoloji bölümünde yer verilen risk faktörleri açısından yapılabilecekler de son derece önemlidir. Ruhsal hastalığı olan annelerin ya da ailedeki diğer bireylerin psikiyatrik tedavisinin yapılması, ailenin çocuğa yönelik ihmal ve istismarına zemin hazırlayan olumsuz yaşam olaylarının ele alınması etkin yöntemler olacaktır. Çocuğa ait özellikler de dikkatten kaçırılmamalıdır. Özellikle bazı ruhsal bozuklukları çocukların duygusal istismara uğrama sıklığını artırdığı bilinmektedir. Çocuk ve ergenlerde görülme sıklığı yüksek olan dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, karşı gelme karşıt olma bozukluğu ve davranım bozukluğu olan çocukların ebeveynleri ile yoğun ilişkisel sorunlar yaşayabilecekleri ve sıkça duygusal olarak örselendikleri bilinmektedir. Çocuklar özellikle sözel şiddetten olumsuz etkilendiklerini ifade etmektedirler <sup>(29)</sup>.

Duygusal ihmal ve istismarda aileye yaklaşım, anne baba eğitimi ve terapisi, çocuğun yaşına uygun bireysel terapi (çocuklarda oyun terapisi, ergenlerde bireysel psikoterapi ya da grup terapileri) yapılabilir. Duygusal istismarda özgün bir tedavi yöntemi ya da ilaç yoktur. Tedaviler o çocuğa özeldir, ilaçlar ortaya çıkan ruhsal bozuklulara yöneliktir. Bireysel terapi çocuğun özelliklerini ayrıntılı değerlendirmeye, ruhsal özelliklerini, zayıf ve güçlü yanlarını, savunma düzeneklerini belirlemeye ve riskleri saptamaya, önlem alabilmeye, gündemini daha sağlıklı bir çerçeveye taşımaya, öfke kontrolünü sağlamaya ve sağlıklı savunma düzeneklerini kurmaya, özgüveni ve etkileşim becerilerini artırmaya, ve en önemlisi de çocuğun yaşamına dahil olan terapist ile uygun davranış ve etkileşim modeli sunmaya yarar <sup>(5)</sup>.

Duygusal ihmal ve istismara uğramış çocuğun yaşam boyu duygusal ve ilişkiler sorunları açısından risk altında olduğu dikkate alınmalı ve izlem çalışmalarına ağırlık verilmelidir. Bu istismar türünde istismar davranışının modellenme yolu ile öğrenilmesi ve nesiller boyu aktarılması riski son derece önemlidir. Mağdur olanların istismarcı role girmeleri önlemenin en değerli yolu yine izlemler ve eğitimler olacaktır.

Çocukların en çok güvende olacakları yer ailelerinin yanı olmasına karşın aynı zamanda özellikle duygusal istismar olgularında en çok risk altında oldukları yerde aileleridir. Bazı annelerinin çocuklarını yetiştirmede ya da problem çözme süreçlerinde sıklıkla fiziksel ya da duygusal istismar/ihmal davranışı uyguladıkları göz önüne alınarak bu alanda önleme ve tedavi sağlayan yaklaşımlara hız kazandırılmalıdır.

#### 2.4.6 Olgu Sunumu

##### Olgu 1

..., 8 yaşında ilköğretim 2. sınıfta okuyan bir erkek çocuktur. Çocuk psikiyatri polikliniğine öğretmen tarafından yönlendirilmesi ile 20 yaşındaki büyük ablası tarafından getirilmiştir. İlk başvuru nedeni aşırı hareketlilik, arkadaşları ile geçimsizlik, sık sık küsme ve ağlama davranışları ve ders başarısızlığı idi. Ayrıntılı öykü ve ruhsal durum muayenesinde dikkat eksikliği, hiperaktivite bozukluğu ve depresyon tanılarını ile örtüşen bulgular saptandı.

Evin en küçüğü olan ..'nin annesi ilköğretim mezunu ev hanımı, babası ise lise mezunu bir işçi idi. ..'ye gebeliği boyunca anne depresif özellikler sergilemiş, bu çocuğu istemediğini defalarca dile getirmiş, ancak aldırma da cesaret edememiş. Gebelik boyunca günde 5 -6 adet sigara kullanımı olmuş ve düzenli bir gebelik takibine de girmemiş. Doğum sonrası dönemde anne ..'nin fiziksel bakımını sağlasa da .. ile daha çok büyük abla ilgilenmiş. .. yürümeye başladığından bu yana çok hareketli bir çocukmuş ve bu nedenle özellikle anne tarafından hep azarlanarak büyümüş. Annesinin ..'ye "keşke seni doğurmasaydım, hayatı bana zindan ettin, benim yaşım-dakiler şimdi ne rahatlar, ben senin gibi aptal ve yaramaz bir çocukla uğraşmaya mahkum oldum, senden bıktım, birgün çekip gidersem sebebi sensin.." gibi sözler söyler hatta zaman zaman da dövermiş. .. ders başında uzun süre oturmadığı ve derslerden düşük notlar aldığından anne onu sürekli komşularının çalışkan çocuğu ile kıyaslar ve "aptalsın sen, otur da bir çalış, herkesten geri kaldın.." diye azarlar, dışarı çıkmasına izin vermeyip odasında çalışması için kilitle tutarmış. .. duygusal olarak ablasına yakın olup ona sarılıp ağlar, ondan yardım istermiş. Öğretmen tarafından alınan bilgiler de derste dikkatinin zayıf olduğu, hareketli bir doğası olduğu ancak çok duygusal, kasıtlı kimseyi incitmeyen, hatta fazlaca alıngan, kendine güvensiz ve sık ağlayan bir çocuk olduğu şeklindeymiş.

Ruhsal durum muayenesinde zaman zaman ağlamaklı üzgün tavırları, zaman zaman da hareketliliği ön plana çıkan bir çocuktur. Cümle tamamlama testinde "isterdim ki annem beni sevsin", "keşke hiç doğmasaydım", "ne yazık ki ben çok aptal ve yaramazım", " Olmasını istediğim üç dileğim uslu olmak, annemin bana kızmaması, başarılı olmak" gibi kendini suçlu ve değersiz hissettiği cümleler yazdı. WISC-R uygulandığında zeka düzeyinin parlak normal düzeyde olduğu ancak dikkat eksikliğini düşündürülen özellikler bulunduğu tespit edildi. Çocuklar için depresyon testinden aldığı yüksek puan kliniği ile uyumlu olarak depresyonu destekledi.

Abla ile yapılan ilk görüşmenin ardından anne ve öğretmenle iletişime geçilmesi ve anne ile görüşmenin yapılması, erişkin psikiyatriden destek sağlanması ve çocuk ile ilişkideki sorun davranışlara yönelik farkındalığın kazandırılması planlandı. Çocuğun duygusal istismara maruz kaldığı ayrıca dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) ve depresyon tanılarının da olduğu düşünülerek ilaç tedavisi ve bireysel görüşmelere alındı. DEHB açısından çok belirgin düzelmeler sağlandı ancak duygusal sorunları, anne ile ilişkide yaşananlar ile ilgili sıkıntıları azalmakla birlikte devam etmekte ve bu nedenle takip altında tutulmaktadır. Anne de erişkin psikiyatri tarafından depresyon tanısı ve tedavisiyle izlenmektedir.

## **Olgu 2**

.. 18 yaşında üniversite öğrencisi bir kızdır. Derslerinde son derece başarılı ancak yalnız bir gençtir. Başvuru yakınması sosyal ortamlarda kendini rahat hissedememesi ve bu nedenle arkadaş ortamlarından kaçınmasıdır.

Ailenin ikinci çocuğu olan ...görüşmeye annesi ile birlikte gelmişti. Görüşmeye anne de girmekte ısrarcı olmuş ve sorunları daha iyi anlatacağını söyleyerek, ..'nin sık sık sözünü kesen müdahaleci tutumlar sergilemişti. Anne lise mezunu, işinden istifa ederek ayrılmış, ev hanımı, kendine bakımlı, oldukça konuşkan ve baskın yapıda bir kadındır, babası da üniversite mezunu görevi nedeniyle sık olarak ev dışında kalmış bir idarecidir. .. genel görünümü zayıf, yüz ifadesi üzgün, çekingen ve yavaş hareketleri olan, kısık ses tonu ile ve kısa cümlelerle konuşan gençti. Ayrıntılı öyküde annenin son derece titiz, kaygılı ve güvensiz özellikleri olduğu, şüpheli ve kontrolcü yapısıyla .. ile ilgili tüm kararları kendisinin verdiği, giyimine, yemesine, gezmesine karıştığı, arkadaş ortamlarına katılmasına ilkökull yıllarından beri asla izin vermediği, başına kötü şeyler geleceği şeklinde ifadelerle gözünü korkuttuğu, arkadaşlarını onaylamadığı onlarla alay eden, küçümseyen yaklaşımları olduğu, sık sık "sen bilmezsin, sen kendini koruyamazsın, seni kullanırlar.." dediğini, üniversiteye gidiyor olmasına rağmen arkadaşlarına karıştığı ve görüştürmediği, sürekli telefon ederek kontrol ettiği anlaşıldı. ..'nin kendisinden bir yaş büyük olan abisi ise anne tarafından sürekli kayırılmakta olduğu ve erkek olduğu için ona çok daha toleranslı davranıldığı izlenimi edinildi. Anne cinsiyet farkını vurguyan cümlelerle abinin dışarıda tek başına ve arkadaş grupları ile birlikte vakit geçirebileceğini ama ..'nin böyle bir hakkı olmadığını ifade edermiş. Aralarında bir yaş olmasına karşın abi de anneye benzer bir baskıyı kardeşi üzerinde kurabilir ve anne tarafından desteklenirmiş. Artık tüm arkadaşları ..'nin annesinin aramalarını ve onun bu duruma nasıl katlandığına hayret ediyorlar ve ona artık hiçbir etkinliğe çağırıyorlarmış.

Psikiyatrik muayenesinde ve psikometrik değerlendirmede öz güvenin çok düşük olduğu, sosyalleşememenin üzüntü ve kaygısını yaşadığı, sosyal fobik belirtileri olduğu, kendini yalnız ve çaresiz hissettiği saptandı.

Başlangıçta ilaç desteği alması anne tarafından onaylanmasa da, takip eden doktorun yaklaşımı ile desteğe başlandı. Annenin duygusal istismarının önüne geçilmesi için aile terapileri annenin ruhsal destek alması planlandı. Ailenin takibi ve gencin bireysel tedavi sürmektedir.

**Kaynaklar**

1. Kars Ö, Çocuk İstismarı: Nedenleri ve Sonuçları. Bizim Büro Basımevi, Ankara. 1996
2. Sedlack AJ, Broadhurst DD, The Third National Incidence Study of Child Abuse and Neglect Washington, DC: US Department of Health and Human Services. 1996
3. Hart SN, Brassard MR, Binggeli NJ, Davidson HA, (Psychological maltreatment. In JEB Myers, L Berliner, J Briere, CT Hendrix, C Jenny, TA Reid (Ed.), The APSAC handbook on child maltreatment, 2nd edition. Sage Publications, Thousand Oaks, California. 2002; 79-104
4. APSAC, Psychosocial evaluation of suspected maltreatment in children and adolescents. Practice Guidelines. American Professional Society on the Abuse of Children. 1995
5. Glaser D, Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): a conceptual framework. Child Abuse and Neglect. 2002; 26:697- 714
6. Dursunkaya D, Duygusal Örseleme ve İhmal. Çocuk ve Ergen Psikiyatri Temel Kitabı içinde. F. Çetin Çuhada-roğlu, A. Coşkun, E. İşeri, S. Miral, N. Motavallı, B. Pehlivan Türk, T. Türkbay, R. Uslu, F. Ünal (Ed). Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği Yayınları 3, Hekimler Yayın Birliği Ankara. 2008; 478-488
7. Hart SN, Brassard MR, A major threat to children's mental health. American Psychologist. 1987; 42:160-165
8. Hart SN, Brassard MR, Psychological maltreatment: Progress achieved. Development and Psychopathology. 1991; 3: 61-70
9. Barnett D, Manly JT, Cicchetti D, Defining child maltreatment: The interface between policy and research. Advances in Applied Developmental Psychology: Child Abuse, Child Development and Social Policy. NJ Norwood (ed) Ablex Publishing Corp. 1993; 7-73
10. Cicchetti D, Rizley R, Developmental perspectives on the etiology intergenerational transmission, and sequelae of child maltreatment. Developmental Perspectives on Child Maltreatment New Directions for Child Development. 1981; 11:31-56
11. Cicchetti D, Lynch M, Toward an ecological/transactional model of community violence and child maltreatment for children's development. Psychiatry. 1993; 56:96-118
12. Briere J, Runtz M, Differential adult symptomatology associated with three types of child abuse histories. Child Abuse and Neglect. 1990; 14:357-64
13. Oates RK, Forrest D, Peacock A, Self-esteem of abused children. Child Abuse and Neglect. 1985; 9:159-63
14. Hart SN, Binggeli N, Brassard M, Evidence of the effects of psychological maltreatment. Journal of Emotional Abuse. 1998; 1:27-58
15. Hildyard KL, Wolfe DA, Child Neglect: developmental issues and outcomes. Child Abuse and Neglect. 2002; 26:679-695
16. Claussen AH, Crittenden PM, Physical and psychological maltreatment: Relations among types of maltreatment. Child Abuse and Neglect. 1991; 15: 5-18
17. Trickett PK, Mennen FE, Kim K, Sang J, Emotional abuse in a sample of multiply maltreated, urban young adolescents: Issues of definition and identification. Child Abuse and Neglect. 2009; 33:27-35
18. Yılmaz Irmak T, Çocuk istismarı ve ihmalinin yaygınlığı ve dayanıklılıkla ilişkili faktörler. Yayınlanmamış doktora tezi. Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir. 2008
19. Aile Araştırma Kurumu, Aile İçi Şiddetin Sebep ve Sonuçları. Ankara. 1995

20. Traş Ü, Dilli D, Dallar Y, Oral R, Evaluation and follow up of cases diagnosed as child abuse and neglect at a tertiary hospital in Turkey. *Turk J Med Sci.* 2009; 39:969- 977
21. Bahar G, Savaş HA, Bahar A, Çocuk istismarı ve ihmali: Bir gözden geçirme. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi.* 2009; 4:51-65
22. Örsel S, Karadağ H, Karaoğlan Kahiloğulları A, Akgün Aktaş E, Psikiyatri hastalarında çocukluk çağı travmalarının sıklığı ve psikopatoloji ile ilişkisi. *Anatolian Journal of Psychiatry.* 2011; 12:130-136
23. Wilson SL, Kuebli JE, Hughes HM, Patterns of maternal behavior among neglectful families: Implications for research and intervention. *Child Abuse and Neglect.* 2005; 29:985-1001
24. Polansky NA, Gaudin JM, Ammons PW, Davis KB, The psychological ecology of the neglectful mother. *Child Abuse and Neglect.* 1985; 9:265-275
25. Wolock I, Magura S, Parental substance abuse as a predictor of child maltreatment re-reports. *Child Abuse and Neglect.* 1996; 20:1183-93
26. Kaplan SJ, Pelcovitz D, Labruna V, Child and adolescent abuse and neglect research: A review of the past 10 years. Part I. *Am. Acad. Child Adoles. Psychiatry.* 1999; 38:1214-1222
27. Egeland B, Jacobvitz D, Sroufe LA, Breaking the cycle of abuse. *Child Dev.* 1988; 59:1080-1088
28. Garbarino J, The human ecology of child maltreatment: A conceptual model for research. *Journal of Marriage and the Family.* 1997; 39:721-736
29. Evinç G (2011) Associated factors of child maltreatment and it's consequences among children diagnosed with and without ADHD: A comparative study. ODTÜ psikoloji bölümü, yayınlanmamış doktora tezi.
30. McGee RA, Wolfe DA, Wilson SK, Multiple maltreatment experiences and adolescent behavior problems: adolescents' perspectives. *Dev Psychopathol.* 1997; 9:131-149
31. Mullen PE, Martin JL, Anderson JC, Romans SE, Herbison GP, The long-term impact of the physical, emotional, and sexual abuse of children: a community study. *Child Abuse Negl.* 1996; 20:7-21
32. Vissing YM, Straus MA, Gelles RJ, Harrop JW, Verbal aggression by parents and psychosocial problems of children. *Child Abuse Negl.* 1991; 15:223-238
33. Kent A, Waller G, Childhood emotional abuse and eating psychopathology. *Clinical Psychology Review.* 2000; 20(7): 887-903
34. Ağırman A, Maner F, Yeme bozuklukları ve duygusal istismar: olgu sunumu. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi.* 2010; 23:121-127
35. Bernstein DP, Fink L, Handelsman L, Foote J, Lovejoy M, Wenzel K, et al. Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *Am J Psychiatry.* 1994; 151:1132-1136
36. Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T, et al. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse Negl.* 2003; 27:169-190
37. Dohrenwend BS, Dohrenwend BP, Krasnoff L, Askenasy AR, Exemplification of a method for scaling life events: the Peri Life Events Scale. *J Health Soc Behav.* 1978; 19:205-209

## 2.5 ÖZEL DURUMLAR

### 2.5.1 Sarsılmış Bebek Sendromu

Sarsılmış bebek sendromu, fiziksel istismarın küçük çocuklarda görülen özel bir formu olup istismara bağlı çocuk ölümlerinin ya da yaşam tehdit edici sonuçların % 95 inden sorumludur <sup>(1)</sup>. Bebeğin sürekli ağlaması gibi ana baba ya da bakıcısını kızdıran bir davranışı sonucu gövdesinden ya da kollarından tutulup sarsılmasıyla ortaya çıkar. Zayıf olan boyun kaslarının sarsma sırasında başın aşırı hareketine izin vermesi sonucu, korteksten dural venöz sinüse uzanan kortikal köprü venlerinde yırtılmalara bağlı subdural kanama ve nöroaksonal hasara ek olarak retinal kanamaların görülmesi tipiktir <sup>(2)</sup>.

Sıklıkla 2 yaş altındaki bebeklerde rastlanmakla birlikte 5 yaşa kadar görülebilir. SBS sıklığı bir yaş altında 21-24.6/100.000 oranında bildirilmekte ve bebeklerinin çoğunun 6 aydan ufak olduğu gözlenmektedir <sup>(3)</sup>. İnsidansı bebeklerin normal olarak daha çok ağladığı kolik dönemi, aşıların uygulandığı günler gibi dönemlerde artış göstermekte ve bebeklerin ağlama insidansı ile paralel seyretmektedir.

#### 2.5.1.1 Etiyoloji ve Patogenez

Düşük doğum ağırlıklı, premature bebekler ya da ailelerin beklentisini karşılamayan, çeşitli sağlık sorunları olan bebekler, üvey evlatlar, istenmeyen gebelik sonrası aileye katılan bebekler, kolik sorunu olan, huzursuz ve çok ağlayan zor bebeklerin sıklıkla risk altında oldukları gösterilmiştir <sup>(4)</sup>. Aileye ya da bebeğe bakan kişilere ait risk etmenleri ise; genç yaş, düşük eğitim, düşük sosyoekonomik seviye, psikolojik-psikiyatrik hastalık, ilaç-alkol bağımlılığı, geçmişte şiddete uğrama öyküsü, zorunluluk nedeni ile bebek bakmak zorunda olmak, öfke kontrolü ve stresle başetmede yetersizliktir.

SBS öfkesini kontrol edemeyen bir erişkinin, bebeği kollarından ya da göğüs kafesinden tutarak sertçe öne arkaya sarsması sonucu meydana gelir. Sarsma sırasında başın bir kamçı gibi hareket etmesi ile beynin, hızlı akselerasyon, deselerasyon ve rotasyonel kuvvetlere maruz kalması sonucu kafa içi, göz dibi ve boyun omurilik bölgesinde hasarlanma meydana gelir. Beyin dokusu ve üzerindeki dura farklı hızlarla hareket ettiğinden, dura altındaki asıcı venlerin yırtılması ile subdural kanamalar ve/veya subaraknoid kanamalar oluşur, kanama alanları hemisferler üzerinde ve interhemisferik fissürde yaygın, ince bir tabaka halinde olup kitle etkisi göstermez. Asıl nörolojik tabloyu oluşturan etkenler; sarsma etkisi ile beyin omurilik ekseninin bozulmasına bağlı gelişen apne ve onu izleyen hipoksinin, beyin ödemeine neden olarak kafa içi basıncı arttırması buna bağlı beyin perfüzyon basıncının düşmesi ile iskemi gelişmesi ve aksonal harabiyetin oluşmasıdır <sup>(3)</sup>.

Sarsma etkisinin küçük bebeklerde bu kadar şiddetli seyretmesinin çeşitli sebepleri vardır. Bunlardan birisi bebeklerde baş/gövde oranının erişkinlere göre çok daha

büyük olmasıdır. Bebeklerde baş, vücut ağırlığının % 10'unu oluştururken erişkinlerde bu oran % 2'dir. Boyun kaslarının gevşek ve gelişmemiş olması sarsma sırasında başın aşırı hareketine izin vererek bulguların şiddetlenmesine yardımcı olur. Kafatasının ince ve yumuşak yapısı, sütürlerin ve ön fontanelin açık oluşu, beyin omurilik sıvısının fazlalığı beyin sarsma sırasında kafatası boşluğunda rahatça dönme hareketi yapmasına olanak sağlar. Ayrıca korteks/beyaz cevher oranı erişkine göre düşük olduğundan ve myelinleşme tamamlanmadığından akson uzantıları kolayca kopmaya meyillidir <sup>(5)</sup>.

### 2.5.1.2 Klinik Özellikler

Hafif olgularda klinik bulgularla tanı koymak oldukça zordur. Hafif sarsmalarda bebekte keyifsizlik, beslenme bozukluğu, kusma, uykuya meyil, huzursuzluk gibi başka hastalıklarda da görülebilen bulgular gelişebilir. Öykünün yanıltıcı olabilmesi, sıklıkla travmadan bahsedilmemesi durumunda gözle görünür bir travma bulgusu da yoksa bu bebeklere kolayca "viral hastalık" ya da "kolik" gibi tanımlar konabilmektedir<sup>(6)</sup>. Durumun tanınmaması ve bebeğin eve gönderilmesi, klinik tablonun ağırlaşmasına ve istismarın tekrarlamasına neden olması açısından risk oluşturur. Dışarıdan bakıldığında kafada hiç yaralanma bulgusu olmayan bir hastada nörolojik bulgular olması klinisyenin daima şüphesini çekmelidir. Subdural ve/veya subaraknoid kanama saptanması şüpheyi güçlendirir. Yapılan retrospektif çalışmalarda daha sonra SBS tanısı alan bebeklerin üçte birinin acil servise ilk başvurularında doğru tanı almadıkları gösterilmiştir. Kanada' da, 0-5 yaş arası 364 SBS tanılı çocukla yapılan çok merkezli bir çalışmada hastaların ancak % 60'ında klinik olarak önceye ait istismar bulgusu olduğu saptanmıştır <sup>(1)</sup>. Bu nedenle çocuğun yüksek yararı açısından çocuk hastaya hizmet veren tüm sağlıkçıların konu hakkındaki farkındalığı, dikkati ve şüpheciliği pekçok olguda hayat kurtarıcı olacaktır.

Ağır olgularda tanı biraz daha kolay olabilir. Bunlarda nörolojik bulgular ön plana çıkmakta, bebekler bilinç bulanıklığı, nöbet geçirme, opistotonus, kabarık fontanel, solukluk, hipotermi, şok, koma gibi ağır tablolarda gelebilmektedir <sup>(7)</sup>. Bu olgularda, dışarıdan bakıldığında kafada hiç yaralanma bulgusu olmamasına karşın, nörolojik bulgulara ek olarak, subdural ve/veya subaraknoid kanama ve retinal kanamaların bulunması tipiktir.

Sarsma sırasında bebek kollarından sıkıca tutulduysa kollarda ekimoz, göğüs kafesinden tutulduysa kostaların posterior kısımlarında küçük kırıklar görülebilir <sup>(8)</sup>.

### 2.5.1.3 Tanı

Klinik, radyolojik ve histo-patolojik bulgular tanıda önemlidir. Öykü çoğunlukla yanıltıcıdır, istismar eden kişinin itiraf etmesi çok nadirdir. Sıklıkla öyküde bebeğin o gün huzursuz olduğu, az uyuduğu, iyi beslenmediği gibi bir durumdan söz edilir. Daha sonra bebeğe bakan kişinin bebeği yatağına bıraktığı, ancak bir süre sonra bebeğin aniden soluk almaz, morarmış bir şekilde bulunduğu gibi bir öykü verilir. Burada

anlatılan olayların çoğu gerçekte olmuştur, arada yalnızca sarsma ile ilgili bölüm atlanarak anlatılmıştır. Bebekler, az beslenme, büyüme geriliği, letarji, ateş, kusma, açıklanamayan nöbetler, şişkin ve bombe fontaneler, hipotermi, iritabilite gibi özgül olmayan belirtilerle getirildiğinde, olası sarsılmış bebek sendromunun gözden kaçmaması için kafa travması açısından değerlendirilmelidir.

**Fizik inceleme:** ayrıntılı bir fizik ve nörolojik bakıya ek olarak göz dibi incelemesi yapılmalıdır. Göz dibi değerlendirilmesi, pupiller genişletilerek ve konuyla ilgili deneyim sahibi bir oftalmolog tarafından yapılmalıdır.

**Radyolojik inceleme:** akut kanamanın değerlendirilmesi ve subdural kanama varlığının tespiti için kontrastsız bilgisayarlı beyin tomografisi, manyetik rezonans görüntüleme (MRI) tekniğine göre üstün olup birinci basamak tetkik olarak önerilmektedir. Ancak 2-3 gün sonra parankim içi kanama varlığını, kanama varsa yaşının belirlenmesi ve hastada tekrarlayıcı tipte hasarlanma olup olmadığının anlaşılabilmesi içinse MRI önerilmektedir. Son dönemlerde difüzyon MRI uygulamasının, sarsılmanın hemen sonrasında beyin iskemisini gösterebilmesi, akut ve süreğen infarkları ayırabilmesi nedeniyle SBS tanısında en hassas ve özgün görüntüleme yöntemi olduğu kabul edilmektedir <sup>(9)</sup>.

Ayrıca hastalara metafiz kırıkları ve posterior kosta kemik kırıkları açısından tüm vücut kemik taraması yapılmalıdır.

**Histopatolojik inceleme:** otopsilerde yaygın aksonal hasar bulgularına sıkça rastlanır. Işık mikroskobunda kopmuş aksonların hasarlı uçları kıvrılmış topaklar halinde görülür ancak teknik nedenlerle özellikle küçük çocuklarda bunu her zaman göstermek mümkün olmayabilir. Hipoksik-iskemik hasar sonucu önce beyin ödemi, sonra serebral atrofi ve infarkt gelişir.

#### 2.5.1.4 Ayırıcı Tanı

**Doğum sırasında oluşan kafa içi kanamalar:** Yenidoğan bebeklerde asemptomatik intrakranial kanamalar görülebilir. Müdahaleli doğumlarda daha sık görülen bu tip kanamaların yerleşimi genellikle infratentorialdir ve yaklaşık 4 hafta içinde düzelmesi beklenir.

**Genetik ve metabolik hastalıklar:** Osteogenezis imperfekta ve Menkes kinky hair gibi bazı hastalıklarda iskelet sistemi bulguları varken, glutarik asidüri tip I'de de SBS'dekine benzer kafa içi kanamalar görülebilir.

**Kanama diatezleri:** İstismardan kuşkulanan her durumda kanama diatezlerini de ayırıcı tanıda düşünmek gerekir. Bu amaçla protrombin zamanı, parsiyel tromboplastin zamanı, kanama zamanı, tam kan sayımı, trombosit sayısı, fibrinojen ve fibrin yıkım ürünleri gibi testler yapılarak bu durumların dışlanması önemlidir.

**Diğer:** Vasküler malformasyonlar, kafa içi basınç artışına neden olan hastalıklar, elektrolit dengesizlikleri ve kafa içi enfeksiyonlar ayırıcı tanıda unutulmamalıdır.

### 2.5.1.5 Prognoz

Ağır olgularda kötüdür. Olguların üçte bir olgu yaşamını kaybederken, yaşayanların % 60'ı orta-ağır gelişimsel ve nörolojik sekeller ile yaşamına devam eder (10,11). Mental gerilik, spastik kuadriparezi ya da çeşitli motor işlev kayıplarına sıkça rastlanır. Hastalarda sarsılma sonrası 12-18 ay kadar nörolojik bulgusuz bir dönem görülebileceğinden, SBS tanısı alan bebeklerin uzun dönem sağlık izlemleri dikkatlice yapılmalıdır (12).

Başvuru sırasında bilincin kapalı olması ve uzun sürmesi, entübasyon gereksinimi, düşük modifiye Glaskow koma skalası skoru, bebeğin 6 aydan küçük olması, başvuru sırasında yaygın retinal kanama bulunması ve ilk BT'de yaygın beyin ödemi olması kötü prognoza işaret eder (13).

### 2.5.1.6 Korunma

Ailelerin doğumun hemen sonrasında sendrom hakkında bilgilendirildiği programlar bazı ülkelerde yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır. Bu programlarda bebeğin şiddetli ağlamalarının görülebileceği ilk aylardaki normal ağlama örüntüleri, ağlayan bebeği sakinleştirmek için kullanılabilir yöntemler anlatılarak bebeği sarsmanın yol açabileceği zararlar öğretilmektedir (14,15). Ülkemizde henüz doğumda bu tip programlar yaygın olarak kullanılmadığından hekimin kendisine başvuran, özellikle çok ağlama şikayeti olan ve yukarıda sayılan risk faktörlerini taşıyan her bebeğin ailesine bu bilgileri aktarması korunmada fayda sağlayabilir.

### 2.5.1.7 Yaklaşım

Diğer fiziksel istismar kuşkularında olduğu gibi SBS kuşkusu olan bir çocukla karşılaşıldığında ayrıntılı öykü, fizik inceleme ve gerekli tetkikler yapılarak tanıya yaklaşılmaya çalışılmalıdır. Bebeğe gerekli acil tıbbi yaklaşım yapılırken, hastanenin "Çocuk Koruma Ekibi"nden konsültasyon istenmesi bütüncül yaklaşım için önemlidir. İstismar kuşkusunda adli bildirim yapmak mesleki olarak zorunluluktur. Bu bildirimle olayın adli yönü araştırılacak ve suçlunun cezalandırılması gerçekleşecektir. Ancak buna ek olarak, bebeği sarsan kişi genellikle ona bakmakla yükümlü bir kişi olduğu için çocuğun korunması açısından Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu'na da bildirim yapılmalıdır.

### 2.5.1.8 Olgu Sunumu

#### Olgu 1

.. 10 aylık erkek bebek 23:45 de çocuk acil polikliniğe nefes alamama, morarma ve bilincin kapanması yakınmasıyla getirilmiştir. Anne ve babadan alınan öyküsünden birkaç saat öncesine kadar hiçbir sağlık sorunu yokken bir saat kadar önce 6 yaşındaki kuzeninin kucağından yaklaşık 75 cm lik bir mesafeden tahta zemine düştüğü, bu düşmenin ardından hafifçe ağladığı, ağlama sonrası birden solunumu-

nun durduğu ve morardığı, arkasından da bilincinin kapandığı öğrenilmiştir. Ailenin bu yakınmayla bebeği yakınlarındaki bir özel polikliniğe götürdükleri, orada entübe edilen hastanın acilen hastanemize getirildiği belirtilmiştir. Bebeğin özgeçmiş ve soy geçmişinde herhangi bir özellik saptanmamıştır. Olay anına kadar herhangi bir sorunu olmayan, gelişimi ayıyla uyumlu bir bebektir. Fizik incelemede genel durumu kötü, bilinci kapalı, spontan solunumu olmayan bebeğin kafasında travmaya ait bir iz saptanmamıştır. Ancak göz dibi incelemesinde yaygın retinal kanama ve çekilen bilgisayarlı tomografisinde yaygın subdural kanama görülmüştür. Ertesi gün çekilen tomografide beyin ödemi geliştiği gözlenmiş, tüm yoğun bakım tedavilerine karşın bebek hastaneye getirilişinin 48. saatinde exitus olmuştur. Çocuk Koruma ekibinin talebi üzerine yapılan otopside de frontal ve parietal alanları kaplayan ince subdural hematoma görülmüş, ileri inceleme için adli tıp kurumu'nun İstanbul'daki merkezine gitmesi önerilmiş, ancak savcı gerek görmeyerek davayı kapatmıştır.

Bu olguda öykü yaralanmanın şiddeti ile uyumlu olmaması nedeniyle kuşkuludur. "Kuzenin kucağından düşme" bebekteki nörolojik bulguları ve göz dibi kanamasını açıklamaz. Ayrıca aile bireylerinden ayrı ayrı öykü alındığında evdeki diğer kişilerin düşme olayı ile ilgili farklı öyküler anlattıkları dikkati çekmiştir. Bu bebeğin klinik ve radyolojik bulguları "sarsılmış bebek sendromu" ile uyumludur. Ancak konunun adli makamlar tarafından bilinmemesi ve savcının ailenin bebeğe zarar verdiğiğine inanmayarak davayı bir an önce kapatmak istemesi sonucunda gerekli adli izlem yapılamamıştır. Ailenin evde bir çocuğu daha olduğu ve bundan sonra da çocukları olabileceği düşünülerek sosyal hizmetlere de bildirim yapılmış, ayrıca aileye hastanenin çocuk koruma ekibi tarafından bebeği sarsmanın zararları anlatılmış, yeniden bebekleri olursa hastanemizin pediatri bölümünde takip edilmesi istenmiştir. Bir yıl sonra yeni doğan bebekleri tarafımızca izlenmekte olup şu anda 5 yaşında ve sağlıklıdır.

## **Olgu 2**

.. 4 aylık bir kız bebek. Annesi bebeğin çok huzursuz olduğundan yakınmakta, bu nedenle 2 kez doktora götürdüğünü belirtmektedir. Hafif kusmaları da olan bebeğin daha önce götürüldüğü sağlık kuruluşunda idrar tetkiki yapılmış, bir sorunu olmadığı, ağlamasının kolik sancısına bağlı olabileceği belirtilmiştir. Bebeği gündüz bakıcıya bırakan anne işten döndüğünde bebeğin beşiğinde morarmış bulunması nedeniyle hastaneye götürüldüğünü öğrenir. Bebek hastanede yoğun bakım servisine yatırılmıştır, subdural ve retinal kanaması saptanmıştır, bilinci kapalıdır. Yirmi gün süren tedaviden sonra bebek taburcu edilir. Bakıcı bebeği sarsma iddiasıyla tutuklanır. Bebeğin nörolojik sekel açısından izlemi sürmektedir.

### **2.5.2 Bakım Veren Yapay Bozukluğu / Munchausen By Proxy Sendromu (MBPS)**

MBPS, ilk kez 1977'de Meadow tarafından tanımlanmış olup, çocuk istismarının özel ve ciddi bir formudur <sup>(16)</sup>. Bu değişik istismar tipinde, çocuk çoğunlukla anne olmak

üzere bakım veren bir erişkin tarafından kurgulanmış bazı hastalık tabloları ile heki-me getirilir. Tanı koymak için yapılan invazif girişimlerle, çocuk hekim tarafından ör-selenmiş olur. Çocuğun getirildiği klinik tablolar sıklıkla apne, nöbet, gastrointestinal ya da genitoüriner kanama, SSS depresyonu, ishal, kusma, ateş, döküntü gibi tanı koymak için bazı tetkiklerin yapılması gereken durumlardır (17).

MBPS'nin literatürde yayınlanan olgulardan daha sık olduğu sanılmaktadır. Her kül-türde görülebilmektedir (18). Ancak ülkemiz gibi henüz bu sendromun çok tanınma-dığı yerlerde bildirilen olgu sayıları henüz azdır. Ülkemizden bildirilen ilk olgu 1995 yılında yayınlanan üretra taşları olan bir çocuktur (19). Daha sonraki yıllarda, açıklan-amayan kanamalar, dışarıdan insülin enjeksiyonuna bağlı hipoglisemi ve koroziv madde içirilerek özefagusta sikatrisyel pemfigoid benzeri bulgular ortaya çıkarılan olgular bildirilmiştir (20-23).

MBPS'de kız ve erkek çocuk etkilenimi eşittir. Kurbanların çoğu 2 yaş altındadır, çünkü bu yaş grubu daha kolay yönlendirilebilir ve konuşarak gerçek durumu anlatamazlar (24).

Tanı semptomların başlamasından ortalama 15 ay sonra konur ancak yıllarca tanı konmadan hastanelerde dolaşmış çok sayıda olgu vardır. Tanı konmadan büyüyen çocuklar bu yalancı belirti ve bulguları iyice benimseyip Munchausen sendromu geliştirebilirler (25). Bakım verenin yapay bozukluğu tanısında, çocuklarda en sık görülen psikiyatrik durumlar psikotik bozukluklar, çoğul kişilik bozukluğu, dikkat eksikliği, hiperaktivite bozukluğudur. Ayrıca öğrenme bozuklukları, kronik yorgunluk sendromu ve alerjiler tanımlanabilir; polisler cinsel istismar başvuruları olabilir (26).

### 2.5.2.1 Klinik Özellikler

MSBP'de en sık görülen belirti ve bulgular apne, nöbet, çeşitli kanamalar (hematüri, hematokezya, burun ya da kulak kanaması vb), SSS depresyonu, ishal, kusma, ateş ve döküntüdür. Çocuk bazen bulguların olduğu konusunda yalan söylenerek (örn: nöbet geçirdi, morardı, kustu, vb), bazen de bulgular yaratılarak (örn: çocuğun bezine ya da idrarına kan bulaştırıp çocuktan geldiği söylenerek), yüzüne yastık kapatıp apne nöbetine sokarak, bazı ilaçlar verilerek ishal, konvülsiyon gibi bulgular oluşturularak hekime getirilebilir (27).

Bulguların yalnızca hastalığı kurgulayan kişinin varlığında ortaya çıkması ve herhangi bir hastalık tanısıyla tam olarak örtüşmemesi tipiktir. Genellikle anne olan fail, hekimlerin çocuğun hastaneye yatırılması ile ilgili taleplerine memnuniyetle yanıt verir, invazif tetkikler konusunda da isteklidir. Çocuk anneden ayrı tutulduğunda bulgular ortaya çıkmaz ve çocuğun genel durumu, olduğu iddia edilen hastalıkla uyuşmayacak kadar iyidir. Ailede başka çocuklarda da benzer hastalık ya da açıklanamayan ölümlerin olması hekimi bu tanı konusunda kuşkulandırmalıdır. Sıklıkla annenin özgeçmişinde de açıklanamayan, uzun sürmüş hastalık öyküsü bulunur (28). Bakım verenin yapay bozukluğunda bu hastaların öykülerinde psikososyal yoksunluk, ebeveynleri ile soğuk ve sadistik ilişkiler, sevgi nesnesi yoksunluğu, ebeveyn tarafından reddedilme ve ölümcül durumlara maruz kalma tipiktir (29).

*Bu hastalıkta Rosenberg 4 temel görünüm tanımlamıştır.*

- Ebeveyn /bakım veren tarafından üretilen veya taklit edilen çocuk hastalığı.
- Sıklıkla tıbbi değerlendirme ve tedaviye dirençli görünümler.
- Hastalığın nedeni hakkında herhangi bir bilgisi suç işleyen/sorunu ortaya çıkaran kişinin yadsıması.
- Suç işleyen /sorun ortaya çıkaran kişinin ayrılığında akut belirtilerin hafifleme-  
si<sup>(29)</sup>.

### 2.5.2.2 Tanı

Tanı süreci uzun ve zahmetlidir. Tanıdan kuşkulandığında hastanedeki çocuk ko-  
ruma ekibine bildirilmesi gereklidir. Bu ekip tarafından, gerekiyorsa hastaneye yatı-  
rarak, çocuğun bir süre izlenmesi sıklıkla gerekir. Öykü ile tanı koymak zordur. Fail  
nadiren gerçeği itiraf eder. MBPS'i tanımlayacak ya da dışlatacak bir psikolojik test  
ve failin klasik bir profili yoktur. Fail genellikle annedir. Anne, hemşirelik ya da sağ-  
lıkla ilgili bir eğitim almış ya da eğitimini yarım bırakmış olabilir. Evli, bekar ya da bo-  
şanmış olabilir. Eğer evli ise eşi ile ilişkileri doyurucu gibi görünse de genelde sığdır.  
Gizli kamera ile görüntüleme önerilmekte, ancak etik olup olmadığı tartışılmaktadır.  
Aşağıda belirtilen MBPS düşündürülen bulguların varlığı tanı için destekleyicidir <sup>(20)</sup>.

#### **MBPS Düşündürülen Bulgular**

- Çocuğun hastalığı uzun sürer ve sürekli tekrarlar, sebebi açıklanamaz.
- Bulgular herhangi bir hastalıkla uyumlu değildir.
- Anne-baba olmadığında bulgular da yoktur.
- Anne-babalar çocukları tıbbi tedavi aldığıında çok ilgiliymiş gibi gözükürler.
- Anneler çocukları tedavi edilirken çok sakindirler, yapılan her türlü invaziv giri-  
şime izin verirler.
- Aynı ailenin başka çocuklarında da daha önceden benzer bulgular olmuştur.
- Aynı ailede açıklanamayan çocuk ölümleri vardır.
- Annelerin kendilerinin de açıklanamayan hastalık öyküleri vardır.

### 2.5.2.3 Prognoz

Failin niyeti ne olursa olsun çocuğun ölüm riski bulunmaktadır. Ölümünün çoğu boğ-  
ma ya da zehirlenme sonucudur. Çocuğun yaratılan hastalık sırasında ya da hasta-  
nede tetkik edilip invazif işlemlere maruz kalması sırasında oluşan fiziksel hasara ek  
olarak çocuğun psikososyal gelişiminde de bozulma olması riski vardır <sup>(30)</sup>. Yurtdi-  
şından yayınlanan, 54 çocuğun 1-14 yıllık izlemleri sonucunda aile yanına döndürü-  
len çocukların % 60'ında, aileden alınıp başka ortamlarda bakılan çocukların ise %  
40'ında psikososyal gelişimlerinde bozulma saptanmıştır. Çocuğun psikososyal ge-

lişiminin olumsuz etkilenmemesini sağlayan özellikler arasında babanın destekleyici olması, başarılı koruyucu aile ilişkisi, erken dönemde çocuğun başka bir aileye evlat edindirilmesi ve annenin uzun süreli psikososyal destek almasının önemli olduğu gösterilmiştir <sup>(31)</sup>.

#### 2.5.2.4 Yaklaşım ve İzlem

Şüphede durumunda çocuğun anneden (ya da kuşkulu bakım veren kişiden) uzaklaştırılması ve bu arada anne ile yüzleşme görüşmeleri yapılması önerilir. Çocuk Koruma Merkezi'nde yapılacak olan ayrıntılı bir psikososyal değerlendirme tanıyı kolaylaştırabilir. Tanı konana kadar geçen süreçte hastanın sosyal hizmetler kurumuna bildirilmesi ve suç unsuru ya da çocuğun hayatını tehdit eden bir durum varsa adli rapor tutulması yararlı olur. Tanı konduktan sonra annenin psikiyatrik tedavi alması, bu süreçte çocuğun güvenli bir bakıcıyla kalması gereklidir. Annenin tedavisi sonrası çocuğuyla tekrar bir araya geldiği durumlarda tedavisiz durumlara göre sonuçlar daha iyidir ancak çocuk için risk bütünüyle yok edilemez. Bu yüzden ailenin hem sosyal hizmetler hem de psikiyatri tarafından uzun süreli izlemi gereklidir <sup>(32)</sup>.

#### 2.5.2.5 Olgu Sunumu

##### Olgu 1

.. 2.5 yaşında kız hasta 2 ay önce başlayan nöbetleri nedeniyle çeşitli hastanelerde yatırılarak izlenmiş, tanısı tam konamamış, son olarak hastanemize bu nedenle yatırılmıştı. Hastanın öyküsünden nöbetlerinin ateşsiz olduğu, morarma şeklinde başladığı, yalnızca annesi yanındayken gözlemlendiği ve diğer hastane yatışları sırasında sağlık çalışanlarının nöbete tanık olmadıkları öğrenildi. Fizik incelemesinde gelişimi 3-10 persentilde bulundu. Bakımsız görünümdeydi. Sistem bulguları ve nörolojik muayenesi normaldi. Hastanemizde yapılan tetkiklerinde de EEG'si ve MR'ı normal bulundu. Kardiyak ve metabolik incelemeler tümüyle normaldi. Video EEG monitörizasyonunda da bir bulgu saptanmadı.

Soygeçmişinde ailenin ilk çocuğunun da benzer şekilde hastanede yattığı, kafa içi kanaması ve durdurulamayan nöbetleri olduğu, geçirdiği nöbetler sonrasında 2 yaşındayken kaybedildiği, o zamana kadar herhangi bir hastalığı olmayan bu çocukta da onun ölümünden 3 gün sonra da nöbet yakınmalarının başladığı öğrenildi. Bu öykü ve çocuğun nöbetlerinin yalnızca annenin varlığında gerçekleşmesi nedeniyle hastanenin çocuk koruma merkezinden konsültasyon istenen hasta ve ailesi psikososyal açıdan ayrıntılı olarak değerlendirildi. Başka bir şehirde olan babaya kaynak bulunarak hastanemize gelmesi sağlandı ve ondan da öykü alındı. Babadan alınan öyküden, ölen çocuklarının cenazesinin kaldırıldığı gün anne babasının evinde bir tanıdıklarının çocuğunun düşerek kafasını çarpması sonucu öldüğü, bir gün sonra yine aynı yerde bir başka çocuğun baygın bulunduğu öğrenildi. Baba, bu olaylardan kısa bir süre sonra da ikinci çocuklarının nöbet geçirmeye başladığını, ancak nöbetlerin başlangıcına kendisinin hiç tanık olmadığını, annenin çağırması üzerine

gittiğinde çocuğu nöbet geçirir gördüğünü belirtti. Annenin görüşmelerde sinirli, tepkili ve şüpheli olduğu dikkati çekti. Eşinden şiddet gördüğünü ancak çocuklarına zarar vermek istemediğini söyleyen annenin yapılan ruhsal durum muayenesi sonucunda “borderline kişilik bozukluğu” tanısı kondu.

Olgu Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu' na bildirildi, İl Sosyal Hizmetler Müdürlüğü, hastanın dede ve babaannesi ile kalmasına karar verdi. Taburculuk sonrası 3 kez dedesi tarafından çocuk nöroloji ve çocuk psikiyatri bölümlerine kontrole getirildi, durumunun iyi olduğu, nöbet geçirmediği öğrenildi.

Bu olaydan 5 ay sonra basında çıkan bir haberden annenin komşularının 4 yaşındaki kızlarını kaçıırarak öldürdüğü ve sobada yaktığı öğrenildi. İşlediği cinayet nedeniyle anne müebbet hapis cezası aldı, baba mahkeme sürecinde anneden boşandı.

## **Olgu 2**

4 aylık kız hasta, hastanemiz acil polikliniğine rektal kanama yakınmasıyla getirildi. Fizik muayenesinde ufak bir anal fissür dışında bulgu saptanmayan, tam kan sayımı ve gaita incelemesi normal olan hasta evine gönderildi. Sonraki 3 ay boyunca 2-3 haftada bir hasta annesi tarafından acil polikliniğe aynı yakınmayla getirildi. Aynı sorunun tekrarlaması nedeniyle, bebek hastaneye yatırılarak rektal kanamanın nedenini bulmak üzere tetkik edildi. Hematolojik testler, Meckel divertikülü için yapılan sintigrafi, ince ve kalın barsak grafisi ve gastrointestinal sistem endoskopi ve biyopsisi gibi invaziv işlemler dahil yapılan tüm tetkikleri normal bulundu. Gaitada gizli kanı da negatif olan hasta taburcu edildi. Taburculuğundan 14 gün sonra bebek yine acil polikliniğe getirildi. Bu kez içinde çok miktarda taze kan bulunan bebek bezini de getirmişti. Bebeğin fizik incelemesinde perinesinde bir miktar taze kan bulunması dışında tüm bulguları normaldi. Vajen ya da anüste herhangi bir yaralanma bulgusu yoktu. Tekrar hastaneye gözlem için yatırılan hastanın annesinin davranışları doktorlara kuşkulu görünmeye başladı. Bebeğin hastaneye yatırılması ve invazif işlemler yapılması konusunda çok istekliydi. Sosyal öyküsü alındığında eşinin alkolik olduğunu ve kendisine şiddet uyguladığını; bu evliliğin kendisinin 2. evliliği olduğunu, önceki evliliğinden doğan 3 çocuğunun 8-10 aylar civarında öldüğünü belirtti. Öyküdeki tarih ve bilgilerde tutarsızlıklar göze çarpıyordu. Bebek hastanede yatarken izleyen intern doktorlardan biri annenin bir süre önce cerrahi bölümünde apendektomi olduğunu, ameliyat sonrası yarasının sürekli enfekte olduğu için iyileşmediğini ve taburcu edilemediğini hatırladı. Bu öykü ve annenin bebeğin kanaması ve önceki gebelikleri hakkında tutarsız bilgiler vermesi nedeniyle olgu Munchausen By Proxy sendromu düşünülerek takibe alındı. Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu'na bildirim yapıldı ve aile izleme alındı. Anne psikiyatri bölümünce de izlenmeye başladı. Yaklaşık 1 yıl semptomsuz dönemden sonra tekrar rektal kanama nedeniyle başvurduğunda bezden alınan kan örneğinden bakılan kan grubu ve yapılan DNA analizinde kanın çocuğa ait olmadığı saptanması üzerine kesin tanı konarak anneye yüzleşme yapıldı. Anne psikiyatri bölümünde tedavi edilirken çocuk Sosyal Hizmetler tarafından anneden alınarak halasının bakımına verildi.

**Kaynaklar**

1. King JW, Morag M, Sirnick A, Canadian Shaken Baby Study Group. Shaken baby syndrome in Canada: clinical characteristics and outcomes of hospital cases. *CMAJ* 2003; 168(2):155-58
2. AAP Committee on child abuse and neglect. Shaken baby syndrome: Rotational cranial injuries-technical report. *Pediatrics* 2001; 108 :206-10
3. Blumenthal I. Shaken baby syndrome. *Postgrad Med J* 2002; 78:732-35
4. Şahin F. Çocuk İstismarı ve İhmali. Hasanoğlu E, Düşünsel R, Bideci A editörler. *Temel Pediatri*. 1.Baskı, Ankara, Güneş Tıp Kitapevi. 2010; 143-145
5. Geddes JF, Vowles GH, Hackshaw AK, et al. Neuropathology of inflicted head injury in children II. Microscopic brain injury in infants. *Brain* 2001; 124:1299-306
6. Jenny C, Hymel KP, Ritzen A, et al. Analysis of missed cases of abusive head trauma. *JAMA* 1999; 281:621-6
7. Gilles EE, Nelson MD. Cerebral complications of nonaccidental head injury in childhood. *Pediatr Neurol* 1998; 19:119-28
8. Blumenthal I. Child abuse. A handbook for health care practitioners. London: Edward Arnold, 1994; 68-75
9. Barlow KM, Minns RA. The relation between intracranial pressure and outcome in non-accidental head injury. *Dev Med Child Neurol* 1999; 41:220-5
10. Fischer H, Allasio D. Permanently damaged: long-term follow-up of shaken babies. *Clin Pediatr* 1994; 33:696-8
11. Fiser DH, Long N, Roberson PK, et al. Relationship of pediatric overall performance category and pediatric cerebral performance category scores at pediatric intensive care unit discharge with outcome measures collected at hospital discharge and 1- and 6-month followup assessments. *Crit Care Med* 2000; 28(7):2616-20
12. Bonnier C, Nassogne MC, Evrade P. Outcome and prognosis of whiplash shaken infant syndrome: late consequences after a symptom free interval. *DevMed Child Neurol* 1995; 37:943-56
13. Prasad MR, Ewing-Cobbs L, Swank PR, et al. Predictors of outcome following traumatic brain injury in young children. *Pediatr Neurosur* 2002; 36:64-74
14. Showers J. "Don't shake the baby": the effectiveness of a prevention program. *Child Abuse Negl* 1992; 16:11-8
15. Barr RG, Barr M, Fujiwara T, et al. Do educational materials change knowledge and behaviour about crying and shaken baby syndrome? A randomized controlled trial. *CMAJ* 2009; 180:727-33
16. Meadow R. Munchausen syndrome by proxy, the hinterland of child abuse. *Lancet* 1977; 2:343-345
17. Squires JE, Squires RH. Munchausen syndrome by Proxy: ongoing clinical challenges. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2010; 51(3):248-53
18. Fujiwara T, Okuyama M, Kasahara M, Nakamura A. Characteristics of hospital based Munchausen Syndrome by Proxy in Japan. *Child Abuse Negl* 2008; 32(4):503-9
19. Şenocak ME, Türken A, Büyükpamukçu N. Urinary obstruction caused by factitious urethral stones: an amazing manifestation of Munchausen syndrome by proxy. *J Pediatr Surg*. 1995 Dec; 30(12):1732-4
20. Şahin F, Kuruoğlu A, Işık AF, Karacan E, Beyazova U. Munchausen syndrome by proxy: a case report. *Turk J Pediatr* 2002; 44:334-338

21. Tüfekçi O, Gözmen S, Yılmaz S, Hilkay Karapınar T, Çetin B, Burak Dursun O, Emiroğlu N, Ören H, İrken G. A case with unexplained bleeding from multiple sites: munchausen syndrome by proxy. *Pediatr Hematol Oncol*. 2011 Aug; 28(5):439-43
22. Özön A, Demirbilek H, Ertuğrul A, Ünal S, Gümrük F, Kandemir N. Anemia and neutropenic fever with high dose diazoxide treatment in a case with hyperinsulinism due to Munchausen by proxy. *J Pediatr Endocrinol Metab*. 2010 Jul; 23(7):719-23
23. Tamay Z, Akcay A, Kilic G, Peykerli G, Devencioglu E, Ones U, Guler N. Corrosive poisoning mimicking cicatricial pemphigoid: Munchausen by proxy. *Child Care Health Dev*. 2007 Jul; 33(4):496-9
24. Leonard KF, Farrell PA. Munchausen's syndrome by proxy, a little known type of abuse. *Postgrad Med* 1992; 91:197-204
25. McGuire TL, Feldman KW. Psychologic morbidity of children subjected to Munchausen syndrome by proxy. *Pediatrics* 1989; 83:289-292
26. Schreier H. Factitious disorder by Proxy in which the presenting problem is behavioral or psychiatric. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39:668-670
27. Stirling J Jr; American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect Beyond Munchausen syndrome by proxy: identification and treatment of child abuse in a medical setting. *Pediatrics*. 2007; 119(5):1026-30
28. Brown P, Tierney C. Munchausen syndrome by proxy. *Pediatr Rev*. 2009; 30:414-5
29. Akay AP, Diler RS. Yapay bozukluk. *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı içinde*. F.Çuhadaroğlu Çetin ve ark. (ed) Hekimler Yayın Birliği, Ankara. 2008; 455,461
30. Shaw RJ, Dayal S, Hartman JK, DeMaso DR. Factitious disorder by proxy: pediatric condition falsification. *Harv Rev Psychiatry* 2008; 16(4):215-24
31. Bools CN, Neale BA, Meadow SR. Follow up of victims of fabricated illness (Munchausen syndrome by proxy) *Arch Dis Child* 1993; 69:625-630
32. Berg B, Jones DPH. Outcome of psychiatric intervention in factitious illness by proxy (Munchausen syndrome by proxy) *Arch Dis Child* 1999; 81:465-472

## 2.6 ÇOCUK İHMAL VE İSTİSMARINDA BİR RİSK ETMENİ OLARAK AİLE

Çocuk ihmal ve istismarında, çocuğun çok boyutlu olarak değerlendirilmesi gerekmektedir. Çocuk istismarına psikosozyal yaklaşım çocuğu, anne babayı, aileye ve sosyal çevreyi değerlendirmeyi içermektedir. Psikosozyal yaklaşımın bir parçası olan anne babaya ve aileye ilişkin risk etmenlerinin tartışılmasının amaçlandığı bu yazıda, istismar şüphesi ile gelen bir çocuğun ailesel risk etmenlerinin uygun şekilde değerlendirilebilmesi için dikkat edilmesi gereken noktaların belirlenmesi hedeflenmiştir.

### 2.6.1 Ailesel risk etmenleri

Çocuk ihmal ve istismarına ilişkin araştırmalar, bu konudaki risk etmenlerini demografik değişkenler, çocuğa ilişkin özellikler de içinde olmak üzere dört ana başlık altında toplarken; "aile içi ilişkiler" ve "ana baba özellikleri" öne çıkan etmenler olarak belirlenmiştir (1).

Çocuk ihmal ve istismarını aile açısından değerlendirilir ve nedenlerini araştırırken, aileyi içindeki bireyle birlikte bir bütün olarak ele almak gerekir. Bu konu aile içinde kolay dışa vurulamayan, aktarılması ve işlenmesi güçlükler içeren bir durumdur.

Bir aile sistemi içinde gizlenen gerçekler ailesel ve toplumsal bir tarihin, geçmişe ve bugüne ilişkin ilişkiler ağının yoğun duyguların, güçlü inançların, özel anlamların, düşlenen bir geleceğin oluşturduğu karmaşık bir doku içinde var olurlar (2).

Bir aile sırrının içinde yaşamak, çocuk ya da ergen için, sorumluluk, güçlük, endişe, utanç, sıkıntı, koruma güdüsü, korku gibi duyguların bileşiminin birlikte ya da ayrı ayrı yaşanması ile sonuçlanır (2).

Çocuk örselenmesinde ailesel etmenler aile içi çatışma, aile bütünlüğü, eşler arası şiddet, ailenin sosyo ekonomik düzeyi, evlilik doyumu, ailenin büyüklüğü ve biyolojik olmayan bir anne ya da babanın evdeki varlığı üzerinden ele alınarak, irdelenmelidir (3).

Çocuk örselenmesinin ailesel nedenleri incelendiğinde, anababa çatışması ve sosyal destek azlığı dikkat çeken risk etmenleri olarak belirtilmiştir (Brown ve ark 1998). Eşler arasındaki şiddet çocuk örselenmesinin önemli bir yordayıcısıdır. Şiddete uğrayan annelerin % 44-56'sının çocuklarını kontrol altında tutmak için fiziksel şiddeti disiplin yöntemi olarak kullandığı bildirilmiştir (4, 5).

İstismar saptanan ailelerde, ana babanın daha sıklıkla ciddi fiziksel cezalara başvurdukları ve çocukları sosyal ve ahlaki törelere ve geleneksel kurallara uymadıkları için sık cezalandırdıkları ortaya konmuştur (6).

Çocuk örselenmesinde, ayrıca ana babada alkol ya da madde kullanımı, 4 yaşından önce anneden 2 haftadan fazla ayrı kalma, ana babanın çocuğu sahiplenmesinde zayıflık, bağlanma sorunları, istenmeyen gebelikler, annede öfke ve çocuğa yönelik hoşnutsuzluk da risk etmenleri arasında sayılmalıdır (3, 6).

Ailedeki ekonomik sorunlar, ana babadaki duygusal gerginliği arttırarak, çocuklara yönelik hırçınlık ve öfkeyi körüklemektedir (7). Çocuk istismarı ile ırk ve etnisite

değişkenleri arasındaki bağlantılar incelenirken, yoksulluk en yüksek oranda öne çıkan ortak ailesel özellik olarak belirlenmiştir. Yoksulluk sınırının altında olan ailelerde orta sınıf ailelere kıyasla çocuk istismarı oranı 22 kat fazla olarak bulunmuştur<sup>(8)</sup>. Berger (2005) düşük sosyoekonomik düzeyin yalnızca tek ebeveynli ailelerde, çocuk istismarı ile ilişkili olabileceğini ileri sürmüştür<sup>(9)</sup>.

İstismar uygulayan ana babaların çocuklarından gerçekte bağdaşmayan beklentiler içinde oldukları, yine daha sıkı disiplin yöntemleri uyguladıkları saptanmıştır<sup>(3)</sup>. İstismara yatkın olan ana babalar çocuklarının mizaçlarıyla, ya da hatalı davranışlarının arkasındaki niyetle ilgili olumsuz bir algı içindedirler<sup>(10)</sup>. Bununla ilişkili olarak Mash ve Johnston (1990) bu ana babaların empati becerilerinin kısıtlı olduğunu ve çocukları ile empati yapamadıkları için onların olaylar karşısındaki ya da davranışlarının ardındaki duygu ve düşüncelerini anlayamadıklarını bildirmişlerdir<sup>(11)</sup>. Bu durum da hem ana babaların çocuklarından hatasız olmalarını beklemelerine, hem de onların fiziksel şiddetten kalıcı olarak etkilenmeyeceğini düşünmelerine yol açabilmektedir. Çocuklarını fiziksel olarak örseleyen babaların, çocuklarının yaptığı davranışı kasıtlı algılama, duygu ifadelerini kızgınlık, nefret, iğrenme gibi yorumlama eğilimlerinin daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Bununla tutarlı olarak yapılan başka bir çalışmada ise fiziksel istismarda bulunan anababaların çocuk eğitiminde şiddetli fiziksel cezanın gerekliliğine inandıkları bildirilmiştir<sup>(12)</sup>.

Çocuk ihmali diğer istismar türleri, özellikle de fiziksel istismarla karşılaştırıldığında, daha fazla araştırılması gereken bir konu olarak dikkati çekmektedir. Ailenin büyüklüğü, ailede işsizlik, anababanın özgüveni, benlik saygısı, yeterlilik ve dayanıklılığı, ailedeki stres etmenleri daha çok ihmalle bağlantılı bulunmuştur (Stith ve ark 2009). Duygusal istismar ve ihmalde, birinci derecede bakım veren ve çocuk için bağlanma nesnesi işlevi gören kişiler bu durumdan sorumludurlar<sup>(13)</sup>.

Duygusal istismar ve ihmal annede duygu durum bozukluğu ve madde kötüye kullanımını, çocuğa karşı artmış sözel öfke ve azalmış duygusal beslenmeyle ilişkili bulunmuştur<sup>(14)</sup>.

Çocuğun fiziksel istismarında ana babaya ilişkin biyolojik, bilişsel, afektif ve davranışsal etmenlere bakıldığında, ana babada düşük benlik saygısı, psikopatoloji, depresyon, sosyal izolasyon ve çocukken örselenmiş olmanın tutarlı bir biçimde bu durumla ilişkili olduğu ortaya çıkmıştır<sup>(15, 16)</sup>. Kaufman ve Zigler (1987) çocukluklarında fiziksel istismara uğramış olan ana babaların 1/3'ünün kendi çocuklarını fiziksel olarak istismar ettiklerini göstermiştir<sup>(17)</sup>. Ana babaların engellenme eşiklerinin düşük, stres düzeylerinin yüksek olması da istismarı yordayan etkenler arasında bildirilmektedir<sup>(18)</sup>. Bu ailelerde psikopatoloji tarayan çalışmalar bu ana babaların duygu düzenleme zorluklarının olduğunu, bu nedenle kızgınlıklarının düzeyini kontrol edemediklerini, dürtü kontrol sorunlarının bulunduğunu göstermektedir. Örneğin istismar eden babalarla yapılan bir çalışmada bu babaların daha saldırgan bir tutumla daha fazla kızgınlık ifade etme eğiliminde oldukları ortaya konulmuştur<sup>(19)</sup>. Ayrıca depresyon, madde bağımlılığı ve travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) da fiziksel istismara eğilimli ailelerde sıkça rastlanan psikiyatrik bozukluklardır<sup>(20)</sup>.

Ana baba tutumu açısından bakıldığında istismara uğrayan çocukların ana babalarına daha az bağlı, annenin verdiği bakımın kötü ve bazen de aşırı koruyucu kollayıcı tutumun söz konusu olduğu belirtilmektedir (21).

Çocuklarda bazı gelişimsel bozukluklar ve davranış sorunlarının bulunması ana-babaların çocuklarına daha yüksek oranda fiziksel şiddet uygulamasına neden olmaktadır. Örneğin davranış sorunlarının eşlik ettiği Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) olan çocukların annelerinin daha sıklıkla depresyon belirtileri gösterdikleri ve depresyonu olan bu annelerin çocuklarına daha fazla fiziksel istismarda bulunduğu bildirilmiştir (22).

Milner ve Chilamkurti (1991) ana babada madde (özellikle alkol), kullanımı ile çocuğun fiziksel istismarı arasında bağlantı bulunduğunu belirtmişlerdir (15).

Ana babanın çocuğu sorun olarak görmesi ve ana babada öfke, aşırı tepkisellik gerek ihmal, gerekse fiziksel istismar için önemli risk etmenleridir. Yine ana babanın yaşı bütün çocuk kötüye kullanımları için geçerli bir öge olarak belirlenmiştir. Erken yaşta ana baba olmak bir risk etmeni olarak tanımlanmaktadır (3).

Çocuk ihmal ve istismarını değerlendirirken cinsel istismara uğramış olan çocukların aile özelliklerine ilişkin olarak sıklıkla rastlanan bir durum zayıf aile içi ve ana baba-çocuk ilişkileri olarak öne çıkmıştır (6).

Biyolojik ana babanın ayrılması sonrası, üvey baba ile yaşamak zorunda kalma, kız çocukları için cinsel yönden kötüye kullanılmaya ortam hazırlayan bir risk etmenidir. Annenin evin dışında çalışıyor olması ve biyolojik ana baba arasında uyumsuzluk yaşanması, yine cinsel kötüye kullanım açısından risk oluşturan durumlardır (23, 24).

Cinsel istismarın sık görüldüğü aileler genel olarak işlevselliği bozuk aileler olarak tanımlanmakta ve bu ailelerde olaya yol açtığı düşünülen çeşitli patolojiler bulunmaktadır:

- *Baskın ve koşulsuz söz tutma isteyen ana baba modeli:* En sık gözlenen, katı babanın kararlarda baskın olduğu aile modelidir. Aile sistemi kapalıdır. Babaların bir kısmı güç ve kontrol sağlamak için şiddete başvurmaktadır. Aile içi cinsel istismarda çocuğun fiziksel şiddetle kontrol altında tutulduğu, bu yolla tacizde bulunan kişinin olayın gizliliğini korumayı sağladığı bildirilmektedir.
- *Cinsel sorunlar:* Cinsel istismarın gözlemlendiği ailelerde, ana babalarda cinsel sorunlar daha sıktır. Baba ile kız arasındaki cinsellik içeren etkinlikler ciddi evlilik sorunları sonrası babanın kızına yalnızca cinsel değil, duygusal bir yaklaşımla yönelmesi sonrasında da gelişebilir. Cinsel istismarın gözlemlendiği ailelerde, anneler kızlarına duygusal olarak genellikle soğuklardır (25).
- *Sosyal izolasyon:* Ana babaların çoğunda aile dışı sosyal ilişkilerde kısıtlılık ve zorlanma vardır.
- *Rol çatışması:* Cinsel istismar uygulanan ailelerde rol çatışmalarına sık rastlanır. Anne genellikle eşlik ve ev kadınlığı rollerini kızına bırakmaktadır, baba da bakım vermeyi 'ensest' yoluyla yapmaktadır.
- Alkol ve madde kötüye kullanımı.
- *Yadsıma:* Aile üyelerinde en sık kullanılan savunmadır. Baba, olayı "seks eğitimi"

olarak savunabilir, anne ise kocası ile ilişkisi bozulabileceği için süreci reddedip görmezlikten gelebilir. Çocuk utanma ve suçluluk duygularını bastırmak ve aile düzeninin bozulmasını önlemek amacıyla durumu yadsıyabilir (14).

Sonuç olarak, çocuk örselenmesi, aileyi de içeren geniş bir sosyal yapı içinde ortaya çıkar ki bu çevresel koşullar çocuk örselenmesinin türü, ciddiyeti ve süregenliğini belirler. Dolayısıyla, çocuk örselenmesinde aile sisteminin değerlendirilmesi, dikkate alınması ve devreye sokulması önemlidir ve sağaltımın ana temelini oluşturur.

### 2.6.2 Olgu Sunumu

İşlemiş olduğu nitelikli adam öldürme suçunun hukuki anlam ve sonuçlarını algılayabilme yeteneğinin bulunup bulunmadığının değerlendirilmesi için adli makamlarca yönlendirilen 16 yaşında kız hasta ..... ile kliniğimizde tekrarlayan görüşmeler yapılmıştır. Hastadan alınan öyküden, yan komşularının oğlu ile bir süre duygusal bir ilişki yaşadığı ve bu ilişki içerisinde cinsel bir birlikteliğin de gerçekleşmiş olduğu, hastanın bu ilişki sonrası kilo almaya başladığı ancak her yaz kilo aldığı için bunu gebeliğe bağlamadığı ve bunun aklına hiç gelmediği anlaşılmıştır. Adetlerinin genelde düzensiz olması nedeniyle adet görmemesinden şüphelenmediği, etrafındaki diğer insanların, anne ve babasının ergenlik nedeniyle kilo almış olabileceğini düşündükleri, eski okul üniformalarını giymeye devam edebildiği, 6. ayda bebeğin hareketleriyle birlikte gebe olduğunu farkettikten sonra da bunun üzerinde çok fazla düşünmediği, sanki düşünmezse bebek ortadan yok olacaktı gibi bir yönelim içinde olduğu, zayıflayınca bu durumun ortadan kalkmış olacağı gibi algısının bulunduğu belirlenmiştir.

Gebeliğinin 9. ayında karın ağrısının başlaması üzerine ise bunun nedenini bir süredir büyük abdestini yapamaması ile ilişkilendirdiği, doğumun başlamış olabileceğinin aklına gelmediği, sancılarının giderek şiddetlenmesi üzerine babası tarafından en yakın hastaneye götürüldüğü öğrenilmiştir. Muayene eden hekim tarafından hastaya adet düzeni ve gebe olma ihtimali ile ilgili sorular sorulduğu, hastanın yanıt olarak adetlerinin düzensiz olduğu fakat gebe olma gibi bir ihtimalinin olamayacağını söylediği, kabızlık nedeniyle karınının ağrıdığını düşündüğünü söylemesi üzerine hastaya makattan uygulanabilecek bir lavman verildiği saptanmıştır. Bunu lavaboda annenin hastaya yapamayacağını söylemesi üzerine orada bulunan diğer hasta yakınlarından yardım istedikleri de öğrenilmiştir. Lavmandan sonra da sancısının hiç azalmadığı, sürekli lavaboda ve bekleme salonunda sancılanarak dolaştığı, bir yere oturmadığı, bir ara bacaklarından idrara benzeyen fakat akmasını engelleyemediği bir sıvının aktığı öğrenilmiştir. Hasta, tuvalet kabinindeyken kanamasının başladığını ve bacaklarının arasından birşey geldiğini gördüğünü ve ancak o zaman doğum yaptığını anladığını, bebeğin başı çıktıktan sonra bebeğin hızlıca doğduğunu, bebek doğduktan sonra bebeğin yüzüne bakmadığını, onu kurtulması gereken bir nesne olarak gördüğünü, o sırada bir an önce kurtulup öğrencilik hayatına devam etmesi gerektiğini düşündüğünü, bebeğin ağlamaya başlaması üzerine annesinin bebeğin sesini duymaması için bebeğin ağzını eliyle kapattığını, annesinin tuvalete gelerek duyduğu sesi sorduğunda yanlış duymuş olabileceği ve kendisinin iyi olduğunu belirttiğini ve ondan adet kanaması başladığı için temiz çamaşır istediğini ak-

tarmıştır. Daha sonra bebeği yan taraftaki tuvalet kabinine atarak lavabodan çıktığı da öğrenilmiştir.

.....'nin tuvaletten çıktığında ağrısının tamamen geçmiş olduğu fakat kendisini yorgun ve bitkin hissettiği ve üşüdüğü, babanın kızını bir süreliğine temizlenmesi ve ısınması için hastaneye yakın olan evlerine götürmeyi önerdiği, doktorun bazı tetkikler (idrar ve kan tetkikleri) istediği ve .....'nin en kısa zamanda hastaneye geri getirilmesi gerektiğini söylediği öğrenilmiştir. Eve vardıklarında annenin .....'yi yıkadığı ve temiz çamaşırlarını giydirdiği, o sırada kanaması hala devam ettiği, annenin .....'ye "ben tuvalete girdiğimde bebek sesine benzer bir ses duydum, o ses neydi?" diye sorduğu, .....'nin ise bu konunun üstünü kapattığı ve annesine herhangi birşey söylemediği belirtilmiştir.

Hastanede bebeğin tuvalette bulunması üzerine kamera kayıtlarından durum saptanarak eve polisler gelmiş ve adli süreç bundan sonra başlamıştır. Bebeğin 4 kilogramın üzerinde doğması, lavabodaki kan izlerinin tamamen temizlenmiş olması, gözlerinin önünde doğum yapan genci anne babanın fark edememesi, gencin tutuklanmak üzere evine gidildiğinde doğuma bağlı yırtıklarının ve aşırı kanamasının olması ve ailenin o süre içinde doktora götürmemesi adli makamlarca bu olayı annenin de içinde olduğu nitelikli adam öldürme olarak değerlendirmelerine neden olmuştur.

Bu olgu kliniğimizde değerlendirilirken hasta, anne babası ile tekrarlayan görüşmeler yapılmış, ev ziyareti, savcıyla görüşme, tutukevi sorumlusuyla işbirliği, kadın doğum hastanesiyle görüşme gibi çok yönlü çalışılmıştır. Anne babadan alınan bilgiden hastanın çok uyumlu ve ders başarısı yüksek bir genç olduğu, annenin sürekli somatik yakınmaları olan yetersiz bir anne olduğu, evin tüm anneye ait işlerini bu gencin üstlendiği, komşunun oğluyla ve komşularıyla çok yakın ilişki içinde oldukları, aynı zamanda babanın bu aileyle iş ortaklığının olduğu, annenin iki gencin ders çalışmaları için sık sık baş başa bırakarak komşuya gittiği, son zamanlarda kızında olan fiziksel ve duygusal değişimleri(çabuk öfkelenme, herkesle tartışma, komşuyla görüşülmesini istememe, misafir olarak geldiklerinde odaya kapanma gibi) fark ettiği ancak ipuçlarını birleştiremedikleri öğrenilmiştir.

Annenin 2 yaşında bir çocuğu daha olduğu, bu kadar yakın zamanda bir gebelik yaşamasına karşın tuvalette olan doğumu adet kanaması olarak değerlendirdiği, duyduğu bebek sesinin üzerinde durmadığı anlaşılmıştır. Hastanın evine ve komşu oğlunun evine sosyal hizmet uzmanı ev ziyareti yapmıştır. Ev ziyareti sırasında annenin beceriksizliği, çözüm üretemeyişi çok belirgin olarak izlenebilmiştir. Aile ile yapılan değerlendirmeler ve ev ziyareti sırasında edinilen izlenimden annenin annelik becerileri açısından yetersiz olduğu, anne babanın bu süreç içinde hastanın gelişimsel düzeyine uygun gerekli önlemleri alamadıkları, olayla ilgili ipuçlarını iyi değerlendiremedikleri ve sonuçlarını öngöremedikleri anlaşılmıştır. Ailenin yetersizliği ve .....'nin yargılamasındaki düşüklüğün tüm bu süreçlerin gelişmesine zemin oluşturduğu düşünülmüştür. Tutuklu bulunduğu 6 ay boyunca tarafımızca izlenen gencin bu olaydaki risk etmenlerinin ve gelişimsel döneminin özelliklerinin ayrıntılı yazıldığı adli rapor sonucunda, tutukluluğu sona erdirilmiştir. Halen tarafımızca izlemi sürmektedir.

**Kaynaklar**

1. Belsky J. Etiology of child maltreatment: A developmental-ecological analysis. *Psychological Bulletin* 1993; 114(3):413-434
2. Imberblack E Aile Sırları. İstanbul, BZD Yayıncılık. 1998
3. Stith SM, Liu T, Davies LC ve ark. Risk factors in child maltreatment: A meta-analytic review of the literature. *Aggression and Violent Behavior* 2009; 14:13-29
4. O'Keefe M, Predictors of child abuse in maritally violent families. *J Interpersonal Violence* 1995; 10:3-25
5. Stacey WA., Anson S, The Family Secret: Domestic Violence in America. Boston: Beacon Press. 1993
6. Brown J, Cohen P, Johnson JG ve ark, A longitudinal analysis of risk factors for child maltreatment: Findings of a 17-year prospective study of officially recorded and self-reported child abuse and neglect. *Child Abuse Negl* 1998; 22:1065-1078
7. Lee SJ, Guterman NB, Lee Y. Risk factors for paternal physical child abuse. *Child Abuse Negl* 2008; 32:846
8. Sedlak AJ, Broadhurst DD, The third national incidence study of child abuse and neglect (NIS-3). U.S. Department of Health and Human Services. Washington, DC. 1996
9. Berger I. Income, family characteristics and physical violence toward children. *Child Abuse Negl* 2005; 29(2): 107-133
10. Azar ST, Siegel BR, Behavioral treatment of child abuse: A developmental perspective. *Behavior Modification* 1990; 14:279-300
11. Mash EJ, Johnston C, Determinants of parenting stress: Illustrations from families of hyperactive children and families of physically abused children. *J Clinical Child Psychology* 1990; 19:313-328
12. Simons R., Whitbeck L., Conger R., Chyi-In W, "Intergenerational. Transmission of Harsh Parenting." *Developmental Psychology* 1991; 27:159-171
13. Glaser D. Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): a conceptual framework. *Child Abuse Negl* 2002; 26:697-714
14. Taner Y, Gökler B. Çocuk İstismarı ve İhmali: Psikiyatrik Yönleri: Hacettepe Tıp Dergisi 2004; 35(2):82-86
15. Milner JS, Chilamkurti C. Physical child abuse perpetrator characteristics. A review of the literature. *J Interpersonal Violence* 1991; 6(3):345-366
16. Belsky J, Vondra J. Lessons from child abuse: The determinants of parenting. In: Cicchetti ve Carlson V (eds): *Current Research And Theoretical Advances In Child Maltreatment*. Cambridge, England: Cambridge University Press. 1989; 153-202
17. Kaufman J, Zigler E, Do abused children become abusive parents? *Am J Orthopsychiatry* 1987; 57:186-192
18. McElroy EM, Rodriguez CM, Mothers of children with externalizing behavior problems: Cognitive risk factors for abuse potential and discipline style and practices. *Child Abuse Negl* 2008; 32:774-784
19. Francis K, Wolfe D, Cognitive and emotional differences between abusive and non-abusive fathers. *Child Abuse Negl* 2008; 32:1127-37
20. Whipple EE, Webster-Stratton C, The role of parental stress in physically abusive families. *Child Abuse Negl* 1991; 15:279-291
21. Fergusson DM, Horwood LJ, Lynskey MT, Childhood sexual abuse, adolescent sexual behaviors and sexual revictimization. *Child Abuse Negl* 1997; 21:789-803
22. Shin DW, Stein MA, Maternal depression predicts maternal use of corporal punishment in children with Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder. *Yonsei Med J* 2008; 49:573-580
23. Finkelhor D, Baron L. Risk factors for sexual child abuse. *J Interpersonal Violence* 1986; 1:43-71
24. Finkelhor D, Hotelling G, Lewis IA. Ve ark. Sexual abuse in a national survey of adult men and women: Prevalence, characteristics and risk factors. *Child Abuse Negl* 1995; 14:19-28
25. Green AH. Child Sexual Abuse and Incest. Lewis M (Ed), *Child and Adolescent Psychiatry-A Comprehensive Textbook*, Williams and Wilkins. 1996; 1041-1048

## 2.7 ÇOCUK İHMALI VE İSTİSMARI: ETİK SORUNLAR

Hipokrat ilkelerine dayalı geçmişteki hekimlikte görev ve sorumluluklar hastalarla sınırlıyken günümüzdeki hekimlik hem ahlaki hem yasal olarak toplumu da kapsayacak şekilde genişletilmiş, bu durumda özellikle hasta hekim ilişkisinin incelikli doğası nedeniyle psikiyatri’de ve istismarda diğer tıp dallarına göre etik sorunların daha geniş bir dağılımda karşımıza çıkmasına yol açmıştır. İstismar ve ihmal tüm kültür ve coğrafyalarda vardır, sadece aileleri değil, toplumu, sosyal kuruluşları, yasal sistemleri, eğitim sistemini ve iş alanlarını da etkileyen bir halk sağlığı sorunudur (1). Tanıda ve müdahalede geç kalınmasının uzun süreli ve geri dönüşsüz sorunlara yol açması kaçınılmazdır. Ayrıca çocuğun adli makamlar tarafından tekrar tekrar çağırılması, olayın farklı kişilere defalarca anlatılması, tedavi eden hekimin olguyu bildirme zorunluluğu, TCK’nın 103/6 maddesine göre “ruh sağlığının bozulup bozulmadığının” değerlendirilmesi gerekliliği ciddi etik sorunlar yaratmaktadır.

### 2.7.1 İfade Alma Sorunları

En önemli etik sorunlardan birisi çocuğun ifadesi alınırken veya görüşme yapılırken yaşanan güçlüklerdir. İstismara uğradığı tesbit edilen çocuk; çocuk şubede, savcılıkta, duruşmalarda yaşadıklarını farklı insanlara defalarca anlatmakta, hastanelerin adli tıp, kadın-doğum ve çocuk psikiyatri bölümlerinde, çoğu zaman da Adli Tıp Kurumu’nda tekrar tekrar bedensel ve ruhsal açıdan değerlendirilmektedir. Defalarca alınan ifadeler, yakınların ve çevrenin telkinleri çocuğun zihnini kirletmekte, bilmesi beklenmeyen ifadeler kullanmasına yol açmakta bu da çocuğun travmasını artırmaktadır (2). Üstelik ifade alan veya görüşme yapan kişi yetersiz bilgiye sahipse ve alanda uzman değilse istismarın çocuk üzerindeki olumsuz etkileri katlanarak artmaktadır. Bu nedenle istismara uğrayan çocuk multidisipliner bir yaklaşım içerisinde ele alınmalı, görüşme yapan kişinin bu alanda bilgili ve deneyimli olması (3), görüşme yaparken muayenede uzman bir doktorun yanı sıra psikolog, sosyal hizmet uzmanının da bulunması, mümkünse çocukla yalnız görüşülmesi, soruların ve çocuğun verdiği cevapların kayıt (teyp veya video) altına alınması, tek seferde ifade görüşmesinin yapılması çocuğu şahit olarak dinlenme zorunluluğundan ve yeniden travmatize edilmekten kurtarabilir (4,5). Mağdurun ifadesi aynı zamanda bir delildir. Bu nedenle usul kurallarına uyulmuş olması gerekir. Aksi taktirde, hukuka uygunluğun sağlanabilmesi için çocuğun yeniden dinlenmesi ihtiyacı doğabilir. Bu nedenle, hukuken geçerli ifadenin hukuk ve tıp disiplinlerinin ortak ilke ve ihtiyaçları dikkate alınarak çocuğun yararını koruma hedefi ile düzenlenmiş prensiplere uygun biçimde alınması gerekir.

### 2.7.2 Tanının Atlanması

İstismara uğrayan çocukların tespiti çoğu zaman rastlantısal yollarla olmaktadır. Mağdurların sıklıkla başka yakınmalarla farklı disiplinlerde çalışan hekimlere başvurması, ayrıntılı öykü alınmaması, fizik muayenenin tam yapılmaması ve hekimin bilgi eksiklikleri gibi nedenlerle yanlış tanı konabilmekte ve gözden kaçabilmektedir.

Önemli olan şüphelenmek, bu tanıyı akla getirmek ve uygun yöntemler kullanarak aileye ve çocuğa yardımcı olmaktır (6). İstismara uğrayıp yeterli ve iyi bir değerlendirme yapılmadan evine gönderilen çocukların % 5-10'unun öldürüldüğü, % 35-50'sinin ciddi zararlar gördüğü bilinmektedir. (5, 7, 8). Bu nedenle çocukla karşılaşan her hekimin "bu olguda istismar var mı" sorusunu sorabilmesi gerekmektedir. Bu soruyu sorabilmesi için de sağlık çalışanlarının istismar ve ihmali değerlendirebilme açısından iyi yetiştirilmeleri gerektiği gerçeği uzun yıllardan beri bilinmektedir (9). En ufak bir şüphe durumunda ise Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları uzmanı ve Adli Tıp ile bağlantı kurarak olguya nasıl müdahale edileceğine karar verilmeli ve tüm bunlar acilen yapılmalıdır. Çocuk ve ergen psikiyatrisinin çocuk istismarı ile çalışan ekipteki varlığı, istismar hakkında çocuğun bilgi vermesinin sağlanmasında, çocuğun verdiği bilgilerin değerlendirilmesinde ve tanı konulmasında, somut delil olmaması nedeniyle hukuki korunma ve yaptırımın uygulanamadığı olgularda, istismarın ruhsal bulguları ve çocuğun ifadeleri hakkında tanıklık/bilirkişilik yapmada, çocuklarda ortaya çıkan ruhsal bulguların tedavisinde önemlidir(10). Ancak çoğu olguda, birden fazla branşta görev yapan hekimler (Adli Tıp, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Çocuk Cerrahisi, Kadın-Doğum, Üroloji) ve resmi kurumlar (Emniyet Müdürlüğü Çocuk Şubesi, Savcılık, Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü) ortak hareket etmelidir (6).

### 2.7.3 Adli Olguların Bildirim Zorunluluğu

Hekimler travmaya uğrayan bir adli olgu ile karşılaştıkları zaman, o hastanın durumunu adli yetkililere bildirmek zorundadırlar. Bu zorunluluk, Türk Ceza Kanununun "Adliyeye Karşı Suçlar I" kısmındaki 280. maddede belirtilmektedir.

#### TCK Madde 280: Sağlık Mesleği Mensuplarının Suçu Bildirmemesi

(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.

Hekimlerin bu yasa nedeni ile tedavi ettiği bir hastasının adli olgu niteliğinde olup olmadığını veya olacağını değerlendirmesi gerekmektedir. Adli olgu niteliğindeki hastaların tıbbi tedavileri derhal başladıktan sonra adli bildirim sürecinin de başlatılması hatta şüphede kalınan olgularda bile bildirim sürecinin başlatılması ve olayın niteliğinin araştırılmasının adli yetkililere bırakılması gerektiği ileri sürülmektedir. Ancak burada atlanan en önemli sorun hekimin ilk görevinin tedavi etmek olmasıdır. Hasta-hekim ilişkisindeki geleneksel yaklaşımda; hasta özgür iradesini kullanarak hekimi ile sözleşme yapmaktadır, hekim yalnızca hastasının yararı doğrultusunda girişimde bulunabilir, hasta tedavi konusunda bilgilenip özgür olarak onay verirken hekim hastasından elde ettiği bilgileri mutlak bir şekilde gizlemelidir (11). Güvenin sağlanması hastanın gizlilik hakkının gözetilmesi ve hekimin sır saklama yükümlülüğüne uyması ile yakından ilişkilidir (12). Neden ne olursa olsun ruhsal bozuklukların tedavisinde en önemli şey hasta-hekim arasındaki "güven ve sırdaşlık" ilişkisidir.

Bilginin gizli tutulması hekim-hasta ilişkisinin sürekliliği ve tedavinin gidişi açısından çok önemlidir, gizlilik bozulursa güven kaybolur, tedavi süreci aksar. Hastanın gizlilik hakkı ve hekimin yasal sorumlulukları bu konuda en sık yaşanan ahlaki ikilemdir <sup>(13)</sup>. Ancak bu yaklaşım çocuk istismarı uygulamaları için geçerli olamayacaktır. Burada hekim olarak görevimiz hasta haklarını üstte tutmak, hastaya zarar vermemek ve çocuğun yüksek yararını düşünmektir. Bu inançla hareket edildiğinde, çocuk ve ailenin rızası olmasa bile bildirimde bulunulabilir. Burada amaç temelde çocuğun korunma altına alınması ve istismarcıdan uzaklaştırılarak tedavi sürecinin başlatılmasıdır <sup>(2)</sup>. Olgu etik açıdan değerlendirildiğinde hekimin rolü suçluyu bulmak değil hastanın tedavi hakkını sağlamak ve gizliliğini korumak olmalıdır. Aslanan çocukla ve aile ile görüşürken, sürecin çocuğa ve aileye ayrıntılı bir şekilde anlatılması ve korunmanın tek yolunun bu olduğunun üzerinde durulması ve öncelikle çocuğun ve ailesinin kendi rızaları ile bildirimde bulunmak için ikna edilmesi olmalıdır <sup>(13)</sup>. Bazı ruh sağlığı çalışanları adli bildirimden sonra hastaların ruhsal yardım isteklerinden vazgeçeceği ile ilgili bir önyargı ve etik açıdan sakınca oluşturacağı gerekçesi ile zorunlu bildirim karşı çıkmaktadır. Ancak yapılan çalışmalarda tedavileri sırasında bildirimde bulunan hastaların büyük çoğunluğunun tedavilerini sürdürdükleri belirlenmiştir <sup>(14)</sup>.

Hipokrattan bu yana hasta bilgilerinin gizliliği tartışmasız bir etik kural olarak kabul edilmiştir. Ancak, istismar gibi bazı konularda yasal olarak adli makamlara bildirim yükümlülüğü ve zorunluluğu vardır. Buna karşın, sağlık çalışanlarının ve eğitimcilerin adli olgu bildirim oranlarının düşük olduğu bilinmektedir <sup>(14, 15)</sup>. Doğu toplumlarında aileler çocukları üzerinde tüm haklara ve seçimlere müdahalede bulunma hakkına sahip olmadıklarına inanırlar <sup>(16)</sup>. İçinde bulunduğumuz coğrafya da cinselliğin bir tabu olarak algılanması, istismara uğrayan çocuğun ve ailesinin damgalanması da ailenin bu hakkı kullanarak istismarın gizli kalmasını istemelerine yol açmaktadır. Bu durumda yaşanan etik ikilem daha ciddi olmaktadır. Hekim böyle bir koşulda bildirimde bulunmak zorunda kalırsa neden inceleme yaptığını ve bildirimde bulunduğunu, elde ettiği bilgiler ile ne yapacağını, bu bilgilerin yetersiz kişilerin eline geçmemesi için gerekli önlemleri aldığını çocuğa ve aileye bildirmek zorundadır.

Temel olarak adli bildirim zorunluluğuyla ilişkili etik ikilemleri azaltacak seçeneklerden biri Çocuk Koruma Merkezlerinin varlığıdır. Hekimler adli bildirim zorunluluğu ile karşı karşıya kaldıkları durumda çocuk koruma merkezinin ekibiyle bağlantı kurabilirler, böylece adli bildirimde bulunma görevini çocuk koruma merkezi üstlenirken çocuğun doktorunun bildirim dışında kalması ve yalnızca tedavi sürecini üstlenmesi de hasta-hekim arasındaki güven ilişkisinin zedelenmesini ve bu alandaki etik çatışmaları azaltabilir. Çocuklar ve aileleri farklı nedenlerden dolayı istismarla ilişkili yanlış bilgiler verebilirler, çocuklar olayları yanlış değerlendirebilirler; televizyon, basın ve yakın çevrelerinden edindikleri yetersiz ve eksik bilgilerden etkilenecek olayları çarpık biçimde algılayıp aktarabilirler <sup>(17)</sup>. Hekimde bu durumu bildirebilir. Ülkemizde hekimin adli tahkikat veya olayı ortaya çıkarmakla ilgili bir yükümlülüğü olmadığından yanlış bildirimle ilgili yasal bir sorun yaşanmaz, ancak bu süreç içerisinde hekim hastaya karşı öfke geliştirebilir, düşmancıl duygular besleyebilir. Ancak unutulmaması gereken çocuğun ve ailesinin halen yardıma ve tedaviye gereksinim duyduklarıdır. Hekimin de etik olarak sorumluluğu çocuğu korumak ve tedavisini sürdürmek olmalıdır.

### 2.7.4 Ceza Kanunu Cinsel Suçlara İlişkin Düzenlemelerinde Yer Alan Ruh Sağlığının Bozulması Kriteri

Ruh sağlığının değerlendirilmesinde hekim temel olarak psikiyatrik bilirkişi raporu düzenlemektedir. İdeal olan bilirkişinin hakkında rapor düzenleyecek kişiyle herhangi bir bağlantısının olmamasıdır. Bu nedenle raporu düzenleyen hekimin çocuğu tedavi eden doktor olmaması en uygundur. Tedaviyi sürdüren hekimin bilirkişilik yapması nesnel olma çabasını olumsuz etkileyeceğinden, çocuğu tedavi eden-rapor düzenleyen hekim ayrımını yapması güç olacağından bu durumdan kaçınılmalıdır. Bilirkişi görevini üstlenen hekim öncelikle çocuğun doktoru olmadığını belirtmelidir. Hakkında rapor düzenlenecek olan çocuk ile yaptığı değerlendirmenin kim tarafından istendiğini, ne yapılacağı, yapılacak olanın normal bir görüşme olmadığı, elde edilecek ve rapor için uygun görülen bilgilerin hasta-hekim arasındaki sırdaşlık ilkesine uyulmaksızın kullanılacağını açıklamalıdır (11, 18). Son yıllarda bilimsel, hukuksal ve toplumsal alanın yanı sıra medyada da en çok tartışılan konulardan biri “ruh sağlığının bozulması” kavramıdır. Bu kavram ciddi bir etik sorun olarak bu alanda çalışan uzmanların karşısına çıkmaktadır.

TCK'nın 103/6 maddesinde, suçun sonucunda mağdurun beden veya ruh sağlığının bozulması halinde, onbeş yıldan az olmamak üzere hapis cezasına hükümlenacağı bildirilmektedir, ancak maddede ruh sağlığının bozulması kavramı yeterince açık değildir. Yargıtay Başkanlığının, bu madde ilgili kavramı “çocukta travma sonrası stres bozukluğu” (TSSB) gelişip gelişmediği, bu bozukluğun 6 aydan uzun sürüp sürmediği, tedaviye yanıt verip vermediği” şeklinde değerlendirilmesi bu konudaki etik açığın ne derece ciddi boyutta olduğunu göstermektedir. Biliyoruz ki istismar yalnızca TSSB'na değil diğer bir çok psikiyatrik bozukluğa da yol açmaktadır. Ayrıca çocuğun değerlendirme sırasında herhangi bir bulgu vermemesi, olaydan etkilenmediği ve ruh sağlığının bozulmadığı anlamına gelmez, yaşamının herhangi bir döneminde disosiyatif yaşantılar, uyku bozuklukları, duygudurum bozuklukları, davranım ve cinsel davranış bozuklukları, alkol ve madde kullanımı (19,20) gibi diğer ruhsal sorunlar gelişebileceği gibi kişilik örüntüsü de olumsuz bir biçimde etkilenebilir. Ayrıca DSM-IV-TR'de yer alan tanı ölçütleri çoğu zaman çocukların değerlendirilmesinde yeterli olmayabilir (21). Çoğu zaman çocukta yoğun inkar, bastırma, çözülme, kendisini uyuşturma ve hipnotize etme, saldırgan ile özdeşim, saldırganlığın benliğe dönmesi şeklinde savunma mekanizmaları oluşturmakta duygu yokluğu şeklinde karşımıza çıkmaktadır (22). Bu madde kapsamında rapor düzenlerken, çocuk, aile, oluşan olayın niteliği, bu olaydan sonraki yaşamı göz önüne alınarak kanaat bildirilmelidir. Aslında olması gereken şey; çocuk psikiyatri alanındaki bilimsel verileri ve süreçleri de içine alarak yeni yasal düzenlemelere gecikmeden gidilmesi bu konudaki etik kaygıları giderebilir.

Temelde adli sisteme ilişkin bu rolün ve sorumluluğun çocuk psikiyatrisine yöneltilmesi etik sorunu oluşturmaktadır. Yasaların çocuk psikiyatrisinden duymak istediklerini duymaya çalışması bu amaç doğrultusunda taleplerde bulunması kısaca karara ilişkin sorumluluğu hekime yüklemek için uğraşması temel etik sorundur. Çocuk ruh sağlığı hekimleri mutlak istenen tanımlamalar yapmak durumunda olmadıklarını bilerek ve bilimin sınırları içinde kalarak hem çocuğu hem kendisini yanlıştan ve taşı-

yamayacağı bir sorumluluktan koruyabilir. Bu kavramla ilişkili diğer bir etik bir sorun; “ruh sağlığının bozulduğuna karar verilen olguların” resmi bilirkişilik kurumu olarak kabul edilen “Adli Tıp Kurumu” nda tekrar değerlendirilmesidir. Uygulamadaki amaç bağımsız ve etki altında kalmadan değerlendirmek olmasına karşın çocuktan tekrar ifade alınması, hastayı dosya üzerinden veya kısa süreli izleyerek değerlendiren kurulların oluşan kararda belirleyici olması, özellikle tartışmalı olgularda son kararın verildiği genel kurulda çocuk psikiyatrlarının azınlıkta olması etik sorunları oluşturmaktadır<sup>(11)</sup>.

Ülkemizde özellikle düşük sosyokültürel düzeyde ergen evliliklerine ve gebeliklerine sıklıkla rastlanmaktadır. Bu durum kültürel olarak normal karşılanırken, TMK'nuna göre erkek ve kadın 17 yaşını doldurmadıkça evlenememektedir. TCK'nun 103. Maddesine göre bu konu 15 yaşından küçükler için cinsel istismar, 104. Maddeye göre 15 yaşından büyükler için şikayet üzerine 6 aydan-2 yıla kadar hapis cezasını içeren “reşit olmayanla cinsel ilişki” kapsamında yer almaktadır. Bu yasal süreçler ve kültürel normlardaki farklılık “ruh sağlığının bozulması” kavramının değerlendirmesinde hekimi oldukça sık etik ikilemde bırakmaktadır. Hekim bilimsel olarak ergen evliliklerinin ergende ve onun sahip olacağı çocukta yaratacağı sorunları bilmektedir. Öte yandan karşısında çoğu zaman durumundan memnun olduğunu ifade eden, tek isteğinin kocasının hapisten çıkması olduğunu ifade eden, kimi zaman kucağında bir bebekle, çocuğunun babasız kalmasını istemeyen bir çocukla karşılaşmaktadır.

### 2.7.5 İstismar Suçuyla Yargılanan Çocuk

Etik açıdan özenli davranılması gereken diğer bir durum da çocukların kendilerinin işledikleri cinsel suçlardır. Özellikle ergenlik döneminde diğer alanlarda ruhsal ve toplumsal bağlamda suç ve ceza ayırımına varmış olan ergen, cinsellikle ilgili davranışlarda zihinsel karışıklık içinde olabilir. Bu dönemde cinsel istismarla ilişkili davranışları değerlendirirken döneme has dürtüleri kontrol etmede yetersizlik, eğitim eksiklikleri, ailenin ve toplumun baskıcı tutumu gibi etkenlerin de dikkate alınması etik sorunları azaltabilir<sup>(21)</sup>.

### 2.7.6 Ülkemizde Sağlık Sistemi ile İzlenen Sağlık Politikalarının Yol Açtığı Sorunlar ve Sosyal Sistem Sorunları

Temel olarak hekimlerin, hukukçuların ve toplumun görevi istismarın oluşmasını engellemektir<sup>(8)</sup>. Araştırmalarda zarar görme riski yüksek olan bireylerin uygun bir şekilde korunmasının gerektiği, istismar açısından risk altında olan çocukların ailelerine erken sosyal desteğin şart olduğu, sağlık çalışanlarının da karşılaştıkları hasta grubunda bu riske sahip grubu iyi tanımaları ve uygun eğitimi almaları gerektiği ortaya konmuştur<sup>(23)</sup>. Çocuk istismarının giderek artıyor olması çocukların bakım ve korunmasında yetersizlikler olduğunu göstermektedir. Ülkemizde, cinsel saldırı sonrası mağdurların karşı karşıya kaldıkları muayene sayısı 2 ila 7 arasında değişmektedir ve ortalama muayene sayısı 3'ü geçmektedir. Ülkemizde, cinsel saldırı sonrası muayenede biyolojik materyalin alınması ve değerlendirilmesi olguların ancak %1'inde yapılmaktadır<sup>(17)</sup>. Her ne kadar Çocuk Koruma Kanununun 5. ve 6. maddesi istismara

uğrayan ve istismar ederek suça sürüklenen çocuklara özgü danışmanlık, eğitim, bakım, sağlık, barınma ile ilgili bir takım tedbirler içerse de, tedbirlerin işleyişindeki yasal eksiklikler, sosyal kurumların yetersizliği, toplumun geleneksel ve sosyal yapısı da bu durumu pekiştirmektedir (24).

Bu alandaki hizmetler ülke genelindeki gereksinime gerek sayısal gerek niteliksel olarak yanıt verememektedir. Çok sayıda hastanın yanı sıra, yine çok sayıda çocuk istismarıyla karşılaşan kamu ve üniversite hastaneleri ve polikliniklerinin fiziksel koşulları, toplum için gerekli olabilecek hizmet kapasitesine ulaşamaması, son yıllarda ağırlık kazanan özelleştirme politikaları, çocuk istismarıyla ilgili yasaların yetersizliği, istismarla ilgili merkezler ve uygulamalara ilişkin standartların olmaması bu alanda çalışan sayısı ve hizmet niteliğinin kısıtlılığı, sosyal destek ve hukuki çıkarları korumaya yönelik süreçlerin standart bir biçimde işleyemeyişi, genel tıp eğitimi ve psikiyatrik uzmanlık eğitiminde deontoloji ve etik konularının yeterince işlenmeyişi etik sorunları beraberinde getirmektedir. Bu nedenle bu alanda çalışanların etik kuralları doğrultusunda, genel tıp eğitiminden başlayarak bilimsel olarak üst düzeyde bir donanım ve beceri ile çalışabilecek, veri toplama ve elde ettiği bilgilerin formülasyonunda nesnel olabilecek şekilde yetiştirilmeleri gerekmektedir.

Sonuç olarak, istismara uygun müdahale etmenin ise çocuğa, gence, aileye ve topluma yararı çok büyük olacaktır. Hekim istismara uğramış çocuk ve aileye karşı kendi tutum ve davranışlarını gözden geçirmelidir. Hekim istismar öyküsünü aydınlatmakla kalmamalı, çocuğun haklarını bilerek aileyi yönlendirebilmelidir. Her olguda anne ve baba işbirliği yapmayabilir ve sosyal koşullar çok daha olumsuz olabilir. Ülkemizde Çocuk Koruma Merkezlerinin açılması ve yurt çapında yaygınlaştırılarak, standardizasyonun sağlanması, bu alandaki etik sorunların çözümlenmesi yönünde etkin bir yaklaşım olarak dikkate alınmalıdır.

### 2.7.7 Olgu Sunumu

#### Olgu 1

1998 doğumlu .., polikliniğimize Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu (ATK) 6. İhtisas Dairesi'ndeki randevusu öncesi zeka testi ve psikiyatrik muayene için yönlendirildi.

.. ve annesi ile görüşüldüğünde ve evraklar incelendiğinde; tanımadıkları bir şahsın tekerlekli iskemlesinde ..'yi kucağına oturttuğu, cinsel organına dokunmak suretiyle taciz ettiği öğrenildi. Ayrıca buldukları ilin Devlet Hastanesi'nde 2007 tarihinde yapılan fizik muayenesinin normal saptandığı, 2008 tarihinde Psikiyatri uzmanı tarafından yapılan muayenesinde ise "Travma Sonrası Stres Bozukluğu" saptanarak ruh sağlığının bozulduğu kanısına varıldığı belirtildi. Ayrıca ATK 6. İhtisas Kurulu'nda yapılan değerlendirmesinde fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algıladığı davranışlarını yönlendirme yeteneğinin geliştiği ve ruh sağlığını bozacak derecede "Travma Sonrası Stres Bozukluğu" saptandığı anlaşılmıştır.

Evraklar incelendiğinde ATK 6. İhtisas Kurulu'nun aldığı kararda çocuk psikiyatrinin olmaması ve Yargıtay tarafından istismarcı hakkındaki hüküm bozulduğu için değerlendirme sürecinin yeniden başladığı fikri oluşmuştur. Hasta ile yapılan görüşmede

genel olarak keyfinin iyi olduğu, akranları ve ailesi ile ilişkilerinin iyi olduğu, olay sonrasında keyifsizlik, sinirlilik, sık sık olayı hatırlama gibi şikâyetlerinin olduğu ancak zamanla azaldığı fakat hala aklına geldiğinde özellikle mahkeme günlerinde ve doktora geldiğinde çok sıkıntı yaşadığı ve daha çok aklına geldiği öğrenildi.

Annesi ile yapılan görüşmede 2007 yılında olay sonrasında ..'nin daha durgun olduğu, ders başarısında düşme olduğu, zamanla daha iyi olduğu fakat durgunluğunun devam ettiği öğrenildi. Yapılan psikometrik değerlendirmede Normal zeka seviyesinde olduğu tespit edilmiştir. Hastanın olay sonrasında "Travma Sonrası Stres Bozukluğu" yaşadığı, sıkıntılarının azalmakla birlikte devam ettiği, ruh sağlığının bozulduğu kanaatine varılmıştır" şeklinde rapor düzenlenmiştir.

### **Sorular - Sorunlar**

- Bir çocuk kaç kere, kaç kişi tarafından muayene edilirse ruh sağlığının bozulduğu kanaatine varılır?
- "Ruh sağlığı bozulmuştur" ifadesi kullanılmazsa verdiğiniz raporun değeri ne olur?
- Tam teşekküllü bir üniversite hastanesinde çocuk psikiyatristi uzmanı, sosyal pediatri uzmanı ve adli tıp uzmanı tarafından verilen kararın "Adli Tıp Kurumu 6. İhtisas Kurulu" tarafından onaylanması gerekir mi?
- Çocuğun iyileşme ve travmanın tamiri süreci tekrarlayan değerlendirmeler nasıl sektöre uğrattıyor?
- Çocuğun yüksek yararı nerede?

### **Olgu 2**

1996 doğumlu, 8. sınıf öğrencisi .. adlı kız çocuğu, Kayseri'de annesiyle birlikte yaşıyordu. Çocuk Şube tarafından polis eşliğinde "ruh sağlığının bozulup-bozulmadığı" açısından değerlendirilmek üzere Erciyes Üniversitesi Çocuk İstismarını Önleme Ve Araştırma Merkezi'ne (ÇİTEM) getirildi. Kendisiyle yapılan görüşmede; 2 yıldır 25 yaşlarında .. adlı şahısla görüştüğü, yaklaşık 1 ay önce bu şahsın isteği üzerine cinsel ilişki kurdukları, telefonla mesajlaşırken, annesinin olayı öğrendiği ve şikâyetinde bulunduğu, .. adlı şahsın bu ilişkiyi inkar ettiği, cinsel ilişkiden ziyade annesinin olayı öğrenmesinden, erkek arkadaşının, bu durumu inkar etmesinden ve başlayan adli süreçten rahatsızlık duyduğu, kendisinin bu şahısla evlenmek istediği ancak annesinin istemediği, bu nedenle moralinin iyi olmadığı, yalnız kalamadığı, uykularının bozulduğu, kötü rüyalar gördüğü, 1 kez 5-6 adet ilaç alarak intihar girişiminde bulunduğu, sinirli olduğu ifade edilmiştir. Yapılan ilk ruhsal muayenesinde yaşından büyük gösteren, giyimi-kuşamı sosyokültürel düzeyi ile uyumlu, iletişime girmekten kaçındığı ve sorulara yanıt verirken sıkıntılı olduğu, olaydan bahsederken ağladığı, bilincinin açık, oryantasyonun tam olduğu, dikkat, bellek, algı düzeyinin yeterli olduğu, duygulanımının anksiyöz olduğu, düşünce içeriğinde yaşadığı süreçle ilgili fikirle olduğu saptanmıştır. Annesi ile yapılan görüşmede; olaylar ortaya çıktıktan sonra odasına çekildiği, sinirliliği olduğu, sürekli ağladığı, özellikle erkek arkadaşıyla evlenemeyeceğini düşündüğü için üzüldüğü ifade edilmiştir. Alınan öykü, adli tutanaklar, yapılan ruhsal muayene ve psikometrik incelemeler sonrasında "depresif

belirtilerle giden uyum bozukluğu” ön tanısı düşünülerek medikal tedavisi başlandı ve çocuk ruh sağlığı polikliniğinde takibe alındı. Ayrıca Yargıtay Başkanlığı, ruh sağlığının bozulup bozulmadığı kavramını “çocukta travma sonrası stres bozukluğu gelişip gelişmediği, bu bozukluğun 6 aydan uzun sürüp sürmediği, tedaviye yanıt verip vermediği” şeklinde varsayması nedeniyle 6 aylık takip sonunda raporun düzenlenmesi planlandı. Kontrol randevusunda ..'nin olayı inkâr etmesi ve ..'nin başkalarıyla ilişkiye girdiğini iddia etmesi. ..'nin ailesinin tehdit etmesi nedeniyle şikâyetlerinin giderek arttığı dikkati çekti. Uyuyamadığını, olayın sürekli aklına geldiğini, tedirgin, sinirli keyifsiz olduğu, suçluluk ve değersizlik hissettiği, arkadaşlarından uzaklaştığı, ders başarısının düştüğü belirtildi. Yapılan psikiyatrik ve psikometrik değerlendirme sonucunda tanısının “Major Depresyon” olduğuna karar verilerek tedavisi yeniden düzenlenerek kontrol randevusu verildi, ancak gelmedi

.. Çocuk Ruh Sağlığı polikliniğine daha sonra yeniden başvurduğunda, ilaçlarını 1 ay kullanıp kestiği, sıkıntılarının devam ettiği, ev ve okul değişikliği yaptıkları, kronoloji yaşının 13 yaş 8 ay olmasına rağmen, karşı tarafın istediği kemik yaşı tayininin 15-16 yaşla uyumlu çıkması ve kendisinin şikâyetçi olmaması nedeniyle ..'nin tutuksuz yargılanmak üzere serbest kaldığı, olaylardan etkilendiği ancak cinsel ilişkiden ziyade teklifini kabul ettiği için kendisine kızdığı, evlenemediği için üzüldüğü, sonraki süreçte yaşadığı şeylerini kendisini üzdüğü belirtilmiştir. Annesi de kızının şikâyetlerinin devam ettiğini, hastane ve mahkeme laflarını duyunca sıkıntısını arttığını ve sinirlendiğini belirtti. Tedavi önerilmesine rağmen düzenli olarak kontrollerini devam ettirmeyen .. olayın üzerinden 6 ay geçmesi nedeniyle ruh sağlığının değerlendirilmesi için mahkeme aracılığıyla tekrar ÇİTEM' de değerlendirildi. Mayıs ayında .. ve ailesiyle anlaştıkları ve nişanlandıkları, şikâyetlerini geri aldıkları, .. ile bir sorunu olmamasına rağmen ..'nin ailesiyle anlaşamadıkları, ruhsal şikâyetlerinin tamamen düzeldiğini, hastaneye ve mahkemeye artık gelmek istemediğini, yaşını tamamladıktan sonra annesinin izniyle evleneceklerini ifade etti. ..'nin ailenin ve ..'nin evliliğe razı olmasından sonra oldukça rahatladığı, depresif duygulanımının tamamen düzeldiği dikkati çekmiştir.

## Kaynaklar

1. Taner Y, Gökler B, Çocuk istismarı ve ihmali psikiyatrik yönleri, Hacettepe Tıp Dergisi 2004; 35:82-86
2. Çekin N, Çocuk ihmali ve istismarına adli tıp yaklaşımı. <http://tpk.turkpediatri.org.tr/kongre2009/pdf/23>. Alıntı tarihi Mayıs 2011
3. McClain N, Girardet R, Lahoti S ve ark, Evaluation of sexual abuse in the pediatric patient. J Pediatr Health Care 2000; 14:93-102
4. Practice parameters for the forensic evaluation of children and adolescents who may have been physically or sexually abused. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1997; 36:37-56
5. Kara B, Biçer Ü, Gökalp AS, Çocuk İstismarı. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2004; 47:140-151
6. Karakaya I, Üneri ÖŞ, Coşkun B, Çocukluk cinsel istismarı: bir olgu nedeniyle tanı güçlükleri. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi 2005; 12(3):141-145
7. Jain AM, Emergency department evaluation of child abuse. Emerg Med Clin North Am 1999; 17:575-593
8. Tercier A, Child abuse. In: Maer JA (ed). Emergency Medicine (4th ed). St. Louis: Mosby, 1998:1108-1118
9. Browne K, Preventing child maltreatment through community nursing. Journal Advanced Nursing 1995 (21):57-63
10. Bilge S, Çocuk İstismarında Psikolojik Belirtiler ve Bozukluklar.Çocuk Halkları Toplantıları.İstanbul Tabip Odası İstanbul 2000; 31-35
11. Türkcın S, Adli psikiyatride etik sorunlar. Adli Psikiyatri Uygulama Kılavuzu. Sercan M (ed), Türk Psikiyatri Deneği Yayınları, Ankara 2007: 107-124.
12. Aras Ş, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığında Etik. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı içinde. F.Çuhadaroğlu Çetin ve ark (ed),Hekimler Yaygın Birliği, Ankara. 837-845
13. Çelik GG, Meral D, Tahiroğlu AY, Çekin N, Avcı A, Çocuk istismar olgularında hekimin yasal sorumlulukları, etik ikilemler ve farklı uzmanlık gruplarının görüşleri. Adli Tıp Bülteni 2007; 12(3):101-105
14. Tahiroğlu AY, Avcı A, Çekin N, Çocuk istismarı, ruh sağlığı ve adli bildirim zorunluluğu. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2008; 9(1):1-7
15. Clark CR, Social responsibility ethics: doing right, doing good, doing well. Ethics Behav 1993; 3:303-327
16. Meer D, VandeCreek L, Cultural considerations in release information. Ethics Behav 2002; 12(2):143-156
17. Yavuz MF, Cinsel İstismara Uğramış Çocuğa Yaklaşım, Muayene, Delillerin Toplanması ve Adli Rapor Düzenlenmesi. Çocuk Hakları Toplantıları.İstanbul Tabip Odası. İstanbul. 2000; 11-18
18. Weinstock R, Leong GB, Arturo SJ, Principles and practice of forensic psychiatry. Rosner R (ed), Arnold, London. 2003; 56-72
19. Renteria SC, Summary: sexual abuse of female children and adolescents detection, examination and primary-care. Ther Umsch 2005; 62: 230-237
20. Duncan AE, Sartor CE, Scherrer JF, Grant JD, Heath AC, Nelson EC, Jacob T, Buchholz KK, The association between cannabis abuse and dependence and childhood physical and sexual abuse: evidence from an offspring of twins design. Addiction 2008 Jun; 103(6):990-7
21. Sevim ME, Görker I, Sercan M, Öncü F, Yargılama süreçlerinde çocuk ve ergen psikiyatrisi. Adli Psikiyatri Uygulama Kılavuzu. Sercan M (ed), Türk Psikiyatri Deneği Yayınları, Ankara 2007; 89-106
22. Terr LC, Childhood Traumas: an outline and overview. Am J Psychiatry 1991; 148:10-20
23. Taylor J, Predicting child abuse and neglect:ethical, theoretical and methodological challenges. Journal of Clinical Nursing 2008; 1193-1200
24. Çocuk Koruma Kanunu. No:5395, kabul tarihi:03.07.2005. Resmi gazete tarih:15.07.2005, no: 25876



# Olguların Değerlendirilmesi ve Yaklaşım

# 3

### 3.1 İLETİŞİM BECERİLERİ

Bilgi alışverişi olarak adlandırılan iletişim süreci, yaşamdaki en önemli olaylardan biridir. Canlılar, varlıklarını sürdürebilmek ve var olduklarını karşı tarafa anlatabilmek için iletişimde bulunmak zorundadırlar.

*Dökmen iletişimi*; bilgi üretme, aktarma ve bu iletileri anlamaya, yorumlamaya çalışma süreci, karşılıklı bilgi alışverişi olarak tanımlanmaktadır <sup>(1)</sup>.

*Cüçeloğlu ise iletişimi*; kişiler arasında yer alan anlam alışverişi olarak tanımlarken, bu süreçte her bir duyu organının bir iletişim kanalı işlevi gördüğünü belirtmektedir <sup>(2)</sup>. Her iki tanımdan da anlaşılacağı gibi, iletişimde bilgi akışı iki yönlüdür. Bir iletişimin kişiler arası iletişim olarak sayılabilmesi için şu üç ölçütün olması gerekmektedir <sup>(1)</sup>.

1. Kişiler arası iletişime katılanlar belli bir yakınlık içinde ve yüz yüze olmalıdırlar.
2. Katılımcılar arasında tek yönlü değil karşılıklı ileti alış verişi olmalıdır.
3. Söz konusu iletiler (mesajlar) sözlü ve sözsüz olmalıdır.

Bu tür ileti dışındaki iletilerin kullanıldığı iletişimler örneğin yazışmalar, kişiler arası iletişim sayılmaz. İletişim becerisi olarak tanımlanan süreç, her şeyden önce dinleme beceriyle başlar.

Dinleyebilmek için önce beynin, gönderilen iletileri alabilmesi bir önkoşul olarak duya bilmeye, görebilmeye ve hissedebilmeye geçebilmesi gerekir. Beynimiz çevreden gelen uyarıları beş temel duyusuyla algılar. İletişim; duyararak, görerek, dokunarak, tadararak ve koklayarak, gönderilen gelen iletilerin duyu organları tarafından algılanmasıyla başlar.

İletilerimizi karşımızdakine, göstererek, anlatarak ya da dokunarak (veya duygu ifade ederek) ya da koku ile göndeririz.

#### **Etkin Dinleme**

Dinlemenin etkin olabilmesi için:

- İyi bir dinleyici olmaya istekli olmak.
- Konuşma isteğini bastırmak.
- Konuşan kişiye bakmak.
- Duyguları bir kenara bırakmak.
- Başka şeylerle oyalanmamak.
- Ana noktaları yakalamak.
- Dinleme sırasında söylenenlere itirazlar hazırlamamak.
- Söylenenleri dinlemek (satır aralarını okumaya çalışmak).
- Bir an önce sonuca gelmekten kaçınmak.
- Acele kararlardan kaçınmak.
- Kendi ön yargılarımızın farkında olmak önemlidir.

Böylece etkin dinleme yoluyla, bir iletinin yanlış anlaşılması ortadan kalkar. Etkin dinleme, karşımızdaki kişi için kendini özgürce ifade edebileceği bir ortam yaratarak, onun güçlü duygularını anlamasına ve bunları ifade etmesine yardım eder. Bunun sonucunda kişi, kendi tepkileri konusunda sorumluluk alabilir ve bu da sorunların çözümünü kolaylaştırır. Sonuçta tüm bunlar, karşımızdaki kişinin de bizi dinleme isteğini artırır (3).

### **Anlama Süreci**

İletişimin bundan sonraki aşaması, anlama sürecini içerir. Gelen iletiyi anlayabilmek, en genel anlamda söz konusu konuyu karşı açıdan görebilmektir. Anlayabilmek, bir olayla ilgili yürütülen farklı düşüncelerin her birinin mantıksal açıdan kendi içlerinde tutarlılık gösterdiği varsayımını temel alır. Buna göre düşünceler arasında doğru/yanlış veya haklı/ haksız gibi ayrımlar anlamsızdır. Anlamanın temelinde yatan bu varsayımın anlamlı gördüğü tek şey, düşüncelerin birbirlerinden olan farklılıklardır. Her düşünce, bir bütünün bir kenarından yakalamış, o kesiti anlamış ve anladığını da tutarlı bir biçimde mantıksal bir silsile takip ederek kendi içinde doğrulamış bir açı, bir penceredir (4).

Karşıdaki kişiyi anlama gayretini en somut şekilde yansıtan ileti türü soru sormaktır.

Soru sorarken, yargılayıcı, cevabı belli sorgulama tipinde soruların sorulmaması ve karşısındaki kişinin soru bombardımanına tutulmaması, iletişimin daha etkili olması açısından önemlidir. Anlam uğraşısını geliştirebilecek, karşıdaki kişinin anlaşıldığı duygusunun yaşayabilmesine aracılık edebilecek üç soru tipinden söz edilmektedir.

- Açık uçlu sorular
- Kapalı uçlu sorular
- Açıcı yansıtma (yankı) soruları

Açık uçlu sorular evet ya da hayır olarak cevaplanamayan, kişiyi konuya ilişkin duygu ve düşüncelerini açıklamaya davet eden soru tipleridir. Özellikle iletişimin başlarında kullanılması hem bir yandan bir sonraki aşamaya geçişi kolaylaştırır diğer yandan ise, dinleme ve anlam kanallarının tümüyle açık olmasını sağlar. Yanıtlar belirsizlik içeriyorsa o zaman, durumu belirgin, anlaşılır ve verileştirebilecek bir biçime sokmak için, kapalı uçlu sorulara geçilir.

Açıcı, yansıtıcı sorular, temelde kişinin iletisinin anlaşılıp anlaşılmadığını sınamak için sorulan sorulardır. Bu tür sorular, soru olmaktan çok, iletiyi alan kişinin, gönderen kişiye, söz konusu iletiyi kendi diliyle anladığı gibi geri göndermesini içerir. Bir başka deyişle, yeniden ifadelendirmek olarak tanımlanabilir. Bu, anlamanın sağlaması anlamına gelir.

İletişim sürecinin anlam aşamasında, alıcının kendi içsel merak ve iletimlerini bir kenara bırakarak, devre dışına iterek, tüm algılama süreçlerini iletiye yönlendirmesini gerektir.

### **Eş Duyum (Empati)**

Eş Duyum kavramını tanımlayabilmek için üç temel ögeden söz etmek gerekmektedir.

- Eş duyumu kuracak kişi kendisini karşısındaki kişinin yerine koymalı, olaylara onun bakış açısıyla bakmalıdır. Karşımızdaki kişinin fenomenolojik alanına girerek, o kişinin rolünde kısa bir süre kalmalı, daha sonra bu rolden çıkarak kendi yerine geçebilmelidir. Aksi halde özdeşim kurmuş ya da sempati duymuş olunur.
- Empati kurmuş sayılmamız için karşımızdaki kişinin duygularını ve düşüncelerini doğru olarak anlamamız gereklidir. Karşımızdakinin yalnızca duygularını ya da yalnızca düşüncelerini anlamış olmak yeterli değildir.
- Empati kuran kişinin zihninde oluşan eş duyum anlayışın karşısındaki kişiye iletilmesi gerekir. Karşımızdaki kişinin duygularını ve düşüncelerini tam olarak anlasak bile eğer anladığımızı ona ifade etmezsek, eş duyum sürecini tamamlamış sayılmayız.

Günlük yaşantımızda ya da dilimizde çoğu zaman eş duyum ve sempati kavramları birbirlerinin yerine kullanılabilir. Sempati, karşımızdaki kişinin duygu ve düşüncelerinin aynısına sahip olmak bir başka anlatıyla onunla birlikte acı çekmek, ya da sevmektir. Bir insanı anlamak ve ona hak vermek farklı şeylerdir. Empati, olaylara karşısındaki kişinin bakış açısıyla bakmak, duygu ve düşüncelerini doğru olarak anlamayı, hissetmeyi ve ona iletilmesi sürecidir. Karşımızdaki insanlara eş duyumsal tepki vermenin başlıca iki yolu vardır. Yüzümüzü ve bedenimiz ve sözcüklerimiz kullanarak onu anladığımızı ifade etmek, en etkili iletişim kurabilmeyi sağlar.

### **Sözlü ve Sözsüz İletişim**

Kişiler arası iletişim, sözlü ve sözsüz iletişim olmak üzere iki ana grupta incelenir. Sözlü iletişim dil ve dil ötesi olmak üzere ikiye ayrılır. Dil ötesi iletişim, sesin niteliği ile ilgilidir. Sesin tonu, hızı, şiddeti, hangi sözcükleri vurguladığı, duraklamalar vb. özellikler dil ötesi iletişim olarak sayılır. Dille iletişim kişilerin ne söyledikleri, dil ötesi iletişimde ise nasıl söyledikleri önemlidir. Araştırmalar, günlük yaşantımızda kişilerin ne söylediklerinden çok nasıl söylediklerine önem verdiğimizi göstermektedir.

Sözsüz iletişim, konuşma yazı olmaksızın birtakım iletilerin iletilmesi sürecidir.

Bu iletişim türünde kişilerin birbirlerine ne söyledikleri değil ne yaptıkları ön plana çıkar.

Yüz ifadesi, beden duruşu, yakınlık, mekanın ve araçların kullanımı, bu iletişim türüne girer. Araştırmalar sözsüz iletişimin sözlü iletişimden anlam bağlamında daha çok ağırlık kazandığını, iletişim sürecinde % 55 yüz ifadesi, % 38 ses tonu, % 7 sözcüklerin ağırlık kazandığını belirtmektedirler <sup>(4)</sup>.

Sözsüz iletişimde, yüzümüzdeki ifade, el ve vücut hareketlerimiz önemli yer tutar. Beden ve yüz ifadeleri niyet edilerek ya da edilmeden yapılır. Başımızı evet ya da hayır anlamında sallama, kaşlarımızı kaldırmak, dudaklarımızı büzerek, omuzlarımızı

kaldırarak, söylemek istediğimiz ya da vermek istediğimiz birçok iletiyi karşımızdakine iletebiliriz. Çoğu zaman bu ifadeler sözlü olmamasına karşın sözlü anlatımda söylenmek istenenlerin anlamını taşır. Ancak bu ifadeler kültürden kültüre farklılık gösterebilir.

Niyet edilmemiş yüz ve beden ifadelerine ise duygusal ifade adı verilir. Örneğin, insanların yüzlerinde aniden korku ya da hayret ifadesinin belirmesi gibi <sup>(1)</sup>.

Bedensel temas sözsüz iletişim yollarında biridir. Farklı beden temaslarıyla karşımızdakine çeşitli iletiler verebiliriz. Örneğin, el sıkışma, omzuna vurma, el ele, kol kola girmek gibi.

İnsanlar, kendi çevrelerini oluştururken bıraktıkları boş mekanlarla kurmak istedikleri iletişim sınırını yaratırlar. Bu karşımızdaki kişiyle aramızdaki mesafenin bir çeşit ayarlanmasıdır. Yakın olmak istemediğiniz bir kişiyle aranızda daha uzun bir mesafe koyabilirsiniz Mesafelerin niteliği o kişiyle kurulacak ilişkinin niteliği adına önemlidir. Mesafeler ya da kişisel mekanların kullanımı, bir yandan ilişkinin düzeyini ifade ederken bir yandan statünün de göstergesi olabilir. Rozetler, takılar, kokular, belirli kıyafetler vb, çevremize çeşitli iletiler iletebilir. Bu iletiler, insanların birbirlerine nasıl davranacağı konusunda bilgi verir.

Sözsüz iletimim iki önemli işlevi vardır. Birinci işlevi, sadece onları kullanarak, bazı anlamlar iletebiliriz. İkincisi ise, sözlü iletişimi desteklemesi ve akıcılık kazandırmasıdır.

Sonuç olarak, etkili iletişim için gerekli olan özellikler şu şekilde sıralanabilir:

- Karşımızdaki kişiyi konuşurken cesaretlendirmek. (Kafa sallamak, gülümsemek)
- Konuşurken olumlu yaklaşmak ve karşıdaki kişiyi küçük düşürmekten kaçınmak.
- Açık uçlu sorular sormak. (Karşımızdaki kişinin duygu ve düşüncelerini kendi tarzıyla ifade etmesini sağlar, onu yüreklendirir.)
- Etkin dinlemeyi kullanmak, geribildirim vermek, empati kurmak. (İletişimin devamlılığını sağlar.)
- Daha iyi bir dinleyici olmaya istekli olmak.
- Konuşma isteğini bastırmak.
- Konuşan kişiye bakmak.
- Duyguları bir kenara bırakmak.
- Başka şeylerle oyalanmamak.
- Ana noktaları yakalamak.
- Dinleme sırasında söylenenlere itirazlar hazırlamamak.
- Söylenmeyen şeyleri dinlemek (satır aralarını okumaya çalışmak).
- Bir an önce sonuca gelmekten kaçınmak.
- Acele kararlardan kaçınmak.
- Kendi ön yargılarımızın farkında olmak.

Etkili bir iletişimde ise engeller şöyle tanımlanabilir:

- Sürekli emir vererek konuşma.
- Sert ve asabi bir şekilde dinleme.
- Sürekli aşağılayarak ve alaycı bir ses tonuyla konuşma.
- Karşınızdaki kişi sizinle konuşurken başka şeylerle uğraşma.
- Karşınızdaki kişiyle ciddiyetsiz bir biçimde çok yakın mesafede konuşma.
- Karşınızdakini sıkboğaz ederek ısrarcı olma ve karar vermeye zorlama.
- İsteksiz, asık suratlı olma ve konuşurken karşınızdaki kişinin yüzüne bakmama.
- Karşınızdaki kişiyi akıl verme ve yaptığı seçimleri eleştirme.

### Kaynaklar

1. Dökmen Ü, İletişim Çatışmaları ve Empati (20. Baskı) İstanbul Sistem Yayınları. 2002
2. Cüçeloğlu D, İletişim Donanımları-Keşkesiz Bir Yaşam İçin İletişim. İstanbul Remzi Kitapevi. 2002
3. Yalın A, Oral N, Güleç N, Şiddete Maruz Kalanlar ve Şiddet Uygulayanlarla İletişim ve Görüşme. Kadına Yönelik Aile içi Şiddet Projesi.T.C Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü. 2008
4. Özer K, İletişimsizlik Becerisi. İstanbul Sistem Yayınları. 2005

## 3.2 CİNSEL İSTİSMARA UĞRAMIŞ ÇOCUKLA GÖRÜŞME

Çocuklarla cinsel istismara ilişkin görüşme yapmak, değerlendirme sürecinin en önemli, en kritik adımıdır. Çocukla görüşme, cinsel istismarda merkezi rol oynadığı için diğer istismar türlerindeki görüşmelerden çok daha fazla önem taşır. Çocuğun ve uzmanın durumuna, deneyimin ve çocuğun yaşadığı ortamın güvenli olup olmasına bağlı olarak görüşme sayısı ayarlanır. Görüşme sayısını olanaklar elverdiği kadar az sayıda tutarak, çocuğu tekrar tekrar aynı konularda konuşturarak, yeni örselenmelerle karşı karşıya bırakmamak gerekmektedir. Görüşmeci, çocuğu tanımak, anlamak için yeterli zamanı ayırması gerekmektedir. Bu uzmana çocuğun yaşamı hakkında, çocuğun gelişim düzeyi hakkında ayrıntılı bilgi verir. Ayrıca çocuğun duygusal tonu, olaydan etkilenme düzeyi, bütün bunların ötesinde işlevselliği ve yeterliliği bağlamında bilgi sağlar.

İdeal olanı, görüşmeyi, tek yönlü ayna arkasından uzmanların izlemesidir. Görüşme, hekim, psikolog, sosyal hizmet uzmanı gibi uzmanlar tarafından yapılmalı ancak bu uzmanların özellikle, çocuk ve istismara uğramış çocukla görüşme konusunda donanımlı olması gereklidir.

### 3.2.1 Görüşme

Görüşmeci, görüşme öncesinde, sırasında ya da sonrasında çocuğa neden bu görüşmelerin yapıldığını ve kendisinin vereceği bilgilerin nasıl kullanılacağını anlatmalıdır. Görüşme kayda alınacaksa ya da aynalı odadan görüşmeyi izleyenler varsa çocuk bu konuda bilgilendirilmelidir. Bu bilgi çocuğun gelişim düzeyine göre verilir ve olguya göre çeşitlilik gösterir.

En önemli adım, çocukla ilk görüşmedir. Çocuk görüşmesinin verileri çocuğa, görüşmeyi yapan uzmana ve çocuğun yaşadığı ortamın güvenlik koşullarına göre bir ya da daha fazla görüşmede toplanabilir. Görüşmeci öncelikle çocuğu ve onun yaşadığı koşulları tanımalı ve çocuğun gelişim düzeyini, iletişim kanallarını, duygusal durumunu ve çocuğun yeterlilik düzeyini öğrenmelidir. Çocukla tanışmadan önce görüşmecinin çocuk ve yaşadığı olay hakkında ön bilgiye sahip olması görüşmenin daha iyi bir sonuç vermesini sağlar.

Küçük çocuklarda değerlendirmenin bu kısmı soruların eşlik ettiği oyun etkinliklerinden oluşur. Daha büyük çocuklarda görüşmeci çocukla konuşmayı ve ona sorular sormayı tercih eder. Bu noktada sorulan sorular çocuğun genel hayatıyla ilgili ve nötrdür. Bu sorular çocuğun kendisi, okulu, arkadaşları ve ailesi ile ilgili olabilir.

Yaşa uygun sorular bir görüşmenin en can alıcı aracıdır. Genel olarak beş tür soru sorma yönteminden söz edilir.

Görüşme sırasında çok çeşitli yöntemler kullanılabilir. Bizim kullanmamız gereken yöntemler, özellikle çocuklar hakkında en sağlıklı biçimde bilgi toplayı sağlayan yöntemler olmalıdır. Yaşa uygun sorular, anatomik yapıya uygun bebekler, resim çizdirme, öykü anlatma ve oyun evi gibi daha çok çocuğun günlük yaşamında kullandığı materyallerle onu tanımaya çalışılmalıdır.

### 3.2.2 Soru Türleri

#### Genel Sorular

Açılış sorularıdır. Örneğin; “Sana hiç kimse, bu gün buraya niçin benimle görüşmeye, konuşmaya geldiğini söyledi mi?” Açılış soruları her zaman işe yaramayabilir, cevaplar “Hayır, bilmiyorum” şeklinde olabilir. Ancak, çoğu zaman çocuklar görüşmeye neden ve niçin geldiklerini bilirler. Konuşmak istemedikleri için bu yanıtı verirler. Bazen “O kötü şeyden”, ya da “...amcanın yaptığı şeyden” gibi konuya dokunur dokunmaz cevaplar verebilirler.

#### Odaklı Sorular

Odaklı sorular uygun bilgiyi alabilmek için mutlaka kullanılması gerekli olan sorulardır. Sorular yönlendirici değildir. Üç tiptir:

- Kişi odaklı
- İstismarın koşullarına odaklı
- Bedenin parçalarına odaklı sorular.

Odaklı sorular önemli ipuçları toplamak için önemlidir.

#### **Örnekler:**

*“Seni kim giydirir?”*

*“Banyonu kim nasıl yaptırır?”* gibi sorular; içinde özel bilgi taşıyan sorulardır.

Yöntem olarak, çocuk için yanıtlaması zor sorulardan başlanmamalıdır. Başlangıç soruları, kardeşlere, anne babaya ve günlük işlemlere ilişkin olmalı, faille ilişkili sorulara daha sonra geçilmelidir.

#### **Örnekler:**

*“Nerede yaşıyorsunuz?”*

*“Bir okul günü nasıl geçer?”*

*“Okuldan döndükten sonra neler yaparsın?”*

*“Evde kimler olur?”*

*“Saat kaçta yatarsın?”*

*“Sana uyku öncesi kim masal okur ya da yanına gelir?”*

*“Hafta sonu neler yaparsınız?”*

*“Diğer günlerden farkı nelerdir?”*

Cinsel istismarın koşullarını ortaya çıkarabilmek için, iki çeşit odaklı soru vardır:

*“Ailedeki sırlarla ilişkili”*

*“Şüphelenilen kişiyle ilişkili”*

**Örneğin:** “*Seninle hiç ..... oyun oynadı mı?*” Böylece istismar eden, ilişkiye ‘oyun’ anlamı yükleyerek davranışını normalleştirmektedir. Bu soruları mutlaka çocuğun

anlayabileceği bir düzeyde sormak gerekir, çünkü ilişki oyun biçimde sunulmuş olabilir ya da bu oyun ikisi arasında bir 'sır', özel bir durum olarak çocuğa sunulmuş olabilir.

### Örnekler:

*"Dayın/... amcan/..... Deden/ ..... Ağabeyin annenle baban evde yokken sizinle neler yapar?"*

*"Annen isteyken baban sizinle neler yapar?"*

*"Banyonu kim yaptırır?"*

Beden bölümleri çocuğa bir bebek kullanılarak gösterilebilir. Çocuğa beden bölümlerini gösterdikten sonra odaklı sorular sorulabilir. Beden bölümlerini kullanarak; *"Senin bedenine dokunuldu mu?"* sorusu yöneltilebilir. Eğer çocuk bu soruya evet diye cevap verirse *"Kim ya da kimler?"* diye sorulabilir.

### Örnekler:

*"Hiç 'pipi ' gördün mü?"*

*"Kimin 'pipi"si?"*

*"Pipi' sana bir şey yaptı mı?"*

*"Hiç sana pipime dokun diyen oldu mu?"*

*"Pipi' canını acıttı mı?"*

*"Ne acıttı?"*

### Çoktan Seçmeli Sorular

İstenen bilgi odaklı sorularla alınamazsa çoktan seçmeli sorulara başvurulur. Mümkünse bu tip sorulara çok başvurmamak gerekir. Çünkü küçük çocuklar bu soru formatını anlayamayabilirler. Görüşmeci mutlaka doğru yanıtını soruların içine koymalıdır.

**Örnek;** *"O kişi arkadaşlarından biri mi, başka biri mi?"*

### Evet-Hayır Soruları

Evet - hayır soruları bir kenarda saklı tutulması gereken sorulardır. Devreye zorunlu koşullarda sokulmasının nedeni ise, çocukların çoğu zaman istedik yönde yanıt vermeleridir.

**Örneğin;** *"Amcan mı dokundu?"* sorusunu çocuk anlamadığı halde "evet" diye yanıtlayabilir.

### Yönlendirici Sorular

Genelde kullanılmaz. Çoğu zaman görüşmecinin öznel duygularını taşır. Çocuk bu öznel duyguların etkisiyle yanıtlarını verebilir.

**Örneğin;** *"Sana ..... yaptı değil mi?"*

### 3.2.3 Soruların Stratejik Olarak Kullanılması

Görüşmeci açık uçlu sorular kullanmalıdır. Çoktan seçmeli ya da evet-hayır soruları gerekli ve yeterli yanıtlar alınamadığı zaman devreye sokulmalıdır.

#### Örnek:

*“Olay anında annen neredeydi?”* (odaklı soru)

Görüşmeci bu soruya yanıt alamazsa *“Olay anında annen orada mıydı? Yoksa başka bir yerde mi?”* (çoktan seçmeli soru)

Çocuk *“annem oradaydı”* diye yanıt verirse görüşmeci *“ne yapıyordun?”* (odaklı soru),

Çocuk *“babama yardım ediyordun”* görüşmeci yeni bir odaklı soruyla *“Nasıl yardım ediyordun?”* diye sorar.

*“Anlatması zor diye”* yanıt verirse...

*“Herhangi bir yerine dokunuyor muydu?”* (evet-hayır sorusu)

Çocuk başını evet anlamında sallarsa Görüşmeci, *“annen nerene dokunuyordun?”* sorusunu sorabilir. (odaklı soru)

### 3.2.4 Çocuğun Yaş Grubuna Göre Görüşme Nasıl Yönlendirilmelidir?

#### Bebeklik Dönemi (0-18 ay)

Bu yaş grubundaki bebekler fiziksel ya da cinsel istismara uğradıklarını sözel olarak ifade edemezler. Bebeklerin yaşadığı istismar olayları başka birinin tanıklığı, istismarcının itirafı ya da fizik muayenede ve laboratuvar bulgularında cinsel yolla bulaşan hastalıklara ya da semen, sperm bulgularının olması durumlarında ortaya çıkabilir. Büyük olasılıkla hiçbir davranışsal belirti göstermeyecek olan bebeklerde bazen istismarcıya karşı tepkili olması, bezinin değiştirilmesine aşırı tepki vermesi, normalden daha huzursuz olması ve nadiren cinsel ilişkiye öykünen davranışlar sergilemesi gibi belirtiler görülebilir. Bebeklerle görüşme oyun odasında anne veya bir yakının yardımıyla yapılabilir.

#### Oyun Çocuğu Dönemi (18-36 ay)

Bu yaş grubu çocuklarda istismar olgularına sık rastlanmaktadır. İletişim becerileri henüz tam gelişmediği için kendilerini tam olarak ifade edemezler. Ancak oyunlarında cinsel eylemleri taklit ettikleri gözlemlenebilir. İstismarcının yanında olduklarında korku ve endişe tepkileri gösterebilirler. Kendilerini ve yaşadıkları olayı bazen tek tek sözcükler ile ifade edebilirler ancak olayın ne sıklıkta gerçekleştiği, ne zaman ve nerede olduğu gibi ayrıntıları belirtmeleri mümkün değildir. Çocukların ifade edici dilleri alıcı dil becerileri kadar gelişkin değildir. Yalnızca bazı çocuklar vücut bölümlerini ve yanlış ve doğruyu ayırt edebilirler. Davranışsal belirti olarak tuvalet eğitiminde

zorluk, geriye dönük davranışlar, uyku bozuklukları ve öfke patlamaları görülebilir. Bu dönem çocuklarının yaşadığı olayın anlaşılmasında yine fiziksel ve laboratuvar bulguların olması gereklidir. 2,5-3 yaş grubu çocuklar ile görüşme yapılabilir ancak evet-hayır soruları yerine direk ve özgül sorular kullanılmalıdır.

### **Okul Öncesi Dönem (3-5 yaş)**

Fiziksel ve cinsel istismarın en sık görüldüğü yaş gruplarından biri olan bu dönemde çocukların sözcük dağarcığı kısıtlılığından dolayı güvenli tanıklık yapamayabilirler. Görüşme sırasında dikkatleri kolayca dağılabilir, hareketlerinde artış olabilir ve bilmiyorum, hatırlamıyorum gibi ifadelere yönelebilirler. Yer ve zaman kavramı kısıtlıdır ancak öncesinde ve sonrasında yapılan etkinlikler ile ilişkilendirebilirler (doğum günü, yatma vakti, tatil, akşam yemeği gibi). Tümceler ile ifade etmek yerine canlandırma bu yaş grubu çocukların daha çok başvurdukları bir anlatım biçimidir. Kim-ne-nerede sorularına yanıt verebilirler. Okul öncesi dönemde cinsel istismara uğramış çocuklar cinsel içerikli oyunlar oynamak, somatik yakınmalar (baş ağrısı, karın ağrısı, cinsel organlarda hassasiyet hissi gibi), kâbus görme, geriye dönük davranışlar, aşırı sinirlilik, içe kapanma ve diğer psikososyal davranış belirtileri gösterebilirler. Akut yaralanmalar, semen ve sperm örnekleri olayı varlığını destekleyici bulgular olarak yine önemliyse de, bu dönemde çocukların yaşadıkları olayı aktarmaları da önemlidir. Kısa ve özgül sorular sorulması gerekir ancak bazı cinsel içerikli sözcükler kullanılarak çocuğun da öğrenmesi ve kullanmasına neden olunmamalıdır. Ne yaşandığını çizmeleri ya da göstermelerini istemek sözel anlatımdan daha etkili olabilir. Okul öncesi dönem çocukları her zaman doğruyu söyleyemeyebilirler ancak erişkinler kadar olayı farklılaştırma adına ayrıntı üretmeyi başaramazlar.

### **Okul Çağı Çocukları (6-9 yaş)**

Çocukların bağımsızlaşmaya başlayıp anne babalarından başka öğretmenler, arkadaşlarla daha yakın ilişkiler içine girmeye başladıkları bu dönemde kavram ve sembollerini daha iyi anlamlandırabilirler. Zaman ve mekân kavramı gelişmeye başlamıştır. Ne zaman ve nerede sorularına rahatlıkla cevap verebilir hatta istismarın yaşandığı mekânın basit bir krokisini çizdirebilirler. Kolayca sır tutabilir, ayrıntıları anlatmaktan bilinçli olarak kaçınabilirler. Bu dönemde cinsel dokunuşların uygun-suzluğunun farkına varmaya başlamaları ve çevrelerini kontrol edemeyecek kadar küçük olmaları nedeniyle yaşanan cinsel istismar olayından kendilerini de sorumlu tutabilirler. Kendilerini çatışma içinde, kafası karışmış, suçlanmış, utanmış ve cezalandırılacağından korkmuş hissedebilirler. Davranışsal belirtiler olarak içe kapanma, depresyon, duygusal patlamalar, kâbuslar, okul başarısında düşme, saldırganlık, yalan söyleme, hırsızlık ve benzeri antisosyal davranışlar gözlemlenebilir. Fiziksel belirti olarak enüresis, enkopresis, baş ağrısı, karın ağrısı, genital organlarda ağrı ve tikler görülebilmektedir. Görüşme sürecinde olayı anlatmaya isteksiz ve çekinden davranabilir ve eğer görüşmeciyile güven ilişkisi kuramazlarsa geri çekilebilirler. Rol oynama, bebek evi ve bebeklerin kullanımı süreci destekleyebilir. Okul çağındaki

çocuklar ile yapılan görüşmede güven ilişkisinin kurulması çok önemlidir çünkü bu dönem çocukları yaşadıklarını anlatmaktan utanabilir ve kendilerini rahatsız hissedebilirler. Utanç ve rahatsızlık duygularını azaltmanın en etkin yolu onları yapboz, resim yapma gibi eşzamanlı aktivitelere yönlendirerek görüşmenin ilerletilmesidir. Sözel olmayan iletişim yine etkindir.

### **Erinlik Dönemi (9-13 yaş)**

Erinlik dönemindeki çocuklar genellikle kendi cinsiyetlerinden biri ile görüşmede rahat olurlar. Yalnızca cinsel istismar olayından bahsetmek onları rahatsız etmez, aynı zamanda bedenleri ve genel olarak cinselliği konuşmak onlar için rahatsızlık vericidir. Hormonları yeni devreye girmeye başladığı için duygu durumlarında hızlı geçişler yaşanabilir. Gruba uyum sağlamak en önemli amaçları olduğu için, cinsel istismar olayını onları diğerlerinden ayıran bir durum olarak değerlendirip olayı gizlemeyi tercih edebilirler. Bu dönemde arkadaşlar duygusal destek ve yakınlığın yeni kaynakları olmuştur ve aile içinde gerginlik ve aileden uzaklaşma söz konusudur. Sosyal olarak kabul edilmenin sınırlarını zorlayıcı hırsızlık, madde kullanımı, akranlarla cinsel yakınlaşma gibi davranışlara yönelim artabilir. Erinlik dönemindeki çocuklar cinsel davranışların yanlış olduğunun farkındadırlar. Bu nedenle kendilerini yaşadıkları olaydan gizil dönem çocuklarından daha fazla sorumlu tutabilirler. Suçluluk ve utanç duygularının yoğunluğuyla olayı inkar etmeye eğiliminde olabilirler. Gizil dönem çocukları ile aynı davranış değişiklikleri ve fiziksel belirtileri gösterebilirler. Görüşmenin daha resmi ilerlemesi erin dönemdeki çocukların görüşmede daha rahat konuşmalarını sağlayabilir. Soruların kısa ve klinik odaklı olması, aynı zamanda duygularının ve görüşlerinin önemsendiğinin hissettirilmesi gereklidir. Yaşanan olayın onların suçu olmadığını vurgulamak önemlidir.

### **Ergenlik Dönemi (13 yaş ve üstü)**

Bu döneme gelmiş gençlerin bir bölümü akranları ile cinsel yakınlaşmalar yaşamış olabilir. Ailelerine duygusal olarak daha az bağımlı, arkadaşları ile daha çok vakit geçirdikleri bir dönemdeyler. Bağımsızlık onlar için çok önemli bir konu olup, otoriteye karşı gelme ihtiyacı görüşme sürecini zorlaştırıcı bir özellik olabilir. Hayatlarının kontrolünü kendi ellerine almak istemeleri nedeniyle, bir başkasının ya da bir kurumun yardımına ihtiyaçları olduğunu kabul etmekten kaçınabilirler. Davranış sorunları olarak karşı gelen, saldırgan davranışlar, okuldan kaçma, ders başarısızlığı, suç işleme, özkıyım girişimi, madde kullanımı, kendine zarar verme, evden kaçma görülebilir. Hastane acil servislerine kronik ağrı ya da nedeni belirsiz çeşitli fiziksel ve duygusal yakınmalar, histeri gibi nedenlerle getirilebilirler. Görüşmeden en iyi sonucu çıkarabilmek için açık ve doğrudan bir yaklaşım sergilenmelidir. Görüşmecinin ergenin endişelerini ve ihtiyaçlarını ciddiye aldığını göstermesi, yaptığı davranışları yargılayıcı ifadeler kullanmaması ve onlara karşı dürüst olması ergenin işbirliği yapmasını sağlayabilir (1).

### 3.2.5 Görüşmecinin Özellikleri

Görüşmenin işlevsel olabilmesi için bir görüşmecinin ne tür duygular içinde olabileceği ve görüşme sırasında tutum ve davranışlarının nasıl olması gerektiği bilinmelidir.

Görüşmeci, öfke, kızgınlık, bazen inanamama, çaresizlik ve yalnızlık duyguları içinde olabilir.

#### **Görüşmecinin tutum ve davranışları nasıl olmalıdır?**

**Yansızlık:** İlk görüşme çocuk ve genç için tehlikeli algılanabilir. İstismara uğramış bir çocuk ya da genç için ilk görüşme kaygı ve endişe yaratabilir. Koşul ne olursa olsun görüşmecinin yansızlığı bu kaygı ve endişenin azalması için önemlidir.

**Suçlamadan:** Çocuk ya da genç böyle bir duruma kendilerinin neden olduğuna ilişkin yanlış bir varsayım içinde olabilirler. Görüşmecinin suçlamaya ilişkin tutum ve davranışlar sergilemesi onlarda 'Kötü Kişi' olarak tanımlandığı duygusunu yaratabilir o zaman, o algıya uygun davranışlar sergilerler.

**Yargılamama:** Genç, kendisine öneri veren, yetişkin dünyasında ki doğruları anlatmaya yönelten yetişkinlerle ilişki kurmak istemez. Çünkü o anlatımların ya da derslerin içersine sıkıştırılmış yargıyı algılar.

**Yaptıkları iyilere odaklanma:** Kendileri için iyi olan davranışlara odaklanma. Görüşme sırasında olumlu denebilecek davranışları bulup çıkarma ilişki adına çok önemlidir.

**Yönlendirmemek:** Zorlamadan ve gündemi tayin etmeden görüşmeyi yürütün. Zorlamak, yönlendirmek güven ortamını bozar.

**Güç savaşına fırsat vermemek:** Güç savaşı üretken olmayan bir biçimdir. Güç savaşı karşılıklı savunma davranışını üretir. Çocuk ve genç savunmaya geçerse kendini güvende hissetmez.

**İstismara uğramış kişinin savunmak için bir nedeni vardır, zaman tanıyın:** Eğer saldırıya uğramışsanız, kendinizi her türlü saldırıya karşı korumak için uğraşsınız. İstismara uğramış kişinin kendini güvende hissetmesi için zamana gereksinimi vardır.

**İstismara uğramış bir çocuğun yeniden istismara uğramasının kolay olduğunu anlama:** Bir kez istismara uğramış olmak çocuğu yeni istismarlar için kişi risk altına alır. Onlar yeni istismarlara açık tutan istismarın kendisi değildir. Zedelenmişlik, kaybettikleri sevgi, bakım, ilgi, güven ve değerliliklerdir.

**İstismara uğramış çocukların kontrol dışı davranışlarının nedeninin farkında olma:** İstismara uğramışlık güvendikleri diğer kişilerin de istismar edeceği düşüncesine neden olur. Saldırgan ve kontrol dışı davranışlarla kendilerini korumaya çalışırlar. Güvenilebilmek önemlidir (2).

**Empati (Duygu arkadaşlığı):** İletişim kurma becerisiyle empati kavramı adeta özdeş hale gelmiştir. Bir kişinin kendisini karşısındaki kişinin yerine koyarak olaylara onun bakış açısıyla bakması, o kişinin duygularını ve düşüncelerini doğru olarak anlaması, hissetmesi ve bu durumu ona iletmesi sürecine `empati' adı verilir.

### 3.2.6 Görüşme Yapılacak Mekâna İlişkin Dikkat Edilmesi Gerekenler

Görüşmenin yapılacağı mekânın özellikleri çok önemlidir. İlk görüşmeyi mutlaka sakin, az eşya ile döşenmiş bir odada yapmayı tercih ediniz. Çocuğa ait oyuncakların sayısının yeterince olmasına özen gösterin.

Eğer olayı oyun temelli değerlendirmeye başlarsak hayal gücü kuvvetle işin içine girer. O zaman gerçekte hayali ayırt etmekte sıkıntı yaşarız.

“Çocuk dostu” görüşme odası ses geçirmez olmalıdır (gizlilik ilkesi açısından gereklidir). Çocuğun güvenliği için yeterli önlem alınmış olmalı, yumuşak halı, masa ve sandalye, kanepeler veya koltuk bulunmalıdır. Renkli kalemler, kâğıt, bebek, vb malzemenin bulunması gerekir. Görüşmenin kayıt altına alınabilmesi için gerekli teknik donanımın yanı sıra çift yönlü aynalı oda olması gereklidir. Veya dışarıdan izlenecek farklı bir teknik donanımın bulunması gerekir.

#### Kaynaklar

1. Craig, B, The art of the interview in child abuse cases. Adapted for the web by L.T Gordan from an April' 98 handout. 1998
2. Goldberg, C. (1998). Getting to the truth in child abuse cases: new methods. <http://query.nytimes.com/gst/fullpage.html?res=9E00E6DF123EF93BA3575AC0A96E958260>

### 3.3 İSTİSMARA UĞRAMIŞ ERGEN VE AİLESİYLE GÖRÜŞME

Ergenlerle görüşme yöntem ve yaklaşımları, çocuklara uygulanması önerilen yöntem ve yaklaşımlardan farklı bir süreç göstermemekle birlikte, ergenlerin içinde buldukları gelişim özellikleri nedeniyle, ergenlerle güven ilişkisi kurmak çocuklardan daha zordur.

Buna bağlı olarak, görüşmede güven ilişkisi kurulması amacıyla görüşmenin başlangıç aşamasına yeterince zaman ayrılmalıdır. Öncelikle gencin ilgisi olan bir alandan örneğin, okul, spor, güncel bir olaydan kısaca bahsederek başlamak faydalıdır.

Görüşmenin çok özel bir nedenle yapıldığı düşünülürse, gizliliğin sınırlarını baştan çizmek, tutamayacağımız sözler vermemek ve izleme, kayıt alma gibi konulardan ergeni haberdar etmek güven ilişkisi adına çok önemli ve gereklidir <sup>(1)</sup>.

#### 3.3.1 Görüşme

*Görüşme üç aşamadan oluşur.*

**Birinci Aşama:** Bu aşama tanışma, gizlilik sorunlarının tartışılması ve güven ilişkisinin kurulmasını içermektedir.

Çok katı olmamakla birlikte aşağıda sunulan sıranın izlenmesi görüşmenin işlevselliği açısından önemlidir.

- Görüşmeci, kendini tanıtmalı, mesleğini belirtmeli.
- Ergenin adını öğrenmeli ve görüşmede kendisine nasıl hitap edilmesini istiyorsa o şekilde hitap edilmeli.
- Niçin orada olduğuna ilişkin aydınlatıcı bilgi verilmeli.
- Gizlilik ilkesine özen göstermeli.
- Kayıtların ve notların neden alındığı önceden açıklamalı.

**İkinci Aşama:** Görüşmeye ergeni savunmaya gereksinim duymayacağı, arkadaşları okulu veya ilgileri hakkında sorular sorarak başlanmalı.

- Uzun cümlelerden, tekrarlayıcı sorulardan ve yönlendirmelerden kaçınılmalı.
- Gerçeği duyma gereksiniminin olayın özelliği nedeniyle önemli olduğu belirtilmeli.
- Ergenin ifadesi onun sözcükleri kullanılarak yinelenerek, onaylaması istenmeli.
- Ergenin doğal anlatımına müdahale edilmemeli.
- Tekrarlayıcı sorulardan kaçınılmalı.
- Görüşme sırasında ergenin davranışları gözlenip kaydedilmeli.
- Kayıtlardaki ifade ergenin kendi ifadesi olmalı.
- Yaşanan olayın anlatılmasını sağlayan sorular sorulmalı;

**Örnek Sorular**

*“Başından geçenleri bana anlatır mısın ?”*

*“En son yaşadığın olayı bana anlatır mısın?”*

*“Nasıl oldu?”* gibi

Görüşmeye açık uçlu sorularla başlanmalı.

**Örnek Sorular**

*“Olay ilk zamanlar/ başlangıçta nasıldı?”*

*“Daha sonraki dönemde neler yaşadın?”*

*“Olaydan sonra ne yaptın?”*

*“O ne yaptı?”*

Görüşmenin bu bölümünde özellikle, ne olduğu, ne zaman olduğu, nerede olduğu nasıl olduğu kimin tarafında olduğuna ilişkin bilgiler alınmalıdır.

Açık uçlu sorulardan yeterince bilgi alınamadığı zaman ve olayın açıklık kazanabilmesi için aşağıdaki şu sorulara benzer sorular sorulabilir.

*“Neler olduğunu, bir film şeridi ya da bir resme bakar gibi anlatabilir misin?”*

*“Senin için önemli ya da önemsiz olan her şeyi baştan anlatabilir misin?”*

Bu sorulardan sonra kapalı ve yönlendirici sorulara geçilebilir.

**Örneğin;** *“Olayı annen biliyor mu?”* *“O seni tehdit etti mi?”* gibi.

**Üçüncü Aşama:** Görüşmenin sonlandırılması aşamasında, ergene birkaç genel soru sorulur ve bundan sonra neler yapılacağı, nasıl bir sürecin başlayacağı, onun anlayacağı bir dille ve içerikle anlatılır. Anne ve babasıyla da benzer bir görüşme yapılarak nasıl bir yol izleneceği bilgisini anlatılır ve bu görüşmenin çok özel bir görüşme olduğu, kendisine güvenerek olayı tüm ayrıntılarıyla paylaştıkları için ergene ve ailesine teşekkür edilmelidir.

**3.3.2 Görüşmecinin özellikleri**

Görüşme yapmak beceri isteyen ustalık işidir ve soru sormanın ötesinde, karmaşık bir süreçtir. Başarısı, bir yandan herhangi bir gündelik konuşmanın tüm sıcaklığını, kişisel alış verişini, öte yandan da bilimsel bir araştırmanın açıklığını ve rehberliğini içermesine bağlıdır.

Amaç, ergen ve davranışıyla ilgili olarak olanaklar çerçevesinde çok şeyi öğrenmektir. Elde edilen bilgilerin ışığında, ergenin çıkarlarına en uygun yol bulunmalıdır. Görüşme, olayın çözümünde karar verici etkenlerin elde edilmesini sağlayacaktır. Bu nedenle de ergenler ile karşı karşıya gelen profesyonellerin, bu konuda eğitim almış olmaları gereklidir.

Görüşmeci, konusunda yeterli eğitimi almış ve deneyimli, eşduyumlu, sabırlı ve kabul edici, yansız yargısız, destekleyici, sınırları saygılı, güven verici olmalıdır. Bun-

ların yanı sıra kendi duygularını denetleyebilen, açık, anlaşılabilir yalın bir dille ve yumuşak ses tonuyla, acele etmeden konuşmalıdır.

### 3.3.3 Ergenin özellikleri

Ergenlik dönemi tıpkı diğer dönemlerde olduğu gibi kendisine özgü özellikleriyle değerlendirilmeli ve anlaşılmalıdır. Özellikle yaşamın hiç de istenmeyen yüzüyle karşı kalmış bir ergenin duygu, düşünce ve davranışlarını anlama ve değerlendirme oldukça zordur. Bu nedenle ergenin normal gelişim özelliklerini çok iyi bilmek gerekir.

Görüşme odasına, zorlu bir yaşam deneyiminden sonra gelen ya da getirilen ergen çoğu zaman utanmış, suçlanmış, öfkeli, dirençli, kırılgan ve alingan duygu durumuyla gelir.

Görüşme sırasında kolay incinebilir özelliği onun dürtüsel, resmiyet ve yapaylıktan hoşlanmayan yönünü daha belirgin hale getirebilir. Karmaşık duygular içersindedir. Kendini yalnız, korunaksız, hissedebilir. Çoğu zaman bu tür yaşantıların arkasından ergenlerin okul başarısı düşer, evden kaçma, kendine zarar verme, ilaç, alkol gibi maddeleri kötüye kullanma, sosyal içe çekilme, yeme bozuklukları, depresyon, gece kâbusları, değişik korkular, davranım bozuklukları, cinsel konulara aşırı düşkünlük, kendilik değerinde azalma gibi davranışlarla karşımıza gelebilirler.

### 3.3.4 Ailenin özellikleri ve aileyle görüşme

Anne ve babalarla görüşmenin amacı, istismar olayını aile boyutunda anlamak, anne ve babanın olaya ilişkin tutum ve davranışlarını anlamak ve aileyi değerlendirmek için yapılır.

Anne ve babalar, çoğu zaman öfkeli, kızgın, suçluluk duygusu yaşayan, şaşkın, yas aldatılmışlık ve intikam duyguları içersindedir.

Genellikle çocuğun geleceği bağlamında endişeli ve kaygılıdır. Anne ve babalar, ergene karşı aşırı koruma ve kollama davranışları sergileyebilirler ve durumu olduğundan daha fazla abartma eğilimi gösterebilirler.

Anne ve babanın yukarıda belirtilmeye çalışılan duygu, düşünce ve davranışlarına uygun yöntemlerle yaklaşılmalı (empatik).

Konuya ilişkin bilgilendirilmeli, çocuklarıyla bundan sonra nasıl iletişim ve ilişki kuracakları bağlamında destekleyici görüşmeler yapılmalı ve gerekirse profesyonel yardım alabilmeleri için bu konuda hizmet veren merkezlere yönlendirilmelidir (2).

#### Kaynaklar

1. www.bilgipdr.com/2911-post1.html erişim tarihi 01.07.2011
2. Yalın A, Oral N, Güleç N, Keser Ü, Kadına Yönelik Aile içi Şiddet- Mağdurla ve Faille Görüşme Teknikleri.T.C BaşbakanlıkKadın Statüsü Genel Müdürlüğü. 2008

### 3.4 İSTİSMARA UĞRADIĞI İDDİA EDİLEN ÇOCUKLA YAPILACAK DEĞERLENDİRMEDE KULLANILACAK PSİKOLOJİK TESTLER

Genel olarak bir psikolojik test, standart koşullarda yapılan gözlem ya da görüşme anlamını taşır. Testlerin teknik olarak tanımı şu şekilde yapılandırılabilir, psikolojik test kişinin davranışını standart koşullar altında gözlemek, değerlendirmek ve tanımlamak için kullanılan sistematik bir yöntemdir.

Psikolojik test bireylerin yeteneklerini, becerileri, performansları, güdüleri, tutumları, savunmaları vb hakkında bilgi verebilecek soruların sorulmasına olanak sağlayan sistemli bir yaklaşımdır. Test maddesi olarak isimlendirilen test sorularının içeriği, şekli, dizilişi ve sunuluşu standart hale getirilmiş olduğundan, uygulama koşulları bireyden bireye veya zaman aralıkları içerisinde değişmez. Bireyler arası farklılıklar, kişiye has niteliklerdir. Bu nitelikler, bireylerin davranışlarını belirlemede ve yordamada önemlidir.

Testlerden elde edilen puanlar kullanılarak zekâ, kavrama yeteneği, kaygı, saldırganlık, ruhsal belirtiler vb. pek çok psikolojik boyutta bireyler bir dağılım çizelgesi üzerinde birbirleri ile karşılaştırılarak farklılık saptanır. Birey için en doğru olarak içerisinde buldukları olaylardan etkilenme, ruhsal sağlığın bozulup bozulmadığı ve etkilenme ya da tedavinin verilip vermeyeceği konusunda, birey hakkında güvenilir ve geçerli bilgileri üretmekle olanaklıdır. Bireyin psikososyal güçlerini ya da yetersizliklerini saptamak, yaşamlarını etkin bir biçimde planlamada yardımcı olmak açısından psikolojik testler önemlidir. Bu nedenlerden dolayı istismara uğradığı düşünülen çocuk ve gence aşağıda sunulan testlerin çocukların, yaşlarına ve gelişim düzeylerine uygun olanların verilmesi değerlendirmenin daha sağlıklı yapılabilmesine olanak sağlar.

#### 3.4.1 Test Türleri<sup>1</sup>

**Çocuklar için algı testi (CAT):** Bireysel olarak uygulanan bir testtir. 3-10 yaş arası çocuklarda kullanılır. Projektif yaklaşımlı olan test hayvanlarla ilgili hikâyelerden oluşur. Çocukların yapıları ve gelişiminde karşılaştıkları güçlüklerle tepkilerini anlamada yardımcıdır. Zaman sınırlaması yoktur.

**Tematik algı testi (TAT):** Sözel testtir, bireysel olarak uygulanır. Ergenler ve yetişkinlerde kullanılır. Projektif yaklaşımlı olan test, üzerinde resimler bulunan kartlardan oluşur. Kişinin kişilik özelliklerini anlamaya yönelik bir testtir.

**Luisa düss:** Sözel testtir, bireysel olarak uygulanır. Psikanalitik hikayeler testidir. Yarım bırakılmış ve çocuk tarafından tamamlanması istenen hikayelerden oluşur. Küçük yaş gruplarında yapılarını ve tepkilerini anlamada yardımcı olan bir testtir.

**Peabody resim kelime testi:** Çocuğun alıcı dil gelişimini ölçmek amacıyla uygulanan bir testtir. Her kartta sekiz resmin bulunduğu 50 karttan oluşmaktadır. Maddelelere verilecek cevaplarda süre sınırı yoktur. 2,5-18 yaş arasındaki bireylere uygulan-

<sup>1</sup> Bu bölümde Türkiye'de kullanılan testlerden örneklere yer verilmiştir.

maktadır. Bireysel bir test olup bir oturumda bir kişiye uygulanır. Bireyden kartın her iki yüzündeki dört resimden istenen resmi göstermesi istenir.

**Peabody kelime anlama testi:** 150 adet resimden oluşan testte, çocuktan resme bakarak tanımlaması istenir. Doğru sayısına göre dil gelişim yaşı belirlenecektir. 2-12 yaş arası çocuklara. Bireysel uygulanan bir performans testidir.

**Beier cümle tamamlama testi:** Birey tanıma tekniklerinden biri olan cümle tamamlama testi, projektif testler arasında yer alır. Bireyin paylaşmadığı, duygu ve düşüncelerini anlamaya yönelik bir testtir. Birey bu testte eksik cümleleri tamamlayış biçimiyle, ilgilerini, tutumlarını, arzularını, beklentilerini, sıkıntılarını vb. duygu ve düşüncelerini yansıtır. Bireyin iç dünyasına ait bilgiler edinmek istendiği zaman kullanılır.

Testin A formu 56 eksik cümleyle 8 ile 16 yaşlar arasındaki çocuklara uygulanmaktadır. B formu ise, 67 eksik cümle ile daha ileri yaşlardaki çocuklara uygulanmaktadır. Projektif bir teknik olduğundan uzmanlık gerekmektedir. Bireysel olarak ya da belli bir gruba uygulanabilir. Yönerge okunarak, bireyin eksik cümleleri tamamlaması istenir.

**Goodenough-Harris insan resmi çizme testi:** Bireylerin zihin gelişimini ölçmeyi amaçlar. Küçük çocukların genel yetenek düzeylerine ilişkin bir bilgi vermektedir. Bir çizim testidir. Zihinsel geriliğin belirlenmesinde önemli bilgi verir. Ancak birey hakkında karar verirken sadece bu test kullanılmamalıdır. Süreli bir test değildir. 4-14 yaş arasındaki çocuklara uygulanmaktadır. Gerektiğinde grup testi olarak da kullanılmaktadır. Çocuktan boş bir kağıda insan resmi çizmesi istenir. Projektif olarak değerlendirilir.

**Weschler Çocuklar İçin Zeka Ölçeği, WISC R Zeka Testi (6-16 yaş):** Günümüzde zeka ölçümünde yaygın olarak kullanılan ve güvenilir sonuçlar veren bir testtir. Psikolog Serap Duygulu: “6-16 yaşlar arasındaki çocukların ve gençlerin zeka düzeylerini ölçmekte kullanılır.” diyor ve bu uygulamanın, yaklaşık olarak 60 ile 90 dakika arasında bir süreyi kapsadığını söylüyor. Bireyin sözel ve performans becerileriyle, düzeyini ölçen ve 12 alt testten oluşan WISC-R Zeka Testi, genel olarak süreye bağlı bir testtir.

**Sözel Testler, bazı alt testlerden oluşur:** genel bilgi, benzerlikler, sözcük dağarcığı, aritmetik, yargılama ve sayı dizisi.

**Performans Testleri ise** resim düzenleme, resim tamamlama, parça birleştirme, küplerle desen, şifre ve labirent gibi alt testlerden meydana gelir.

**Testin sonucunda;** Sözel, Performans ve Genel olarak üç ayrı zeka puanı elde edilir. Sonuçların değerlendirilmesiyle, çocuğunun yaşına göre zeka gelişimi ve zeka düzeyi saptanabilir. Bu test ile ayrıca; çocuğunun öğrenme güçlükleri, zeka geriliği ya da üstün zekalı olup olmadığı tespit edilebilir. WISC-R Zeka Testi, çocuğunun ilgi alanlarının ne olduğu ve yetenekleri konusunda da ciddi verilere ulaştıran son derece gelişmiş ve güvenilir bir testtir.

**Ankara Gelişim Tarama Envanteri (AGTE), AGTE Gelişim Testi (0-6 yaş):** Farklı yaş aralıklarında olan çocukların, zihinsel gelişimlerinin yaşına göre ne düzeyde olduğunu tespit etmek amacıyla kullanılan testlerden biri de, Ankara Gelişim Tarama Envanteri'dir. *Bu test, toplam 154 madde ve 4 alt testten oluşur:*

- Dil-Bilişsel
- Sosyal Beceri-Özbakım
- İnce Motor
- Kaba Motor

Bu alt testler, çocuğun yaşına uygun sorularla başlayan bir tarama ve tanıma testidir. Temel olarak, çocuğu yetiştiren kişiye uygulanır. Çocuğun genel gelişim düzeyi hakkında doğru bilgilere ulaşılmasını sağlayan kapsamlı bir testtir.

**Denver II Gelişim Testi (0-6 yaş):** Çocuklardaki gelişim düzeylerini ya da varsa gerilikleri ve bozuklukları saptamak ve belirlemek amacıyla uygulanan bir testtir. Çocuğa bakan kişinin de teste katılımı ve bazı soruları yanıtlaması gerekir.

Denver'i, bir zeka testi olarak düşünmeyin. Bu test, çocuğunuzun gelişimsel düzeydeki becerilerini, akranlarıyla karşılaştırma imkanı verir. Muhtemel gerilikler ya da kuşkulu durumlar hakkında önemli ipuçlarına ulaşılmasını sağlar. *Test toplam 116 maddeden oluşur ve 4 tane de alt testi vardır. Bunlar:*

- Kişisel-Sosyal,
- İnce Motor,
- Kaba Motor,
- Dil alanlarının taranması testleridir.

Testin uygulamasında yönergeler dikkatle takip edilmelidir.

**Gazi Erken Çocukluk Değerlendirme Aracı (GEÇDA):** 0-72 ay çocuklarının gelişimlerini ayrıntılı olarak değerlendirebilecek, eğitim yaşantılarının düzenlenmesinde ve çocukların gelişimsel geriliklerinin erken tanımlanmasında kullanılmak üzere geliştirilmiştir. Araç ilk on beş gününü doldurmuş olan bebeklerden başlayarak yetmiş iki aylık olan tüm çocuklara uygulanmakta ve özel gereksinimi olan çocuklara daha derin inceleme yapabilmeye ip uçları vermektedir.

**Çocuklar İçin Durumluk Sürekli Kaygı Ölçeği (ÇDSKE):** Yirmişer maddelik iki alt ölçekten oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışmaları 9-12 yaş çocuklar da yapılmışsa da 17 yaşa kadar uygulanmaktadır.

**Kinetik Aile Çizim Testi (KAR):** Çocuklara kendilerinin de içinde bulunduğu bir aile resmi çizmeleri istenir. Yönergede ailenin günün herhangi bir saatinde 'birlikte bir şeyler yaparken' resimlerinin çizilmesi istenir. Bu resimden çocuğun ailesine karşı tutumlarını ortaya koyması beklentisi vardır.KAR genellikle çocuğun istismarı değerlendirme sürecinde kullanılan bir çizim testidir.

### 3.4.2 Rapor Yazarken Nelere Dikkat Edilmeli?

Rapor yazımı, yapılan psikolojik testlerin sonuçlarının bir bütün haline getirilmesini, test sonuçlarının ve test sürecinde elde edinilen bilgilerin sistematik ve uygun bir şekilde aktarılmasını içerir. Test raporunun her durum ve koşulda kullanılacak bir şablonu yoktur, ancak rapor yazarken atlanmaması gereken özellikleri belirten çeşitli rehber kaynaklar bulunmaktadır. Bu bölüm, raporların anlaşılır, güvenilir ve kullanılabilir olması için gerekli temel özellikleri özetlemektedir.

**Raporun amacı ve yazım ilkeleri:** Raporun amacı test koşullarını, elde edilen bulguları ve bu bulguların neye işaret ettiğini aktarmaktır. Aktarım yapılacak kişiye göre raporun dilinde farklılaşmalar olabilir. Örneğin aileye verilecek rapor ile avukata verilecek raporun vurgularında farklılıklar olabilir. Ancak, genel hatlarıyla dikkat edilmesi gereken öğeler aynıdır. Bir raporun güvenilir şekilde kullanılmasını sağlamak için aşağıdaki ilkelere dikkat etmek faydalı olacaktır:

- Raporun açık ve net bir şekilde ve mümkün olduğunca terimlerden uzak bir dille sonuçları anlatması
- Raporun sadece testlerin sonuçları olan rakamlardan oluşmaması, bunların ne anlama geldiğinin anlatılması
- Raporu okuyan kişinin, hakkında değerlendirme yapılan kişi ile ilgili bütünsel bir bakış açısı geliştirebileceği yapının sağlanması
- Raporun sadece o zaman dilimi içerisinde değil, yıllar sonra dahi kıyaslama yapmak için kullanılacak niteliği olması, bunu sağlayabilecek her türlü bilginin aktarılmış olması

**Raporun içeriği:** Raporun aşağıda verilen başlıklar halinde düzenlenmelidir.

**Künye:** Değerlendirme raporunun kim için hangi araçlarla yapıldığı bilgisinin verildiği bölümdür. Aşağıda belirtilen başlıklar bir raporun içinde mutlaka bulunması gereken bilgileri içermektedir:

**Değerlendirilen kişinin kimliği:** Test uygulanan kişinin belirtilmesi gerekmektedir.

**Değerlendirilen kişinin doğum tarihi:** Doğum tarihinin gün/ay/yıl olarak belirtilmesi önemlidir. Özellikle çocuklara yönelik testlerde birçok sonuç aydan aya farklılık göstermektedir. Rapor sonuçlarının farklı uzmanlar tarafından farklı zaman dilimlerinde değerlendirilebileceği göz ardı edilmemelidir.

**Değerlendirmeyi yapan kişinin kimliği:** Rapordan yararlanacak uzmanlar farklı zamanlarda çocukla temas kurmuş kişilerle görüşmeye ihtiyaç duyabilirler. Uzmanın ismini ve testi uyguladığı kurumun iletişim bilgilerini belirtmesi bu açıdan önem taşımaktadır.

**Değerlendirmede kullanılan araçlar:** Psikolojik test raporları, farklı özellikteki test ve ölçeklerin bir arada kullanıldığı kapsamlı değerlendirmeleri içerebilir. Kişinin yönlendiriliş nedenine göre farklı nöropsikolojik testler, projektif testler ya da ölçekler

kullanılmış olabilir. Kişi hakkında sadece kendisinden değil, ailesi ya da öğretmeni gibi farklı bilgi kaynaklarından da görüş alınmış olabilir. Bir test raporunun hangi ölçüm araçlarını kapsadığı ayrıntılı olarak belirtilmelidir.

**Testlerin yapıldığı tarih:** Testlerin yapıldığı tarihin belirtilmesi hem testin, değerlendirme sürecinde olan kişinin hangi zaman diliminde değerlendirildiğinin açıkça ortaya konması (özellikle adli vakalar için), hem de testin güncelliğinin belirtilmesi için gereklidir. Tarihin belirtilmediği raporlar, ileride yanlış uygulamalara neden olabilir. Birçok nöropsikolojik testin tekrar uygulanabilmesi için aradan belirli bir zaman geçmesi gerekmektedir (örn, 6 ay). Test uygulamam tarihinin belirtilmemesi, testlerin kısa süre içerisinde tekrar uygulanarak yanlış sonuçlar vermesine yol açabilmektedir.

**Yönlendiriliş nedeni:** Değerlendirilecek kişinin ne amaçla test sonuçlarının istendiğinin belirtilmesi, uygulamada kullanılan testlerin hangi varsayımla seçildiğinin belirtilmesi açısından önem taşımaktadır. Aynı zamanda, rapordan faydalanacak uzmanlara geliş nedeni hakkında da fikir vermektedir.

Yukarıda belirtilen bilgilerin yanı sıra, testin ve raporun amacına, uygulamanın yapıldığı merkezin işleyiş esaslarına ve koşullara göre farklı bilgilerin de eklenmesi gerekebilir. Bu bilgilere örnek testin uygulandığı yer, oda koşulları ya da rapor kayıtları için kayıt numarası olabilir. Raporu okuyacak kişiye tabloyu en iyi şekilde anlatacak bilgilerin verilmesinden kaçınılmamalıdır.

**Problem tanımı:** Künye içerisinde yönlendirme nedeni belirtilmiş olsa dahi, değerlendirilecek bireyin problemine ilişkin kısa ama açıklayıcı bilginin raporun başlığında verilmesi önerilmektedir. Problem tanımı, kişinin değerlendirildiği zaman dilimi içinde bulunduğu koşulu tanımlamalıdır.

**Gelişimsel tarihçe:** Bir raporun bütünsel olabilmesi için değerlendirilen kişinin gelişimsel koşulları ile ilgili bilgi vermesi gerekir. Testlerden elde edilecek sonuçların hangi duruma açıklık getireceği ve bu durumun nasıl gelişmiş olduğunun anlatılması önemlidir. Bu anlatım, testin yapıldığı koşullara göre farklılık gösterebilir. Bütünsel ve ayrıntılı bir değerlendirmenin yapıldığı, test sonuçlarının farklı raporlarla birleştirileceği durumlarda (o raporlarda gelişimsel tarihçe daha geniş aktarılacaksa), test raporunda kısa tutulabilir. Aksi takdirde, daha sonra aktarılacak test sonuçlarının kişinin yaşamı ile bağlantısının kurulabilmesi için yaşam öyküsünün belirtilmesi önem taşımaktadır.

**Davranışsal gözlemler:** Bir test raporunun en önemli bölümlerinden biri testi uygulayan kişinin gözlemlerini aktardığı bölümdür. Testin geçerli bir test olup olmadığı, test sonuçlarının güvenilirliği, uygulayan uzmanın testin uygulandığı koşulların olağan üstü olup olmadığını değerlendirmesine bağlıdır. Nöropsikolojik testler –olağan üstü koşullar olmaması durumunda- test edilen kişinin belirli güven aralıkları içerisinde aynı sonucu vereceği şekilde geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları istatistiksel olarak yapılmış testlerdir. Yani bir kişiyi aynı yaş dilimi içerisinde iken farklı zamanlarda test ederseniz, güven aralığı içerisindeki birkaç puanlık oynama dışında test sonuçlarının

da bir farklılaşma beklemezsiniz. Ancak, kişiye testin uygulandığı koşullarda, ya da kişinin o anki fiziksel ya da ruhsal koşullarında sıra dışı bir durum varsa, bu durum test sonuçlarına yansiyabilir. Uzmanın bu koşulları değerlendirip (eğer yine de testin uygulanmasına karar vermişse) raporunda belirtmesi gerekmektedir.

Testler standart koşullar altında kişilerin davranışlarının gözlemlendiği ortamlardır. Bu nedenle, test uygulaması yapılırken, kişinin karşılaştığı farklı uyaranlar ya da koşullar karşısında verdiği tepkileri ayırt etmek için ideal koşulları oluşturur. Bu gözlemler kişilerin farklı özelliklerini, zorluklarını ve bunlara yönelik çözüm önerilerinin neler olabileceğini bulmada yardımcı ve yol gösterici olacaktır. Test sonuçlarının ileride belirlenebilecek tedavi sürecine yol gösterici olabilmesi açısından gözlemlerin iyi yapılması ve aktarılması önem taşımaktadır.

**Test sonuçları:** Yapılan tüm testlerin sonuçlarının bir mantık sırası içerisinde anlatıldığı bölümdür. Benzer özellikleri ölçen test sonuçlarının bir arada aktarılması anlam bütünlüğünü korumada ve okuyucuya o özelliği anlatma kolaylığı sağlamada yardımcı olabilir. Gerekli görülürse, farklı özelliklere ilişkin test sonuçları alt başlıklar altında toplanabilir.

Test sonuçları aktarılırken mümkün olduğunca psikolojik testler konusunda uzmanlığı olmayacak kişilerin de anlayabileceği bir dil kullanılmalıdır. Terimler yerine bu terimlerin anlatmaya çalıştığı davranışsal özelliğin tarif edilmeye çalışılması okuyanlar açısından faydalı olacaktır. Yüzde ve yüzdeler dilim gibi temel istatistiksel terimlerin eğitim düzeyi yüksek bireyler tarafından bile karıştırılabildiği unutulmamalı; mümkün olduğunca açıklayıcı ifadelerle yer verilmelidir.

Test sonuçlarının sadece sonucun elde edildiği rakam olarak yazılmasından kaçınılmalıdır. Psikolojik testler hakkında bilgi sahibi olmayan kişilerin bu rakamların ne anlama geldiğini yorumlayamayacakları, hatta –testler hakkındaki yaygın söylentileri de göz önüne alırsak– yanlış yorumlayabileceği unutulmamalıdır. İyi bir test raporu, elde edilen verilerin ne anlama geldiğini anlatan, bunların kişinin gelişimsel tarihçesinden ve davranışsal özelliklerinden bağdaşan yönleriyle bağlantısını kurabilen bir rapordur.

Raporda dikkat edilmesi gereken bir başka özellik ise, sonuçların objektif bir şekilde aktarılmasıdır. Sonuçların işaret etmediği yorumlar yapılmamalı; objektif sonuçların neye işaret ettiği kanıta dayalı bir şekilde yorumlanmalıdır. Test sonuçlarının rakamsal değerlerini içeren bir tablonun raporun eki olarak kullanılması, ilerleyen tarihlerde değerlendirmelerin farklı merkezlerde tekrarlanması durumunda kolaylık sağlayacaktır.

**Özet ve öneriler:** Test raporları, sonuçların özetlendiği ve buna dayalı önerilerin verildiği bölümle sonlandırılır. Özet bölümünde yeni sonuç verilmemesine dikkat edilmelidir. Öneriler, sonuçların işaret ettiği alanlara yönelik ve testi alan kişinin yaşam koşulları ile uyumlu olmalıdır.

### 3.4.3 Olgu Sunumu

#### NÖROPSİKOLOJİK DEĞERLENDİRME RAPORU

ADI/SOYADI	:
KAYIT NO	:
DOĞUM TARİHİ	:
KİMLİK BİLGİLERİ	:
DEĞERLENDİRME TARİHLERİ	:
DEĞERLENDİRMEYİ YAPAN	:
RAPOR TARİHİ	:
YÖNLENDİREN	:
YÖNLENDİRİLMENİN NEDENİ	: Nöropsikolojik değerlendirilmesinin yapılması istemiyle...

#### DEĞERLENDİRME YÖNTEMİ

Rapor Sahibi:

- Klinik gözlemler, Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeği-Revize (WISC-R), Wide Range Assessment of Memory and Learning (WRAML), Symbol Search (WISC\_III), Stroop, Wisconsin Card Sorting Test (WCST), Short Category Test, Trail Making Test, Controlled Word Association Test (COWAT), Wide Range Assessment of Visual Motor Abilities (WRAVMA) – Pegboard<sup>2</sup>
- İlkokul dönemine ait resim ve defter örnekleri
- 11-18 Yaş Grubu Gençler İçin Kendini Değerlendirme Ölçeği
- Rehberlik ve Araştırma Merkezi Raporu/ 19.12.2003 tarihli
- Daha önce yapılan psikolojik testler ile ilgili notlar (24.04.2002 tarihine ait)

Anne:

- DSM-IV Dikkat Eksikliği Aşırı Hareketlilik Bozukluğu Değerlendirme listesi
- 4-18 Yaş Çocuk ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği (CBCL)
- Gelişimsel Bilgi Tarama Formu- Büpam

Baba:

- DSM-IV Dikkat Eksikliği Aşırı Hareketlilik Bozukluğu Değerlendirme listesi
- 4-18 Yaş Çocuk ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği (CBCL)

Öğretmen:

- DSM-IV Dikkat Eksikliği Aşırı Hareketlilik Bozukluğu Değerlendirme listesi
- 4-18 Yaş Çocuk ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği (CBCL)

2 Türk toplumu için geliştirilmiş normları olmayan testler puanları ile değil, davranışsal gözlemlere katkıda bulunacak şekilde kullanılmıştır.

## PROBLEMİN TANIMI

..., Temmuz 2008'de yyy Hastanesi Çocuk Psikiyatrisi Bölümü'ne, geçirilmiş kafa travması ve obsesif-kompulsif bozuklukla ilgili bilirkişi raporu istemiyle, adli vaka olarak sevk edilmiştir. xxxxx Merkezi'ne nöropsikolojik değerlendirilmesinin yapılması talebiyle yönlendirilmiş; başvurusu 2009 yılının yy ayında gerçekleşmiştir.

## GELİŞİMSEL TARİHÇE

..'nin doğum ve doğum sonrası bebeklik dönemine ait belirtilen gelişimsel öyküsünde normal dışı bir bilgi bulunmamaktadır. 6 yaş civarında bademcik, geniz eti alımı ve kulağa tüp takılmasına yönelik operasyon geçirdiği belirtilmiştir. 5 yaşında ise xxx Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Bölümü'ne "aşırı yaramazlık" şikayeti ile başvuru yapılmıştır. O dönemde zeka testi yapıldığı ve IQ değerinin 126 olarak bulunduğu belirtilmiştir.

..., ilkokula başlangıcını öğretim şartları çok elverişli olmayan bir okulda yapmıştır. Annesi, birinci sınıfta sık öğretmen değişikliği nedeni ile ..'nin okuma yazmayı ancak senenin sonuna doğru ve kendi desteğiyle öğrenebildiğini belirtmiştir. Ancak, ..'nin sınıf arkadaşları arasında okuma yazma konusunda önde gidenlerden olduğu vurgulanmış; geç öğrenmenin tamamen okul şartlarından kaynaklandığının altı çizilmiştir. O dönemlerde ..'nin resim konusunda çok yetenekli olduğu vurgulanmıştır.

İlkokul dördüncü sınıfta ..., okul içerisinde öğretmeni tarafından şiddete maruz kalmış ve bunun sonucunda kafa travması geçirmiştir. Olayın adli boyutu takip edilerek öğretmenin cezalandırılması sağlanmıştır. Ancak aile, müdür muavinliği görevinden öğretmenliğe indirme cezası ile ilgili rahatsızlıklarını dile getirmektedir. Olay sonrasında .. okul değiştirmiştir.

Lise sınavlarında yüksek bir puan elde ederek xxx Fen Lisesi'ne girmeye hak kazanan ..., şu anda xxx Lisesi'nde okumaktadır. İlk başlarda yatılı düzende okula giden ..., sıkıntıları ve özbakımı ile ilgili problemleri nedeniyle bunu devam ettirememiştir. Bu durum, ailesinin yaşam düzenlerinde değişiklik yaparak ..'nin okuluna yakın bir yere taşınmalarına ve ablasının yatılı düzene geçmesine neden olmuştur.

..., öğrenim hayatı boyunca annesinden bire-bir destek almıştır. Her türlü özbakım ihtiyaçlarının yanısıra dersleriyle ilgili tüm yükü de anne üstlenmiştir. ..., annesi anlatmadığı takdirde konuları anlayamadığı ve çalışmadığını belirtmiştir.

..'nin en büyük hobisi ve en kuvvetli olduğu alan satranç oyunudur. Bu alandaki başarısını kendisi için büyük bir hedef haline getirmiş, çeşitli şampiyonalarda dereceler kazanmıştır. Satranç aynı zamanda .. ve babasının paylaşım alanı olarak da göze çarpmaktadır. ..'nin görüntüsünün onunla tanışan kişilerde zihinsel özürülü izlenimi bıraktığı, ancak satrançtaki becerisini kanıtladıktan sonra insanların ..'nin zihinsel becerileriyle ilgili gerçekçi bir fikir sahibi olabildikleri ailesi tarafından belirtilmiştir.

..'nin ablası ile ilişkisinde çok sıcak olmadığı; anne ve ablasını ihtiyaçlarını yerine getirecek kişiler olarak gördüğü belirtilmiştir.

## DAVRANIŞSAL GÖZLEMLER

..., değerlendirme prosedürü boyunca uyumlu ve dikkatli bir çalışma sergilemiştir. Değerlendirmenin ilk gününde, başlangıç öncesi duygusal sıkıntı yaşamış ve toparlanmak için uzun bir süreye ihtiyaç duymuştur. Yapılacak testlerdeki sonuçların ona zarar vermek amacıyla kullanılmayacağı yönünde ikna edilmesinden sonra değerlendirme sürecine başlanabilmektedir. Süreç içerisinde zaman zaman -duygusal içeriği ağır gelen bir çağrışım olduğunda- motivasyon ve

konsantrasyonunda dağılmalar olmuştur. Böyle durumlarda değerlendirmeye ara verilmiş; kısa bir süre sonra tekrar devam edilmiştir.

Testler boyunca dikkati çeken en önemli nokta ..'nin kendi performansı ile ilgili değerlendirmesindeki hatalardır. Olabilecek en üst noktada performans gösterdiği durumlarda dahi çok kötü yaptığını düşünebilmiştir. Nispeten daha kötü sonuçlar elde ettiği durumlarda ise içsel motivasyonunu sürdürme konusunda zorlanmış; yapabileceğine dair dışarıdan gelen destekle devam edebilmiştir. Özellikle zaman kısıtlılığı olan testler ..'nin kaygısını çok arttırmış; ne kadar hızlı cevap verirse versin hep "çok zaman kaybettiği"ni düşünmüştür. Kaygısının yüksek olduğu bu gibi durumlarda ellerinin titrediği gözlenmiştir.

Dikkati çeken diğer bir husus, ..'nin mükemmeliyetçi yanıdır. Tüm testlerde, tamamını eksiksiz yapma gayreti içine girmiş; ufak eksiklikler olduğunda ise hayal kırıklığına uğramıştır. Mükemmeliyetçiliği ile ilgili gözlemler, öğretmen ve aileden edinilen bilgiler ile de uyusmaktadır. Eksiksiz yapma ile ilgili takıntısı, ..'nin eksik olan noktada fazla takılarak bütünü kaçırmasına neden olmuş; bu da performansını büyük ölçüde etkilemiştir. Aynı durum, bir önceki soruya takıldığı için yeni soruyu duyamama şeklinde de gerçekleşmiştir. Özellikle cevap veremediği ya da eksik cevap verdiği durumlarda -ya da eksik cevap verdiğini düşündüğünde - düşünceleri bu noktada takılmakta; kısa sürede etkisinden kurtulmayı başaramadığı için sonrasındaki birkaç soruda da konsantrasyon eksikliğine neden olmaktadır.

En ufak bir uyarı ile dikkatinin dağılabildiği ve konsantrasyonun kaybolduğunu belirten ..'nin, değerlendirmeler süresince dışarıdan gelen uyarılardan fazla etkilenmediği gözlenmiştir. Ancak, materyalin içeriğinde ..'ye duygusal olarak yüklü gelen herhangi bir öge bulunması durumunda, konsantrasyonunun tamamen dağıldığı görülmüştür.

### DAHA ÖNCE YAPILAN PSIKOLOJİK DEĞERLENDİRME SONUÇLARI

- Rorschach (24.04.2002): "Kişilikte disosiyasyon yok, realite nosyonu çok bozulmuş, kuvvetli obsesif + kompulsif + fobik, kuvvetli psikotik süreç"
- Benton: "14/15, dikkat ve tespit belleği fonksiyonları iyi düzeyde"
- Bender- Gestalt: "Organizite bulgusu yok"
- Alexander Zeka Testi: IQ 91
- Rehberlik ve Araştırma Merkezi Raporu (19.12.2003) : " ... parlak zihin düzeyinde olduğu saptanmıştır. Bazı zihinsel becerilerinin yaşından beklenen seviyenin üzerinde gelişim gösterdiği dikkat çekmiştir. Bu beceriler; uzun süreli bellek, muhakeme yeteneği, görsel ayırma, görsel organizasyon, görsel analiz, görsel sentezdir. Ayrıca, ..'nin bilimsel olarak özel bir durum olarak tanımlanan yazı yazma bozukluğuna sahip olmasının (Disgrafi), özellikle yazılı sınavlarda esas performansını göstermesine engel olacağı düşünülmüştür...." (Raporda, sonuçların hangi testlere dayandığına dair bilgi yer almamaktadır.)

### TEST SONUÇLARININ ANALİZİ

Değerlendirmenin yapıldığı tarihlerde ..'nin hayatında sıra dışı bir olay olmaması, değerlendirmeler esnasında akışı bozacak herhangi bir olay yaşanmaması; ..'nin değerlendirmeler boyunca uyumlu çalışması gibi faktörler sonuçların geçerli ve güvenilir olduğunu göstermektedir.

#### Genel Zihinsel Yetiler

..'nin daha önce (Aralık, 2008) genel zihinsel yetileri ile ilgili bir değerlendirmeden geçtiğine yönelik rapor, testlerin tamamlanmasından sonra ulaştırılmıştır. Bu rapordaki verilerin hangi testlere dayandığı belirtilmemiştir. Aynı testle tekrarlanmış bir değerlendirme olma ihtimali bulunmaktadır. Bu yüzden sonuçların "tekrar değerlendirme etkisi" göz önünde bulundurularak yorumlanması gerekmektedir. Öte yandan, ilk değerlendirme sonuçlarının da "parlak

zihin düzeyi"ne işaret etmesi, ve yeni sonuçlarla paralel çıkması; değerlendirme tekrarı olsa bile etkisinin yüksek olmadığını göstermektedir.

Tüm bilişsel yetenekleri ele alındığında .. yaşlılarının %96'sını geride bırakan genel bir performans sergilemiştir. Bu sonuç ..'nin performansını "üstün" kategorisine yerleştirmektedir. Sözel yetenekleri göz önüne alındığında ..'nin performansı yaşlılarının %91'ini geride bırakırken, görsel/motor becerileri değerlendirildiğinde elde edilen sonuç yaşlılarının %96'ını geride bırakmaktadır. Sözel ve görsel/motor yetileri arasında önemli olarak değerlendirilecek bir farklılaşma bulunmamaktadır. Sözel yetenekleri "normal" kategorisinden "üstün" kategorisine uzanan bir aralıkta değişmektedir. Görsel/motor yetenekleri ise "ortalama altı" ile "çok üstün" aralığında dağılmaktadır. Görsel motor alanda yer alan ve ince motor yetiye dayanan alt test performansı, ..'nin genel performansından belirgin bir şekilde sapma gösterdiği için, genel IQ puanı ve performans yetilerine dayalı IQ puanı hesaplanırken, bu alt test yerine görsel-motor bölümün tamamlayıcısı başka bir alt test sonucu dikkate alınmıştır. Böylelikle, ..'nin ince motor alandaki özel sıkıntısının genel test sonuçlarına etkisi önlenmiştir. Bu tip bir düzeltmenin yapılmadığı durumda ..'nin puanlarında bir miktar düşüş olmakla birlikte, zihinsel yeteneklerinin yer aldığı kategorilerde farklılaşma olmamıştır.

..'nin sözel yetileri kendi içerisinde değerlendirildiğinde, "hesaplama becerileri"nin en kuvvetli sözel yetisi olduğu görülmüştür. Bu alandaki performansı "üstün" kategorisinde yer almaktadır. "Uzun süreli bellek ve edinilmiş genel bilgi"ye dayalı alt testteki performansı da "üstün" kategorisinde yer almaktadır. ..., "mantıksal soyut/kategorik düşünme", "dil gelişimi ve kelime bilgisi" ve "geçmiş deneyimlerin değerlendirilmesi ve kullanımı" ile ilgili alt testlerde "ortalama üstü" kategorisinde yer alan bir performans göstermiştir. Sözel yetiler arasında en zayıf kaldığı alt test "kısa süreli işitsel bellek"i ölçmektedir. Bu alt testteki başarısı "ortalama" kategorisinde değerlendirilmektedir.

..'nin görsel/motor yetileri değerlendirildiğinde en kuvvetli yönünün "bütünsel işleme (holistic processing)" olduğu tespit edilmiştir. Bu yetiyi ortaya koyduğu alt testlerden biri "parçalardaki ipuçlarından yararlanarak bütüne gitme ve parçalar arası ilişkileri anlama" becerilerini gerektirmektedir. Bu alt teste ..'nin performansı "çok üstün" olarak değerlendirilmiştir. Aynı yetiyi ölçen diğer alt test ise "görsel ayrıştırma, görsel uyanıklık ve uzun süreli görsel bellek" becerilerini gerektirmektedir ve ..'nin bu alt testteki başarısı "üstün" kategorisinde yer almıştır. Görsel/motor alandaki diğer alt testlerden olan "bütünün parçalarına ayrıştırılması ve sözel olmayan kavram oluşumu"na yönelik alt testteki sonuçlar da ..'nin performansını "üstün" kategorisine yerleştirmektedir. "Neden sonuç ilişkisinin kurulması ve zamansal sıralama" becerilerine yönelik alt testte .. "ortalama üstü" seviyesinde başarı göstermiştir. "Planlama ve görsel motor" yetilerin bir arada ölçüldüğü alt testte ..'nin performansı "ortalama" seviyesinde yer almıştır. "Kısa süreli görsel bellek ve psikomotor hız" ölçen alt testteki sonuç ise ..'yi "ortalama altı" kategorisine yerleştirmektedir. Son iki alt test "görsel-motor" koordinasyon gerektiren alt testlerdir. Görsel materyalin taranması ve ayrıştırılması ile ilgili yetinin motor hızdan bağımsız bir şekilde ölçülebilmesi için kullanılan başka bir testte ..'nin performansının yine "ortalama altı" kategorisinde kaldığı bulunmuştur. Bu alt testte ..'nin yaşamış olduğu sıkıntı, temel problem alanlarından birine işaret etmektedir. Görsel materyal fazlalaşıp karmaşıklaştığında detaylar içinde kaybolarak kendinden beklenen performansı ortaya koyamamaktadır. İnce detaylara takılması ve doğru yapı yapmadığı konusunda kendinden emin olamaması, elindeki materyali gerektiği gibi tamamlayabilmesini engellemektedir. Diğer bir deyişle, ..'nin zaman konusundaki sıkıntısı sadece motor bir koordinasyon sorunundan değil aynı zamanda düşünsel engellerden de kaynaklanmaktadır.

## Öğrenme ve Bellek

..'nin sözel bellek, görsel bellek ve öğrenme ile ilgili becerileri ayrıntılı bir şekilde değerlendirilmiş ve bu alanlardaki performansının ortalama düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

Sözel bellek söz konusu olduğunda, anlamlı bir bütün içeren ancak fazla karmaşık olmayan sözel materyalin akılda tutulması konusunda (örneğin; uzun bir cümlenin aynen tekrar edilmesi.) .. ortalamanın üstüne çıkan bir başarı göstermiştir. Akılda tutulması gereken sözel materyal karmaşıklaştığında (örneğin, kısa bir hikaye) ..'nin performansının

yine ortalama seviyesine düştüğü görülmüştür. Bu düşünün, sözel materyaldeki anlamsal bütünlüğü ve ipuçlarını yakalayamamaktan ziyade, materyalin bir noktasına takılmaktan kendini alamaması; bunun sonucu olarak da parçanın bir kısmını kaçırmaması şeklinde olduğu gözlenmiştir. Sözel materyalin tekrarlanarak akılda tutulması, ve bir süre sonra hatırlanması ile ilgili alt testte ortalama seviyesinde performans göstermiştir. Bu durum, ..'nin sözel öğrenme ile ilgili bir sıkıntısı olmadığını göstermektedir. Diğer yandan, kısa süreli işitsel bellek gerektiren ve bir kategoriden diğerine geçiş içeren alt teste ..'nin performansının – ortalama kategorisinde yer almakla birlikte- diğer alt testlere göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Sözel bellek ve öğrenme ile ilgili testler bir arada değerlendirildiğinde, ..'nin anlamlı bir sözel materyali kısa süreli belleğe alma, uzun süreli belleğe aktarma ve uzun süreli bellekten geri çağırma noktalarında bir problem yaşamadığı görülmektedir. ..'nin sözel bellek ile ilgili yetilerinin ortalama seviyesinde seyretmesi ve daha yüksel olan sözel zihinsel yetilerinden farklılaşmasındaki etkenin, materyalin kısa süreli belleğe geçirilmesi aşamasında gereken dikkatin verilmemesi ya da dikkatin bir ayrıntıya takıldıktan sonra başka yere kaydırılmaması olduğu gözlenmiştir. Bu bulgu, ..'nin ders çalışma konusundaki birincil yardımcı olan annesinin “bir cümleyi kaçırdıysa, tıpa tıpa aynınsını söyletmeden ikincisine geçemiyor” şeklindeki gözlemiyle de paralellik göstermektedir. ..., söylenenleri eksiksiz bir şekilde hatırlama çabası içerisinde olduğu için, ufak bir eksik noktaya takılıp geri kalanla ilgisini kesebilmektedir. Sözel materyal anlamsız olduğunda (rakamlar gibi) ..'nin dikkatini verebilme konusunda sıkıntı çektiği gözlenmiştir. Bu duruma, bir kategoriden diğerine geçmeyi gerektiren bir fonksiyon eklendiğinde (bir rakam, bir harf söyleme gibi..), ..'nin performansında düşüş olmaktadır. Bu bulgu, genel zihinsel yetileri içerisinde yer alan ve kısa süreli işitsel belleğe dayanan alt test sonuçları ile de tutarlıdır.

..'nin görsel bellek ve öğrenme ile ilgili ortaya koyduğu tablo –yine normal sınırlar içerisinde yer almakla beraber- sözel bellek ve öğrenmeye oranla biraz daha düşük seviyededir. Bu düşüşe sebep olan en temel bulgulardan biri, sözel alanda da olduğu gibi, dikkatini odakladığı bir noktadan ayrılmakta güçlük çekip bütünden gerekli parçaları yakalayamaması olmuştur. Genel zihinsel yetileri değerlendirilirken bütüne bakarak eksik parçası bulması istendiğinde “üstün” kategorisinde yer alan bir performans gösterirken; daha karışık bir materyali aklında tutması gerektiğinde aynı performansı gösterememiştir. Verilen zaman içerisinde, gösterilen materyalin sadece belirli kısımlarına dikkat edebilmiş, o kısımlardaki ayrıntılara takılarak resmin bütünü görmeyi ihmal etmiştir. Bu durum, hatırlaması istendiğinde ..'nin beklenenden daha az öğeyi hatırlamasına yol açmış ve bu alt testteki performansı “ortalama altı” kategorisinde yer almıştır. Görsel bir tarama yapmanın gerektiği, bir figüre odaklanarak aklında kalanları çizmesinin istendiği bölümde ise daha iyi bir performans göstererek “ortalama” kategorisinde yer almıştır. Görsel öğrenme, kısa ve uzun süreli bellek ile geri çağırma aşamalarında problematik bir durum olmadığı saptanmıştır.

Genel olarak bellek ve öğrenme ile ilgili bir sıkıntı yaşamamaktadır. Ancak, performansında çeşitli dalgalanmalar saptanmıştır.

### **Dikkat-Konsantrasyon ve Yönetici İşlevler**

Farklı kategorilere geçerek görsel ya da sözel sıralama yapması gereken basit testlerde –motor yavaşlıkla ilgili faktör dışında bırakıldığında- performansı ortalama seviyesindedir. ..., problem çözme becerisi ve deneme yanılma ya da geri bildirimden faydalanma yetileri açısından değerlendirildiğinde ortalamanın üstünde bir performans göstermiştir. Ancak, aynı tip değerlendirme daha fazla zihinsel esneklik gerektirdiğinde performansında %25 civarında düşüş kaydedilmiştir (norm içinde yer almakla birlikte diğer zihinsel yetileriyle uyumsuzluk göstermektedir). Tamamen normal dışı olmamakla birlikte, dikkatini sürdürme yönünde problem yaşadığı da tespit edilmiştir. Planlama becerisi gerektiren durumlarda ise ..'nin diğer becerilerine göre daha zorlandığı görülmüştür. Sözel akıcılık gerektiren testlerdeki performansı ortalama seviyesindedir.

Yönetici işlevler içerisinde yer alan çeşitli becerileri genel olarak değerlendirildiğinde ..'nin performansının ortalama seviyenin alt sınırlarında dolaştığı görülmektedir. Bu tablo, ortalama üstü ve üstün kategorileri içerisinde yer alan genel zihinsel yetilerinden farklılaşma göstermektedir.

### Motor Beceriler ve Görsel/Mekansal Alan

İnce motor yetisinin ölçüldüğü alt testte ..'nin performansı hem sağ hem sol el için oldukça düşük bulunmuştur. Sol el için elde edilen sonuç ortalama altı düzeyinde yer almakla birlikte, sağ el için elde edilen bulgu nörolojik bir sıkıntıyı işaret eder boyuttur. ..'nin ince motor yetileri ilgili sıkıntısı hem ailesi tarafından belirtilmiş hem de Rehberlik ve Araştırma Merkezinde yapılan test ile raporlanmıştır. "Disgrafi" tanısı alan .., okulda yazılı sınavlardan muaf tutulmaktadır. İletilen 1 ve 2. sınıflara ait resim ve yazı örnekleri yaşına uygun bir profil sunmakta; bugüne ait bulgular ise hem ince motor hem de planlama/organizasyon açısından tam bir bozulma göstermektedir. Öte yandan, 24.04.2002 tarihinde yapılan bir testte (testin bu tarihte yapıldığına dair kesin bir bilgi ileilmemiştir; ancak beraberinde sonuçları iletilen diğer testlerden yola çıkılarak bu tarihin geçerli olduğu varsayılmıştır) "organite bulgusu yok" ibaresi, şu andaki görünümle örtüşmemektedir. Test tarihi ve sonucu göz önüne alındığında, bu alandaki sıkıntının giderek arttığı yönünde bir yorum yapılabilir.

### Duygusal/Davranışsal Değerlendirme

Değerlendirme sürecinin başlangıcı, ..'nin duygusal olarak hazır olmadığı gözlemlendiği için uzatılmıştır. Değerlendirme sürecinin bir parçası olan ön görüşme esnasında .., annesinin söylediklerinden rahatsız olmuş ve bilişsel performansını düzgün bir şekilde ortaya koyabilecek bir durumdan uzaklaşmış, psikotik özellikler göstermiştir. Düşünce süreçlerinin tekrar düzeldiği ana kadar beklenmiş, ancak ondan sonra testler uygulanmaya başlanmıştır. Testler içerisinde rahatsız olduğu kelimeler geçmesi durumunda .., konudan uzaklaşmış ve düşüncelerini toplamak için zamana ihtiyaç duymuştur.

Anne, baba, öğretmen ve ..'nin kendisinden alınan bilgiler doğrultusunda ..'nin davranışsal alanda da bazı sıkıntıları tespit edilmiştir. Öğretmen ve aileden alınan bilgiler, ..'nin dikkat, konsantrasyon ve dürtüsellik konusunda sıkıntıları olduğu hususunda tutarlılık göstermektedir. Aile görüşmesinde dikkat eksikliği ve hiperaktivite şüphesiyle 5 yaşında xxx Tıp Fakültesi'ne başvuru yapıldığı belirtilmiştir; ancak bu konuyla ilgili anne ve babadan alınan formların her ikisinde de sorunların başlangıcı yaşı olarak 10 yaş gösterilmektedir. "Düşünce problemleri" de, tüm bilgi verenlerin hemfikir olduğu bir alan olarak göze çarpmaktadır. Bunlara ek olarak, annenin verdiği bilgiler içe kapanıklık, somatik şikayetler, kaygı/depresyon sosyal problemler ve agresyon belirtilerinin de klinik düzeyde olduğuna işaret etmektedir. Baba'dan alınan bilgi özellikle kaygı/depresyon alanında anneyi destekler bir profil sunmakla birlikte, derecelendirmesi klinik düzeyde olmamıştır. Öğretmenden elde edilen bilgilerde ise "düşünce problemleri" dışında herhangi bir alana dikkat çekilmemiştir.

Öğretmenden iletilen not içerisinde ..'nin gerçek potansiyelini ortaya koyamaması ve dersleri anlayabilmek için fazlaca tekrara gerek duyması; fakat anladıktan sonra da kesinlikle unutmaması gibi noktalara dikkat çekilmiştir. Okulda ders ya da sosyal uyum konusunda herhangi bir sıkıntıdan söz edilmemiştir.

..'nin ailesinin gündeme getirdiği en önemli davranışsal sıkıntı obsesif-kompulsif davranışlardır. Obsesif düşüncelerin temizlik, cinsellik ve ölüm temalarında yoğunlaştığı belirtilmektedir. Takıntıları, tuvalete gitme gibi temel ihtiyaçlarını karşılamasını engelleyen bir hal almıştır.

Öngörüşme sırasında elde edilen bilgiler ve değerlendirme prosedürü boyunca yapılan gözlemler, ..'nin kendine güven konusunda yoğun sıkıntılar yaşadığına işaret etmektedir. ..'nin eksik yanlarıyla ilgili farkındalığının depresif bir tabloyu ortaya çıkardığı ve hayata ve insanlara karşı güvensizlik duygularını pekiştirdiği izlenimi edinilmiştir. Bu gibi duygularla baş etme yollarından biri olarak güçlü ve kötü karakterleri idealize etmektedir. ..'nin şu andaki nöropsikolojik ve psikolojik tablosuna içinde bulunduğu ergenlik dönemine özgü sıkıntıların da katkıda bulunduğu görülmektedir.

## ÖZET VE ÖNERİLER

Nöropsikolojik test bataryasının uygulanması istemiyle xxx Üniversitesi Çocuk Psikiyatrisi Bölümü'nden yönlendirilen ..'nin değerlendirilmesi sonucunda elde edilen bulgular aşağıda özetlenmiştir:

- ... genel zihinsel yetileri açısından hem sözel hem görsel/motor alanda üstün bir tablo sunmaktadır.
- Sözel alanda "hesaplama", görsel alanda ise "bütünsel işleme (holistic processing)" en kuvvetli olduğu alanlar olarak tespit edilmiştir.
- İnce motor ya da planlamaya dair öğelerin karıştığı durumlarda ..'nin genel zihinsel performansından düşüş olduğu görülmüştür.
- Bellek ile ilgili becerileri ortalama düzeydedir.
- Dikkat edebildiği materyali kısa süreli bellekte tutma, uzun süreli belleğe geçirme, uzun süreli bellekten geri çağırma aşamalarında problem teşkil edilecek bir bulgu görülmemiştir.
- Hem sözel hem de görsel bellek ile ilgili testlerdeki genel performansının, genel zihinsel kapasite ile ilgili olanlardan daha düşük olması ayrıntılara takıldığı noktalarda verilen karmaşık materyalin tümüne dikkatini verememesinden kaynaklanmaktadır. (bir kısmına dikkat edebildiği için, tüm bilgiyi eksik almak; bu yüzden de eksik hatırlamak)
- Hem sözel hem de düşünsel perseverasyonları bulunmaktadır.
- Yönetici işlevlerin ölçüldüğü testlerdeki bulguları ortalamanın alt sınırlarında dolaşmaktadır ve genel zihinsel becerilerinden düşüktür.
- İnce motor alandaki bulgular organik bozulmayı işaret etmektedir. Daha önceki testlerde (iletildiği kadarıyla) böyle bir bulguya rastlanmaması durumun giderek kötüleşiyor olduğu ihtimalini düşündürmektedir.
- İlkokul çağına ait iletilen verilerde ince motor alanda bir sıkıntısı olmadığı görülmektedir.
- Düşünsel ve davranışsal alanlarda çeşitli sorunlar yaşamaktadır. Davranışsal sorunlarının ilkökul döneminin öncesinde ortaya çıkmaya başladığı, ailenin verdiği bilgide yer almaktadır.
- Genel olarak depresif bir durum hakimdir. Özgüven sorunları ön plandadır.
- Düşünsel ve psikolojik süreçleri, ..'nin performansını büyük ölçüde kitlemekte; yüksek zihinsel kapasitesine rağmen performans gösteremez hale gelmesine neden olmaktadır.
- Kaygının arttığı durumlarda düşünce süreçlerinde bozulma görülmektedir.
- Uğraştığı materyalin duygusal açıdan yoğun gelen bir temayı çağırıştırması durumunda konsantrasyonu dağılmakta; tekrar toparlanmak için zamana ihtiyaç duymaktadır.
- Performans kaygısı yüksektir; kendinden beklentisi mükemmel yapmak şeklindedir.
- Performansını gerçekçi bir şekilde değerlendirememektedir.
- Hata yaptığını düşündüğü noktalarda motivasyonunu kaybetmekte; dışardan desteğe ihtiyaç duymaktadır.
- Geçirmiş olduğu kafa travmasının nöropsikolojik açıdan net bir etkisi olup olmadığı olay öncesine ait test verileriyle karşılaştırma imkanı olmadığı için belirlenememektedir. Ancak, önceki döneme ait tek bulgular olan defter ve resim örnekleri ince motor alandaki bozulmanın sonraki döneme denk geldiği kanısını uyandırmaktadır. Davranışsal alandaki sıkıntılardan ise ilkökul dönemi öncesinde başladığı belirlenmiştir.

- Geçirmiş olduğu travmanın, bugünkü psikolojik tabloya katkısı, özgüven düzeyinin düşüklüğü ve hayatla ilgili güvensizliğini pekiştirme açısından net görülmektedir.

Yukarıdaki veriler ışığında ..'ye özgüvenini destekleyici; depresyonunu, düşünsel ve davranışsal takıntılarını azaltıcı tedaviye devamı önerilmektedir. Özbakım sorunları ve düşünsel kaygılarıyla baş edebilme yetisi arttıkça, ..'nin yüksek düzeyde olan zihinsel performansını ortaya koyabilmesi de kolaylaşacaktır.

Uzman Psikolog

Prof. Dr.

### Yararlanılan Kaynaklar

- <http://www.msxlab.org/forum/psikoloji-ve-psikiyatri/198458-psikolojik-testler.html#ixzz1S>
- Anastasi A, Urbina S, Psychological Testing, 7th Edition, Prentice-Hall Press, N. 1997
- Teeter PA, Semrud-Clikeman M, Child Neuropsychology: Assessment and Interventions for Neurodevelopmental Disorders, Ally & Bacon Press, MA. 1997
- Wechsler D, Manual for the Wechsler Intelligence Scale for Children, 197
- Yalaz K, Epir S, Denver Gelişimsel Tarama Testi El Kitabı. Türk Çocuklarına Uygulanması ve Standardizasyonu, Meteksan Ankara. 1982
- Savaşır I, Sezgin N, Erol N, Ankara gelişim Tarama Envanter (AGTE) 2.ve Basım. TPD. Ankara. 1988
- GEÇDA. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi, 2006; 7(2): 71-83
- Özusta Ş, Çocuklarda Durumluk –Sürekli Kaygı Envanteri Uyarlama, Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Türk Psikoloji Dergisi. 1995: 10;32-44
- Burns RC, Kaufman SH, Kinetik Family Drawings (K-F-D) New York Brunner-Mazel. 1970

### 3.5 HUKUKSAL YÖNETİM

Adli süreç içine giren ihmal ve istismara uğramış çocuk açısından, sanığın cezalandırılmasına ilişkin adli süreç ile korumaya ilişkin adli süreç olmak üzere iki ayrı süreç işlemektedir. Ceza yargılamasındaki aktörler çoğu zaman çocuğun korunma ihtiyacının farkında olmadığı için sadece sanığın cezalandırılması üzerine bir yargılama yürütülmektedir. Ancak ÇHS gereğince de sanığın cezalandırılması yanında çocuğun korunması da temel amaç olduğundan her iki sistemin birlikte veya yan yana yürütmesi gerekmektedir. Bu ancak çok disiplinli yaklaşımla çocuğun korunması ihtiyacının adli sisteme anlatılması, gösterilmesi ya da adli sistemin kullanılması ile mümkündür. Adli sistemle birlikte çalışabilmek için adli sistemin işleyişi ve her aşamada çocuğun korunması konusunda nasıl müdahale edileceğinin bilinmesi gereklidir.

#### 3.5.1 Adli Süreçte Yer Alan Kişi ve Kurumlar

*Adli süreçte;* soruşturma ve kovuşturmadan sorumlu kurumlar, korumaktan sorumlu kurumlar, tedbirlerin uygulanmasından sorumlu kurumlar ve hizmetler arası koordinasyondan sorumlu kurumlar bulunmaktadır.

##### Sorumlu Kurumlar

- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Korumaktan Sorumlu Kurumlar</li> <li>- Sosyal inceleme</li> <li>- Acil müdahale</li> <li>• Soruşturma ve Kovuşturmada Sorumlu Kurumlar</li> <li>- Faili bulunması ve cezalandırılması</li> <li>- Korumaya ve destekleyici tedbirlerin alınması</li> <li>- Mağdurun/tanığın korunmasına yönelik tedbirlerin alınması</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tedbirlerin Uygulanmasında Sorumlu Kurumlar</li> <li>- Uygulama kurumları</li> <li>- Denetim kurumları</li> <li>• Hizmetler Arasında Koordinasyonu Sağlayan Kurumlar</li> <li>- Merkezi koordinasyon (Adalet Bakanlığı)</li> <li>- İl koordinasyonu (Valilik, SHÇEK)</li> </ul> |
|---|--|

**Çocuk Polisi:** Polisin çocuklara yönelik olarak yürüteceği hizmetler konusunda ve ayrıca 0-18 yaş grubu çocukların gelişim özellikleri, davranış bilimleri, mülakat teknikleri, iletişim becerisi gibi konularda özel eğitim almış bir polis birimidir. Her ilde Çocuk Şube Müdürlüğü ve İlçede ise büro amirliği olarak hizmet vermektedir.

**Sosyal Hizmet Müdürlükleri ve Kuruluşları:** Sosyal hizmet faaliyetlerinin planlanması Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığının görevlerindedir. İllerde sosyal hizmetler İl Özel İdareleri tarafından yürütülür.

Çocuğun korunması için müdahale edilmesi gereken hallerde veya çocuğun korunma ihtiyacı içerisinde olup olmadığının anlaşılması için sosyal inceleme yapılması gereken hallerde durumun bu kuruma bildirilmesi gerekir.

**Cumhuriyet Savcılığı ve Çocuk Büro Savcısı:** Cumhuriyet Savcılığı, suç ile ilgili soruşturmaları yürütmekle görevli makamdır. Çocuk Büro Savcılığı, çocuklarla ilgili soruşturmaları yürütmekten sorumlu Savcı ve kalemını ifade eder.

Bir çocuğun ihmal veya istismar mağduru olduğu durumlarda failin cezalandırılması için gerekli soruşturma Cumhuriyet Savcılığı tarafından yürütülür. Çocuğun korunması için yapılacak inceleme ise Çocuk Büro Savcılığı tarafından yürütülür.

İhmal ve istismar durumları Cumhuriyet Savcılığına ihbar (üçüncü kişilerin bildirim) veya şikayet (mağdur veya kanuni temsilcisinin bildirim) yolu ile bildirilir.

**Çocuk Mahkemeleri:** Çocukların suça sürüklendikleri hallerde yargılamaları yapmak ve gerek suça sürüklenen gerekse bir suçun mağduru olan çocuklarla ilgili koruyucu ve destekleyici tedbir kararlarını almakla görevli mahkemelerdir.

Mahkemelere çocuk ve kanuni temsilcisi veya Cumhuriyet Savcısı koruyucu ve destekleyici tedbir talebi ile başvurabilir. Bu mahkemeler ebeveynin çocuğu ihmal veya istismar ettiği durumlarda velayet ve kişisel ilişkinin düzenlenmesi kararını da verebilir.

**Genel Mahkemeler:** Çocuğun mağduru olduğu olayın faili yetişkin ise yargılama genel mahkemelerden biri (Sulh, Asliye, Ağır Ceza Mahkemesi) tarafından yapılır. Dava C.Savcısı tarafından açılır.

**Denetimli Serbestlik Hizmetleri (Sosyal Hizmetler Denetim Hizmetleri):** Çocuk hakkında verilen koruyucu ve destekleyici tedbir kararlarının yerine getirilmesini sağlamak üzere çocuğa ve aileye destek verilmesinin gerektiği durumlarda denetim kararı verilir. Bu durumda sosyal hizmetler kurumu çocuğa bir denetim görevlisi tayin eder.

**Baro:** Avukatların meslek örgütüdür. Her çocuğun yargılama sırasında ücretsiz hukuki yardımdan yararlanma hakkı vardır. Avukat tayin işlemi davanın görüldüğü yer Barosu tarafından yapılır. Ayrıca Baroların çocuk hakları alanında çalışan merkez ve komisyonları bulunmaktadır. Bu birimler, çocukla ilgili çalışma yapan kurum ve kuruluşlar ile işbirliği içinde çeşitli çalışmalar yürütmektedir.

### 3.5.2 Mağdur Çocuklara İlişkin Adli Süreç

Bir çocuğun bir suçun mağduru olduğu durumlarda adli süreç iki ayrı hukuki alanda sürer. Bunlardan biri suçu işleyene karşı ceza yargılaması sürecidir. Diğeri ise mağdurun korunmasına ilişkin hukuk yargılaması sürecidir. Hukuk yargılaması süreci korunma ihtiyacı olan çocuklar için de geçerlidir.

Aşağıda sırasıyla ceza yargılama süreci, mağdurun hakları ve koruma amacına yönelik çalışan hukuk yargılama süreci ele alınacaktır.

### 3.5.2.1 Ceza Yargılaması Süreci

Bir kişiye karşı suç işlenmesinden sonra, suçu ve suçluyu tespit ve cezalandırma amacıyla işleyecek ceza adalet sistemi soruşturma ve kovuşturma evrelerinden oluşur.

#### Soruşturma Evresi

Bu evre Cumhuriyet Savcısı tarafından yönetilir. Aşağıda soruşturma evresinin başlangıcından itibaren yapılacak işlemler sırasıyla yer almaktadır.

***İhbar ve şikâyet:*** Bir suç öğrenildiğinde adli makamlar haberdar edilir. Ayrıca adli makamların kendiliğinden harekete geçme yetkileri de bulunmaktadır.

Suçun mağduru veya suçtan zarar gören ya da onların kanuni temsilcilerinin adli makamlara suçu bildirmesine “şikâyet”, bunlar dışında kalan kişilerin haberdar oldukları bir suçu adli makamlara bildirmelerine ise “ihbar” denilmektedir.

İhbar veya şikâyet kollağa ya da Cumhuriyet Savcılığına, sözlü ya da yazılı olarak yapılabilir.

Hekim gibi bildirim yükümlülüğü (TCK 278-280) olan kişilerin öğrendikleri bir suçu bildirmesi de bu kapsamdadır.

***Delillerin toplanması:*** Bir suçun işlendiğinden haberdar olan C. savcısı, soruşturmayı yürütmeye başlar ve hangi delillerin nasıl toplanacağına karar verir.

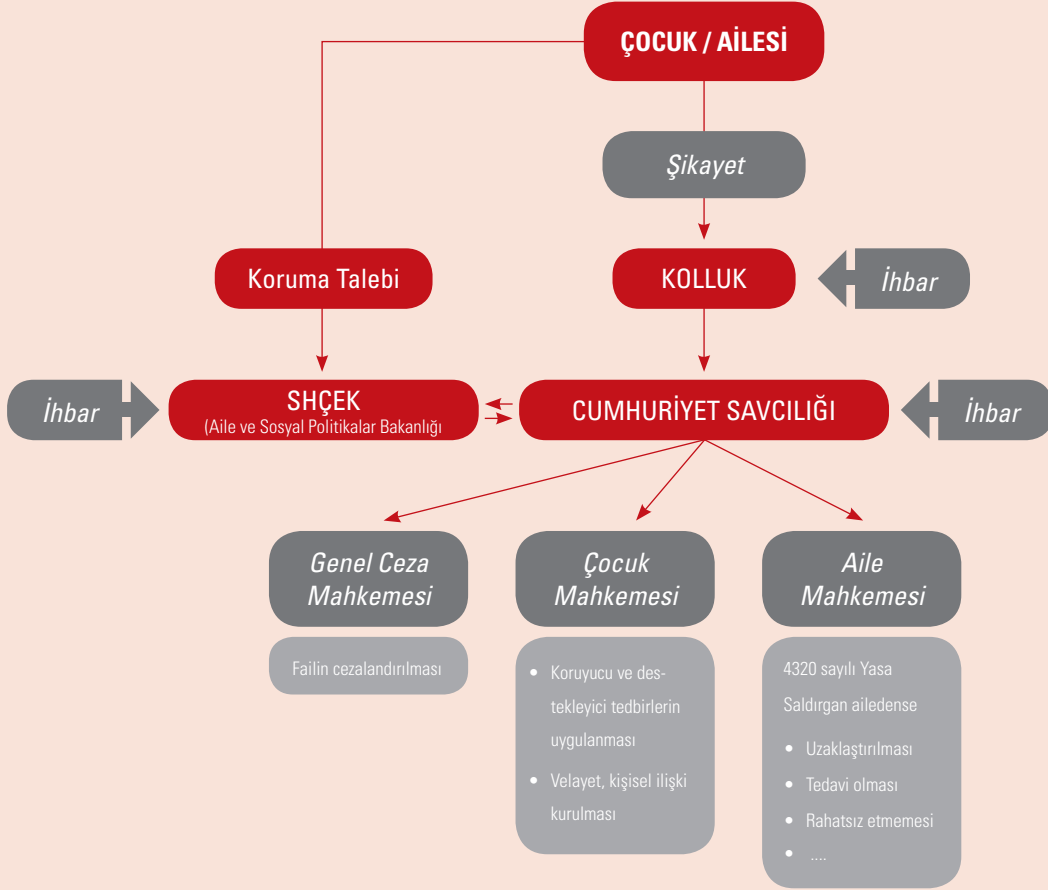
İhbar, şikâyet veya bildirim kollağa yapıldığında (örneğin hastane polisi), kolluk öğrendiği bilgiyi C. savcısına iletir ve onun talimatı doğrultusunda delil toplamaya ve delillerin korunması ile ilgili tedbirleri almaya başlar. Suçun mağdurunun çocuk olması halinde kolluk işlemleri, kolluğun çocuk birimi (çocuk polisi, Jandarma çocuk koruma merkezi) tarafından yerine getirilir.

***Mağdurun ifadesi (çocuk birimi):*** Soruşturma aşamasında mağdurun kolluk ve savcılık tarafından dinlenmesine “ifade alma” denmektedir. İhbar, şikâyet veya bildirim sonrasında ilk yapılan işlem genellikle mağdur ve şikâyetçinin dinlenmesidir.

İfade alma işlemi sırasında çocuğun ikincil mağduriyetini önlemek için, yanında psikoloji, psikiyatri, tıp veya eğitim alanından bir uzman bulundurulması ve ifadenin görüntü ve sesli kaydının alınması zorunludur. (CMK 52/3; CMK 236/3, ÇKK 15/2. Çocuk Koruma Kanunu’nun Uygulanmasına İlişkin Usul Ve Esaslar Hakkında Yönetmelik 5).

***Muayene ve vücuttan örnek alma:*** Beden bütünlüğüne karşı işlenen suçlarda mağdurun muayene edilmesi veya vücutundan örnek alınması gerekebilir. Bir suçun delilinin elde edilmesi için mağdurun beden ve ruh sağlığı açısından muayene edilmesinin ve vücutundan örnek alınmasının gerektiği durumlarda, öncelikle onun rızasının bulunması şartı aranır.

Çocuklar için beden muayenesi ve vücuttan örnek alma konusunda rıza, kanuni temsilcisi tarafından verilir. Beden muayenesinin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayabilecek durumda olan çocuğun da görüşü alınmalıdır.



Şekil 1. Mağdur çocuğa ilişkin adli sürecin işleyişi

Ancak kanuni temsilci, şüpheli veya sanık ise bu konudaki karar hakim tarafından verilir. Mağdurun beden muayenesi veya vücudundan örnek alınmasına rıza vermesinin hukuken geçerli olabilmesi için tanıklıktan çekinme sebeplerinin bulunması gerekir. Çocuk ve akıl hastasının tanıklıktan çekinmesi konusunda kanuni temsilcisi karar verir. Çocuk veya akıl hastasının, tanıklığın hukuki anlam ve sonuçlarını algılayabilecek durumda olması halinde, görüşü de alınır. Kanuni temsilci de şüpheli veya sanık ise bu konuda hâkim tarafından karar verilir. Ancak, bu halde elde edilen deliller davanın ileri aşamalarında şüpheli veya sanık olmayan kanuni temsilcinin izni olmadıkça kullanılamaz. Tanıklıktan çekinme hakkının bulunmadığı durumlarda, muayene ve örnek almaya rıza gösterilmemesi halinde mahkeme veya Cumhuriyet savcısının kararı ile muayene veya örnek alma işleminin yapılması gündeme gelecektir (CMK 76).

*Mağdur aşağıdaki hallerde tanıklıktan çekinebilir (CMK 45):*

- Şüpheli veya sanık;
- Mağdurun nişanlısı ise,
- Evlilik bağı kalmasa bile eşi ise,
- Kan hısımlığından veya kayın hısımlığından üstsoyu veya altsoyu ise,
- Üçüncü derece dahil kan veya ikinci derece dahil kayın hısımlığı ise,
- Şüpheli veya sanıkla aralarında evlatlık bağı var ise.

*Mağdurun beden muayenesi ve vücudundan örnek alınmasına rıza göstermemesi halinde, bu işlemlerin yapılabilmesi için mahkeme tarafından karar verilirken aşağıdaki şartlar aranmaktadır:*

- İşlemin bir suça ilişkin delil elde etmek amacı bulunmalı,
- İşlem kişinin sağlığını tehlikeye düşürmeyecek olmalı,
- İşlem ile kişiye cerrahi bir müdahalede bulunulmayacak olmalıdır.

Vücut bütünlüğünün dokunulmazlığı Anayasa'nın 17 inci maddesi ve Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi'nin 8 inci maddesinde güvence altına alınmıştır. Bu hakkın sınırlandırılması ancak yasada açıkça düzenlenmiş hallerde ve yetkili bir makamın kararı ile söz konusu olabilir. CMK 76. maddesi de bu hallerdendir.

Ancak soruşturma aşamasında gecikmesinde sakınca bulunan hallerde C. Savcısı tarafından muayene veya örnek alma kararı verilebilir. Bu kararın 24 saat içerisinde hakim onayına sunulması gerekir. Hakimin de 24 saat içerisinde bir karar vermesi gerekir. Onaylanmayan savcılık kararları hükümsüz kalır ve elde edilen deliller kullanılamaz.

Çocuğun soy bağının araştırılmasına gerek duyulması halinde de aynı usul uygulanır. Muayene ve vücuttan örnek almaya ilişkin hakim veya mahkeme kararlarına itiraz edilebilir.

**Moleküler genetik inceleme:** Mağdurun vücudu üzerinde dış veya iç beden muayenesi neticesinde veya vücudundan kan veya benzeri biyolojik örneklerle saç, tükürük, tırnak gibi elde edilen bulgunun şüpheli veya sanığa ya da mağdura ait olup olmadığının tespiti için zorunlu olması halinde moleküler genetik incelemeler yapılabilir.

(CMK madde 78, 79, 80). Moleküler genetik incelemeler yapılmasına sadece hakim karar verebilir (CMK madde 79, Ceza Mahkemesinde Beden Muayenesi, Genetik İncelemeler ve Fizik Kimliğin Tespiti Hakkında Yönetmelik madde 12, 13, 14).

**Bilirkişilik:** Çözümü uzmanlığı, özel veya teknik bilgiyi gerektiren hallerde bilirkişinin oy ve görüşünün alınmasına re'sen, Cumhuriyet savcısının, katılanın, vekilinin, şüphelinin veya sanığın, müdafinin veya kanuni temsilcinin istemi üzerine karar verilebilir. Soruşturma evresinde Cumhuriyet savcısı da bu yetkiyi kullanabilir (CMK 63vd.). Yargılama sürecinde tıbbi değerlendirmelerin ve adli raporların eksik/hatalı olması durumunda mevzuata göre ek görüş alınabilmektedir. Bu durum CMK 67.

ve 68.maddelerde uzman mütalaası olarak ele alınmaktadır. Söz konusu hükümlere göre mevcut değerlendirmelere ek olarak hazırlanacak raporlar mahkemelere yazılı olarak sunulacağı gibi, uzmanın mahkeme salonuna gelmesi durumunda açıklama yapması ve sözlü olarak dinlenmesi de sağlanabilmektedir.

**Teşhis ve yüzleştirme:** Teşhis, sanığın birey olarak belli olması için başvuru alan işlemdir.

Şüpheli veya şüphelilerin kendilerine benzer kişiler arasına konularak, mağdura veya tanığa gösterilmesi ve failin hangisi olduğunun sorulması suretiyle yapılır. Bunun mümkün olmaması durumunda teşhis fotoğraf veya video gösterilerek de yapılabilir. Kural olarak teşhis işleminin Cumhuriyet savcısı tarafından yapılması gerekir. Ancak gecikmesinde sakınca olan hallerde, yukarıda belirtilen usule uygun olmak şartı ile savcının vereceği talimat ile kolluk tarafından da yaptırılabilir (Polis Vazife ve Salahiyet Kanunu ek 6. madde).

Fail ile mağdur veya tanığın karşı karşıya getirilmesi “yüzleşme”dir. Bu işlem kural olarak mahkeme veya hâkim önünde yapılabilir. Ancak gecikmesinde sakınca bulunan hallerde bu işlemi, soruşturma aşamasında C. savcısı da yapabilir. Kolluk hiçbir durumda yüzleştirme yapamaz (CMK 52/2).

**Keşif:** Keşif; soruşturma ve kovuşturma organlarının suça ilişkin deliller ile beş duyusu ile temas etmesidir. Genellikle bu işlem olay yerinin görülmesi ve incelenmesi biçiminde olur. Keşif, hâkim veya mahkeme veya naip hakim ya da istinabe olunan hakim veya mahkeme ile gecikmesinde sakınca bulunan hallerde Cumhuriyet savcısı tarafından yapılır (CMK 83, 84).

Keşif yapılması sırasında şüpheli, sanık, mağdur ve bunların müdafii ve vekili hazır bulunabilirler. Tanık veya bilirkişi de, duruşma sırasında hazır bulunamayacağı veya oturduğu yerin uzaklığı nedeniyle bulunmasının güç olduğu anlaşılırsa keşif mahalline çağrılarak dinlenir.

**Tanık dinlenmesi:** Cumhuriyet savcısı, olayla ilgili tanıkları resen araştırır ve dinler. Ayrıca mağdurun ve şikâyetçinin tanık bildirme ve dinlenmesini talep etme hakkı vardır (CMK 234).

**Yakalama ve tutuklama:** Yakalama ve tutuklama delillerin korunması için başvuru alan bir tedbirdir. Kişi özgürlüğü ve güvenliği hakkına müdahale niteliğinde bir tedbir olduğu için bu tedbire ancak yasada aranan şartların gerçekleşmesi halinde başvurulabilir. Soruşturmayı yürüten C. savcısı, şüphelinin kendisine yapılan çağrıya rağmen gelmemesi veya şüpheliye çağrı yapılamaması halinde sulh ceza hâkiminden yakalama emri talep edebilir (CMK 98). Bu emir, kolluk güçleri tarafından yerine getirilir. Ayrıca kolluk görevlileri, tutuklama kararı veya yakalama emri düzenlenmesini gerektiren ve gecikmesinde sakınca bulunan hallerde; C. savcısına veya amirlerine derhal başvurma olanağı bulunmadığı takdirde, yakalama yetkisine sahiptirler. Şikayete tabi suçlarda bir kimsenin yakalanabilmesi için kendisi hakkında şikayete bulunulması gerekir. Ancak, şikayete tabi suçun mağduru çocuk ise ve suçüstü hali varsa şikayet aranmaksızın yakalama yapılabilir.

*Ayrıca aşağıdaki hallerde, herkes tarafından geçici olarak yakalama yapılabilir:*

- Kişiyi suçu işlerken rastlanması,
- Suçüstü bir fiilden dolayı izlenen kişinin kaçması olasılığının bulunması veya hemen kimliğini belirleme olanağının bulunmaması.

Yakalanan kişi hakkında Cumhuriyet Savcılığına bilgi verilir. C. savcısı, yakalananın serbest bırakılmasına veya soruşturmanın tamamlanması için gözaltına alınmasına karar verebilir. Gözaltı süresi, yakalama yerine en yakın hâkim veya mahkemeye gönderilmesi için zorunlu süre hariç, yakalama anından itibaren yirmi dört saati geçemez.

Toplu işlenen suçlarda bu süre 4 gündür. Gözaltına alma, bu tedbirin soruşturma yönünden zorunlu olmasına ve kişinin bir suçu işlediğini düşündürebilecek emarelerin varlığına bağlıdır. (CMK 91)

*Kuvvetli suç şüphesinin varlığını gösteren olguların ve aşağıdaki tutuklama nedenlerinin bulunması halinde, şüpheli veya sanık hakkında tutuklama kararı verilebilir (CMK 101):*

- Şüpheli veya sanığın kaçması, saklanması veya kaçacağı şüphesini uyandıran somut olgular varsa,
- Şüpheli veya sanığın davranışları aşağıdaki hususlarda kuvvetli şüphe oluşturuyorsa,
- Delilleri yok etme, gizleme veya değiştirme,
- Tanık, mağdur veya başkaları üzerinde baskı yapılması girişiminde bulunma.

İşin önemi, verilmesi beklenen ceza veya güvenlik tedbiri ile ölçülü olmaması halinde, tutuklama kararı verilemez.

İşkence, cinsel saldırı, çocukların cinsel istismarı gibi suçların işlendiği hususunda kuvvetli şüphe sebeplerinin varlığı halinde, kaçma şüphesi, delilleri karartma tehlikesi olmasa bile şüphelinin tutuklanmasına karar verilebilir.

**Uzlaşma:** Uzlaşma, şüpheli ile mağdur veya suçtan zarar görenin bir uzlaştırmacı aracılığı ile hâkim veya Cumhuriyet savcısı tarafından anlaşdırılmaları sureti ile uyuşmazlığın giderilmesidir (CMK 253; Ceza Muhakemesi Kanununa Göre Uzlaştırmacının Uygulanmasına İlişkin Yönetmelik 4).

Uzlaşma, her suç türünde yapılamaz. Soruşturulması ve kovuşturulması şikâyete bağlı suçlar ile şikâyete bağlı olup olmadığına bakılmaksızın, Türk Ceza Kanunu'nda yer alan ve bir çocuğa karşı işlenebilecek olan; kasten yaralama, taksirle yaralama, çocuğun kaçırılması ve alıkonulması (TCK 234) suçlarında uzlaştırma yapılabilir. Soruşturulması ve kovuşturulması şikâyete bağlı olsa bile, etkin pişmanlık hükümlerine yer verilen suçlar ile cinsel dokunulmazlığa karşı suçlarda, uzlaştırma yoluna gidilemez.

**Kamu davasının açılması:** Delilleri toplayan Cumhuriyet savcısı, şüpheli hakkında kamu davası açmaya yetecek delile sahip olduğu sonucuna varırsa bir iddianame hazırlayarak kamu davasını açar.

Kamu davasının açılması için delilleri yeterli bulmaz ise, kovuşturmayaya yer olmadığına karar verir. Bu karara sadece şikâyet hakkına sahip olan suçun mağduru ve zarar göreni veya kanuni temsilcileri itiraz edebilir.

### **Kovuşturma Evresi**

Cumhuriyet savcısı tarafından hazırlanan iddianamenin mahkeme tarafından kabulüyle, kamu davası açılmış olur ve kovuşturma evresi başlar (CMK 175/1). İddianamenin kabulü kararından sonra duruşma hazırlığı tutanağı (tensip tutanağı) hazırlanır. Bu tutanakta duruşma günü ve toplanacak deliller belirlenir ve duruşmada hazır bulunması gereken mağdur çocuk, tanıklar ve sanık çağrı kağıdı ile çağrılır. (CMK 175/1, 233/1, 234).

**Duruşma:** Çocukların suçun mağduru oldukları durumlarda dava, suçun türüne göre sulh ceza, asliye ceza veya ağır ceza mahkemesinde görülür. Sanığın çocuk olması durumunda dava çocuk mahkemesi veya çocuk ağır ceza mahkemesinde görülür.

**Mağdurun dinlenmesi:** Mağdurun kural olarak sanık ve vekili, Cumhuriyet savcısı ile katılan ve vekilinin bulunduğu duruşmada hakim huzurunda dinlenmesi esastır. Ancak mağdurun çocuk olması halinde soruşturma aşamasında C. savcısı tarafından alınan ve CMK 52. maddesine uygun olarak kaydedilmiş olan ifadesinin okunması veya izlenmesi ile yetinilebilir. Mahkeme maddi gerçeğin ortaya çıkarılması için ihtiyaç olması halinde mağdurun tekrar dinlenmesine karar verebilir. (CMK 236)

Mağdurun duruşmada dinlenmesi sırasında yanında psikoloji, psikiyatri, tıp veya eğitim alanında uzman bir kişi bulundurulur. Bunlar hakkında bilirkişilere ilişkin hükümler uygulanır.

**Sanıkla yüzleşmenin önlenmesi:** Mağdur çocuğun veya tanığın, sanığın yüzüne karşı gerçeği söylemeyeceğinden endişe edilirse, mahkeme, sorgu ve dinleme sırasında o sanığın mahkeme salonundan çıkarılmasına karar verebilir (CMK 200).

**Duruşmanın gizli yapılması:** Duruşma herkese açık olarak yapılır. Ancak genel ahlakın veya kamu güvenliğinin kesin olarak gerekli kıldığı hallerde, duruşmanın bir kısmının veya tamamının kapalı yapılmasına mahkemece karar verilebilir (İHAS 6.1; CMK 182). Suç mağdurunun çocuk olduğu durumlarda, mağdurun korunması bakımından gerekli ise bu hükme veya CMK 184. maddesine dayalı olarak, duruşmanın kapalı yapılması talep edilebilir.

Duruşmanın kapalı yapılması talebi çocuk, velisi ya da çocuğun yanında bulunan uzman tarafından yapılabilir. Sanık, on sekiz yaşını doldurmamış ise duruşma kapalı yapılır; hüküm de kapalı duruşmada açıklanır (CMK 184).

Adliye binası içerisinde ve duruşma başladıktan sonra duruşma salonunda her türlü sesli veya görüntülü kayıt veya nakil olanağı sağlayan aletler kullanılamaz (CMK 183).

**Uzman bilirkişi tanıklığı:** Herhangi bir biçimde çocukla ilgili tıbbi inceleme yapmış olan kişiler, soruşturma veya kovuşturma aşamalarında çocuk ile ilgili rapor (tıbbi inceleme raporu veya sosyal inceleme raporu) düzenleyen veya çocuğun ifadesinin alınmasında yanında bulunan bilirkişiler mahkemede tanık olarak dinlenebilirler.

Tanıkları hâkim dinleyebileceği gibi, Cumhuriyet savcısı, sanık müdafii veya katılan vekili de doğrudan soru sorma hakkına sahiptir (CMK 201).

**Karar ve karara karşı kanun yolları:** Yargılama sonucunda mahkeme sanığın beraatine, sanık hakkındaki hükmün açıklanmasının geri bırakılmasına ya da hapis veya para cezasına hükmedebilir. Hükmedilen cezanın ertelenmesi de, temyiz edilmesi de mümkündür. <sup>(1)</sup>

### **Mağdurun Hakları**

*Mağdur çocuk ve şikâyetçi olan mağdurun kanuni temsilcisi aşağıdaki haklara sahiptir:*

Soruşturma evresinde;

- Delillerin toplanmasını isteme,
- Soruşturmanın gizlilik ve amacını bozmamak koşuluyla Cumhuriyet savcısından belge örneği isteme,
- Vekili bulunmaması halinde, kendisine avukat görevlendirilmesini isteme (çocuklar için isteme bakılmaksızın avukat tayin edilmesi zorunludur),
- Vekili aracılığı ile soruşturma belgelerini ve el konulan ve muhafazaya alınan eşyayı inceletme,
- Cumhuriyet savcısının, kovuşturmayaya yer olmadığı yönündeki kararına kanunda yazılı usule göre itiraz hakkını kullanma,
- İfadesinin alınması sırasında yanında psikoloji, psikiyatri, tıp veya eğitim alanında uzman bir kişinin bulunmasını isteme,
- Kanuni temsilcisini yanında bulundurma,
- İfadesinin ses ve görüntü kaydı ile alınmasını isteme,
- Özel hayatına müdahalenin önlenmesini isteme,
- Hakların anlatılması.

Kovuşturma evresinde; yukarıdakilere ek olarak;

- Duruşmadan haberdar edilme,
- Kamu davasına katılma,
- Tanıkların davetini isteme,

Davaya katılmış olma koşuluyla davayı sonuçlandıran kararlara karşı kanun yollarına başvurma <sup>(1)</sup>.



### **Korunma İhtiyacının Araştırılması**

Bildirimi alan kurum, korunma ihtiyacının tespiti için bir araştırma başlatır (ÇKK 6ve 35; SHÇEK Kanunu 21). Derhal tedbir alınmasını gerektiren durumlarda sosyal inceleme daha sonra da yaptırılabilir (ÇKK 22). Bildirim sonrasında gerekli incelemeyi yapan Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu İl Müdürlüğü talebini, sosyal inceleme raporunu içeren bir dosya ile mahkemeye iletir (Çocuk Koruma Kanununa Göre Verilen Koruyucu ve Destekleyici Tedbir Kararlarının Uygulanması Hakkında Yönetmelik 12). Bu talep aşağıdakileri içermelidir:

Çocuk hakkında uygulanacak tedbiri;

Çocuğun menkul ve gayrimenkulü varsa bunun nasıl idare ve muhafaza edileceğini, Velayetin kaldırılması veya vesayetin verilmesinin gerekip gerekmediğini.

Mahkeme veya çocuk hakimi acil korunma kararı veya koruyucu ve destekleyici tedbir kararlarını vermeden önce çocuğun sağlık durumu hakkında sağlık kuruluşlarından rapor isteyebilir (Çocuk Koruma Kanununa Göre Verilen Koruyucu Ve Destekleyici Tedbir Kararlarının Uygulanması Hakkında Yönetmelik 16).

**Sosyal inceleme:** Sosyal inceleme mahkemede görevli sosyal çalışma görevlilerince veya İl Sosyal Hizmetler Müdürlüğü'nde görevli sosyal hizmet uzmanlarınca yapılır. Sosyal inceleme raporu ile denetim planı ve raporunun birer örneğini çocuğun avukatı veya yasal temsilcisi Cumhuriyet savcısından, mahkemeden veya çocuk hakiminden alabilir. Çocuğa da raporun içeriği hakkında bilgi verilir (ÇKK 35). Ayrıca bilirkişilik hükümlerine uygun olarak, çocuğun beden ve ruh sağlığı hakkında inceleme yapan bilirkişi de sosyal inceleme raporunu mahkemeden isteyebilir.

Sosyal çalışmacı, çocuğun öz geçmişi, anne ve babasının olup olmadığı, ailenin ve çevresinin sosyo-ekonomik durumu, o ana kadar yaşadığı yer, yakın akrabalık ve komşuluk ilişkileri gibi konuları açıklığa kavuşturacak derinlemesine inceleme yaparak bir sosyal inceleme raporu düzenler.

Çocuğun avukatı veya yasal temsilcisi sosyal inceleme raporun bir örneğini alabilir. Çocuğun yasal temsilcisinin sosyal inceleme raporunun içeriği hakkında bilgi sahibi olmasının çocuğun yararına aykırı olduğu durumlarda raporun bu kişilerce incelenmesi kısmen veya tamamen yasaklanabilir (Çocuk Koruma Kanununun Uygulanmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik 22). Dolayısıyla kanuni temsilcinin bilgi edinmesinde sakınca olduğu durumlarda, bu durum rapora yazılıp, raporun örneğinin bu kişilerce edinilmesinin yasaklanması istenebilir.

**Sosyal inceleme raporu ve ekleri:** Sosyal inceleme raporuna;

Çocuk buluntu ise Karakol Zabıt Varakası,

Anne ve baba ayrılmış ise ilgili mahkeme kararı,

Terk edilmiş ise bunlarla ilgili tutanak,

Çocuğun korunmaya muhtaç olduğu ihbar edilmiş ise, bu durumun tespit edildiği tutanak eklenir. (Korunmaya Muhtaç Çocukların Tespiti, İnceleme, Koruma Kararlarının Alınması ve Kaldırılmasına İlişkin Yönetmelik 11)

### **Koruyucu ve Destekleyici Tedbirlere Karar Verilmesi**

Bir çocuğun korunma ihtiyacı içerisinde olup olmadığının ve uygulanacak tedbirin tespiti yetkisi mahkemeye aittir (ÇKK 7; SHÇEK Kanunu 22). Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu, Cumhuriyet savcısı veya çocuğun anası, babası, vasisi ve bakımından sorumlu olan kişiler mahkemeden çocuğun korunma ihtiyacının tespiti ve tedbir uygulanmasını talep edebileceği gibi mahkeme resen de bu incelemeyi başlatabilir (ÇKK 7). Ayrıca, ceza soruşturması veya kovuşturması sırasında çocukla ilgili bir inceleme yapmakla görevlendirilmiş olan bilirkişi de, gerekli görmesi halinde mahkemeden çocuk hakkında bir tedbir uygulanmasını talep edebilir (CMK 66.3).

Haklarında korunma kararı alınacak buluntu çocuklarla, ebeveynlerince henüz nüfus kayıtları yapılmamış, acilen korunmaya alınması gereken çocukların nüfus kayıt işlemleri ilgili mevzuata göre Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumunca yapılır (Korunmaya Muhtaç Çocukların Tespiti, İnceleme, Koruma Kararlarının Alınması ve Kaldırılmasına İlişkin Yönetmelik 14).

### **Acil Koruma Kararı**

Haklarında derhal korunma tedbiri alınmasında zorunluluk görülen çocuklar, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu tarafından, olay kuruma intikal ettiğinde gerekli önlemler derhal alınarak, resmi veya özel kuruluşlara yerleştirilir (ÇKK 10; SHÇEK Kanunu 22). Acil korunma kararı alınıncaya kadar geçen sürede çocuk; Sosyal Hizmetler İl Müdürü'nün olmasına istinaden Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu'nun hizmet modellerinden yararlandırılır (Çocuk Koruma Kanununa Göre Verilen Koruyucu Ve Destekleyici Tedbir Kararlarının Uygulanması Hakkında Yönetmelik 7). Bu durumda Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu çocuğu derhal bakım ve gözetim altına alır ve aldığı andan itibaren en geç beş gün içinde acil korunma kararının alınması için çocuk hâkimine başvurur (ÇKK 9). Hâkim tarafından, acil koruma talebi ile ilgili olarak üç gün içinde karar verilir. Hâkim, çocuğun bulunduğu yerin gizli tutulmasına karar verebileceği gibi gerektiğinde kanuni temsilcisi ile kişisel ilişkisini nasıl sürdüreceğine dair de karar verebilir. Acil korunma kararı en fazla otuz günlük süre ile sınırlı olmak üzere verilir. Bu süre içinde Kurumca çocuk hakkında ayrıntılı bir sosyal inceleme yapılarak, mahkemeden koruyucu veya destekleyici tedbir verilmesine ilişkin talepte bulunulur (ÇKK 9). 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. Kurum, çocuk hakkında tedbir kararı alınması gerektiği sonucuna varırsa hâkimden koruyucu ve destekleyici tedbir kararı verilmesini talep eder.

### **Çocuk Hakkında Verilebilecek Tedbir Kararları / Türleri**

Korunma ihtiyacı olan çocuk hakkında alınabilecek tedbirlerin niteliğine göre farklı mahkemelerden talepte bulunulması gerekir.

Çocuk Koruma Kanunu'na göre, çocuk hakkında koruyucu ve destekleyici tedbirler ile velayet ilişkisinin düzenlenmesine yönelik kararlar, çocuk mahkemelerince alınır.

Aile hukukundan doğan uyuşmazlıklar ve Ailenin Korunmasına Dair Kanun'da yazılı tedbirlerin uygulanmasına yönelik kararlar ise aile mahkemelerince alınır.

Medeni Kanun'da yazılı tedbirler ise, uyuşmazlık türüne bağlı olarak çocuk mahkemesi veya aile mahkemesinden talep edilebilir.

**Çocuk Koruma Kanunu'nda yer alan tedbirler:** Çocuk Koruma Kanunu uyarınca, korunma ihtiyacı olan çocuklarla ilgili koruyucu tedbirler aşağıdakilerden oluşmaktadır; (1) Danışmanlık, (2) Eğitim, (3) Sağlık, (4) Bakım, (5) Barınma.

*Koruyucu ve destekleyici tedbirler*, çocuğun öncelikle kendi aile ortamında korunmasını sağlamaya yönelik danışmanlık, eğitim, bakım, sağlık ve barınma konularında alınacak tedbirlerdir.

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

*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,

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

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

*Barınma tedbiri*, barınma yeri olmayan çocuklu kimselere veya hayatı tehlikede olan hamile kadınlara uygun barınma yeri sağlamaya, yönelik tedbirdir.

Çocuk hâkimi, korunma ihtiyacı olan çocuk hakkında, koruyucu ve destekleyici tedbir kararının yanında Türk Medeni Kanunu hükümlerine göre velayet, vesayet, kayyım, nafaka ve kişisel ilişki kurulması hususlarında da karar vermeye yetkilidir.

Mahkeme kararında tedbirin türü ve süresini gösterir <sup>(2)</sup>.

**Türk Medeni Kanunu'ndan kaynaklanan tedbirler:** Türk Medeni Kanunu'na göre 18 yaşını bitirmemiş kişiler reşit değildir. Velayet çocuğun haklarının korunması konusunda ve temsili konusunda anne babanın yükümlülüklerini ifade eder. Anne-baba çocuğun kişiliğini geliştirebilmesi için gerekli koruma ve özeni sağlamakla yükümlüdürler.

Çocuğun menfaati ve gelişmesinin tehlikeye düştüğü ve ana ve baba da bu duruma çare bulamadığı veya buna güçlerinin yetmediği hallerde hâkim tarafından alınabilecek tedbirler Medeni Kanun'da düzenlenmiştir (Medeni Kanun 346). Medeni

Kanun'da yer alan koruyucu tedbirleri, sonuç ve hükümlerine göre iki ana gruba ayırmak mümkündür. Birinci grup; velayeti ana babada bırakan ve nispeten daha hafif olan tedbirlerdir. İkinci gruptaki tedbirlerse; velayetin kaldırılmasını öngören tedbirlerdir.

Çocuğun ana ve babadan alınarak başka bir aile yanına veya bir kuruma yerleştirebilmesine yönelik kararlar ancak çocuğun bedensel ve zihinsel gelişmesi tehlikede bulunur veya çocuk manen terk edilmiş halde kalırsa verilebilir (ÇHS 19; Medeni Kanun 347). Bu tedbir ve (a) ve (c) bentlerinde yazılı diğer tedbirlerden sonuç alınamaz ya da bu önlemlerin yetersiz olacağı önceden anlaşılırsa, hâkim aşağıdaki hallerde velayetin kaldırılmasına karar verir:

Ana ve babanın deneyimsizliği, hastalığı, başka bir yerde bulunması veya benzeri sebeplerden biriyle velayet görevini gereği gibi yerine getirememesi.

Ana ve babanın çocuğa yeterli ilgiyi göstermemesi veya ona karşı yükümlülüklerini ağır biçimde savsaklaması.

Velayet ana ve babanın her ikisinden kaldırılırsa çocuğa bir vasi atanır. Kararda aksi belirtilmedikçe, velayetin kaldırılması mevcut ve doğacak bütün çocukları kapsar.

Durumun değişmesi halinde, çocuğun korunmasına ilişkin önlemlerin yeni koşullara uydurulması gerekir. Velayetin kaldırılmasını gerektiren sebep ortadan kalkmışsa hâkim, resen ya da ana veya babanın istemi üzerine velayeti geri verir (Medeni Kanun 351). Bu hükümlere göre çocuğa yönelik ihmal ve istismarda bulunduğu tespit edilen velinin velayeti kaldırılır, vasi ise vasiliğin iptaline karar verilir. Ayrıca istismar edenin verdiği maddi ve manevi zarar karşısında tazminat sorumluluğu da bulunmaktadır.

**Ailenin Korunmasına Dair Kanun'da yer alan tedbirler:** Aile içi şiddet hallerinde, Türk Medeni Kanunu'nda öngörülen tedbirlerden ayrı olarak Ailenin Korunmasına Dair Kanunda yazılı tedbirler de uygulanabilir (Ailenin Korunmasına Dair Kanun 2). *Bu kapsamda kusurlu eşin veya diğer aile bireyinin;*

- Aile bireylerine karşı şiddete veya korkuya yönelik söz ve davranışlarda bulunmamasına,
- Müşterek evden uzaklaştırılarak bu evin diğer aile bireylerine tahsisi ile bu bireylerin birlikte ya da ayrı oturmakta olduğu eve veya işyerlerine yaklaşmamasına,
- Aile bireylerinin eşyalarına zarar vermemesine,
- Aile bireylerini iletişim araçları ile rahatsız etmemesine,
- Varsa silah veya benzeri araçlarını genel kolluk kuvvetlerine teslim etmesine,
- Alkollü veya uyuşturucu herhangi bir madde kullanılmış olarak şiddet mağdurunun yaşamakta olduğu konuta veya işyerine gelmemesi veya bu yerlerde bu maddeleri kullanmamasına,
- Bir sağlık kuruluşuna muayene veya tedavi için başvurmasına karar verilebilir.

Eğer şiddeti uygulayan eş veya diğer aile bireyi aynı zamanda ailenin geçimini sağlayan yahut katkıda bulunan kişi ise hâkim bu konuda mağdurların yaşam düzeyle-

rini göz önünde bulundurarak tedbir nafakasına hükmedebilir. Bu Kanun kapsamındaki başvurular ve verilen kararın infazı için yapılan icrai işlemler harca tabi değildir.

Ailenin Korunması Kanunu'nda yazılı tedbirlerin uygulanabilmesi için; aile bireylerinden bir kişinin kendisinin veya bir başka aile bireyinin şiddete maruz kaldığını Aile Mahkemesi hâkimine bildirmesi gerekmektedir. Ancak aynı başvuru Cumhuriyet Savcılığı tarafından yapılabileceği gibi, hâkim de resen harekete geçebileceğinden herkesin ihbar müessesesi ile süreci harekete geçirmesi mümkündür.

Mahkemece verilen koruma kararının bir örneği, Cumhuriyet Başsavcılığı'na gönderilir ve savcılık kararın uygulanmasını genel kolluk kuvvetleri aracılığı ile izler. Koruma kararına uyulmaması halinde genel kolluk kuvvetleri, mağdurların şikayet dilekçesi vermesine gerek kalmadan re'sen soruşturma yaparak evrakı en kısa zamanda Cumhuriyet Başsavcılığı'na intikal ettirir. Bu karara aykırı davranılması halinde tutuklanma ve hapis cezasına hükmedilmesine neden olur. (3,4)

### **Tedbirlerin Uygulanması**

**Sağlık tedbirinin uygulanması:** Sağlık tedbirine, çocuğun fiziksel ve ruhsal sağlığının korunması ve tedavisi için gerekli geçici veya sürekli tıbbi bakım ve rehabilitasyonun sağlanması, bağımlılık yapan maddeleri kullananların tedavilerinin yapılması amacıyla karar verilir (ÇKK 5). Sağlık tedbirleri kapsamında uygulanan tedavinin özelliklerine bağlı olarak çocuğun bir aile veya kurumda bakımı gerektiği takdirde sağlık ve bakım tedbirleri birlikte uygulanır.

İl sağlık müdürlükleri çocuğun sağlık tedbirinin yerine getirileceği uygun sağlık kurum veya kuruluşuna ilk müracaatını sağlamak zorundadır. Ayakta tedavisi uygun görülen çocukların tedavisi için ilgili sağlık kurumuna gidişi; ana, baba, vasisi, bakım ve gözetimini üstlenen kimseler ya da haklarında bakım ve barınma tedbiri verilmiş ise bu tedbiri yerine getirmekle yükümlü kurum ya da kuruluşlarca sağlanır. Bunun için gerektiğinde kolluk birimlerinden güvenliğin sağlanması için yardım istenebilir.

Mahkemece, akıl hastalığı veya madde bağımlılığı sebebiyle sağlık tedbirine hükmetmeden önce güvenlik bakımından çocuğun tıbbi kontrol ve takibinin gerekip gerekmediği, gerekiyor ise bunun süre ve aralıklarının tespiti amacıyla resmi sağlık kurulu raporu alınır. Sağlık tedbirinin uygulanması ile ilgili olarak tıbbi kontrol ve takip, resmi sağlık kurulu raporunda gösterilen süre ve aralıklarla çocukların teknik donanımı ve yetkili uzmanı olan sağlık kuruluşuna gönderilmeleri ile sağlanır. Ancak, çocuğun akıl hastalığı veya madde bağımlılığının açıkça belli olduğu hallerde; kendisi veya anası, babası, vasisi, bakım ve gözetiminden sorumlu kimsenin tedavi talep etmesi üzerine veya re'sen rapor alınmadan da sağlık tedbirine karar verilebilir. Alkol ya da uyuşturucu veya uyarıcı madde bağımlısı olan çocukların, tedavi altına alınmasına yönelik kararların yerine getirilmesinde tedavi için çocuğun rızası aranmaz (Çocuk Koruma Kanununa Göre Verilen Koruyucu Ve Destekleyici Tedbir Kararlarının Uygulanması Hakkında Yönetmelik 16).

**Bakım ve barınma tedbirlerinin uygulanması:** Bakım ve barınma tedbirleri, ailesi dışında korunması gereken çocuklar için öngörülmüş tedbirlerdir. Bakım tedbiri, çocuğun bakımından sorumlu kimsenin herhangi bir nedenle görevini yerine getirme-

mesi halinde, çocuğun resmi veya özel bakım yurdu ya da koruyucu aile hizmetlerinden yararlandırılması veya bu kurumlara yerleştirilmesi biçiminde uygulanır (ÇKK 5). Barınma tedbiri ise, barınma yeri olmayan çocuklu kimselerin veya hayatı tehlikede olan hamile kadınlara uygun bir barınma yeri sağlanması biçiminde uygulanır.

*Bakım ve barınma tedbirinin uygulanabileceği sosyal hizmet kuruluşları şunlardır:*

*“Çocuk Yuvaları”;* 0-12 yaş arası korunmaya muhtaç 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 kuruluşlarıdır.

*“Yetiştirme Yurtları”;* 13-18 yaş arası korunmaya muhtaç çocukları korumak, bakmak ve bir iş veya meslek sahibi edilmeleri ve topluma yararlı kişiler olarak yetişmelerini sağlamakla görevli ve yükümlü olan yatılı sosyal hizmet kuruluşlarıdır.

*“Çocuk Evleri”;* 0-18 yaşlar arasındaki korunmaya muhtaç çocukların kaldığı ev birimleridir.

*“Koruma Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri”;* suça yöneldikleri tespit edilen çocukların davranış bozukluklarını gidermek amacıyla rehabilitasyon süreci tamamlanmaya kadar geçici süre bakım ve korunmalarının sağlandığı bu süre içerisinde aile, yakın çevre ve toplum ile ilişkilerinin düzenlenmesine yönelik çalışmaların yürütüldüğü, 7-18 yaş kız ve erkek çocuklara yönelik ayrı ayrı yapılandırılan yatılı sosyal hizmet kuruluşlarıdır.

*“Bakım ve Sosyal Rehabilitasyon Merkezleri”;* duygusal, cinsel ve/veya fiziksel istismara uğramış çocukların olumsuz yaşam deneyimlerinden kaynaklanan travma ve/veya davranış bozukluklarını giderme amacıyla rehabilitasyon süreci tamamlanmaya kadar geçici süre bakım ve korunmalarının sağlandığı ve bu süre içerisinde aile, yakın çevre ve toplum ile ilişkilerinin düzenlenmesine yönelik çalışmaların yürütüldüğü kız ve erkek çocuklara yönelik ayrı ayrı yapılandırılan yatılı sosyal hizmet kuruluşlarıdır.

Bakım tedbirlerini yerine getirme yükümlülüğü, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu'na ait iken, barınma tedbirlerini yerine getirme yükümlülüğü hem bu kuruma hem de yerel yönetimlere aittir (ÇKK 45).

***Danışmanlık tedbirlerinin uygulanması:*** Danışmanlık tedbirleri, çocuğun ailesi içerisinde korunmasının sağlanması veya çocuk hakkında verilmiş olan bir başka tedbirin uygulanabilmesi için çocuğa rehberlik edilmesini sağlamak amacıyla uygulanır. Çocuğa veya ailesine danışmanlık verilmesi biçiminde uygulanabilir.

*Danışmanlık tedbirinin uygulanabileceği sosyal hizmet kuruluşları şunlardır:*

*“Çocuk ve Gençlik Merkezleri”;* eşler arası anlaşmazlık, ihmal, hastalık, kötü alışkanlık, yoksulluk, terk ve benzeri nedenlerle sokağa düşerek sosyal tehlike ile karşı karşıya kalan veya sokakta çalışan çocuk ve gençlerin geçici süre ile rehabilitasyonlarını ve topluma yeniden kazandırılmalarını sağlamak amacıyla kurulan yatılı ve gündüzlü sosyal hizmet kuruluşlarıdır.

*“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 kuruluşlarıdır.

*“Aile Danışma ve Rehabilitasyon Merkezleri”*, engelli çocukları kendi kendine yeterli düzeye getirmek, okul eğitimine hazırlamak ve aile içi uyumu sağlamak amacıyla engelli çocuklara ve ailelerine hizmet sunan gündüzlü sosyal hizmet kuruluşlarıdır.

Danışmanlık tedbirleri, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu'nun bu birimleri yanında Milli Eğitim Bakanlığı'nın Rehberlik ve Araştırma Merkezleri ve yerel yönetimlerin benzer nitelikteki kuruluşlarında da yerine getirilebilir (ÇKK 45),.

**Eğitim tedbiri:** Eğitim tedbirleri, çocuğun eksik kalan akademik veya mesleki eğitimini tamamlamasını veya beceri geliştirmesini sağlama amacına yönelik olarak uygulanabilir. Eğitim tedbirleri, Milli Eğitim Bakanlığı'nın örgün ve yaygın eğitim kuruluşlarında(okullar, halk eğitim merkezleri) yerine getirilmektedir.

### **Tedbir Kararlarının Gönderilmesi**

Mahkeme veya çocuk hâkimince verilen;

- Danışmanlık ve barınma tedbir kararları, ilgisine göre il milli eğitim müdürlükleri,
- İlçe veya il sosyal hizmetler müdürlükleri ya da yerel yönetimlere,
- Eğitim tedbiri kararı, ilgisine göre il milli eğitim müdürlükleri veya Çalışma ve
- Sosyal Güvenlik Bakanlığı bölge müdürlüklerine,
- Bakım tedbiri kararı, ilçe veya il sosyal hizmetler müdürlüklerine,
- Sağlık tedbiri kararı, il sağlık müdürlüklerine gönderilir. Müdürlükler de kendilerine gelen kararı ilgili kuruma yönlendirir. (Çocuk Koruma Kanununa Göre Verilen Koruyucu Ve Destekleyici Tedbir Kararlarının Uygulanması Hakkında Yönetmelik 9)

### **Kararların Uygulanması ve Yerine Getirilmesinin Denetlenmesi**

Çocuk Koruma Kanunu'nda yazılı tedbirlerden bir veya birden fazlasına hükmeden mahkeme, aynı zamanda bu tedbirlerin denetimine de karar verebilir. Bu durumda, tedbiri uygulayacak kurum tarafından bir denetim planı hazırlanır. Bu plan çocuğun teslim edildiği ya da teslim alındığı tarihten itibaren en geç on gün içerisinde mahkeme veya çocuk hâkiminin onayına sunulur. Denetim planı mahkeme veya çocuk hâkimi tarafından incelenerek, gerektiğinde uygulama planının değiştirilmesi istenebilir. Kabul edilen denetim planı, çocuk hakkında verilen kararın izlenmesinde esası oluşturur. Tedbir kararını veren mahkeme veya çocuk hâkimi, tedbir kararlarının uygulanmasını, tedbirden beklenen gayenin gerçekleşip gerçekleşmediğini, uygulanan tedbirin çocuğun gelişimini hangi yönde etkilediğini bu plan doğrultusunda en geç üçer aylık sürelerle incelettirir. Bu inceleme, mahkemece görevlendirilecek sosyal çalışma görevlilerine yaptırılır.

Koruyucu ve destekleyici tedbirlerin uygulanmasından doğan giderler, tedbiri yerine getirmekle yükümlü kurumlar tarafından karşılanır.

### **Tedbir Kararlarının Kaldırılması veya Değiştirilmesi**

Tedbir kararlarına karşı itiraz yoluna başvurulabilir. Korunma kararı genel olarak çocuk reşit olana kadar devam eder. Tedbirin uygulanması, onsekiz yaşın doldurulmasıyla ayrıca bir karara gerek kalmaksızın kendiliğinden sona erer. Ancak hâkim, çocuğun eğitim ve öğrenimine devam edebilmesi için ve rızası alınmak suretiyle tedbirin uygulanmasına belli bir süre daha devam edilmesine karar verebilir (ÇKK 7/6, Çocuk Koruma Kanununa Göre Verilen Koruyucu Ve Destekleyici Tedbir Kararlarının Uygulanması Hakkında Yönetmelik 12).

Ancak, ihtiyacın değişmesi halinde koruma kararının kaldırılması ve değiştirilmesini talep etmek mümkündür. Tedbir kararının kaldırılması, değiştirilmesi veya süresinin uzatılmasını denetim görevlileri, çocuğun velisi, vasisi, bakım ve gözetimini üstlenen kimseler, tedbir kararını yerine getiren kişi ve kuruluşun temsilcileri ile Cumhuriyet savcısı talep edebilir. Hakim veya mahkeme bu kimselerin talebi üzerine veya re'sen çocuğa uygulanan tedbirin sonuçlarını inceleyerek, süresini uzatabilir, değiştirebilir veya kaldırabilir (Çocuk Koruma Kanununa Göre Verilen Koruyucu Ve Destekleyici Tedbir Kararlarının Uygulanması Hakkında Yönetmelik 10) <sup>(1,5)</sup>.

### **3.5.3 Çocukla görüşme ve çocuğun dinlenmesi**

Bir istismar şüphesi ile Çocuk Koruma Merkezine gelen çocukla görüşülmesi tanı ve tedavinin önemli bir parçası olduğu gibi çocuğun dinlenmesi de adli sürecin önemli parçasıdır. Hangi amaçla yapılırsa yapılsın, görüşmenin ve dinlemenin hem örseleyici olmaması hem de yeterli ve gerekli bilgiyi almaya elverişli olması gerekir.

#### **3.5.3.1 Çocukla görüşme ve çocuğun dinlenmesinin farkı**

Ortak kuralları olmakla birlikte görüşmenin ve dinlemenin amacına göre yönteminde bazı değişiklikler olması gerekebilir. Çocuk Koruma Merkezlerinin çocuğun olayı defalarca anlatmasından kaynaklanan örselenmeyi engelleme amacı, görüşme ve dinleme sürecinin doğru planlanmasını gerektirir. Bu nedenle görüşmenin veya dinlemenin hangi amaçla yapıldığının bilinmesi ve ona göre sürecin planlanması ve görüşmenin yürütülmesi gerekir.

*Çocuk Koruma Merkezlerinde görüşme ve dinleme aşağıdaki amaçlardan biri ile yapılabilir:*

- Hastaneye başvuran hasta ile tanı ve tedavi amaçlı görüşme
- Adli yetkililer tarafından gönderilen mağdur ile bilirkişi incelemesi kapsamında görüşme
- Adli yetkililerin tanık beyanı delili elde etme amacıyla mağduru dinlemesi

**Hastaneye başvuran hasta ile tanı ve tedavi amaçlı görüşme:** Hastaneye bir sağlık problemi ile başvuran bir çocukla görüşme, (bu görüşme sırasında ihmal veya istismar mağduru olmasından şüphelenildiği durumda) tanı ve tedavi amaçlı bir gö-

rüşmedir. Bu görüşme bilimsel ve etik kurallar çerçevesinde yapılmalı ve gerekli kayıtlar tutulmalıdır. Böyle bir görüşme sonrasında şüphenin oluşması halinde durunun adli yetkililere ihbar edilmesi gerekir (TCK 280).

İhbar sonrasında veya olayın bir başka yol ile adliyeye intikal etmesi halinde ilk muayeneyi yapan sağlık ekibi üyeleri, mahkemede dinlenebilir. Bu dinleme, uzman mü-talaasıdır (CMK 67) ve mağdur veya fail vekili tarafından talep edilebilir. Bu durumda görüşmeyi yapan sağlık görevlisi, mahkeme önünde tanıklık ederken yaptığı incelemeleri ve elde ettiği sonuçları meslek sırrı konusunda hukuki kurallar çerçevesinde mahkeme ile paylaşabilir.

### **Meslek ve sürekli uğraşları sebebiyle tanıklıktan çekinme**

**Madde 46 - (1)** Meslekleri ve sürekli uğraşları sebebiyle tanıklıktan çekinebilecekler ile çekinme konu ve koşulları şunlardır:

- Avukatlar veya stajyerleri veya yardımcılarının, bu sıfatları dolayısıyla veya yükledikleri yargı görevi sebebiyle öğrendikleri bilgiler.
  - Hekimler, diş hekimleri, eczacılar, ebeler ve bunların yardımcıları ve diğer bütün tıp meslek veya sanatları mensuplarının, bu sıfatları dolayısıyla hastaları ve bunların yakınları hakkında öğrendikleri bilgiler.
  - Mali işlerde görevlendirilmiş müşavirler ve noterlerin bu sıfatları dolayısıyla hizmet verdikleri kişiler hakkında öğrendikleri bilgiler.
- (2) Yukarıdaki fıkranın (a) bendinde belirtilenler dışında kalan kişiler, ilgilinin rızasının varlığı halinde, tanıklıktan çekinemez.

Bu nedenle görüşme sırasında bir şüphe oluşmuş ise, çocuğun ve yararı aksini gerektirmedikçe ailesinin bilgilendirilmesi gerekir. Bu bilgilendirme aşağıdakileri içermelidir:

- Şüphe nedeni
- Durumun adli yetkililere bildirileceği
- Tıbbi tanı ve tedavi sürecine takibin nasıl devam edeceği
- Adli süreçte sağlık çalışanları ile ilişkinin hangi yöntemle süreceği
- Görüşmeden elde edilen bilgilerin adli yetkililere hangi şartlar altında paylaşılacağı
- Alınabilecek psiko-sosyal ve hukuki destekler ve bunların iletişim bilgileri

**Adli yetkililer tarafından gönderilen mağdur ile bilirkişi incelemesi kapsamında görüşme:** Adli yetkililerden bilirkişi incelemesi amacıyla sevk ile gelen mağdur ile görüşmenin amacı, bilirkişi incelemesidir. Mahkemece sorulan soruyu yanıtlamayı sağlayacak bilgi edinmek amacıyla ve bununla sınırlı bir tanılama için görüşme yapılır. Bu nedenle görüşmeye başlanırken, yapılan görüşmenin amacının ve sonucunun görüşülecek çocuğa açıklanması gerekir.

*Bu bilgilendirme aşağıdakileri içermelidir:*

- Adınız, soyadınız, mesleğiniz

- b. Yapılacak görüşmenin tedavi amaçlı olmadığı, adli amaçlı olduğu, mahkemeden bazı sorular sorulduğu ve yapılacak görüşme sonrasında bir rapor hazırlanarak mahkemeye verileceği,
- c. Kendisi ile yapılacak görüşmede elde ettiğiniz bilgileri mahkeme ile paylaşmanız gerektiği,
- d. Alınabilecek tıbbi, psiko-sosyal ve hukuki destekler ve bunların iletişim bilgileri

**Adli yetkililerin tanık beyanı delili elde etme amacıyla mağduru dinlemesi:** Ceza Muhakemesi Kanunu, mağdurun hâkim veya Cumhuriyet Savcısı tarafından dinlenmesini öngörmektedir (CMK 233/1). Ancak mağdur çocuk ise veya mağdurun işlenen suç nedeniyle psikolojisi bozulmuş ise, yanında psikoloji, psikiyatri, tıp veya eğitim alanında uzman bir kişi bulundurulmalıdır (CMK 236/3).

Mağdurun dinlenmesi sırasında yanında bulunacak bu uzmanlar hakkında bilirkişilere ilişkin hükümler uygulanır (CMK 236/3). Ancak burada görevlendirilen kişinin sorumluluğu, çocuğu adli yetkililerce yapılacak dinlemeye hazırlamak, dinleme sırasında çocuğa ve adli yetkililere yardımcı olmak, bu süreçte çocuğun ikincil örselenmesini engellemektir. Yargılama faaliyeti sırasında tanık beyanı delili olarak kullanılacak dinleme CMK'da yazılı usullere uygun biçimde hâkim tarafından yapılmış olan dinlemedir.

#### Mağdur ile şikâyetçinin dinlenmesi

**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.

#### 3.5.3.2 Mağdur çocuğun ifadesinin bir kerede alınması (CMK 236/2)

İfadenin bir kerede alınması kuralının amacı, adli yetkililerce çocuğun dinlenmesi sürecinin çocukta yaratacağı ikincil örselenmeyi engellemektir. Bu kural, çocukla uzmanların yapacağı tanı ve tedavi amaçlı görüşmeleri bağlamaz. Ayrıca, eğer maddî gerçeğin ortaya çıkarılması için gerekiyorsa mağdur çocuk adli yetkililerce da birden fazla kez de dinlenebilecektir.

Bu nedenle çocukla görüşecek uzmanın, çocuğu muayene ve tedavi için yapacağı görüşmeler ile adli yetkililerce çocuğun dinlenmesinin farkını, özelliklerini ve önemini bilmesi gerekir. Bilirkişi tarafından görüşme, bilginin yargılama yetkililerince edinilmesini sağlamak amacıyla yapılır. Bu süreçte görevlendirilen uzmanın görevi, bu amacın gerçekleşmesine yardımcı olmaktır. O nedenle, çocuktan edindiği bilgiyi kendisini görevlendirilen yargılama yetkilisi ile paylaşması beklenir. Bu nedenle

de görüşmeye başlarken, görüşmenin amacını açıklarken kendi görevinin niteliğini belirtmeli ve çocuğu hakları konusunda bilgilendirmelidir. Adli yetkililer tarafından yapılacak dinleme sırasında çocuğun yanında bulunan uzmanın sorumluluğu ise sürecin ikincil örselenmeye neden olmayacak biçimde yürütülmesini sağlamaktır. Yapılan görüşmenin amacı ve uyulacak kuralların hem görüşmeyi yapacak kişi hem de görüşülecek çocuk tarafından açık ve net olması önemlidir.

Adli yetkililerin mağduru dinlemesi yani tanık beyanı delili elde etmek üzere yapılacak dinlemenin bir defada gerçekleşmesi ve mağdurun tekrar tekrar dinlenmemesi (CMK 236/2) isteniyorsa, dinlemenin CMK'da yazılı kurallara uygun yapılması gerekir.

### **3.5.3.3 Tanık beyanı elde etmek üzere adli yetkililerce çocuğun dinlenmesi sırasında uyulması gereken usul kurallar**

Mağdurun tanık olarak dinlenmesi sırasında uyulması gereken usuller, tanıklığa ilişkin usullerdir (CMK 236/1). Bunlar;

- Mağdur, Cumhuriyet savcısı veya mahkeme başkanı veya hâkim tarafından çağrı kâğıdı ile çağırılıp dinlenir (CMK 233/1). Bu nedenle dinleme yapılırken, Cumhuriyet Savcısı, mahkeme başkanı veya hâkim bulunmalıdır.
- Mağdurun vekili de görüşmede hazır bulunabilir (CMK 84/1). Kovuşturma aşamasında ise sanık ve müdafii de hazır bulunabilir (CMK 84/1). Aynı ortamda bulunmaları gerekmez, video konferans veya aynalı oda gibi sistemler ile yüzleştirilmeden dinleme yapılabilir. Mağdurun, sanığın bulunduğu ortamda ifade veremeyeceği anlaşılırsa sanığın bulunmamasına karar verilebilir (CMK 84/3). Birlirkişi de bu konuda talepte bulunabilir. Ancak taraflara ve vekillerine soru sorma olanağı verilmesi, yapılan görüşmenin delil değeri bakımından ve tekrarlanmasını engellemek bakımından önemlidir.
- Dinleme sırasında görüntü ve ses kaydı yapılmalıdır (CMK 52/3).
- Eğer aynı olayla ilgili birden fazla çocuk var ise her biri ayrı ayrı dinlenmelidir.
- Görüşme tutanağa bağlanmalıdır ve açıklanan hakları da tutanağa yazılmalıdır.
- Görüşme başlangıcı:
- Görüşmeye başlayan kişi kendini tanıtmalı
- Mağdurun adı, soyadı, yaşı, işi ve yerleşim yeri, varsa telefon numaraları sorulmalı ve verdiği cevaplar yazılmalıdır (CMK 58/1).

### **Görüşmeye başlanırken çocuğa açıklanması gereken konular**

- Görüşmenin amacı
- Görüşmede edinilecek bilgilerin bir rapor ile Cumhuriyet Savcısı veya hakimle paylaşılacağı
- Eğer Cumhuriyet Savcısı veya hakim bu görüşmeyi izliyorlar ise bunun nedeni ve nasıl yapıldığı

- Görüşme sonrasında yapılacaklar
- Görüşme sırasında yapılacak ses ve görüntü kaydı ve bunun amacı (CMK 52/3)
- Doğruyu söylemesi gerektiği ve bunun önemi ve doğruyu söylememesi halinde cezalandırılabilmesi (CMK 53)

### **Görüşmeye başlanırken çocuğa açıklanması gereken hakları**

- Delillerin toplanmasını isteme,
- Soruşturmanın gizlilik ve amacını bozmamak koşuluyla Cumhuriyet savcısından belge örneği isteme,
- Vekili bulunmaması halinde, kendisine avukat görevlendirilmesini isteme,
- Vekili aracılığı ile soruşturma belgelerini ve el konulan ve muhafazaya alınan eşyayı inceletme,
- Cumhuriyet savcısının, kovuşturmayaya yer olmadığı yönündeki kararına kanunda yazılı usule göre itiraz hakkını kullanma.

### **3.5.3.4 Bilirkişilikten çekinme**

Bilirkişilik yapmak üzere veya adli yetkililerce tanık beyanı elde etmek üzere yapılacak dinleme sırasında için görevlendirilen uzman aşağıdaki hallerde bilirkişilikten çekinme kurallarının uygulanmasını isteyebilir (CMK 45);

- Şüpheli veya sanığın nişanlısı ise
- Evlilik bağı kalmasa bile şüpheli veya sanığın eşi ise
- Şüpheli veya sanığın kan hısımlığından veya kayın hısımlığından üstsoy veya altsoy ise
- Şüpheli veya sanığın üçüncü derece dâhil kan veya ikinci derece dâhil kayın hısımları ise
- Şüpheli veya sanık ile aralarında evlatlık bağı var ise.

### **Kaynaklar**

1. Dağlı ET, İnanıcı MA (Yayına hazırlayanlar) Üniversiteler İçin Hastane Temelli Çocuk Koruma Merkezleri El Kitabı, UNICEF, Ankara. 2010; 38-46
2. Toplaoğlu M, "Çocuk Koruma Kanununda Tedbirler" <http://www.istanbulbarosu.org.tr/yayinlar/BaroDergileri/ibd/20074/ibd20074113.pdf>
3. Balo YS, "Ailenin Korunmasına Dair Kanun ve Uygulaması", Aile Ve Toplum Dergisi 2003; 2(6):33-43
4. Karınca Eray, Sorularla Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet, Seçkin yay. Ankara 2010; 162-264
5. Balo YS, Çocuk Koruma Kanunu ve Uygulaması, Seçkin yay, Ankara 2009

### 3.6 ÇOCUK KORUMA MERKEZLERİNDE İHMAL VE İSTİSMARA SOSYAL HİZMET YAKLAŞIMI

İstismara ve \veya ihmale uğrayan çocuklar, doğrudan sosyal hizmet mesleğinin çocuk ve aile refahı alanı ve çocuğun korunması görevi ile ilgilidir. Çocuk istismarının önlenmesine yönelik sosyal hizmet uygulamalarında etkin olarak kullanılan çevreci yaklaşım ve erken müdahale ilkesi gereğince koruyucu mekanizmaların desteklenerek ailelerin güçlendirilmesi gerekmektedir. İstismara yol açan risk etmenleri giderilmeye çalışılarak ailenin güçlü yönleri öne çıkarılmalı ve destekleyici yaklaşılmalıdır. Çocukların ihmal ve istismara uğramasına yol açan risklerin belirlenmesi ve toplumsal işbirliğine dayalı bir müdahale ile çocukların iyi olma halinin desteklenmesi sosyal hizmet yaklaşımıdır.

Genelci sosyal hizmet yaklaşımı çocuk istismarı sorununu bütüncül bir bakış açısı içerisinde ele alır. Bu, sadece o sorun üzerinde odaklanmayı değil, sorunun etkileşim içerisinde olduğu bütün sistemleri ele almayı, bu sistemler arasındaki ilişkileri anlamayı gerektirir. İstismara uğrayan çocukla çalışmada aile merkezli ve çocuk odaklı yaklaşım hâkimdir. Çocuğun en üst düzeyde gelişimi için gereksinimlerini belirlemek, ailenin çocuğun gereksinimlerini karşılayabilmesi ve işlevlerini etkili bir şekilde yerine getirebilmesi için kaynakları saptamak ve aynı zamanda bu yönde politika eksikliklerinin tamamlanmasına yönelik çalışmalar yapmak, Sosyal Hizmet Uzmanının öncelikli uygulamaları arasındadır. Bu uygulamalar sırasında disiplinler arası, bütüncül, çevreyle ilgili-çevreci yaklaşımlardan yararlanır.

#### 3.6.1 Çocuk Koruma Merkezinde Sosyal Hizmet Uzmanı

- Çocuğu birime\merkeze getiren\gönderen kişi veya kuruluştan gerekli bilgileri alır.
- Çocuk ve ailenin sosyo-demografik özellikleri, sosyal destek sistemleri, güçlü yanları, risk faktörleri vb. konularda ayrıntılı bilgilerin alındığı ilk görüşmeyi yapar. İstismar ve\veya ihmal ile ilgili olarak ayrıntılı öyküyü alır.
- Görüşme kayıtlarını tutar.
- Çocuk ve aile hakkında aldığı bilgileri ve planladığı sosyal hizmet müdahalesini ekip üyeleri ile paylaşır.
- Birim\Merkezde çocuğun yüksek yararının sağlanmasına yönelik alınan karar doğrultusunda (takip, tedavi, bildirim vb.), çocuğun ve ailenin yaşanan ihmal ve\veya istismar nedeniyle gereksinim duyduğu tıbbi, psikiyatrik ya da yasal hizmeti sağlamak ve aile ile çocuğun bu hizmetlere ulaşmasını kolaylaştırmak için gerekli çalışmaları yapar. Hizmet, kaynak ve fırsat sağlayan sistemleri harekete geçirir. Sosyal Hizmet Uzmanı burada arabuluculuk görevini üstlenir. Bu çalışmalar, çocuğun psikiyatrik değerlendirmesinin ve tedavisinin yapılacağı yer ile iletişim kurmak, yönlendirme yapılan yerlere çocuk hakkında bilgi vermek, gerekli randevuları düzenlemek, aile ve kişi, kurum ve kuruluşlar arasında köprü görevini

üstlenmek şeklinde örneklendirilebilir. Sosyal Hizmet Uzmanı sağlık, sosyal hizmet, adli kurumlar ve disiplinler arasında eşgüdümün sağlayarak çocuğa yönelik olarak planlanmış olan hizmetleri başlatmış olmaktadır.

- Çocuk ve aileye yönelik olarak yapılacak çalışmaların planlanması ve uygulamaya konulmasının ardından “Olgu Değerlendirme Raporu” hazırlanır. Bu raporda;

Rapor tarihi, Çocuğun kimlik bilgileri (Adı-Soyadı, Doğum Tarihi, Cinsiyeti, Ev Adresi, Telefon), Görüşme yapılan kişilerin bilgileri, Sorunun öyküsü, İhmal ve\veya istismarın ayrıntılı öyküsü, Aileden alınan bilgi, Çocuktan alınan bilgi, İhmal ve\veya istismarı uygulayan kişinin bilgileri, Fiziksel ve psikolojik değerlendirme bulguları yer almaktadır.

Olgu değerlendirme raporunun içeriği doğrultusunda, çocuğun uğradığı ihmal ya da istismarın niteliği ve süresi, çocuğun ve ailenin içerisinde bulunduğu psikolojik durum, çocuğun ve ailesinin yaşadığı çevrenin durumu, çocuğa ve ailesine yönelik olarak planlanan ve ailenin gereksinim duyduğu hizmetler ve müdahalelerin ayrıntılarıyla yer aldığı “Olgu Bildirim Raporu” hazırlanır. Olgu bildirim raporunda aileden ve çocuktan alınan bilgiler, fizik muayene bulguları, istismarı uyguladığı ifade edilen kişinin bilgileri ile iletişim bilgilerinin ayrıntılı olarak verilmesi yasal bildirim ve sosyal hizmet bildiriminin yapıldığı kurum/kuruluşların alacağı kararlar ve uygulamalarında önemli bir rol üstlenmektedir.

- Olgu bildirim raporu ile ilgili yasalar ve birim\merkezin çalışma ilkeleri doğrultusunda adli bildirim ve sosyal hizmet bildirim yapılır.
- Çocuğun ruhsal, fiziksel ve sosyal olarak desteklenmesi amacıyla takibi planlanarak aile ve çocuk izleme alınır. Birim\merkez tarafından belirlenen süre ve yöntemle hastanın takibi ve tedavisi devam eder.
- Sosyal Hizmet Uzmanı izlem aşamasında aileye danışmanlık verir ve rehberlik eder. Sistem içerisinde çocuğun ve ailenin sosyal hizmet alanında zaman içerisinde ortaya çıkan gereksinimlerini yeniden değerlendirir ve gerekli kurum ve kuruluşlarla iletişime geçerek savunuculuk rolünü üstlenir.

Sosyal hizmet mesleğinde birey ve ailelerle dar, gruplarla orta büyüklükte, toplum ve örgütlerle geniş uygulamalar gerçekleştirilmektedir. Sosyal Hizmet Uzmanı sosyal hizmet müdahalesini planlarken ve uygularken kolaylaştırıcı, bağlantı kurucu, savunucu, etkin, arabulucu, uzlaştırıcı, eğitmen, harekete geçirici, güçlendirici, eşgüdüm sağlayıcı, araştırmacı vb. rolleri üstlenir.

Sosyal Hizmet Uzmanı, çocuklarını istismar eden aileler ve çocukları başkaları tarafından istismara uğrayan ailelerle çalışmaya ailenin ve çocuğun ayrıntılı psikososyal değerlendirmesi ile başlar. Ailenin geçmiş yaşantısı, ana babalık rolleri, ana babanın psikolojik ve psikiyatrik değerlendirmesi, ailenin yapısı, dinamikleri, sosyal değerleri, sosyal destek sistemleri ile çocuğun fiziksel, bilişsel, psikolojik ve sosyal gelişim düzeyi ve sorunların belirlenmesi, gereksinimlerin belirlenmesi vb. çalışmalarda ekip içerisinde aldığı roller ile dar ve orta büyüklükte sosyal hizmet uygulamasını gerçekleştirir.

Sosyal Hizmet Uzmanının yer aldığı ekip ile birlikte toplumun istismar ve ihmal konusunda bilinçlendirilmesi ve istismar ve ihmalin önlenmesine yönelik yaptığı çalışmalar ile de geniş düzeydeki sosyal hizmet uygulamasını gerçekleştirir.

### 3.6.2 Olgu Sunumu

.. 10 yaşında ilköğretim 4.sınıfta okuyan bir kız çocuğudur. Ailesi 2 aylık erkek kardeşini 3 gün süresince devam eden yüksek ateş nedeniyle üniversite hastanesi acil kliniğine getirmiştir. Yapılan tetkikler ve uygulanan tedaviler sürecinde aileden alınan öykünün tutarsızlığını gören klinik hekimlerinin çocuğun ihmalinden kuşkulanması üzerine gözleme alınmış ve ailesi Çocuk Koruma Birimine yönlendirilmiştir. Birim Sosyal Hizmet Uzmanı ile iletişime geçilmiş, hasta ile ilgili bilgi verilmiştir. SHU anne ve babayı görüşme odasına alarak aile görüşmesini başlatmıştır. Aileden alınan bilgiye göre; anne 26 yaşındadır ve ev hanımıdır. Baba 30 yaşındadır ve simit satarak evin geçimini sağlamaktadır. Çift 10 yıllık evlidir, 3 kız 1 oğlan olmak üzere 4 çocukları bulunmaktadır ve görücü usulü ile evlendirilmişlerdir. Aile yeşil kart sahibidir ve 100 lira verdiklerini belirttikleri gecekonduda ikamet etmektedirler. Ailenin aslen Yozgatlı oldukları ve 5 yıl kadar önce işsizlik nedeniyle göç etmek zorunda kaldıkları öğrenilmiştir. Görüşme sırasında babanın sıkılgan ve aceleci tavırları dikkat çekmiş ve anne ile görüşmenin devam ettirileceği söylenerek acil kliniğine oğlunun yanına yönlendirilmiştir.

Anne eşi görüşme odasından çıkar çıkmaz ağlamaya başlamıştır. Oğlunun durumu hakkında çok endişelendiğini belirtmiştir. Acil kliniği aranarak çocuk hakkında bilgi alınmış ve durumu anneye aktarılmıştır. Anne oğlunun son bir haftadır sürekli hastalandığını ancak üç gün içerisinde nöbet geçirir gibi olduğunu eşine söylemesine karşın hastaneye getirmedeğini anlatmıştır. Eşi ile ilgili ayrıntılı sorulara geçildiğinde annenin suskunlaştığı ve tedirgin olduğu gözlenmiştir. Bir saat süren görüşme sürecinde anne eşinin kendisine sürekli şiddet uyguladığını oğlu ve büyük kızı dışında diğer iki kızına sürekli bağırdığını, hemen hemen her gün onları da hırpaladığını anlatmıştır. Eşinden çok korktuğunu, kendi ailesinin şehir dışında olduğunu ve ona destek verebilecek kimsenin olmadığını söyleyen anne kolunda ve bacağına bulunan morlukları göstermiştir. Görüşme diğer çocuklarla babanın ilişkisini çözümlenmeye odaklandırılarak konu ile ilgili anneden bilgi alınmıştır. ES nin son iki sene dir okul başarısının düştüğü, altına kaçırma, tırnak yeme davranışları sergilediği; 6 yaşında olan kızı FS nin ablasına çok düşkün olduğu ve sürekli onunla olmak için huzursuzluk çıkardığı 8 yaşında olan kızları ..'nin ise okul başarısının ve davranışlarının normal olduğu öğrenilmiştir. Acil kliniği ile iletişime geçilmiş ve sosyal gereklilik nedeniyle çocuğun yatışının yapılması sağlanmıştır. Anneye diğer çocuklarını da kontrole getirmesi gerektiği söylenmiş, ailenin tüm iletişim bilgileri alınmış ve birimin iletişim bilgileri verilerek diğer çocuklarını getirmek üzere eve gönderilmiştir. Anne aynı gün içerisinde eşine haber vermeden ES dışında 2 çocuğunu birime getirmiştir... 'nin okulda olduğunu ertesi gün getirebileceğini belirtmiştir. Yapılan fizik muayenede üç çocukta da gelişim geriliği olduğu saptanmış, rutin tetkikler istenmiş ve izlem planı yapılmıştır. Anne adli mercilere yapabileceği başvurular ve alabileceği

hizmetler hakkında bilgilendirilmiştir. Psikiyatri kliniğine yönlendirilen anne Yeşil Kart sahibi olduğu için çocuk üzerinden girişi yapılarak depresyon tanısıyla izleme alınmıştır. Alınan bilgiler ve süreç hakkında ekip bilgilendirilmiş ve olgu değerlendirme raporu yazılmıştır.

Ertesi gün planlanan saatte birime gelmeyen anne aranmış, eşi izin vermediği için kızını getiremediğini bildiren anneye çocuğunun getirilmesinin gerekliliği ve diğer çocukların kan sonuçlarının yorumlanacağı bilgisi verilerek ikna edilmiştir. Bir gün sonra anne kızı ES yi kontrole getirmiştir. Yapılan fizik muayene ve tetkikler sonucunda altına kaçırma sorunu olan ES.nin psikiyatri kliniğinde değerlendirilmesi kararlaştırılmış ve randevu alınmıştır.

Yapılan psikiyatrik değerlendirmede ..'nin görüşmeci ile işbirliği içinde olduğu, genel konulardan konuşurken rahat ve konuşkan bir çocuk olduğu izlenimi edinilmiştir. Hastaneye neden geldiği sorulduğunda; kardeşi hastalandığı için geldiklerini söylemiştir.

Aile üyeleri ile ilgili sorulardan annesi ve kardeşi ile ilgili olanlara hızlı ve net yanıtlar verdiği; söz babasına gelince yer yer konuyu değiştirmeye çalıştığı ve oldukça kaygılı olduğu gözlenmiştir. Durum psikiyatri kliniğinde değerlendirilmiş ve çocuk ile istismar görüşmesi yapılmasına karar verilmiştir. Anne ve çocuk görüşmenin kayda alınacağı konusunda bilgilendirilmiş ve onayları alınmıştır. Yapılan görüşmede ES nin 2 yıldır babası tarafından cinsel istismara uğradığı öğrenilmiştir. Anne ile yapılan görüşme sonrasında hazırlanan olgu değerlendirme raporuna alınan son bilgiler eklenmiş ve olgu bildirim raporu hazırlanarak savcılık bildirim yapılmıştır. Aynı zamanda adli birimler aranarak baba ile ilgili suç duyurusunda bulunulmuştur. İlgili işlemler devam ederken diğer çocukların güvenliği sağlanması için kolluk kuvvetlerine haber verilmiştir.

Bu süreçte anneye yapılacak işlemler ve süreç hakkında bilgi verilmiştir. Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumuna da olgu bildirim raporu ile bildirim yapılmıştır. Çocukların ve annenin izlemi planlanmıştır. Olgu bildirim raporunda yer alan bilgiler ve öneriler ışığında maddi geliri olmayan annesine ayni ve nakdi yardım bağlanmış, 6 ve 8 yaşında olan kız çocuklarının eğitim masraflarının desteklenmesi gerçekleştirilmiştir. Anneye düzenli aralıklarla danışmanlık verilmiştir.

### Kaynaklar

1. Kongar E, Sosyal Çalışmaya Giriş, 1972
2. Tomanbay İ, Sosyal Çalışma Sözlüğü, 1999
3. Öztürk AB, Çocuğun Cinsel İstismarı ve aileyle çalışma, Toplum ve Sosyal Hizmet, 2009
4. Yolcuoğlu İG, Çocukların ihmal-istismara uğramasında aile ve çocuklara yönelik risk faktörleri ve sosyal hizmet müdahalesi, Toplum ve Sosyal Hizmet, 2010
5. Türkiye Büyük Millet Meclisi, Kayıp Çocuklar Başta Olmak Üzere Çocukların Mağdur Olduğu Sorunların Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırma Komisyonu raporu, Temmuz 2010





# Üniversitelerde Çocuk Koruma Merkezleri

# 4

## ÜNİVERSİTELERDE ÇOCUK KORUMA MERKEZLERİ YAPILMASI 4.1 VE İŞLEVİ

Çocukların korunmasında ve çocuklara yönelik şiddetin sona erdirilmesinde üniversitelerin temel rolleri vardır. Üniversiteler çocuk koruma alanında öncülük görevi üstlenip toplumda konuya ilişkin bilinç ve duyarlılığı geliştirebilirler. Önleme, tanıtım ve savunma çalışmaları yapabilir, çocuk koruma alanında eğitim, araştırma ve hizmet faaliyetlerinde bulunabilirler. Şiddete karşı çocuklarla birlikte ve çocuklar için çalışanların kapasitelerini geliştirmesine katkıda etkin rol alabilirler. Çocuk koruma alanında hizmet vermekte olan kurum ve kuruluşlar arasında iletişim ve koordinasyon sağlanması amaçlı modellemeler gerçekleştirilebilir.

Türkiye Cumhuriyeti ve UNICEF işbirliği ile geliştirilip Avrupa Birliği'nin mali ve UNICEF'in teknik desteği ile gerçekleştirilmiş olan "Önce Çocuklar: Çocuk Koruma Mekanizmalarının İl Düzeyinde Modellenmesi Projesi", kanunla ilişki halinde olan veya kanunla ilişkili hale gelme riski bulunan çocukların özgürlük, eğitim gibi haklarından mahrum olmamaları ve şiddet, istismar ve ihmalden korunmaları için çalışan kurumların kapasitesini artırmayı hedeflemiştir <sup>(1)</sup>. 2008-2009 yıllarında gerçekleştirilen Proje çerçevesinde, Türkiye Barolar Birliği koordinasyonu ve UNICEF teknik desteğinde çocuklar için hukuki yardım sisteminin güçlendirilmesine yönelik, 12 il-den katılan avukatlar ve üniversitelerin temsilcilerinden oluşturulan çalışma grupları ayrıca alt projeler yürütmüşlerdir. Alt projelerden dördüncüsü üniversitelerde çocuk koruma merkezleri için model geliştirmeyi amaçlamaktaydı. Bu çalışmalar üniversitelerimizde "Çocuk Koruma Uygulama ve Araştırma Merkezlerinin" kurulmasının önerilmesiyle sonuçlanmıştır (Şekil 3).

Bu merkezlerin kurulmasıyla birlikte üniversitenin tüm olanakları kullanılarak koruma ihtiyacı olan veya suça sürüklenen çocukların tanı, tedavi, korunma ve izlenmelerine dair uygulama ve araştırmaların yapılacağı ortam sağlanabileceği düşünülmüştür. Çok sevindiricidir ki "Merkez" kurma önerisi üniversitelerimizce beklenenin üstünde ilgi görmüş, Proje sonlanmadan birçok üniversitemizde kuruluş çalışmaları başlatılmış, proje öncesi kurulmuş olan Gazi Üniversitesi yanında Erciyes, Marmara, Cumhuriyet, Kocaeli ve Çukurova Üniversiteleri merkez kuruluşlarını tamamlamıştır. Çok yakında Mersin Üniversitesi'nin de merkez kuruluşunu gerçekleştirmesi beklenmektedir. Atılan bu adımlardan sonra diğer üniversitelerimiz de merkezlerini kurduca çocuk koruma alanındaki çalışmaların gelişerek artacağı ve çocuklarımıza daha güvenli bir yaşam ortamı sunulacağı umudunu taşımaktayız.

Projenin bir ürünü olarak "Üniversiteler İçin Hastane Temelli Çocuk Koruma Merkezleri El Kitabı" hazırlanmış, üniversitelerde çocuk koruma merkezlerinin nasıl kurulacağı ve nasıl çalışacağına dair temel bilgiler sunulmuştur <sup>(2)</sup>. Kitabın hazırlanmasında çocuk koruma alanında uzun yıllar çalışmış birçok profesyonelin bilgi ve deneyimlerinden yararlanılmış ve konular çok disiplinli bir yaklaşımla tartışılmıştır.

### **Çocuk Koruma Birimleri**

Çocuk Koruma Uygulama ve Araştırma Merkezlerinin temel görevlerinden birisi korunma ihtiyacı olan çocukların tanı, tedavi, korunma ve izlenmelerine dair uygulama ve araştırmaların yapılacağı ortamı sağlamaktır. İhmal ve istismara uğramış çocuğa yaklaşım, üniversitelerin çocuk koruma uygulama ve araştırma merkezleri bünyesinde yer alacak “ Hastane Temelli Çocuk Koruma Birimleri” tarafından sağlanmalıdır (Şekil 3). Çocuk koruma birimleri, çok disiplinli bütüncül yaklaşım temeline dayalı, üniversite hastanelerinin içinde yer alan yapılanmalardır. Çocuk koruma birimini oluşturacak çekirdek ekip üyelerinin; sayısı, eğitim ve nitelik açısından standartlarının belirlenmiş olması gereklidir.

Çocuk koruma biriminin işbirliği yapacağı kurumlar arasında öncelikle Cumhuriyet savcılığı, çocuk polisi, jandarma çocuk koruma merkezi, baroların çocuk hakları komisyonları, çocuk mahkemeleri, il sağlık müdürlüğü, il sosyal hizmetler müdürlüğü, il milli eğitim müdürlüğü, denetimli serbestlik ve koruma kurulları şube müdürlüğü önde gelen kurumlar olarak yer alır. Çocuk koruma biriminin o il içinde çocukla çalışan diğer kurumlarla ilişkisi; olguların diğer kurumlardan gelen temsilcilerle birlikte değerlendirilmesi, ortak izlem, raporlama, geri bildirim ve işbirliği açısından gereklidir. Kurumlar arası işbirliği, çocuğun tekrar tekrar ifadesinin alınmasını engellemek, bu süreçte çocuğun yeni örselenmelerle karşılaşma riskini ortadan kaldırmak açısından, yerleştirilmesi gerekli olan ilkesel bir yaklaşımdır.



Şekil 3. Çocuk koruma merkez ve biriminin üniversite ve hastane içinde kurulum şeması

### **Çocuk Koruma Uygulama ve Araştırma Merkezlerinin Eşgüdümü**

Haziran 2010 da, UNICEF' in teknik desteğiyle; Marmara Üniversitesi, Gazi Üniversitesi, Hacettepe Üniversitesi ve Erciyes Üniversitesi'nin Çocuk Koruma Uygulama ve Araştırma Merkez /Birimlerinin öğretim üyeleri, "Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği " ve "Çocuk İstismarını ve İhmalini Önleme Derneği" temsilcileriyle birlikte üniversite çocuk koruma uygulama ve araştırma merkezleri/birimleri arasında eşgüdüm çalışmaları başlatmışlardır. Bu çalışmalar diğer üniversitelerin öğretim üyelerinin katılım ve katkılarıyla geliştirilmektedir.

Eşgüdüm çalışmaları; yeni merkezlerin kurulması, kurulmuş merkezlerin geliştirilmesi, merkezler arası eşgüdümün sağlanması, eğitim materyallerinin hazırlanması, eğitim programlarının geliştirilmesi, çocuk koruma birimlerinde çalışacak olan uzmanların bilgi ve becerilerinin belgelendirilmesi ve çocuk koruma birimlerinin eşyetkilendirilmesi gibi bir dizi alanı kapsamaktadır.

## **4.2 ÇOCUK KORUMA BİRİMİNİN FİZİKİ VE TEKNİK DONANIMI**

### **4.2.1 İnsan Gücü**

Üniversite hastaneleri bünyesinde çocuk istismarını önleme ve tedavi etmeye yönelik çalışan "çocuk koruma birimleri"nin çekirdek ekipleri çocuk sağlığı ve hastalıkları ve/veya çocuk cerrahisi, adli tıp ve çocuk ve ergen ruh sağlığı uzmanlarından oluşmaktadır. Çekirdek ekibe, olanak ölçüsünde pediatrik radyolog, ortopedi, beyin cerrahisi, dermatoloji, göz, kulak burun boğaz, plastik cerrahi, kadın doğum, yetişkin psikiyatrisi ve diş hekimi gibi gerek duyulan bölümlerden hekimlerin katılımı da sağlanır. Hekimlere ek olarak her ekipte bir sosyal hizmet uzmanı, psikolog ve hemşire gereklidir. Birimde tıbbi dokümantasyon ve sekreterlik çalışmalarından sorumlu en az bir personel görevlendirilir.

Barolardan bir avukat ve/veya varsa üniversitenin hukuk fakültesinden görevlendirilecek bir öğretim üyesi de gerektiğinde ekibe davet edilerek olgularla ilgili hukuki danışmanlık yapabilir. Bu ekipteki tüm bireyler bir takım ruhu içinde çalışmalıdır.

Ekip çalışanları birbirleri ile belirli aralıklarla toplanarak olguları değerlendirmeli ve olgular konusunda ortak izlem kararı almalıdırlar.

*Sosyal Hizmet Uzmanı:* Birime başvuran çocuklarla ilk görüşmeyi tek başına ya da gerektiğinde ilgili uzmanlarla (hekim, psikolog) birlikte yapar, çocuğun ailesi veya çocuğu getiren kişilerle görüşerek, psiko-sosyal öyküyü alır. Birim kayıtlarını tutar, bildirim gereken durumlarda diğer kurumlarla gerekli yazışmaları yapar. Kuşkulu istismar olgularında gerektiğinde hastanın sosyal çevresine ilişkin değerlendirmeleri yapar, izlemleri gerçekleştirir.

İstismarın önlenmesi ve çocuğun korunmasına yönelik klinik ve toplum temelli eğitim, bilgilendirme programlarında yer alır. Çocuk istismarı alanına yönelik bilimsel

araştırma etkinliklerinde görev alır. Birimin disiplinler ve kurumlar arası eşgüdüm ve koordinasyonunu sağlayan meslek elemanı sosyal hizmet uzmanıdır.

**Psikolog:** Sosyal hizmet uzmanının bulunmadığı koşullarda çocuk ve aile ile ilk görüşmeyi yapar. Çocuğa muayenesinde ve izlemi sırasında psikolojik destek sağlar, gerektiğinde çocuğun psikometrik değerlendirmesini yapar ve izler, çocuk ruh sağlığı uzmanı ile birlikte çalışır. İstismarın önlenmesi ve çocuğun korunmasına yönelik klinik ve toplum temelli eğitim, bilgilendirme programlarında yer alır. Çocuk istismarı alanına yönelik bilimsel araştırma etkinliklerinde görev alır.

**Hemşire:** Hastayı muayene için hazırlar, muayene sırasında hekimin yanında olur, gereken tetkiklerin alınmasında ve hastanın tıbbi izleminde hekime yardımcı olur.

**Tıbbi sekreter:** Hasta ile ilgili kayıtların tutulması yanında, tutulan tıbbi bilgilerin dosyalanması ve arşivlenesi çalışmalarını yapar.

#### 4.2.2 Fiziksel ve Teknik Donanımı

**Birim;** hastanenin içinde, mümkünse hastane kalabalığından uzak sakin bir bölgede, ayrı bir girişle ulaşılan ve hastane güvenliğinin de kolay ulaşılabileceği bir yerde olmalıdır. Birimin tamamı çocuk dostu bir dekorasyon içermeli ve olanaklar ölçüsünde 8-10 odalı bir alanda yerleştirilmelidir. Her bir oda ise işlevine göre yapılandırılmalıdır. Önerilen odalar; (1) Bekleme odası, (2) Görüşme odaları, (3) Toplantı odası, (4) Muayene odaları, (5) Laboratuvar odası ve (6) Arşiv odasıdır.

Bekleme odasında çocuğun oynayabileceği bir alan ya da ilgilenebileceği kitap, dergi, boya kalemi gibi malzemeler olmalıdır.

Görüşme odası sade ve rahatlatıcı olmalı, çocuğun dikkatini dağıtacak, görüşmeden uzaklaştıracak eşyalar bulunmamalıdır. Görüşme odasında rahatça oturulacak iki koltuk ya da yer minderi, gerektiğinde kullanılacak küçük bir masa, kağıt/renkli kalemler ve yazı yazılacak bir tahta ve tahta kalemleri, okul öncesi çocuklarla görüşme yapılırken gereğinde kullanılacak oyuncak ve gerekli malzemelerin bulunması uygun olur.

Görüşmeyi kayda almak için tavana bir video kamera monte edilmiş olması önerilir. Bu oda ile bağlantılı, arası aynalı camla ayrılmış bir yan odanın bulunması izleme görevi olan diğer kişiler için gereklidir.

Birimde, aileyle görüşmenin yapılacağı ya da ekip üyelerinin toplanabileceği bir toplantı odası olması çok önemlidir. Aile ile ilk görüşmenin yapılarak formların doldurulacağı odada kayıtların, form ve yazışmaların korunacağı dolaplar yer almalıdır.

**Muayene odaları;** fizik muayenenin tam olarak yapılabilmesine ve gerekli örneklerin alınabilmesine olanak sağlayacak şekilde yapılandırılmalıdır. Görüşmelerin yapıldığı odadan ayrı, tercihen o bölüm ile ilişkili ancak tek girişli bir muayene odası hazırlanmalıdır. Odanın dışarıdan görünmeyecek konumda olmasına özen gösterilmelidir. Bu odada çocuk dostu muayene ortamı sağlanmalıdır. Muayene odası iyi aydınla-

tilmalı, temiz bir hasta muayene yatağı ve çarşafı, soyunma için kullanılacak bir paravan, çıkarılacak giysilerin asılacağı bir askılık mutlaka bulundurulmalıdır. Muayene masası kapıdan girenin hemen göreceği bir yere konmamalıdır. Genel fizik muayene yapılacak odada yalnızca bu amaçla kullanılacak malzeme yer almalıdır. Fizik muayene sırasında jinekolojik masanın bulunması çocukların muayeneler sırasında endişelerini artıran bir durum oluşturur. Mümkün olduğunca perine muayenesi ayrı bir yerde yapılmalıdır. Muayene odasında; fotoğraf makinesi dahil kullanılacak tüm malzeme ve formlar uygun raf sistemlerinin bulunduğu kapalı bir dolap içinde tutulmalıdır.

Örneklemeler için kullanılacak tüm malzeme çocuk hastalara uygun türde ve tiplerde olanlardan hazırlanmalıdır. Formların doldurulması ve bazı kayıtların yazılmasında kullanılmak üzere küçük bir masa bulundurulabilir.

Odada bir lavabo, sabun, kağıt havlu, bir çöp kutusu mutlaka bulundurulmalıdır. Lavabo üzerine ayna konacak ise muayene yatağından görünmeyecek biçimde yerleştirilmelidir. Tüm bu temel gereçlerin yerleştirilmesinden sonra ortada muayeneye katılacakların da dolaşabileceği bir alanın kalmasına özen gösterilmelidir. Muayene odasının çok küçük ya da çok büyük olmasından kaçınılmalıdır. Muayene süresince muayene ile ilgili olmayan işler için odaya giriş olmayacak şekilde önlem alınmalı veya odanın ve kapı sisteminin yapılması bu şekilde ayarlanmalıdır.

Cinsel istismar mağduru olduğu düşünülen kız çocuklarının muayenesinde ergenlik çağından itibaren kullanılmak üzere ayrıca bir jinekolojik muayene odası hazırlanmalıdır. Böylece yalnızca genel fizik muayene yapılacak çocukların ve erkek çocukların endişelerine engel olunabilir ve muayeneye katılımları sağlanabilir. Muayene masası ergenlerin rahatça litotomi pozisyonunda yatabileceği şekilde ayarlanabilecek türden seçilmelidir. Bu muayene sırasında kullanılacak aydınlatma elemanları soğuk ışık kaynağı şeklinde olmalı ve muayene için uygun özellikler taşımalıdır.

Kolposkopik muayene aparatı monte edilmiş halde ya da hazırda bulundurulmalıdır. Oda hasta mahremiyetine özen gösterilerek hazırlanmalıdır.

Hasta ve hasta yakınlarına verilecek testlerin doldurulacağı oda ile, gerekli psikometrik değerlendirmelerin yapılabilmesi için ayrı bir görüşme odası, görüşme odası ile benzer özellikler taşımalıdır.

Alınan biyolojik örneklerin inceleneceği bir laboratuvar odasının bulunması gereklidir. Bu odada, biyolojik örneklerin saklanabileceği bir soğutucu bulunmalıdır. Fotoğraf çekebilecek özellikte bir mikroskop mutlaka bulunmalıdır.

Birimde ayrıca arşiv odasının da bulunması gerekir.

#### **4.2.3 Hasta Kayıtlarının Tutulması**

Yapılan görüşmenin ve muayenenin tüm ayrıntıları hastanın “çocuk koruma birimi dosyasına yazılmalı ve istendiğinde yetkililere gönderilmek üzere saklanmalıdır. Tıbbi kayıtların mülkiyeti onu oluşturan kurumlara, hastane vb. aittir. Ancak, hastaların

da kendileri ile ilgili bilgi içeren bu kayıtlarda çıkarları olması ve kendilerini ilgilen-dirmesi nedeni ile kuruma ait olan bu mülkiyette paylarının oldukları kabul edilir. Dolayısıyla hekimler ve sağlık hizmeti sunanların bu bilgileri meslek etiği kuralları ve yasalarda belirtilen düzenlemeler çerçevesinde gizli tutma yükümlülükleri bulun-maktadır.

Hastalara ait verilerin saklanmasında, sağlık personelinin uyması gereken kuralla-rı içeren “Sağlık Çalışanları İçin Sağlık Hizmetinde Gizliliğe ve Mahremiyete İlişkin Avrupa Rehber Kuralları”nda sağlık hizmetinde gizliliğin temel ilkeleri üç madde al-tında toplanmıştır. Bu ilkelerin ilki bireylerin sağlık bilgilerinin gizliliği ve mahremiyeti konusunda temel haklarının bulunduğu ilkesidir. İkinci ilke bireylerin onam vererek / vermeyerek veya onamlarını geri çekerek kendi sağlık bilgilerine ulaşılmasını, bu bilgilerin açıklanmasını kontrol etme haklarının kabul edilmesi ilkesidir. Üçüncü ilke ise; hastanın onamı olmadan gizli bilgilerin açıklanması hallerinde bilginin açıklan-ması için gereklilik, orantılılık ve oluşabilecek riskler konusunda duyarlılığın bulun-ması ilkesidir. Hastalara ait bilgilerin korunması ve açıklanmasında bu temel ilkelere uyulması gerektiği belirtilmiştir.

Hasta Hakları Yönetmeliği 23. maddesinde, edinilen bilgilerin kanun ile müsaade edilen haller dışında, hiçbir şekilde açıklanamayacağı belirtilmektedir. Sağlık çalı-şanlarının hastaları ile ilgili meslekleri gereği elde ettikleri bilgilerin saklanması ge-rektiğini belirten ve açıklanması durumunda cezai yaptırım getiren düzenleme TCK 136 ve 137. maddelerinde yer almaktadır.

Hastanın yararlandığı tüm sağlık hizmetleri için hastaya verilen tek sicil numarası ile hastanın kayıtlarının elektronik ortamda tutulması ve gerektiğinde hastanın bilgileri-ne kolay ulaşılması amacıyla elektronik hasta dosyası kavramı gelişmiştir. Elektronik hasta dosyası sisteminin gelişmesiyle birlikte, hastanın tıbbi bilgilerine ve yapılan tüm işlemlerle ilgili verilere elektronik ortamda ulaşmak mümkün olabilmektedir. Dünya Tıp Birliği, sağlık alanında bilgisayarın ve elektronik bilgi işlem birimlerinin kullanılmasında kaydedilen aşamaları göz önünde bulundurarak “Bilgisayarın Tıpta Kullanılışına İlişkin Duyuru” başlığı ile bir duyuru yayınlamıştır. Bu durumda, hasta-nın özel yaşamına saygının sağlanması konusunda gerekli tüm önlemlerin alınması gereğini vurgulanmıştır. Hastanın kişisel haklarına güvenliğine veya gizlilik hakkına zarar getirebilecek ya da bu hakları kaldıracak çalışmaların engellenmesi gerektiği belirtilmiştir.

## ÇOCUK KORUMA MERKEZLERİNDE ÇALIŞANLARININ 4.3 DESTEKLENMESİ VE TÜKENMİŞLİKLE BAŞETME YOLLARI

Bu bölümün amacı, uzun zaman diliminde ve zorlu yaşam koşullarında çalışan profesyonellerin tükenmişlik sendromunun belirtilerini tanımaları ve bireysel sağlıkları için neler yapabilecekleri bağlamında bilgi donanımına sahip olmalarını sağlamaktır.

### 4.3.1 Tanım

Tükenmişlik duygusal, bilişsel ve fiziksel yorgunlukla kendini gösteren, yavaş yavaş ve zaman içinde gelişen bir süreçtir. Tükenmişlik özellikle uzun çalışma saatlerinden ve beklentisi yüksek zorlu iş koşullarından kaynaklanan bıkkınlık, yıpranma ve yaşama karşı olumsuz tutumlar geliştirmenin de eşlik ettiği bir sendromdur.

*Tükenmişlik sendromu üç temel etmenden oluşmaktadır.*

- Duygusal tükenme
- Duyarsızlaşma
- Kişisel başarı

Tükenmişlik, bireylerin ruhsal sağlıklarının korunması için ergen girişimde bulunması gereken bir sendromdur. Bu nedenle belirtilerin tanınması ve fark edilmesi çok önemlidir. Aşırı ve sürekli olan yaşam zorları, kişinin genel sağlığını bozarak daha ciddi sorunlara yol açabilir. Özellikle sağlık çalışanları tükenmişlik açısından en riskli gruplardan biridir.

Yoğun iş yükü, stres, duygusal ve sosyal desteğin az olduğu meslek grupları için önemli bir sağlık sorunudur. Bu tür çalışma koşullarında kişiler, kendi özel yaşamlarına yeterince özen gösteremedikleri ve zaman ayıramadıkları için iş yaşamı önemli bir stres kaynağı olarak tükenmişlik sendromuna yol açabilmektedir <sup>(3)</sup>.

Bireysel bağlamda tükenmişlik; iş kaybı, aile içi sorunlar, bedensel yakınmalar, madde bağımlılığı, uykusuzluk, duygu durumunda inişler ve çıkışlar, kolay öfkelenme, aşırı duyarlılık ve kaygı düzeyinin artması gibi birçok soruna neden olmaktadır.

Kurumsal bağlamda ise, işe geç gelme, işi bırakma, iş kazalarında artma, üretkenliğin ve yaratıcılığın azalması gibi belirtilerle, işin nicelik ve niteliğinde bozulmalara neden olmaktadır.

*Tükenmişlik dört evreden oluşmaktadır.*

**Çoşku Evresi:** Umudun, enerjinin artması ulaşılamayacak düzeyde mesleki beklentiler, mesleğin her şeyin önüne geçmesi, beraberinde uykusuzluk, kendisine ve ailesine, sosyal yaşamına yeterince enerji ve zaman ayıramaması, tüm bunlara karşın uyum için aşırı çaba harcama bu evrenini belirtileridir.

**Durağanlaşma Evresi:** İstek ve umut etmede bir azalma, umarsızlık, iş yaşamında giderek artan bir bıkkınlık ve yaşamı sorgulama bu evrede izlenmeye başlar.

**Engellenme Evresi:** İnsanlara çalışma koşulların değiştirmenin zorluğundan yaşamın tek düzeliğinden, kendilerini nasıl çıkmaza sokup engellediğinden söz ederek durumuna ilişkin bir çeşit başa çıkma stratejisi geliştirme davranışı izlense de, bu maldaptif bir savunma mekanizmasıdır.

**Umursamazlık Evresi:** İleri düzeyde duygusal kopma, umutsuzluk, ve yetersizlik tabloya hakim olur. Yaptığı işten doyum almadığı halde ekonomik koşulları nedeniyle işini sürmek durumundadır. Buna bağlı olarak hem bireysel hem de iş yaşamında doyum alamamaktadır (4).

### 4.3.2 Tükenmişliğin belirtileri

*Fizyolojik Belirtiler;* yorgunluk, bitkinlik, enerji kaybı, vücudun direncinin azalması, çeşitli ağrılar, uyku bozuklukları, mide-bağırsak rahatsızlıkları, kilo kaybı, psikosomatik belirtiler.

*Psikolojik Belirtiler;* duygusal bitkinlik, çabuk öfkelenme, çökkün ruh hali, kaygı bozuklukları, kolay ağlama, kolay öfkelenme, yetersizlik hissi, umutsuzluk, aşırı duyarlılık hali gibi.

*Davranışsal Belirtiler;* çok sık işe geç kalma ya da gelmeme, iş bırakma, konsantrasyon bozukluğu ve sık hata yapma, işle ilgilenmeme, başka şeylerle oyalanma ve çalıştığı yer karşı kayıtsızlık

### 4.3.3 Tükenmeyi önleme ve tükenmişlikle baş etme

Tükenmeyi önleme ve başa çıkmak için bireysel ve örgütsel düzeyde önlem almak gerekmektedir.

#### Örgütsel Düzeyde Önlemler

- *Devlet yönetimi düzeyinde yapılması gerekenler:* Görevlerin ve yetkilerin belirlenmesi, uzun çalışma saatlerinin azaltılması, düşük ücret sorununun giderilmesi, tatil ve sosyal etkinlikleri artırılması, personel yetersizliği sorununun kaldırılması ve ödül kaynaklarının artırılması.
- *İş yeri düzeyinde yapılması gerekenler:* Görev tanımlarının açık ve net olması, işe yeni başlayanlara rehber olunması, personel sayısının iş özelliği bağlamında yeterli olması, bireysel baş etme becerilerinin kazandırılması için gerekli eğitim planlarının yapılması, ödül kaynaklarının kullanılması, katılımcı, demokrat ve anlayışlı, dinleyen değer veren yöneticilerin olması vb.tükenmişliğin önlenmesi ve giderilmesi için gereklidir.

#### Bireysel Düzeyde Yapılması Gerekenler

- *Birey düzeyinde yapılması gerekenler:* Yapılan işin zorluklarının ve risklerinin, tükenmişliğin ne olduğunun ve belirtilerinin bilinmesi, duygusal zorlukların gerektiğinde paylaşılması ve yardım istenmesinin bilinmesi, yaşamın dışında hobilerin

sosyal ilişkilerin geliştirmesi, bunların yan sıra tatil ve dinlenme olanaklarının kullanılması bireysel sağlık açısından çok önemlidir.

- *İş arkadaşları düzeyinde yapılması gerekenler:* İş dışı ilişkilerin arttırılması, uyumlu ekip çalışması, eşit iş yükü dağılımı, aralarında çıkan sorunların kronikleşmeden halledilmesi, destek gruplarının oluşturulması, yeni başlayan kişilere örnek ve rehber olunması gibi.
- *Aile düzeyinde yapılması gerekenler:* Bireyin yaşamında aile ve yakınları önemlidir. Onların varlığı ve desteği bireyin motivasyonun artırır. Bunların yan sıra takdirleri, aile ilişkilerini düzenlemek, sorun ve çatışmalar varsa müdahale etmek gereklidir (4).

*Kişisel plan için kendinize şu soruları sorabilirsiniz.*

- Yaptığım işte önem verdiğim şeyler neler?
- Bu işin benim için en fazla stres yaratan yönleri neler?
- Bu işin benim için en ödüllendirici yönleri neler?
- Stres altında olduğumu nasıl anlarım?
- Çalışma arkadaşlarım stres altında olduğumu nasıl anlarlar?
- Stres altındayken, diğerleri bana nasıl destek olabilir?
- Kendim için neler yapabilirim (stresi azaltmak için neler yapabilirim?)

### Kaynaklar

1. "nce ocuklar: Türkiye'de çocuklar için İyi Yönetişim, Koruma ve Adaletle Doğru " Projesi (Proje Türkiye Cumhuriyeti Hkmeti tarafından Avrupa Birliği'nin mali katkıları ve UNICEF'in teknik desteğiyle yürütülmüştür.)
2. Dağlı ET, İnanıcı MA (Yayına hazırlayanlar) niversiteler İçin Hastane Temelli ocuk Koruma Merkezleri El Kitabı, UNICEF, Ankara.
3. Kutlu L, www.cayd.org.tr/Eğitim/HemEğ2html- Erişim 05.06.2011
4. Taycan O, Kutlu L, imen S, Aydın N, Bir niversite Hastanesinde alışan Hemşirelerde Depresyon ve Tükenmişlik Düzeyinin Sosyodemokratik zelliklerle Olan İlişkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2006; 7:100-108





Marmara Üniversitesi  
Çocuk Koruma Uygulama ve Araştırma Merkezi



Gazi Üniversitesi  
Çocuk Koruma Uygulama ve Araştırma Merkezi



Erciyes Üniversitesi  
Çocuk İhmali ve İstismarını Engelleme Uygulama ve Araştırma Merkezi



Çukurova Üniversitesi  
Çocuk Koruma Uygulama ve Araştırma Merkezi



Kocaeli Üniversitesi  
Çocuk Koruma Uygulama ve Araştırma Merkezi



Ankara Üniversitesi  
Çocuk Koruma Birimi



Hacettepe Üniversitesi  
Çocuk İstismarı Değerlendirme Araştırma ve Tedavi Komisyonu



Mersin Üniversitesi  
Çocuk Koruma Birimi



Birleşmiş Milletler  
Çocuklara Yardım Fonu